

Trabalho preparado para apresentação no XII Congresso da Brazilian Studies

Association - BRASA

Londres, 20 a 23 de agosto de 2014.

Título do trabalho: Cooperação intergovernamental na área da saúde: uma abordagem dos Consórcios Intermunicipais em dois estados brasileiros

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

Professor da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas

Cooperação intergovernamental na área da saúde: uma abordagem dos Consórcios Intermunicipais em dois estados brasileiros

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 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 o 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. A despeito 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*¹, 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.

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

¹ 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).

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.

Muitas vezes, a própria característica da política pública constrange os entes federados à cooperação. Um consórcio pode ser formado com o objetivo de abordar um problema cuja natureza necessariamente transcende as fronteiras municipais, como é o caso, por exemplo, da gestão de alguns recursos naturais. Além disso, há políticas cuja escala ótima de implementação extrapola os limites do município. É nesse sentido que Vaz argumenta: “mesmo sendo possível ao município atuar isoladamente, pode ser muito mais econômico buscar a parceria com outros municípios, possibilitando soluções que satisfaçam todas as partes com um desembolso menor e com melhores resultados” (1997:1). Há diversos serviços públicos que, se prestados em parceria com municípios vizinhos, possibilitam uma diminuição dos custos fixos, na medida em que fica facilitada a otimização da relação entre estrutura de oferta e demanda. Os municípios, atuando conjuntamente, podem alcançar diversos resultados positivos: o aumento da capacidade de realização, ou seja, a ampliação do atendimento aos cidadãos e do alcance das políticas públicas; uma maior eficiência no uso dos recursos públicos, na medida em que os custos do consórcio para realizar uma determinada atividade são menores que a soma dos recursos necessários a cada um dos municípios para realizá-la individualmente; e a realização de ações que seriam inacessíveis a uma única prefeitura, como a aquisição de equipamentos de alto custo ou a implementação de políticas públicas de desenvolvimento regional. A cooperação pode ser, assim, uma maneira de se reunir esforços para suprir a carência individual dos municípios em recursos

financeiros, tecnológicos e humanos necessários à execução das atribuições que lhes competem.

Finalmente, outro fator que torna a cooperação atraente é o potencial aumento do poder de diálogo, pressão e negociação dos municípios frente aos governos estadual e federal ou frente a outras instituições sociais ou organismos internacionais. Antes de competiram individualmente por recursos de outras esferas de governo, dirigentes municipais, muitas vezes de partidos diferentes, cooperam no sentido de viabilizar coletivamente suas demandas. Nesse caso, o sentido da cooperação seria estabelecer condições para o fortalecimento da autonomia e da capacidade de barganha dos municípios.

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 civil².

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 parceiras 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.

² 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 intermunicipais foram implementados 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, frequentemente, 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

municípios³. Este é o caso do Paraná, onde governos estaduais apoiaram e fomentaram o consorciamento na área da saúde.

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 no que diz respeito especificamente à constituição de consórcios intermunicipais. 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:

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

³ 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.

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.

Assim as relações intergovernamentais na área da saúde configuram um desenho complexo em que os níveis de governo articulam relações de interdependência, em uma rede regionalizada e hierarquizada, garantindo autonomia para os estados e municípios, nos seus âmbitos político-administrativo. No entanto, diversos aspectos ficam sem definição estrita (por exemplo, na Lei n. 8.080/90), dependendo de decisões que envolvem um processo de conflitos e consensos e de progressivo aprendizado.

O SUS tem origem política-administrativa no Programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS (Decreto n. 94.657, de 20 de julho de 1987), que buscou concretizar os princípios e diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986. Na verdade, foi uma evolução dos princípios estabelecidos pelo SUDS, como universalização, integralidade, descentralização. No SUDS as relações federativas na área da saúde se baseavam na ideia de delegação de competências do governo central para estados e municípios. Com a Constituição de 1988, a responsabilidade pela saúde passa a ser de todos os entes.

A partir de 1990, com o SUS, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) passou a financiar o sistema, de acordo com uma tabela, por procedimentos ou programas, induzindo a partir daí a organização do sistema.

O SUS foi se constituindo através de um movimento de aprendizado que envolveu, de alguma forma, os três níveis de governo. De um lado, estavam estabelecidos os marcos normativos e legais que vão sendo construídos pelos movimentos envolvidos na democratização brasileira, calcados nas ideias de universalização de direitos e democracia de intensa participação, que acabam se concretizando na Constituição de 1988. De outro, tínhamos a herança do sistema de saúde do regime autoritário, com suas

instituições e suas lógicas. Uma forma de tentar captar esse processo contraditório é através da análise do conteúdo da legislação desenvolvida no setor.

A concepção geral do sistema foi definida em grande medida pela legislação definida no âmbito do governo central. Especialmente, o sistema foi sendo estruturado pela normatização do através das normas operacionais básicas (NOBs), editadas de 1991 a 1996, pelas normas operacionais de assistência à saúde (NOAS), em 2001 e 2002, e do Pacto pela Saúde de 2006. Tal legislação será resumida visando ressaltar sua incidência sobre os padrões de relações intergovernamentais que vão se configurando na área da política de saúde.

Uma Norma Operacional Básica (NOB) estabelece “regras de organização e financiamento do SUS ditadas pelo Ministério da Saúde, mediante portarias com anexos que detalham os procedimentos a ser observados pelos estados e municípios interessados nas transferências financeiras federais” (Santos e Andrade, 2009, p. 35). A primeira NOB 01/91 tratou dos critérios de transferência de recursos para os estados e municípios, mantendo o critério anterior de financiamento de serviços ambulatoriais e hospitalares, através de uma estrutura convencional herdada do SUDS. No contexto de crise fiscal em que se vivia, de fato houve transferência de encargos para os municípios e simultaneamente forte recuo na transferência de recursos. Houve forte reação de alguns secretários estaduais e municipais da saúde e de especialistas da área. Especialmente do movimento sanitaria e dos secretários municipais de saúde associados no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), criado em 1990. Foi criticado o fato de o INAMPS estar na condução do SUS, o que significava tentar assegurar o poder do INAMPS no SUS em contraposição aos princípios da Reforma Sanitária (o INAMPS vai acabar em 1993) e também a centralização do sistema de informações e gerenciamento; e a não consideração pelas ações e serviços de vigilância epidemiológica e sanitária.

A NOB-SUS 01/92 teve influencia do atuante movimento municipalista de então, não sendo, contudo, implementada. No entanto, seu conteúdo revela a tentativa de descentralizar efetivamente as ações e serviços de saúde e concretizar a criação da Comissão Intergestores Tripartite, espaço de decisão colegiada definido pela Portaria MS n. 1.180, de 22 de janeiro de 1992. Nessa legislação, foram criados estímulos para fortalecer o papel dos estados e municípios, como o Fator de Estímulo à Municipalização e Fator de estímulo à Gestão Estadual. O objetivo era efetivar a participação das três esferas de governo na política de saúde. O fato dessa legislação

não ter saído do papel indica a relevância das resistências à implementação da descentralização. O modelo centralizado do INAMPS de prestador direto de serviços (30%) e comprador de serviços de terceiros (70%), para os trabalhadores do regime Geral de Previdência Social – era a herança da lógica institucional da “cidadania regulada” para a universalização da Constituição de 1988 – ainda teimava em permanecer. Como salientado por Santos e Andrade, as “NOBs de 1991 e 1992 estabeleceram para os estados e municípios esse mesmo modelo, tratando os entes federativos como se fossem prestadores de serviços do Ministério da Saúde (2009, p. 43).

A NOB-SUS 01/93 representou um avanço no sentido da descentralização e municipalização. A legislação foi decidida sem a participação do INAMPS, que se encontrava próximo da sua extinção. O contexto político havia mudado com a saída do presidente Collor, de posições neoliberais, e a entrada de Itamar Franco, de perfil mais progressista. Os atores descentralizadores se fortaleciam, tendo pessoas oriundas do movimento sanitário ocupado cargos de relevância no Ministério da Saúde, inclusive a presidência do INAMPS. Em 1992 esses setores se expressaram pela IX Conferência Nacional de Saúde: Municipalização é o Caminho, cujo relatório final reivindicou o cumprimento dos princípios do SUS. Deve-se ressaltar que naquele ano o SUS ficou mais de três meses sem receber recursos da área econômica, o que levou entidades como o CONASS e CONASEMS a entrar com representação na Procuradoria Geral da República.

Como resultado das propostas da IX Conferência foi criado um grupo especial para a descentralização no Ministério da Saúde, com participação do CONASS, do CONASEMS e outras entidades da sociedade civil, que elaborou o documento com título bastante elucidativo de “A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”. Entre outros aspectos, o documento desenvolveu um diagnóstico do papel dos entes da federação na política de saúde, concluindo com a ideia de uma profunda centralização de recursos e poder no governo federal e a perda de receitas e autonomia dos estados e municípios. Reafirmou a necessidade de implementar os princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. Para demarcar o lugar dos estados e municípios na área, foi ressaltada a relevância da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que passou a funcionar no final de 1992, e criada a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), composta por representantes de secretarias estaduais e coligado dos secretários municipais.

Articula-se um espaço fundamental de negociação intergovernamental. O documento faz menção ainda a uma ideia recorrente na concepção do SUS que era a busca da efetivação da regionalização das ações e serviços de saúde. As transferências de recursos passaram a ser realizadas segundo “condições de gestão” dos estados e municípios, quais sejam: incipiente, parcial, semiplena e plena.

Na NOB-SUS 01/96, a questão da cooperação entre os entes da federação é mais detalhada. As categorias de gestão passariam para *plena de atenção básica e plena do sistema municipal*, significando, respectivamente, capacidade de autonomia dos municípios em atenção básica e ambulatorial, no primeiro caso, agregando serviços hospitalares no segundo caso. A ênfase é de que o município passa a ser responsável pelas necessidades e demandas em seu território. No caso dos municípios não habilitados, caberia ao estado a gestão do SUS naquele território (o que foi considerado uma afronta à autonomia constitucional dos municípios). Apesar da ênfase no papel do município, a NOB ressalta a importância da interligação dos sistemas municipais: “há que se inteirar, harmonizar, com equidade, os sistemas municipais” (apud Santos e Andrade, 2009, p. 55). Ao mesmo tempo aponta a necessidade de definição do papel do gestor estadual. Notar aqui a contradição entre fazer do município o ente responsável pela saúde dentro do seu território e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da importância da regionalização.

Nesse sentido, a NOB 01/96 reconhece a relativa inadequação entre as divisões político-territoriais e o padrão de oferta dos serviços, resultando que alguns municípios acabam atendendo usuários enviados por outros. De um lado, a norma ressalta que tais ocorrências devem ser negociadas “exclusivamente entre os gestores municipais” (apud Santos e Andrade, 2009, p. 56). No entanto, contraditoriamente, afirma que a negociação deve ser mediada “pelo gestor estadual” (apud Santos e Andrade, 2009, p. 62). Tal atitude paradoxal, própria da essência do federalismo, expressa ao mesmo tempo a garantia da autonomia dos municípios e a consciência da importância da mediação de outro ente para viabilizar a cooperação.

A NOB foi a primeira a enfatizar o papel do gestor estadual, ao lado do federal, especialmente através dos conselhos estadual e federal de saúde e da CIB e CIT. Trazia também a necessidade de regionalização e hierarquização dos serviços. Para tal, instrumento fundamental era o PPI, definindo serviços, alocação de recursos e pacto entre as três esferas de governo. Passou também a exigir bancos de dados nacionais, com normas definidas pelo Ministério da Saúde.

Na prática, a NOB 01/96 fragmentou o repasse de recursos e impediu os municípios de pequeno porte de assumirem a gestão plena do sistema municipal, com a exigência de que tivessem todos os serviços necessários ao atendimento de sua população.

Com a NOB 01/96, houve um avanço da descentralização, na medida em que, em 1998, 99% dos municípios brasileiros estavam habilitados em alguma forma de gestão e 90% estavam habilitados em gestão plena da atenção básica. Esse avanço acaba relevando, no sentido vertical, o problema das relações entre municípios e estados e, no sentido horizontal, da organização territorial dos serviços. Em 2000, o MS inicia um debate sobre esses problemas, com centralidade na CIT, do qual resulta a NOAS 01/2001, estabelecendo regionalização da assistência; fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

A questão da regionalização vai, portanto, ganhando centralidade nesse processo de construção do SUS. Concretamente, foi estabelecido como competência das secretarias estaduais de saúde a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR). Esse Plano envolvia a definição de região e microrregião de saúde, por características demográficas, socioeconômicas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços e relações entre os municípios; um módulo assistencial para o primeiro nível de assistência, incluindo um ou mais municípios e com a definição de um município-sede, capaz de ofertar a totalidade dos serviços; definição de municípios-polo, com o papel de referência para os outros municípios em qualquer nível de atenção. Por exemplo, o PDR passa a transferir recursos para o município sede da gestão plena, para o atendimento de toda uma região. Os municípios habilitados com gestão plena do sistema municipal passam a participar na elaboração do PPI. O que ocorre é que a fragmentação político-institucional dada pelos municípios passa a ser relativizada por outras formas que agregam o território segundo outras lógicas, visando regionalizar como estratégia de hierarquização dos serviços para maior equidade.

A NOAs 01/2001 foi revogada pela posterior sem ser implementada. A revogação foi resultado de debate instaurado sobre a mesma pelo CONASEMS, CONASS e técnicos do Ministério da Saúde. Decidiu-se editar a NOAS 01/2002, cujo conteúdo era bastante semelhante ao da NOAS 01/2001, especialmente em relação aos objetivos de regionalização, ampliação das responsabilidades dos municípios na atenção básica e fortalecimento de capacidade de gestão do SUS, expressando o chamado “paradoxo de Hommes”, que vê descentralização e centralização não como contrapostas, mas complementares (Tendler, 1999).

A legislação adotada até então implicou em financiamento fragmentado e fortemente regulado, fazendo dos estados e municípios gestores de projetos e programas federais, em grande medida. Assim a Portaria n. 399, de 22 de março de 2006, divulga o Pacto pela Saúde, pactuada na CIT, e que deveria ser revisado anualmente. Termos de compromisso de Gestão passaram a substituir as “habilitações”, que teoricamente significava permissão para atuação de municípios e estados, violando sua autonomia.

A nova legislação enfatiza a questão da regionalização e descentralização, definindo regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional, além de financiamento pactuado. Busca aprofundar a negociação e consenso na gestão da saúde.

Em 2010, a Portaria 4.279 define a regionalização como estratégica para a configuração de redes de saúde. No mesmo sentido, o Decreto Presidencial 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080 de 1990, destaca a relevância das redes regionalizadas de serviços e a necessidade da gestão compartilhada entre as esferas de governo na política de saúde.

Essa ambivalência está presente na própria Constituição de 1988, que define como ente da federação os municípios. Ao mesmo tempo, define no seu artigo 198 que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, o que exige cooperação intergovernamental. A legislação em geral, no entanto, não deixam claras as competências dos diversos entes na área da saúde. Por exemplo, o requisito da integralidade da assistência entre em contradição com a ideia de um municipalismo autárquico. Exige a articulação de uma rede interfederativa, pois é direito do cidadão ser atendido em todo o território nacional. Ou seja, o próprio conteúdo dos direitos definidos exige uma cooperação intergovernamental. Um município poderá ter de prestar serviços para munícipes que não são seus. O mesmo ocorre com os estados [ver norte do Paraná e São Paulo]. Daí o imperativo da regionalização da saúde, em que pese uma intenção de considerar a autoridade e autonomia dos entes. O problema é que é muito difícil definir critérios objetivos para a delimitação geográfica dos interesses.

Em suma, ao mesmo tempo que se demarca a autonomia dos municípios, assume-se a necessidade da regionalização. No entanto, o paradoxo estabelecido entre municipalizar e regionalizar só emerge na consciência dos tomadores de decisão na medida em que os impasses estabelecidos na implementação da política vão se revelando, exemplo da “racionalidade limitada” envolvida na produção das políticas públicas.

Deve-se notar, portanto, que os CIS surgem no momento em que os municípios estão se afirmando como gestores. A necessidade de cooperação é algo que surge na mesma medida em que a autonomia vai se concretizando.

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 saúde⁴, 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 à 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.

⁴ 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.

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 no 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 uma legislação respaldando a possibilidade de remanejamento desses recursos entre os municípios (artigo 3º 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 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.

2. A constituição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Paraná: síntese dos aspectos analíticos considerados

A difusão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, nos anos 90, foi um processo que se desenvolveu de forma desigual no território brasileiro. Inicialmente 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 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 saúde⁵.

Alguns fatores explicam o protagonismo do Paraná na implementação dos CIS. Um deles é o processo de criação do próprio estado. A província do Paraná surge no final do século XIX, criada em 1853, como desmembramento de São Paulo. Apresentava uma fronteira aberta, especialmente no sua região interiorana, cuja ocupação se deu nos últimos 70 anos. Devido ao seu atraso relativo em relação aos estados mais desenvolvidos do país, buscou constituir uma tradição de qualificação técnica da sua burocracia, como suporte para seus planos de desenvolvimento. Os governantes do estado têm, por exemplo, de forma significativa, uma origem técnica. O estado tem tradição de formular suas políticas públicas por referências técnicas. O atraso implicou em precariedades, inclusive na saúde, e a busca de superar carências, principalmente no noroeste e extremo noroeste do estado se deu através da abordagem técnica dos problemas. Na saúde isso não foi diferente. A busca da formação de uma burocracia treinada foi uma característica da estruturação da área da saúde. Esses técnicos cumprem papel fundamental no enfrentamento da situação de carência de estrutura de oferta de serviços de saúde, principalmente nos seus municípios do norte e nordeste.

No caso da criação dos CIS, a partir do início dos anos 90, técnicos da SESA, prefeitos e secretários municipais de saúde, em geral profissionais da saúde e comprometidos com os princípios do movimento sanitário, e com apoio posterior dos governos do estado, constituíram os atores fundamentais para a cooperação intermunicipal na área. Progressivamente foram constituídos 25 consórcios, difundidos pelo efeito demonstrativo, com as primeiras experiências se desenvolvendo nos municípios pequenos e com estruturas precárias do norte e nordeste do estado e, posteriormente, se difundindo para a quase totalidade dos municípios do estado: dos 399 municípios do estado 391 estão consorciados.

São diversos os fatores que explicam esse processo. Buscaremos, a seguir, apresentar breves considerações sobre as hipóteses, baseadas nas informações levantadas e informadas pela literatura específica, sobre os fatores que facilitaram ou dificultaram o consorciamento no estado.

⁵ 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).

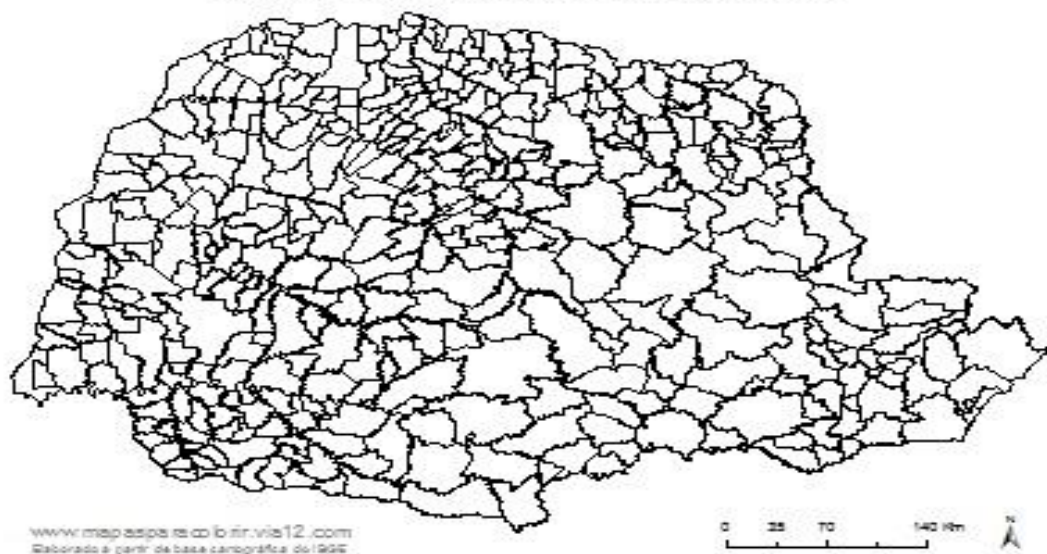
3.1 As experiências pioneiras de Consórcios Intermunicipais de Saúde

O processo de criação dos primeiros CIS no Paraná caracteriza-se 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 ocorreu na metade dos anos 90, inspirados especialmente no caso pioneiro do município de Penápolis, do estado de São Paulo. Num segundo momento, aí sim, o governo estadual definiu como prioridade central, na área de saúde, a organização do sistema através da constituição de CIS em todo o estado, através de estímulos à cooperação entre os municípios, o que explica a difusão da experiência por todo o estado.

No Paraná, as primeiras experiências de consorciamento foram de iniciativa de prefeitos, secretários e técnicos municipais da saúde, localizadas no noroeste do estado. Região, aliás, composta por pequenos municípios caracterizados pela precariedade de suas estruturas de oferta dos serviços de saúde. Especificamente os municípios de Paranaíba, 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 Penápolis, criaram os primeiros CIS no estado.

As características da região noroeste do estado explicam de certa forma a busca de ações cooperativas entre os municípios. Como se disse, o Paraná surge como estado no final do século XIX como um dos últimos estados brasileiros a serem criados. 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. A criação desses primeiros CIS deveu-se às iniciativas de profissionais da medicina, prefeitos e burocratas municipais.

ESTADO DO PARANÁ- MUNICÍPIOS



3.2 Entram em cena o governo estadual: o papel da indução na formação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde

Pode-se afirmar que os CIS foram num primeiro momento criados no âmbito 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.

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, uma

fragmentação na produção das políticas de saúde, produzindo o que se denominou de “municipalismo autárquico”, 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), e como ficou demonstrado no levantamento da legislação apresentado anteriormente.

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. Alguns estados, em geral, e o Paraná especificamente, passam, assim, a desenvolver mecanismos de indução para a cooperação intermunicipal nas ações de saúde.

No Paraná, o governo de Jaime Lerner (DEM), eleito em 1994 e reeleito em 1998 – 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 sanitário, 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 como 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, e que conformam de forma significativa o perfil territorial dos CIS que serão criados.

No caso, o papel do governo estadual torna-se progressivamente proeminente no fomento da cooperação intermunicipal. 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, denotando a preponderância indutora do estado, 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 fundamental, se não na criação, pelo menos no funcionamento dos CIS.

O secretário estadual de saúde, figura fundamental na adoção indutora do estado, e representativo do que é denominado de “empreendedores de políticas” manteve uma atuação primordialmente técnica, ocupando, até hoje, diversos cargos no setor público de saúde. Participante do movimento sanitário, no início com ligações com o PCB, manteve atuação na burocracia e em cargos de gestor, fato pode suscitar uma preocupação em evitar maior politização, no sentido da contaminação da política de saúde pela lógica da competição eleitoral. Deve-se ressaltar que, muito frequentemente, gestores estaduais da área passam a disputar eleições para o legislativo estadual e federal.

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	Paraná
1994	3
1995	5
1996	3
1997	16
1998	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 difusão dos consórcios foi dos governos estaduais, que tornaram prioritárias a adoção dessas experiências de cooperação. Para atingir tal objetivo, o governo do Paraná atuou

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 criada a Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná (ACISPAR), em 2001, que tem a função de assessorar e representar o conjunto dos consórcios. O papel do governo estadual na constituição dessa associação foi relevante.

A ACISPAR foi criada visando fortalecer os CIS no estado, através da cooperação dos consórcios no sentido da busca coletiva de seus objetivos. Foi, por exemplo, por intermédio da ACISPAR que a SESA implantou o Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde, visando através de incentivos técnicos e financeiros a ampliação da oferta de serviços de forma regionalizada. Sintoma da estreita cooperação entre o governo do estado e os CIS é o fato de que a sede da ACISPAR se localiza na antessala do gabinete do secretário estadual de saúde. Além disso, a ACISPAR tem assento e voto no Conselho Estadual de Saúde.

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, 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). No caso do Paraná, dos municípios paraenses que faziam parte de CIS, 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. 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.

Outro município que resiste em se consorciar é Foz do Iguaçu. Município com oferta adequada de serviços, principalmente por sediar hospital da Usina de Itaipú, e por ser um município com alta arrecadação, principalmente do turismo (é um dos destinos turísticos principais do Brasil), Foz do Iguaçu é exemplo de que onde há capacidade de resolução individual dos problemas o interesse em cooperar é baixo.

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).

Como se disse, a criação dos CIS foi iniciada em uma região de pequenos municípios, com estruturas insatisfatórias de oferta, no norte e nordeste do estado. CIS que se articularam em torno de municípios como Paranavaí, Campo Mourão e Umuarama. Londrina, apesar de ser um dos maiores municípios do estado, articulou a cooperação com seus municípios vizinhos, todos de pequeno porte, muito pelo papel da faculdade de medicina localizada no seu território, onde havia uma forte militância sanitária, cujos membros atuaram no sentido de estruturar um CIS na região. Um dos “empreendedores” da região foi Gilberto Martim, aluno da faculdade, militante do

movimento sanitarista e de um partido de esquerda, que se torna secretário municipal de saúde de um pequeno município da região, Cambé, e trabalha no sentido de estruturação do CIS. Assim a Universidade de Londrina torna-se uma instituição agregadora do movimento. No caso, a base inicial da aglutinação dos municípios para discutir a saúde, foi através do núcleo de saúde criado na Associação dos Municípios do Médio Paranapanema (AMEPAR), dado que os participantes estavam localizados nas instituições municipais. Daí foi criado o CISMENPAR. No caso dos municípios em que os “empreendedores” eram da burocracia da SESA, a referência inicial de aglutinação dos municípios foi o padrão territorial fornecido pelos Centros Regionais de Saúde do estado (caso do CISCOMCAM, CISAMUNPAR e CISAMERIOS; CIS respectivamente de Campo Mourão, Paranavaí e Umuarama). No entanto, a conformação territorial dos CISMENPAR e do CISAMUNPAR com as associações de municípios e os centros regionais de saúde são praticamente a mesma e os municípios sede são os mesmos em todas elas.

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.

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, Cordoni e Costa, 2005, p. 31). Ao contrário, por exemplo, 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 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 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 no Paraná, em Paranavaí (com o técnico da SESA Luciano), Londrina (com o médico Luiz Cordoni), Campo Mourão (com o médico Geraldo Biasec), Cambé (com o sanitarista Gilberto Martim) e no plano estadual com o também sanitarista Armando Raggio. Todos, e diversos outros, tiveram um papel fundamental na configuração de um federalismo cooperativo na área da saúde. Tiveram como suporte institucional as instituições da saúde nos municípios, através das secretarias de saúde, e no estado, através do SESA e de suas regionais, além das associações de municípios, universidade e partidos políticos.

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, 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.

Os técnicos tinham grande consenso sobre o que fazer. Propuseram que cada município aprovassem leis permitindo a participação nos CIS. Estabeleceram uma proposta básica de lei, que foram aprovadas em todas as Câmaras Municipais. A experiência de Penapólis foi apresentada nas reuniões da Associação dos Municípios do Norte do Paraná (AMUNPAR), configurando um efeito *path dependence* da organização territorial anterior. O estado cedeu o que tinha no Centro Regional, o prédio, teve dificuldade de ceder recursos humanos. As soluções foram sendo criadas, pois não havia um modelo acabado. Foi um processo de experimentação e aprendizado. A SESA deu apoio, pois viu aí uma solução para os impasses da municipalização. A direção da SESA tinha afinidade com o corpo de técnicos que foi sendo formado ao longo dos anos.

A origem se localiza no final da década de 70, quando os distritos sanitários começaram a montar equipes técnicas multiprofissionais. Entrou muita gente nova, idealista, num contexto muito politizado. Essas pessoas estavam todas nas Regionais quando da promulgação da Constituição Federal de 1988. Em 1989 juntou-se os Distritos Sanitários com os Serviços de Medicina Social do antigo Inamps, formando as Regionais de Saúde. A implantação do SUDS em 1987 foi um desenvolvimento qualitativo das AIS (Noronha, Lecovitz, 1994, p. 86) e se deu com a assinatura de convênios entre o MPAS/Inamps e Ministério da Saúde com as secretarias estaduais de saúde, que assumiram papel central nesse processo, induzindo a necessária adesão dos municípios. As SES passaram a absorver as Superintendências Regionais do Inamps, conformando um momento fundamental no processo de descentralização/municipalização e regionalização da saúde nos estados.

As equipes eram fortes, comprometidas com o movimento sanitário. A SESA investiu na formação de sanitaristas a partir de 1983, com governos consecutivos do PMDB (José Richa, Álvaro Dias e Roberto Requião): os técnicos que entravam para a SESA tinham que fazer um curso de 3 meses, intensivo, de 40 horas semanais, de sanitário. Criou-se, assim, uma massa crítica, com técnicos locados nas regionais, que

compartilhavam das mesmas ideias, base da concepção cristalizada no SUS. Desde essa época o Paraná sobressaia nos resultados na saúde.

Os CIS funcionaram de maneira informal em 91 e 92 e foi formalizado em 93. Essas experiências inovadoras no estado surgem da articulação de suas regionais de saúde, pela ação de seus funcionários, com prefeitos e secretários municipais de saúde e, ao cabo, logra apoio do governo estadual. Daí o efeito demonstrativo da cooperação foi se expandindo. Por exemplo, o CIS de Campo Mourão foi inspirado no processo de Paranavaí, e daí por diante. O grupo de técnicos da regional de saúde do estado é que colocou na agenda o CIS, como solução para os impasses da municipalização.

3.6 A problemática 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 potencialmente 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 na oferta dos serviços, 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, 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 a responsabilidade dos técnicos, seja alocados em centros regionais de saúde, seja na direção dos serviços municipais, sendo que as disputas políticas são direcionadas para outros espaços, 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 CISAMUSEP, com sede em Maringá, onde o Centro Regional de Especialidades era aparelhado por um deputado, dificultando a cooperação dos municípios integrantes do CIS. No entanto, com a ocorrência de conflitos e impasses entre as autoridades políticas municipais, especificamente prefeitos, o papel de mediação exercido pelos técnicos “empreendedores” aparece como fundamental nas informações levantadas.

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, por um lado, os estados brasileiros, incluindo o 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 de saúde, herdadas das superintendências regionais do Inamps, como referido em tópico anterior. Essas duas formas de divisão dos territórios dos estados, que antecederam a experiência dos CIS, acabaram definindo, em grande medida, a configuração territorial dos mesmos. 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. Há um conjunto de dados, ainda a ser melhor explorado, que indicam que se assemelham também às associações de municípios no que tange à sua conformação territorial. Porém em alguns consórcios, como o de Londrina, prevaleceu a

regionalização a partir das ações desenvolvidas dentro das Associações de Municípios. No caso, os indutores do processo da formação do CIS não eram da SESA, e sim da prefeitura de municípios do entorno de Londrina, o que parece explicar a preponderância da influência das Associações de municípios. Já no caso de Paranavaí, a aglutinação dos municípios no CIS foi articulada por técnicos da regional de saúde da região.

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 em alguma área de política facilita a ação indutora do estado na busca de novas formas de cooperação, já que fornece uma organização territorial dada, no caso, das associações de municípios e das regionais de saúde.

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 e da saúde, em termos de racionalidade técnica e imperativos políticos. Isso nem sempre é considerado pela gestão estadual.

As associações microregionais de prefeitos funcionavam, no caso do Paraná, mais como grupo de pressão junto ao governador e aos deputados, geralmente visando conseguir obras na região dos seus municípios integrantes. De outro lado, havia a regionalização anterior da área de saúde, através das regionais da SESA. São, portanto, duas formas de regionalização que, dependendo do caso, exerceram influência na configuração territorial dos CIS. No entanto, a territorialização dos consórcios de saúde, no estado, foram mais impactados pela regionalização da saúde estadual anterior, naturalmente. O estado tinha 22 regionais de saúde. O papel da SESA foi, portanto, muito forte sobre os municípios. Ao absorver a estrutura do Inamps, o estado ganha centralidade nas políticas de saúde, através de seus distritos sanitários e postos de saúde, com seus funcionários e equipamentos, agindo nos municípios. Esses não tinham experiência em gestão de saúde, pois os serviços em seus territórios eram estaduais. Salvo Londrina, Curitiba e Maringá, que tinham centros municipais de saúde próprios. O papel do

estado, quando da municipalização, era muito forte, e ainda, relativamente, continua ser, mantendo regionais para apoio técnico, fomento, incentivo, assessoria, investimento. As associações microregionais tiveram papel conformador da cooperação na área de saúde apenas de forma secundária, em que pese ao que parece, a similitude de sua composição territorial com as regionais de saúde e os CIS. Aí pode-se levantar uma hipótese, ainda em fase de confirmação, que há na regionalização algum componente de artificialidade, tomando como parâmetro os critérios técnicos relacionados com a área da saúde.

5.8 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).

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.

Considerações Finais

Com que o que foi apresentado anteriormente, podemos pontuar 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. Envolvem portanto relações governamentais, com aspectos cooperativos e competitivos, tanto vertical como horizontalmente.

No caso do Paraná, a relevância do papel indutor dos governos estaduais na constituição dos CIS é expressiva. A existência dos “empreendedores de políticas” também foi crucial.

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 caso tanto o papel indutor do governo estadual, fornecendo incentivos seletivos, como a ação e mediação dos “empreendedores de políticas, mostrou-se crucial.

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.

A dependência das políticas anteriores também é fundamental. Seja por apropriação ou ruptura com ações de políticas públicas, herdadas de governos passados, a institucionalização da saúde expressa em grande medida a institucionalidade herdada. Em primeiro lugar, o estado assume as regionais de saúde do antigo. Sobrepostamente, agrega a regionalização resultante da associação de municípios. Os CIS herdaram esses parâmetros em dois sentidos relacionados: como padrão para a definição de seus contornos territoriais; e como suportes para a ação dos “empreendedores de políticas”.

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, os resultados aqui expostos pretendem, além de jogar luz sobre um aspecto pouco explorado do federalismo brasileiro, auxiliar a busca de 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.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito a saúde. In.: GUIMARÃES, R.; TAVARES.R.A.W. (orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994, p. 73-111.

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.