

**Trabalho preparado para apresentação no VII Congresso Latinoamericano de
Ciência Política, organizado pela Associação Latinoamericana de Ciência Política
(ALACIP)**

Bogotá, 25 a 27 de setembro de 2013

Título do trabalho: Cooperação Intergovernamental na área da Saúde: uma abordagem
comparada dos Consórcios Intermunicipais no Brasil

Autor: Carlos Vasconcelos Rocha (carocha@pucminas.br)

Professor da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas

Área Temática: Descentralização e Relações Intergovernamentais II

Cooperação Intergovernamental na área da Saúde: uma abordagem comparada dos Consórcios Intermunicipais no Brasil¹

Carlos Vasconcelos Rocha

Resumo

Ao longo das décadas de 1980 e 1990, paralelamente aos avanços no processo de descentralização, proliferaram no Brasil, mesmo que de forma incipiente, inúmeras e diversificadas experiências de cooperação intermunicipal, autônomas ou induzidas pelos governos estaduais e federal, que visavam ao planejamento integrado, ao fomento do desenvolvimento regional, à preservação ambiental e à ampliação da capacidade dos municípios de atender às demandas locais e de responder a outros constrangimentos relativos à provisão de bens e serviços públicos. Apesar de sua significativa abrangência e relativa visibilidade, este fenômeno, que denominamos genericamente “desfragmentação” da gestão pública, é ainda subexplorado como objeto de pesquisa pela Ciência Política brasileira e negligenciado na produção de estatísticas oficiais. O objetivo deste trabalho, além de explicitar os fatores que têm gerado esta pontual e tentativa reversão do que na literatura sobre o tema é designado de “municipalismo autárquico”, é discutir as suas potencialidades e avaliar os elementos que têm dificultado ou facilitado a “cooperação horizontal” para a produção de políticas públicas. A pesquisa adotará uma abordagem comparada, abordando o processo de criação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em dois estados brasileiros: Minas Gerais e Paraná. Tomando o processo de institucionalização como a estabilização de regras e processos, a questão que orientará o trabalho é verificar como, ao longo do tempo, os atores, seus interesses e suas agendas de problemas têm incidido sobre a cooperação intermunicipal na produção da política de saúde.

Este trabalho apresenta algumas elaborações preliminares em torno das hipóteses arregimentadas para explicar os fatores que colaboram e que dificultam a cooperação intermunicipal em torno da produção de políticas públicas. São preliminares, na medida em que se relacionam com uma pesquisa que se encontra em andamento.

A pesquisa busca comparar o processo de constituição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde - CIS nos estados de Minas Gerais e Paraná. Nesse aspecto, visa confrontar as características gerais que incidem sobre as possibilidades de cooperação intermunicipal em ambos os estados, focando aspectos como o papel exercido pelos governos estaduais, na indução da cooperação, tanto em sua relação com os municípios como em relação ao governo central; a conformação histórica dos municípios, atentando para suas

¹ Este trabalho apresenta um resultado parcial de uma pesquisa em andamento, financiada pelo CNPQ, a quem agradecemos, cujo título é Institucionalizando a cooperação intermunicipal: a experiência dos Consórcios de Saúde do Estado do Paraná. O nosso agradecimento, também, à PUC Minas, que financiou a participação do autor no VII Congresso da ALACIP.

diversidades históricas, políticas, sociais e econômicas; o papel de atores como burocracias, políticos e sociedade civil; o contexto institucional em que agem esses atores. Em outro plano, o trabalho buscará comparar casos diferenciados de formação dos consórcios no interior dos dois estados. Tal esforço visa cotejar consórcios selecionados por critérios como características dos municípios que compõem cada um deles; grau de sucesso ou insucesso na consolidação da cooperação, objetivando confrontar casos com características diferentes; enfoques ideológicos diferenciados dos protagonistas; sucesso ou fracasso no esforço de cooperação; iniciativas autônomas ou induzidas, e outras, como será salientado nos tópicos que tratarão de cada caso específico.

Em geral a comparação será feita de estado para estado. No Brasil, os estados constituem distritos eleitorais para a eleição dos membros do Legislativo Federal. Os governadores têm um papel relevante nesse processo, especialmente nas suas relações com os prefeitos municipais, cuja carreira política pode ser bastante facilitada com o apoio dos governadores. Assim, a abordagem de consórcios específicos no interior de cada estado visa configurar as características estaduais de cada processo de organização dos sistemas de saúde, focando os aspectos que facilitam e dificultam a cooperação intermunicipal. Ressalte-se, que, no caso dessa política pública, os estados e municípios agem no contexto de uma política fortemente estruturada pelo governo central. Apesar disso, a partir de determinado momento, os estados imprimem características próprias em seus sistemas de saúde. Portanto, tal escolha metodológica é justificada pela relevância, maior ou menor em cada caso, que os governos estaduais têm no desenvolvimento dessas experiências de cooperação intermunicipal na área da saúde.

Os aspectos a serem comparados são derivados das hipóteses levantadas. A comparação visa, portanto, verificar tais hipóteses a partir dos dois estados que se notabilizaram por serem protagonistas na formação dos CIS no Brasil.

Inicialmente, buscaremos contextualizar a política de saúde no âmbito do federalismo brasileiro. Posteriormente, discorreremos sobre o surgimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde - CIS. Numa terceira parte, serão comparados os casos de Minas Gerais e Paraná, em caráter preliminar. Finalmente, serão apresentadas algumas considerações provisórias.

1. A Descentralização e a Federação Brasileira

A discussão sobre a reforma do Estado brasileiro, que entra na agenda política do país a partir da década de 1980, coloca em relevo o tema da descentralização. Como reação ao regime militar, caracterizado pela concentração de poder e por uma tendência à organização hierárquica das relações federativas, setores oposicionistas passam a reivindicar a descentralização como forma de "distribuição de poder" e como requisito para uma organização do Estado que privilegiasse a autonomia das instâncias subnacionais. Um aspecto concreto das reformas propostas é o fortalecimento do poder do município como gestor das políticas públicas.

O fato é que, a partir dos anos 80, a descentralização político-administrativa galvaniza o apoio de diversos atores e ganha um lugar central no leque de objetivos que orientaram a redefinição das instituições políticas brasileiras. Descentralização torna-se panacéia, sendo relacionada a uma multiplicidade de objetivos e significados, segundo os interesses e valores dos diversos atores. Para a esquerda ela significaria a democratização do poder político, já que valorizaria as organizações comunitárias e os seus interesses específicos, ao estimular a "criação de mecanismos que possibilitem à população o exercício da cobrança e fiscalização da ação do poder público" (Lobo, 1988:19). Para setores mais conservadores, a descentralização, ao transferir atribuições para os níveis subnacionais de governo, significaria a redução do tamanho e da abrangência do aparelho estatal e a diminuição dos déficits. Além disso, era corrente a expectativa que a descentralização ampliasse a eficácia e eficiência das funções administrativas, devido à maior proximidade entre os problemas sociais e as instâncias locais de decisão. A participação e acompanhamento daqueles diretamente interessados na provisão pública implicariam, segundo essa linha de raciocínio, a maximização da racionalidade na definição das políticas e a maior possibilidade de controle social das ações governamentais, ampliando a *accountability* do setor público.

Pelo exposto depreende-se a possibilidade de se compreender a descentralização tanto como parte de uma estratégia de racionalização técnico-administrativa quanto como uma estratégia de democratização. No primeiro caso, temos uma relação entre descentralização e eficiência; no segundo, a descentralização aparece associada a valores políticos como universalização, equidade e capacidade de controle do Estado pela sociedade.

A empiria tem demonstrado, porém, que a descentralização pode gerar resultados opostos aos esperados. Pode, por exemplo, reforçar a desigualdade entre estados e

municípios. Pode também não ser suficiente para garantir uma maior eficácia e eficiência das funções públicas, na medida em que tais resultados dependeriam, igualmente, entre outros fatores, da capacidade técnica e administrativa, dos recursos financeiros e da escala adequada da oferta dos serviços públicos pelos governos subnacionais (Arretche, 1996). No caso brasileiro, a grande maioria dos municípios padece de uma precariedade técnica, administrativa e financeira, sendo que, em muitos casos, a descentralização acaba por fragilizar ainda mais a provisão pública, comprometendo uma escala adequada da oferta de serviços e desarticulando as ações públicas. Ademais, como se sabe, a superação ou minimização das desigualdades regionais exige do governo central a criação de mecanismos de coordenação e de fomento à cooperação intergovernamental e a implementação de políticas compensatórias.

Em suma, o processo de reforma do Estado, notadamente em países federativos, envolve, como se reconhece amplamente hoje, a necessidade de se equacionar graus e mecanismos diversificados de centralização e descentralização, balanço esse que não pode ser definido de forma abstrata e *a priori*², envolvendo um amplo aprendizado e a criatividade dos atores sociais. Especificamente exige uma sintonia entre os entes federados capaz de produzir uma articulação que possa redundar em formas de cooperação vertical e horizontal. Exige uma articulação de funções e o compartilhamento de recursos entre os níveis de governo, de maneira a se criar condições propícias à ampliação da eficácia e da eficiência das políticas públicas.

Tais observações são corroboradas por muitas das avaliações dos desdobramentos do processo de descentralização do Estado brasileiro, processo esse consagrado pela Constituição de 1988. No país, a descentralização fundamentou-se na crença de que a concessão de uma maior autonomia aos governos subnacionais equacionaria, em ampla medida, os problemas das relações intergovernamentais no Brasil, uma vez que, no contexto da redemocratização, destacava-se a questão da hipertrofia do poder da União, em detrimento dos estados e municípios. Com o tempo, porém, ficou evidenciada toda a complexidade do processo de descentralização, complexidade essa magnificada pela grande heterogeneidade da federação brasileira.

² Na verdade, centralização e descentralização não são conceitos e práticas que se excluem mutuamente. O esforço de descentralização demanda necessariamente um certo grau de centralização. Tal situação é definida por Hommes como o “paradoxo da descentralização”: a descentralização exige mais centralização e mais habilidades políticas no nível nacional (apud Tendler, 1999: 43).

Ademais, como tem destacado Arretche (2000), a descentralização no país foi implementada de forma bastante diferenciada nos distintos setores de políticas públicas. No geral, porém, evidenciou-se a falta de planejamento e de coordenação na transferência de funções aos estados e principalmente municípios, sendo uma exceção o caso da política de saúde, cuja descentralização se fez de forma mais planejada e com uma mais eficaz coordenação por parte da União (ver também Almeida, 1995).

A descentralização das políticas públicas se deu, portanto, de maneira heterogênea. Cada área de política tem suas características próprias, mas um problema comum foi o insuficiente equacionamento dos dilemas federativos. Como aponta Jordana para o caso da América Latina, mas em um comentário que serve bem para o caso específico do Brasil,

(...) Em seu conjunto, podemos assinalar que as relações intergovernamentais não se desenvolveram adequadamente na região para dar resposta às novas exigências produzidas pelo incremento da descentralização de muitas políticas públicas nos países da região. Como resultado da falta de novos equilíbrios entre os níveis de governo, persistem situações de “exploração oportunista”, tanto econômica quanto política, de um nível de governo sobre os outros. Esta situação, inclusive, pode chegar a deslegitimar a descentralização e produzir uma crise com relação ao novo modelo. (2003: 11 – tradução nossa)

A *exploração oportunista* pode se dar em temas econômicos, quando, por exemplo, uma unidade de governo gasta de forma a comprometer demandas, necessidades e/ou acordos feitos com outra unidade, e também no que diz respeito aos recursos políticos (quando há discriminação no atendimento de demandas ou na alocação de recursos segundo afinidades políticas, por exemplo). Isso se explica porque na América Latina os mecanismos institucionais de articulação das relações intergovernamentais se encontram pouco desenvolvidos e também, como ressaltam alguns autores, porque seria insuficiente o *capital social* na região. Assim, quando existem práticas de cooperação horizontal, tendem a predominar regras de decisão hierárquicas; quando existem espaços para ajuste mútuo, é recorrente o aproveitamento oportunista.

Podemos afirmar, contudo, que no Brasil a descentralização produziu efeitos positivos no sentido de uma maior racionalização e democratização das políticas públicas. Mesmo sendo experiências muitas vezes limitadas e problemáticas, como hoje se reconhece

com mais clareza, foram implementados conselhos setoriais de políticas públicas, difundiram-se formas de orçamentação participativa, democratizou-se a gestão das escolas públicas, dentre outros experimentos dignos de nota. Porém, contabilizam-se também efeitos negativos, como o fortalecimento de elites regionais pouco republicanas, o acirramento da competição predatória entre entes federados e a falta de cooperação e coordenação intergovernamentais. Tendo como parâmetro as relações federativas, pode-se dizer que a descentralização no país tendeu para o que Abrucio e Soares chamam de “municipalismo autárquico” (2001:14), dada a crença inicial, muitas vezes implícita, de que os municípios poderiam (e por vezes deveriam) resolver sozinhos os seus problemas. Todavia, a experiência foi mostrando, na prática, tanto a necessidade de uma maior coordenação de políticas e de se repensar a distribuição de recursos, por parte dos estados e União, como também as potencialidades da estruturação de esquemas cooperativos horizontais, formados pelos próprios municípios. Mostrou-se necessária, portanto, uma melhor articulação das relações horizontais e verticais entre os entes federados.

Em processos de descentralização, o caráter das relações intergovernamentais resultante varia segundo uma diversidade de fatores, como as características e modo de funcionamento do sistema político e de suas instituições. No caso brasileiro, em que o federalismo é caracterizado pela existência de três níveis autônomos de governo, as relações intergovernamentais são particularmente complexas, sendo importante a distinção das três instâncias de articulação no sentido vertical (local-intermediário, intermediário-nacional e local-nacional) e das duas de sentido horizontal (local-local e intermediário-intermediário). Além disso, há também a possibilidade/necessidade da articulação simultânea das relações horizontais e verticais, como, por exemplo, local-local-intermediário, local-local-nacional, entre outras.

Como as autoridades políticas são eleitas nos três níveis de governo, essas relações se revestem de singular complexidade, pois passam a envolver também uma lógica político-eleitoral que freqüentemente acaba por pautar as diversas combinações possíveis de relações verticais-horizontais. É importante ressaltarmos que, com o processo de redemocratização, os prefeitos ganham um poder não negligenciável na Federação, sendo o seu respaldo fundamental na trajetória política de importantes atores, interessados tanto em cargos legislativos como em cargos em outros níveis do Executivo, já que os prefeitos são agentes privilegiados de acesso ao eleitorado local. Prefeitos de municípios próximos, ainda mais quando filiados a partidos concorrentes,

ou mesmo se no mesmo partido mas acalentando projetos políticos próprios, acabam por estabelecer relações de competição político-eleitoral.

Colocada nesses termos a questão, um problema que resulta do processo de descentralização é o de como reverter a fragmentação da ação pública resultante. Dados os efeitos deletérios do viés municipalista da descentralização empreendida no Brasil, os municípios se viram na necessidade de “desfragmentar” suas ações. Diversas modalidades de desfragmentação surgiram, como as câmaras, as redes, as agências, as associações, os fóruns, as empresas e as autarquias intermunicipais (Cruz, 2001; Abrucio e Soares, 2001). No entanto, talvez a experiência mais relevante de ação cooperativa horizontal seja a dos consórcios intermunicipais, notadamente aqueles implementados para a provisão de bens e serviços na área da saúde.

A viabilização da cooperação intermunicipal para a produção de políticas públicas é, porém, buscada num contexto em que os municípios tendem a competir em diversos aspectos como, por exemplo, na esfera político-eleitoral. A problemática das relações federativas, que fornece as bases para a discussão do problema aqui apresentado, é objeto de um amplo debate. A seguir buscamos, a partir desse debate, fazer uma apreciação dos fatores que facilitam ou dificultam a cooperação entre os entes federados.

2. Uma Modalidade de cooperação intergovernamental: os Consórcios de Saúde

Como discutido anteriormente, os problemas decorrentes da descentralização no Brasil, notadamente a fragmentação das políticas públicas, colocam para os municípios a necessidade de que sejam pensadas alternativas ao “municipalismo autárquico”. Os consórcios intermunicipais são uma forma de associação ou união entre municípios, calcada na percepção de um compartilhamento de interesses e propósitos. Muitos autores afirmam que consórcio é necessariamente uma forma de cooperação entre entes do mesmo nível de governo e de natureza pública (Leite, Gomide & Silva, 2001; Santos, 2003), enquanto as câmaras e agências intermunicipais são acordos firmados entre o poder público – não só municipal – e entidades da sociedade civil³.

³ Deve-se registrar que no Paraná há uma experiência de associação entre municípios e o governo do estado que é denominada consórcio (SES-PR, 2003).

Os consórcios “exigem que os interessados sejam pessoas jurídicas públicas de igual natureza jurídica ou do mesmo nível de governo” (Meirelles, apud Cruz, 2001:17). Eles se diferenciam dos convênios na medida em que nestes “podem associar-se pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado” (Santos, 2003:2). Contudo, mesmo que os consórcios intermunicipais sejam constituídos necessária e exclusivamente por municípios, eles podem estabelecer parcerias com outras instituições e atores sociais, tais como universidades, sindicatos, ministérios, secretarias estaduais e municipais, associações de empresários, organizações não-governamentais e outras entidades da sociedade civil organizada.

A constituição dos consórcios intermunicipais se dá nos mais diferentes âmbitos e para o exercício de funções diferenciadas, como, por exemplo: recuperação e proteção ambiental; provimento de serviços públicos, como tratamento e destinação do lixo, cultura, lazer, educação e merenda escolar; realização de obras públicas; agricultura; “atividades-meio”, como capacitação profissional e informática; e desenvolvimento sustentável (Cruz, 2001; Vaz, 2003).

A modalidade de consórcio que mais se difundiu no Brasil é aquela que tem por objetivo a provisão de bens e serviços na área da saúde. Um Consórcio Intermunicipal de Saúde é a união ou associação de dois ou mais municípios visando à resolução de problemas do setor e a busca de objetivos comuns mediante a utilização conjunta dos recursos humanos e materiais disponíveis.

A difusão dos consórcios na área da saúde, no Brasil, se deu de forma heterogênea, apesar das ações de coordenação e fomento implementadas pelo Ministério da Saúde. Isso porque a difusão dos consórcios dependeu, em grande medida, do papel exercido pelos governos estaduais. As experiências de maior relevância foram, em ordem de importância, a de Minas Gerais e a do Paraná, justamente pelo comprometimento que os governos desses estados tiveram com a criação dos consórcios.

Embora se tenha notícia de uma ou outra experiência anterior, pode-se dizer que, de maneira mais significativa, os Consórcios Intermunicipais de Saúde surgiram no Brasil no início da década de oitenta. Nesse período, no estado de São Paulo, o governo iniciou um processo de municipalização da saúde, por meio das Ações Integradas de Saúde, ao transferir para os municípios a responsabilidade pela assistência na área. Em virtude principalmente da insuficiência de recursos para responderem sozinhos a tal desafio, alguns municípios do estado se consorciaram (Junqueira, Mendes & Cruz, 1999). No entanto, vai ser apenas a partir de 1995 que essa forma de cooperação se

difunde no país, em grande medida em função da política de incentivo adotada por alguns governos estaduais.

Em princípio, pode-se pensar que os consórcios normalmente surgem por iniciativa dos municípios, expressando uma decisão autônoma no sentido da busca de cooperação horizontal. Porém, freqüentemente é limitado o papel que cabe aos municípios. Os outros níveis de governo tiveram papel relevante na formação dos consórcios intermunicipais de saúde. Nos casos mais exitosos, o incentivo dos governos estaduais foi fundamental para o estabelecimento e consolidação da cooperação entre os municípios⁴. Por seu turno, o Ministério da Saúde buscou legislar sobre o assunto, no sentido de estabelecer parâmetros para a criação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Porém, tudo indica que as ações federais tiveram importância relativamente menor. Ao que parece, o governo federal acabou, na verdade, tentando organizar uma experiência que surgiu da decisão e iniciativa de estados e municípios.

O Ministério da Saúde caracteriza os consórcios intermunicipais como “uma das estratégias essenciais para a melhoria da qualidade dos serviços (...), por considerá-lo um importante instrumento de articulação entre os sistemas municipais” (Brasil, 1997:5). O Ministério chama atenção para os resultados que podem ser alcançados: “melhor distribuição dos recursos; possibilidade de beneficiar maior número de pessoas; e, sobretudo, elevação do nível de satisfação do usuário” (Brasil, 1997:10). Além disso, vê o consorciamento como “um importante instrumento para a consolidação do SUS, tanto no que diz respeito à gestão quanto no tocante à reorientação do modelo da atenção à saúde prestada à população” (Brasil, 1997:11). Considera a prestação de serviços de saúde e a implementação de ações consorciadas como um meio dos municípios atingirem a gestão plena de seu sistema de saúde:

⁴ Pesquisa de Lima & Pastrana (2000:14-15) demonstrou que para 53% dos consórcios entrevistados no Brasil, há cooperação com as Secretarias Estaduais de Saúde. Esta cooperação pode tomar formas variadas, sendo as seguintes as mais comuns: “repasso de recursos, (...) cessão de equipamentos, estrutura física, recursos humanos e assessoria técnica”, e ainda “fiscalização de contas, controle e avaliação”. Alguns consórcios entrevistados revelam ter recebido apoio estadual durante a sua fase de implementação. Segundo a pesquisa, todos os entrevistados demandaram uma política estadual de apoio aos consórcios.

O consórcio também constitui meio eficiente para o alcance de outra meta prioritária que é a habilitação de municípios às condições de gestão descentralizada, especialmente a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Com isso, o Ministério da Saúde, junto com os gestores estaduais e municipais, soma esforços para vencer o desafio representado pela descentralização da gestão, o que certamente permitirá ao município oferecer ações dirigidas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde da população (Brasil, 1997: 5).

No entanto, as vantagens seriam mais significativas para os municípios menores. Segundo o Ministério da Saúde, para os municípios de pequeno porte o consórcio viabiliza a possibilidade de oferecer à sua população um atendimento de melhor qualidade e de maior complexidade. Oferecer serviços de saúde em todos os níveis representa, para a maioria dos municípios, encargos superiores à sua capacidade financeira, existindo, porém, casos em que a capacidade de oferta dos serviços de saúde não é plenamente utilizada pelos municípios. A prestação de serviços de forma regionalizada evita a sobrecarga do município na construção de novas unidades de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares, na contratação de recursos humanos especializados e na aquisição de equipamentos de custos elevados. O consórcio possibilita ainda uma melhor utilização da rede disponível.

A partir desse diagnóstico favorável ao consorciamento, foram estabelecidos os parâmetros legais para a constituição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Juridicamente, os municípios, de acordo com o Artigo 18 da Constituição de 1988, gozam da mesma autonomia conferida à União e aos estados, podendo, portanto, celebrar consórcios, ainda que as legislações municipais sejam omissas sobre o assunto. A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990), que define a base institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), especifica, em seu artigo 10, que “os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam”, e define, no seu artigo 18, VII, que compete à direção municipal do Sistema Único de Saúde “formar consórcios administrativos intermunicipais”. A Lei 8.080 especifica ainda as competências dos municípios e uma série de requisitos para a organização e funcionamento dos serviços de saúde. A criação do consórcio deve ser fruto de um acordo formalizado entre os gestores municipais, observados os parâmetros legais, notadamente a atenção aos princípios e diretrizes do SUS.

Mais explícita é a Norma Operacional Básica-SUS 01/93, aprovada pela Portaria 545 do Ministério da Saúde, em 20 de maio de 1993, que, ao conceituar a regionalização dos serviços de saúde, afirma que a articulação e mobilização municipal deve levar “em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo”. Ao definir critérios relativos ao grau de autonomia dos estados e municípios na gestão dos serviços de saúde⁵, a NOB 01/93 afirma que “estas condições aplicam-se tão somente a municípios, o que não impede a formação de consórcios ou modalidades afins que visem a ampliação de possibilidades políticas, técnicas e materiais do sistema de saúde”. Porém, no caso, deve-se ressaltar que a autonomia do consórcio depende da autonomia das entidades consorciadas: quanto mais autonomia de gestão os municípios tiverem, maior será a autonomia do consórcio.

Os consórcios em saúde têm sido constituídos como organizações da sociedade civil sem fins lucrativos, salvo raras exceções. Necessitam ser aprovados pelas Câmaras Municipais dos municípios participantes e registrados em cartório. Os prefeitos integrantes do consórcio definem o município-sede da parceria e o valor da contribuição de cada município para a manutenção da rede de provimento. A principal fonte de financiamento são recursos do Fundo de Participação dos Municípios, posto que há legislação respaldando a possibilidade de remanejamento desses recursos entre os municípios (artigo 3^o da Lei 8.080).

Como se vê, os consórcios são também percebidos como um dos instrumentos da descentralização das políticas de saúde, já que possibilitam a gestão municipal da saúde, na medida em que a cooperação potencializa a capacidade de provisão dos municípios. Ao mesmo tempo, eles podem se constituir em um dos instrumentos de viabilização das políticas regionais, articulando e compatibilizando as ações de diversos municípios. Os consórcios devem ser associações de caráter suprapartidário e sem fins lucrativos, sendo associação celebrada a partir dos interesses comuns da saúde.

A relação de igualdade entre os municípios é um princípio que deve ser contemplado em sua organização. O consórcio deve se estruturar da seguinte maneira: a partir da criação de um Conselho de Municípios, em geral composto pelos secretários municipais de saúde, que é o nível máximo de deliberação; de um Conselho Fiscal, responsável

⁵ São definidos três níveis de autonomia de gestão, que são concedidos segundo critérios previamente definidos: gestão incipiente, parcial e semi-plena, com responsabilidades e prerrogativas crescentes.

pelo controle da gestão financeira do consórcio; e de uma Secretaria Executiva, cujo coordenador é indicado pelo Conselho de Municípios. A participação da comunidade deve ser exercida através dos Conselhos de Saúde dos municípios, no sentido da formulação de propostas, apresentação de reivindicações, controle social e fiscalização da execução das ações e serviços definidos no Plano Municipal de Saúde.

O funcionamento dos consórcios também exige articulação nos planos federal e estadual. Essa articulação foi se institucionalizando ao longo dos anos 90, redundando em uma pluralidade de espaços de representação e coordenação, ocupados por representantes dos três níveis de governo, responsáveis pelas políticas públicas de saúde. Nos estados, as atividades desenvolvidas devem estar contempladas na Programação Pactuada Integrada (PPI), de maneira a permitir ao gestor estadual disciplinar a regionalização. A Programação Pactuada Integrada (PPI) deve ser discutida e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), criada pela resolução 637 do Ministério da Saúde, de junho de 1993, formada por representantes das esferas estadual e municipal de governo, com a função de negociar e decidir sobre as questões operacionais do SUS no âmbito estadual. O objetivo é o estabelecimento de um espaço para a definição do planejamento regionalizado de saúde, compatibilizando os planos municipais com os regionais e possibilitando uma melhor utilização da estrutura de atendimento já instalada, na medida em que permite a articulação entre os sistemas municipais. Tudo isso, no entanto, deve expressar a vontade autônoma de cada um dos municípios consorciados, com a garantia da sua autonomia com relação aos governos estadual e federal, e ao próprio consórcio, na medida em que este não se constitui em uma instância superior aos municípios (Brasil, 1997:17). Outras instâncias de organização da saúde nos estados são o Conselho Estadual de Saúde, que deve defender os interesses dos usuários e organizar as conferências estaduais, e o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

No plano nacional, há também diversos esquemas de representação dos setores envolvidos com a saúde. Há o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), representando os secretários estaduais. Esses dois conselhos formam, paritariamente, com representação também do Ministério da Saúde, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), criada pela portaria 1.180 do Ministério da Saúde, de 22 de julho de 1991, que é uma instância de negociação entre gestores dos três níveis de governo, visando à regulamentação e operacionalização das políticas públicas de saúde no âmbito do SUS.

3. Comparando as experiências dos estados de Minas Gerais e Paraná na constituição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde

A difusão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, nos anos 90, foi um processo que se desenvolveu de forma desigual no território brasileiro. Inicialmente, pelo menos nos dois casos abordados, a institucionalização foi desenvolvida no plano dos municípios, com a criação de uns poucos CIS. Posteriormente, no entanto, alguns estados, notadamente aqueles localizados na região sul e sudeste, assumiram a estratégia do consorciamento, como forma de enfrentar problemas na produção das ações públicas municipais, que não seriam resolvidos no âmbito de cada município. A partir daí, a experiência passou a atingir quase a totalidade dos municípios de ambos os estados. A explicação para a configuração espacial da difusão dos CIS, deveu-se, em grande medida, à ação dos governos estaduais, que tiveram papel relevante na indução dessas experiências. No contexto nacional, Minas Gerais e Paraná são os estados em que a experiência mais se difundiu, justamente pela prioridade que os seus governos estaduais deram à cooperação intermunicipal na área da saúde⁶. Nesta seção do trabalho, buscaremos apresentar as origens do consorciamento na área da saúde nos dois estados e analisar a forma como cada um dos governos estaduais priorizaram a constituição dos consórcios, avaliando a pertinência de algumas hipóteses, baseadas nas informações levantadas até o momento e informadas pela literatura específica, sobre os fatores que facilitaram ou dificultaram o consorciamento no estado.

3.1 As experiências pioneiras de Consórcios Intermunicipais de Saúde

O processo de criação dos primeiros CIS, nos estados de Minas Gerais e do Paraná, apresenta aspectos semelhantes, especialmente pela ausência, num primeiro momento, do governo do estado na configuração desses esquemas de cooperação intermunicipal, onde os municípios foram atores fundamentais. A criação dos primeiros CIS, nos dois estados, ocorreu na metade dos anos 90, inspirados especialmente no caso pioneiro do município de Penapólis, do estado de São Paulo. Num segundo momento, aí sim, os governos dos dois estados definiram como estratégia central, na área de saúde, a organização do sistema através da constituição de CIS em todo o estado, através de

⁶ Em 1999, por exemplo, Minas Gerais é o estado com maior porcentagem de municípios consorciados na área da saúde, 92,4% do total, sendo seguido pelo Paraná, com 77,6%. O Brasil apresentava 31,5% dos seus municípios consorciados (Cruz, 2001:74).

estímulos à cooperação entre os municípios, o que explica a relevância dos dois casos no contexto brasileiro.

A criação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, em Minas Gerais, no início dos anos 90, tem origem em um programa da Faculdade de Ciências Médicas, entidade privada de ensino localizada em Belo Horizonte, que tinha como propósito ofertar aos seus alunos a possibilidade de cursarem a “residência médica”. Buscando criar condições para tanto, o diretor da Faculdade, e posteriormente secretário de saúde de Minas Gerais, José Rafael Guerra, assume a administração de dois hospitais municipais em cidades do interior de Minas Gerais, transformando-os em hospitais universitários, a partir dos quais se originarão os dois primeiros consórcios do estado (Fundação João Pinheiro, 1996).

Ao assumir a administração de um hospital em Moema, em 1993, então subutilizado por falta de recursos financeiros e de pessoal, a Faculdade de Ciências Médicas – entidade privada de ensino - iniciou o processo de criação do primeiro CIS, em Minas Gerais, denominado Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto São Francisco (CISASF), com a participação de 15 municípios, cujos prefeitos eram filiados a uma diversidade de partidos (PMDB, PT, PFL e PSDB). A Faculdade de Ciências Médicas, que necessitava de infra-estrutura para o projeto de residência médica de seus alunos no interior, propõe então um acordo com a prefeitura para assumir a administração do hospital. A Faculdade passa, então, a fornecer o pessoal especializado necessário para o funcionamento do hospital, o que começa a atrair pacientes de diversos municípios próximos de Moema. Assim, a demanda acaba superando o planejamento inicial, que considerava como potencial usuária apenas a população do município. Foi então realizada uma pesquisa sobre a origem dos pacientes atendidos. A direção do hospital, o prefeito de Moema e o secretário de saúde do município vizinho de Luz entraram então em contato com os prefeitos dos municípios que estavam usufruindo dos serviços, propondo organizarem conjuntamente a oferta dos serviços.

A proposta apresentada foi a de criação de um consórcio intermunicipal, inspirado na experiência do consórcio de Penápolis, implantado, em São Paulo, em meados da década anterior. A proposta, no primeiro momento, encontrou resistências em função da falta de conhecimento dos prefeitos sobre o significado dessa experiência e, principalmente, porque houve dificuldade de se articular a cooperação entre prefeitos de partidos diferentes.

A segunda experiência, a do Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto Rio Grande (CISMARG), iniciou-se de maneira semelhante. Em 1992, a direção da Faculdade de Ciências Médicas propõe uma parceria à prefeitura de Santo Antônio do Amparo para transformar a policlínica municipal ali existente em um hospital universitário. O objetivo, também nesse caso, era criar condições para a abertura de vagas de residência médica destinadas aos seus alunos.

Nesses dois casos pioneiros, apesar da resistência inicial de prefeitos, a realidade parecia se impor: fazia-se necessário sustentar a oferta dos serviços para a população da região, o que demandava cooperação.

No Paraná, por sua vez, as primeiras experiências de consorciamento foram iniciativa de prefeitos, secretários e técnicos municipais da saúde, localizadas no noroeste do estado. Especificamente, os municípios de Paranavaí, Campo Mourão e Umuarama, passaram a negociar com os municípios vizinhos, visando definir ações conjuntas, para enfrentar problemas de carência de recursos materiais, técnicos e financeiros, na área da saúde, redundando na incapacidade de atendimento da demanda da população pelos serviços. Também inspirados na experiência de Penapólis, criaram os primeiros CIS no estado.

As características da região noroeste explicam, de certa forma, a busca de ações cooperativas entre os municípios. O Paraná surge no final do século XIX como um dos últimos estados brasileiros a serem criados até o século XIX. O estado foi criado em 1853, em um território que fazia parte de São Paulo, sendo que sua região noroeste era uma fronteira em ocupação durante a maior parte do século XX. A região se caracterizava pelo relativo atraso econômico e administrativo em relação aos municípios do litoral e aos estados mais antigos, implicando em precariedades derivadas de carências de recursos, e dificuldade de resposta pública aos problemas, devido inclusive à institucionalização precária do poder público. É visando enfrentar essa situação, na área da saúde, que os primeiros CIS são criados.

Em ambos os casos, a criação desses primeiros CIS, deveu-se às iniciativas de profissionais da medicina, prefeitos e burocratas municipais.

3.2 Entram em cena os governos estaduais: o papel da indução na formação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde

Tomando as experiências de Minas Gerais e do Paraná, pode-se afirmar que os CIS foram num primeiro momento criação de alguns municípios, como vimos, visando

enfrentar suas dificuldades através da cooperação. Porém, os CIS se difundirão, num segundo momento - especificamente com a posse de governadores eleitos em 1994, devido ao papel indutor dos governos estaduais. Mendes, caracteriza bem o primeiro momento:

“a crescente fragilidade das secretarias estaduais de saúde fez com que elas fossem, gradativamente, retirando-se da prestação de serviços secundários e terciários ou tornando esses serviços de tão baixa qualidade, que obrigou os municípios a suprir essas deficiências dos sistemas. [...] Os Consórcios Intermunicipais surgem espontaneamente, das necessidades dos municípios em resolver problemas e não como resultado de políticas nacionais ou estaduais deliberadas”. (1996, p. 287)

Essas observações, no entanto, são válidas apenas para o que ocorreu até meados dos anos 90, pelo menos para os dois casos tratados neste trabalho.

Na década de 90, com a implementação do processo de municipalização da saúde, as secretarias estaduais do setor entram em crise de identidade, já que o governo federal passa a se relacionar diretamente com o nível municipal. Houve, portanto, como apontado em tópico anterior, uma fragmentação na produção das políticas de saúde, produzindo o que se denominou de “municipalismo autáquico”, na medida em que os municípios passaram a vistos como unidades gestoras da saúde. Em que pese essa tendência, já havia certa consciência de que a demarcação territorial na produção da saúde deveria adotar a concepção estratégica do distrito sanitário, como denota resolução da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada ainda em 1986 (Keinert, 2001, p. 21).

Como uma das formas de retomar o seu papel na política de saúde, os governos estaduais passaram a buscar exercer a coordenação das ações municipais no setor. Em grande medida, isso foi feito a partir da constatação de que os municípios individualmente não dariam conta de equacionar os seus problemas e, portanto, fornecer serviços de saúde compatíveis com as demandas de suas populações. Os estados passam, assim, a desenvolver mecanismos de indução para a cooperação intermunicipal nas ações de saúde.

A partir das experiências iniciais, desenvolvidas no plano dos municípios, o governo de Minas Gerais, após a posse do governador Eduardo Azeredo (PSDB), em 1995, adota como prioridade da Secretária de Saúde, induzir a difusão dos CIS por todo o estado. Na

verdade, o governo toma como exemplares as duas experiências pioneiras no estado, ao indicar para secretário de estado da saúde o médico José Rafael Guerra, um dos principais responsáveis, quando diretor da Faculdade de Ciências Médicas, pela formação dos dois primeiros consórcios no estado.

Logo ao assumir o cargo, o secretário de saúde do novo governo estabeleceu três prioridades para a área: a criação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em todo o estado, o Programa de Saúde da Família e a Descentralização e Organização das urgências/emergências. Segundo diagnóstico do próprio secretário, como o SUS, em Minas Gerais, estava praticamente municipalizado, o papel do Estado seria incentivar os prefeitos, Câmaras municipais e Conselhos Municipais de Saúde a abordar os problemas da saúde de forma cooperativa. O papel da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES) seria divulgar a proposta de formação dos consórcios, assessorar a sua implantação e apoiá-los financeiramente.

Sendo assim, a SES passa a orientar os municípios sobre os procedimentos para a criação dos consórcios e sobre sua estruturação, através: da promoção de reuniões com os prefeitos; do auxílio na elaboração de legislação municipal específica e na aprovação pelas Câmaras Municipais da participação dos municípios; da sugestão de repasse entre 1% e 3% do Fundo de Participação dos Municípios para a manutenção da estrutura administrativa dos CIS; do amparo na elaboração e aprovação, pelos prefeitos, do estatuto do CIS, na eleição da cidade-sede e do presidente, vice-presidente e secretário geral do consórcio, bem como na criação do Colegiado de Deliberação e Controle, do Conselho Diretor (constituído pelos prefeitos), do Conselho Técnico-Executivo (constituído pelos secretários de saúde) e do Conselho Curador e Fiscal (constituído por um representante de cada Conselho Municipal de Saúde). Para um mais efetivo compartilhamento dos custos, os CIS poderiam, conforme a orientação da secretaria, criar uma câmara de compensação. O secretário alertava ainda para a possibilidade de que os municípios mais fortes politicamente alocassem em sua jurisdição os recursos obtidos, em detrimento dos interesses e preferências dos municípios mais fracos, o que seria um fator potencialmente conflitivo. A construção de hospitais e a alocação de equipamentos, serviços e profissionais deveriam ser definidas por critérios técnicos como localização, infra-estrutura e demandas específicas dos municípios, buscando a desconcentração dos recursos e dos benefícios da implantação dos serviços consorciados.

A alardeada convicção do secretário acerca da importância dos consórcios para a gestão da saúde não obscurece, contudo, os objetivos político-eleitorais de sua atuação. O secretário buscou capitalizar a rápida difusão da experiência de cooperação no estado de Minas Gerais para se eleger deputado federal, no final dos anos 90. Os consórcios apareciam como a marca da sua gestão, viabilizando ainda negociações políticas com blocos de municípios. Na verdade, a liberação de recursos financeiros e materiais foi negociada com os consórcios no período anterior às eleições, tendo sido, ao que parece, influenciada por objetivos político-eleitorais.

No Paraná, o governo de Jaime Lerner (DEM), eleito em 1994 e reeleito em 98 – portanto ficando oito anos no governo -, também prioriza o consorciamento na área da saúde. Seu secretário de saúde, o médico Armando Raggio, era seu assessor desde o período em que o então governador era prefeito de Curitiba, capital do estado, nos anos 80. Apesar do caráter conservador do partido do governador, o secretário tinha um passado de militância no movimento sanitarista, ator relevante na criação do sistema público de saúde no país. Com a autonomia dada pelo governador, o secretário adotou a concepção de distrito sanitário parâmetro para a organização dos serviços em escala intermunicipal, visando ganhos de escala e efeitos redistributivos. Os CIS já criados se apresentaram como experiências a serem difundidas para todo o estado. Tal territorialização foi baseada na distribuição das Regionais de Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA), que na época eram 24.

No caso, comparativamente, o papel do governo estadual era mais proeminente do que o de Minas Gerais, já que a referência estabelecida foi organizar os CIS com representação das prefeituras municipais e do governo estadual, denominado Bipartites Regionais. Por sua vez, o conjunto das regionais de todo o estado conformavam uma Bipartite estadual. Se em Minas Gerais os consórcios eram compostos exclusivamente pelos municípios, no Paraná o governo estadual era integrante dos mesmos. Houve reação dos municípios a essa presença do governo estadual na composição dos CIS, com o argumento de que aquilo seria uma ingerência na autonomia dos municípios (Keinert, 2001, p. 26). Reação sem resultados práticos, no entanto. Assim, o papel do governo estadual do Paraná na constituição dos CIS foi maior comparativamente ao do governo de Minas Gerais: se não na criação, pelo menos no funcionamento dos CIS.

Se o secretário de saúde de Minas Gerais utilizou sua gestão para pavimentar uma carreira política, com vários mandatos de deputado federal, posteriormente, o secretário do Paraná manteve uma atuação eminentemente técnica, ocupando, até hoje, diversos

cargos no setor público de saúde. Tal fato pode suscitar uma característica de maior politização – no sentido da contaminação da política de saúde pela lógica da competição eleitoral– no caso mineiro.

Os números abaixo permitem avaliar o peso das ações de indução dos governos estaduais na formação dos CIS, lembrando que os governos comprometidos com os CIS tomaram posse em 1995:

Número de CIS Implementados
(acumulado)

Ano	Minas Gerais	Paraná
1994	2	3
1995	32	5
1996	50	3
1997	66	16
1998	70	20

Fonte: Secretaria de Políticas da Saúde/Ministério da Saúde

No Sistema Único de Saúde - SUS, o governo federal estabelece os parâmetros básicos para o funcionamento de um sistema de saúde que é nacional, mas o papel central na criação dos consórcios foi dos governos estaduais, que tornaram prioritárias a difusão dessas experiências de cooperação. Para atingir tal objetivo, os governos de Minas Gerais e do Paraná atuaram difundindo informações e, principalmente, induzindo a formação dos consórcios ao tomar a sua constituição como requisito para a negociação e repasse de recursos. Com a progressiva consolidação da cooperação na provisão de bens e serviços na área da saúde, é criado o Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (COSECS), em 1997, em Minas Gerais, e a Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná (ACISPAR), criada em 2001, que têm a função de assessorar e representar o conjunto dos consórcios. O papel dos governos estaduais na constituição dessas associações foi relevante.

Deve-se, no entanto, registrar que a indução dos governos federal e estadual pode ir de encontro à ideia do consórcio como uma forma de cooperação intermunicipal

ascendente, que parte dos municípios. Porém, se na maioria dos casos o governo do estado teve papel fundamental, em vários deles a experiência local ganha dinâmica própria, com os municípios assumindo autonomia significativa na gestão dos CIS.

3.3 CIS: uma estratégia privilegiada pelos municípios menores

A experiência do Brasil, em geral, e de Minas Gerais e do Paraná, em particular, parece corroborar a tese de que municípios pequenos encontram maior necessidade de cooperação (Cruz, 2001: 12), seja em função de potencializar sua capacidade de negociação, já que tendem a ter menor poder de barganha frente aos governos estaduais e federal, e/ou da maior dificuldade de resolução de seus problemas e de sua maior carência de recursos. No Brasil, 60% dos municípios consorciados possuem menos de 10.000 habitantes, enquanto somente 5,5% têm uma população superior a 50.000 habitantes (Lima e Pastrana, 2000b:9). Em Minas Gerais, 92,16% dos municípios consorciados possuem menos de 5.000 habitantes (Lima e Pastrana, 2000a:7). No caso do Paraná, cerca de 82% dos municípios paraenses faziam parte de CIS, totalizando 56,3% da população do estado. Predominavam municípios com população de até 50 mil habitantes. O maior município brasileiro participante de um CIS, em 2000, era Londrina, do Paraná, com cerca de 412 mil habitantes (Lima, 2000, p. 988).

Municípios maiores, como Curitiba, e os municípios do seu entorno metropolitano resistiram ao consorciamento, reforçando a hipótese de que municípios maiores não têm tanta necessidade de cooperação com os demais. Belo Horizonte até hoje não compõe um CIS e Curitiba vai formar um consórcio, o Paraná Saúde, com os municípios da sua Região Metropolitana, em 2010.

A criação do CIS de Curitiba foi resultado da pressão do governo estadual. Isso violava os interesses da capital do estado, que tinha 25% dos recursos do estado para a saúde e não queria compartilhar com outros municípios.

As vantagens para o consorciamento são, portanto, mais significativas para os municípios menores. Segundo o Ministério da Saúde, para os municípios de pequeno porte o consórcio viabiliza a possibilidade de oferecer à sua população um atendimento de melhor qualidade e de maior complexidade. Oferecer serviços de saúde em todos os níveis representa, para a maioria dos municípios, encargos superiores à sua capacidade financeira, existindo, porém, casos em que a capacidade de oferta dos serviços de saúde

não é plenamente utilizada pelos municípios. A prestação de serviços de forma regionalizada evita a sobrecarga do município na construção de novas unidades de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares, na contratação de recursos humanos especializados e na aquisição de equipamentos de custos elevados. O consórcio possibilita ainda uma melhor utilização da rede disponível (Diniz Filho, 2006).

3.4 A questão da assimetria entre os municípios

Consórcios compostos por municípios mais homogêneos em termos de população, recursos financeiros e poder político, parecem ter maiores condições de darem certo (Laczynski e Teixeira, 2012). Algumas experiências mostram que a assimetria entre os municípios consorciados acaba levando os municípios mais fortes a tentar submeter os mais fracos, capitalizando para si os efeitos positivos da cooperação. Esse foi o caso, por exemplo, em Minas Gerais, do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (CISMEP), do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Doce (CISDOCE) e do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paraopeba (CISAP), em que, respectivamente, os municípios de Betim, Governador Valadares e Conselheiro Lafaiete acabaram agindo de forma a subjugar os demais municípios aos seus interesses, gerando relações competitivas no interior dos consórcios. Outro exemplo desse tipo de dificuldade é o do Consórcio Intermunicipal de Saúde das Vertentes (CISVER). Quando das negociações para a sua formação, o município de São João Del Rei tentou fazer prevalecer, ao contrário da disposição dos municípios menores, o seu interesse em indicar o dirigente do consórcio. Tal exigência acabou redundando na exclusão do município do arranjo cooperativo.

No caso do Paraná, esse risco de que a cooperação intermunicipal poderia implicar em relações assimétricas entre os municípios, não foi considerado de forma relevante na agenda. Talvez pelo fato do governo estadual demarcar o território dos CIS pelas Regionais de Saúde, anteriormente existentes. A utilização desse parâmetro resultou que em 90% dos CIS a sede estava localizada nos municípios de maior população (Nicoletto, Cordonni e Costa, 2005, p. 31). Ao contrário do caso de Minas Gerais, onde houve preocupação explícita de distribuir serviços e estabelecer rodízio da sede, visando um equilíbrio maior nas relações entre os municípios, no Paraná a opção foi concentrar serviços e localização das sedes nos principais municípios, que já abrigavam as Regionais de Saúde. Aliás, ao contrário do que se buscou fazer em Minas Gerais, a

tendência dos CIS nos estados brasileiros foi concentrar os serviços de maior complexidade em um município-sede. Segundo Lima, em cerca de 85% dos CIS no Brasil, a sede estava situada no municípios de maior população, refletindo provavelmente o maior poder político de seus prefeitos (2000, p. 991). Deve-se salientar que a experiência pioneira de Penapólis, conhecida pelos mentores dos CIS em Minas Gerais e no Paraná, buscava descentralizar a rede de atendimento por seus municípios, desconcentrando da sede estruturas e profissionais (Lima, 2000, p. 989).

3.5 A cooperação como resultado do aprendizado e os “empreendedores de políticas”

No geral, o que a experiência mostra é que estabelecer as bases de cooperação é um processo de aprendizado envolvendo tanto políticos como técnicos. Os depoimentos tomados para a pesquisa sugerem, por um lado, que os atores envolvidos no processo vão progressivamente estabelecendo confiança nos seus relacionamentos, e constituindo assim um requisito fundamental para a institucionalização e efetivação da cooperação. É a construção de capital social, que diz respeito “a características da organização social, como confiança, normas e sistemas que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas” (Putnam, 1996, p. 177).

No caso tanto de Minas Gerais como do Paraná, a presença dos denominados “empreendedores de políticas” foi fundamental. Conforme exposto por Mintrom, com a contribuição de outros autores:

“Policy entrepreneurs can play a key role in identifying policy problems in ways that both attract the attention of decision makers and indicate appropriate policy responses. [...] policy entrepreneurs must develop strategies for presenting their ideas to others. This is why policy entrepreneurs spend large amounts of time networking in and around government [...]. In so doing, they learn the ‘world views’ of various members of the policy-making community and make contacts that can help build their credibility. Making these contacts allows policy entrepreneurs to determine what arguments will persuade others to support their policy ideas.” (1997, p. 739)

Nessa construção de confiança, alguns personagens especiais, em geral técnicos com profundo comprometimento com a causa da saúde pública, aparecem de forma saliente como peças fundamentais na difusão dos esquemas de cooperação. Técnicos dedicados

à causa da saúde pública, com capacidade de articulação política – e geralmente ligados a um movimento do espectro ideológico da esquerda, como os sanitaristas -; articulam trânsito e confiança entre autoridades de partidos variados, buscando convencê-las da relevância da cooperação para a produção das políticas públicas (Laczynski e Teixeira, 2012; Rocha e Faria, 2004). No limite, faziam política, através de um discurso técnico, o que significava difundir um conhecimento acumulado, elaborado coletivamente nas Conferências Nacionais de Saúde, e implementado de forma pioneira no município paulista de Penápolis. Cada novo CIS que surgia, a rede de apoio e difusão das ideias se afirmava. Só como exemplo, isso ocorreu na região do Campo das Vertentes, em Minas Gerais (com um médico e prefeito do pequeno município de Resende Costa), e, no Paraná, em Paranavaí (com o médico Luciano), Londrina (com o também médico Luiz Cordoni) e Campo Mourão (com o médico Geraldo Biasec).

A promoção dos CIS, no Paraná, foi feita em relação no contexto da implementação do programa do governo estadual Cidades Saudáveis, inspirado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), com base em experiências da Europa e do Canadá, cujos técnicos participaram de um seminário junto aos secretários municipais de saúde. (Keinert, 2001, p. 51). Nesse processo foi fundamental a adesão de determinados prefeitos (caso de Ênio, de Chopinzinho) e técnicos, que agiram como “empreendedores de políticas” (p. 52): “técnicos comprometidos, entusiastas da causa, quase ‘militantes’” (p. 74). Como tal política visava uma atuação intersetorial, houve resistência de outros secretários, que avaliavam que ficariam a reboque da área de saúde. Segundo o assistente de direção da SESA, todo secretário municipal é um candidato a prefeito em potencial, o que afeta negativamente a intersetorialidade (p. 60). Visando minimizar efeitos da competição político-eleitoral, o governo estadual renomeou o programa para “Protegendo a Vida”, e buscou envolver toda a população dos municípios, especialmente os conselheiros municipais, nas ações. Os resultados dependeram do suporte e “das pessoas que estavam em cada município” (p. 62). Ou seja, a existência de empreendedores aparece como uma variável fundamental.

Em suma, como também apontado por Gooch (2000) para o caso da Suécia, nas experiências de Minas Gerais e do Paraná, foi fundamental o comprometimento pessoal de políticos e burocratas na constituição dos consórcios. Em ambos os casos, fica evidente o compromisso de alguns funcionários das secretarias estadual e municipais de saúde na constituição dos consórcios, com resultados significativos para o seu

funcionamento e sustentabilidade. A ação de lideranças políticas, em geral oriundas da área da saúde, mostrou-se crucial.

3.6 A difícil convivência entre os Consórcios Intermunicipais de Saúde e a competição político-eleitoral

A cooperação intermunicipal é problemática, na medida em que exige acordo entre atores que, pela lógica político-eleitoral, são concorrentes. Porém, as características objetivas da área de saúde, assim como aquelas da gestão dos recursos naturais, tendem a demandar a cooperação, pois a adequação da oferta dos serviços e a necessidade de se gerar ganhos de escala, em alguns procedimentos, demandam organizar o sistema em um âmbito que extrapola os limites das divisões político-territoriais definidas pelos municípios. A impossibilidade de se negar acesso à população quando está clara a existência de uma estrutura de oferta é fator que contribui para a busca de neutralização da disputa político-eleitoral. No caso em questão, a incapacidade de cooperação pode produzir situações nas quais todos os principais atores políticos acabam perdendo.

A própria característica da saúde, que com progressivos avanços científicos e especialização cada vez mais presente, apresenta aos governos o desafio de traduzir na oferta dos serviços o crescente cardápio de especialidades. Esse desafio, para ser enfrentado com algum sucesso, demanda a cooperação entre governos.

Sendo assim, em Minas Gerais e no Paraná, há a tendência dos políticos se posicionarem de forma equidistante do processo de gestão dos CIS, reforçando a posição dos técnicos, ou então, mesmo mantendo uma posição preponderante no processo de gestão dos CIS, se vêm constrangidos ou incentivados a superar os obstáculos oriundos de suas diferenças político-partidárias com governantes de outros municípios. Em nenhum momento, porém, deve-se pensar que a competição no campo político fique neutralizada, pois sempre está presente a possibilidade de partidarização das relações entre as lideranças municipais. Os arranjos carecem, assim, de alguma precariedade.

A saída comumente adotada, evidenciada pelas informações levantadas, mostra que a gestão dos consórcios tende a ficar sob responsabilidade dos técnicos, sendo que as disputas políticas são direcionadas para outros espaços de consertação, como, por exemplo, as associações de municípios. Porém, nem sempre isso é possível. Em alguns casos, a politização acabou redundando no fracasso da cooperação, como no caso do

CISARVG, em Minas Gerais, onde havia intensa político-eleitoral; e do CISAMUSEP, com sede em Maringá, onde o Centro Regional de Especialidades era aparelhado por um deputado, dificultando a cooperação dos municípios integrantes do CIS.

3.7 '*Path dependence*', *cooperação e territorialização*

O objetivo dos governos federal e estadual com a criação dos consórcios, vistos como forma de regionalização da política de saúde, tem uma série de outras implicações. O estado regionaliza sua atuação em diversas áreas de políticas a partir de critérios específicos. Induzidos pelo governo federal, Minas Gerais e Paraná criaram, nos anos 70, associações microrregionais, cujo objetivo principal era fornecer projetos de engenharia e doação de máquinas para grupos de municípios, objetivando a construção e manutenção de estradas e outras obras do tipo. (Diniz Filho, 2006; Bergoc, 2001). Além disso, os sistemas de saúde nos estados eram territorializados através da criação de delegacias regionais. Essas duas formas de divisão dos territórios dos estados, que antecederam a experiência dos CIS, acabaram definindo, em grande medida, a configuração dos mesmos. Em Minas Gerais, a conformação territorial dos CIS se aproxima das Associações microrregionais: dos 64 CIS existentes em 2004, cerca de 75% possuíam bases territoriais fortemente coincidentes com as áreas das Associações Microrregionais (Diniz Filho, 2006). No caso do Paraná, os CIS reproduzem quase na íntegra as Regionais de Saúde, pois em 15 dos 20 CIS, a composição em termos de municípios era exatamente igual às Regionais de Saúde.

Como hipótese, pode-se imaginar que essas tendências expressam uma cooperação anterior que estabelece, ao longo do tempo, laços entre determinados municípios, que, posteriormente facilitam outras formas de cooperação. Por outro lado, uma regionalização institucionalizada, facilita a ação indutora do estado na busca de novas formas de cooperação, já que fornece uma organização territorial dada.

Porém, os municípios - partindo de suas características locais e do reconhecimento de suas dificuldades -, acabam muitas vezes, ao constituir os CIS, sobrepondo uma outra regionalização à divisão definida pelo governo estadual. A questão passa a ser, então, como compatibilizar uma regionalização por critérios epidemiológicos com outros critérios de territorialização. Ou seja, um problema desafiador é como estabelecer uma regionalização que contemple efetivamente as necessidades dos municípios, em termos

de racionalidade técnica e imperativos políticos. Isso nem sempre é considerado pela gestão estadual.

3.8 Institucionalizar participação e negociação como forma de viabilizar a cooperação

Institucionalizar a participação através da abertura de espaços de atuação dos conselhos municipais de saúde junto aos CIS, bem como articular espaços de negociação entre os consórcios e o governo estadual, parecem ser fundamental para consolidar a cooperação. Na literatura é dada muita ênfase na criação de espaços de representação da sociedade civil junto aos consórcios. Isso implicaria maior transparência das suas atividades e maior controle das suas ações, facilitando assim a cooperação entre os municípios. O caso da Câmara do Grande ABC, a incorporação dos interesses da sociedade civil no esquema de cooperação foi uma estratégia de fortalecimento da mesma (Abrucio e Soares, 2001). Nos casos abordados, as informações apontam para a ausência ou precariedade da institucionalização desses espaços junto aos consórcios.

Mais que Minas Gerais, no caso do Paraná houve maior interesse em institucionalizar a participação, especificamente com a criação de espaços de negociação dos CIS com o governo do estado, denominados Comissões Bipartites.

4. Considerações Provisórias

Com que o que foi apresentado anteriormente, podemos pontuar, de forma provisória, algumas ideias que podem contribuir para uma conclusão. Inicialmente, pode-se afirmar que o desenho das instituições estatais não é algo que possa ser tomado exclusivamente a partir de um modelo pronto. As relações federativas, como o caso da saúde mostra, são construídas tendo uma referência nacional, mais ao mesmo tempo dependem das características dos estados e dos municípios.

Minas Gerais e Paraná, atuando na área da saúde dentro de parâmetros definidos pelo governo federal, apresentam similitudes e diferenças. A relevância do papel indutor dos governos estaduais na constituição dos CIS é expressiva em ambos os casos. A existência dos “empreendedores de políticas” também foi crucial, tanto em Minas Gerais, como no Paraná.

Há desafios que também são comuns aos dois estados. O problema de como garantir esquemas de cooperação que teoricamente envolvem municípios autônomos, mas que

na prática podem redundar na acentuação de assimetrias, posto que os municípios mais fortes tendem a impor seus interesses aos mais fracos, é bastante desafiador.

No plano dos municípios, ocorrem manifestações de autonomia, que podem reforçar ou não a cooperação. As características de cada município são relevantes e o universo é bastante variado. Há casos de cooperação horizontal consolidada, mas também a possibilidade que os estados imponham as suas prioridades e interesses específicos sobre os arranjos cooperativos intermunicipais.

Enfim, o processo de reestruturação das instituições estatais ou, mais especificamente, de definição de relações federativas que sejam virtuosas, exige experimentação e criatividade dos atores políticos. Nesse sentido as pesquisas podem, além de jogar luz sobre um aspecto pouco explorado do federalismo brasileiro, auxiliar em encontrar caminhos para enfrentar nossos desafios sociais.

Bibliografia

- ABRUCIO, Fernando L. *Os Laços Federativos Brasileiros: Avanços, Obstáculos e Dilemas no Processo de Coordenação Intergovernamental*. Tese de Doutorado, Departamento de Ciência Política/USP, 2000.
- ABRUCIO, Fernando L. & SOARES, Márcia M. *Redes Federativas no Brasil: Cooperação Intermunicipal no Grande ABC*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001.
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. “Federalismo e Políticas Sociais”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, No. 28, 1995.
- ARRETCHE, Marta. “Mitos da descentralização. Mais democracia e eficiência nas políticas públicas?” *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, No. 31, ano 11, pp 44-66, 1996.
- _____. *Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização*. Rio de Janeiro, Revan, São Paulo, FAPESP, 2000.
- BERGOC, G. J. *Associações de Municípios do estado do Paraná: cooperação e planejamento para o desenvolvimento regional*. Dissertação de Mestrado, USP, 2001.
- BRASIL. *O Consórcio e a Gestão Municipal da Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.
- COELHO, José Rafael Guerra Pinto & VELOSO, Cid. “Consórcios intermunicipais de saúde em Minas Gerais”. *Divulgação em saúde para debate*, Vol. 17, mar.1997. pp.36-8.
- CRUZ, Maria do Carmo Meirelles T. *Consórcios Intermunicipais: uma alternativa de integração regional ascendente*. São Paulo: Pólis, 2001.
- DINIZ FILHO, P. R. *Federalismo, indução estadual e cooperação intermunicipal: A experiência de dois Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação de Ciências Sociais da PUC Minas, 2006.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (FJP). *Avaliação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde dos Municípios das Microrregiões do Alto Rio Grande e do Alto São Francisco*. Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, março de 1996.
- GOOCH, Geoffrey D. “East is East and West is West: Municipal Co-operation and Regional Networks Around the Gotha Canal”. Linköping/Sweden: Linköping University, Living Waterways Conference, 2000.
- JORDANA, Jacint. “Las relaciones intergubernamentales en la descentralización de las políticas sociales”. Barcelona, Universitat Pompeu Fabra, mimeo, 2003.
- JUNQUEIRA, Ana Thereza Machado; MENDES, Áquila Nogueira & CRUZ, Maria do Carmo Meirelles Toledo. “Consórcios Intermunicipais de saúde no estado de São Paulo: situação atual”. *Revista de Administração de Empresas*, Vol. 39, No.4, out./dez. 1999, pp. 85-96.
- KEINERT, T. M. M. *Gestão Estratégica de Políticas Públicas pelos Governos Subnacionais: Análise da Experiência “Municípios Saudáveis” e “Consórcios de Saúde” no Estado do Paraná*. São Paulo: ESESP/FGV, Relatório de Pesquisa, n. 20, 2001.
- LIMA, A. P. G. de “Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(4), 2000.
- LEITE, Carlos Corrêa; GOMIDE, Cristina de Mello & SILVA, Isabete Gabriel da. “Consórcios Intermunicipais: Modelo Organizacional”. In: FUNDAÇÃO PREFEITO FÁRIA LIMA – CEPAM. *Consórcio Intermunicipal: uma forma de cooperação intermunicipal. Estudos, pareceres e legislação básica*. São Paulo, ano I, No. 2, jan/2001. pp. 48-58.
- LACZYNSKI, P. e TEIXEIRA, M. A. C. Os limites de um consórcio intermunicipal em condições assimétricas de poder: o caso do CINPRA no Maranhão. In: *Municípios e*

Estados: experiências com arranjos cooperativos. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2012.

LIMA, Ana Paula G. & PASTRANA, Rosa. *Perfil dos consórcios intermunicipais de saúde do estado de Minas Gerais*. Relatório de Pesquisa. Brasil. Ministério da Saúde. OPAS, 2000a. Disponível na internet em <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3840.pdf>. Capturado em 28/03/03.

_____. *Diagnóstico da situação atual de consórcios intermunicipais de saúde no Brasil*. Relatório de Pesquisa. Brasil. Ministério da Saúde. OPAS, 2000b. Disponível na internet em www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3840.pdf. Capturado em 28/03/03.

LOBO, Thereza. "Descentralização - uma alternativa de mudança". *Revista de Administração Pública*, Vol. 22, No.1, 1988.

MENDES, E. V. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996.

MINTROM, M. "Policy entrepreneurs and the diffusion of innovation". *American Journal of Political Science*, jul., 1997

NICOLLETO, S., FERRAES, A. E CORDONI JR., L. "A Importância dos Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Transporte de Usuários". *Revista Espaço para a Saúde*, vol. 4, n. 1, 2011.

NICOLLETO, S., CORDONI, L. e COSTA, N. "Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Públicas*, 2005.

PUTNAM, R. Comunidade e Democracia. Rio de Janeiro, Ed. FGV, 1996.

ROCHA, C. V. e FARIA, C. A. P. "Cooperação Intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo" *Cadernos Metrópole*, n. 11, 2004

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (SES-PR). *Consórcios Intermunicipais*. Disponível na internet em www.saude.pr.gov.br. Capturado em 22/06/03.

TENDLER, Judith. "Mitos da Reforma do Estado e da descentralização: conclusões de um estudo de caso no Brasil". In: MELO, M.A. (Org.). *Reforma do Estado e Mudança Institucional no Brasil*. Recife, Ed. Massangana, 1999.

VAZ, José Carlos. "Consórcios Intermunicipais". *Revista DICAS: Idéias para a Ação Municipal*, No. 97, 1997.