



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

EDUARDO GONÇALVES

**Consórcios Intermunicipais de Saúde: arranjos regionalizados para a busca
da integralidade assistencial no Sistema Único de Saúde**

Piracicaba-SP
2022

EDUARDO GONÇALVES

Consórcios Intermunicipais de Saúde: arranjos regionalizados para a busca da integralidade assistencial no Sistema Único de Saúde

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação Defendida pelo aluno Eduardo Gonçalves e orientado pelo Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe.

Piracicaba-SP
2022

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

G586c Gonçalves, Eduardo, 1981-
Consórcios Intermunicipais de Saúde : arranjos regionalizados para a busca da integralidade assistencial no Sistema Único de Saúde / Eduardo Gonçalves. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2022.

Orientador: Fábio Luiz Mialhe.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Consórcios de saúde. 2. Planejamento em saúde. 3. Gestão em Saúde. 4. Associativismo. 5. Cooperativismo. I. Mialhe, Fábio Luiz, 1972-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Intermunicipal Health Consortiums : regionalized arrangements for the search of assistance completeness in the unique health system

Palavras-chave em inglês:

Health consortia
Health planning
Health management
Associativism
Cooperation

Área de concentração: Gestão e Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Gestão e Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Fábio Luiz Mialhe [Orientador]
Jaqueline Vilela Bulgareli
Manoelito Ferreira Silva Junior

Data de defesa: 17-03-2022

Programa de Pós-Graduação: Gestão e Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0001-6432-0685>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/9326385304109238>



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 17 de março de 2022, considerou o candidato EDUARDO GONÇALVES aprovado.

PROF. DR. FABIO LUIZ MIALHE

PROF^a DR^a JAQUELINE VILELA BULGARELI

PROF. DR. MANOELITO FERREIRA SILVA JUNIOR

A Ata da defesa, assinada pelos membros da Comissão Examinadora, consta no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho inteiramente à Deus, por me conduzir em todos os momentos até aqui. À minha esposa Cláudia pela cumplicidade, paciência, força e amor que me impulsionaram para que eu pudesse concretizar este sonho. À Mirelinha, por ser a razão da minha existência e me ensinar a cada dia, de forma tão simples, sem a obrigatoriedade de expressões por meio de palavras, que só o amor vale a pena. Filha, eu te amo muito! Aos meus pais, pelas intercessões por meio das orações cotidianas.

AGRADECIMENTOS

Ao Reitor da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, *Prof. Dr. Antônio José de Almeida Meirelles*, ao Diretor da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/Unicamp, *Prof. Dr. Francisco Haiter Neto*, e ao *Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim* Coordenador do Programa de Pós-graduação em Gestão e Saúde Coletiva, obrigada pela oportunidade e por todo conhecimento compartilhado.

Ao meu Deus que tudo pode! Por me proteger e abençoar em cada propósito.

Ao Dr. Fábio Luiz Mialhe pela paciência, orientação e amizade. Por me guiar e me fazer apaixonar pela Universidade Estadual de Campinas, de modo muito especial, pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba, fazendo despertar em mim novos sonhos, projetos, anseios e, mais do que isso, a possibilidade de colaboração ativamente para uma sociedade mais justa e igualitária. Parafraseando meu saudoso Prof. Gilson Carvalho: "nossa missão é fazer com que as pessoas vivam mais e melhor".

Aos amigos e Professores da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, em especial Doutor Antônio Carlos Pereira, Dra. Denise de Fátima Barros Cavalcante, meu amigo, Dr. Fábio Luiz Mialhe, grandes mestres os quais carregarei por toda a minha vida, como referências de profissionalismo, humildade e dedicação.

Ao meu grande amigo e mestre, Mauro Guimarães Junqueira, pela amizade, ensinamentos, pela sua simplicidade, coragem, desbravamento, profissionalismo, grandiosidade e militância ininterrupta por um Sistema Único de Saúde mais equânime, consolidado, e com financiamento adequado, na busca por fazer valer todos os seus princípios e diretrizes constitucionais, em ações concretas para toda a sociedade, em cada rincão deste Brasil.

“A lógica de Einstein!”

Conta certa lenda, que estavam duas crianças patinando num lago congelado.

Era uma tarde nublada e fria, e as crianças brincavam despreocupadas.

De repente, o gelo quebrou e uma delas caiu, ficando presa na fenda que se formou.

A outra, vendo seu amiguinho preso, e se congelando, tirou um dos patins e começou a golpear o gelo com todas as suas forças, conseguindo por fim, quebrá-lo e libertar o amigo.

Quando os bombeiros chegaram e viram o que havia acontecido, perguntaram ao menino:
- Como você conseguiu fazer isso? É impossível que tenha conseguido quebrar o gelo, sendo
tão pequeno e com mãos tão frágeis!

Nesse instante, um ancião que passava pelo local, comentou:

- Eu sei como ele conseguiu.

Todos perguntaram:

- Pode nos dizer como?

- É simples: - respondeu o velho.

- Não havia ninguém ao seu redor para lhe dizer que não seria capaz.

Albert Einstein

RESUMO

A complexidade de se garantir o acesso universal aos serviços de saúde em tempo oportuno, considerando um cenário de subfinanciamento crônico das políticas públicas de saúde e concomitantemente, a integração indissociável dos objetivos basilares do sistema na busca da integralidade, com ações de promoção, proteção e recuperação, são um dos principais desafios apresentados à gestão municipal em cada localidade. O objetivo da presente pesquisa foi investigar em uma mesma macrorregião, composta por cinco microrregiões de saúde composta por cinquenta municípios, os valores praticados na realização de consultas médicas especializadas por municípios participantes de consórcios intermunicipais de saúde, descrever e analisar a distribuição de profissionais médicos especialistas neste território e analisar ainda possíveis associações entre as internações por condições sensíveis à atenção primária e os gastos em ações e serviços de saúde. Trata-se assim, de um estudo analítico retrospectivo, utilizando-se de dados secundários, de acesso público e irrestrito. O estudo foi realizado utilizando um questionário eletrônico respondido pelos gestores participantes da pesquisa, contemplando cinquenta municípios e, também por meio da análise de dados secundários utilizando-se o banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, de acesso público e irrestrito, para os anos 2017 e 2018, tabulados por meio do TABNET e TABWIN do Departamento de Informática do SUS (Datasus). A análise estatística contemplou os parâmetros apresentados por meio de Portaria do Ministério da Saúde, possibilitando desta forma o cálculo da proporcionalidade de médicos por habitantes em cada uma das especialidades elencadas disponíveis para o SUS e na rede privada em cada uma das microrregiões de abrangência dos consórcios identificados nesta mesma macrorregião de saúde. Já em relação as possíveis associações entre as internações por condições sensíveis à atenção primária e os gastos em ações e serviços de saúde, considerou-se os dados secundários de acesso amplo, para os anos de 2017 e 2018. Os dados foram analisados por meio de modelos de regressão logística múltipla. Observou-se que houve associações estatisticamente significativas, corroborada por um teste estatístico nos valores praticados para as mesmas especialidades em cada microrregião, fato que pode comprometer o custo à saúde pública e o orçamento municipal, uma vez que em sua essência, os consórcios prezam pela otimização dos recursos disponíveis em cada região. Uma vez que os consórcios contribuem para a consolidação do processo de regionalização e pela melhoria do acesso aos serviços de saúde em cada localidade, concluiu-se que houve grande variabilidade entre as microrregiões na área de abrangência dos consórcios intermunicipais de saúde existentes quanto a distribuição de profissionais especialistas dentro de uma mesma macrorregião, considerando a inexistência de alguns profissionais com vínculo para o Sistema Único de Saúde e para o setor privado. Foi possível identificar ainda que maiores gastos em ações e serviços de saúde estiveram associados a menor número de internações por condições sensíveis à atenção primária. Os dados identificados nesta pesquisa apontam para a

necessidade da priorização das discussões de ações consorciadas para o fortalecimento das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, em consonância com as instâncias de pactuação e governança do sistema, uma vez que os aspectos observados podem refletir na otimização ou não, a depender da fluidez dos pactos intergestores em cada território, da correta alocação dos escassos recursos financeiros para o custeio das ações e serviços de saúde e o fortalecimento do processo de planejamento e seus reflexos na vida dos usuários do Sistema Único de Saúde em cada localidade

Palavras-chave: Consórcios de saúde. Planejamento em saúde. Gestão em saúde. Associativismo. Cooperativismo.

ABSTRACT

The complexity of ensuring universal access to health services in a timely manner, considering a scenario of chronic underfunding of public health policies and, at the same time, the inseparable integration of the basic objectives of the system in the pursuit of integrality, with actions of promotion, protection and recovery, are one of the main challenges presented to municipal management in each location. The objective of the present research was to investigate, in the same macro-region, composed of five health micro-regions made up of fifty municipalities, the values practiced in carrying out specialized medical consultations by municipalities participating in inter-municipal health consortia, to describe and analyze the distribution of specialist medical professionals. in this territory and also analyze possible associations between hospitalizations for conditions sensitive to primary care and expenditure on health actions and services. It is, therefore, a retrospective analytical study, using secondary data, of public and unrestricted access. The study was carried out using an electronic questionnaire answered by the managers participating in the research, covering fifty municipalities and also through the analysis of secondary data using the database of the National Registry of Health Establishments - CNES, with public and unrestricted access. , for the years 2017 and 2018, tabulated through TABNET and TABWIN of the Department of Informatics of the SUS (Datusus). per inhabitants in each of the listed specialties available for the SUS and in the private network in each of the micro-regions covered by the consortia identified in this same health macro-region. Regarding the possible associations between hospitalizations for conditions sensitive to primary care and spending on health actions and services, secondary data with broad access were considered, for the years 2017 and 2018. The data were analyzed using multiple logistic regression models. It was observed that there were statistically significant associations, corroborated by a statistical test in the values practiced for the same specialties in each micro-region, a fact that can compromise the cost to public health and the municipal budget, since, in essence, the consortia value the optimization of the resources available in each region. Since the consortia contribute to the consolidation of the regionalization process and to the improvement of access to health services in each location, it was concluded that there was great variability between the microregions in the area covered by the existing intermunicipal health consortia regarding the distribution of specialist professionals within the same macro-region, considering the lack of some professionals with links to the Unified Health System and to the private sector. It was also possible to identify that higher expenditures on health actions and services were associated with a lower number of hospitalizations for conditions sensitive to primary care. The data identified in this research point to the need to prioritize the discussions of consortium actions to strengthen health actions and services within the SUS, in line with the levels of agreement and governance of the system, since the observed aspects may reflect in the optimization or not, depending on

the fluidity of the intermanager pacts in each territory, the correct allocation of scarce financial resources for the cost of health actions and services and the strengthening of the planning process and its reflexes in the lives of users of the Unified Health System. Health in each location

Keywords: Health consortia. Health planning. Health management. Associativism. Cooperativism.

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1. Valores praticados para um conjunto de consultas especializadas em diferentes consórcios intermunicipais de saúde. Minas Gerais, 2018	26
---	----

Artigo 2

Tabela 1. Distribuição de profissionais de diferentes especialidades médicas na microrregião de Lavras com vínculo SUS e privado versus a avaliação da necessidade em relação ao parâmetro constante no Caderno de critérios e parâmetros SUS	39
Tabela 2. Distribuição de profissionais de diferentes especialidades médicas na microrregião de Três Corações com vínculo SUS e privado versus a avaliação da necessidade em relação ao parâmetro constante no Caderno de critérios e parâmetros SUS	40
Tabela 3. Distribuição de profissionais de diferentes especialidades médicas na microrregião de Varginha com vínculo SUS e privado versus a avaliação da necessidade em relação ao parâmetro constante no Caderno de critérios e parâmetros SUS	41
Tabela 4. Distribuição de profissionais de diferentes especialidades médicas na microrregião de São Lourenço com vínculo SUS e privado versus a avaliação da necessidade em relação ao parâmetro constante no Caderno de critérios e parâmetros SUS	42
Tabela 5. Distribuição de profissionais de diferentes especialidades médicas na microrregião de Lavras com vínculo SUS e privado versus a avaliação da necessidade em relação ao parâmetro constante no Caderno de critérios e parâmetros SUS	43

Artigo 3

Tabela 1. Análise descritiva dos dados dos 50 municípios de cinco microrregiões da macrorregião Sul do Estado de Minas Gerais.	57
Tabela 2. Análises (brutas e ajustadas) das associações com internações por condições sensíveis em 2017, para os 50 municípios de cinco microrregiões da macrorregião Sul do Estado de Minas Gerais	59

Tabela 3.	Análises (brutas e ajustadas) das associações com internações por condições sensíveis em 2018, para os 50 municípios de cinco microrregiões da macrorregião Sul do Estado de Minas Gerais	61
Tabela 4.	Análises (brutas e ajustadas) das associações com internações por condições sensíveis em 2017, para os 50 municípios de cinco microrregiões da macrorregião Sul do Estado de Minas Gerais	63
Tabela 5.	Análises (brutas e ajustadas) das associações com internações por condições sensíveis em 2018, para os 50 municípios de cinco microrregiões da macrorregião Sul do Estado de Minas Gerais	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 ARTIGOS.....	199
2.1 Artigo 1: A Variabilidade dos valores praticados em Consultas Médicas em Consórcios Intermunicipais de Saúde	199
2.2 Artigo 2: Análise da distribuição de profissionais especialistas em microrregiões de saúde na área de abrangência de Consórcios Intermunicipais de Saúde no Sul do Estado de Minas Gerais	32
2.3 Artigo 3: Análise das internações por condições sensíveis à Atenção Primária e a correlação dos gastos em saúde em 50 municípios de Minas Gerais.....	52
3 DISCUSSÃO	74
4 CONCLUSÃO.....	777
REFERÊNCIAS	788
ANEXOS	799
Anexo 1 – Verificação de originalidade e prevenção de plágio.....	79
Anexo 2 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	80
Anexo 3 – Publicação de manuscrito – Artigo 2.....	81
Anexo 4 – Publicação de manuscrito – Artigo 3.....	82

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 é a representação direta do pacto federativo brasileiro, dando ênfase as competências comuns da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em especial em seus artigos 18, 23,24 que apresentam, respectivamente, a organização político-administrativa, a ênfase no cuidado da saúde e defesa da saúde, assim como, garantindo a universalidade do direito à saúde por meio do Sistema Único de Saúde nos artigos 196 a 200 (Brasil, 1988).

Mas, há de se considerar neste momento, a percepção de que o pacto federativo em curso não reflete a expectativa dos entes federados, acentuando sobremaneira a carga de responsabilidades ao ente municipal. É sabido que sempre que os recursos se apresentam como insuficientes para a consecução de políticas públicas, escolhas devem ser realizadas objetivando a satisfação das necessidades existentes e prioritárias (Brasil, 2018).

Nesse contexto, a institucionalização de um planejamento adequado, garantindo a compatibilização dos instrumentos de gestão orçamentária e da saúde, com a correta alocação de recursos frente a escassez, se torna imperioso para a consolidação do Sistema Único de Saúde. A administração de recursos financeiros, a gestão de pessoal, o manejo de recursos técnicos e políticos, a participação da comunidade e dos trabalhadores são premissas básicas para uma boa gestão (Moysés Filho et al., 2010).

O Sistema Único de Saúde se apresenta como um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, e já demonstrou ser capaz de dar as respostas aos mais variados eventos de saúde pública de relevância nacional e internacional ao longo de sua existência (Pereira et al., 2016). Entretanto, a alocação equivocada de recursos em cada localidade, não é o único desafio para a garantia dos princípios trazidos pela lei magna da saúde, assim como assegurar os direitos previstos na Constituição Federal. A gestão do SUS necessita, a cada instante, oportunizar discussões e qualificações que possam transformar as realidades dos sujeitos, com a humanização e dignidade a ser ofertada a cada pessoa (CONASEMS, 2019).

A eficiência no desempenho da gestão em saúde é fundamental, pois em sua essência, são vidas dependentes de ações técnicas e políticas, cujos condicionantes e determinantes indicarão o resultado desejado por toda a sociedade, em suma, para que as pessoas vivam mais e melhor (Barata, 2009).

O desafio da gestão de média e alta complexidade extrapolam as dificuldades orçamentárias, onde, em muitos momentos, pelo desconhecimento das reais necessidades de saúde da população, por meio de um fluxo desordenado, muitas vezes imperceptível, as demandas ditam a necessidades de aquisição de serviços complementares, sem o estabelecimento adequado da regulação do acesso, a elaboração e instituição de protocolos, discussão de casos, e avaliação da resolutividade assistencial, considerando todos que, direta ou indiretamente, transitam nestes espaços de negociação, como os segmentos privados lucrativos, corporações, profissionais e gestores (Brasil, 2019).

As dificuldades são históricas e, em cada território, há a necessidade do levantamento da capacidade instalada e da oferta dos serviços públicos para definição adequada do que deve ser adquirido, complementarmente aos serviços públicos (Brasil, 2011).

Nesse contexto, os consórcios possuem amparo legal e têm se apresentado como uma das principais alternativas para efetuar a contratação de serviços em nível intermunicipal, com a necessidade de entendimento amplo pelos atores envolvidos, de que deve-se em todo momento, garantir os princípios constitucionais também neste dispositivo, sendo este, parte integrante do Sistema de Saúde nas respostas as demandas existentes, sem conflito com a direção única em cada esfera, onde, por meio do protagonismo dos gestores, os arranjos constituídos de forma consorciada devem ser objeto de discussão e avaliação nas instâncias gestoras do SUS, visando a garantia da governança do sistema.

A presente dissertação, em formato alternativo é baseada nas normas da Instrução Normativa CCPG N° 002/2021, sendo apresentado três artigos, ambos submetidos à publicação, sendo dois destes publicados e outro com a devida carta de aceite recebida pelos autores. O objetivo geral da presente pesquisa é investigar em uma mesma macrorregião, composta por cinco microrregiões de saúde composta por cinquenta municípios, os valores praticados na realização de consultas médicas especializadas por municípios participantes de consórcios intermunicipais de saúde, descrever e analisar a distribuição de profissionais médicos especialistas neste território e analisar ainda possíveis associações entre as internações por condições sensíveis à atenção primária e os gastos em ações e serviços de saúde.

A presente pesquisa poderá contribuir para o fomento das discussões nos espaços regionais e instâncias de governança dos SUS, no que se refere a alocação adequada de recursos financeiros para a garantia da assistência de média e alta complexidade, fomentar os olhares para a busca equânime da distribuição de especialidades médicas em cada microrregião e desvelar possíveis arranjos assistenciais substitutivos veladamente vigentes em cada território sanitário em detrimento ao protagonismo, responsabilização da atenção primária como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, sendo mote de novos estudos quanto ao impacto dos gastos específicos na APS por todos os entes federativos na redução das ICSAP

2 ARTIGOS

2.1 Artigo 1: A variabilidade dos valores praticados em consultas médicas especializadas em Consórcios Intermunicipais de Saúde

The Variability of the values practiced in Medical Consultations in Intermunicipal Health Consortia

La variabilidad de los valores practicados en consultas médicas especializadas en Consorcios Intermunicipales de Salud

RESUMO

O objetivo desse artigo foi investigar os valores praticados na realização de consultas médicas conforme as especialidades dispostas na seção IV (Atenção Especializada) do documento intitulado Caderno de Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde do Ministério da Saúde na média e alta complexidade para o ano de 2018, por municípios participantes de consórcios intermunicipais de saúde em distintas microrregiões de uma mesma macrorregião de saúde no Sul de Minas Gerais. Para a avaliação dos valores praticados nestes consórcios, os gestores de cinquenta municípios que fazem parte de uma macrorregião de saúde localizada no Sul de Minas Gerais responderam a um questionário eletrônico, elaborado por meio do FormSUS. Observou-se que grandes diferenças nos valores praticados para as mesmas especialidades em cada microrregião, fato que pode comprometer o custo à saúde pública e o orçamento municipal, uma vez que em sua essência, os consórcios prezam pela otimização dos recursos disponíveis em cada região, contribuem para a consolidação do processo de regionalização e pela melhoria do acesso aos serviços de saúde em cada localidade.

Palavras-chave: Consórcios de Saúde, planejamento em saúde, gestão em saúde, regionalização.

ABSTRACT

The objective of this article was to investigate the values practiced in carrying out medical consultations used by municipalities participating in inter-municipal health telecommunications companies in different health micro-regions in southern Minas

Gerais. For an evaluation of the practiced values, the managers of the municipalities in question who are part of a health macro-region located in the South of Minas Gerais, answer an electronic questionnaire on the research topic. Great differences were observed in the values practiced for the same specialties in each micro-region, a fact that can compromise the cost to public health and the municipal budget, since, in essence, the consortia value the optimization of the resources available in each region, contributing for the consolidation of the regionalization process and for the improvement of access to health services in each location.

Keywords: Health Consortia, health planning, health management, regional health planning

RESUMEN

El objetivo del artículo fue investigar los valores practicados en la realización de consultas médicas según las especialidades previstas en el apartado IV (Atención Especializada) del documento titulado Cuaderno de Criterios y Parámetros Asistenciales para la Planificación y Programación de Acciones y Salud Servicios del Ministerio de Salud Salud de mediana y alta complejidad para el año 2018, por municipios participantes en consorcios intermunicipales de salud en diferentes microrregiones de una misma macrorregión de salud en el Sur de Minas Gerais. Para evaluar los dos valores practicados por estos consorcios, los gestores de cincuenta municipios que forman parte de una macrorregión de salud ubicada en el sur de Minas Gerais responderán a un cuestionario electrónico elaborado por FormSUS. Se observaron grandes diferencias en los valores practicados para las mismas especialidades en cada microrregión, hecho que puede comprometer el costo para la salud pública y el presupuesto municipal, ya que, en esencia, los consorcios valoran la optimización de los recursos disponibles en cada región, contribuyendo para la consolidación del proceso de regionalización y para la mejora del acceso a los servicios de salud en cada localidad.

Palabras clave: Consorcios de Salud, planificación en salud, gestión en salud, regionalización.

1. Introdução

Para fins de resgate à missão precípua do Sistema Único de Saúde (SUS), é fundamental destacar em qualquer tempo o direito à saúde no território nacional, garantido constitucionalmente e, indissociável à adoção e execução de políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de doenças e promovam o acesso universal as ações e serviços de saúde , apresentando ainda diretrizes organizacionais para o sistema único de saúde tais como a descentralização, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais e a participação da comunidade¹.

A Constituição Federal de 1988¹, apresentou aos entes federados, por meio do artigo 241, a possibilidade da gestão associada de serviços públicos:

Art. 241. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.

Percebe-se que a própria Constituição Federal por meio deste artigo já anunciava as dificuldades que viriam a ser desbravadas pelos municípios na garantia do direito à saúde.

Para tanto, no que tange ao processo de descentralização emanado na constituição na seção saúde ao longo dos anos, a municipalização tem trazido aos municípios o desafio de respostas na busca pela integralidade da atenção, no qual, diante das dificuldades apresentadas isoladamente na consecução de políticas públicas de saúde de forma ampliada, a busca por respostas através da cooperação tem se apresentado sobremaneira por meio dos consórcios².

Observa-se que desde a promulgação da Constituição Federal em 1988, a expectativa para a consecução do consorciamento que objetivou o apoio ao processo de descentralização das ações e serviços de saúde, foi também compreendida pela União como sendo um dos principais meios de municiar os municípios mediante as demandas peculiares do conjunto de municípios em cada espaço regional³.

Estes arranjos cooperativos intermunicipais se apresentam como possíveis soluções em cada localidade, quando a factibilidade fomenta o vislumbamento por meio da unicidade intencional intergestores, pela superação de vazios assistenciais, muitas vezes refletidos pela impossibilidade da aplicação de mecanismos que impactem na atratividade associada as necessidades de escala e escopo, condizentes com a

realidade mercadológica e as iniquidades quanto as mais variadas especialidades e tecnologias⁶.

Para Mendes⁷ “as economias de escala são mais prováveis de ocorrer quando os custos fixos são altos relativamente aos custos variáveis de produção, o que é comum nos serviços de saúde”.

De modo mais aprofundado, diante das dificuldades oriundas do processo de descentralização nestas mais de três décadas após a garantia constitucional do Sistema Único de Saúde, os consórcios têm sido utilizados para o enfrentamento de problemas de diferentes naturezas tais como o gerenciamento de centros regionais de especialidades, gestão regional da urgência e emergência, atendimento em maternidades, saúde mental, entre outros³.

Para a Confederação Nacional dos Municípios, diante deste cenário, cabe destaque ainda para a reconfiguração do papel dos municípios no período pós-constitucional, quanto à assunção de responsabilidades das ações de interesse público no âmbito local, sobremaneira das ações e serviços de saúde, historicamente se apresentando de forma desassociada, quanto a necessidade premente da descentralização plena de recursos pela união para a efetiva oferta destas ações⁴.

Quanto a esse contexto, Neves e Ribeiro⁵ relatam que os consórcios disputam ainda nas instâncias de governança regional, o protagonismo como os meios de superação dos desafios locorregionais, considerando aspectos que perpassam as questões técnicas, considerando também o cenário político de cada região e estado.

Neste cenário, os desafios apresentados no cotidiano da gestão, de maneira especial aos municípios de pequeno porte, quando da insuficiência de respostas as demandas em seu território, vislumbraram muitas vezes os consórcios intermunicipais de saúde como sendo o único meio possível de resolução, com foco especial na economicidade para o alcance dos resultados almejados⁶.

Alguns fatores são considerados ainda como dificultadores do consorciamento intermunicipal, como o comportamento individualista dos municípios e a falta do reconhecimento e inserção dos consórcios nas agendas regionais que sucumbem, mesmo que de forma despreziosa, o alinhamento e a possibilidade do estabelecimento de ações harmônicas destes dispositivos na elaboração das políticas públicas de saúde, municipais, estadual e federal⁴.

No que tange ao processo de alocação orçamentária, Mendes⁷ afirma que a alocação de recursos financeiros para o Sistema Único de Saúde deve apresentar

consonância entre os incentivos econômicos e sanitários onde, o modelo de pagamento por procedimentos contribui para a sinalização da oferta de serviços em maior quantidade visando a maximização de seus lucros, onde, esta afirmação, deverá ser considerada por todos os atores partícipes destas relações para a avaliação de tendências em cada momento.

Tão logo a prestação de serviços de forma compartilhada pelo dispositivo consorciado pode evitar a sobrecarga nos municípios com investimentos, custeio de serviços e equipamentos sendo este capaz de melhor negociação visando investimentos, otimização na utilização de equipamentos e a superação de vazios em determinadas especialidades⁸.

Neste universo cooperativo intermunicipal, os consórcios são, aos olhos de gestoras e gestores municipais, importantes dispositivos para a busca por soluções conjuntas. Entretanto, para sua contribuição no processo de organização loco regional, regionalização da assistência e fortalecimento das regiões de saúde, é necessário acompanhar os reais movimentos vigentes realizados por consórcios distintos existentes em uma mesma macrorregião, a luz de instrumentos norteadores para o processo de planejamento e programação da assistencial¹.

A autonomia financeira e operacional destes arranjos consorciados regionais, associada a um menor aporte de recursos federal e estadual para o desenvolvimento de ações e políticas de saúde junto aos municípios, oportunizou então as estas esferas identificarem os consórcios como um meio para a expansão de ações, quais sejam em custeio ou investimentos⁵.

Os estudos nacionais existentes que versam sobre os consórcios intermunicipais de saúde apresentam, de forma majoritária, abordagens qualitativas por meio de pesquisas documentais que demonstram o processo de governança destes consórcios no processo de regionalização, o histórico de formação dos consórcios em cada localidade demonstrando sua base jurídica, estrutura administrativa, serviços prestados, as formas de financiamento e recursos humanos existentes.

Entretanto é perceptível ainda, considerando que dos 5.570 municípios do país, 3.339 são consorciados na área da saúde, que ainda são escassos estudos de base quantitativa que avaliaram as diferenças entre consórcios em cada território quanto à produção de procedimentos, consultas e exames realizados por estes¹⁰.

No Brasil, a oferta de serviços de média complexidade constitui-se com um grande vazio assistencial, sendo um dos maiores desafios assistências a serem superados no sistema de saúde¹¹.

Nesta seara cooperativa, oportunamente, de forma imperiosa os consórcios intermunicipais podem subsidiar gestores em todas as esferas na avaliação das insuficiências assistenciais, corroborando com o processo de planejamento que de forma mais acentuada, evidencie a realidade⁸.

Entender alguns vieses desta sistemática em relação ao financiamento originado na lógica da oferta de procedimentos onde a demanda é caracterizada pelo padrão da oferta existente é fator preponderante e poderá contribuir diretamente à otimização dos recursos existentes e à minimização dos impactos quanto ao desfinanciamento e o subfinanciamento crônico do sistema de saúde, destacando ainda, sobremaneira, as necessidades reais e epidemiológicas das regiões de saúde para sua correta alocação.

Este estudo objetivou analisar os valores praticados na realização de consultas médicas especializadas pelos municípios por meio de diferentes consórcios intermunicipais de saúde em distintas microrregiões em uma mesma macrorregião de saúde no Sul de Minas Gerais.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, observacional, analítico com avaliação referente às informações apresentadas pelos municípios que utilizam de forma complementar, os consórcios intermunicipais de saúde para as respostas as demandas assistenciais locais.

O cenário de estudo foi composto por consórcios localizados no sul do estado de Minas Gerais, comungando uma mesma macrorregião de saúde de Varginha, composta por cinquenta municípios.

As cinco microrregiões incutidas no presente estudo totalizam cerca de 900 mil habitantes, representadas pelos municípios de referência, respectivamente: Lavras-MG: 169.514, composta por 10 municípios. São Lourenço-MG: 256.100 habitantes, composta por 24 municípios. Três Corações-MG: 127.094 habitantes, composta por 6 municípios. Três Pontas-MG: 121.699 habitantes e Varginha-MG: com 180.733 habitantes composta por 5 municípios.

Para a avaliação dos valores praticados na realização de consultas médicas especializadas por meio dos consórcios nos municípios, foi enviado um questionário eletrônico aos municípios, direcionados exclusivamente aos gestores nomeados para o cargo. O formulário foi elaborado por meio da Plataforma FormSUS que é um serviço do DATASUS para a criação de formulários na WEB, destinado ao uso do SUS e de órgãos públicos parceiros, para atividades de interesse público.

Para o êxito no estabelecimento do contato com gestoras e gestores municipais de saúde utilizou-se os e-mails institucionais, bem como os telefones de contato individualizados de gestoras e gestores dos cinquenta municípios relacionados na pesquisa, encaminhando o link do formulário por meio do aplicativo *Whatsapp*, com o intento de coletar dados referentes aos procedimentos e exames de imagem e diagnóstico previamente elencados na seção IV (Atenção Especializada) do documento intitulado Caderno de Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde do Ministério da Saúde na média e alta complexidade para o ano de 2018⁽¹¹⁾. Neste documento, as consultas médicas especializadas avaliadas se apresentaram nas seguintes especialidades: angiologia, cirurgia vascular, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, proctologia, neurologia, neurocirurgia, neurofisiologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, urologia e reumatologia. As orientações para o preenchimento do referido questionário foram subsidiadas também por meio de um vídeo tutorial elaborado para a facilitação deste processo e acessível por meio da plataforma *Youtube*. O formulário foi disponibilizado por um período de 30 dias, findando em dezembro de 2019.

Os dados foram tabulados em planilha Excel, sendo consideradas nas análises descritivas a média dos valores praticados em cada consórcio, bem como as variações percentuais entre dois valores (maiores e menores praticados para cada especialidade), sendo assim obtida a variação percentual = $[(\text{valor maior} - \text{valor menor}) / (\text{valor menor})] \times 100$.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Universidade Estadual de Campinas e aprovado sob o número CAAE: 22751419.8.0000.5418.

3. Resultados

Tabela 1. Valores praticados para um conjunto de consultas especializadas em diferentes consórcios intermunicipais de saúde em uma macrorregião do sul do estado de Minas Gerais, 2018

CONSÓRCIOS	CONSÓRCIO A	CONSÓRCIO B	CONSÓRCIO C	CONSÓRCIO D	MÉDIA	% VARIAÇÃO
Consultas	Valor praticado por consulta (R\$)					
Angiologia	145	52	120	88	101,2	178%
Cirurgia Vascular	150	*	*	88	59,5	76%
Cardiologia	176	26	35	88	81,2	584%
Dermatologia	0	0	0	88	22	
Endocrinologia	70	73	0	88	57,7	25%
Gastroenterologia	127	26	85	88	81,5	388%
Proctologia	140	87	0	0	56,7	61%
Neurologia	100	26	64,5	88	69,6	246%
Neurocirurgia	140	73	180	88	120,2	92%
Neurofisiologia	*	*	*	*	*	*
Oftalmologia	0	94	40	88	55,5	135%
Ortopedia	150	26	75	88	84,7	477%
Otorrino	100	36	95	88	79,7	178%
Pneumologia	0	0	100	88	47	13%
Urologia	128	26	90	88	83	392%
Reumatologia	140	0	50	88	69,5	180%

*Não ofertado pelos consórcios intermunicipais de saúde

Verificou-se uma grande variabilidade entre os valores praticados para os diversos procedimentos entre os consórcios, variando de 13 % a 584%, a depender do procedimento relacionado a cada uma das especialidades. Os procedimentos que apresentaram a maior variação em ordem decrescente foram cardiologia, ortopedia, urologia e gastroenterologia. Os que apresentaram menores variações foram a pneumologia e a endocrinologia.

4. Discussão

O presente estudo constatou uma grande variabilidade entre os valores praticados por 16 especialidades médicas constantes no Caderno de Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação das Ações e Serviços de Saúde do Ministério da Saúde, entre os consórcios municipais de uma macrorregião do sul de Minas Gerais.

A nosso conhecimento, esse é um dos primeiros estudos que avaliaram a variação nos valores das consultas especializadas entre consórcios municipais existentes em uma mesma macrorregião de saúde. Estudos empíricos sobre o tema geralmente versam sobre o perfil desta modelagem associativa consorciada e refletem sobre os fatores que podem facilitar ou dificultar o processo de cooperação entre os consorciados⁽¹²⁾. Os poucos estudos realizados que investigaram aspectos econômicos relativos aos consórcios intermunicipais não focaram nas especificidades das consultas, porém, assim como no presente estudo, constataram grandes variabilidades nos desfechos avaliados. Por exemplo, Pavelski⁽¹²⁾ avaliou a economicidade obtida por municípios de um Consórcio Intermunicipal Catarinense em processos de licitação de 55 medicamentos e observou-se uma grande variação nos valores praticados.

Portanto, a presente pesquisa é inovadora no sentido de trazer informações relevantes sobre o tema, fato que poderá auxiliar e estimular outros gestores a investigarem os mesmos aspectos em suas macrorregiões, contribuindo assim para a melhoria da gestão do SUS.

Apesar das dificuldades, existem evidências de que os consórcios podem apresentar impacto positivo na redução de custos à saúde pública. Amaral e Blatt⁽¹³⁾ constataram que a adesão ao consórcio para a aquisição de medicamentos proporcionou a redução dos custos, refletindo em maior oferta de medicamentos e contribuindo para a superação do desabastecimento na assistência farmacêutica. Já Ferraes e Cordoni Junior⁽¹⁴⁾ demonstraram que a aquisição de medicamentos por meio do Consórcio Paraná Saúde teve o custo de 29,7% menor em comparação com os valores constantes no Banco de Preços/MS.

Para Reis⁽¹⁵⁾ há um entendimento consensual quando da intencionalidade de consórcio que se associa à redução de custos, e que os Consórcios são a própria execução da estratégia dos municípios para reduzir custos.

Santos⁽¹⁶⁾ constatou em seus estudos que a racionalidade gerencial que conduz as ações públicas, aparentemente não dispõe de forças suficientes que impliquem na necessidade de defesa do movimento à não privatização do espaço público e da saúde em mercadoria, o que desfiguraria o papel dos consórcios nas regiões de saúde. Motivo este que nos remete ao melhor entendimento deste contexto loco-regional no que tange as diferenças apresentadas entre as instituições.

Para além de questões da gestão, outras características macro contextuais podem interferir nos gastos em saúde nos consórcios. Liebel⁽¹⁰⁾ estudou os gastos com a

produção ambulatorial em média complexidade e os fatores associados em 853 municípios do estado de Minas Gerais agregados por microrregiões no ano de 2014. A autora encontrou correlação positiva entre os gastos com produção ambulatorial em média complexidade e variáveis como: Produto Interno Bruto, renda média domiciliar, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, condição de habitação, gênero feminino, número de médicos especialistas e de atenção básica.

Já no estudo de Silva et al⁽¹⁷⁾, os autores observaram deficiências profissionais expressivas nas variadas especialidades investigadas no presente estudo, configurando-se desta forma como um dos grandes desafios de provimento por meio do Sistema Único de Saúde-SUS, uma vez que a busca destes profissionais no setor privado sem o vínculo adequado às premissas do consórcio, à luz dos princípios e diretrizes do SUS, podem impactar negativamente no acesso à atenção especializada em cada território.

Aspectos diretamente associados à oferta de serviços de saúde, em especial na média e alta complexidade como a exiguidade de profissionais, finitude orçamentária, precariedade estrutural e acesso a novas tecnologias também contribuem para dificultar a efetividade dos consórcios em responder de forma adequada às carências municipalistas^(13,18).

Uma vez que um dos aspectos fundamentais apresentados pela celebração da cooperação intermunicipal é a ampliação do diálogo, redução das pressões mercadológicas e a amplitude autônoma delegada aos municípios partícipes deste processo, com a resolutividade dos problemas regionais e macrorregionais, os gestores devem buscar o planejamento ascendente, focalizado na necessidade individualizada que será coletivizada para a concretude das premissas consorciadas⁽⁴⁾.

Em um país onde muitos municípios são de pequeno porte, dificilmente conseguirão estabelecer unilateralmente uma rede tecnológica sustentável do ponto de vista financeiro, mediante as limitações impostas à sua realidade, no qual os consórcios poderão considerar ainda, os serviços existentes em todos os municípios que o comporão, para a sua consecução⁽⁹⁾.

Anseia-se que o presente estudo possa contribuir para a indução de discussões nas micro e macrorregiões que balizem o alinhamento e a adoção de políticas em contraponto as dificuldades financeiras e orçamentárias dos municípios consorciados, bem como futuras investigações sobre o mesmo aspecto em outras regiões do país.

Há a expectativa ainda, de uma compreensão nos vieses possíveis que traduzam as diferenças apresentadas que poderão estar ou não vinculadas à regulação, interesses individuais e fragilidades em cada território microrregional e em toda a macrorregião em relação aos potenciais prestadores de serviços de saúde existentes em uma lógica mercadológica, precificada e concorrente.

As limitações do estudo se apresentam pela incipiência na verificação e disponibilização dos dados secundários de acesso público pelos consórcios, ainda que no estado de Minas Gerais, o registro das produções dos Consórcios é obrigatória e regulamentada por meio de Resolução da Secretaria de Estado da Saúde, utilizando-se o utilizando-se como instrumento de registro, o boletim de produção ambulatorial individualizado (BPA-I) e processada no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) municipal ou regional, de acordo com a gestão do município sede do consórcio. A obrigatoriedade de alimentação dos sistemas de informação se estende aos procedimentos realizados pelos CIS que não sejam financiados com recursos oriundos do teto de média e alta complexidade. No entanto, não se consegue visualizar nos sistemas disponíveis, os valores superiores aos parametrizados na tabela SIGTAP (tabela SUS). Tem ainda a intencionalidade e correspondência ao financiamento justo e adequado, fortalecendo sobremaneira as regiões de saúde, as redes de cuidado e a gestão do SUS.

Conclusão

Conclui-se que, houve uma grande variação nos valores praticados em um mesmo território macrorregional, fato que pode comprometer a otimização dos recursos para o provimento da atenção de média e alta complexidade, impactando os orçamentos municipais e dificultando o acesso aos procedimentos elencados na pesquisa, sobremaneira em um cenário histórico de sub financiamento crônico e o desfinanciamento das políticas públicas de saúde no país.

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado 1988.

2. Abrucio FL, Filippim ES, Dieguez, RC. Inovação na cooperação intermunicipal no Brasil: a experiência da Federação Catarinense de Municípios (Fecam) na construção de consórcios públicos. *Rev. Adm. Pública*. 2013;47(6):1543-1568. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122013000600010>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde. Brasília: 1997.
4. Consórcios Públicos Intermunicipais: Uma Alternativa à Gestão Pública. Brasília: CNM, 2016.
5. Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(10): 2207-2217. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000027>.
6. Colegiado dos Consórcios de Secretários Executivos do Estado de Minas Gerais (COSECS). Perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: COSECS; 2010.
7. Vilaça E. As redes de atenção à saúde. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
8. Brasil. Consórcios Públicos Intermunicipais, no âmbito do SUS: Aspectos Básicos. Ministério da Saúde; 2014.
9. Leal EMM, Silva FS, Oliveira SRA, Pacheco HF, Santos FAS, Gurgel JGD. Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. *Saúde soc*. 2019; 28(3): 128-142. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180956>.
10. Liebel G. Fatores Associados aos Gastos com a Produção Ambulatorial em média complexidade [dissertação de internet]. Juiz de Fora (MG): Universidade Federal de Juiz de Fora; 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/2487>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde; 2017.
12. Pavelski LG. Economicidade para municípios de pequeno porte na aquisição de medicamentos em licitações compartilhadas através do Consórcio Intermunicipal Catarinense (Trabalho de Conclusão de Curso de internet).

- Curitiba-PR: Universidade Tecnológica Federal do Paraná; 2018. Disponível em: <http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/21648>.
13. Amaral SMS, Blatt CR. Consórcio Intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. *Revista de Saúde Pública*. 2011; 45(4): 799-801. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000016>.
 14. Ferraes AMB, Junior LC. Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. *Revista de Administração Pública*. 2007; 41(3): 475-486. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122007000300005>.
 15. Reis HC. Gestão Econômica e Financeira de Consórcios Intermunicipais de Saúde no Rio Grande do Sul [dissertação de internet]. São Leopoldo (RS): Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/4922>.
 16. Santos AM. Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado. Salvador: EDUFBA; 2018
 17. Silva CR, Carvalho BG, Júnior LC, Nunes EFPA. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2017;22(4). <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016.18>.
 18. Pypcack Júnior R, Paris MC, Baratieri T, Soares LG, Lentsck MH. O papel dos consórcios intermunicipais como ferramenta na gestão da saúde pública. *Glob Acad Nurs*. 2020;1(1):e3. Disponível em: <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globalcadnurs/article/view/152>

2.2 Artigo 2: Análise da distribuição de profissionais especialistas em microrregiões de saúde na área de abrangência de Consórcios Intermunicipais de Saúde no Sul do Estado de Minas Gerais

The Health System's Specialized Professionals distribution through intermunicipal consortiums in the micro regions of the South of Minas Gerais

Artigo publicado na **Revista Eletrônica Acervo Saúde**

Resumo

Objetivo: Descrever e analisar a distribuição de profissionais médicos especialistas em cinco microrregiões assistenciais na área de abrangência de consórcios intermunicipais de saúde no Sul de Minas Gerais

Enquadramento Teórico: Optou-se por autores e conselhos de classe que buscaram aspecto demonstrar a alocação de profissionais médicos no Brasil.

Metodologia: Trata-se de um estudo transversal descritivo, utilizando-se de dados secundários de acesso amplo, irrestrito e público, a partir de dados constantes na base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, na competência dezembro de 2018. Para a coleta dos dados foi utilizando os arquivos disponíveis para tabulação originados pelo CNES no sítio do Datasus, sistema este que abarca em sua base dados cadastrais de estabelecimentos e profissionais de saúde públicos e privados, tabulados por meio do programa Tabnet e Tabwin.

Resultados: Conclui-se que houve grande variabilidade entre as microrregiões na área de abrangência dos consórcios intermunicipais de saúde existentes quanto a distribuição de profissionais especialistas dentro de uma mesma macrorregião, considerando a inexistência de alguns profissionais com vínculo para o Sistema Único de Saúde e para o setor privado.

Originalidade: Pesquisa realizada no âmbito de uma região assistencial de saúde de relevância para o Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, a macrorregião Sul do Estado, almejando a qualificação das discussões nas instâncias de decisão do SUS e

efetiva alocação dos recursos públicos pelos municípios, em especial, quando resultantes do associativismo e cooperativismo municipal.

Contribuições Teóricas: Os resultados apresentados são fundamentais para subsidiarem as discussões e elaboração de políticas públicas que possam contribuir para a equidade assistencial em cada região de saúde, uma vez que quando relacionados à Consórcios Intermunicipais de Saúde, não foram encontrados estudos anteriores que apresentem esta abordagem, distanciando, portanto da prática assistencial diária das gestões municipais.

Palavras chave: Associativismo, cooperativismo, planejamento em saúde, gestão em saúde, regionalização

Abstract

Objective: The purpose was to analyze the distribution of specialized doctors in 5 supporting micro regions which are part of a health inter-municipal consortium in the South of Minas Gerais.

Theoretical Framework: Framers and counselors were chosen, as they presented the ability to demonstrate the federal distribution of professionals in Brazil.

Methodology: Consists of a descriptive, transversal study, utilizing data which is of wide access, private and public, found in the constantly fed database of the CNES-Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- under December 2018. For data collection, the files found in the CNES Datasus site were used, as its system contains data on professionals and facilities, private and public, priced by the Tab net and Tab win program.

Results: It was concluded that there was a big variation between each region and the coverage of the existing inter-municipal consortiums, when looking to the distribution of these specialized professionals within the same macro region, taking into the consideration the lack of professionals who are linked to the public health system (SUS-Sistema Único de Saúde) and the private sector.

Originality: Research was carried out in a segment of great relevance to “Sistema Único de Saúde em Minas Gerais”, the state’s southern macro region, looking to qualify and be included in discussions regarding the distribution of public funds, specifically when a result of municipal cooperativism and associativism.

Theoretical Contributions: The results presented are essential for funding discussions involving public policies, which can contribute to assistance equity in every health area, when connected to intermunicipal health consortiums. Up to now, no previous studies or results have provided this information and approach, therefore compromising the practice of daily assistance by municipal management.

Key words: associativism, cooperativism, health management, health framework, regionalization

Resumen

Objetivo: Describir y analizar la distribución de profesionales médicos especialistas en cinco microrregiones asistenciales en el área de cobertura de los consórcios intermunicipales de salud em el sur de Minas Gerais.

Encuadramiento teórico: Se optó por autores y consejos consultivos (conselhos de classe) que buscasen demostrar la asignación de profesionales médicos en el Brasil.

Metodologia: Se trata de un estudio transversal descriptivo, valiéndose de datos secundários de acceso amplio, irrestricto y público, a partir de datos constantes de la base de datos del(Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES), Registro Nacional de Estabelecimientos de Salud em la competência de diciembre de 2018. Para la recolección de los datos fueron utilizando los archivos disponibles para tabulación originados por el CNES en el sitio del Datasus, sistema este que abarca en su base de datos, registros de establecimientos y profesionales de salud públicos e privados, tabulados por médio del programa Tabnet e Tabwin.

Resultados: Se concluyó que hubo gran variabilidad entre las microrregiones en el área de cobertura de los consórcios intermunicipales de salud existentes, en lo que respecta a la distribución de profesionales especialistas dentro de uma misma macrorregión, considerando la inexistência de algunos profesionales vinculados al Sistema Único de Salud y al sector privado.

Originalidad: Pesquisa realizada en el âmbito de uma região assistencial de salud de relevância para el Sistema Único de Salud em Minas Gerais, la macrorregión sur del estado, anhelando la calificación de las discusiones en las instancias de decisión del SUS y la efectiva asignación de los recursos públicos por los municípios, en especial, cuando son el resultado del associativismo y cooperativismo municipal.

Contribuciones teóricas: Los resultados presentados son fundamentales para financiar las discusiones y elaboración de políticas públicas que puedan contribuir para la equidade asistencial en cada región de salud ya que relacionados a los Consorcios Intermunicipales de Salud, no fueron encontrados estudios anteriores que presenten este abordaje, distanciándose por lo tanto de la práctica asistencial diaria de las gestiones municipales.

Palabras clave: Asociativismo, cooperativismo, planificación em salud, gestión em salud, regionalización.

1. Introdução

A escassez de médicos em atuação nos sistemas de saúde é apontada na maioria dos países como um problema grave e persistente ao longo dos anos, cujo enfrentamento é constante por meio de variadas estratégias (WHO, 2010). No Brasil este cenário também se reproduz e é evidenciado por meio de alguns estudos que apontam a falta de médicos no Brasil (Póvoa, & Viegas, 2006; FGV, 2008; Campos, Machado, & Girardi, 2009; Girard et al., 2011; UFMG, 2014).

A fim de superar essas dificuldades a busca pelo associativismo municipal impera mediante a intencionalidade de respostas frente ao processo de responsabilização territorial que é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde quando o poder e as responsabilidades são distribuídos entre os três níveis de governo, atribuindo ao ente municipal os desafios para a consolidação de parcerias que possam refletir na resolução de problemas comuns da sociedade para o enfrentamento de problemas relacionados à escassez de recursos financeiros, materiais e o provimento de recursos humanos para a efetivação da assistência à saúde dentro dos princípios da universalidade, integralidade, equidade, uma vez que representam uma estratégia importante para a superação dos efeitos adversos da descentralização (Grzelzak et al., 2011; Martins & Lima, 2018; Mendes et al, 2019; Julião & Olivieri, 2020).

Um dos maiores desafios da gestão municipal quando da necessidade da oferta de serviços de média e alta complexidade ambulatoriais como procedimentos, consultas, exames e cirurgias, se apresentam com a busca de respostas às demandas e sua consonância com prestadores disponíveis para a assistência em cada localidade. Neste contexto, estudos apresentam os consórcios intermunicipais de saúde como potenciais dispositivos para as soluções coletivas de problemas individualizados,

otimizando custos e aumentando o escopo das possibilidades para cada membro consorciado, uma vez que são iniciativas autônomas de municípios localizados em uma mesma área geográfica dispostos à pactuação intergestores visando a gestão de serviços especializados e apoio diagnóstico cujo impacto interessa diretamente aos seus municípios (CNM, 2016; MS, 1997).

No Brasil, a oferta de serviços de média complexidade constitui-se com um grande vazio assistencial, sendo um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema de saúde (Liebel, 2016). Entretanto, é fundamental o entendimento de fatores que possam impactar diretamente a aplicabilidade de recursos por meio de consórcios de saúde, empreendendo esforços regionais para melhor alocação de recursos financeiros que remontem respostas adequadas às necessidades apresentadas.

A viabilidade de arranjos como o consorciamento público ganha conotação especial pois possibilita segurança jurídica, fidedignidade sobre os contratos estabelecidos, e menor tendência às mudanças ocasionadas pelas alternâncias políticas-partidárias, embora, estudos indiquem que os consórcios se tornam instrumentos comuns dos atores envolvidos, mas, dificilmente dos interesses coletivos da totalidade territorial abrangida (Liebel, 2016).

O processo de descentralização emanado pela constituinte não apresentou mecanismos efetivos de coordenação os quais permitissem a gerência ações e serviços com qualidade, e, assim, a agenda relacionada a cooperação federativa vem ganhando significância nos últimos anos no campo político e das pesquisas (Leal et al., 2019).

Desta forma em um cenário de crise nas relações federalistas, subfinanciamento crônico e histórico do Sistema Único de Saúde e a consolidação da responsabilização municipal das ações e serviços de saúde, evidencia-se então o aumento exponencial dos gastos em saúde pela municipalidade (Funcia, 2019; Brasil, 1988; Araújo, Gonçalves & Machado, 2017; Contarato, Lima & Leal, 2019).

Não obstante, o planejamento em saúde apresentado pelos entes federados apresenta dissonância quando das proposições e definição de prioridades, cujos resultados se apresentam em fragmentos e, muitas vezes, distantes da realidade local, ineficiência e incorreta alocação de recursos (Vieira, 2009).

Neste íterim o processo de regionalização ou compartilhamento coletivo deve compreender a organização das ações e serviços de saúde em uma região, objetivando a integralidade do cuidado, otimização na alocação dos recursos e a redução

das iniquidades (Medeiros et al., 2017). Neste horizonte os consórcios passaram a ser potenciais dispositivos estratégicos como uma alternativa para a organização regional das demandas uma vez que a regionalização passou a ser compreendida como uma fase incremental das atribuições da descentralização (Carvalho, Jesus & Senra, 2017). Santos e Campos (2015) afirmam que o único caminho para o SUS ser inteiramente nacional é regionaliza-lo, fomentando as regiões de saúde com instrumentos para à gestão compartilhada, interfederativa e responsável (SUS Brasil: a região de saúde como caminho). (Neto et al., 2019) indica a necessidade de adoção de políticas públicas que possam impactar na redução das iniquidades entre os municípios do país, das quais remetam à possibilidade de oferta de tecnologias de qualificação da gestão municipal, otimizando a aplicabilidade dos recursos disponíveis, integrar e coordenar ações e serviços, em distintos espaços geográficos, necessidades na escala, qualidade e custos pertinentes (Flexa & Barbastefano, 2020).

Logo, buscando compreender com maior precisão esse cenário, faz-se necessário estudos que possibilitem análises sistemáticas das regiões de saúde quanto à existência e a distribuição geográfica de profissionais especialistas, cujas vinculações podem remeter a potenciais respostas para a superação de vazios assistenciais.

A exploração da temática se apresenta como estratégia primordial para as políticas públicas de saúde, visto que estes fenômenos poderão ser capazes de traduzir as disparidades de valores financeiros adotados em cada um dos consórcios em uma mesma macrorregião de saúde.

Por conseguinte, evidências da literatura demonstram relação entre o número de médicos e o desenvolvimento econômico de uma região, mas não registram dados consistentes compartilhados que versem sobre a redução de custos oriundos as associações organizativas como os consórcios (Rosko, 1988; Ferraes & Cordoni, 2007).

Este estudo objetivou analisar a distribuição dos profissionais elencados nas especialidades dispostas por meio do art.2º da Portaria Nº 1.631, de 1º de outubro de 2015 que aprovou os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS em consonância às microrregiões existentes em áreas de abrangência de Consórcios Intermunicipais de Saúde localizadas no Sul do Estado e Minas Gerais no ano de 2018.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal descritivo, utilizando-se de dados secundários de acesso amplo, irrestrito e público, a partir de dados constantes na base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, na competência dezembro de 2018. Para a coleta dos dados foi utilizando os arquivos disponíveis para tabulação originados pelo CNES no sítio do Datasus, sistema este que abarca em sua base dados cadastrais de estabelecimentos e profissionais de saúde públicos e privados, tabulados por meio do programa Tabnet e Tabwin (MS, 2020).

Para tal, buscou-se identificar o código brasileiro de ocupação de cada especialidade médica constante na Portaria Nº 1.631, de 1º de outubro de 2015 (Brasil, 2015) que aprovou os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, a saber: angiologia, cirurgia vascular, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, proctologia, neurologia, neurocirurgia, neurofisiologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, urologia e reumatologia. Com base nestes dados, calculou-se a proporcionalidade de médicos por habitantes em cada uma das especialidades elencadas disponíveis para o SUS e na rede privada em cada uma das microrregiões de abrangência dos consórcios identificados nesta mesma macrorregião de saúde.

Foram analisados os dados referentes a 5 microrregiões de saúde da área de abrangência de 4 Consórcios Intermunicipais de saúde no Sul do Estado de Minas Gerais. A população estimada para o conjunto destas microrregiões do presente estudo se apresenta em 855.140 habitantes conforme estimativa do TCU em 2008.

Após a captação dos dados dos bancos de dados do CNES os mesmos foram exportados para o programa Microsoft Office Excel, versão 2010 (Microsoft Corp.), para a consolidação, ajustes e congregação das variáveis em análise.

3. Resultados

A tabela 1 apresenta a distribuição de profissionais especialistas na microrregião de Lavras-MG, cuja população perfaz cerca de 169.514 habitantes conforme estimativa do Tribunal de Contas da União em 2008, bem como a razão médico/100 mil habitantes, razão médico/necessidade da microrregião e a frequência dos profissionais dispostos no banco de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde – CNES com vínculo SUS e privado. Esta microrregião não apresentou a

existência de profissionais especialistas atuando com vínculo para o Sistema Único de Saúde para 56,25% das especialidades elencadas. Quando se avalia a especialidade com a maior concentração de profissionais médicos, evidencia-se a cardiologia (7,98%) com expressiva composição de médicos tanto para o SUS quanto para o setor privado. As especialidades: dermatologia (5,1%) e neurologia (3,07%) apresentam índice positivo para a necessidade da microrregião em relação ao parâmetro disposto na Portaria N° 1635 de 1º de outubro de 2015, quando considerados os valores apresentados para ambas as vinculações. Por fim, a oftalmologia (-0,78%), ortopedia (-13,95%) e otorrinolaringologia (-2,09%) apresentam índices negativos mesmo quando da agregação dos vínculos SUS e privado.

Tabela 1. Distribuição de profissionais de diferentes especialidades médicas na microrregião de Lavras com vínculo SUS e privado versus a avaliação da necessidade em relação ao parâmetro constante no Caderno de critérios e parâmetros SUS.

MICRORREGIÃO DE LAVRAS	Razão médico/100 mil habitantes (A)	Razão médico/Necessidad e da microrregião (B)	Existente SUS (C)	Existente privado (D)	Resulta do (C+D- B)
Angiologia	1,5	2,54	4	4	5,46
Cirurgia Vascular	1,5	2,54	0	0	-2,54
Cardiologia	6,5	11,02	15	4	7,98
Dermatologia	2,3	3,9	5	4	5,1
Endocrinologia	1,5	2,54	0	2	-0,54
Gastroenterologia	2,5	4,24	0	0	-4,24
Proctologia	2	3,39	0	0	-3,39
Neurologia	2,6	5,93	7	2	3,07
Neurocirurgia	3,5	5,93	0	0	-5,93
Neurofisiologia	3,5	5,93	0	0	-5,93
Oftalmologia	4	6,78	5	1	-0,78
Ortopedia	10	16,95	1	2	-13,95
Otorrino	3	5,09	3	0	-2,09
Pneumologia	3	5,09	0	0	-5,09
Urologia	3	5,09	0	0	-5,09
Reumatologia	1	1,7	0	0	-1,7

A tabela 2 apresenta a distribuição de profissionais especialistas na microrregião de Três Corações-MG, cuja população perfaz cerca de 127.094 habitantes conforme estimativa do Tribunal de Contas da União em 2008. Esta microrregião não apresentou em nenhum vínculo possível, profissionais especialistas: cirurgião vascular, proctologia, neurocirurgião, neurofisiologia e pneumologista, totalizando 31,25% do

total das especialidades do estudo. Índices apresentados abaixo do parâmetro constante como indicativo da necessidade de médicos para a microrregião nas seguintes especialidades: dermatologia (-0,92%), endocrinologia (-0,91%), gastroenterologia (-2,18%), oftalmologia (-0,08%), ortopedia (-8,71%), otorrinolaringologia (-2,81%), urologia (-2,81%) e reumatologia (-0,27%). Na análise a maior diferença apurada entre as 16 especialidades para a microrregião sem distinção de vinculação se deu na angiologia (2,09).

Tabela 2. Distribuição de profissionais de diferentes especialidades médicas na microrregião de Três Corações com vínculo SUS e privado versus a avaliação da necessidade em relação ao parâmetro constante no Caderno de critérios e parâmetros SUS.

MICRORREGIÃO DE TRÊS CORAÇÕES	Razão médico/100 mil habitantes (A)	Razão médico/Necessida de da microrregião (B)	Existente SUS (C)	Existente privado (D)	Resultad o (C+D- B)
Angiologia	1,5	1,91	4	0	2,09
Cirurgia Vascular	1,5	1,91	0	0	-1,91
Cardiologia	6,5	8,26	7	3	1,74
Dermatologia	2,3	2,92	2	0	-0,92
Endocrinologia	1,5	1,91	1	0	-0,91
Gastroenterologia	2,5	3,18	0	1	-2,18
Proctologia	2	2,54	0	0	-2,54
Neurologia	3,5	4,45	5	1	1,55
Neurocirurgia	3,5	4,45	0	0	-4,45
Neurofisiologia	3,5	4,45	0	0	-4,45
Oftalmologia	4	5,08	3	2	-0,08
Ortopedia	10	12,71	4	0	-8,71
Otorrino	3	3,81	1	0	-2,81
Pneumologia	3	3,81	0	0	-3,81
Urologia	3	3,81	1	0	-2,81
Reumatologia	1	1,27	1	0	-0,27

A tabela 3 apresenta a distribuição de profissionais especialistas na microrregião de Varginha-MG, cuja população perfaz cerca de 180.733 habitantes, sendo o município de Varginha-MG (136.602 hab.) o maior entre todos os municípios compreendidos nas microrregiões conforme estimativa do IBGE 2020. A microrregião não apresentou alocação de profissionais especialistas para 31,25% das especialidades. Ênfase para a especialidade cardiologia com índice positivo apresentado (19,25%) acima do parâmetro sugerido para a necessidade do referido território assim como para

o índice negativo apresentado pela ortopedia (-15,07%) abaixo da necessidade parametrizada. Destaca-se também o provimento maior de profissionais dermatologistas com vinculações para o setor privado (91%) em detrimento do SUS (9%). Índices abaixo do parâmetro/razão médico necessidade da microrregião foram identificados para a gastroenterologia (-0,52), neurologia (-1,33), otorrinolaringologia(-1,42), pneumologia(-3,42), urologia(-4,42), com acentuada diferença para a ortopedia(-15,07).

Tabela 3. Distribuição de profissionais de diferentes especialidades médicas na microrregião de Varginha com vínculo SUS e privado versus a avaliação da necessidade em relação ao parâmetro constante no Caderno de critérios e parâmetros SUS.

MICRORREGIÃO DE VARGINHA	Razão médico/100 mil habitantes (A)	Razão médico/Necessidade da microrregião (B)	Existente SUS (C)	Existente privado (D)	Resultado (C+D-B)
Angiologia	1,5	2,71	5	1	3,29
Cirurgia Vascular	1,5	2,71	0	0	-2,71
Cardiologia	6,5	11,75	27	4	19,25
Dermatologia	2,3	4,16	1	10	6,84
Endocrinologia	1,5	2,71	0	5	2,29
Gastroenterologia	2,5	4,52	2	2	-0,52
Proctologia	2	3,61	0	0	-3,61
Neurologia	3,5	6,33	5	0	-1,33
Neurocirurgia	3,5	6,33	0	0	-6,33
Neurofisiologia	3,5	6,33	0	0	-6,33
Oftalmologia	4	7,23	3	5	0,77
Ortopedia	10	18,07	2	1	-15,07
Otorrino	3	5,42	3	1	-1,42
Pneumologia	3	5,42	0	2	-3,42
Urologia	3	5,42	1	0	-4,42
Reumatologia	1	1,81	0	0	-1,81

A tabela 4 apresenta a distribuição de profissionais especialistas na microrregião de São Lourenço-MG, cuja população é de 256.100 habitantes segundo estimativa do TCU 2008, sendo também a maior microrregião da macrorregião representada pelo estudo, composta por 24 municípios. Destaca-se nesta microrregião a especialidade oftalmologia com índice de 13,76% superior ao parâmetro recomendado para o território microrregional, a cardiologia com 11,35% e a neurologia com 8,35%. Apresentaram índices negativos na soma da disponibilidade para o SUS e setor privado: endocrinologia (-1,84%), neurocirurgia (-4,65%), ortopedia (-11,61%), otorrinolaringologia (-2,68%), urologia (-5,68%) e reumatologia (-1,56%). Não foram identificadas as seguintes especialidades existentes nos bancos de dados da

microrregião: cirurgia vascular, gastroenterologia, proctologia, neurofisiologia, pneumologia, representando 31,25% das demais especialidades.

Tabela 4. Distribuição de profissionais de diferentes especialidades médicas na microrregião de São Lourenço com vínculo SUS e privado versus a avaliação da necessidade em relação ao parâmetro constante no Caderno de critérios e parâmetros SUS.

MICRORREGIÃO DE SÃO LOURENÇO	Razão médico/100 mil habitantes (A)	Razão médico/Necessida de da microrregião (B)	Existente SUS (C)	Existente privado (D)	Resultad o (C+D- B)
Angiologia	1,5	3,84	3	1	0,16
Cirurgia Vascular	1,5	3,84	0	0	-3,84
Cardiologia	6,5	16,65	21	7	11,35
Dermatologia	2,3	5,89	2	7	3,11
Endocrinologia	1,5	3,84	2	0	-1,84
Gastroenterologia	2,5	6,4	0	0	-6,4
Proctologia	2	5,12	0	0	-5,12
Neurologia	3,5	6,65	13	2	8,35
Neurocirurgia	3,5	6,65	2	0	-4,65
Neurofisiologia	3,5	6,65	0	0	-6,65
Oftalmologia	4	10,24	23	1	13,76
Ortopedia	10	25,61	14	0	-11,61
Otorrino	3	7,68	4	1	-2,68
Pneumologia	3	7,68	0	0	-7,68
Urologia	3	7,68	1	1	-5,68
Reumatologia	1	2,56	0	1	-1,56

A tabela 5 apresenta a distribuição de profissionais especialistas na microrregião de Três Pontas-MG, com uma população 169.514 habitantes. Esta microrregião apresentou dados negativos quanto à existência de profissionais especialistas em 12 das 16 especialidades contempladas no estudo (75%). Em 8 destas especialidades não foi possível identificar profissionais disponíveis em nenhum dos vínculos abordados: SUS e privado. Apenas as especialidades: angiologia (5,46%), cardiologia (7,98%), dermatologia (5,1%), neurologia (3,07%) apresentaram índices acima do parâmetro identificado como necessidade para a microrregião.

Tabela 5. Distribuição de profissionais de diferentes especialidades médicas na microrregião de Lavras com vínculo SUS e privado versus a avaliação da necessidade em relação ao parâmetro constante no Caderno de critérios e parâmetros SUS.

MICRORREGIÃO DETRÊS PONTAS	Razão médico/100 mil habitantes (A)	Razão médico/Necessida de da microrregião (B)	Existente SUS (C)	Existente privado (D)	Resultad o (C+D- B)
Angiologia	1,5	1,83	0	1	-0,83
Cirurgia Vascular	1,5	1,83	0	0	-1,83
Cardiologia	6,5	7,91	9	1	2,09
Dermatologia	2,3	2,8	0	2	-0,8
Endocrinologia	1,5	1,83	0	0	-1,83
Gastroenterologia	2,5	3,04	0	0	-3,04
Proctologia	2	2,43	0	0	-2,43
Neurologia	3,5	4,26	3	0	-1,26
Neurocirurgia	3,5	4,26	1	0	-3,26
Neurofisiologia	3,5	4,26	0	0	-4,26
Oftalmologia	4	4,87	1	1	-2,87
Ortopedia	10	12,17	5	0	-7,17
Otorrino	3	3,65	2	0	-1,65
Pneumologia	3	3,65	1	0	-2,65
Urologia	3	3,65	0	0	-3,65
Reumatologia	1	1,22	0	1	-0,22

4. Discussão

O presente estudo identificou um desequilíbrio na distribuição de profissionais médicos em geral tanto nas microrregiões compreendidas na área de abrangência dos consórcios intermunicipais de saúde, como em uma mesma macrorregião. Esses dados corroboram com os achados do estudo Demografia Médica no Brasil, realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM,2020), que compreendeu etapas distintas, utilizando-se dados extraídos de bases oficiais distintas, estudos sobre a formação médica e a oferta de graduação em medicina e residência médica e por meio de inquérito nacional sobre trabalho médico com amostra probabilística de médicos com registros nos 27 Conselhos Regionais de Medicina. Este estudo apresentou também 4 especialidades que juntas concentram cerca de 40% dos especialistas que são: Clínica Médica (11,3% do total de especialistas), Pediatria(10,1%), Cirurgia Geral (8,9%) e Ginecologia e Obstetrícia (7,7%).

A pesquisa não encontrou resultados nas bases de dados algumas especialidades como cirurgia vascular e proctologia com profissionais disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde nem para o Sistema Único de Saúde e, tampouco para o setor privado. Já a ortopedia apresentou déficit considerável em todas as microrregiões e, a cardiologia, índices acima do parâmetro esperado pela portaria ministerial (Brasil, 2015). Os dados são provenientes do CNES, cujos registros possuem vinculação direta quanto as transferências de recursos financeiros que podem impactar na relação união, estado e municípios, havendo em qualquer tempo a obrigatoriedade de atualização permanente pelos gestores correspondentes em cada esfera.

Estudos avaliativos que se propõem a analisar a distribuição de profissionais no âmbito das regiões de saúde podem contribuir significativamente para a redução das iniquidades e na busca por respostas assistenciais em tempo oportuno na média e alta complexidade historicamente enfrentada. Em que pese esta análise associada aos Consórcios Intermunicipais de Saúde tem especial relevância uma vez que estes dispositivos carregam em si a premissa de superação de vazios assistenciais e resolutividade assistencial, onde a análise pormenorizada destas conexões interessa demasiadamente a todos os entes consorciados.

São evidentes os desafios apresentados pelos municípios como dificuldade técnica, financeira e administrativa que convergem consequentemente às dificuldades de atendimento pleno as demandas de saúde de que lhes são demandadas diariamente, principalmente para os serviços de média a alta complexidade (Grin, Abrucio & Fernandes, 2018; Lobo Neto, 2014).

Estudos demonstram que há dificuldades para o acesso de pacientes em especialidades como a cirurgia vascular, proctologia, geriatria, endocrinologia, neurologia e apontam insuficiência também para ortopedia, neuropediatria, urologia, reumatologia, oftalmologia e otorrinolaringologia (Silva et al., 2017). E, no presente estudo estas especialidades apresentaram distribuição iníqua entre as microrregiões de abrangência dos consórcios intermunicipais de saúde, fato que pode ser um dos motivos da dificuldade de acesso apontada nos estudos supracitados. Impactos negativos quanto a inobservância destes cenários como a indisponibilidade de profissionais especialistas tem influenciado a assunção de responsabilidades pelo ente municipal que extrapolam a aplicabilidade do mínimo constitucional preconizado pela Lei 141/2012 (Brasil, 2012) para os gastos com saúde, cuja ascensão principal se apresenta pelo provimento da média e alta complexidade pelos municípios (Silva et al., 2017).

A responsabilização financeira refletida pelos municípios é resultado da descentralização sob responsabilidade deste ente principalmente para as ações ambulatoriais, com maior representatividade dos gastos nos últimos anos (Arretche & Marques, 2003; Rocha, 2016).

Os dados apresentados nas tabelas de cada microrregião remontam a grande desigualdade ainda em cada território quando da concentração da maioria dos profissionais especialistas presentes nos municípios polos da microrregião, sendo uma das maiores dificuldades dos municípios consorciados em especial, de pequeno porte, a incapacidade da oferta integral à saúde aos munícipes (Pinafo et al., 2020).

É corroborado pela literatura também a perenização dos investimentos e alocações de equipamentos de média e alta complexidade em um pequeno número de municípios considerando a totalidade dos 5570 municípios do país, e, ainda, os desafios associados aos deslocamentos para o alcance destes equipamentos e pela busca de profissionais especialistas (Viacava et al., 2014).

Neste contexto as políticas regionais na área da saúde implementadas ao longo do tempo trouxeram avanços expressivos, como a negociação intergestores, a expansão da rede, os investimentos e o planejamento, tudo isso visando a redução das desigualdades regionais (Albuquerque et al., 2017).

É possível ainda identificar por meio de estudos que decisões ainda se sobrepõe a critérios técnicos e evidências quando da predominância política, fragilidade no monitoramento, não resultando em avanços quando das negociações com os prestadores disponíveis (Medeiros et al., 2017).

Estudos demonstram (Fein, 1954; Rimlinger & Steele, 1963; Benham & Reder, 1968) que a taxa de médicos per capita aumenta com a renda local de modo que a busca pela equalização da renda regional per capita, essa desigualdade distributiva dos médicos tende a ser amenizada geograficamente mas também indicam ainda que médicos mais jovens estão mais propensos a mudanças, e que a estrutura de ensino médico de um estado atraem médicos em busca de aperfeiçoamento, assim como a atração pelo fator econômico regional, associados ao papel também do conjugue na decisão locacional do profissional médico (Póvoa & Andrade, 2006).

O diálogo permanente nas instâncias de gestão do SUS, sobre quais os modelos de formação profissional se quer construir (Carvalho & Sousa, 2013), o fortalecimento dos atuais arranjos públicos e universais capazes de reduzir as iniquidades (Almeida et al., 2019), a atenção as relações constituídas junto aos entes

consorciados em cada localidade, os potenciais cenários alcançáveis e possivelmente compartilhados por todos os consórcios da área de abrangência de uma macrorregião possa, em um curto espaço de tempo apresentar resultados significativos para a equalização econômica destas relações, o cuidado integral e resolutivo para os usuários do sistema único de saúde, cuja negociação, construção consensual e superação de obstáculos são fundamentais para a consolidação da regionalização, onde os consórcios intermunicipais de saúde estão presentes e devem compartilhar do protagonismo assistencial (Moreira, Ribeiro & Ouverney, 2017).

Desta forma é necessária a compreensão que a distribuição geográfica dos médicos apresenta influência direta para o bem-estar social da população, onde o entendimento dos determinantes desta distribuição deve ser objeto de análise e discussão constante nas instâncias de gestão do SUS, em especial, dos consórcios intermunicipais de saúde.

5. Conclusão

Conclui-se que houve grande variabilidade entre as microrregiões na área de abrangência dos consórcios intermunicipais de saúde existentes quanto a distribuição de profissionais especialistas dentro de uma mesma macrorregião, considerando a inexistência de alguns profissionais com vínculo para o Sistema Único de Saúde e para o setor privado. Acredita-se que o presente estudo possa contribuir para a indução de discussões que balizem o alinhamento e a adoção de políticas em contraponto as dificuldades de provimento de profissionais em variadas categorias, nas áreas de abrangência dos consórcios intermunicipais de saúde, estabelecendo condições reais de fixação, correspondendo ao financiamento justo e adequado, fortalecendo as regiões de saúde, as redes de cuidado, a otimização dos recursos e a gestão do SUS.

6. Referências

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, 01 de out. p. 38, 2015.

2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Increasing acces to health workers in remote and rural áreas through improved retention. Global recommendations. Geneva: WHO, 2010, 71p.
3. Póvoa, Luciano, & Andrade, Mônica Viegas. (2006). Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1555-1564. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800004>
4. FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV). (2008) Escassez de médicos. Rio de Janeiro: Centro de Políticas Sociais, 103p.
5. Campos, F.E.; Machado, M.H.; Girardi, S.N. (2009) A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Saúde para Debate*, (44), 13-24
6. Girardi, S.N. et al. (2011). Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da atenção primária. In: Pierantoni, C.R; Dal Poz, M.R.; França, T. O. (Org.) *O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. (Cap 3.1, p. 171-186) Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ-ObserveRH
7. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG) (2014). Dimensionamento da estrutura e dinâmica do mercado de trabalho em Atenção Básica em Saúde. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG
8. Grzelzak, M., Kukla, N., de Souza, W., Marchesan, J., Birkner, W., & Mascarenhas, L. (2017). A IMPORTÂNCIA DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE. *South American Development Society Journal*, 3(07), 196 - 205. doi:10.24325/10.24325/issn.2446-5763.v3i7p196-205
9. Martins, C. R. L., & Lima, M. A. G. D. (2018). Alocação e aplicação de recursos financeiros pelo Consorcio Intermunicipal de Saúde do Cariri Ocidental–CISCO, para a oferta de serviços públicos em saúde (Trabalho de conclusão de curso). Instituto Federal Paraíba, Paraíba, Brasil. Recuperado de <http://repositorio.ifpb.edu.br/jspui/handle/177683/835>
10. Mendes, W., Mendes, W., Magalhães, F., & Horsth, T. (2019). CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: UMA REFLEXÃO SOBRE DICOTOMIA ENTRE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E PRIVADA. *Nucleus*, 16(1), 195-204. doi:<https://doi.org/10.3738/1982.2278.3494>
11. Julião, Karine Sousa, & Olivieri, Cecília. (2020). Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará,

- Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(3), e00037519. Epub March 13, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00037519>
12. Confederação Nacional de Municípios (2016). *Consórcios Públicos Intermunicipais: Uma Alternativa à Gestão Pública*. Brasília: CNM
 13. Ministério da Saúde (1997). *O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde
 15. Liebel G. (2016) *Fatores Associados aos Gastos com a Produção Ambulatorial em média complexidade (Dissertação de mestrado)*. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. Recuperado de <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/2487>
 14. Machado, José Angelo, & Andrade, Marta Leone Costa. (2014). Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. *Revista de Administração Pública*, 48(3), 695-720. <https://doi.org/10.1590/0034-76121626>
 16. Leal, Eliane Maria Medeiros, Silva, Filipe Santana da, Oliveira, Sydia Rosana de Araujo, Pacheco, Hélder Freire, Santos, Francisco de Assis da Silva, & Gurgel Júnior, Garibaldi Dantas. (2019). Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. *Saúde e Sociedade*, 28(3), 128-142. Epub October 07, 2019. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180956>
 17. Funcia, Francisco Rózsa. (2019). Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4405-4415. Epub November 25, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>
 18. BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional n. 98, de 06 de dezembro de 2017. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95htm
 19. Araújo, Carmem Emmanuely Leitão, Gonçalves, Guilherme Quaresma, & Machado, José Angelo. (2017). Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 953-963. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.15542016>
 20. Contarato, Priscilla Caran, Lima, Luciana Dias de, & Leal, Rodrigo Mendes. (2019). Crise e federalismo: tendências e padrões regionais das receitas e despesas em saúde

dos estados brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4415-4426. Epub November 25, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25302019>

21. Vieira, Fabíola Sulpino. (2009). Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1), 1565-1577. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800030>

22. Medeiros, Cássia Regina Gotler, Saldanha, Olinda Maria de Fátima Lechmann, Grave, Magali Teresinha Quevedo, Koetz, Lydia Christmann Espíndola, Dhein, Gisele, Castro, Luís César de, Schwingel, Glademir, & Santos, Marilucia Vieira dos. (2017). Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 129-140. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017162817>

23. Carvalho, Andre Luis Bonifácio de, Jesus, Washington Luiz Abreu de, & Senra, Isabel Maria Vilas Boas. (2017). Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1155-1164. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016>

24. Santos, Lenir, & Campos, Gastão Wagner de Sousa. (2015). SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Sociedade*, 24(2), 438-446. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200004>

25. Santos-Neto, João Alves dos, Mendes, Áquilas Nogueira, Pereira, Antonio Carlos, & Paranhos, Luiz Renato. (2019). Avaliação da eficiência técnica em saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(10), 3793-3803. Epub September 26, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.32232017>

26. Flexa, Raquel Gonçalves Coimbra, & Barbastefano, Rafael Garcia. (2020). Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 325-338. Epub December 20, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.24262019>

27. Rosko MD, Broyles RW. (1988) The economics of health care: a reference handbook. New York/London: Greenwood

28. Ferraes, Alide Marina Biehl, & Cordoni Junior, Luiz. (2007). Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. *Revista de Administração Pública*, 41(3), 475-486. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122007000300005>

29. Brasil. Ministério da Saúde (MS) (2020) Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Index. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/Datasus/index.php>
30. SCHEFFER, M. (Coord) (2013). Demografia Médica no Brasil (Vol. 2). São Paulo: Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
31. MACHADO, MH., coord. (1997) Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ <https://doi.org/10.7476/9788575412695>
32. SCHEFFER, M. et al. (2020). Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Conselho Federal de Medicina
33. Grin, E. J., Nascimento, A. B., Abrucio, F. L., & Fernandes, A. S. A. (2018). Sobre Desconexões e Hiato: Uma Análise de Capacidades Estatais e Finanças Públicas em Municípios Brasileiros . *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, 23(76), 312-336.
34. Lobo Neto, Francisco José da Silveira. (2014). Democracia, federalismo e centralização no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 12(2), 459-462. <https://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000200015>
35. Brasil. Lei Nº 141, de 06 de abril de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.
36. Silva, Camila Ribeiro, Carvalho, Brígida Gimenez, Cordoni Júnior, Luiz, & Nunes, Elisabete de Fátima Pólo de Almeida. (2017). Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1109-1120. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>
37. Arretche MT da S, Marques EC. (2003) Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz
38. Rocha, Carlos Vasconcelos. (2016). A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. *Cadernos Metrópole*, 18(36), 377-399. <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2016-3604>
39. Pinafo, Elisângela, Nunes, Elisabete de Fátima Polo de Almeida, Carvalho, Brígida Gimenez, Mendonça, Fernanda de Freitas, Domingos, Carolina Milena, & Silva, Camila

- Ribeiro. (2020). Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5), 1619-1628. Epub May 08, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34332019>
40. Viacava, F. et al. (2014). Relatório de pesquisa sobre internações na esfera municipal. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz
41. Albuquerque, Mariana Vercesi de, Viana, Ana Luiza d'Ávila, Lima, Luciana Dias de, Ferreira, Maria Paula, Fusaro, Edgard Rodrigues, & Iozzi, Fabíola Lana. (2017). Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1055-1064. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>
42. Fein R. (1954). Studies on physician supply and distribution. *American journal of public health and the nation's health*, 44(5), 615–624. <https://doi.org/10.2105/ajph.44.5.615>
43. Rimlinger GV, Steele HB. (1963) An economic interpretation of the spatial distribution of the physicians in the US. *Rev Econ Stat* , 30(1), 1-12
44. Benham L, Maurizi A, Reder MW. (1968). Migration, location and remuneration of medical personnel: physicians and dentists. *Rev Econ Stat*; 50(1), 332-347
45. Póvoa, Luciano, & Andrade, Mônica Viegas. (2006). Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1555-1564. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800004>
46. Carvalho, Mônica Sampaio de, & Sousa, Maria Fátima de. (2013). Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(47), 913-926. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0403>
47. Almeida, Patty Fidelis de, Giovanella, Ligia, Martins Filho, Moacir Tavares, & Lima, Luciana Dias de. (2019). Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4527-4540. Epub November 25, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25562019>
48. Moreira, Marcelo Rasga, Ribeiro, José Mendes, & Ouverney, Assis Mafort. (2017). Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1097-1108. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03742017>

2.3 Artigo 3: Análise das internações por condições sensíveis à Atenção Primária e a correlação dos gastos em saúde em 50 municípios de Minas Gerais

Analysis of hospitalizations due to sensitive conditions to Primary Care and the consequences of health expenditures in 50 municipalities in Minas Gerais

Análisis de las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la Atención Primaria y las consecuencias del gasto en salud en 50 municipios de Minas Gerais

Resumo

Objetivo: Analisar possíveis associações entre as internações por condições sensíveis à atenção primária e os gastos em ações e serviços de saúde em 50 municípios do sul do estado de Minas Gerais.

Métodos: Estudo transversal descritivo, utilizando-se de dados secundários de acesso amplo, para os anos de 2017 e 2018. Os dados foram analisados por meio de modelos de regressão logística múltipla.

Resultados: Os municípios apresentaram uma média de 23,1 e 22,7 internações por condições sensíveis em 2017 e 2018, respectivamente. Municípios com menor gasto com atividades de saúde em 2017, tiveram 3,16 vezes mais chance de apresentar maior número de internações por condições sensíveis em 2017 e 2018 ($p=0,05$). Entre os municípios com menor gasto com atividades de saúde em 2017, 64,0% tiveram mais internações por condições sensíveis em 2017 e 2018. Já entre aqueles com maior gasto, essa porcentagem foi menor (36,0%).

Conclusão: Maiores gastos em ações e serviços de saúde estiveram associados a menor número de internações por condições sensíveis à atenção primária.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Gastos em Saúde, Regionalização da Saúde; Planejamento em Saúde; Financiamento em Saúde.

Abstract

Objective: To analyze possible associations between hospitalizations for conditions sensitive to primary care and spending on health actions and services in 50 municipalities in the south of the state of Minas Gerais.

Methodology: Cross-sectional descriptive study, using widely accessible secondary data for the years 2017 and 2018. Data were analyzed using statistical analysis of association.

Results: On average, municipalities had 23.1 and 22.7 hospitalizations for sensitive conditions in 2017 and 2018, respectively. Municipalities with lower expenditure on health activities in 2017 were 3.16 times more likely to have a higher number of hospitalizations for sensitive conditions in 2017 and 2018 ($p=0.05$). Among the municipalities with lower expenditure on health activities in 2017, 64.0% had more hospitalizations for sensitive conditions in 2017 and 2018. Among those with higher expenditure, this percentage was lower (36.0%).

Conclusion: Higher spending on health actions and services were associated with a lower number of hospitalizations for conditions sensitive to primary care.]

Key words: primary health care, health expenditures, regional health planning, health planning, healthcare financing

Resumen

Objetivo: Analizar posibles asociaciones entre hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria y gasto en acciones y servicios de salud en 50 municipios del sur del estado de Minas Gerais.

Métodos: estudio descriptivo transversal, utilizando datos secundarios ampliamente accesibles para los años 2017 y 2018. Los datos fueron analizados mediante análisis estadístico de asociación.

Resultados: En promedio, los municipios tuvieron 23.1 y 22.7 hospitalizaciones por condiciones sensibles en 2017 y 2018, respectivamente. Los municipios con menor gasto en actividades de salud en 2017 tuvieron 3,16 veces más probabilidades de tener un mayor número de hospitalizaciones por condiciones sensibles en 2017 y 2018 ($p = 0,05$). Entre los municipios con menor gasto en actividades de salud en 2017, el 64,0% tuvo más hospitalizaciones por condiciones sensibles en 2017 y 2018. Entre los de mayor gasto, este porcentaje fue menor (36,0%).

Conclusión: Un mayor gasto en acciones y servicios de salud se asoció con un menor número de hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria.

Palabras clave: atención primaria de salud, gastos en salud, regionalización, planificación en salud; financiación de la atención de la salud

1. Introdução

Considerado como um sistema de saúde de sucesso na América Latina, para Santos HLPC, et al. (2021), o Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta grandes desafios a serem superados. Dentre estes desafios a insuficiência de recursos para a manutenção deste direito social conquistado constitucionalmente, bem como um cenário de sucessivas crises econômicas aliadas a medidas de austeridade fiscal, os quais impactam na sobrevida e consolidação do sistema (MENDES A e FUNCIA FR, 2016).

No SUS, as redes de atenção à saúde são identificadas e representadas por meio de diversos pontos de atenção à saúde, cada qual com suas respectivas competências e serviços em localidades distintas, onde, nestas redes, a responsabilização sobre o centro de comunicação é atribuída à Atenção Primária à Saúde (APS) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA), 2016).

De acordo com Starfield B, et al. (2002) os atributos essenciais da APS, como o acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação e, também os atributos derivados, expressos na orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural são conceitos que se relacionam com a vocação da assistência neste nível de atenção aos usuários.

No contexto brasileiro, a estratégia de saúde da família é o principal modelo adotado para a personificação da intencionalidade prática e cultural desta estrutura, sendo um ponto basilar assistencial, na facilitação do acesso e redução da demanda desnecessária nos demais pontos da rede de atenção à saúde, com ênfase nas hospitalizações (PINTO LF e GIOVANELLA L, 2018).

Ainda nos dias atuais, podemos compreender a importância das abordagens que objetivam a consolidação das Redes de Atenção à Saúde, resgatando e evidenciando sobremaneira a Atenção Primária à Saúde como coordenadora e ordenadora deste processo, na busca pela integralidade do cuidado como reflexo aos mais variados problemas apresentados em cada território (GIOVANELLA L e MENDONÇA MHM, 2012). Neste arranjo assistencial, constata-se o anseio e dedicação objetivando a investigação de associações entre a frequência das internações por condições sensíveis à atenção primária com as características socioeconômicas, níveis de escolaridade, renda dentre outros (HUANG Y, et al., 2019).

As internações por condições sensíveis à atenção primária são episódios assistenciais nos quais a admissão em uma unidade hospitalar poderia ter sido evitada, sendo estas condições passíveis de abordagem em tempo oportuno quando do acesso adequado, ambulatoriamente por meio da (APS) (KIM AM, et al., 2019). Com o passar dos anos, discussões sobre a eficiência na gestão de ações e serviços públicos de saúde passaram a se apresentar como pauta necessária, agregando valores para respostas a soluções coletivas, consequentemente, melhor alocação dos escassos recursos financeiros existentes (BROUSSELE A, et al., 2011).

Sabe-se que a discussão sobre os fatores que impactam nas Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) é controversa (NEDEL FB, et al., 2008; NEDEL FB, et al., 2010; NEDEL FB, et al., 2011; ALFRADIQUE ME, et al., 2009; FACCHINI LA, et al., 2008; ELIAS E e MAGAJEWSKI F, 2008; BRASIL,

2008). Uma revisão sistemática cujo objetivo foi identificar as relações entre a APS e as hospitalizações por condições evitáveis, ratificou que quanto maior a presença da atenção primária, menores as taxas de ICSAP (BUSBY J, et al., 2015; LOENEN TV, et al., 2014).

Ademais, considerando o senso comum na gestão municipal, de forma tendenciosa ou não, buscam-se respostas sobre o peso associado à APS pelas ICSAP, porém, raramente, avaliam a insuficiência de recursos financeiros na APS como fator impactante neste desfecho. De forma ampliada, Bastos RMR, et al. (2014) destaca a necessidade de análise que contemple fatores demográficos e regionais que poderão responder as fragilidades estruturais e processuais fundamentais para a gestão municipal. Por outro lado, estes fatores não consideram reflexos de possíveis aumentos orçamentários e gastos gerais com Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS), não somente na atenção primária à saúde em cada localidade, cujos resultados favoráveis com a redução das internações por estas condições possam estar incidindo sobre o aporte orçamentário e a execução financeira em variadas frentes.

Dado o exposto, o objetivo do presente estudo foi avaliar associações entre características socioeconômicas dos municípios e os gastos per capita com atividades de saúde e as relações com as internações por condições sensíveis à atenção primária em 50 municípios de cinco microrregiões da macrorregião Sul do Estado de Minas Gerais.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal analítico utilizando-se de dados secundários de acesso amplo. Para o levantamento das estimativas populacionais foram consideradas as tabelas disponibilizadas por meio da plataforma do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As categorizações quanto ao porte populacional consideraram também como referência, publicações deste mesmo instituto, relacionando a esta categoria cada um dos 50 municípios pertencentes ao objeto de estudo e suas respectivas populações. Para a identificação da tipologia de cada município foi considerada a classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil/IBGE, disponibilizada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB).

Para o levantamento dos dados do PIB per capita e IDHM, foram considerados os dados dispostos por meio da plataforma denominada IBGE cidades. Os dados referentes ao coeficiente de GINI 2010 foram tabulados utilizando-se do acesso ao site do Departamento de informática do SUS com a ferramenta Tabnet (DATASUS).

Os gastos per capita foram extraídos do banco de dados do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), organizados posteriormente por meio de uma planilha do software excel.

Para cálculo das taxas de ICSAP por município, foram utilizados os dados de internações tabulados no programa *TabWin* versão 4.1.5. Os bancos de dados contendo os arquivos reduzidos das internações hospitalares para o estado de Minas Gerais(RDMG),Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), para a análise das referidas internações, foram atualizados para cada um dos anos de atendimento correspondentes, considerando em cada análise os municípios de residência deste estudo, assinalando ainda como incremento de análise, a frequência, nas seleções ativas considerou-se as categorizações já apresentadas pelo Datasus como definições para as condições sensíveis à atenção primária denominada “At. Bas.3”.

Os dados relacionados aos beneficiários de planos privados de saúde foram extraídos do site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Os downloads correspondentes as tabelas nacionais e arquivos de definição foram extraídos do site do DATASUS. As variáveis de desfecho e as variáveis independentes foram dicotomizadas pelas medianas dos 50 municípios.

As variáveis quantitativas foram descritas com média (desvio padrão), mediana (valor mínimo e máximo) e as categóricas com frequências absolutas e relativas. Foram estimados modelos de regressão logística simples entre cada

variável independente e os desfechos “internações por condições sensíveis em 2017” e “internações por condições sensíveis em 2018”.

A seguir, as variáveis com $p < 0,20$ nas análises simples (brutas) foram estudadas em modelos de regressão logística múltipla. Permaneceram no modelo final as variáveis com $p \leq 0,05$ após os ajustes. A partir dos modelos de regressão foram estimados os Odds Ratios (OR). Todas as análises foram realizadas no programa R, com nível de significância de 5%. Este estudo não foi submetido a Comitê de Ética em Pesquisa por utilizar dados secundários de amplo domínio público.

3. Resultados

Na Tabela 1 é apresentada a análise descritiva das variáveis estudadas dos 50 municípios analisados. Observa-se que os municípios tiveram uma média de 23,11 e 22,68 internações por condições sensíveis em 2017 e 2018, respectivamente. Os gastos per capita em 2017 e 2018 com atividades de saúde foram de R\$754,82 e R\$834,37, respectivamente.

Tabela 1 - Análise descritiva dos dados dos 50 municípios de cinco microrregiões da macrorregião Sul do Estado de Minas Gerais.

Variável	Categoria	Frequência (%)
Porte populacional (número de habitantes)	Até 5.000	14 (28,0%)
	5.001 a 10.000	12 (24,0%)
	10.001 a 20.000	12 (24,0%)
	20.001 a 50.000	8 (16,0%)
	50.001 a 100.000	2 (4,0%)
	100.001 a 500.000 hab.	2 (4,0%)
Classificação do IDHM – 2010	Médio	29 (58,0%)
	Alto	21 (42,0%)
	Média (desvio padrão)	Mediana (valor mínimo e máximo)
PIB per capta - 2017	19.320,21 (8.710,01)	17272,77 (9464,16; 51827,58)
Gasto per capta com atividades de saúde - 2017	754,82 (327,49)	645,34 (256,25; 1596,80)
Gasto per capta com atividades de saúde - 2018	834,37 (352,40)	736,78 (269,91; 1918,60)
Coefficiente de GINI - 2010	0,48 (0,06)	0,48 (0,39; 0,65)
IDHM - 2010	0,70 (0,03)	0,70 (0,64; 0,78)
Proporção da população coberta por convênio - 2019	15,98 (10,02)	14,72 (1,55; 40,34)
Internações por condições sensíveis - 2017	23,11 (7,30)	22,64 (11,99; 37,60)
Internações por condições sensíveis - 2018	22,68 (7,08)	20,94 (10,97; 38,46)

Fonte: Gonçalves E e Mialhe FL; dados extraídos dos sistemas oficiais governamentais.

Na tabela 2 são apresentados os resultados das análises de associação com internações por condições sensíveis em 2017. Observa-se que apenas o gasto per capita com atividades de saúde em 2017 apresentou associação significativa ($p < 0,05$). Entre os municípios que gastaram menos per capita, 64,0% tiveram número de internações acima da mediana em 2017. Já entre os municípios que gastaram mais per capita, 36,0% tiveram internações acima da mediana.

Municípios com menor gasto per capita com atividades de saúde apresentaram 3,16 vezes mais chance de ter maior número de internações por condições sensíveis ($p = 0,05$).

Tabela 2 - Análises (brutas e ajustadas) das associações com internações por condições sensíveis em 2017, para os 50 municípios de cinco microrregiões da macrorregião Sul do Estado de Minas Gerais.

Variável	Categoria	n (%)	Internações por condições sensíveis em 2017		\$OR bruto ([#] IC95%)	p-valor	\$OR modelo final ([#] IC95%)	p-valor
			[#] Menor	*Maior				
			n (%)	n (%)				
Porte	[#] Menor	26 (52,0%)	14 (53,8%)	12 (46,2%)	Ref		-	-
	Maior	24 (48,0%)	11 (45,8%)	13 (54,2%)	1,38 (0,45-4,20)	0,5717		
Coeficiente GINI 2010	[#] Menor	25 (50,0%)	12 (48,0%)	13 (52,0%)	1,17 (0,39-3,56)	0,7775	-	-
	Maior	25 (50,0%)	13 (52,0%)	12 (48,0%)	Ref			
IDHM 2010	[#] Menor	29 (58,0%)	13 (44,8%)	16 (55,2%)	1,64 (0,53-5,09)	0,3913	-	-
	Maior	21 (42,0%)	12 (57,1%)	9 (42,9%)	Ref			
Gasto per capita com atividades de saúde em 2017	[#] Menor	25 (50,0%)	9 (36,0%)	16 (64,0%)	3,16 (1,00-10,03)	0,0500	3,16 (1,00-10,03)	0,0500
	Maior	25 (50,0%)	16 (64,0%)	9 (36,0%)	Ref		Ref	

Legenda: Evento de desfecho. Ref: Categoria de referência para as variáveis independentes; OR: Odds ratio. IC: Intervalo de confiança. #≤Mediana da amostra.

Fonte: Gonçalves E e Mialhe FL; dados extraídos dos sistemas oficiais governamentais.

Os resultados das análises de associação com o número de internações por condições sensíveis em 2018 são apresentados na Tabela 3. Nesse caso, os gastos per capita com atividades de saúde em 2017 e em 2018 apresentaram $p < 0,20$ e foram testadas em um modelo múltiplo. Apenas gastos per capita com atividades de saúde em 2017 permaneceu no modelo final ($p < 0,05$). Entre os municípios que gastaram menos per capita em 2017, 64,0% tiveram número de internações acima da mediana em 2018. Já entre os municípios que gastaram mais per capita, 36,0% tiveram internações acima da mediana. Municípios com menor gasto per capita com atividades de saúde em 2017 tiveram 3,16 vezes mais chance de ter maior número de internações por condições sensíveis em 2018 ($p = 0,05$).

Tabela 3 - Análises (brutas e ajustadas) das associações com internações por condições sensíveis em 2018, para os 50 municípios de cinco microrregiões da macroregião Sul do Estado de Minas Gerais.

Variável	Categoria	n (%)	Internações por condições sensíveis em 2018		\$OR bruto (#IC95%)	p-valor	\$OR modelo final (#IC95%)	p-valor
			#Menor	*Maior				
			n (%)	n (%)				
Porte	#Menor	26 (52,0%)	14 (53,8%)	12 (46,2%)	Ref		-	-
	Maior	24 (48,0%)	11 (45,8%)	13 (54,2%)	1,38 (0,45-4,20)	0,5717		
Coeficiente GINI 2010	#Menor	25 (50,0%)	13 (52,0%)	12 (48,0%)	0,85 (0,28-2,58)	0,7775	-	-
	Maior	25 (50,0%)	12 (48,0%)	13 (52,0%)	Ref			
IDHM 2010	#Menor	29 (58,0%)	13 (44,8%)	16 (55,2%)	1,64 (0,53-5,09)	0,3913	-	-
	Maior	21 (42,0%)	12 (57,1%)	9 (42,9%)	Ref			
Gasto per capita com atividades de saúde em 2017	#Menor	25 (50,0%)	9 (36,0%)	16 (64,0%)	3,16 (1,00-10,03)	0,0500	3,16 (1,00-10,03)	0,0500
	Maior	25 (50,0%)	16 (64,0%)	9 (36,0%)	Ref		Ref	
Gasto per capita com atividades de saúde em 2018	#Menor	25 (50,0%)	10 (40,0%)	15 (60,0%)	2,25 (0,73-6,98)	0,1602	-	-
	Maior	25 (50,0%)	15 (60,0%)	10 (40,0%)	Ref			

Legenda: Evento de desfecho. Ref: Categoria de referência para as variáveis independentes; OR: Odds ratio.IC: Intervalo de confiança. #≤Mediana da amostra.

Fonte: Gonçalves E e Mialhe FL; dados extraídos dos sistemas oficiais governamentais.

Na Tabela 4 são apresentados os resultados das associações com internações por condições sensíveis em 2017, considerando a cobertura por convênios e o PIB per capita como variáveis independentes. O resultado foi o mesmo apresentado acima, ou seja, municípios com menor gasto per capita com atividades de saúde em 2017 tiveram 3,16 vezes mais chance de ter maior número de internações por condições sensíveis em 2017 ($p=0,05$).

Tabela 4 - Análises (brutas e ajustadas) das associações com internações por condições sensíveis em 2017, para os 50 municípios de cinco microrregiões da macroregião Sul do Estado de Minas Gerais.

Variável	Categoria	n (%)	Internações por condições sensíveis em 2017		\$OR bruto (#IC95%)	p-valor	\$OR modelo final (#IC95%)	p-valor
			#Menor	*Maior				
			n (%)	n (%)				
Cobertura por convênios	#Menor	25 (50,0%)	10 (40,0%)	15 (60,0%)	2,25 (0,73-6,98)	0,1602	-	-
	Maior	25 (50,0%)	15 (60,0%)	10 (40,0%)	Ref			
PIB per capita	#Menor	25 (50,0%)	11 (44,0%)	14 (56,0%)	1,62 (0,53-4,95)	0,3973	-	-
	Maior	25 (50,0%)	14 (56,0%)	11 (44,0%)	Ref			
Coeficiente GINI 2010	#Menor	25 (50,0%)	12 (48,0%)	13 (52,0%)	1,17 (0,39-3,56)	0,7775	-	-
	Maior	25 (50,0%)	13 (52,0%)	12 (48,0%)	Ref			
IDHM 2010	#Menor	29 (58,0%)	13 (44,8%)	16 (55,2%)	1,64 (0,53-5,09)	0,3913	-	-
	Maior	21 (42,0%)	12 (57,1%)	9 (42,9%)	Ref			
Gasto per capita com atividades de saúde em 2017	#Menor	25 (50,0%)	9 (36,0%)	16 (64,0%)	3,16 (1,00-10,03)	0,0500	3,16 (1,00-10,03)	0,0500
	Maior	25 (50,0%)	16 (64,0%)	9 (36,0%)	Ref		Ref	

Legenda: Evento de desfecho. Ref: Categoria de referência para as variáveis independentes; OR: Odds ratio.IC: Intervalo de confiança. #≤Mediana da amostra.

Fonte: Gonçalves E e Mialhe FL; dados extraídos dos sistemas oficiais governamentais.

Na tabela 5 observa-se que quando se considerou a cobertura de beneficiários de planos privados e o PIB per capita como variáveis independentes o resultado para internações por condições sensíveis em 2018 se manteve, ou seja, os municípios com menor gasto per capita com atividades de saúde em 2017 tiveram 3,16 vezes mais chance de ter maior número de internações por condições sensíveis em 2018 ($p=0,05$). Nesse caso, nas análises brutas, a cobertura por convênio apresentou associação significativa com internações por condições sensíveis em 2018, porém essa variável não permanece no modelo final quando analisada em conjunto com o gasto per capita com atividade de saúde em 2017 ($p>0,05$).

Tabela 5 - Análises (brutas e ajustadas) das associações com internações por condições sensíveis em 2018, para os 50 municípios de cinco microrregiões da macrorregião Sul do Estado de Minas Gerais.

Variável	Categoria	n (%)	Internações por condições sensíveis em 2018		\$OR bruto (#IC95%)	p-valor	\$OR modelo final (#IC95%)	p-valor
			#Menor	*Maior				
			n (%)	n (%)				
Cobertura por convênios	#Menor	26 (52,0%)	9 (36,0%)	16 (64,0%)	3,16 (1,00-10,03)	0,0500	-	-
	Maior	24 (48,0%)	16 (64,0%)	9 (36,0%)	Ref			
PIB per capita	#Menor	25 (50,0%)	11 (44,0%)	14 (56,0%)	1,62 (0,53-4,95)	0,3973	-	-
	Maior	25 (50,0%)	14 (56,0%)	11 (44,0%)	Ref			
Coeficiente GINI 2010	#Menor	25 (50,0%)	13 (52,0%)	12 (48,0%)	0,85 (0,28-2,58)	0,7775	-	-
	Maior	25 (50,0%)	12 (48,0%)	13 (52,0%)	Ref			
IDHM 2010	#Menor	29 (58,0%)	13 (44,8%)	16 (55,2%)	1,64 (0,53-5,09)	0,3913	-	-
	Maior	21 (42,0%)	12 (57,1%)	9 (42,9%)	Ref			
Gasto per capita com atividades de saúde em 2017	#Menor	25 (50,0%)	9 (36,0%)	16 (64,0%)	3,16 (1,00-10,03)	0,0500	3,16 (1,00-10,03)	0,0500
	Maior	25 (50,0%)	16 (64,0%)	9 (36,0%)	Ref		Ref	
Gasto per capita com atividades de saúde em 2018	#Menor	25 (50,0%)	10 (40,0%)	15 (60,0%)	2,25 (0,73-6,98)	0,1602	-	-
	Maior	25 (50,0%)	15 (60,0%)	10 (40,0%)	Ref			

* Legenda: Evento de desfecho. Ref: Categoria de referência para as variáveis independentes; OR:Odds ratio. IC: Intervalo de confiança. #≤Mediana da amostra.

Fonte: Dados extraídos dos sistemas oficiais governamentais

4. Discussão

Por meio dos dados analisados foi possível identificar que os municípios que aplicaram menor gasto per capita com atividades de saúde em 2017 tiveram 3,16 vezes mais chance de apresentar maior número de internações por condições sensíveis em 2017 e 2018 ($p=0,05$). Da mesma forma, entre os municípios com menor gasto com atividades de saúde em 2017, 64,0% tiveram mais internações por condições sensíveis em 2017 e 2018. Já entre aqueles com maior gasto, essa porcentagem foi menor (36,0%).

As constatações no que se refere a redução, aumento ou a estabilização das ICSAP quando da identificação de uma maior cobertura da estratégia de saúde da família, não são objeto desta análise, onde, estudos de Alfradique ME, et al. (2009) ratifica que a redução da taxa de internações pode estar associada a diversos fatores, direta ou indiretamente relacionados tais quais como os fatores sociais, econômicos, renda, melhoria dos níveis sociais e a qualificação do cuidado da atenção primária. A busca pelo equilíbrio entre eficiência e a sustentabilidade dos sistemas de saúde tem se apresentado como um desafio em todo o mundo, considerando a complexidade e heterogeneidade epidemiológica global (LIMA LD, et al., 2017; SANTOS IS, et al., 2017; BOUSQUAT A, et al., 2017; ALBUQUERQUE MV, et al., 2016).

Alguns estudos evidenciaram a redução das taxas de internações por condições sensíveis e encontraram associações com o aumento da cobertura dos serviços de saúde no decorrer dos anos, mesmo com oscilações geográficas em todo o país, assim como também a identificação da associação de maiores cargas de trabalho do profissional médico versus maiores taxas de ICSAP (MACIEL AG, et al., 2014, BUSBY J, et al., 2015, LOENEN TV, et al., 2014). No entanto, sem qualquer probabilidade associativa quanto aos custos gerais com gastos em ações e serviços de saúde e o indicador ICSAP nos sistemas de saúde locais, estaduais e nacional.

Considera-se que uma maior alocação de recursos para a execução de ações e serviços de saúde na atenção primária seria capaz de retratar a qualificação da assistência e, compreensivelmente a atenuação da busca desnecessária dos serviços hospitalares por condições sensíveis (ALFRADIQUE ME, et al., 2009).

O presente estudo corroborou tal hipótese, pois verificou-se que os municípios com menores gastos com atividades de saúde, de forma geral e considerando uma alocação global orçamentária e financeira, tiveram mais internações por condições sensíveis nos dois anos analisados, e aqueles com maior gasto, essa porcentagem foi

consideravelmente, menor no mesmo período. Porém, este estudo considerou os gastos gerais em ações e serviços e saúde (ASPS), sem mensurar, portanto, os pesos e alocações específicas em relação as execuções financeiras para a atenção primária à saúde. É perceptível de que sistemas de saúde estruturados a partir da APS, com uma cobertura adequada por meio das equipes de saúde da família, impactaram em menores taxas de ICSAP (SKINNER HG, et al., 2016).

Dados de Mendonça CS (2016) explicam que a vulnerabilidade socioeconômica apresenta associação em relação ao comportamento das taxas de ICSAP, significando a relevância do sistema único de saúde como indutor da inclusão social, por meio de políticas de saúde efetivas. No entanto, não identificamos neste estudo, associações entre as internações por condições sensíveis e o índice Gini, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) e o Produto Interno Bruto (PIB) per capita.

Nos últimos anos, intencionalmente ou, de forma subjetiva tem se destacado a discussão sobre os aspectos que possivelmente, reproduzem as desconexões entre o cenário ideal e os cenários identificados quando as explicações para taxas elevadas por ICSAP (DELAMATER PL, et al., 2013). Entretanto, estudos referentes a esses custos ainda são incipientes na literatura brasileira (OLIVEIRA TL, et al., 2021).

É fundamental avaliar os diversos fatores que possam impactar os custos sobre as ICSAP no Sistema Único de Saúde onde, nos últimos anos, segundo Mendes A e Carnut L (2018) novos rumos e desafios se apresentam na sustentabilidade do sistema de saúde público com o processo de desfinanciamento em curso, agravado pela Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016, congelando os gastos públicos por 20 anos (FUNCIA F e SANTOS L, 2019).

Estudos nacionais de Pazó RG, et al. (2014) e internacionais Kim J, et al. (2019); Kim AM et al. (2019); Week WB et al. (2016) verificaram associações entre as taxas de ICSAP e maior disponibilidade de leitos hospitalares. Uma hipótese explicativa para esses achados é de que a maior oferta de leitos hospitalares facilitaria o acesso espontâneo ao nível terciário de atenção, induzindo a um excesso de hospitalizações, situação antagônica à busca pelo reconhecimento das reais necessidades da população, como aponta a Lei de Roemer (ROOS LL, et al., 2005). Nesse contexto, uma maior disponibilidade de leitos hospitalares poderia oportunizar a busca de atendimento em tempo oportuno, na expectativa tão somente do usuário, no sistema de saúde, refletindo

ou perenizando possíveis desarranjos assistenciais, consequentemente a alocação e utilização inapropriada dos recursos e serviços de saúde (KIM J, et al., 2019).

A constatação de oscilação nas variáveis socioeconômicas e a ocorrência de ICSAP é refletida na literatura científica Kim J, et al. (2019) e Mazumdar S, et al. (2019); Dimitrovová K, et al. (2017). Estudos demonstram ainda que piores condições socioeconômicas são barreiras ao acesso a serviços, e cidadãos em estado de vulnerabilidade econômica, utilizam em menor escala os serviços de saúde e, ao utilizá-los, priorizam a busca por respostas as doenças, não considerando as ações de promoção e prevenção (KIM J, et al., 2019).

Em um país com dimensões continentais, apresentando em suma, municípios de pequeno porte populacional, os orçamentos municipais são restritos, merecendo então especial atenção para aplicação cautelosa dos finitos recursos públicos. Segundo Souza C (2002) a constatação de aspectos peculiares diversificados neste sistema descentralizado, reproduzem contextos distintos quanto à capacidade de respostas nas dimensões administrativa, técnica, política e ética pelo ente estadual e municipal.

É salutar ressaltar que a partir do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, por meio do protagonismo assumido pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), importante volume dos incentivos são direcionados às ações e aos serviços da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC).

Para Duarte LS, et al. (2018), esse cenário apresenta relevância, com destaque para as redes de atenção à saúde, quando da mensuração dos volumes expressivos de recursos que são destinados, percebidos pelo processo de regionalização, no entanto, estas redes ainda se apresentam fragmentadas e fragilizadas, não oportunizando o protagonismo e pelo contrário, sobrecarregando e transferindo para sociedade a APS como um ponto de atenção não resolutivo, distante das premissas históricas do papel.

Ainda, segundo Pereira BLS, et al. (2019) nos últimos anos os valores oriundos dos repasses da união para o custeio de ASPS têm se apresentado com menor expressão, onde, desta forma, faz-se necessário pela gestão municipal, o fortalecimento da cultura e dos processos de orçamento e planejamento que contemplem as reais

necessidades de cada território, com o monitoramento e avaliação contínua de todos os cenários assistenciais vigentes.

É necessário ainda, de forma consistente, combater as rasas impressões refletidas nas práticas pela busca dos serviços de saúde em nosso cotidiano, como narrado por Giovanella L e Mendonça MHM, (2012), dos quais padecemos de concepções errôneas de uma APS seletiva, cujo rol de responsabilidades se apresenta com tecnologias incipientes, restrito para a atenção as doenças que afetam usuários em situação de pobreza e extrema pobreza, culminando pela busca de outras portas de atenção à saúde, como, as portas de urgência e emergência, prontos socorros e unidades hospitalares nas mais variadas micro e macrorregiões.

As limitações deste estudo se apresentam mediante a possibilidade de equívocos e inconsistências quando da classificação, registros ou, subregistros das internações por condições sensíveis à atenção primária em cada um dos prestadores existentes no país, e conseqüentemente no processamento e envio dos dados pelos estados e municípios, quando da responsabilização dos estabelecimentos sob sua gestão. Por outro lado, estas possíveis inconsistências poderão também serem observadas por municípios que possuem em sua responsabilidade, o vínculo contratual com estes prestadores.

Os dados apresentados quanto aos aspectos relacionados a execução orçamentária em ASPS possuem característica auto declaratória pelos entes da federal, sob pena da responsabilização legal pela não aplicação dos recursos mínimos constitucionais previstos.

5. Conclusão

Maiores gastos em ações e serviços de saúde estiveram associados a menor número de internações por condições sensíveis à atenção primária, ainda que estes gastos apresentados no estudo não tenham sido resultados de alocações somente na APS, conforme dados apresentados por meio do SIOPS. Os resultados apresentados poderão contribuir para a identificação de possíveis arranjos assistenciais substitutivos veladamente vigentes em cada território sanitário em detrimento ao protagonismo, responsabilização da atenção primária como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, sendo mote de novos estudos quanto ao impacto dos gastos específicos na APS por todos os entes federativos na redução das ICSAP.

6. Referências

1. ALBUQUERQUE MV, et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(4): 1055-1064.
2. ALFRADIQUE ME, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, 2009; 25(6): 1337-1349.
3. BASTOS RMR, et al. Internações por condições sensíveis primária, Minas Gerais, 2000 e 2010. *Re. Saúde Pública* 2014; 48(6): 958-967
4. BOUSQUAT A, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22: 1141-1145.
5. BRASIL. Casa Civil. Presidência da República. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. 2011, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acessado em: 25 de fevereiro de 2022.
6. LBROUSSELLE A, et al. A avaliação econômica. In: *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
7. BUSBY J, et al. A systematic review of the magnitude and cause of geographic variation in unplanned hospital admission rates and length of stay for ambulatory care sensitive conditions. *BMC Health Services Research*. 2015; 15(1): 324.
8. DELAMATER PL, et al. Do More Hospital Beds Lead to Higher Hospitalization Rates? A Spatial Examination of Roemer's Law. *PLoS One*, 2013; 8(2): e54900.
9. DIMITROVOVÁ K, et al. Evolution and financial cost of socioeconomic inequalities in ambulatory care sensitive conditions: an ecological study for Portugal, 2000 –2014. *International Journal for Equity in Health*, 2017; 16(1): 145.
10. DUARTE LS, et al. O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). *Saúde em Debate*, 2018; 42(116): 25-37.
11. FACCHINI LA, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008; 24(1): 159-172.
12. FUNCIA F, SANTOS L. Do subfinanciamento ao desfinanciamento da saúde: descendo as escadas. *Domingueira da Saúde*, 2019; 4.

13. GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados. Rio de Janeiro: CEBES; 2012.
14. HUANG Y, et al. Spatial access to health care and elderly ambulatory care sensitive hospitalizations. *Public Health*, 2019; 169: 76-83.
15. KIM AM, et al. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions as an indicator of access to primary care and excess of bed supply. *BMC Health Services Research*, 2019; 19(1): 259.
16. KIM J, et al. A Spatial Analysis of Preventable Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions and Regional Characteristics in South Korea. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 2019; 31(5): 422–432.
17. LIMA LD, et al. Arranjos de governança da assistência especializada nas regiões de saúde do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2017; 17(1): S107- S119.
18. LOENEN TV, et al. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. *Family Practice*, 2014; 31(5): 502-516.
19. MACIEL AG, et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. *Saúde em Debate*, 2014; 38: 319-330.
20. MAZUMDAR S, et al. Spatial clusters of chronic preventable hospitalizations (ambulatory care sensitive conditions) and access to primary care. *Journal of Public Health*, 2020; 42(2): e134–e141.
21. MENDES A, CARNUT L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, 2018; 27: 1105-1119.
22. MENDES A, FUNCIA FR. O SUS e seu financiamento. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento* Brasília: MS, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento, OPAS/OMS no Brasil; 2016. p. 139-168.
23. MENDONÇA CS. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e Qualidade da Saúde da Família em Belo Horizonte/Brasil. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.
24. NEDEL FB, et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Revista de Saúde Pública*, 2008; 42(6): 1041-1052.
25. NEDEL FB, et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por

- condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2010; 19(1): 61-75.
26. NEDEL FB, et al. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(1): 1145-1154.
 27. OLIVEIRA TL, et al. Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças sensíveis à Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 26(10): 4541 -4552.
 28. PAZÓ RG, et al. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014; 30(9): 1891-1902.
 29. PEREIRA BLS, et al. Portaria 3992/2017: desafios e avanços para gestão dos recursos no Sistema Único de Saúde. *Ver Saude Publica*. 2019; 53: 58
 30. PINTO LF, GIOVANELLA L. Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018; 23(6): 1903 -1914.
 31. ROOS LL, et al. Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: ambulatory care sensitive conditions in a Canadian setting. *Health Services Research*, 2005; 40(4): 1167-1185.
 32. SANTOS IS, et al. Os recursos físicos de saúde no Brasil: um olhar para o futuro. In: *Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
 33. SANTOS HLPC, et al. Public expenditure on hospitalizations for COVID -19 treatment in 2020, in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 2021; 55: 52.
 34. SKINNER HG, et al. The effects of multiple chronic conditions on hospitalization costs and utilization for ambulatory care sensitive conditions in the United States: a nationally representative cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 2016; 16: 77.
 35. STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.
 36. Souza C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Cien Saude Colet* 2002; 7(3):431-442.
 37. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
 38. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA). Universidade Aberta do

SUS (UNA-SUS). Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes. 2016. Disponível em:

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7563/1/Redes%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20s%C3%A0%20sa%C3%BAde%20organizada%20em%20redes.pdf>. Acessado em: 03 de jan de 2021.

39. WEEKS WB, et al. Rates of admission for ambulatory care sensitive conditions in France in 2009 –2010. *European Journal of Health Economics*, 2016; 17(4): 453-470.

3 DISCUSSÃO

Os resultados dos estudos apresentados na presente dissertação apontaram que há a necessidade de se considerar, de forma prioritária, os consórcios intermunicipais de saúde nas discussões em todos os espaços regionais, cujas instâncias de governança do Sistema Único de Saúde se fazem presentes. Destaca-se que a soma de fatores tais como os identificados como a grande variabilidade dos valores praticados em diversas especialidades e, ainda, a distribuição iníqua, de profissionais especialistas nestas mesmas regiões, poderá comprometer o planejamento e a resolutividade assistencial em cada município.

Considerando a cada dia, tendência crescente de aumento dos gastos com saúde, demonstrado por meio do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde - SIOPS, com destaque para a esfera municipal, estudos avaliativos que buscam analisar a implantação, os impactos, a resolubilidade, economicidade, eficiência, eficácia e efetividade das organizações consorciadas na saúde, se apresentam como fundamentais, para que se possa oferecer subsídios tempestivos para a sua melhoria, por meio dos(as) gestores(as) municipais, alinhando as percepções junto a sociedade, das entregas como resultado prático das ofertas estabelecidas, financiadas pelos mais variados tributos, objeto dos esforços de todos os trabalhadores da nação.

Com o passar dos anos, com o crescimento dos consórcios públicos de saúde no país, em especial, no estado de Minas Gerais, constituindo-se como arranjos organizativos assistenciais regionalizados, estes possuem relação direta com as práticas de gestão em cada território regional ou macrorregional, embora, não considerados em muitos momentos quando das discussões objetivando a organização, otimização e pactuações das redes temáticas existentes.

Neste sentido, o presente estudo realizado ratifica a complexidade de se estabelecer um pacto ampliado para a superação de dificuldades no provimento de procedimentos de média e alta complexidade em um mesmo território. A estabilização da variabilidade dos valores praticados para um mesmo espaço regional de forma desproporcional faz com que alguns aspectos como a concorrência intergestores e municípios se perenizem. Fatores como a alocação acentuada de profissionais médicos em determinadas regiões se apresentaram também com determinada constância, sobremaneira pela atratividade financeira, impossibilitando a consolidação das redes de atenção à saúde e, conseqüentemente de todo o sistema público de saúde.

Outro aspecto que chama atenção são as diferenças praticadas identificadas para as mesmas especialidades em cada consórcio dentro das microrregiões e, ao mesmo tempo, a distribuição das especialidades nos mesmos espaços regionais.

Desta forma compreendemos que, em se tratando de políticas públicas de saúde, nem sempre haverá consenso entre os gestores. São visões conflitantes, antagônicas, agregadoras ou não, disputando espaços, recursos e o protagonismo em cada situação que se apresenta. Desta forma, o interesse em encontrar respostas individuais para problemas coletivos na gestão, nos deparamos com arranjos fragmentados, duplicados e resultados insuficientes frente às expectativas dos serviços adquiridos.

A análise de possíveis associações entre as internações por condições sensíveis à atenção primária e os gastos em ações e serviços de saúde em 50 municípios do sul do estado de Minas Gerais apresenta aspectos importantes, podendo estes revelarem arranjos substitutivos à atenção primária quanto aos desfechos das internações por condições sensíveis à atenção primária que devem constar prioritariamente, nas agendas de todos os entes da federação.

A limitação do estudo é a utilização de dados secundários de sistemas de informação que podem ser sobre ou subalimentados pelos municípios, embora haja a responsabilização direta de todos os entes federados frente as normativas vigentes quando da sua não alimentação e atenção aos cronogramas de exportação dos dados dos diversos sistemas de informação de saúde. Ainda, os profissionais em análise não foram considerados com o vínculo específico em cada unidade de saúde pelo seu CNES, sejam ambulatoriais ou hospitalares mas, somente diferenciando neste estudo a existência de profissionais com vínculo para o SUS e para o setor privado. As associações em relação a um menor número de internações por condições sensíveis à atenção primária, frente a maiores gastos em ASPS. consideraram os gastos globais municipais, declarados por meio do SIOPS, não considerando apenas os gastos na APS.

Vale destacar ainda que as avaliações apresentadas contendo somente dados quantitativos podem não representar todas as demais variáveis que impactam diretamente no processo de avaliação e qualidade dos serviços de saúde, indicando assim, a necessidade de outros estudos de natureza qualitativa sobre os resultados apresentados.

Não obstante ao exposto, acredita-se que a presente pesquisa possa subsidiar a indução de arranjos assistenciais consensuados e equalizados, em consonância com as demandas oriundas das diversas redes de atenção à saúde instituídas, considerando as

discussões por meio dos gestores municipais de saúde, de um mesmo território micro ou macrorregional, na busca pelo estabelecimento de um pacto consistente que possa refletir na superação das dificuldades para o planejamento, das ações de média e alta complexidade.

Propõe-se por fim, o adequado acompanhamento, análise, avaliação, controle, discussão e governança nas instâncias de gestão do SUS, sobre as práticas consorciadas, uma vez que estes fatores poderão ensejar no alinhamento de princípios, otimização do acesso, fluxos e resultados concretos e ainda, no fortalecimento da gestão municipal do SUS e sua resolutividade na vida de todos os cidadãos.

4 CONCLUSÃO

As variações nos valores dos procedimentos identificados entre os consórcios pesquisados, evidencia a necessidade de ajustes dos processos de planejamento, gestão e financiamento nos espaços regionais, uma vez que se tratam de dispositivos assistenciais existentes em uma mesma macrorregião de saúde.

A busca intempestiva por respostas individualizadas assistenciais em cada município poderá ensejar na má alocação de recursos financeiros, distorções quanto à real necessidade de saúde da população.

A concentração ou inexistência de profissionais especialistas em determinadas microrregiões sugere a indução de discussões que balizem o alinhamento e a adoção de políticas em contraponto as dificuldades de provimento de profissionais em variadas categorias, nas áreas de abrangência dos consórcios intermunicipais de saúde, estabelecendo condições reais de fixação, que superem a concorrência dos valores ofertados em cada município considerando seu potencial financeiro de aplicação.

Maiores gastos em ações e serviços de saúde estiveram associados a menor número de internações por condições sensíveis à atenção primária, ainda que estes gastos apresentados no estudo não tenham sido resultados de alocações somente na APS, conforme dados apresentados por meio do SIOPS.

REFERÊNCIAS

Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Decreto No 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [acesso 2021 Jul 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm

Brasil. Tribunal de Contas da União. Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde; 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

CONASEMS (Orgs). Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano”. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, organizadores. 2.ed. rev, ampl. Rio de Janeiro: CEPESQ; 2019.

Moysés Filho J, Kestelman HN, Becker Junior LC, Torres MCS. Planejamento e organização estratégica em organizações de saúde. Rio de Janeiro: FGV; 2010.

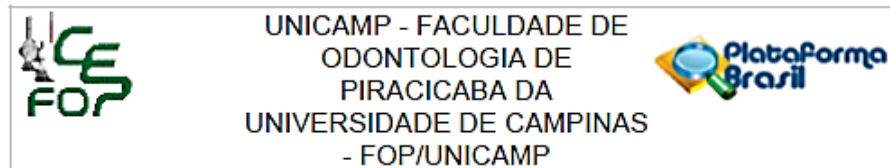
Pereira AC, Guerra LM, Cavalcante DFB, Meneghim MC, organizadores. Gestão pública em saúde: fundamentos e práticas. Águas de São Pedro: Livronovo; 2016.

ANEXOS

Anexo 1 – Verificação de originalidade e prevenção de plágio

Consórcios Intermunicipais de Saúde: arranjos regionalizados para a busca da integralidade assistencial no Sistema Único de Saúde			
RELATÓRIO DE ORIGINALIDADE			
6%	6%	6%	3%
ÍNDICE DE SEMELHANÇA	FONTES DA INTERNET	PUBLICAÇÕES	DOCUMENTOS DOS ALUNOS
FONTES PRIMÁRIAS			
1	repositorio.unesc.net		1%
	Fonte da Internet		
2	www.teses.usp.br		1%
	Fonte da Internet		
3	purareflexao.blogspot.com		1%
	Fonte da Internet		
4	bibliotecadigital.fgv.br		1%
	Fonte da Internet		
5	acervo.ufvjm.edu.br		1%
	Fonte da Internet		
6	www.scielosp.org		1%
	Fonte da Internet		
7	repositorio.ufpb.br		1%
	Fonte da Internet		
8	www.revistas.usp.br		1%
	Fonte da Internet		

Anexo 2 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Os Consórcios Intermunicipais de Saúde como dispositivos para a superação dos vazios assistenciais na média e alta complexidade em regiões de saúde no sul de Minas Gerais

Pesquisador: Fábio Luiz Mialhe

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22751419.8.0000.5418

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.863.075

Apresentação do Projeto:

Transcrição editada do conteúdo do registro do protocolo e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil

Trata-se de pesquisa observacional, transversal e analítica que visa investigar/conhecer as contribuições de cada um dos consórcios intermunicipais de saúde existentes em um universo de 5 (cinco) regiões de saúde no sul de Minas Gerais (regiões de Saúde de São Lourenço-MG, Lavras-MG, Três Corações-MG, Três Pontas e Varginha-MG), ambas em uma mesma macrorregião de saúde composta por 50 (cinquenta) municípios quanto as respostas dos 50 gestores para um conjunto de procedimentos e exames de imagem e diagnóstico previamente elencados. Será feita avaliação dos bancos de dados apresentados pelos municípios consorciados do território selecionado nos anos de 2017 e 2018 e dos demais sistemas de informação no mesmo período, por meio de preenchimento de questionário estruturado desenvolvido para este estudo.

A LISTA DE PESQUISADORES citada na capa do projeto de pesquisa inclui o FÁBIO LUIZ MIALHE (Cirurgião Dentista, Docente do Departamento de Ciências da Saúde e Odontologia Infantil da FOP-UNICAMP, Pesquisador responsável) e EDUARDO GONÇALVES (Administrador de Empresas,

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PIRACICABA, 25 de Outubro de 2019

Assinado por:
jacks jorge junior
(Coordenador(a))

Anexo 3 – Publicação de manuscrito – Artigo 2

Análise da distribuição de médicos especialistas em microrregiões de saúde na área de consórcios intermunicipais de saúde no Sul de Minas Gerais

Analysis of the distribution of doctors specialized in health micro-regions in the area of intermunicipal health consortia in the South of Minas Gerais

Análisis de la distribución de médicos especializados en microrregiones de salud en el área de consorcios intermunicipales de salud en el Sur de Minas Gerais

Eduardo Gonçalves¹, Alcir José de Oliveira Júnior¹, Fábio Luiz Mialhe^{1*}.

RESUMO

Objetivo: Analisar a distribuição de profissionais médicos especialistas em cinco microrregiões assistenciais na área de abrangência de consórcios intermunicipais de saúde no Sul de Minas Gerais. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal descritivo, utilizando-se de dados secundários de acesso amplo, irrestrito e público, a partir de dados constantes na base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), na competência dezembro de 2018. Para a coleta dos dados, utilizou-se os arquivos disponíveis pelo sítio do Datasus, referente a base do CNES e, posteriormente, tabulados por meio do programa Tabnet e Tabwin. **Resultados:** Houve grande variabilidade entre as microrregiões na área de abrangência dos consórcios intermunicipais de saúde existentes quanto a distribuição de profissionais especialistas dentro de uma mesma macrorregião, com ênfase para algumas especialidades que indicam maior dificuldade de acesso por meio do Sistema Único de Saúde. **Conclusão:** Os resultados apresentados são fundamentais para subsidiarem as discussões e elaboração de políticas públicas que possam contribuir para a equidade assistencial em cada região de saúde, uma vez que relacionados à Consórcios Intermunicipais de Saúde, não foram encontrados estudos anteriores que apresentem esta abordagem, distanciando, portanto, da prática assistencial diária das gestões municipais.

The screenshot displays the Acervo Saúde journal interface. At the top, there's a header with the journal's name and ISSN. Below it, a navigation bar includes links like 'Início', 'Sobre', 'Publicações', 'Como Publicar', and 'Contato'. A search bar is also present. The main content area shows the article title, authors (Eduardo Gonçalves, Alcir José de Oliveira Júnior, Fábio Luiz Mialhe), and a 'PDF' download button. A sidebar on the right contains a login form with fields for 'Usuário' and 'Senha', a 'Mantenha-me conectado' checkbox, and buttons for 'Acesso' and 'Cadastro'. Below the login form, there are social media links for WhatsApp, Telegram, and Messenger.

Anexo 4 – Publicação de manuscrito – Artigo 3



Revista Eletrônica Acervo Saúde | ISSN 2178-2091

Análise das internações por condições sensíveis à Atenção Primária e a correlação dos gastos em saúde em 50 municípios de Minas Gerais

Analysis of hospitalizations due to sensitive conditions to Primary Care and the consequences of health expenditures in 50 municipalities in Minas Gerais

Análisis de las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la Atención Primaria y las consecuencias del gasto en salud en 50 municipios de Minas Gerais

Eduardo Gonçalves¹, Fábio Luiz Mialhe^{1*}.

RESUMO

Objetivo: Analisar possíveis associações entre as internações por condições sensíveis à atenção primária e os gastos em ações e serviços de saúde em 50 municípios do sul do estado de Minas Gerais. **Métodos:** Estudo transversal descritivo, utilizando-se de dados secundários de acesso amplo, para os anos de 2017 e 2018. Os dados foram analisados por meio de modelos de regressão logística múltipla. **Resultados:** Os municípios apresentaram uma média de 23,1 e 22,7 internações por condições sensíveis em 2017 e 2018, respectivamente. Municípios com menor gasto com atividades de saúde em 2017, tiveram 3,16 vezes mais chance de apresentar maior número de internações por condições sensíveis em 2017 e 2018 ($p=0,05$). Entre os municípios com menor gasto com atividades de saúde em 2017, 64,0% tiveram mais internações por condições sensíveis em 2017 e 2018. Já entre aqueles com maior gasto, essa porcentagem foi menor (36,0%). **Conclusão:** Maiores gastos em ações e serviços de saúde estiveram associados a menor número de internações por condições sensíveis à atenção primária.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Gastos em saúde, Regionalização da saúde, Planejamento em saúde, Financiamento em saúde.



Início / Arquivos / v. 15 n. 3 (2022): Revista Eletrônica Acervo Saúde (ISSN 2178-2091) | Volume 15 (3) | 2022
/ Artigos Originais

Análise das internações por condições sensíveis à Atenção Primária e a correlação dos gastos em saúde em 50 municípios de Minas Gerais

PDF

Publicado Mar 7, 2022

DOI <https://doi.org/10.25248/reas.e9757.2022>

Eduardo Gonçalves
Fábio Luiz Mialhe

Resumo

Objetivo: Analisar possíveis associações entre as internações por condições sensíveis à atenção primária e os gastos em ações e serviços de saúde em 50 municípios do sul do estado de Minas Gerais. **Métodos:** Estudo transversal descritivo, utilizando-se de dados secundários de acesso amplo, para os anos de 2017 e 2018. Os dados foram analisados por meio de modelos de regressão logística múltipla. **Resultados:** Os municípios apresentaram uma média de 23,1 e

Usuário

Senha

[Esqueceu a senha?](#)

☒ Mantenha-me conectado

Fale com a Acervo+

