



DEMOCRACIA E DIREITOS

DIMENSÕES DAS
POLÍTICAS PÚBLICAS
E SOCIAIS

COORDENAÇÃO FEDERATIVA EM ARRANJOS DE COOPERAÇÃO VERTICAL:

OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE COM A PARTICIPAÇÃO
DOS GOVERNOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS

Karine Souza Julião, Universidade de São Paulo | USP

RESUMO

Este estudo busca expor o panorama dos consórcios públicos verticais no Brasil e discutir a capacidade desse arranjo de cooperação auxiliar na coordenação federativa. Para isso, utilizou-se o caso dos consórcios de saúde cearenses como ilustração. Utilizou-se dados da Pesquisa Munic de 2015 e análise documental. Os resultados mostram a concentração de municípios de pequeno porte nos consórcios verticais e o destaque da política de saúde. A Região Nordeste possui o maior número de municípios em consórcios com participação estadual. A iniciativa do governo Cearense revela a capacidade de coordenação dos governos estaduais. A política de saúde conta com a lógica interfederativa do SUS que favorece a constituição de consórcios verticais no setor. Os consórcios verticais aliam a coordenação federativa via governo estadual com a cooperação intergovernamental necessária para regionalização dos serviços. Porém, sozinhos não são suficientes para o êxito da coordenação federativa na saúde.

COORDENAÇÃO FEDERATIVA EM ARRANJOS DE COOPERAÇÃO VERTICAL:

OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE COM A PARTICIPAÇÃO DOS GOVERNOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS

JULIÃO, Karine Souza

INTRODUÇÃO

Após o processo de descentralização acarretado pela Constituição de 1988, a discussão na literatura sobre federalismo no Brasil girou em torno do grau de autonomia que foi repassado para os governos subnacionais. Por um lado, parte da literatura apontava o alto nível de descentralização não só da execução de políticas federais, mas também da gestão propriamente dita dos serviços públicos, sobretudo, para os governos municipais (ABRUCIO, 2005).

Por outro lado, outros autores argumentavam que a União descentralizou apenas a execução das políticas públicas, mantendo seu papel centralizador (ARRETCHE, 2012). Desde a Constituinte, “o país vive um processo de construção das instituições de um federalismo cooperativo e descentralizado, que supõe competências compartilhadas e um processo permanente de negociação dos termos de cooperação” (ALMEIDA, 2000).

Diante disso, para além da dicotomia centralização *versus* descentralização, dois conceitos se tornaram essenciais para as relações interfederativas no país: a coordenação federativa e a cooperação intergovenamental. Nas federações em que há maior desigualdade socioeconômica e em capacidades estatais entre as unidades subnacionais, coordenação define o papel do governo central na busca por reduzir as disparidades através de equalização financeira e da indução de políticas nos governos locais (OBINGER; LEIBFRIED; CASTLES, 2005).

Entende-se aqui como cooperação intergovernamental as diversas estruturas de relacionamento e arranjos de associativismo intergovernamental (ABRUCIO; SANO, 2013). No Brasil, o arranjo de cooperação intergovernamental que mais se destaca como instrumento de articulação federativa é o consórcio (CRUZ; ARAÚJO; BATISTA, 2011).

Os consórcios existem no Brasil desde a década de 70, denominados à época de consórcios administrativos, mas com a Lei nº 1107 de 2005, conhecida como Lei dos Consórcios (LC), o arranjo passa por uma reformulação, passando a dispor de maior segurança jurídica e garantias de responsabilidade fiscal aos entes consorciados. A LC determina que os consórcios podem ser formados por arranjos horizontais e verticais. Mesmo após a aprovação da LC, continuou uma tendência da literatura de debruçar-se sobre os arranjos formados exclusivamente por municípios. Pouco se tem discutido sobre os consórcios verticais.

Este estudo busca apresentar o panorama atual dos consórcios públicos no Brasil, dando ênfase nos

consórcios verticais, especialmente aqueles formados por municípios e o governo estadual. Busca-se também discutir a capacidade desse arranjo de cooperação vertical auxiliar na coordenação federativa. Para isso, utilizou-se o caso dos Consórcios Públicos de Saúde cearenses como ilustração.

A literatura que trata de relações intergovernamentais e políticas públicas revela que a lógica setorial importa, logo, pensar as relações federativas exige considerar a complexidade e os arranjos institucionais de cada área de política pública (SEGATTO, 2015; LOTTA; GONÇALVES; BILTEMAN, 2014). Dessa forma, optou-se por debater a utilização dos consórcios verticais na política de saúde, política que apresenta o maior número de consórcios no país.

Para traçar o panorama dos consórcios públicos brasileiros, tomou-se como base a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2015, sobre o tema de “Articulação institucional”. Para compreensão do caso cearense utilizou-se a análise de documentos oficiais, como o Perfil do Programa de expansão e melhoria da assistência especializada à saúde do estado do Ceará (PROEXMAES), a Lei estadual para instituição dos consórcios, o Manual de orientação dos consórcios públicos em saúde no Ceará (2009), o modelo de Estatuto do Consórcios e o modelo de Protocolo de intenções.

1. Panorama dos consórcios públicos de saúde no Brasil: onde estão os consórcios verticais?

Para apresentar o cenário dos consórcios públicos no Brasil, foram utilizados dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic), sobre o tema de “Articulação institucional”, e dados já tratados por outros trabalhos. A Munic de 2015 revelou que os municípios de menor porte continuam sendo os que mais participam de consórcios, tanto de um modo geral, quando especificamente em consórcios de saúde.

Na tabela 1, a terceira coluna mostra que se considerarmos o total de municípios que participam de algum consórcio público, seja qual for a área de atuação, 88,9% dos municípios consorciados possuem até 50 mil habitantes. Considerando apenas a participação em consórcios públicos de saúde, a quinta coluna releva que 90% dos municípios estão na mesma faixa populacional.

Municípios de menor porte tendem a dispor de menor infraestrutura para oferta de serviços e, por conseguinte, estão mais abertos a participar de estratégias de cooperação que possibilitem ganho de escala ou mesmo acesso a serviços que não conseguem prestar isoladamente. Por outro lado, municípios de maior porte já dispõem de maior aporte financeiro e podem não reconhecer custo/benefício na oferta de serviços por meio de ações cooperadas.

TABELA 01- Municípios que participam de algum consórcio público, de consórcio público de saúde, segundo o tamanho da população dos municípios e com base no número total de municípios consorciados no Brasil-2015

Tamanho da população dos municípios	Municípios que fazem parte de consórcio público (n)	Municípios que fazem parte de consórcio público (%)	Municípios consorciados na saúde (n)	Municípios consorciados na saúde (%)
Até 5 000	861	23,3%	703	25,1%
De 5 001 a 10 000	808	21,9%	637	22,8%
De 10 001 a 20 000	939	25,4%	679	24,3%
De 20 001 a 50 000	677	18,3%	498	17,8%
De 50 001 a 100 000	221	6,0%	161	5,8%
De 100 001 a 500 000	165	4,5%	110	3,9%
Mais de 500 000	20	0,5%	12	0,4%
Brasil	3 691		2 800	

Fonte: Elaborada pela autora com base na Pesquisa Munic/IBGE (2015)

Gerigk e Pessali (2014) constataram que a participação dos municípios em consórcios públicos de saúde aumentou em todas as faixas populacionais no período de 2005 a 2011. Seguindo a tendência, houve aumento na participação dos municípios de menor porte, que tendem a ser *free-riders*, mas também foi significativo o incremento na participação dos municípios de 50 a 100 mil habitantes, 42,7%, e de 75% para os municípios de acima de 500 mil habitantes. Por sua vez, a pesquisa de Gerigk e Pessali (2014) mostrou que houve uma redução de -50% no número de consórcios que contavam com a participação do governo estadual e seus municípios e de -42,8% para aqueles em que a União participava.

Corroborando os achados de Gerigk e Pessali, a Munic de 2015 revelou um aumento de 59,2% (3295) para 66,3% (3691) de municípios que participam de algum consórcio público, seja ele de cooperação horizontal ou vertical, em relação à Munic de 2011. Este crescimento concentrou-se na modalidade de consórcios intermunicipais, com o aumento de 88,1% (2903) em 2011, para 96,7% (3571) em 2015.

Já na modalidade de consorciamento vertical, ou seja, municípios consorciados aos seus estados ou à União, houve um expressivo declínio. A Munic (2015) aponta como uma possível explicação o fato de ser a primeira vez que a pesquisa exige o número de registro no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) para comprovação de participação do município no consórcio.

Demos continuidade a análise de Gerigk e Pessali (2014) sobre a variação o crescimento da participação dos municípios em consórcios públicos de saúde, segundo a faixa populacional dos municípios. Os autores avaliaram entre os anos de 2005 e 2011 e aqui apresenta-se entre 2005 e 2015. Verificou-se que a tendência de crescimento de consórcios intermunicipais continua, assim como a

redução dos consórcios de cooperação vertical. Isto se dá em todas as classes de tamanho, seja com a participação do governo estadual e/ou da União. Mesmo que o número dos consórcios continue maior entre os municípios menores, houve também expansão da participação dos municípios com mais de 100 mil habitantes nos consórcios intermunicipais. Por outro lado, também foi nessa faixa populacional que mais reduziu os consórcios com a participação do governo estadual e da União. Os dados podem ser visualizados na Tabela 02.

Este cenário nos leva a questionar o porquê que as experiências já estudadas mostram que o papel do governo estadual é extremamente relevante para a implantação dos consórcios de saúde, mas isso não reflete em sua participação como membro de fato dos consórcios. Uma possível resposta pode passar pela ausência de interesse dos governos estaduais e/ou municipais construírem condições políticas favoráveis para formação de um arranjo de cooperação, uma vez que isto exige não só custos financeiros, mas também custos de negociações políticas.

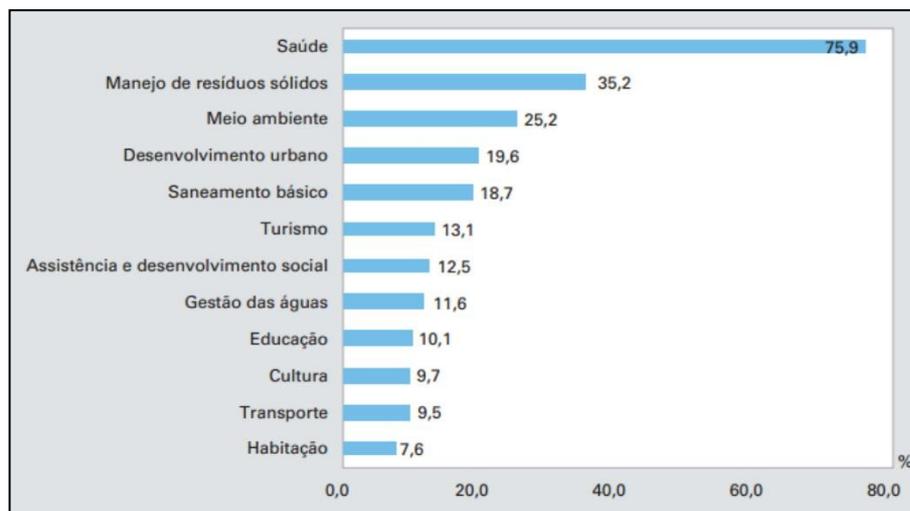
TABELA 02 - Comparação de municípios consorciados na área de saúde, no âmbito municipal, estadual e federal, por faixa de população, Brasil, 2005, 2011 e 2015

Municípios por classe de tamanho da população	Intermunicipal			Variação %		Participação estadual			Variação %		Participação da União			Variação %	
				2005-2011	2005-2015				2005-2011	2005-2015				2005-2011	2005-2015
	2005	2011	2015			2005	2011	2015			2005	2011	2015		
Até 5 000	588	651	701	10,7%	19,2%	217	79	32	-63,6%	-85,3%	64	42	7	-34,4%	-89,1%
De 5 001 a 10 000	497	550	621	10,7%	21,1%	225	94	43	-58,2%	-80,9%	94	48	6	-48,9%	-93,6%
De 10 001 a 20 000	397	542	640	36,5%	41,3%	309	174	74	-43,7%	-76,1%	96	94	11	-2,1%	-88,5%
De 20 001 a 50 000	279	354	455	26,9%	29,9%	261	141	66	-46,0%	-74,7%	114	72	6	-36,8%	-94,7%
De 50 001 a 100 000	82	117	147	42,7%	79,3%	89	51	18	-42,7%	-79,8%	77	29	1	-62,3%	-98,7%
De 100 001 a 500 000	59	67	96	13,6%	62,7%	57	42	18	-26,3%	-68,4%	91	31	3	-65,9%	-96,7%
Mais de 500 000	4	7	12	75,0%	200,0%	9	3	1	-66,7%	-88,9%	22	3	0	-86,4%	-100,0%

Fonte: Adaptado pela autora de Gerigk e Pessali (2014), com base na Pesquisa Munic/IBGE (2015).

Dentre os setores de políticas públicas, os dados do IBGE (2015) revelam que a área da saúde continua sendo a que apresenta o maior número de municípios consorciados no país. No Brasil, 2800 municípios participam de algum consórcio público (aproximadamente 50% dos municípios brasileiros). Os estados do Paraná e Ceará são os que mais apresentam municípios em consórcios de saúde, 99,0% (381) dos municípios do Paraná e 98,8% (170) dos municípios do Ceará participam de algum consórcio público de saúde. O Gráfico 01 mostra o percentual de municípios que participam de algum consórcio público, seja ele horizontal ou vertical, segundo área de políticas pública (MUNIC/IBGE, 2015).

GRÁFICO 01 - Percentual de municípios com consórcios públicos, segundo a área de atuação - Brasil - 2015



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais (2015).

Segundo os dados do IBGE (2015), a posição de destaque da saúde, como principal área de atuação dos consórcios, permanece nos três arranjos possíveis de cooperação (município-município), (municípios-estado) e (municípios-estado-União). Em segundo lugar está a área de manejo de resíduos sólidos.

A Tabela 03 mostra que as áreas de maior atuação variam de acordo com as esferas governamentais participantes do consórcio. Para Gregik e Pessali (2014, p. 1530), “isso parece refletir o interesse das instâncias públicas superiores em direcionar a atuação dos municípios das regiões menos desenvolvidas a empreenderem esforços na direção de tais áreas”.

Considera-se que esse direcionamento vem fortemente do governo federal. A política de saúde conta com toda a lógica de organização do SUS pautada na cooperação interfederativa. Seus mecanismos de contratualização, como o Contrato Organizativo da Ação Pública (Coap) instituído pelo Decreto 7.508/2011 do Ministério da Saúde, que tem como objetivo induzir acordos de colaboração entre as três esferas governamentais nas regiões de saúde (LIMA *et al.*, 2012; ROCHA, 2016), o instrumento de Programação Pactuada Integrada (PPI), bem como seus arranjos de deliberações, como as comissões intergestores regionais, bipartites e intergestores, facilitam a comunicação intergovernamental. Tudo isso favorece a constituição de consórcios no setor.

TABELA 03 – Municípios com consórcio público de acordo com área de atuação e tipo de arranjo, Brasil – 2015

Área de atuação	Número de municípios consorciados		
	Intermunicipal	Estado	União
Saúde	2 672	252	34
Manejo de resíduos sólidos	1 269	34	12
Meio ambiente	910	21	8
Desenvolvimento urbano	715	7	7
Saneamento básico	667	24	9
Turismo	477	11	4
Assistência e desenvolvimento social	453	13	3
Gestão das águas	402	28	3
Cultura	353	5	4
Educação	352	21	14
Transporte	344	10	3
Habitação	262	15	10

Fonte: Elaborada pela autora com base na Pesquisa Munic/IBGE (2015).

O Ceará reflete a tendência nacional. A participação dos municípios cearenses predomina em primeiro lugar nos consórcios públicos na área da saúde e em segundo lugar, na área de manejo de resíduos sólidos (ver Tabela 4). É interessante ressaltar que na área de educação, setor em que a literatura aponta forte trajetória de cooperação entre o governo estadual cearense e seus os municípios (SUMYA, 2015), não há nenhuma estratégia de consorciamento. Isto revela que a natureza da política pública pode ser determinante para a escolha do tipo de arranjo de cooperação que vai operacionalizá-la.

TABELA 04 – Municípios cearenses que fazem parte de consórcio público por área de atuação do consórcio público – 2015

Área de atuação	Total	Intermunicipal	Estado	União
Educação	-	-	-	-
Saúde	170	83	100	-
Assistência e desenvolvimento social	1	1	-	-
Turismo	-	-	-	-
Cultura	-	-	-	-
Habitação	-	-	-	-
Meio ambiente	-	-	-	-
Transporte	1	-	1	-
Desenvolvimento urbano	-	-	-	-
Saneamento básico	3	3	-	-
Gestão das águas	1	-	1	-
Manejo de resíduos sólidos	57	46	11	1

Fonte: Elaborada pela autora com base na Pesquisa Munic/IBGE (2015)

Os consórcios públicos de saúde continuam com maior concentração nas regiões Sudeste e Sul. Dos municípios que participam de consórcios na área, 1,9% são da região Norte, 17,5% estão no Nordeste, 40,0% na região Sudeste, 34,4% na região Sul e apenas 6,3% na região Centro-Oeste. Por sua vez, esta concentração ressalta ainda mais a variação no número de municípios consorciados por unidade da federação, como mostra a Tabela 05. Roraima e Sergipe, por exemplo, não possui nenhum município com consórcio público de saúde.

Se nos determos apenas aos consórcios com participação do governo estadual, como caracteriza o caso cearense, a região Nordeste possui a maior porcentagem de municípios consorciados no campo da saúde (43,3%), em seguida vem a região Sul (36,9%) e Sudeste (16,7%) e por fim, as regiões Norte e Centro-Oeste, com 1,2% e 2,0%, respectivamente. No entanto, ao analisar o percentual de municípios que participam de consórcios junto aos seus estados, segundo as unidades da federação, percebe-se que estes valores são alavancados nas grandes regiões por apenas três estados: Ceará, Paraná e Minas Gerais.

GRÁFICO 02 – Percentual de municípios com consórcio público de saúde com a participação estadual, segundo a unidade da federação – 2015



Fonte: Elaborado pela autora com base na Pesquisa Munic/IBGE (2015)

Assim como há poucos trabalhos que analisam a relação entre os governos estaduais e os governos municipais na ótica da coordenação federativa, há também poucos estudos que estudam explicitamente esta relação dentro da institucionalidade dos consórcios. No campo da saúde, a maioria dos estudos sobre consórcios públicos apenas apontam a relevância da atuação estadual, sobretudo, no processo de indução técnica e financeira para implantação do arranjo entre os municípios. A lacuna na literatura pode ser justificada por dois motivos que se conectam: a forte consolidação dos consórcios intermunicipais na política de saúde e, por conseguinte, o número reduzido de consórcios que tem como parceiros o governo estadual e os municípios.

2. Consórcios públicos de saúde verticais e coordenação federativa: o caso do Ceará

O processo de descentralização da saúde no Ceará inicia-se bem antes da constituição dos consórcios públicos de saúde. Tandler (1998) analisou o primeiro movimento de descentralização da saúde no Ceará com o Programa de Agente de Saúde que começou em 1987, no início do Governo Tasso Jeiressati, caracterizado por reformas. Esse movimento representou um processo descentralizatório em que o governo central não recuou para fortalecer os governos locais, de maneira contrária, assumiu forte papel de coordenação das ações desenvolvidas no poder local.

Com o objetivo de organizar os governos subnacionais, o governo estadual suscitou uma dinâmica de interdependência em três direções: a direção local, a direção central e a direção cívica. O central, aqui, constituído na figura estadual. Essa dinâmica consistiu na criação de uma comunidade informada e exigente sobre os governos locais e, ao mesmo tempo, na capacidade dos prefeitos também de usufruir dos bônus políticos decorrentes do programa. Apesar do programa partir de uma iniciativa estadual, ele se concretizou como um produto relacional dessa dinâmica na medida em que a burocracia estadual precisava dialogar com o governo local e da comunidade local saiu a burocracia implementadora do programa, os agentes de saúde.

De 1991 a 1994, Ciro Gomes continua com um governo reformista, sendo seguido por mais dois governos consecutivos de Tasso Jeiressati (1995-1998 e 1999-2002). Esse período ficou conhecido como o Ceará dos Empresários, devido ao forte discurso de descentralização, eficiência e planejamento estratégico.

Lopes (2007) analisou a microrregionalização no estado nos períodos de 1998 a 2002 e 2003 a 2006. Segundo a autora, de 1998 a 2000, a microrregionalização foi protagonizada pela gestão estadual em movimentos de reforma. Os governos Tasso e Ciro permanecem com o discurso de descentralizar, mas sem abrir mão de coordenar e supervisionar o governo local. Nesse período, o estado antecipa as normas nacionais de regionalização de 2001 e já inicia o processo em seu território.

Já o período de 2001 a 2002 caracterizou-se pela regionalização no Ceará sob a influência da gestão federal, frente à publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS – 01/02. Nesse período, o Ceará consolida sua divisão microrregional e encerra um período de protagonismo estadual (LOPES, 2007).

É preciso ressaltar que a regionalização no Ceará foi induzida por um experimento de Eugênio Vilaça Mendes. Mendes propôs a implantação de sistemas microrregionais integrados de saúde com base em uma microrregionalização cooperativa e encontrou no Ceará um cenário favorável à experimentação. Além da consultoria nacional de Mendes, o estado contou com o apoio do *Department for International Development/DFID* (SAMPAIO, 2014; LOPES, 2007).

“A microrregionalização no Ceará, entre 2003 e 2006, ocorreu sob o governo Lúcio Alcântara, sendo

marcada pela continuidade das estratégias do governo anterior e também referenciada nas diretrizes vigentes e nos ajustes que se fizeram necessários quando ocorreram mudanças na política nacional” (LOPES, 2007, p. 43). A nova gestão estadual deu continuidade à diretriz da microrregionalização, sendo, em seu final, também influenciada pela gestão federal que instituiu o Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006) em substituição à NOAS.

Diante do breve relato da trajetória cearense observa-se que três principais fatores possibilitaram o processo de microrregionalização precoce no Ceará:

- a) a valoração que os governadores deram ao mecanismo de descentralização como símbolo de suas reformas e a capacidade de penetração que o estado possuía sobre os governos municipais, fruto de um legado de organização do poder local.
- b) a permanência da defesa do processo de regionalização na agenda de governo dos governadores estaduais, que posteriormente foi assegurada pelas diretrizes nacionais.
- c) o experimento proposto por Eugênio Mendes. Este fator se apresenta como o principal diferencial em relação à trajetória de microrregionalização em outros estados.

Quando o governo Cid Gomes inicia em 2007, volta um movimento de protagonismo do governo estadual no Ceará. O acúmulo de experiência da atuação do governo estadual no processo de microrregionalização da saúde no estado proporcionou a aprendizagem institucional necessária para formação dos consórcios. A estratégia de consorciamento nasce no Ceará como uma das ações do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde, lançado em 2007, primeiro ano do governo Cid Gomes. O programa estava estruturado em dois componentes. O primeiro diz respeito à ampliação da capacidade instalada, com a construção de hospitais regionais, Policlínicas, Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e aquisições de inovações tecnológicas. O segundo se refere ao aprimoramento institucional da gestão e da capacidade gerencial dos funcionários.

A reestruturação dos serviços proposta pelo Governo Cid Gomes tinha como foco os serviços de atenção especializada (média e alta complexidade). Para cumprir com esse objetivo, o governo estadual visualizou reformas nos hospitais já existentes na rede estadual e a construção de novos hospitais. Para os serviços especializados ambulatoriais eletivos, a proposta era a construção de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Policlínicas.

Para gerir as Policlínicas e os CEOs, o governo estadual propôs aos municípios a formação de consórcios públicos de saúde. Diferente das experiências mais conhecidas pela literatura, como Paraná e Minas Gerais, em que os consórcios contaram com o incentivo estadual, mas resultou em consórcios intermunicipais, os consórcios de saúde no Ceará são compostos pelo governo estadual e os municípios que compõem determinada região de saúde.

Das 22 microrregiões de saúde do estado, apenas a Região Fortaleza não se consorciou. O governo estadual custeou a construção de dois estabelecimentos de saúde por microrregião: uma Policlínica e

um Centro de Especialidades Odontológicas. Por sua vez, o custo de manutenção dos equipamentos é rateado pelo governo estadual e os municípios.

Os consórcios cearenses constituem associações públicas, de natureza autárquica e interfederativa, com personalidade jurídica de direito público. Destaca-se a adequação a Lei dos Consórcios de 2005. A análise da experiência cearense revela o potencial do ente que ficou um tanto esquecido pelo constituinte de 1988 quanto no momento atual: os governos estaduais (IPEA, 2014).

Após esta breve descrição da trajetória dos processos de descentralização da saúde e formação dos consórcios no estado que é essencial para compreensão das relações federativas na política de saúde, busca-se discutir sobre dimensões dos consórcios públicos verticais que podem influenciar a capacidade de coordenação federativa dos entes governamentais.

A iniciativa do governo estadual do Ceará desponta a capacidade de resposta dos estados frente às demandas locais e às exigências federais. Não se pode considerar que houve apenas uma adaptação da norma federal sobre consórcios, mas uma reformulação a sua realidade. Diante disso, pode-se discutir se o governo central para o conceito de coordenação federativa diz respeito necessariamente ao governo federal.

A posição intermediária do governo estadual em relação ao governo federal e aos municípios, lhe possibilita o papel de tradutor das normas federais para o contexto local. Ao mesmo tempo, a proximidade em relação aos municípios lhe coloca frente as reais demandas locais, facilitando a construção de estratégias inovadoras adequadas ao cenário de seus municípios.

Um dos pontos-chaves para pensar a capacidade de os consórcios auxiliarem a coordenação estadual é pensar o desenho institucional que sustenta o arranjo. Apesar dos consórcios resultar em uma ação conjunta entre estado e municípios, o desenho deve resguardar principalmente a autonomia municipal. Sendo o município o ente mais “fraco” nesta relação, é necessário o estabelecimento de regras formais e informais que deixem claras as responsabilidades de cada ente e evite a sobreposição dos interesses estaduais.

No Ceará, apesar da formulação da estratégia de consorciamento, sobretudo a legislação que a regula, ter sido estruturada pelo governo estadual, percebe-se que o conteúdo normativo assegura que as decisões sejam tomadas de maneira compartilhada. Os instrumentos institucionais – contratos de rateio, contratos de programa, relatórios de gestão – que estabelecem de forma clara qual as competências de cada ente, quais os mecanismos de coerção para o descumprimento de responsabilidades e torna obrigatória a avaliação periódica da atuação geral do consórcio, como de cada município (JULIÃO, 2016).

Um outro ponto relevante para os consórcios influenciarem a coordenação federativa se refere as relações interorganizacionais. O consórcio de saúde é um arranjo que fica no intermeio da relação entre diversas organizações que fazem parte da estrutura pública estadual, municipal e as estruturas que

formadas para obedecer a lógica cooperativa do SUS (Comissão Intergestores Regionais, Comissão Bipartite, Conselhos de Saúde. A sobreposição de arranjos de deliberação fomenta o constante o diálogo entre o governo estadual e os municípios.

As características regionais também influenciam a relação estado-município dentro do consórcio vertical. Cada região possui sua lógica territorial e peculiares históricas, epidemiológicas, geográficas e políticas. Com os consórcios verticais, o governo estadual encontra-se em uma dinâmica de promover uma homogeneização institucional, mas ao mesmo tempo, respeitar as demandas regionais específicas.

Oliveira (2008) três reflexões relevantes para estudos sobre a análise dos consórcios intermunicipais, que também se aplicam aos consórcios verticais. A primeira é que o fato dos municípios estarem consorciados estimula o governo estadual a investir em equipamentos de saúde regionais, visto que, é mais racional investir em serviços com cobertura regional do que em um único município. Dessa forma, o incentivo estadual advém da maior racionalização dos recursos (OLIVEIRA, 2008).

A segunda é que o interesse estadual aumenta com a organização regional, mas a articulação entre os municípios acarreta maior poder de barganha dos municípios frente ao governo do estado. Na relação entre um único município e o governo do estado, a questão partidária fica mais evidente, logo, em situação de oposição, a probabilidade de o município não receber incentivo aumenta.

Daí surge a terceira questão que a autora levanta: as definições partidárias devem ser consideradas na análise de cooperações intergovernamentais, pois a vontade estadual em cooperar pode reduzir de acordo com a posição partidária das prefeituras municipais. Neste sentido, a concordância partidária pode ser um “fator facilitador da cooperação intergovernamental” (OLIVEIRA, 2008, p. 120; DIEGUEZ, 2011; GUIMARÃES, 2010). No caso do Ceará, a ampla adesão das regiões de saúde mostra que os conflitos partidários podem ser suplantados.

De um modo geral, os consórcios podem ser visualizados como um mecanismo que dar maior previsibilidade as relações de cooperação e institucionaliza conflitos, pois, pelo menos em tese, assegura que os ônus e os bônus da cooperação sejam divididos de forma equilibrada. A sua função de equilibrar as relações federativas é importante para consórcios intermunicipais, mas é ainda mais relevante para os consórcios verticais, uma vez que institucionaliza a atuação de esferas governamentais superiores sobre os governos subnacionais, que possuem menor poder de barganha político e financeiro.

Isso é possível porque os consórcios verticais aliam dois movimentos cada vez mais relevantes para a dinâmica das relações intergovernamentais no Brasil. São eles: a articulação intermunicipal e a coordenação vertical (ABRUCIO; SANO, 2013). Na saúde, essa coordenação vertical tem origem no governo federal, entretanto, quando a responsabilidade sobre o processo de regionalização dos serviços passa para os governos estaduais, tornou-se essencial a busca por modelos de gestão que permitissem maior interlocução com os governos municipais.

Um dos principais desafios para as relações intergovernamentais de cooperação é equilibrar os valores da cooperação e, ao mesmo tempo, resguardar a autonomia das esferas governamentais envolvidas (WATTS, 2006). A participação do governo estadual na indução e constituição dos consórcios pode seguir dois caminhos: dar maior segurança ao arranjo ou fragilizar a autonomia municipal. Se a indução foi baseada em mecanismos de coordenação federativa, há maior garantia de integração entre os entes partícipes dos consórcios

O federalismo sanitário potencializa a utilização dos consórcios verticais na política de saúde. Os últimos instrumentos normativos reforçaram o papel do governo estadual como agente coordenador do processo de regionalização. Os consórcios verticais aliam a coordenação federativa via governo estadual com a cooperação intergovernamental necessária para regionalização dos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de saúde conta com a lógica de organização do SUS pautada na cooperação interfederativa, seus mecanismos de contratualização, bem como seus arranjos de deliberações, que favorecem a constituição de consórcios verticais no setor. Ressalta-se, no entanto, que é essencial para formação de um ambiente favorável ao consorciamento relações menos competitivas entre o governo estadual e governos municipais (ABRUCIO; FILIPPIM; DIEGUEZ, 2013).

Ressalta-se também que o legado da política nacional de saúde no Brasil (FRANCEZE, 2010) e, igualmente, o processo precoce de descentralização da saúde no Ceará foram determinantes para a conformação dos consórcios verticais no estado. Os consórcios verticais têm o potencial de fortalecer a regionalização da saúde, e este o papel equilibrar os movimentos de descentralização e centralização que a política de saúde sofreu nos últimos anos, porém, sozinho não é suficiente para o êxito da coordenação federativa na política de saúde.

O foco dos consórcios de saúde no Brasil, seja ele intermunicipal ou vertical, é a atenção à saúde especializada. No entanto, Nicoletto, Cordoni Jr. e Costa (2005) ressaltam que é necessário haver equilíbrio no desenvolvimento entre os níveis de atenção à saúde, pois é inviável para lógica de organização do sistema de referência e contrarreferência do SUS investir nos níveis de atenção secundário e terciário por meio dos consórcios, mas não avançar na porta de entrada do SUS, que é a atenção primária. Desta maneira, o princípio da integralidade não está sendo cumprido. “[...] A natureza sistêmica dos processos de descentralização e regionalização induz a mudanças na distribuição do poder e nas relações interinstitucionais estabelecidas na política de saúde, o que requer o fortalecimento de mecanismos de coordenação” (LIMA, 2013, p. 75).

Referências

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

_____; FILIPPIM, Eliane Salete; DIEGUEZ, Rodrigo Chaloub. Inovação na cooperação intermunicipal no Brasil: a experiência da Federação Catarinense de Municípios (Fecam) na construção de consórcios públicos. **Rev. Adm. Pública** — Rio de Janeiro, v.47, n.6, p.1543-568, nov./dez, 2013.

_____; SANO, Hironobu. **Associativismo intergovernamental: experiências brasileiras**. Luciana de Oliveira Garcia, Nelcilândia Pereira de Oliveira e Samuel A. Antero (Orgs.). Fundação Instituto para o Fortalecimento das Capacidades Institucionais – IFICI / agência espanhola de cooperação internacional para o desenvolvimento – AECID / ministério do Planejamento, orçamento e gestão – MPOG / editora IABS, Brasília-DF, Brasil - 2013.

ALMEIDA, Maria H. T de. (2000). **Federalismo e Proteção Social: a experiência brasileira em perspectiva comparada**. São Paulo, mimeo.

ARRETCHE, Marta. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. RJ: FGV; Fiocruz, 2012.

CEARÁ. **Manual de Orientação dos Consórcios Públicos em Saúde no Ceará: estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde**. 2009.

CRUZ, Maria do Carmo Meirelles Toledo; ARAÚJO, Fátima Fernandes; BATISTA, Sinoel. Consórcios numa perspectiva histórico-institucional In **Cadernos Adenauer**, Rio de Janeiro, v. 12, n.4, p. 11-124, 2011.

FRANZESE, Cibele. **Federalismo cooperativo no Brasil: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas**. 2010. 210 f. Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

GERIGK, Willson; PESSALI, Huáscar Fialho. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro v.48, n.6, p.1525-1543, nov./dez, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Informações Básicas Municipais – 2015**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2015.

LIMA, Luciana Dias de. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3, 2013. p. 73-139.

LOPES, Clélia Maria Nolasco. **Sistemas Microrregionais de serviços de saúde no Ceará (1998 - 2006): implantação e resultados na utilização de internações hospitalares**. 2007. 121 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará.

LOTTA, Gabriela Spanghero; Gonçalves, Renata; BITELMAN, Marina. A coordenação federativa de políticas públicas: uma análise das políticas brasileiras nas últimas décadas. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 19, n. 64, Jan./Jun. 2014

OBINGER, Hebert; LEIBFRIED, Stephan; CASTLES, Francis G. Introduction: Federalism and the welfare state In: OBINGER, Hebert; LEIBFRIED, Stephan; CASTLES, Francis G. (eds.). **Federalism and the Welfare State: New World and European Experiences**. New York: Cambridge, Cambridge

University Press, 2005. p. 1-48.

OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Municípios cooperando com municípios: relações federativas e consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 107-122, 2008.

SEGATTO, Catarina. Ianni. **O papel dos governos estaduais nas políticas municipais de Educação: uma análise dos modelos de cooperação intergovernamental**. 2015. 196f. Tese. Programa de PósGraduação em Administração Pública e Governo (Doutorado em Transformações do Estado e Políticas Públicas). Escola de Administração de Empresas de São Paulo, FGV, São Paulo

TENDLER, Judith. **Bom Governo nos Trópicos: Uma visão crítica**. RJ: Revan; Brasília: ENAP, 1998, 288p.