UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE
POLÍTICAS PÚBLICAS

KARINE SOUSA JULIÃO

**Cooperação intergovernamental na saúde:
os Consórcios Públicos de Saúde no Ceará como estratégia de coordenação estadual**

**São Paulo
2018**

KARINE SOUSA JULIÃO

**Cooperação intergovernamental na saúde:
os Consórcios Públicos de Saúde no Ceará como estratégia de coordenação estadual**

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas.

Versão corrigida contendo as alterações solicitadas pela comissão julgadora em 07 de maio de 2018. A versão original encontra-se em acervo reservado na Biblioteca da EACH/USP e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD), de acordo com a Resolução CoPGr 6018, de 13 de outubro de 2011.

Área de Concentração:
Análise de Políticas Públicas

Orientadora:
Prof^ª Dra. Cecília Olivieri

**São Paulo
2018**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO

(Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Biblioteca)

CRB 8 - 4936

Julião, Karine Sousa

Cooperação intergovernamental na saúde: os Consórcios Públicos de Saúde no Ceará como estratégia de coordenação estadual / Karine Sousa Julião ; orientadora, Cecília Olivieri. – 2018.

202 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Versão corrigida

1. Federalismo - Brasil. 2. Políticas públicas - Brasil. 3. Política de saúde - Ceará. 4. Consórcio público - Ceará. 5. Cooperação - Ceará. I. Olivieri, Cecília, orient. II. Título

CDD 22.ed. – 321.020981

Nome: JULIÃO, Karine Sousa

Título: **Cooperação intergovernamental na saúde:** os Consórcios Públicos de Saúde no Ceará como estratégia de coordenação estadual.

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas.

Área de Concentração:
Análise de Políticas Públicas

Aprovado em: 07 / 05 / 2018

Banca Examinadora

Profª Dra. Cibele Franzese

Fundação Getúlio Vargas (FGV)

Profº Dr. Hironobu Sano

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Profª. Dra. Sandra Cristina Gomes

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

À minha família.

AGRADECIMENTOS

À professora Cecília Olivieri, pela orientação dedicada, paciente e atenta. Obrigada por confiar nas minhas escolhas, ao mesmo tempo em que sempre se manteve criteriosa nas suas leituras. Sua orientação foi um diferencial na minha formação acadêmica.

Agradeço à Universidade de São Paulo e à CAPES, pelo apoio institucional e financeiro para o desenvolvimento da dissertação e a participação em congressos acadêmicos.

A todos que se disponibilizaram para contribuir com as entrevistas. Agradeço à Coordenadoria das Regionais de Saúde do Ceará (CORES/SESA), à Superintendência de Apoio a Gestão da Rede de Unidades de Saúde (SRU), às Coordenadorias Regionais de Saúde de Baturité, Maracanaú e Juazeiro do Norte, aos diretores dos Consórcios, Policlínicas e CEOs e aos secretários municipais de saúde entrevistados.

Aos professores do Mestrado em Gestão de Políticas Públicas, pelas discussões nas disciplinas e críticas construtivas nos seminários de pesquisa.

A todos os amigos do Programa de Mestrado em Gestão de Políticas Públicas, pelos momentos de escuta, discussão, e, também, de descontração no decorrer do mestrado. Agradeço especialmente à Ana Mathias, Érica Stella, João Resende, Gabriela Amaral e Marina Ruzzi, pelo apoio emocional e cooperação.

Aos amigos do Conjunto Residencial da USP (CRUSP), por dividirmos juntos os percalços e alegrias da vida acadêmica. Obrigada Fátima Silveira, Ingrid Torquato, Isadora Oliveira, Hyanna Medeiros e Igor Venceslau.

À Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), na qual eu dei meus primeiros passos no universo da pesquisa científica. Agradeço a todos os professores, técnicos administrativos e colegas que colaboram com a minha formação em Administração Pública, fundamental para eu estar finalizando este trabalho.

Por fim, agradeço a minha família. Agradeço a meus pais, Fátima e Raimundo, e as minhas irmãs, Ana Kelly e Kelciane, pelo total incentivo e apoio nesta jornada.

“O Consórcio Público de Saúde deu uma cara nova ao SUS no Ceará. Ele mostrou o SUS que nós queremos: um SUS funcionando”.

Frase de uma secretária municipal de saúde do Ceará.

RESUMO

JULIÃO, Karine Sousa. **Cooperação intergovernamental na saúde**: os Consórcios Públicos de Saúde no Ceará como estratégia de coordenação estadual. 2018. 202 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Versão corrigida.

A presente pesquisa aborda a temática do federalismo e políticas públicas, mais especificamente, das relações intergovernamentais que se desenvolvem em arranjos de cooperação intergovernamental. O objetivo do estudo é compreender como ocorreu a implantação da estratégia de consórcios públicos de saúde no Ceará e como se dá a cooperação intergovernamental entre o governo estadual cearense e seus municípios dentro do arranjo. Dois pressupostos nortearam o trabalho: a relevância da trajetória local e do arranjo federativo sanitário para análise do caso cearense. Utilizou-se abordagem metodológica qualitativa, através uso de pesquisa bibliográfica, análise documental e entrevistas semiestruturadas com os atores envolvidos na implantação e gestão dos consórcios. Os resultados do trabalho mostram que houve três principais movimentos de descentralização da saúde no Ceará: a implantação do Programa de Agentes de Saúde; o processo de microrregionalização; a implantação do PROEXMAES, a qual os consórcios estão vinculados. A análise dos movimentos revelou que há incrementalismo no processo de descentralização da saúde e na atuação do governo estadual, sem grandes rupturas na continuidade das políticas públicas. Os governos municipais sabiam da necessidade de se trabalhar na lógica regional. Todavia, a capacidade de oferta destes municípios era muito baixa, isto é, administrativamente a microrregionalização já estava implementada, mas as regiões continuavam com os mesmos vazios assistenciais. Os consórcios públicos de saúde vêm para ajudar a preencher este vazio regional e manter o governo estadual no papel de coordenador do processo de regionalização da saúde. Percebe-se que a escolha pelos consórcios foi um misto da trajetória institucional da política de saúde no Ceará e fatores conjunturais. O processo de implantação dos consórcios de saúde no Ceará foi idealizado pelo governo estadual e foi conduzido de maneira centralizada, apesar dos momentos diálogo com os municípios. A relação de coordenação na estratégia de consorciamento só se estabelece com a definição do desenho de arranjo de cooperação vertical estado/municípios. As relações que se estabelecem nos consórcios são caracterizadas por três dinâmicas: a) homogeneização *versus* respeito às heterogeneidades locais; b) interdependência *versus* autonomia; c) coordenação vertical *versus* coordenação horizontal. Por fim, entende-se que a estabelecida é de parceria, mais do que isso, é uma relação de coordenação federativa com mútuo benefício

aos entes governamentais envolvidos. De maneira ainda superficial, considera-se que os consórcios verticais possuem vantagens em relação aos consórcios intermunicipais, sobretudo, devido à lógica de negociação do Sistema Único de Saúde e à realidade de carências dos municípios brasileiros.

Palavras-chave: Federalismo. Cooperação interfederativa. Consórcios públicos. Saúde. Ceará.

ABSTRACT

JULIÃO, Karine Sousa. **Intergovernmental cooperation in health: the health public consortia as a state coordination strategy.** 2018. 202 f. Dissertation (Master of Science) – School of Arts, Sciences and Humanities, University of São Paulo, São Paulo, 2018. Corrected version.

The current research approaches the issue of federalism and public policies, but specifically, the intergovernmental relations that are developed in arrangements of intergovernmental cooperation. The study's objective is to comprehend how the implementation of the State of Ceará health public consortia strategy occurred and how does the cooperation between the state government of Ceará and its municipalities inside the arrangement happen. Two assumptions guided the work: the relevance of the local trajectory and the sanitary federative arrangement for analysis of the case of Ceará. It used the qualitative methodological approach, by means of bibliographical research, documental analysis and semi-structured interviews with actors involved in the consortia implementation and managements. The results showed that there were three main movements in the health decentralization in Ceará: the implementation of the *Programa de Agentes de Saúde*; the process of microregionalization; and the implementation of the PROEXMAES, from which the consortia are connected. The movements analysis revealed that there is incrementalism in the process of decentralization in health and the state government performance, without breaks in continuing public policies. The municipal governments knew the necessity to work on regional logic. However, these municipalities' supply ability was very low, that is, in administrative terms the microregionalization was already implemented, but the regions continued with the same assistant emptiness. The health public consortia come to help fill this regional emptiness and keep the state government in the role of coordinator of the health regionalization process. It is perceptive that the choice for consortia was a mix of the institutional trajectory of the health policy in Ceará and conjectural problems. The process of implementation of health consortia in Ceará was idealized by the state government and conducted in a centralized way, although the moments of dialogue with the municipalities. The coordination relation in the consortium strategy is established only with the definition of a design of the vertical state/municipality cooperation arrangements. The relations established in the consortia are characterized by three dynamics: a) homogenization *versus* respect to local heterogenizations; b) interdependency *versus* autonomy; c) vertical coordination *versus* horizontal coordination. Last, it is understood the relation established as a partnership, more than that, it is a relation of federative

coordination with mutual benefits to the governmental entities involved. Still in a superficial way, it is considered that vertical consortia have advantages comparing to intermunicipal ones, especially due to negotiation logic of the *Sistema Único de Saúde* and the reality of deficiency of Brazilian municipalities.

Keywords: Federalism. Inter-federative cooperation. Public consortium. Sealth. Ceará.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - 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	66
Tabela 2 - Comparação de municípios consorciados na área de saúde, no âmbito municipal, estadual e federal, por faixa de população, Brasil, 2005, 2011 e 2015	68
Tabela 3 - Municípios com consórcio público de acordo com área de atuação e tipo de arranjo, Brasil - 2015	70
Tabela 4 - Municípios cearenses que fazem parte de consórcio público por área de atuação do consórcio público - 2015	71
Tabela 5 - Municípios que participam de algum consórcio público, consórcio público de saúde, por unidade da federação - 2015.....	72
Tabela 6 - Síntese da organização das entrevistas	79
Tabela 7 - Regiões de saúde do estado do Ceará.....	83
Tabela 8 - Principais características dos agrupamentos das Regiões de Saúde do Ceará – CE	85
Tabela 9 - Regiões de Saúde pesquisadas	87
Tabela 10 - População residente, municípios da Região de Saúde de Baturité - Ceará -2015	88
Tabela 11 - N.º de unidades de saúde (CAPS, CEO, policlínica, UPA, hospital), municípios da Região de Saúde Baturité - Ceará, 2015	89
Tabela 12 - N.º profissionais de saúde (por 1.000 hab), municípios da Região de Saúde Baturité - Ceará, 2015.....	90
Tabela 13 - População residente, municípios da Região de Saúde de Maracanaú - Ceará - 2015	91
Tabela 14 - N.º de unidades de saúde (CAPS, CEO, policlínica, UPA, hospital), municípios da Região de Saúde Maracanaú - Ceará, 2015	92
Tabela 15 - N.º de profissionais de saúde (por 1000 hab), municípios da Região de Saúde Maracanaú - Ceará, 2015	92
Tabela 16 - População residente, municípios da Região de Saúde Juazeiro do Norte, 2015 ...	93
Tabela 17 - N.º de unidades de saúde (CAPS, CEO, policlínica, UPA, hospital), municípios da Região de Saúde Juazeiro do Norte - Ceará, 2015	94

Tabela 18 - N.º de profissionais de saúde (por 1000 hab), municípios da Região de Saúde Juazeiro do Norte - Ceará, 2015	94
Tabela 19 - Distribuição dos recursos do Programa por fonte de financiamento (em milhares de U\$)	109
Tabela 20 - Consórcios Públicos de Saúde no Ceará	140
Tabela 21 - Representação dos votos na Assembleia Geral	141
Tabela 22 - Recorte dos tópicos registrados nas atas da CIB-CE sobre Consórcio Público de Saúde, Policlínica e Centro de Especialidade Odontológico (2006-2016) por quantidade de vezes que foi discutido ao ano.....	194

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Proporção de adesões municipais ao Pacto pela Saúde nos estados — Brasil, 2010	46
Figura 2 - Institucionalidade e capacidade de atuação da CIB-Brasil, 2007 a 2009	48
Figura 3 - Triangulação de técnicas.....	75
Figura 4 - Recorte institucional para entrevistas	77
Figura 5 - Distribuição das regiões segundo os cinco grupos socioeconômicos.....	86
Figura 6 - Estrutura do Programa PROEXMAES	108
Figura 7 - Síntese da estrutura organizacional dos Consórcios Públicos de Saúde do Ceará	147
Figura 8 - Desenho das relações intergovernamentais na Dimensão Gerencial.....	164
Figura 9 - Desenho das relações intergovernamentais na Dimensão Política	165

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Mudanças ocorridas no Governo Cid Gomes	112
Quadro 2 - Comparativo entre os três principais movimentos de descentralização do Ceará	116
Quadro 3 - Comissão de implantação dos consórcios no Ceará.....	122
Quadro 4 - Perfil físico funcional de Policlínica Tipo I	145
Quadro 5 - Perfil físico funcional de Policlínica Tipo II.....	146
Quadro 6 - Perfil Físico Funcional do Centro de Especialidades Odontológicas Regional do Ceará.....	146
Quadro 7 - Mudança da legislação da divisão da conta parte do ICMS do Ceará	150
Quadro 8 - Instrumentos de gestão que são exclusivamente dos Consórcios	155
Quadro 9 - Instrumento de gestão regional que influenciam os Consórcios no Ceará.....	156
Quadro 10 - Papéis desempenhados pelo governo do estado segundo os relatos das entrevistas	169

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual de municípios com consórcios públicos, segundo a área de atuação - Brasil - 2015	69
Gráfico 2 - Percentual de municípios com consórcio público de saúde com a participação estadual, segundo a unidade da federação - 2015.....	73

LISTA DE SIGLAS

ASJUR	Coordenadora da Assessoria Jurídica
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CESAU	Conselho Estadual de Saúde do estado
CESAU	Conselho Estadual de Saúde do estado
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CISVALE	Consócio Público de Saúde Interfederativo do Vale do Curu
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COEMA	Conselho Estadual do Meio Ambiente
COEMA	Conselho Estadual do Meio Ambiente
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CORES	Coordenadoria das Regionais de Saúde
COSEMS	Conselho das Secretárias Municipais de Saúde do Ceará
CPSI	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Ibiapaba
CPSMA	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Acaraú
CPSMAR	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Aracati
CPSMB	Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité
CPSMBS	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Brejo Santo
CPSMC	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Crato
CPSMCA	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Canindé
CPSMCAM	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Camocim

CPSMCR	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Crateús
CPSMIC	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Icó
CPSMIG	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Iguatu
CPSMIT	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca
CPSMJ	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte
CPSMLN	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Limoeiro do Norte
CPSMM	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Maracanaú
CPSMQ	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Quixadá
CPSMR	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Russas
CPSMS	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral
CPSMT	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Tauá
CPSRCAS	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Cascavel
CRES	Coordenadorias Regionais de Saúde
ESP	Escola de Saúde Pública
FECOP	Fundo Estadual de Combate à Pobreza
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IQS	Índice de Qualidade da Saúde
LC	Lei dos Consórcios
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MAPP	Sistema de Monitoramento de Ações e Projetos Prioritário
MS	Ministério da Saúde
MUNIC	Pesquisa de Informações Básicas Municipais
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PAS	Programa de Agentes de Saúde
PAS	Programa de Agentes de Saúde
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PCF	Programa de Cooperação Federativa
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização

PDR	Plano de Desenvolvimento Regional
PDRA	Plano de Desenvolvimento Regional
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PEGASS	Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PME	Programa de apoio a pequenas e microempresas
PNRS	Plano Nacional de Resíduos Sólidos
POA	Plano Operativo Anual
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROEXMAES	Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado do Ceará
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SEGEP	Secretaria de Gestão Pública
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMSS	Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde (SMSS)
SRU	Superintendência de Apoio a Gestão da Rede de Unidades de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UGP	Unidade de Gerenciamento de Projetos
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	POLÍTICA DE SAÚDE E CONSÓRCIOS PÚBLICOS NO BRASIL PÓS 1988.....	28
2.1	ARRANJOS FEDERATIVOS E POLÍTICAS PÚBLICAS: HÁ ESPAÇO PARA O GOVERNO ESTADUAL NA COORDENAÇÃO FEDERATIVA?	31
2.2	RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE: A ATUAÇÃO DO GOVERNO ESTADUAL NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO.....	41
2.3	INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL....	52
2.4	CONSÓRCIOS PÚBLICOS COMO UM MODELO DE GESTÃO: ALIANDO COORDENAÇÃO E COOPERAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	57
2.5	PANORAMA DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS NO BRASIL: O DESTAQUE DA POLÍTICA DE SAÚDE	65
3	PERCURSO METODOLÓGICO	74
3.1	CLASSIFICAÇÕES DA PESQUISA, TÉCNICAS, FONTES DE COLETA E CATEGÓRIAS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	74
3.2	RECORTE DA PESQUISA: ESCOLHAS DAS REGIÕES DE SAÚDE POR NÍVEL DE DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO E OFERTA DE SERVIÇO	82
3.2.1	Caracterização das Regiões de Saúde	87
3.2.1.1	Região de Saúde Baturité	87
3.2.1.2	Região de Saúde Maracanaú.....	90
3.2.1.3	Região de Saúde Juazeiro do Norte	93
4	TRAJETÓRIA DA DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO CEARÁ: O GOVERNO CENTRAL NO LOCAL.....	96
4.1	QUANDO DESCENTRALIZAR É SINÔNIMO DO GOVERNO CENTRAL SE DESLOCAR PARA O LOCAL	96
4.2	ALTERNÂNCIA ENTRE A INFLUÊNCIA DO GOVERNO FEDERAL E O PROTAGONISMO ESTADUAL NA MICRORREGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE CEARENSE.....	101

4.3	GOVERNO CID GOMES: INCREMENTALISMO NA POLÍTICA DE SAÚDE <i>VERSUS</i> INOVAÇÕES ADMINISTRATIVAS.....	104
4.3.1	O papel do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)	108
4.4	COMPARATIVO ENTRE OS MOVIMENTOS DE DESCENTRALIZAÇÃO QUE MARCARAM A POLÍTICA DE SAÚDE CEARENSE	114
5	A EXPERIÊNCIA DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE VERTICAIS DO CEARÁ: A CAPACIDADE DE COORDENAÇÃO DO GOVERNO ESTADUAL NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	118
5.1	IMPLANTAÇÃO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO CEARÁ: O PAPEL DO GOVERNO ESTADUAL	119
5.1.2	Etapas de implantação da estratégia de consorciamento	127
5.2	DESENHO INSTITUCIONAL DOS CONSÓRCIOS CEARENSES	132
5.2.1	Estrutura organizacional dos Consórcios Públicos de Saúde do Ceará	138
5.2.2	Estrutura de financiamento: a mudança na cota parte do ICMS.....	148
5.3	PROCESSO DECISÓRIO COMPARTILHADO E SISTEMA DE RELAÇÕES INTERORGANIZACIONAIS COMPLEXOS	154
5.3.1	Instrumentos de gestão que incidem sobre os Consórcios.....	154
5.3.2	Sobreposição entre os arranjos de deliberação dos consórcios e os espaços de negociação do SUS.....	158
5.3.3	Os desenhos de relações intergovernamentais que condicionam os processos decisórios nos consórcios cearenses.....	163
5.4	CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE NO CEARÁ: PARCERIA OU REPASSE DE RESPONSABILIDADE	165
5.4.1	A percepção dos entrevistados do nível municipal e regional sobre a atuação estadual	167
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	172
	REFERÊNCIAS.....	184
	APÊNDICE A - TABELA 22 - RECORTE DOS TÓPICOS REGISTRADOS NAS ATAS DA CIB-CE SOBRE CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE, POLICLÍNICA E CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICO (2006- 2016) POR QUANTIDADE DE VEZES QUE FOI DISCUTIDO AO ANO.....	194
	APÊNDICE B – ROTEIROS DAS ENTREVISTAS	1987

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa aborda a temática da relação entre o arranjo federativo e as políticas públicas. Do ponto de vista teórico, mais especificamente, ela trata das relações intergovernamentais que se desenvolvem em arranjos de cooperação intergovernamental. O trabalho busca colaborar para o preenchimento da lacuna na literatura de estudos sobre a relação entre os governos estaduais e os governos municipais, uma vez que desde a promulgação da Constituição Federal de 1998, a maioria dos trabalhos debruçou-se sobre a relação de coordenação federativa entre o governo federal e os governos locais.

Já no âmbito empírico, o trabalho analisa o processo de implantação e operacionalização dos Consórcios Públicos de Saúde verticais do estado do Ceará. A estratégia de consorciamento nasceu no Ceará como uma das ações do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde, lançado em 2007, primeiro ano do governo estadual Cid Gomes. O governo estadual necessitava de uma alternativa para expandir os serviços especializados de média complexidade, tanto na área médica quanto na área odontológica, da capital cearense para as microrregiões de saúde. Fortaleza já não atendia a grande demanda vinda de pacientes do interior do estado. O governador tinha a proposta de entregar dois equipamentos de saúde às regiões de saúde para ser gerenciado junto ao estado: Policlínicas e Centro de Especialidades Odontológicas (CEOs). O consórcio público foi escolhido como modelo de gestão destes equipamentos.

O estado do Ceará optou por estimular a formação de consórcios em saúde tomando por base os municípios localizados numa mesma microrregião de saúde, visando facilitar o processo de estruturação de redes de atenção à saúde e tendo como referência o Plano de Desenvolvimento Regional (PDRA) (CEARÁ, 2009). Em cada região foi formado um consórcio público de saúde, tendo como membros os municípios que a compunham e o governo estadual.

A estratégia de consórcios do Ceará diferencia-se por sua natureza vertical. As experiências de consórcios no país são de natureza horizontal, isto é, contam com a participação apenas dos municípios. O Ceará foi o primeiro estado a adotar consórcios verticais de saúde logo após a aprovação da Lei dos Consórcios. Em 2005, a nova normatização federal passou a permitir a constituição de consórcios com a participação do governo federal e dos governos estaduais. Recentemente, o estado da Bahia implantou consórcios semelhantes à luz da experiência cearense. Dessa forma, esta pesquisa contribuiu

para a compreensão de uma modalidade de consórcio público ainda não estudado pela literatura: os consórcios verticais.

Diante disso, o objetivo deste estudo é compreender como ocorreu a implantação da estratégia de consórcios públicos de saúde no Ceará e como se dá a cooperação intergovernamental entre o governo estadual cearense e seus municípios dentro do arranjo. Busca-se responder aos seguintes questionamentos: como se caracteriza o processo de implantação dos consórcios públicos nas microrregiões de saúde cearenses e como se dá a relação entre o governo estadual cearense e seus municípios nos arranjos de cooperação? E a partir disso, discutir sobre a atuação do governo estadual nas relações intergovernamentais com os municípios no campo da saúde.

A pesquisa possui caráter qualitativo e, com relação à estratégia metodológica, é definida como estudo de caso único. Para tanto, foram trianguladas as seguintes técnicas de coleta de dados: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas. Ademais, dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) ajudaram a compreender qual o panorama atual dos consórcios no Brasil e localizar o caso do Ceará dentre as outras experiências.

Realizaram-se as entrevistas em três regiões de saúde: Baturité, Maracanaú e Juazeiro no Norte. Como critério de escolha foi utilizada a classificação da tipologia construída pela pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil”. Os resultados da pesquisa mencionada classificam as regiões em cinco grupos: Grupo 1 (baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços); Grupo 2 (médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços); Grupo 3 (médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços); Grupo 4 (alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços); Grupo 5 (alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços).

O Ceará possui uma região no Grupo 5, nenhuma região no grupo 4, uma região no Grupo 3, uma região no grupo 2 e 181 no Grupo 1. Dessa forma, a fim de estabelecer uma escolha representativa de região para realização das entrevistas, escolheu-se uma região para cada grupo. Maracanaú representou o grupo com médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços e Juazeiro do Norte representou o grupo de médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços. Baturité foi escolhida para representar o grupo com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços.

No que se refere à opção pela Região Baturité, a justificativa é que a Região foi o projeto-piloto na implantação dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde (SMSS) no Ceará, e, posteriormente, foi uma das primeiras microrregiões a se organizar na forma de consórcio público (JULIAO, 2016). A literatura sobre federalismo e políticas públicas destaca que tempo é uma variável relevante.

As entrevistas foram realizadas com dois objetivos: reconstruir a trajetória de implantação dos consórcios e compreender como se dá a relação entre o governo do estado e os municípios no arranjo de cooperação. Nesse sentido, foram entrevistados membros da equipe de implantação dos consórcios, gestores vinculados ao nível municipal, regional, estadual e gestores dos consórcios das regiões Baturité, Maracanaú e Juazeiro do Norte.

A análise da literatura permitiu a construção de dois pressupostos que nortearam a pesquisa de campo e a análise dos resultados: a) a reconstrução da trajetória é importante para compreender a articulação de entes governamentais na execução de políticas públicas. Diante disso, considerou-se que o processo de microrregionalização precoce no Ceará influenciou a rápida adesão dos municípios aos consórcios e é uma variável relevante para a compreensão do padrão de relacionamento entre o governo estadual cearense e seus municípios; b) a compreensão do arranjo federativo generalista não é suficiente para compreensão das relações intergovernamentais em arranjo de cooperação. Os estudos sobre a relação entre federalismo e políticas públicas cada vez mais deixam claro que as peculiaridades do setor de política pública têm grande relevância.

Realizou-se um esforço teórico de cotejar diferentes eixos de literatura que pudessem facilitar a compreensão do fenômeno da cooperação intergovernamental na política de saúde. Mapeou-se trabalhos sobre a relação entre o arranjo federativo, as interações intergovernamentais e as políticas públicas; o federalismo sanitário e a gestão da política de saúde; a institucionalização dos consórcios no Brasil; os consórcios como modelo de gestão da política de saúde e as características dos consórcios de saúde no plano nacional.

A análise da literatura e a análise preliminar do caso permitiram a construção de categorias de análise que cobrem as diferentes facetas da cooperação intergovernamental na saúde, sendo elas: coordenação federativa, cooperação intergovernamental, federalismo sanitário, desenho institucional, fatores políticos-institucionais, fatores histórico-estruturais e fatores conjunturais. Acredita-se que essas categorias têm potencial explicativo e merecem ser testadas em outros casos para que os limites entre elas fiquem ainda mais claros, bem como as intersecções entre os conteúdos de cada categoria. De um modo geral, a análise empírica do

caso cearense corroborou a relevância de todas as categorias propostas, mas as limitações do trabalho não permitiram que todas elas fossem exploradas no mesmo nível.

Os resultados do trabalho mostram a relevância da atuação do governo estadual no processo de descentralização da política de saúde no Ceará. Constatou-se que houve três principais movimentos de descentralização no estado: a implantação do Programa de Agentes de Saúde em 1987; o processo de microrregionalização que se iniciou no final nos anos 90; a implantação do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado do Ceará (PROEXMAES) a partir de 2009. Os consórcios fazem parte da proposta de reestruturação dos serviços estabelecida pelo PROEXMAES.

A iniciativa de descentralização através dos consórcios não foi uma ação isolada na trajetória cearense. A maneira como foi conduzida o processo de formulação e implantação dos Consórcios foi muito parecida com o processo de descentralização dos primeiros movimentos. O governo estadual manteve, no primeiro momento, uma postura impositiva na formulação da proposta de descentralização. No entanto, após convencimento dos governos locais a aderirem ao consórcio, permaneceu como membro e constituiu arranjos de constante diálogo com os municípios.

Assim como agiu o governo Tasso Jereissati no processo de implantação do Programa Saúde da Família e no processo de microrregionalização do estado, o governo Cid Gomes realizou um movimento que significou envolver os municípios na gestão e execução dos serviços, mas permanecendo como governo central na gestão da política. O aprendizado institucional acumulado nos últimos anos foi fundamental para adesão dos municípios, assim como para abordagem do governo estadual. O consórcio vertical é reflexo da consolidação do significado de descentralização no estado.

O governo cearense conseguiu ao longo dos anos antever influências federais e até mesmo idealizar experiências que foram posteriormente implementadas em território nacional. Isso mostra que os governos estaduais podem interferir indiretamente na difusão das políticas nacionais. A difusão de programas implantados em território nacional através de políticas subnacionais como, por exemplo, o Programa de Agentes de Saúde (PAS) e o Programa Saúde da Família (PSF) na área da saúde mostra a capacidade de inovações no plano local/estadual serem reestruturadas para um caráter nacional.

Os movimentos apresentaram características em comum como a essência inovadora, o grau de centralização que o governo estadual manteve em suas mãos *versus* uma dinâmica de

descentralização dos serviços, as reestruturações internas da Secretaria de Saúde do estado e o emprego de um modelo de gestão mais estratégico.

Percebe-se que há incrementalismo no processo de descentralização da saúde e na atuação do governo estadual, sem grandes rupturas na continuidade das políticas públicas. Os governos municipais sabiam da necessidade de se trabalhar na lógica regional. Todavia, a capacidade de oferta desses municípios era muito baixa, isto é, administrativamente a microrregionalização já estava implementada, mas as regiões continuavam com os mesmos vazios assistenciais.

O PROEXMAES, através dos consórcios públicos de saúde, vem para ajudar a preencher estes vazios regionais e manter o governo estadual no papel de coordenador do processo de regionalização da saúde. Sendo assim, o primeiro pressuposto sobre a relevância da trajetória no que se refere ao processo de microrregionalização foi confirmado, no sentido que a necessidade de consolidar a microrregionalização favorece a adesão e manutenção dos arranjos de cooperação.

Compreende-se que a escolha pelos consórcios foi um misto da trajetória institucional da política de saúde no Ceará e fatores conjunturais. Se por um lado, houve forte influência: dos dois empreendedores políticos Ananias Vasconcelos e Arruda Bastos, dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) à época, da dinâmica das relações intergovernamentais estabelecidas pela microrregionalização precoce e o legado negativo das fundações no estado, por outro, o governo estadual aproveitou duas janelas de oportunidades recentemente abertas para todos os estados federados, trazendo um cenário normativo favorável. A primeira delas diz respeito à promulgação da Lei dos Consórcios em 2005 e sua regulamentação em 2007, que deu solidez a institucionalização dos consórcios e possibilitou a formação de consórcios de cooperação de natureza vertical (municípios-estados e municípios-estados-União). Já a segunda consiste na aprovação do Pacto pela Saúde 2006, que buscou reduzir a atuação do governo federal e incentivar os governos estaduais coordenar os processos de descentralização e regionalização em seus respectivos estados.

O processo de implantação dos consórcios de saúde no Ceará foi idealizado pelo governo estadual e foi conduzido de maneira centralizada, apesar dos momentos diálogo com os municípios. A relação de coordenação na estratégia de consorciamento só se estabelece com a definição do desenho de arranjo de cooperação vertical. Com isso, o governo estadual teve como objetivo fortalecer o diálogo constante com os municípios e estabelecer o papel de regulador do consórcio. O governo estadual não recuou após a indução inicial de entrega dos

equipamentos de saúde, sugerindo um desenho institucional de consórcio vertical estado/municípios para cada região de saúde.

Numa busca de integração e de diferenciação, as diferentes facetas da relação entre os níveis municipal, regional e estadual revelam que três dinâmicas caracterizam os desenhos institucionais de consórcios verticais com escala estadual: a) homogeneização *versus* respeito as heterogeneidades locais; b) interdependência *versus* autonomia; c) coordenação vertical *versus* coordenação horizontal.

Os processos decisórios realizados nos consórcios cearenses são caracterizados pela obediência a diversos instrumentos de gestão que constroem as tomadas de decisões intergovernamentais. Outra característica importante é que há uma sobreposição entre os arranjos de deliberação dos consórcios e os espaços de negociação do SUS que favorecem o constante diálogo entre os atores envolvidos em tomada de decisão. Essa peculiaridade pode não ocorrer em outras políticas.

Por fim, os resultados do trabalho mostram que a relação que se estabelece é de parceria, mais do que isso, é uma relação de coordenação federativa com mútuo benefício aos entes governamentais envolvidos. Por mais que no momento de implantação dos consórcios tenha havido um posicionamento impositivo do governo do estado, o processo de implantação não deixou de ser dialogado. Após isso, o governo do estado conseguiu reestruturar a política de saúde do estado com a implantação dos consórcios, incluindo o município como parceiro das decisões.

Entende-se que o principal papel do governo estadual é ser regulador das atividades desenvolvidas pelo consórcio no âmbito regional. Esse é o papel que os estados desempenham na política de regionalização da saúde e o consórcio público de saúde foi a estratégia utilizada pelo governo cearense para fortalecer sua atuação.

Além desta Introdução, o presente estudo está estruturado em seis capítulos. O Capítulo 1 tem como objetivo apresentar a sistematização do embasamento teórico deste trabalho. O capítulo teórico apresenta os tradicionais estudos sobre o papel coordenador do governo federal na relação com os municípios, mas vai além expondo os poucos estudos que evidenciam o papel do governo estadual nos processos de descentralização das políticas públicas. A relevância do governo estadual torna-se ainda mais evidente com os estudos de federalismo sanitário. O ente intermediário da federação assume no decorrer do tempo o papel de coordenador do processo de regionalização, mas a forma que cada estado conduz esse processo se diferencia no território nacional, acarretando resultados diferentes para a política

de saúde. Os consórcios, sobretudo os consórcios verticais, aparecem como alternativa para fortalecer a regionalização e apresentam-se como um modelo de gestão que pode aliar cooperação intergovernamental e coordenação federativa. O capítulo também atualiza o panorama dos consórcios no Brasil, de maneira que indica que a política de saúde e os municípios de pequeno porte continuam centrais para formação de consórcios de saúde. O governo estadual cearense é citado na maioria dos estudos como um estado que avançou na descentralização da saúde, que fortaleceu as estruturas de deliberações do SUS e que mantém uma postura cooperativa com os municípios.

O Capítulo 2 apresenta as escolhas metodológicas que nortearam o desenvolvimento da dissertação. São mostrados quais os critérios utilizados para escolha das regiões de saúde que foram pesquisadas, as fontes e técnicas de coleta de dado, bem como são apresentados os sujeitos e arranjos contemplados com a atividade de campo. Por fim, são descritas as categorias de análise que emergiram da literatura e da prospecção do campo de pesquisa e que auxiliaram na análise dos resultados.

O Capítulo 3 apresenta a trajetória do processo de descentralização da política de saúde do estado. O objetivo não é fazer uma reconstrução histórica pormenorizada, mas pontuar o que se considerou como principais movimentos de descentralização da saúde cearense: PAS, microrregionalização e PROEXMAES. Para os dois primeiros movimentos, recorreu-se a literatura que já havia explorado essas experiências. Já para o segundo, realizou-se um esforço de análise documental. A contribuição central do capítulo é mostrar o incrementalismo na trajetória cearense e que os consórcios bebem de um legado institucional que coloca o governo estadual como ator central na descentralização dos serviços, porém com uma busca de espaços de diálogo com os governos locais e rupturas de inovações institucionais.

O Capítulo 4 analisa a experiência dos Consórcios Públicos de Saúde do Ceará, especialmente seu processo de implantação, o desenho institucional que caracteriza o arranjo no estado, o processo decisório e as relações interorganizacionais que definem a relação entre os entes da federação. Por fim, busca-se fazer uma discussão sobre a relação de coordenação entre o governo do estado do Ceará e seus municípios. O capítulo apresenta aspectos formais e informais da relação que se estabelece entre o governo do estado e os municípios dentro dos consórcios. São elencados todos os instrumentos de gestão que institucionalizam a relação interna ao arranjo, assim como são apresentadas as interferências de organizações externas. Realizou-se uma discussão sobre a divisão da cota parte do ICMS no estado que ajuda a

compreender como o governo do estado conseguiu a adesão municipal, de maneira a se manter como cofinanciador dos estabelecimentos de saúde gerenciados pelos consórcios e garantiu uma fonte de recurso para o repasse municipal.

Por fim, são tecidas algumas considerações finais sobre a análise do caso dos consórcios públicos de saúde cearenses. De um modo geral, os consórcios podem ser visualizados como um mecanismo que dá maior previsibilidade às relações de cooperação e institucionaliza conflitos, pois, pelo menos em tese, assegura que o ônus e o 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 locais 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 e 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, torna-se essencial a busca por modelos de gestão que permitissem maior interlocução com os governos municipais. Nesse sentido, o pressuposto sobre a relevância de se considerar aspectos do arranjo federativo peculiar a cada setor de política pública também foi confirmado, uma vez que as características da política de saúde constroem o governo estadual a intervir no plano regional de organização dos serviços de saúde.

As instituições federativas são passíveis de variadas combinações, como sugeriu Gomes (2009). Essas combinações, quando institucionalizadas em arranjos de cooperação, obedecem a lógicas internas ao arranjo, mas, sobretudo, respondem a lógicas externas, como as características atreladas a lógica setorial da política pública e fatores conjunturais, a saber: a agenda governamental e a atuação de empreendedores de políticas públicas.

Os estudos sobre federalismo sanitário apontam que há diversas experiências de regionalização da saúde em curso no Brasil, assim como existem diferentes estágios de regionalização do Sistema Único de Saúde. Dentre outros fatores, essa diferença se dá pela atuação dos governos estaduais. Mesmo estados como o Ceará, com contextos histórico-estruturais desfavoráveis, podem mostrar avanços na institucionalidade do processo de regionalização (PONTES *et al*, 2013).

2 POLÍTICA DE SAÚDE E CONSÓRCIOS PÚBLICOS NO BRASIL PÓS 1988

O objetivo deste capítulo é apresentar a sistematização do embasamento teórico deste trabalho. O federalismo brasileiro, como arranjo institucional, foi amplamente estudado nos últimos anos, sobretudo após a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988. A chamada “Carta Cidadã” inaugurou um novo desenho federativo ao reconhecer os municípios como entes governamentais, conferindo-lhes o mesmo *status* da União e dos estados e sem subordinação aos governos estaduais (ABRUCIO, 2011; ABRUCIO e FRANZESE, 2013; ARRETCHE, 2013; SOUSA, 2005; SOUZA, 2008). Essa mudança fomentou um processo complexo de municipalização das políticas públicas, sobretudo, as políticas de educação, saúde e assistência social.

O desenho brasileiro é diferente das demais federações, pois a CF/88 deu maior autonomia aos municípios para a provisão de políticas sociais e, no entanto, menor autonomia para a formulação de políticas. Dada a diversidade entre os municípios, os resultados das políticas públicas também são distintos (SEGATTO, 2015).

O novo desenho institucional também exerceu grande impacto na redefinição do padrão das relações intergovernamentais no país. Franzese (2010) apresenta duas particularidades importantes desse processo: a primeira consiste no forte movimento pró-descentralização; a segunda, no estabelecimento de competências compartilhadas entre os entes federais, como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e ações de colaboração no campo da educação (ABRUCIO e SANO, 2013). A primeira característica leva a um modelo de federalismo mais propício a competição, enquanto a segunda prediz a necessária cooperação entre as esferas governamentais (FRANZESE, 2010).

O impasse entre essas características revela que a Constituição não foi precisa quanto à definição de um modelo de federalismo cooperativo ou competitivo. Abrucio e Franzese (2013) reforçam a relevância destes dois aspectos no novo texto constitucional e seu impacto na questão federativa, articulando a influência da descentralização nas relações intergovernamentais.

Diante dessas características, logo após a promulgação da Constituição a maioria dos estudos preocupou-se com o embate entre centralização e descentralização. Em segundo plano, ficaram os arranjos de coordenação e cooperação entre as esferas governamentais. O debate muda a partir de 1995, pois a atuação federal, por meio de diretrizes de universalização de políticas públicas, transformou o padrão das relações intergovernamentais, tornando o

modelo federalista brasileiro mais próximo de um modelo cooperativo, e restringindo o poder decisório dos governos subnacionais. A trajetória dos municípios e das políticas públicas também fez com que os processos de municipalização e universalização não fossem lineares

Segundo Watts (2006), a principal questão em relações intergovernamentais de cooperação é equilibrar os valores cooperativos a fim de alcançar objetivos em comum e, ao mesmo tempo, preservar a autonomia das unidades constituintes, resguardando espaço para inovações políticas adequadas às condições locais.

Essa mudança direcionou a literatura para as relações entre a União e os governos locais, especialmente no que diz respeito ao papel coordenador do governo federal (FRANZESE, 2010; ABRUCIO, 2005). Como sistematizou Segatto (2015), a literatura brasileira já explorou de forma significativa o papel coordenador do governo federal frente aos municípios (ABRUCIO, 2010, 2005; ABRUCIO e FRANZESE, 2013; ABRUCIO, FRANZESE e SANO, 2013; ALMEIDA, 2005; ARRETCHE, 2012; BICHIR, 2011; FRANZESE, 2010; SOUZA, 2004, 2002; VAZQUEZ, 2012). De forma contrária, ainda é pequeno o número de estudos que têm como foco a relação dos governos estaduais com os governos locais (SEGATTO, 2015; GOMES, 2009; GONÇALVES, 2009; TENDLER, 1998; SEGATTO e ABRUCIO, 2016). Segatto e Gomes contribuíram para reduzir essa lacuna ao estudar a política de educação e Gonçalves ao estudar a política habitacional.

É possível elencar três principais fatores que levaram a concentração da literatura sobre federalismo e políticas públicas na relação entre governo federal e os governos municipais. O primeiro consiste na acentuada produção bibliográfica sobre a autonomia dos governos subnacionais, especialmente em países com conflitos. O segundo diz respeito à diversidade institucional dos governos locais. O terceiro fator refere-se à atuação do governo federal na redução de desigualdades regionais, através da redistribuição de recursos e do estabelecimento de parâmetros nacionais (SEGATTO, 2015). Esta pesquisa busca reduzir a lacuna da literatura sobre a relação estado-município, a partir da análise dos consórcios verticais em saúde no Ceará.

Buscou-se na análise da literatura sobre arranjos federativos e políticas públicas, autores que discutissem a relação entre federalismo e políticas públicas destacando o papel dos arranjos instrucionais sobre as políticas sociais. Prezou-se por trabalhos que não analisassem essa relação de forma unilateral, mas que também reconhecessem a capacidade de as políticas públicas alterarem os desenhos institucionais e, consequentemente, as relações intergovernamentais em países federativos.

Um segundo critério para seleção dos autores que constituem o arcabouço teórico desta pesquisa foi a compreensão de que desenhos institucionais são relevantes, mas não explicam tudo, pois existem outras variáveis explicativas que influenciam as relações intergovernamentais, dentre elas: contexto, dependência de trajetória, legado, tempo, aspecto territorial e relações políticas de poder.

A primeira seção deste capítulo busca revisar o debate sobre a influência do arranjo federativo nas políticas sociais e o espaço do governo federal e estadual na coordenação federativa. Procurou-se selecionar trabalhos que debatessem o papel coordenador na União sobre os governos subnacionais, mas, também, estudos que constatarem a existência de espaço para o governo estadual na coordenação federativa e destacaram quais as consequências desse espaço na redução das desigualdades de políticas públicas no território nacional.

A segunda seção pretende compreender a atuação do governo estadual no federalismo sanitário brasileiro. Nessa mesma linha de pensamento, foram selecionados os autores que tratam da temática das relações intergovernamentais na política de saúde no Brasil. Os estudos revelam que os processos de negociação na saúde são reflexos da trajetória da política de saúde no Brasil, uma trajetória baseada nos movimentos de descentralização e centralização, e na tentativa de equilíbrio através da regionalização. Os trabalhos indicam que a dependência de trajetória nas relações intergovernamentais sofre rupturas por alterações institucionais.

As mudanças na política nacional de saúde modificaram, sobretudo, o padrão de relações intergovernamentais na oferta dos serviços de saúde. As alterações fortaleceram o papel do governo estadual na coordenação federativa. Os achados dos trabalhos dialogam com a ideia de que a heterogeneidade nas condições históricas, políticas e socioeconômicas estaduais implicam em diferentes resultados das políticas implementadas nacionalmente. Isso revelou a limitação da relação exclusiva União-municípios, reconhecendo a necessidade da intermediação estadual.

A terceira seção traz o resgate da institucionalização dos consórcios públicos no Brasil. Sobre os consórcios, foram escolhidos autores que analisam a institucionalização desse modelo de gestão no Brasil e quais as vantagens dele para a formação de um sistema federativo mais cooperativo.

A quarta seção discute a adesão aos consórcios públicos como um modelo de gestão no país, tentando levantar a relevância do arranjo para política de saúde. Diversos trabalhos

que tratam do arranjo em diferentes setores de políticas públicas foram mapeados, mas as optamos por focalizar os que abordam a adesão do arranjo na operacionalização dos serviços de saúde.

Na quinta seção, buscou-se também revelar o panorama dos consórcios para política de saúde no Brasil e sua relevância para o estado do Ceará em termos numéricos. Para tanto, foram utilizados dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) e dados já tratados em outros trabalhos.

2.1 ARRANJOS FEDERATIVOS E POLÍTICAS PÚBLICAS: HÁ ESPAÇO PARA O GOVERNO ESTADUAL NA COORDENAÇÃO FEDERATIVA?

A literatura internacional reconhece que o desenho institucional de um país tem intensas implicações sobre a produção de políticas públicas (STEPAN, 1999, PIERSON, 1995; OBINGER, LEIBFRIED e CASTLES, 2005; WATTS, 2006). O federalismo aparece como uma das instituições principais para o desenvolvimento das políticas sociais também na literatura nacional, especialmente após a Constituição de 1988 (ABRUCIO, 2005; GONÇALVES, 2009; ARRECH, 2010; ABRUCIO e FRANZESE, 2013; ABRUCIO e FRAZESE, 2009).

Estudos mais recentes têm questionado se a partilha de reponsabilidades entre governos centrais e subnacionais afeta o processo de formulação e os resultados das políticas sociais, isto é, se a forma de estado é uma variável explicativa da capacidade de produção de políticas nacionais (OBINGER, LEIBFRIED e CASTLES, 2005).

Since federalism does not represent a uniform set of institutional arrangements across space and time, it would involve a heroic assumption to argue that it impacts welfare state development similarly across nations. The cross-country diversity of federal institutions, different interfaces and linkages with general governmental institutions, different party systems and systems of interest mediation, as well as different actor constellations with heterogeneous preferences, strategies and interests, constitute a broad range of institutional configurations, making it extremely unlikely that federalism will be associated with uniform patterns of social policy and similar developmental trajectories in all countries (OBINGER, LEIBFRIED e CASTLES, 2005, p. 28).

Obinger, Leibfried e Castles (2005) analisaram como a partilha de responsabilidades inerente ao federalismo afeta o processo de formulação e os resultados das políticas sociais. Além de os autores refutarem o uso apenas do federalismo como variável explicativa, como também fizeram Bichir (2011) e Pierson (1995), eles acrescentam o tempo como uma variável

central e concluem que a relação entre federalismo e políticas sociais é de influência mútua. “Isto é, enquanto já parece consagrado na literatura que o federalismo importa na vida política dos Estados – seja na representação política, na governabilidade ou na produção de políticas públicas –, a análise dos casos demonstra que as políticas públicas também importam e podem gerar efeitos sobre as relações federativas (ABRUCIO e FRANCEZE, 2009, p. 26)”.

[...] the assumption of a time invariant linear and one-directional relationship between federalism and social policy oversimplifies the institutional impacts on public policy outcomes and neglects interaction effects, historical contingencies and critical junctures. Rather, policy configurations and policy development in these nations result from an interplay between specific federal institutions, the general governmental structure and societal conflicts mediated by political parties and interest organizations, and are decided according to the prevailing distribution of power in the relevant policy arenas. (OBINGER, LEIBFRIED e CASTLES, 2005, p. 44).

Paul Pierson (1995) também discute a relação entre as instituições federativas e políticas públicas. O autor aponta que as instituições interferem em três dinâmicas distintas: nas preferências dos atores políticos e sociais; na criação de novos arranjos institucionais; na problemática de tomada de decisão compartilhada. No entanto, a partir da comparação entre o desenvolvimento da política social no Canadá e nos Estados Unidos, o autor constata que as instituições determinam a regra do jogo, interferindo nas estratégias e no poder de negociação dos grupos de interesse, mas há outras variáveis determinantes, como o contexto político e social. O autor também ressalta que em sistemas federais, o aspecto territorial possui grande relevância pelo fato de o sistema ter que lidar com demandas de diferentes circunscrições físicas. A variedade de interesses torna-se central, uma vez que cada unidade constituinte possui autonomia política, capacidade de propor políticas autônomas e poder de influenciar políticas sociais nacionais.

As primeiras discussões sobre políticas nacionais no Brasil foram profundamente influenciadas por estudos que assinalavam a forma de estado, federal ou unitário, como decisiva para os resultados das políticas públicas (GOMES, 2009). O debate inicial pontuava que a capacidade de produção de políticas nacionais, em contexto federativo, era limitada pelo poder de veto dos governos subnacionais, que tenderiam a ações fragmentadas.

Esse debate estava pautado na discussão de Stepan (1999). O autor analisou as relações intergovernamentais em democracias federativas. Stepan propõe uma classificação para substituir a dicotomia entre federalismo centralizado e descentralizado. Para ele, as federações democráticas estão em um continuum que vai da alta restrição do poder central

(*high demos constraining*) à ampliação do poder central (*demos enabling*). Na análise do autor, o Brasil ocupa a posição de extrema de *high demos constraining*. Suas previsões para democracia brasileira eram de que a posição do país no extremo do continuum de *demos -constraining* tornaria “difícil a aprovação de reformas e a redução das desigualdades. As instituições federativas seriam a causa da paralisia do governo central (ARRETCHE, 2013, p. 41)”.

Estudos posteriores seguiram a linha de pensamento de que o arranjo federativo não pode ser visto como uma estrutura estática e imutável (GOMES, 2009). Gomes (2009) considera que o federalismo não equivale sempre a menor capacidade de coordenação e controle do governo central, nem de forma contrária, uma total liberdade para os governos subnacionais. O federalismo, na verdade, assume diferentes formas de interação entre o governo central e suas esferas. Essa diferenciação “revela um quadro de variadas combinações institucionais que produzem maior ou menor autonomia para os governos locais ou regionais, assim como maior ou menor supervisão nacional pelo governo central, tanto em estados federados quanto em unitários (GOMES, 2009, p. 663)”.

Deste modo, Bichir (2011) destaca que mais relevante do que analisar apenas o federalismo como arranjo institucional, é importante analisar as relações intergovernamentais em casos particulares, como o caso brasileiro. Esse ponto é importante para esta pesquisa, pois se busca refletir sobre essa diferenciação no recorte estado-municípios.

Considerando que este trabalho trata da análise de um instrumento de cooperação entre o governo estadual e seus municípios e também que este instrumento está pautado em diretrizes nacionais, a saber, o Sistema Único de Saúde e a Lei dos Consórcios Públicos, entende-se como relevante compreender nesta revisão dois movimentos de relações intergovernamentais. O primeiro consiste no papel coordenador da União em relação aos governos subnacionais, este já bem explorado pela literatura, e o segundo diz respeito à relação entre o governo estadual e os governos locais.

Sobre o primeiro movimento, a questão que direcionou os estudos sobre federalismo e relações intergovernamentais nos anos após a Constituição de 1988 estava relacionada com a dinâmica entre as tendências de descentralização e centralização da federação (ALMEIDA, 2005). As interpretações foram heterogêneas. A descentralização tornou-se uma questão central no processo de redemocratização em reação à concentração decisória e financeira no âmbito federal nos anos de autoritarismo.

Decentralizar era sinônimo tanto da ampliação da democracia, quanto do aumento da eficiência e eficácia das políticas. O entendimento era que fortalecendo os governos subnacionais, os cidadãos poderiam exercer maior controle sobre a ação governamental e assim, reduzir a ineficiência burocrática e a corrupção (ABRUCIO, 2009; ALMEIDA, 2005; FRANZESE, 2010).

Por um lado, a literatura aponta o efeito negativo da descentralização (ABRUCIO, 2005, 2011; FRANZESE e ABRUCIO, 2009). Essa leitura acredita que a necessidade de políticas nacionais de universalização de acesso, em um momento de crise fiscal, fez com que a União não só transferisse recursos para execução da agenda federal, mas também a gestão propriamente dita das redes de prestação de serviços públicas nas áreas de educação, saúde e assistência social (FRANZESE e ABRUCIO, 2009).

Para além dos empecilhos financeiros e administrativos, a descentralização no Brasil também foi prejudicada pelo municipalismo autárquico, a ideia que os governos locais poderiam solucionar sozinhos todos os problemas que afligem sua população (ABRUCIO, 2005; ABRUCIO e SANO, 2013). A mentalidade autárquica dificulta a colaboração nas relações intergovernamentais, de tal forma que a cooperação só é aceita quando o custo da não cooperação é muito alto (ABRUCIO e SANO, 2013).

Entretanto, a estratégia de fortalecimento do governo federal não foi promover uma “queda de braço” para recentralizar competências. O momento de ajuste fiscal foi fundamental para que a estratégia de centralização se transformasse em coordenação; isto é, apesar dos esforços federais terem se dado no sentido de promover a universalização prevista na Constituição, sua estratégia foi fazê-lo por meio da ação subnacional, notadamente dos municípios (FRANZESE e ABRUCIO, 2009, p. 33).

Dada “a grande heterogeneidade entre os entes federativos, a pequena tradição de provisão de serviços no plano local, a baixa profissionalização da burocracia, a pouca efetividade do controle público em estados e municípios (ABRUCIO, 2011, p. 125)”, a descentralização pode gerar o aumento da desigualdade nos resultados das políticas no Brasil.

A dificuldade em cooperar não estava apenas no âmbito municipal. Os governos estaduais também não estavam propensos à cooperação. Abrucio e Sano (2013) consideram que entre 1982 e 1994 vigorou também um federalismo estadualista. Nesse contexto, os estados puderam repassar custo de irresponsabilidades financeiras à União, enquanto a concentração de reponsabilidades em políticas públicas estava com os municípios. O cenário mudou entre 1995 e 2006, anos em que os estados passaram por um grande ajuste financeiro e

administrativo, reduzindo a relação predatória entre eles (ABRUCIO e SANO, 2013). A questão é que cooperar poderia implicar mais gastos num momento de contenção e não se sabia como dividir os ônus e os bônus das ações colaborativas.

Abrucio e Sano (2013, p. 95) elencam três possibilidades para o governo estadual na época: “não atuar em prol da colaboração intergovernamental numa mesma área estadual, fazê-lo apenas em lugares com maioria governista ou, ainda, apoiar iniciativas de maneira mais informal, evitando uma ação mais institucional e duradora”. Nesta última opção poderia desfazer o acordo com cidades em que houvesse empecilho político.

Em síntese, Abrucio (2005, 2011), Abrucio e Sano (2013) e Franzese e Abrucio (2009) indicam que o desenho federalista de 1988 provocou efeitos centrífugos no federalismo brasileiro. A maior autonomia dada aos governos subnacionais, através da descentralização de receitas e competências, cria constrangimentos em excesso ao papel coordenador da União. O que resultou dessa dinâmica foi a carência de coordenação e a presença de competição governamental.

Por outro lado, uma parte da literatura nacional indica o papel centralizador da União na tomada de decisão, desde a Constituição de 1988. Estados e municípios são limitados e supervisionados pela legislação nacional, tanto na arrecadação tributária, quanto na alocação dos recursos. Dessa forma, as esferas subnacionais estão encarregadas apenas da execução das políticas (ARRETCHE, 2010; ARRETCHE, VAZQUEZ e GOMES, 2012). As mudanças na segunda metade da década de 90 significaram apenas a continuação dos dispositivos centrais já previstos na Constituinte.

É importante para esta análise a distinção conceitual entre *policy-making* e *policy desision making*. Enquanto a primeira se refere à reponsabilidade por executar a política pública, a segunda consiste na autoridade para tomar decisões sobre a política pública. Para Arretche (2010) e Arretche, Vazquez e Gomes (2012) é o não entendimento desta distinção que compromete algumas apreciações sobre o grau de autonomia dos governos subnacionais do Brasil.

Para além dessa disputa teórica, o ponto em comum que se ressalta nos trabalhos atuais é o conceito de coordenação. 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).

Em síntese, o papel coordenador da União está orientado para promover regras homogêneas para execução de políticas públicas no governo local. O governo central utiliza de dois mecanismos para fortalecer as regras federais: a obrigação de certos comportamentos aos governos subnacionais e o controle das transferências de recursos como instrumento de indução de escolha (ARRETCHE, VAZQUEZ e GOMES, 2012). Além desses dois mecanismos, os recursos institucionais também facilitam a ação coordenadora da União. Interessa-nos entender se o governo estadual também exerce esse papel coordenador na redução das desigualdades entre seus municípios.

Concernente à análise do segundo movimento, que diz respeito à relação do governo estadual com os governos municipais, obedeceu-se o recorte temporal deste trabalho, que tem como marco inicial o movimento de democratização que culminou com a promulgação da Constituição de 1988.

O trabalho de Abrucio (1998) foi um dos primeiros estudos a colocar o papel do governo estadual no centro do debate sobre federalismo e relações intergovernamentais. O autor buscou particularmente entender o fortalecimento do papel dos governos estaduais na política brasileira, sobretudo, no processo de redemocratização do país. Para o autor, o fortalecimento se deu por quatro fatores: a) o caráter da transição do regime autoritário, caracterizado pela atuação regional e a fragilidade dos partidos políticos; b) as mudanças na estrutura federativa, com o enfraquecimento da União no arranjo federativo; c) a crise do Estado Nacional-Desenvolvimentista; d) a constituição de um sistema ultrapresidencialista nos estados¹. Os governadores foram, portanto, os grandes condutores do processo de transição política.

No cenário de fortalecimento do poder político e econômico dos governos estaduais e enfraquecimento do governo federal, forma-se o que Abrucio denomina federalismo estadualista. Nessas condições, o governo estadual teria grande poder de veto sobre alterações na estrutura federativa e estabeleceria uma relação caracterizada pela não cooperação e por uma atuação defensiva frente ao governo estadual.

A leitura do autor para o contexto pós-constituente é a existência de dois sistemas presidencialistas distintos no federalismo brasileiro: um no nível federal e o outro no nível

¹ “O ultrapresidencialismo estadual brasileiro constituído na redemocratização tinha três características básicas: a) o Executivo controlava o processo decisório em toda a sua extensão; b) os outros Poderes não constituíam *cheques and balances* sobre o Executivo; c) o governador era o verdadeiro centro das decisões do governo, não havendo a dispersão de poder que acontecia no nível federal na relação entre presidente e ministros (ABRUCIO, 1998, p. 23).”

estadual. No primeiro, há equilíbrio entre os poderes executivo, legislativo e judiciário, conferindo fragilidade à figura do presidente. No segundo, há uma hipertrofia do executivo, e assim, o governador teria o poder de controlar os três poderes (o sistema ultrapresidencialista estadual).

Na dimensão econômica, para Abrucio, os estados venceram a batalha tributária na Constituinte quando conseguiram aumentar a parcela de recursos em 12,9% em relação à Constituição anterior, já a União teve uma perda de 1,05%. Os municípios também tiveram sua parcela aumentada. No entanto, o autor ressalta que a União manteve maior responsabilidade por diversos encargos, enquanto os estados eximiam-se das responsabilidades pelas políticas públicas. Outros ganhos econômicos dos estados dizem respeito ao não pagamento de suas dívidas à União e ao fortalecimento dos bancos estaduais, considerados "recursos protegidos" dos estados. Os bancos recebiam proteção do governo federal em troca de maior "barganha política, seja com políticos da órbita estadual, seja com os parlamentares federais, esperando, neste último caso, fidelidade dos deputados e senadores na votação de assuntos regionais no Congresso Nacional (ABRUCIO, 1994, p. 173)".

Os governos estaduais estavam, assim, em posição de vantagem tanto frente ao governo federal, como também em relação aos governos municipais, sendo essa uma das causas do grande poder dos governadores na política estadual. Isso se dá por três principais motivos (ABRUCIO, 1994, p. 175 – 176):

- a) a União tem sob sua jurisdição quase cinco mil municípios, o que a impossibilita tanto de dar um atendimento satisfatório a boa parte dele como de saber se os recursos foram "bem aplicados" - O que significa em alguns casos o "sumiço" dos recursos. Cada governo estadual, a contrário, tem individualmente melhores condições de controlar a destinação dos recursos, utilizando-os de forma mais eficaz; depois, uma parcela considerável dos recursos do governo federal que vai para os municípios passa pelas mãos dos governos estaduais, que na verdade foram os intermediários das verbas [...];
- b) não há estruturas político-administrativas intermediárias que congreguem os interesses das centenas de municípios junto ao governo estadual. O Executivo estadual se aproveita da fragmentação das demandas municipais para controlá-las e até organiza-las, tendo, diante de cada município, uma enorme força para decidir os rumos do processo decisório;
- b) o ente administrativo da Região Metropolitana, que deveria servir para descentralizar o poder no nível estadual, não tem a autonomia financeira, política e administrativa para organizar os interesses dos municípios de sua área. As decisões estaduais ficam inteiramente concentradas nas mãos dos governadores, que não possuem nenhum contrapeso geográfico ao seu poder, numa situação bem diferente da existente no plano nacional, onde os estados contrabalanceiam de fato o poder da União.

É a dinâmica ultrapresidencialista estadual que garante a força dos governadores sobre as lideranças políticas locais. Os governadores conduziam a política estadual quase sem oposição, uma vez que os governos subnacionais apoiavam e/ou aderiam as decisões estaduais sem propor mudanças, dada sua alienação durante o período da redemocratização.

É necessário ressaltar que apesar de Abrucio (1994, 1998) destacar a importância e o fortalecimento dos governos estaduais, seu trabalho não aponta que os governos estaduais teriam o poder de governar o país no cenário estudado, mas apenas indica que os governadores conseguem criar coalizões de veto frente às tentativas de mudanças propostas pelo presidente, principalmente em relação às alterações da estrutura administrativa e financeira do arranjo federativo. O trabalho do autor avança indicando posteriormente o refortalecimento do governo federal, e também a manutenção do ultrapresidencialismo nos estados, isto é, a relação entre governo federal e governo estadual é alterada, mas em alguma medida mantém-se o controle dos governadores sobre as assembleias estaduais e as lideranças políticas locais.

Em estudo mais recente, Arretche (2014) relativiza o título de barões da federação dado aos governadores no período da redemocratização, como também questiona se de fato houve uma recentralização do governo federal pós-Constituinte e, com isso, uma fragilização dos governos estaduais. A autora faz um estudo comparado entre o Brasil e outros países que adotam o arranjo federativo, a partir das regras constitucionais que determinam as relações intergovernamentais em cada Estado.

Os resultados do trabalho mostram que os governos intermediários brasileiros se distanciam de características que se configuram nas federações de países desenvolvidos, como Estados Unidos, Canadá e Suíça, nos quais os governos estaduais possuem autoridade para se impor à União em decisões que interfiram na definição de políticas implementadas em seu próprio território ou sobre políticas de caráter nacional. Dessa maneira, os estados brasileiros estão mais próximos de federações do tipo cooperativa, como Alemanha, Áustria e Austrália, nas quais predominam políticas de natureza nacional, o que indica “limitação da *self-rule* dos governos intermediários”. Ainda assim, os estados brasileiros distanciam-se das federações cooperativas no que diz respeito à capacidade de influenciar às “tomadas de decisões nas arenas decisórias centrais (Senado e conselhos intergovernamentais)”.

Para a autora, não foram as medidas de estabilização macroeconômicas do governo Fernando Henrique Cardoso que beneficiaram a centralização em favor da União, pois é exatamente a dificuldade de os governos estaduais vetarem alterações que afetaria de maneira

negativa suas receitas, o que indica que a Constituição de 1988 já limitou a atuação estadual e que a fragilidade estadual não é fruto do fenômeno de recentralização fiscal.

Para este trabalho, apesar de se reconhecer a extrema relevância da discussão sobre a recentralização dos recursos fiscais nas mãos do governo federal, mostra-se ainda mais relevante, para análise do caso cearense, discutir o potencial dos governos estaduais conseguirem desenvolver sua “capacidade e iniciativa de desenho e execução de políticas públicas (MONTEIRO NETO, 2014, p. 7)”. Logo, esta pesquisa aproxima-se dos estudos que se debruçam sobre a iniciativa de diversos governos estaduais “inovarem no âmbito das políticas de gestão pública de forma bastante autônoma em relação à União (ABRUCIO E GAETANI, 2006, p. 1)”, sobretudo, a partir da relação com os governos municipais.

Nesse sentido, os estudos que tratam da relação entre os estados e os governos locais em federações mostram duas questões: a primeira é que os desenhos institucionais entre os governos locais variam e a segunda que também não são homogêneos os tipos de relações entre eles (SEGATTO e ABRUCIO, 2016).

De maneira sintética, a literatura mostra que há um continuum de cooperação mesmo com a multiplicidade de governos locais e suas diferentes atribuições entre os países. Em um extremo, há práticas mais institucionalizadas e com maior entrelaçamento entre os entes e, no outro, ações mais informais e com menor entrelaçamento. É importante ressaltar que podem ser encontradas, em um mesmo país, práticas mais e menos institucionalizadas e mais e menos entrelaçadas, dependendo da política pública (SEGATTO e ABRUCIO, 2016, p. 416).

Sandra Gomes (2008) analisou os fatores que influenciam as decisões dos governos municipais em relação à provisão de serviços públicos na federação brasileira. A autora utilizou como objeto empírico a municipalização do ensino fundamental no país. Contrariando a interpretação dominante, que aponta o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef), uma medida federal, como o único fator explicativo para municipalização da educação no Brasil, Gomes (2008) apresenta o interesse dos governos estaduais em "transferir" o serviço para os seus municípios e a consolidação desse interesse em programas estaduais, adicionais ao Fundef, como o principal fator explicativo para municipalização.

O resultado de seu trabalho identificou a existência de programas estaduais como um fator determinante na adesão dos governos municipais a novos encargos na educação. Em estados que foram intensamente atingidos pela perda de receitas com a implementação do Fundef e não adotaram programas de incentivo adicionais, o crescimento da municipalização foi inferior.

Dessa forma, Gomes (2008) argumenta que o papel do governo estadual continua decisivo na descentralização de serviços públicos que exige a adesão dos governos municipais. Mesmo que a esfera estadual não seja um empecilho para aprovação de normas federais e “o governo federal tenha condições de aprovar medidas que interferem na autonomia de gastos dos entes federados (p. 33 – 34)”, a esfera estadual permanece como um dos atores central para implementação de políticas pública.

Gonçalves (2009) apresentou uma análise sobre a atuação dos governos estaduais na federação brasileira em relação à produção de políticas públicas que se ajusta as discussões de Pierson (1995). A autora parte do pressuposto de que ainda que as alterações em nível nacional, em determinada política, tenham impacto significativo no conjunto dos estados, as repostas que os estados irão dar a esses impactos, o percurso de suas intuições e a forma de atuação não são homogêneas. O argumento central é que a heterogeneidade entre os estados e as peculiaridades de seu desenvolvimento institucional, assim como a trajetória de determinada política pública “são, portanto, relevantes variáveis que influenciam, mutuamente, os efeitos de coordenação e o desempenho das políticas públicas no federalismo (GONÇALVES, 2009, p.121)”.

Segatto (2015) e Segatto e Abrucio (2016) analisaram a atuação de seis governos estaduais, a saber, Acre, Ceará, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará e São Paulo, no processo de coordenação federativa em seus municípios na área da educação. Os resultados da pesquisa mostraram que os modelos de cooperação entre estados e municípios são diversos. Dos estados analisados, apenas o caso cearense apresenta um modelo que pode ser caracterizado como coordenação estadual, dentro de uma lógica de atuação institucionalizada, estável e sistêmica.

Segatto analisou mais explicitamente a relação entre os estados e os municípios, tendo também como objeto empírico a política de educação do Brasil. Ademais, também verificou o impacto dessa relação nas políticas educacionais e a existência de uma coordenação estadual. Nos casos em que constatou sua existência, averiguou se ela reduz o nível de desigualdade nos resultados da política de educação. A autora constatou que as relações entre estados e municípios são muito heterogêneas no Brasil, ou seja, não há um padrão entre elas. Segatto aponta como um dos diferenciais da experiência cearense a ação do governo estadual na uniformização das condições institucionais entre os municípios. Nos demais estados, apesar de não haver coordenação, a maioria possui parecerias com os

municípios. Nesse sentido, apesar de não haver uma institucionalidade homogênea, a relação entre estados e municípios é cada vez mais fortalecida com a ideia de cooperação.

Segatto conclui que o resultado cearense mostra que "ao estabelecer padrões mínimos em termos de condições institucionais em todos os seus municípios, aumenta a probabilidade de redução das desigualdades de resultados entre as políticas municipais de Educação (SEGATTO, 2015, p. 163-164)". Logo, assim como o governo federal utiliza da coordenação para reduzir as desigualdades em federações, os estados podem desempenhar um papel de coordenação estadual para reduzir diversidades intermunicipais.

Como pode ser observado, não há consenso na literatura sobre a relação entre federalismo e políticas públicas no Brasil (SEGATTO, 2015). Entretanto, todos os estudos assinalam que o aumento na coordenação federal a partir de 1995 influenciou positivamente os resultados alcançados pelas políticas públicas implementadas pelos governos subnacionais (SEGATTO, 2015, ARRETCHE, VAZQUES e GOMES, 2012).

2.2 RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE: A ATUAÇÃO DO GOVERNO ESTADUAL NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO

A organização de sistemas de políticas de saúde guarda certa complexidade em países federativos (ROCHA, 2016; LIMA, 2013; PIERSON e LIEBFRIED, 1995). As diferentes esferas de poder permitem que os interesses também sejam diversos e as demandas particulares não necessariamente coadunem em um mesmo objetivo. Além do desenho do arranjo federativo, a trajetória da política de saúde é essencial para compreender os processos de negociação, acordos e vetos nas relações intergovernamentais (LIMA, 2013; VIANA e MACHADO, 2009). No Brasil, a política de saúde é apontada pela literatura como referência em negociação federativa entre os entes governamentais (HOCHMAN e FARIA, 2013; ABRUCIO e SANO, 2013; VIANA e MACHADO, 2009; LIMA, 2013; MACHADO, 2009; FRUTUOSO, 2010).

A importância da questão federativa na política de saúde brasileira aparece desde a instauração da República. Os modelos federativos variaram na provisão dos serviços e na forma com que se davam as relações entre as esferas governamentais, com base em diferentes graus de centralização e descentralização (DOURADO e ELIAS, 2011, VIANA e MACHADO, 2009).

Reconhece-se a relevância de aspectos da política de saúde anterior ao SUS, no entanto, o debate sobre o federalismo ganha outra relevância a partir da proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O movimento de reforma sanitária consubstanciou o reconhecimento da saúde como um direito de todo cidadão na Constituição de 1988, que aprovou a criação do SUS, pautado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade (DOURADO e ELIAS, 2011; MACHADO, 2007; FRUTUOSO, 2010). A implementação do SUS atrelou-se ao projeto de um federalismo democrático e à configuração de uma política de abrangência nacional e descentralizada (VIANA e MACHADO, 2009). A proposta seguiu a mudança do modelo de intervenção do Estado da nova Constituição.

Na década de 90, a Lei Orgânica de Saúde² unificou o comando sobre a política nacional, incorporando o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde. Para Machado (2007), a unificação do comando nacional e a diretriz descentralizadora do SUS exigiram o fortalecimento também das autoridades sanitárias estaduais e municipais, modificando a atuação do governo federal (LIMA, 2013; VIANA e MACHADO, 2009; MACHADO, 2007).

A Lei Orgânica da Saúde balizou a estrutura federativa no setor ao determinar que todos os três entes federados têm o dever de atuar na “promoção, proteção e recuperação da saúde, com autonomia de cada esfera de governo para a gestão do sistema nos limites do seu território. Estabelece-se, assim, uma forma de organização política que pode ser adequadamente designada federalismo sanitário brasileiro” (DOURADO e ELIAS, 2011, p. 205).

A justificativa para o fortalecimento dos governos subnacionais está inserida na agenda geral de reforma dos Estados, que pode ser observada desde o final da década de 1970. A descentralização era vista como um instrumento para melhorar a eficiência, a efetividade e o *accountability* da política de saúde e promover um processo de democratização, que ao mesmo tempo pudesse proteger o desenho federativo e respeitar as demandas territoriais (LIMA *et al*, 2012a).

No caso brasileiro, o Sistema Único de Saúde está fundamentado essencialmente nos processos de descentralização, regionalização e hierarquização. A necessária compatibilização entre esses processos (MACHADO *et al*, 2014) “induz a mudanças na distribuição do poder e

² A Lei Orgânica da Saúde é composta pelas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

nas relações interinstitucionais estabelecidas na política de saúde, o que requer o fortalecimento de mecanismos de coordenação” (LIMA, 2013, p. 75).

Apesar da descentralização político-administrativa da saúde ser concebida de maneira associada à regionalização e à hierarquização, a implantação do SUS no primeiro decênio recebeu influência do movimento que privilegiou a descentralização das políticas sociais para os municípios. Dessa forma, a municipalização dos serviços foi priorizada, em detrimento da regionalização (DOURADO e ELIAS, 2011).

A primazia da dimensão municipalista da descentralização trouxe avanços para o SUS, sobretudo relacionados à responsabilização e à ampliação da capacidade de gestão em saúde dos municípios. Além disso, o esforço necessário para seu cumprimento possibilitou a instituição de componentes importantes para o sistema, destacando-se a firmação dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, a progressiva modificação dos critérios de financiamento – passando do pagamento por produção para a transferência automática per capita – e a criação e consolidação dos colegiados intergovernamentais: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no nível federal e as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) no nível estadual (DOURADO e ELIAS, 2011, p.208).

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi criada em julho de 1991, mas só foi organizada pela Norma Operacional Básica 01/1993. De maneira geral, a literatura avalia de forma positiva o papel da CIT no processo de descentralização do SUS e na condução do Pacto pela Saúde, especialmente na elaboração de normas. Seu funcionamento possibilita a negociação de demandas, diretrizes e conflitos que envolvem as três esferas de governo (LIMA, 2013). Por outro lado, estudos também apontam que algumas decisões estratégicas que afetam a política de saúde no âmbito estadual e municipal não passam pela CIT e que existe assimetria de poder sobre a política entre os três entes (LIMA, 2013; MACHADO, 2007).

A Norma Operacional Básica de 1993 também criou a figura das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) como instância responsável para o processo de descentralização na esfera estadual. As CIBs são formadas por representantes do governo estadual e por representantes dos secretários municipais. Os primeiros são indicados pelo secretário de saúde estadual e os segundos pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde.

Entretanto, fruto da ênfase na municipalização, o federalismo sanitário caracterizou-se nesse período pela relação mais próxima entre o governo federal e os governos municipais. Por um lado, o protagonismo da esfera federal foi crucial para municipalização, por outro, a construção de mecanismos de relações intermunicipais ficou em segundo plano. Dourado e Elias (2014) atribuem a isso a fragilidade da relação entre os governos estaduais e seus

municípios. A Norma Operacional Básica de 1996 buscou incentivar a coordenação estadual por meio da ampliação do escopo das CIBs e da instituição de Programações Pactuadas e Integradas de Assistência à Saúde (PPIs). Todavia, a ausência de recursos financeiros dificultou os estados a assumirem essa função. Diante desse contexto, havia vários obstáculos à organização de redes assistenciais regionalizadas.

Uma década após a aprovação do SUS, somente a ação municipalizada mostrou-se insuficiente para o alcance dos objetivos da política nacional de saúde. A heterogeneidade entre os resultados alcançados pelos entes municipais suscitou a necessidade de equacionar as diferenças na capacidade de provisão dos serviços públicos. Essa conjuntura reforçou a defesa do processo de regionalização na década de 2000, com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) (DOURADO e ELIAS, 2011). A aposta da NOAS é que a estratégia de regionalização poderia aprofundar a descentralização e dar caráter integral à provisão do serviço.

A esfera estadual passou a ordenar o processo de regionalização sanitária com o **Plano Diretor de Regionalização**, instrumento que traduziria o planejamento regional de acordo com as particularidades de cada estado (e do Distrito Federal), em consonância com os recursos disponíveis. Estes seriam alocados conforme a **Programação Pactuada e Integrada**, e com previsões de necessidades de novos recursos expressas no Plano Diretor de Investimento. A partir desse planejamento regional, pretendia-se garantir acesso aos serviços de saúde em qualquer nível de atenção a todos os cidadãos, fundamentando-se na configuração de sistemas funcionais e resolutivos, na organização de redes hierarquizadas de serviços e no estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais. Na prática, a NOAS tentou reeditar o federalismo sanitário brasileiro, incutindo níveis regionais (módulos assistenciais, regiões, macrorregiões) entre estados e municípios, mas operando sobre a organização político-administrativa instituída, em que a gestão dos sistemas já estava descentralizada para os municípios (DOURADO e ELIAS, 2011, p 207-208).

Segundo Dourado e Elias (2011), apesar de seu potencial, a proposta da NOAS enfrentou importantes obstáculos. Sua proposta de regionalização era rígida e formalista (ROCHA, 2016). A municipalização já havia fornecido certo grau de autonomia aos municípios na gestão da saúde. Nessa lógica, submeter-se ao planejamento regional sob a atribuição das secretárias de saúde estaduais caracterizava-se como um processo de recentralização. Outros constrangimentos à NOAS estão relacionados à concentração de recursos financeiros no governo federal, à relegação do papel da esfera estadual e à ausência de mecanismos de cooperação. Esses fatores que desfavoreceram a cooperação desencadearam disputas entre os governos estaduais e municipais e mostrou que indução federal é insuficiente para coordenação federativa.

Para Lima (2013, p. 90), o modelo de descentralização na política de saúde até o início do ano 2000 teve influência positiva para expansão dos serviços e transferências de recursos. No entanto, “não foi de resolver as imensas desigualdades regionais presentes no acesso, utilização e gasto público em saúde, além de não ter conduzido à integração de serviços, instituições e práticas no território e à formação de arranjos mais cooperativos na saúde”. A desigualdade tornou o processo de descentralização extremamente dependente das condições locais prévias e os resultados da política de saúde refletiram a heterogeneidade das capacidades técnicas e políticas dos governos subnacionais.

É consenso na literatura o papel crucial do Ministério da Saúde no processo de descentralização que vai da década de 90 ao início da década de 2000. Outra conformidade é que as transformações na política de saúde foram condicionadas pela dinâmica no desenho federativo, mas que houve também um processo inverso, no qual a descentralização da política de saúde também reconfigurou a atuação federativa (VIANA, 2009).

A partir da união de forças entre o Ministério da Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite é reforçada a ideia de que os gestores sanitários deveriam ser responsabilizados a partir de acordos e metas negociadas. A proposta de as três esferas assumirem compromisso de forma cooperada e solidária resultou em um instrumento normativo, denominado Pacto pela Saúde 2006³. O Pacto ratificou a importância da regionalização como eixo orientador do processo de descentralização e das relações intergovernamentais (DOURADO e ELIAS, 2011). O governo estadual continuou com o papel de coordenador na elaboração do Plano Diretor e de Regionalização e do Plano de Investimento e da Programação Pactuada e Integrada. Estados e municípios têm autonomia para delimitar de maneira compartilhada suas regiões de saúde nas CIBs e para definir quais serviços devem ser ofertados na região (DOURADO e ELIAS, 2011).

A adesão formal dos estados e municípios ao Pacto pela Saúde ocorreu por meio dos Termos de Compromisso de Gestão (TCG) nas CIBs estaduais. Posteriormente, os termos

³ O Pacto pela Saúde é composto pela articulação de três dimensões complementares: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. “O Pacto pela Vida corresponde à definição de prioridades, que se traduzem em objetivos e metas de melhoria das condições de saúde da população, a serem acordadas pelas três esferas de governo. Já o Pacto em Defesa do SUS, indica a necessidade de um movimento político mais amplo, explicitando algumas iniciativas e ações para a garantia dos princípios e diretrizes da reforma sanitária, que transcendam os limites setoriais e aumentem a base de apoio à política de saúde nos governos e na sociedade. Por sua vez, o Pacto de Gestão, estabelece diretrizes para o aprimoramento da gestão do SUS em oito aspectos: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde (LIMA, 2012a).”

foram homologados na CIT. Cada esfera governamental assinou o termo referente às suas responsabilidades já previstas. A adesão estadual ocorreu entre 2006 a 2010. Atualmente, todos os estados já tiveram seus processos de adesão homologados (LIMA, 2013).

Lima *et al* (2012) analisou a implantação do Pacto pela saúde no período de 2006 a 2010. A autora classificou os estados em quatro grupos, de acordo com a proporção de adesão municipal nesse período. Sendo eles: grupo 1: estados com baixo percentual de adesão municipal (abaixo de 50%); grupo 2: estados com percentuais médios de adesão municipal (entre 50% e 70%); grupo 3: Estados com alto percentual adesão municipal (acima de 70% até 99%); grupo 4: estados com adesão total dos municípios (100%). Neste último grupo encontram-se o Ceará, Mato Grosso do Sul, Paraná e Rio Grande do Norte. A Figura 1 mostra que região centro-sul concentra o maior número de estados com adesão superior a 70%. Porém, destaca-se a capacidade do governo cearense de induzir já no primeiro ano de adesão estadual 70% de seus municípios e ser um dos poucos estados a alcançar o patamar de 100% de adesão municipal até 2010 (LIMA *et al*, 2012b).

Figura 1 - Proporção de adesões municipais ao Pacto pela Saúde nos estados — Brasil, 2010

Fonte: Lima (2013)

Machado *et al* (2014) analisaram o funcionamento das Comissões Intergestores Bipartite em saúde nos estados brasileiros. A análise foi realizada a partir de quatro dimensões. A primeira refere-se à institucionalidade da CIB, que diz respeito à legitimidade e à consolidação de aspectos normativos, cognitivos e políticos e classifica as CIBs como avançadas, intermediárias ou incipientes. A segunda consiste no conteúdo das negociações intergovernamentais e considerou a diversidade temática, a capacidade do governo estadual de adaptar as políticas nacionais à sua realidade e o equilíbrio de poder de negociação entre o governo estadual e seus municípios. A terceira diz respeito à natureza do processo político, em relação à predominância de consenso ou divergência, cooperação ou competição, entre outras características. A quarta dimensão concerne à capacidade de atuação da CIB na formulação e implementação de políticas públicas e no estabelecimento de parcerias entre estados e municípios para ações no âmbito regional. Com base nesta quarta dimensão, as CIBs foram classificadas em elevadas, moderadas ou baixas.

Lima (2013) constatou que existe heterogeneidade entre as CIBs de cada estado, especialmente no que diz respeito à sua dinâmica de funcionamento e à sua importância para regionalização. Essa variação relaciona-se “à institucionalidade dessa comissão, bem como aos padrões de relacionamento e processos políticos estabelecidos para seu funcionamento como instância de negociação e pactuação do SUS” (LIMA, 2013, p. 107).

Machado *et al* (2014) corroboram a constatação de Lima (2013). Ele ressalta a relevância das CIBs para a coordenação federativa, mas também observa que a atuação dessas instâncias difere tanto entre os estados, quanto entre as regiões. As comissões avançadas institucionalmente apresentaram canais técnico-políticos permanentes entre estados e municípios, o que favorece a cooperação. O reconhecimento da legitimidade da comissão por parte da secretaria de saúde do estado e a existência de conselhos de secretários de saúde municipais também favorecem a coordenação federativa. Na ausência dessas variáveis, as comissões se resumem a decisões administrativas, sem impacto na política.

Na região Nordeste estão concentradas mais comissões com institucionalidade incipiente ou intermediária e capacidade de atuação baixa ou moderada. A Comissão Intergestores Bipartite cearense foi classificada quanto a sua institucionalidade em avançada; o conteúdo das negociações foi diversificado, houve aderência à realidade estadual e compartilhamento de decisões; o processo político das relações intergovernamentais foi denominado como cooperativo e interativo. Dos estados que compõem a Região Nordeste, apenas Sergipe recebeu classificações semelhantes ao Ceará (MACHADO *et al*, 2014). A

existência de estados que "fogem ao perfil predominante nessas regiões sinaliza a possibilidade de superação das dificuldades estruturais por meio de transformações institucionais e políticas" (MACHADO *et al*, 2014, p. 649).

A Figura 2 mostra o mapa geral do desempenho dos estados brasileiros segundo agregação das seguintes categorias do trabalho de Machado (2011): institucionalidade e capacidade de atuação da CIB. A agregação dessas duas categorias sugeriu uma relação entre ambas. Os estados foram reunidos em seis grupos, distribuídos desigualmente em todo o país.

Figura 2- Institucionalidade e capacidade de atuação da CIB-Brasil, 2007 a 2009

Fonte: Lima (2013) com base em Machado *et al* (2011)

Albuquerque (2013, p. 216) buscou analisar a regionalização dos estados brasileiros, com base em mudanças nas diretrizes nacionais. No que se refere aos estados nordestinos, a baixa atividade econômica, a baixa densidade urbana e a fragilidade do processo de descentralização nos estados "revelam um contexto histórico-estrutural e político-institucional desfavorável para o atual processo de regionalização, com exceção de Sergipe, Ceará e Piauí". Nos estados do Ceará e Sergipe, a atuação das CIBs foi classificada como indutora, a regionalização alcançou um patamar maior de institucionalização e a governança foi considerada coordenada e cooperativa.

Nesses dois estados, destacou-se a atuação do governo estadual na formulação e implementação de políticas públicas e a menor relevância do mercado na prestação dos serviços. Outra característica comum aos dois estados foi o fortalecimento do diálogo técnico-político por meio das CIBs e dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) (ALBUQUERQUE, 2013).

"Destaca-se que o Ceará é precursor nas iniciativas de conformação regional de saúde, com forte presença de planejamento regional e estruturas regionais solidas e com considerável autonomia. O estado conta com um conselho de secretários municipais forte técnica e politicamente, altamente estruturado e com efetiva participação na condução das políticas, além de instância regionais legitimadas e importantes na conformação da política de saúde (CIB Microrregionais, atuais Comissões Intergestores Regional -CIR) (ALBUQUERQUE, 2013, p. 217)".

Os desenhos regionais no Ceará são próprios na área da saúde. Cada Região possui uma coordenadoria Regional que apoia a gestão regional. Os Colegiados de Gestão, agora chamados de Comissões Intergestores Regionais (CIR), possuem legitimidade e são atuantes. Os instrumentos de planejamento e regulação regional são conduzidos pela secretaria estadual de saúde e o Conselho de Secretários Municipais de saúde. (ALBUQUERQUE, 2013).

A regionalização é um componente da agenda governamental cearense, em especial no que toca a "ampliação da capacidade instalada e a qualificação de quadros técnicos. [...] O processo de regionalização indica relações intergovernamentais com padrão cooperativo e fluxos decisórios definidos". No entanto, há presença de conflitos entre municípios de pequeno e médio porte. Mesmo com a existência de tensões, a existência de instrumentos legais que fortalecem a coordenação federativa favorece a construção de uma governança coordenada e cooperada (ALBUQUERQUE, 2013, p. 226).

O Pacto 2006 instituiu uma nova instância de negociação intergovernamental no federalismo sanitário: o Colegiado de Gestão Regional (CGR). Semelhante às CIBs, os CGRs são espaços deliberativos, mas se diferenciam pela abrangência de caráter regional, incluindo todos os municípios que compõe determinada região e representante estadual (DOURADO e ELIAS, 2011). Lima *et al* (2012, p. 1906) considera que a figura dos colegiados foi um resgate ao conteúdo político da regionalização, "ao admitir que a organização do sistema de saúde deva levar em conta a diversidade dos elementos que caracterizam e distinguem o território brasileiro e buscar a complementaridade entre as regiões". Para Lima, houve uma tentativa de mudança de ênfase, a fim de ressaltar a importância da "condução e da adaptação" estadual e restringir as determinações federais.

A intenção do Pacto pela Saúde 2006 foi aumentar a atuação da esfera estadual e reduzir o protagonismo federal. De acordo com Lima *et al* (2012) e Machado, Baptista e Lima (2010), ele representa uma inflexão nas relações federativas por passar a destacar a importância de ações de cooperação intergovernamental e expandir o papel dos governos subnacionais nos processos de descentralização e regionalização.

Nesse sentido, esse rearranjo representa um redirecionamento da dimensão prescritiva da NOAS para dimensão da negociação entre o nível estadual e regional. Dourado e Elias (2011) apontam como a maior contribuição do Pacto 2006 para o federalismo sanitário a instituição dos CGRs. Segundo os autores, os colegiados conseguem fortalecer a coordenação federativa através da condução estadual no planejamento e da exigência de participação compulsória dos municípios e também evitam a sobreposição do governo estadual sobre os municípios, uma vez que todas as decisões são tomadas dentro das CIBs. Dessa forma, os CGRs também estimulam a cooperação horizontal e autonomia regional, mantendo as relações verticais.

Lima (2013) afirma que, de maneira geral, a implantação dos CGRs sofre influência da atualização do desenho regional adotado pelos governos estaduais. Entretanto, a autora identificou duas situações de implantação. Por um lado, há estados em que a revisão e atualização das regiões alinharam-se às determinações do Plano Estadual de Saúde, por outro, há estados em que a definição dos CGRs foi mera operação formalista, não considerando o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Nessa última situação, os colegiados não funcionam como instâncias de negociação e cooperação de fato, o que leva a uma fragilização da interlocução regional.

Apesar do avanço na criação dos colegiados, Lima (2013) destaca a necessidade de reconhecer que muitos CGRs não funcionam de maneira satisfatória devido à falta de estrutura e recursos. “Falta avançar na configuração de estratégias e instrumentos de planejamento, regulação e financiamento que possam apoiar a conformação de sistemas públicos de saúde nos espaços regionais definidos por essas instâncias” (LIMA, 2013, p. 110).

Em resumo, a percepção da necessidade de coordenação federativa nasce na década de 1990 e amplia-se nos anos posteriores com adoção de novas institucionalidades territoriais, como os consórcios públicos. Ainda que persista uma visão centralizadora no executivo federal, o que dificulta a negociação federativa, as esferas governamentais já compreendem melhor a limitação de se conceber descentralização como mero sinônimo de municipalização. Isso ressalta a importância do associativismo territorial para instituição de um federalismo

mais cooperativo. A política de saúde conseguiu avançar em uma descentralização mais equilibrada por meio de um incremento de normatizações que reconfigurou as relações intergovernamentais e a articulação de fóruns de negociação que integra as três esferas governamentais (ABRUCIO e SANO, 2013).

A maior parte dos estudos aponta que a política de saúde conseguiu inovar em estratégias de coordenação federativa, principalmente com a instituição de comissões intergovernamentais de caráter nacional, estadual e regional e fóruns de negociação (MACHADO *et al*, 2014; FRANCEZE, 2010; SEGATTO, 2015; ABRUCIO e SANO, 2013). A criação de espaços de arbitragem é essencial em arranjos que envolvem interdependência de autoridade e barganha federativa (ABRUCIO e SANO, 2013).

O governo estadual ganhou mais espaço nos processos de descentralização e regionalização e o incentivo a redes de assistência regionais deu maior consistência à atuação municipal. A criação de espaços de negociação intergovernamentais permitiu a redefinição dos papéis do governo estaduais e subnacionais e a formação do diálogo com foco nas especificidades locais e regionais, entre as secretarias estaduais e municipais. No entanto, a atuação estadual não é homogênea em todo o território nacional. A variação ocorre devido a fatores de naturezas diversas:

- a) “Entre os fatores de natureza **histórico-estrutural**, destacam-se aqueles ligados às dinâmicas socioeconômicas e às características dos sistemas de saúde no plano loco-regional (VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010).
- b) Entre os aspectos de ordem **político-institucional**, o legado de implantação de políticas prévias de descentralização e regionalização, o aprendizado institucional acumulado pelas instâncias do SUS (particularmente, os Conselhos de Representação dos Municípios e as Comissões Intergestores Bipartites) e pelos governos estaduais e municipais, a existência de uma dada cultura de negociação intergovernamental, a qualificação técnico-política da burocracia, e os modos de operação e condução das políticas de saúde nos estados.
- c) No que tange aos fatores **conjunturais**, os relacionados à ação política, como o perfil e trajetória dos atores sociais, a dinâmica das relações intergovernamentais e a prioridade da regionalização na agenda governamental, repercutem no processo decisório e nas escolhas realizadas (LIMA *et al*, 2012b, p. 1910-1911)”.

Daí a necessidade da presença contínua do governo federal (VIANA, 2009) na regulamentação de diretrizes nacionais, por meio do Ministério da Saúde. Os problemas das desigualdades territoriais não serão resolvidos apenas com a articulação estado-municípios. A lógica territorial deve ser fortalecida concomitantemente a um maior apoio financeiro, de tal forma que a oferta dos serviços de saúde possa atrelar-se às demandas territoriais. Diante

disso, também é necessário romper com a dependência exclusiva da transferência vertical (Ministério-municípios) e articular o financiamento entre as três esferas por meio de transferências estado-municípios, intermunicipais ou mesmo interestaduais (LIMA, 2013).

Como a maioria dos trabalhos buscou entender a lógica da coordenação federativa na saúde sob a ótica do governo federal, vários estudos já se debruçaram sobre a compreensão do papel regulador do Ministério da Saúde (LIMA, 2013; MACHADO, BAPTISTA e LIMA, 2010; MACHADO, 2007). No entanto, apesar da maioria dos trabalhos constatar a relevância do papel das secretarias estaduais de saúde, há uma lacuna na literatura sobre o papel desempenhado pelas secretarias estaduais na relação entre estados e municípios e demais espaços de interdependência. Também é essencial compreender a assimetria de poder entre estados e municípios nas discussões de pautas e definições de acordos (MACHADO *et al*, 2014) e como se dá a resolução desses conflitos.

2.3 INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL

Em termos jurídicos, a figura do consórcio intergovernamental é antiga no Brasil, mas recebeu forte impulso com a atribuição de competências entre as esferas governamentais desenhada pela Constituição de 1988 (PEREIRA e MOREIRA, 2016; MACHADO e ANDRADE, 2014; GERIGK e PESSALI, 2014; GALINDO *et al.*, 2014; IPEA, 2010). No novo cenário de relações intergovernamentais, os consórcios ganham respaldo como um modelo de gestão capaz de promover a descentralização e a racionalização dos serviços públicos, por meio da cooperação intergovernamental (MACHADO e ANDRADE, 2014).

O incentivo à cooperação não acompanhou mecanismos formais para induzir a coordenação federativa (TREVAS, 2013). No entanto, ainda que a nova Constituição não trouxesse nenhum instrumento explícito para estimular a cooperação intergovernamental, os governos municipais apoiavam-se no inciso X, do artigo 30 da CF - “compete aos municípios legislar sobre assuntos de interesse local” – para instituir consórcios intermunicipais (CALDAS e CHERUBINE, 2013).

O consórcio não foi a única modalidade de cooperação adotada pelos municípios na tentativa de superar os desafios da descentralização da execução das políticas públicas. Surgiram outras modalidades do que Rocha e Faria (2004, p. 80) denominam o fenômeno da “desfragmentação” das ações municipais: “as câmaras, as redes, as agências, as associações, os fóruns, as empresas e as autarquias intermunicipais” (CRUZ, ARAUJO e BATISTA, 2011;

OLIVEIRA, 2008). Esses novos arranjos institucionais tinham em sua maioria o objetivo de promover o planejamento e desenvolvimento regional e ampliar a capacidade municipal de corresponder às demandas locais por serviços públicos.

O mesmo fenômeno pode ser analisado pelo prisma do associativismo territorial utilizado por Filippim e Abrucio (2016), Abrucio e Sano (2013) e Abrucio, Filippim e Dieguez (2013). Por associativismo territorial entende-se “a aliança, com maior ou menor grau de formalidade, entre níveis de governo, tanto no plano horizontal como no vertical. Neste contexto, acima de tudo, o território se torna a referência a partir da qual se organiza a política pública” (ABRUCIO e SANO, 2013, p. 101).

A redemocratização fomentou a busca por institucionalizar a figura jurídica dos consórcios. A ampliação na oferta de políticas públicas e as experiências na área da saúde na década de 1990 impulsionaram a discussão de sua aplicação em demais setores das políticas. A presença da ideia de consórcios na Lei Orgânica de Saúde serviu de base para pensar a cooperação na Legislação Federal de Recursos Hídricos e na Lei Orgânica de Assistência Social (STRELEC, 2011). Mesmo com empecilhos, a partir da década de 90 surgiram consórcios em diversas áreas, como proteção ambiental, informática e resíduos sólidos (RIBEIRO e LOSADA, 2013).

Esse crescimento independente de uma institucionalização legal mais sólida despertou a atenção do governo federal (RIBEIRO e LOSADA, 2013), por meio de dois principais grupos políticos: um grupo de deputados liderado por Celso Daniel, ex-prefeito de Santo André e uma das lideranças do Consórcio do ABC; o grupo do Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado, liderado por Bresser Pereira (ABRUCIO e SANO, 2013; CALDAS, 2007; DIAS, 2006).

Em 1995, o governo federal apresenta a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 173/1995, que, concernente à cooperação (artigo 247), propôs a formação de novos arranjos organizacionais para o aumento da capacidade de gestão, formulação e implementação das políticas públicas dos entes federais. Era necessário atender a maior demanda por serviços de qualidade, num cenário de retomada do desenvolvimento econômico (STRELEC, 2011).

Art. 247. Para o fim de implementar de modo coordenado funções e serviços, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão estabelecer entre si:
I – consórcios públicos para a gestão associada de um ou mais serviços públicos, inclusive mediante a instituição de órgão e entidades intergovernamentais;
II – convênios de cooperação para execução de suas leis, serviços ou funções;

III – convênios para transferência total ou parcial de encargos e serviços, estabelecendo a lei complementar critérios para incorporação, remuneração ou cessão de pessoal, bens e instalações essenciais à continuidade dos serviços transferidos (BRASIL, 1995).

A despeito da aprovação da PEC nº 173/1995, o artigo 247 foi suprimido com a aprovação da Emenda Constitucional nº 19/1998, conhecida Emenda Constitucional da Reforma Administrativa do Estado, e recebeu nova redação com o artigo 241 da Constituição Federal, contemplando a formação de consórcios públicos (RIBEIRO e LOSADA, 2013; STELEC e FONSECA, 2013; STRELEC, 2011).

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

No cenário anterior ao artigo 241, as relações intermunicipais se davam por meio de consórcios administrativos, já as relações federativas verticais efetuavam-se por meio de convênios. Como o novo artigo reconhece que tanto convênios quanto consórcios públicos podem ser celebrados por entes de níveis federativos diferentes, reestabelece-se que a diferença entre esses mecanismos de cooperação não se dá somente pela esfera governamental, mas pela natureza da relação. Desta forma, convênio pode ser definido como uma relação em que um ente delega atividades para outro, podendo haver transferências de recursos, mas não há a necessidade de criar uma nova pessoa jurídica. Já o consórcio requer o compartilhamento de recursos e exercício de competências por meio de um novo arranjo, o consórcio público (RIBEIRO e LOSADA, 2013).

A Emenda Constitucional nº 19 muda a expressão consórcio administrativo para consórcio público. Esta mudança teve por objetivo alterar a concepção de consórcio estabelecida no regime militar, que se caracterizava pela fragilidade no pacto de cooperação. A locução consórcio público postula a necessidade de criação de uma pessoa jurídica de cooperação intergovernamental e com natureza de direito público (RIBEIRO e LOSADA, 2013).

O movimento de consorciamento continua após a aprovação da emenda, mas os consórcios intuídos permanecem frágeis tanto no âmbito jurídico quanto institucional. Um dos principais motivos era o fato de a união entre entes públicos resultar em uma entidade privada. Isso alienava os consórcios a interesses de líderes políticos, o que comprometia o

cumprimento de acordos e tornava a saída de um membro ou mesmo a dissolução do arranjo muito fácil (TREVAS, 2011). Os principais desacordos consistiam no boicote do pagamento de contribuições municipais e outras irresponsabilidades fiscais (CRUZ, ARAUJO e BATISTA, 2011). Outros obstáculos são apontados por Fonseca (2013):

dificuldades para obtenção de recursos externos, impossibilidade na prestação de serviços de competência exclusiva do poder público, ausência de orientação jurídica que regulamentasse a obrigatoriedade no cumprimento das obrigações financeiras assumidas pelos municípios e, sobretudo – resultado dessas questões –, dificuldades para exercer atividades de médio e longo prazo, baseadas no planejamento das ações, dado que os municípios poderiam deixar de participar do consórcio sem cumprir com as responsabilidades anteriormente assumidas (FONSECA, 2013, p. 36).

A EC nº 19/1998 careceu de regulamentação, mas esta só veio no governo Luís Inácio Lula da Silva (ABRUCIO e SANO, 2013). Forças políticas em defesa do consórcio conseguiram a aprovação da Lei nº 11.107 em 2005, conhecida como Lei dos Consórcios (LC). A promulgação da LC trouxe ênfase para a relevância das relações de governança regional (NEVES e RIBEIRO, 2006), e a partir disso, surge uma primeira geração de consórcios públicos e consórcios privados passaram a se converter aos ditames da nova legislação (TREVAS, 2013).

A aprovação da LC não representa um avanço apenas para cooperação intergovernamental em forma de consórcio, mas um incentivo às diversas formas de associativismo territorial. A luta pelos consórcios fortaleceu uma coalizão social e política que vinha se formando desde a década de 1990. Esta coalizão “envolveu empreendedores de políticas públicas (sobretudo da Saúde), prefeitos, parlamentares membros do Governo Federal, colocando a questão da cooperação intergovernamental num ponto mais estratégico da agenda pública” (ABRUCIO e SANO, 2013, p. 103).

Boa parte da literatura aponta que a Lei 11.107/2005 trouxe grandes avanços para institucionalização dos consórcios (FILIMPPIM e ABRUCIO, 2016; STRELEC e FONSECA, 2011; TREVAS, 2013). Strelec e Fonseca (2011) indicam como uma das principais melhorias em resposta à demanda por um federalismo mais cooperativo. A possibilidade de esferas diferentes consorciarem-se aumenta a capacidade de coordenação das políticas públicas, pois permite o equilíbrio entre o compartilhamento de competências e a adaptação às reivindicações de cada partícipe do consórcio.

Os consórcios não detêm competências originárias. Caso sejam de direito público, fazem parte da administração direta e dessa forma, suas competências são delegadas pelos

entes consorciados. Neste sentido, eles não fazem com que municípios, estados ou União renunciem competências, mas é a própria expressão de suas autonomias, pois a delegação acompanha constante supervisão (TREVAS, 2013).

Cruz, Araujo e Batista (2011) elencam, por sua vez, avanços de ordem jurídica, como a possibilidade dos entes optarem por assumirem personalidade de direito público e natureza autárquica, caso constituam uma associação pública, ou personalidade de direito privado, caso optem por constituir uma associação civil.

Outros avanços consistem na obrigação em cumprir com o rateio de despesas, ou seja, a institucionalização da responsabilidade solidária, no compartilhamento de licitações e no aumento dos valores licitatórios. A responsabilidade solidária tornou-se viável pela exigência de atrelar os recursos a serem disponibilizados ao consórcio aos instrumentos de planejamento orçamentário: Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual.

Machado (2010, p. 156) aponta como uma desvantagem da Lei o fato de desconsiderar experiências antigas de consórcios que se pautavam na flexibilidade administrativa e na parceria com entidades privadas. A adaptação à nova legislação implicaria custos elevados de transação, sobretudo, no que se refere à “exclusão de *players*: demissão de funcionários antigos, não concursados, e retirada estatutária de membros-fundadores da iniciativa privada”. A hipótese de Machado (2010) era que esse elevado custo de adaptação desmotivava consórcios antigos a entrar nos moldes da Lei dos Consórcios e que o aumento de publicização prevista na Lei exigia uma racionalidade desafiadora.

Strelec (2011) testou a hipótese de Machado (2010). A autora analisou a adaptação dos consórcios paulistanos à Lei nº 11.107/2005 e identificou que não existiam dificuldades na adaptação à Lei. Para aqueles que resolveram não se adaptar à LC, a decisão de não adoção foi uma “negação deliberada” a partir da análise do que seria mais vantajoso: passar ou não passar por mudanças administrativas profundas. Mesmo assim, a autora chegou à mesma conclusão de Machado (2010): a Lei não contemplou a necessidade de maior flexibilidade e abertura a participação voluntária dos municípios, representou, portanto, uma nova proposta para formação de um arranjo intergovernamental, mas não forneceu para o aperfeiçoamento das experiências anteriores.

Strelec e Fonseca (2011) ressaltam que se o âmbito jurídico foi fortalecido, no entanto, os consórcios ainda carecem de esclarecimentos no âmbito político/institucional e

administrativo, sobretudo no que diz respeito aos mecanismos de fiscalização, que tornaram-se mais enrijecidos.

Para Ribeiro e Losada (2013), a transformação, de fato, na maneira pela qual se concebia o consórcio na administração pública brasileira não se deu somente com a LC, como aponta boa parte dos autores. Ribeiro e Losada acreditam que foi a Emenda Constitucional nº 19 o grande motor para maior compreensão dessa modalidade de cooperação. A LC, por sua vez, teve o mérito de efetivar a alteração, em 2005, de uma mudança que já havia ocorrido com a emenda de 1988 (STRELEC, 2011).

Mesmo com a existência de lacunas, são inegáveis os avanços que a aprovação da LC trouxe para a cooperação nas políticas públicas, assim como também é inegável que a criação de novas legislações e políticas públicas, como, por exemplo: o Plano Nacional de Resíduos Sólidos e a Lei da Mobilidade Urbana, intensificaram a formação de novos consórcios (TREVAS, 2013).

2.4 CONSÓRCIOS PÚBLICOS COMO UM MODELO DE GESTÃO: ALIANDO COORDENAÇÃO E COOPERAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE

Após a aprovação da Lei 11.107 de 2005, uma parte da literatura se direcionou para compreensão de seus possíveis impactos para experiências de consórcios anteriores e as melhorias que ela acarretou para formação de novas experiências, como os trabalhos expostos acima. Nos anos 2000, a tendência de dispersão na literatura que configurou a década de 1990 continuou, mas com o aumento considerável de estudos.

De um modo geral, os trabalhos consistem em estudos de casos. Eles apontam os avanços que os arranjos de cooperação trouxeram para a gestão das políticas públicas, mas ressaltam elementos diferentes que incidem na estratégia de cooperação: o perfil do desenho e da articulação institucional adotados pelos consórcios, pontuando aspectos como a atuação da União e do governo estadual como indutor da cooperação intermunicipal e o impacto nos resultados municipais (PEREIRA e MOREIRA, 2016; GALINDO *et al*, 2014; BOTTI *et al*, 2013; OLIVEIRA, 2008; NICOLETTO, CORDONI Jr. e COSTA, 2005; ROCHA e FARIA, 2004; LIMA, 2000); o maior ganho em escala e em eficiência e os aspectos que colaboram ou dificultam a cooperação intergovenamental (GERIGK e PESSALI, 2014; RIBEIRO e COSTA, 2000; NEVES E RIBEIRO, 2006); os fatores que favorecem à sustentabilidade político-institucionais dos consórcios (ABRUCIO, FILIPPIM e DIEGUEZ, 2013, DIEGUEZ,

2011 e ABRUCIO e SANO, 2013); as potencialidades da cooperação territorial para as regiões metropolitanas brasileiras (LOSADA, 2010; ABRUCIO, SANO e SILDOW, 2010; REALI e REIS, 2013); os desafios da cooperação transfronteiriça a favor do desenvolvimento regional entre municípios do Brasil e outros países (FILLIPIM *et al*, 2014 e ANGNES, 2013); a satisfação dos usuários que utilizam os serviços dos consórcios públicos, ainda pouco explorado (ROGÉRIO, FERRACIOLI e SILVA, 2014; MULLER e GRECO, 2010).

Embora alguns trabalhos ressaltem o papel coordenador da União e do governo estadual, os consórcios intermunicipais continuam sendo o centro das análises, o que pode ser explicado pelo fato de continuarem em quantidade muito superior em relação aos consórcios de cooperação vertical. Considerando o recorte de área geográfica, houve uma disseminação sutil dos estudos, que antes concentravam o foco apenas nos estados com experiências em consórcio mais avançadas, como Paraná, Minas Gerais e São Paulo, para experiências pontuais no restante do país. Considerando os setores de políticas públicas, permanece a concentração na área da saúde, setor que ainda apresenta maior quantitativo de consórcios públicos no Brasil.

Apesar da ênfase da literatura ser a cooperação intermunicipal, com a Lei n. 11.107, consórcios públicos passam a compreender tanto arranjos de cooperação horizontal quanto vertical. Embora sejam mais comuns consórcios formados por pequenos municípios, a fim de obter ganho de escala na prestação de serviços, experiências no país mostram que o consorciamento também vem sendo utilizado para descentralizar serviços de competência dos governos estaduais (IPEA, 2010), especialmente na política de saúde.

No entanto, mesmo nos casos em que houve a descentralização de serviços estaduais, não necessariamente os municípios optaram por não utilizar os consórcios intermunicipais. Tomando os casos na área da saúde, em que a literatura aponta forte atuação estadual: Paraná (GERIGK e PESSALI, 2014; IPEA, 2010; NICOLLETO, CORDONI JR. e COSTA, 2005; OLIVEIRA, 2008), Minas Gerais (OLIVEIRA, 2008; ROCHA e FARIA, 2004), Mato Grosso (GUIMARÃES e GIOVANELLA, 2004; BOTTI *et al*, 2013) e Pernambuco (GALINDO, 2014), nessas experiências, os governos estaduais atuaram como cooperador técnico e financeiro na implantação de consórcios intermunicipais, isto é, uma cooperação município-município, mas ainda mantém políticas de incentivos.

No caso cearense, ainda pouco explorado pela literatura, o governo estadual é de fato um membro do consórcio público, com assinatura no protocolo de intenções e demais etapas

de formação e manutenção do mecanismo de cooperação. Logo, os consórcios de saúde no Ceará são denominados como públicos, mas não configuram consórcios intermunicipais.

Por isso, a distinção entre consórcio público e consórcio intermunicipal é importante para este trabalho. Utilizaremos como base as definições do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que considera o consórcio intermunicipal umas das possíveis modalidades de consórcio público.

- a) **consórcio público:** parceria formada por dois ou mais entes da federação para a realização de objetivos de interesse comum em qualquer área, voltados para o desenvolvimento regional. Os consórcios podem ser firmados entre todas as esferas de governo (município-município, município-estado, município-estado-União). Entretanto, a União somente participará de consórcios públicos em que também façam parte todos os estados em cujos territórios estejam situados os municípios consorciados. Todo consórcio público possui número de registro no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ (IBGE, 2015, p. 45).
- b) **consórcio intermunicipal:** pessoa jurídica de direito privado ou associação pública entre dois ou mais municípios do mesmo estado, visando à execução de projetos, obras e/ou serviços de interesse comum voltados para o desenvolvimento regional (IBGE, 2015, p. 46).

A adoção dos consórcios na área da saúde no Brasil atrelou-se ao processo de implantação do Sistema Único de Saúde, sobretudo, ao processo de descentralização da política foi iniciado nos anos de 1990 (GERIGK e PESSALI, 2014; BOTTI, 2013; NEVES e RIBEIRO, 2006; RIBEIRO e COSTA, 2000; LIMA, 2000).

Apesar do desenho institucional do SUS acompanhar a exigência por constantes interações federativas e por organização de redes locais, regionais e estaduais do desenho federalista pós-CF/88 (SANTOS *et al*, 2013), as legislações que surgem a partir da Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde e as Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde, colocaram os municípios como protagonistas da provisão dos serviços de saúde (RIBEIRO e COSTA, 2000; NEVES e RIBEIRO, 2006).

Todavia, os municípios apresentavam entre si não só desigualdades sociais, mas desigualdades técnicas e financeiras para implementar o SUS de maneira equânime e universal, como o Sistema foi idealizado (BOTTI, 2013). Municípios de pequeno porte não possuíam condições para unir descentralização e autonomia financeira (PREREIRA e MOREIRA, 2016). Isso fez com que o processo de descentralização acontecesse de maneira heterogenia no território nacional e os municípios menores saíssem mais prejudicados (LIMA, 2000). Na visão otimista de Muller e Greco (2010), a descentralização permitiu o aumento da qualidade dos serviços de saúde e a maior capacidade de adaptação às demandas locais.

O aumento na complexidade dos serviços de saúde e o baixo aporte financeiro dos municípios tornaram necessária a busca por soluções para lidar com os efeitos da descentralização (GERIGK e PESSALI, 2014; GALINDO *et al*, 2014). Por esse motivo, a descentralização na organização dos serviços de saúde acompanhou um processo de experimentação de inovações que tinha como principais objetivos, segundo Ribeiro e Costa (2000): atração de profissionais de saúde, desenvolvimento de novos modelos de gestão e práticas para melhorar o desempenho.

Nessa tentativa de implementar os serviços públicos de saúde nos pequenos municípios brasileiros e dentro dessa lógica de inovação é que surgem os consórcios, como uma prática inovadora de gestão do SUS (GALINDO *et al*, 2014; OLIVEIRA, 2008; NICOLETTO, CORDONI JR. e COSTA, 2005; LIMA, 2000). “A associação com outros municípios representou a parceria ideal para otimizar estruturas e equipamentos de maior complexidade tecnológica, resolver problemas de recursos humanos, financeiros e facilitar o acesso aos serviços de saúde para um maior número de pessoas” (LIMA, 2000, p.993; OLIVEIRA, 2008).

Por esse motivo, o consórcio funciona também como um forte mecanismo para municipalização da saúde (JUNQUEIRA, MENDES e CRUZ, 1999). Os municípios necessitam de recursos técnicos, financeiros, infraestrutura instalada e profissionais de saúde para cumprir suas competências. Como a maioria deles são desprovidos desses recursos, acabam sendo dependentes de municípios de maior porte. A formação de consórcios pode então, ao mesmo tempo, suprir déficits de municipalização (NEVES e RIBEIRO, 2006) e “contribuir para o planejamento e a estruturação das ações e dos serviços, conforme as especificidades e necessidades de cada local e região” (JUNQUEIRA, MENDES e CRUZ, 1999).

A organização dos sistemas regionais de atenção à saúde é de responsabilidade dos governos estaduais. No entanto, no cenário na década de 90, os governos estaduais sofriam com a perda de suas funções executivas e não lograram êxito na definição das regiões de saúde. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CISs) surgem como uma ferramenta alternativa ao SUS para organização regional.

Com a publicação da Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde em 1996 (MS, 1997a), os Consórcios Intermunicipais de Saúde passaram a ser considerados, no contexto da regionalização e hierarquização da rede de serviços, como sendo estratégias para articulação e mobilização dos municípios, com coordenação estadual, de acordo com características geográficas, demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, principalmente, a vontade política expressa pelos diversos

municípios de constituírem um consórcio ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo (LIMA, 2000, p. 987).

Para além da organização dos sistemas regionais, Os CIS's também foram visualizados como uma solução para o financiamento da saúde, uma vez que o governo estadual também perdeu sua capacidade de financiamento na década de 90. Por ter natureza de cooperação horizontal, os CIS's poderiam ou não estar sob o controle estadual (NEVES e RIBEIRO, 2006).

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 (ROCHA e FARIA, 2004, p. 87).

A literatura mostra que boa parte das experiências consolidadas de consórcio recebeu apoio do governo estadual, especialmente na fase de implantação dos consórcios (GERIGK e PESSALI, 2014; GALINDO *et al.*, 2013; OLIVEIRA, 2008; NEVES e RIBEIRO, 2006; GIMARÃES e GIOVANELLA, 2004). Se a existência dessa indução é um consenso entre os autores, o contexto e a forma que os governos estaduais incentivaram a formação dos consórcios variaram. Apresenta-se a seguir, de maneira sucinta, como se originou o consorciamento nas experiências mais exploradas pelos estudos: Minas Gerais, Paraná e Mato Grosso. Ressalta-se que ainda não há estudos que explorem o caso cearense.

Em Minas Gerais, a disseminação de CIS's é iniciada nos anos 90, a partir de duas experiências isoladas de consórcios intermunicipais de saúde. Neste período, o estado já estava praticamente municipalizado. Dessa forma, a atividade do governo estadual foi de coordenar as ações municipais para saúde especializada, por meio do incentivo à cooperação intermunicipal. O papel da secretaria estadual de saúde foi sensibilizar líderes do executivo e legislativo para constituição dos consórcios, assessorar a implantação e dispor de recursos financeiros (ROCHA e FARIA, 2004). Para Neves e Ribeiro (2006), a dependência financeira dos consórcios em relação ao financiamento estadual revela a fragilidade da capacidade de organização e sustentabilidade das parcerias entre estado e municípios, em Minas Gerais.

O Paraná conta com 26 consórcios intermunicipais de saúde. No primeiro momento, a constituição dos consórcios intermunicipais de saúde surge como iniciativa do âmbito municipal, mas posteriormente recebe forte indução do governo estadual (ROCHA, 2016). A motivação para o incentivo do governo do estado estava em sanar a carência de profissionais de saúde nos Centros Regionais de Especialidades. Em seguida, os consórcios receberam a

responsabilidade de organizar os sistemas regionais de saúde e ampliar a oferta de serviços médico-ambulatorial especializados (NICOLETTO, CORDONI JR e COSTA, 2005).

No Mato Grosso, os consórcios foram criados a partir de 1995. O governo estadual motivou e coordenou a formação dos consórcios a fim de levantar recursos complementares para financiar serviços de saúde especializados, tanto emergenciais quanto de internações. A secretaria de saúde do estado passou a reconhecer as regiões organizadas em forma de consórcio como prioritárias para parcerias técnicas e financeiras. O objetivo era descentralizar o poder de decisão sobre a gestão dos sistemas regionais, que estava com o governo estadual, para à arena local (GUIMARÃES e GIOVANELLA, 2004). Para Neves e Ribeiro (2006) e Guimarães e Giovanella (2004), o apoio estadual garantiu a sustentabilidade da cooperação local, através de uma política de regionalização efetiva.

As três experiências apresentam pontos em comum, que se refletem nas demais experiências de consórcios públicos de saúde do país. O primeiro é o foco nos consórcios intermunicipais, mesmo com a forte presença do governo estadual como motivador da formação dos arranjos.

O segundo se refere à importância de empreendedores políticos para constituição dos consórcios: no Paraná, o governador Jaime Lerner (DEM) e o secretário de saúde Armando Raggio (ROCHA, 2016); em Minas Gerais, Eduardo Azeredo (PSDB) como governador e Rafael Guerra como secretário de saúde (STRELEC, 2011). Nesta linha de pensamento, pode-se ainda acrescentar no estado de São Paulo: Franco Montoro (PSDB) e Chopin Tavares de Lima, como governador e secretário do interior, respectivamente (CALDAS, 2007).

Por fim, as experiências atuam, prioritariamente, na oferta de serviços de média e alta complexidade (GERIGK e PESSALI, 2014; NEVES e RIBEIRO 2006; NICOLETTO, CORDONI JR e COSTA, 2005; LIMA, 2000). Isso se embasa em recomendações do governo federal (LIMA, 2000), mas gera uma problemática para formação de um consenso em relação as responsabilidade dos governos municipais e do governo estadual, uma vez que, além de arcar com atenção primária, os municípios devem contribuir para o custeio da saúde especializada, que está sob responsabilidade das esferas de governos superiores. Diante disso, os governos estaduais tem que fazer um trabalho de sensibilização do poder executivo e poder legislativo municipal, apresentando os ganhos de se trabalhar em cooperação.

Sobre esse impasse Lima (2000) assinala o apontamento de Mendes (1996, p. 287)

(...) a crescente fragilidade das secretarias estaduais de saúde fez com que elas fossem, gradativamente, retirando-se da prestação dos serviços secundários e terciários ou tornando esses serviços de tão baixa qualidade, que obrigou os

municípios a suprir essa deficiência dos sistemas. Assim, em boa parte e como mecanismos compensatórios, os consórcios surgiram no vácuo de secretarias estaduais de saúde ineficientes e ineficazes (...) (LIMA, 2000, p. 990).

Em seu estudo sobre os consórcios intermunicipais de saúde no Brasil, Lima (2000) se propôs construir o panorama da situação dos consórcios de saúde, bem como sua organização no país. Um dos questionamentos levantados pelo trabalho foi o seguinte: a atuação das secretarias estaduais de saúde nos consórcios consiste em uma “parceria ou repasse de responsabilidades?” (LIMA, 2000, p. 990).

O questionamento ainda é válido para os consórcios intermunicipais de saúde no país, mas também é ainda mais válido para os consórcios com cooperação de natureza vertical, uma vez que neste caso, permanece a tendência do arranjo cooperativo ofertar serviços de saúde de média e alta complexidade.

O princípio da integralidade do SUS consiste em um dos principais argumentos utilizados para convencer os municípios a participarem dos consórcios que prestarão serviços de saúde, nos níveis de atenção secundária e/ou terciária (BOTTI *et al*, 2013; NICOLETTO, CORDONI JR e COSTA, 2005; LIMA, 2000).

Lima argumenta que o princípio da integralidade tem relação com a dimensão territorial. “Ao se buscar práticas de gestão inovadoras que venham concretizar os princípios do SUS no sentido de melhorar o atendimento à população daquele determinado território, o primeiro princípio de que se lança mão é o da integralidade” (LIMA, 2000, p.986). Boti (2013) corrobora o argumento de Lima:

Havendo regiões em que predominam municípios pouco estruturados, com baixo grau de desenvolvimento de atividades e precariedade de serviços urbanos. Esses fatores dificultam a interiorização de serviços especializados e a manutenção de recursos humanos qualificados que garantam um atendimento integral à saúde da comunidade. Estudos demonstram que a concentração de serviços especializados na capital representa gastos e dificuldade de acesso às populações do interior do estado em decorrência das barreiras geográficas (BOTTI *et al*, 2013, p.497).

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 secundária e terciária por meio dos consórcios, mas não avançar na porta de entrada do SUS, que é a atenção primária. Dessa maneira, o princípio da integralidade não está sendo cumprido.

Nos consórcios intermunicipais, os municípios constroem uma rede de atenção de acordo com a capacidade dos membros e buscam reduzir a capacidade ociosa com a relação de cooperação (NEVES e RIBEIRO, 2006). Oliveira (2008) constata como um dos principais resultados da formação de um consórcio a redução dos chamados municípios *free-riders*, municípios de menor porte e com menor capacidade para prestação de serviços utilizam serviços de cidades vizinhas. Estando esses municípios dentro de uma estratégia de consorciamento, eles são obrigados a contribuir financeiramente por serviços que sua população já utilizava, mas não participavam do custeio.

Continuando o debate sobre a atuação do governo estadual, Guimarães e Giovanella (2004) mostram que a evolução na implantação dos consórcios de saúde na década de 1990 concentrou-se em estados que já adotavam uma estrutura de atenção regionalizada. Isso revela que as especificidades da relação entre determinado governo estadual e seus municípios, em termos “políticos, institucionais, normativos e organizacionais”, é uma variável significativa para explicar o surgimento dos consórcios em um território (GUIMARÃES e GIOVANELLA, 2004, p.151).

Oliveira (2008) analisou um caso isolado de consórcio no estado de São Paulo, o Consórcio de Saúde do Alto Vale do Ribeira e apresentou reflexões relevantes para estudos sobre a análise dessa modalidade de cooperação. 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.

A segunda é que o interesse estadual aumenta com a organização regional, mas a articulação intermunicipal 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 do 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. No caso estudado por Oliveira (2008), todas as prefeituras que faziam parte do Consórcio de Apiaí eram da base aliada do partido do governador. Neste sentido, a concordância partidária pode ser um “fator facilitador da cooperação intergovernamental” (OLIVEIRA, 2008, p.120; DIEGUEZ, 2011; GUIMARÃES, 2010).

De um modo geral, os consórcios podem ser visualizados como um mecanismo que dá 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 e SANO, 2013). Na saúde, a coordenação vertical tem origem no governo federal, entretanto, quando a responsabilidade sobre o processo de regionalização dos serviços passou 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.

2.5 PANORAMA DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS NO BRASIL: O DESTAQUE DA POLÍTICA DE SAÚDE

Esta seção busca apresentar o cenário dos consórcios públicos no Brasil. Para tanto, foram utilizados dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) e dados já tratados em outros trabalhos. Tentou-se também revelar, em termos numéricos, a relevância dos consórcios para política de saúde e para o estado do Ceará.

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*, ademais 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.

Os municípios de menor porte continuam sendo os que mais participam de consórcios, tanto de um modo geral, quanto 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. 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 1 - 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 os 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)

A Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) de 2015, sobre o tema de “Articulação institucional”, 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. Corroborando os achados de Gerigk e Pessali, esse 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 à análise de Gerigk e Pessali (2014) sobre a variação desse crescimento na saúde, segundo a faixa populacional dos municípios. Os autores avaliaram entre os anos de 2005 e 2011 e esta pesquisa apresenta 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 2. Este cenário nos leva a questionar o porquê das experiências já estudadas mostrarem que o papel do governo estadual é extremamente relevante para a implantação dos consórcios de saúde, mas isso não refletir 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 2 - 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 %	Variação %	Participação estadual			Variação %	Variação %	Participação da União			Variação %	Variação %
	2005	2011	2015	2005-2011	2005-2015	2005	2011	2015	2005-2011	2005-2015	2005	2011	2015	2005-2011	2005-2015
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 1 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 1 - 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 3 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 das normatizações federais. 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.

Por sua vez, de maneira mais recente, a política de manejo de resíduos sólidos começou a se institucionalizar com a promulgação da Lei 12.305 de 2 de agosto de 2010, que aprovou o Plano Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS). O PNRS já nasce tendo como um de seus princípios a ação cooperativa. A cooperação é vista como uma contrapartida para o acesso aos recursos pelos governos subnacionais. Municípios que estão organizados em forma de consórcio público tem prioridade no acesso aos recursos.

Tabela 3 - 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 4 - 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	11

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% dos participantes estão na 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 5. Roraima e Sergipe, por exemplo, não possuem municípios com consórcio público de saúde.

Tabela 5 - Municípios que participam de algum consórcio público, consórcio público de saúde, por unidade da federação - 2015

Unidade da Federação	Número de habitantes	Total de 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 (%)
Rondônia	1 787 279	52	37	71,2%	13	25,0%
Acre	816 687	22	9	40,9%	3	13,6%
Amazonas	4 001 667	62	10	16,1%	9	14,5%
Roraima	514 229	15		0,0%		0,0%
Pará	8 272 724	144	32	22,2%	27	18,8%
Amapá	782 295	16		0,0%		0,0%
Tocantins	1 523 902	139	22	15,8%	1	0,7%
Maranhão	6 954 036	217	37	17,1%	21	9,7%
Piauí	3 212 180	224	21	9,4%	13	5,8%
Ceará	8 980 879	184	172	93,5%	170	92,4%
Rio Grande do Norte	3 474 998	167	113	67,7%	80	47,9%
Paraíba	3 999 415	223	117	52,5%	57	25,6%
Pernambuco	9 410 336	185	84	45,4%	34	18,4%
Alagoas	3 358 963	102	62	60,8%	17	16,7%
Sergipe	2 265 779	75	60	80,0%		0,0%
Bahia	15 276 566 21 024	417	275	65,9%	98	23,5%
Minas Gerais	678	853	800	93,8%	783	91,8%
Espírito Santo	3 973 697 16 690	78	64	82,1%	56	71,8%
Rio de Janeiro	709 44 846	92	57	62,0%	45	48,9%
São Paulo	530 11 242	645	370	57,4%	237	36,7%
Paraná	720	399	385	96,5%	381	95,5%
Santa Catarina	6 910 553	295	266	90,2%	257	87,1%
Rio Grande do Sul	11 286 500	497	361	72,6%	323	65,0%
Mato Grosso do Sul	2 682 386	79	63	79,7%	28	35,4%
Mato Grosso	3 305 531	141	125	88,7%	118	83,7%
Goiás	6 695 855	246	148	60,2%	29	11,8%
Distrito Federal	2 977 216	1	1	100,0%		0,0%

Fonte: elaborada pela autora com base na Pesquisa Munic/IBGE (2015) e Estimativa populacional de 1º junho de 2016 (IBGE)

Ao analisar apenas os 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, é possível perceber que estes valores são alavancados nas grandes regiões por apenas três estados: Ceará, Paraná e Minas Gerais (ver Gráfico 2).

Gráfico 2 - 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 analisam explicitamente essa 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 partícipes o governo estadual e os municípios.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O objetivo deste capítulo é apresentar as escolhas metodológicas que nortearam o desenvolvimento da dissertação. São mostrados quais os critérios utilizados para escolha das regiões de saúde que foram pesquisadas, as fontes e técnicas de coleta de dados, bem como são apresentados os sujeitos e arranjos contemplados com a atividade de campo. Por fim, são descritas as categorias de análise que emergiram da literatura e da prospecção do campo de pesquisa e que auxiliaram na análise dos resultados.

3.1 CLASSIFICAÇÕES DA PESQUISA, TÉCNICAS, FONTES DE COLETA E CATEGÓRIAS DE ANÁLISE DOS DADOS

A pesquisa consiste em um estudo de natureza qualitativa. Quanto aos procedimentos, a pesquisa aproximou-se de um estudo de caso. Estudo de caso consiste em uma “investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2001, p. 32).

Na estratégia de estudos de casos, o pesquisador pode analisar um caso (estudo de caso único) ou múltiplos casos (estudo de casos múltiplos). Esta pesquisa classifica-se como um estudo de caso único (CRESWELL, 2007).

Ridder, Hoon e Baluch (2014) apontam que o principal desafio de um estudo de caso é contribuir para algum ramo teórico. Diante deste desafio, os autores indicam três caminhos para o diálogo com a teoria: a) buscar complementaridades; b) apresentar posicionamentos antagônicos; c) estabelecer um posicionamento pluralista, isto é, situar o fenômeno estudado diante de várias teorias. Este trabalho pretende dialogar com a discussão de federalismo e políticas públicas no Brasil, sobretudo a política de saúde, e com o debate sobre cooperação intergovernamental.

Quanto aos objetivos, este estudo encaminhou-se para uma pesquisa exploratória-descritiva. No primeiro momento, foi realizada uma pesquisa exploratória com a finalidade de obter uma visão geral sobre o objeto de estudo, uma vez que existe uma carência de literatura sobre o fenômeno do consorciamento no estado do Ceará e suas especificidades locais. Para isso, realizou-se levantamento bibliográfico, documental e entrevistas semiestruturadas com

dois atores relevantes para formulação, implementação e gestão dos consórcios. Foram realizadas em um primeiro momento duas entrevistas exploratórias com atores chaves para formulação e implementação da estratégia de consorciamento no Ceará.

Após a maior sistematização do estudo, a segunda etapa da pesquisa pode ser caracterizada como descritiva, a fim de alcançar dois principais objetivos da coleta de dados:

- a) Reconstruir a trajetória da descentralização da saúde no estado Ceará até a constituição dos Consórcios Públicos de Saúde;
- b) Compreender as relações intergovernamentais entre governo estadual e municipal realizadas por meio dos consórcios cearenses.

Para atender os objetivos listados e superar os limites do estudo de caso, foram trianguladas as seguintes técnicas e múltiplas fontes de coleta de dados (CRESWELL, 2007): levantamento bibliográfico, levantamento documental e entrevistas semiestruturadas. A Figura 3 apresenta a triangulação proposta.

Fonte: elaborada pela autora

A pesquisa documental consistiu no levantamento e análise dos seguintes documentos:

- a) Lei Federal 11.107 de 2005
- b) Lei Estaduais de ratificação dos protocolos de intenções
- c) Modelo de Lei Municipal utilizado pelos municípios consorciados
- d) Relatório Operativo do PROEXMAES
- e) Perfil do Programa PROEXMAES
- f) Modelo de estatuto dos consórcios
- g) Modelo de Protocolo de Intenções dos Consórcios
- h) Modelo de Contrato de Gestão dos Consórcios
- i) Plano de Governo Cid Gomes - 2006

- j) Plano de Desenvolvimento Regional (PDR) - 2011
- k) Revisão do Plano de Desenvolvimento Regional (PDR) - 2014
- l) Plano Estadual de Saúde - 2012 a 2015
- m) Plano Estadual de Saúde - 2016 a 2019
- n) Manual de Orientação dos Consórcios Públicos de Saúde no Ceará
- o) Cartilha da Cota Parte do ICMS no Ceará - 2009
- p) Cadernos de Informações em saúde de cada região - 2016

Levantou-se também dados da Pesquisa Muniq 2015 sobre arranjos institucionais cooperativos no Brasil e informações do banco de dados “Região e Redes: caminhos da universalização da saúde no Brasil”.

Arelada à análise desses dados, ainda foram analisadas as atas de reuniões da Comissão Intergestores Bipartite do estado do Ceará de 2006 a 2016. A análise das atas teve como objetivo trazer maior esclarecimento de como a estratégia de consorciamento entrou na discussão intergovernamental e como o debate sobre o tema foi se delineando ao longo do tempo. No entanto, a surpresa foi que a formulação da estratégia de consorciamento não apareceu nas discussões registradas pelas atas. Identificou-se que a provação de questões mais operacionais em relação aos equipamentos de saúde gerenciados pelos consórcios foram as que mais entraram em pauta, no que diz respeito ao tema de interesse deste trabalho. No Apêndice B é possível observar o recorte dos tópicos registrados nas atas da CIB-CE sobre Consórcio Público de Saúde, Policlínica e Centro de Especialidade Odontológica (2006-2016).

As entrevistas para reconstrução da trajetória foram realizadas com:

- a) Raimundo Arruda Bastos - ex-secretário de saúde;
- b) Maria de Fátima Nepomuceno Nogueira - Coordenadora da Assessoria Jurídica (ASJUR) da SESA;
- c) Washington Willem Mendes Santana - à época também vinculado a ASJUR;
- d) Maria de Fátima Ferreira de Oliveira - Coordenadora da 4ª Coordenaria Regional de Saúde - Região Baturité;

Enquanto Arruda Bastos liderou junto com Ananias Vasconcelos o processo de concepção e implantação dos consórcios públicos de saúde, as senhoras Fátima Nogueira e Fátima Oliveira e o senhor Washington Mendes compuseram a equipe de implantação dos

Consórcios. Também auxiliou na reconstrução histórica, a atual Coordenadora da 3ª Coordenaria Regional de Saúde - Região Maracanaú, que acompanhou o processo de regionalização da saúde no estado e a implantação dos consórcios, como Coordenadora da Regional Quixadá por 17 anos. Outra colaboradora foi a Diretora do CEO de Maracanaú, Madeline Maria Frota de Amorim, que participou da implantação do primeiro CEO Regional em Ubajara.

A Figura 4 ilustra os arranjos institucionais que de alguma forma influenciam a operacionalização dos consórcios. É possível verificar quais arranjos a pesquisa conseguiu mapear.

Figura 4- Recorte institucional para entrevistas

Fonte: elaborada pela autora

Dos atores da Secretaria de Saúde estadual, foram entrevistadas Sany Maria da Silva Rodrigues, vinculada a equipe de gerenciamento dos Consórcios da Coordenadoria das Regionais de Saúde (CORES); Maria Aldaniza Santos Soares, atualmente assessora do Gabinete da SESA, mas que anteriormente era vinculada a CORES na gestão dos consórcios; e Adelia Maria Araújo Bezerra, que assumiu por um período a Coordenação da Superintendência de Apoio a Gestão da Rede de Unidades de Saúde (SRU), órgão a qual os consórcios respondiam antes da criação da CORES.

No que se refere aos consórcios, foram entrevistados todos os secretários executivos dos arranjos, em todas as quatro regiões. Na Região de Maracanaú, também se conversou com

a Diretora do CEO Regional. Na Região Baturité, entrevistou-se a Diretora da Policlínica Regional, que foi também a primeira secretaria executiva da região.

Nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), os coordenadores regionais, que também assumem o papel de presidente da Comissão Intergestores Regional (CIR) nas suas regionais, foram entrevistados. Dessa forma foi possível identificar qual a atuação da CRES sobre os consórcios e as relações que se dão na CIR entre CRES e municípios. Na CRES de Fortaleza também foi possível conversar com as assessoras das áreas de regulação e vigilância epidemiológica, Ana Sabrina da Silva Carneiro e Cyntia Pequeno Carvalho Melo, respectivamente.

Para o nível municipal, foram entrevistados em Baturité a Vice-presidente da CIR Claudia do Carmo Ricarte, que também ocupa o cargo de secretária de saúde no município de Baturité, e o ex-presidente do Consórcio Regional, Claudio Bezerra Saraiva. Em Maracanaú, foram entrevistados o Vice-presidente da CIR e secretário de saúde de Maracanaú, Francisco Torcápio Vieira da Silva, o ex-prefeito de Barreira, Antônio Peixoto Saldanha e a ex-coordenadora da Regional Maracanaú, Rita de Cássia do Nascimento Leitão, atual secretária de saúde Redenção. Em Juazeiro, entrevistou-se Maria Nizete Tavares Alves, secretária de saúde de Juazeiro do Norte e vice-presidente da CIR. Tentou-se entrar em contato com o atual e ex-presidente do Consórcio da região, mas não houve sucesso.

Respeitando a hierarquia da organização dos serviços, as primeiras entrevistas foram realizadas na Secretaria de Saúde do estado Ceará, sobretudo nos departamentos que dialogam diretamente com os consórcios, CORES e SRU. A ideia foi obter a visão estadual sobre a estrutura e o funcionamento dos consórcios e a atuação dos governos municipais.

Em seguida foram entrevistados o presidente e o diretor executivo dos consórcios. Com essas entrevistas, teve-se o objetivo de captar o funcionamento real do arranjo regional de cooperação e os mecanismos de gerenciamento. Por último, foram entrevistados os presidentes/Coordenadores das CRES e vice-presidentes das Comissões Intergestores Regional de cada região. Isso proporcionou a compreensão do ponto de vista municipal sobre a atuação estadual, como também a dimensão regional na organização dos serviços prestados pelo consórcio.

No total, 23 entrevistas foram realizadas, considerando as pessoas que ocupam os cargos de direção supracitados e algumas outras pessoas que ocupam cargos técnicos, mas que se disponibilizaram a contribuir com o trabalho. As entrevistas com a Coordenadora da Assessoria Jurídica (ASJUR) da SESA, Maria de Fátima Nepomuceno Nogueira e com o

Washington Willem Mendes Santana foram realizadas no período de estudo exploratório em agosto de 2016. As demais entrevistas ocorreram entre junho e agosto de 2017. Ver Tabela.

Tabela 6 - Síntese da organização das entrevistas

Local do entrevistado	Número de entrevistados
Equipe de implantação	4
Nível estadual + CREs	5
Nível regional (consórcio)	7
Nível municipal	7
Total de entrevistas	23

Fonte: elaborada pela autora

O roteiro das entrevistas e a análise dos dados foram construídos com base nas categorias que emergiram da literatura e da análise preliminar, a saber:

- a) **Coordenação federativa:** desde a concepção do projeto a categoria coordenação federativa já estava presente. Entretanto, ainda na sua reestruturação inicial, um primeiro redirecionamento que sofreu foi a compreensão de que apesar da Lei dos Consórcios ser uma indução federal e os municípios serem os atores principais para formação dos consórcios, não interessava tanto a relação União-municípios. A literatura mostrou que para além da indução do governo federal, há espaço para atuação do governo estadual na coordenação federativa (SEGATTO, 2015, GONÇALVES, 2009, GOMES, 2009, TENDLER, 1998), mas essa capacidade se diferenciava entre os estados. Considerando que no Ceará, o estado foi o idealizador dos consórcios de saúde, ponderou-se ser mais adequado para compreensão do caso, entender também a capacidade do governo estadual ser um coordenador federativo na interlocução com seus municípios. No entanto, esta compreensão terá como base a ampla discussão que já existe sobre coordenação do governo federal.
- b) **Federalismo sanitário:** um segundo redirecionamento foi compreender que não seria suficiente trabalhar com a categoria geral de arranjo federativo. Os estudos sobre a relação entre federalismo e políticas públicas cada vez mais deixam claro que as peculiaridades do setor de política pública têm grande relevância. Daí a importância de entender a construção

do Sistema Único de Saúde no Brasil e as alterações decorrentes dos processos de descentralização e regionalização. Essas alterações caminharam para construção de um arranjo de compartilhamento de competências muito específico, que de certa maneira, favorece a construção de arranjos de cooperação. Em síntese, trata-se da influência da trajetória da política e da organização/estrutura do SUS, incluindo a atuação dos diversos espaços de comunicação intergovernamental e do ativismo da burocracia sanitária na constituição da estratégia de consorciamento.

- c) **Cooperação intergovernamental:** se na categoria de coordenação federativa, a dimensão das relações verticais é muito importante, nesta categoria busca-se captar também a dimensão das relações horizontais. A ideia é entender como estados e municípios encontram/constroem soluções a partir das regulamentações e induções federais. A literatura e os resultados da análise preliminar mostraram que algumas questões são essenciais de ser exploradas, como: a possível sobreposição de interesses, a competição por recursos, a dinâmica territorial, o papel de liderança e as disputas políticas-eleitorais (FILLIPIM e ABRUCIO, 2016; LOTTA e VAZ, 2015).
- d) **Desenho institucional:** antes da revisão da literatura e análise preliminar do caso, achava-se que o diferencial do caso cearense seria a indução do governo estadual para a implantação dos consórcios nas regiões de saúde. Contudo, descobriu-se que todas as experiências de alguma forma receberam indução estadual, o diferencial do caso cearense foi o desenho institucional dos consórcios públicos de saúde que resultou dessa indução. Se em Minas Gerais, Mato Grosso e Paraná derivou em consórcios intermunicipais, no Ceará, os consórcios contam com a participação do governo estadual e todos os municípios de determina região de saúde. Isto torna mais complexo as relações intergovernamentais e exige o cotejamento da dimensão de coordenação vertical e da dimensão de cooperação horizontal em um só desenho institucional.
- e) **Fatores histórico-estruturais:** são “aqueles ligados às dinâmicas socioeconômicas e às características dos sistemas de saúde no plano loco-regional” (LIMA, 2012a, p. 1910 – 1911; LIMA, 2012b, VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010). Acredita-se que a diferenciação desses fatores entre as regiões pode causar variações no padrão de relacionamento entre o governo estadual e os municípios.

- f) **Fatores políticos-institucionais:** “o legado de implantação de políticas prévias de descentralização e regionalização, o aprendizado institucional acumulado pelas instâncias do SUS” (LIMA, 2012a, p 1910 – 1911; LIMA, 2012b; VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010). O foco aqui é analisar o legado prévio de descentralização e regionalização no nível estadual e de cooperação intermunicipal nas regiões. Esta categoria parte do pressuposto inicial deste trabalho, confirmado com a análise preliminar apresentada, de que a existência de uma cultura de negociação intergovernamental prévia no Ceará favoreceu a construção dos consórcios de saúde, sem muita resistência municipal. As variáveis territorialização e regionalização serão consideradas dentro desta categoria, visto que a lógica territorial do desenho institucional do consórcio obedece diretamente ao desenho regional.
- g) **Fatores conjunturais:** são “relacionados à ação política, como o perfil e trajetória dos atores sociais, a dinâmica das relações intergovernamentais e a prioridade da regionalização na agenda governamental, repercutem no processo decisório e nas escolhas realizadas (LIMA, 2012a, p. 1910-1911)”. Todas as experiências de consórcios tiveram grande dependência da atuação de empreendedores políticos. Isso torna relevante a análise da sustentabilidade da estratégia de consorciamento com as alterações de lideranças políticas nos governos estaduais e municipais e, conseqüentemente, mudanças de prioridades na agenda governamental, além das relações de poder que se estabelece entre os entes federativos.

3.2 RECORTE DA PESQUISA: ESCOLHAS DAS REGIÕES DE SAÚDE POR NÍVEL DE DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO E OFERTA DE SERVIÇO

O sistema de saúde no estado do Ceará é estruturado com base em cinco macrorregiões de saúde. As macrorregiões são formadas por um conjunto de microrregiões que se organizam entorno dos seguintes polos: Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri. O estado conta com o total de 22 microrregiões de saúde. Cada uma delas dispõe de uma Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), órgão de representação da Secretaria Estadual de Saúde no território regional, afora a microrregião de Cascavel, que ficou sob a responsabilidade da Coordenadoria Regional de Fortaleza (CEARÁ, 2016).

Dentre as 22 regiões, apenas a região de Fortaleza não está organizada na forma de consórcio público. Devido à restrição financeira e temporal para execução da pesquisa, foi necessário selecionar, dentre as regiões, uma amostra que pudesse ser considerada representativa da experiência cearense. A Tabela 7 lista as regiões de saúde no Ceará.

Tabela 7 - Regiões de saúde do estado do Ceará

Região de Saúde	Nº de municípios	Projeção de População 2016
1ª Região Fortaleza	4	2.778.998
2ª Região Caucaia	10	613.345
3ª Região Maracanaú	8	533.596
4ª Região Baturité	8	138.400
5ª Região Canindé	6	204.935
6ª Região Itapipoca	7	293.850
7ª Região Aracati	4	116.554
8ª Região Quixadá	10	321.245
9ª Região Russas	5	198.316
10ª Região Limoeiro do Norte	11	224.667
11ª Região Sobral	24	641.879
12ª Região Acaraú	7	226.642
13ª Região Tianguá	8	313.467
14ª Região Tauá	4	113.999
15ª Região Crateús	11	296.406
16ª Região Camocim	5	156.424
17ª Região Icó	7	171.293
18ª Região Iguatú	10	319.365
19ª Região Brejo Santo	9	213.150
20ª Região Crato	13	343.843
21ª Região Juazeiro do Norte	6	421.326
22ª Região Cascavel	7	322.728

Fonte: Região e Redes: caminhos da universalização da saúde no Brasil (2016)

Como critério de escolha foi utilizada a classificação da tipologia construída pela pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil”⁴, que é financiada pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e executada por pesquisadores vinculados a diferentes universidades do território nacional e colaboradores externos. Seu principal objetivo consiste em avaliar as diversas estruturas de organização das regiões e redes de saúde no país, bem como seu impacto nos resultados do SUS. Em outras palavras, a referida pesquisa busca identificar condições que estão favorecendo ou não o processo de regionalização nos estados e, por conseguinte, quais obstáculos incidem sobre a redução das desigualdades na oferta dos serviços de saúde no Brasil (VIANA *et al*, 2015).

Para construção da tipologia, os pesquisadores utilizaram como fontes de dados o Censo 2010, o Datasus, a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e o Sistema de Contas Regionais (IBGE). Através de análise fatorial e de análise de agrupamentos/*clusters*, eles identificaram duas dimensões determinantes para organização regional da saúde e os grupos que compõem a tipologia, sendo as dimensões:

- a) situação socioeconômica: se refere ao nível de desenvolvimento socioeconômico dos municípios que formam às regiões de saúde;
- b) oferta e complexidade dos serviços de saúde: diz respeito à complexidade dos serviços ofertados nas regiões.

Estas duas dimensões foram classificadas nas categorias baixa, média e alta. O cruzamento desses fatores gerou cinco perfis de regiões de saúde:

- a) o Grupo 1 (**baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços**) inclui 175 regiões, 2.159 municípios e 23,6% da população do Brasil. É o grupo com os menores percentuais de beneficiários do sistema privado, médicos e leitos por mil habitantes. É evidente sua concentração nas macrorregiões Norte e Nordeste.
- b) o Grupo 2 (**médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços**) é composto por 53 regiões e 590 municípios,

⁴ Essa tipologia é uma atualização da tipologia criada em 2010. Para mais informações, ver: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

respondendo pela menor parcela da população brasileira (7,3%). A maioria dessas regiões está localizada nos estados de Roraima, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás e Tocantins. É uma área de ocupação periférica territorial recente, que ocorreu a partir da expansão da fronteira agrícola com uso intensivo e mecanizado da terra, subordinada às lógicas globais, e muitas vezes no circuito de produção das empresas alimentares. Esse processo explica a melhoria global dos indicadores socioeconômicos e, também, dado o modelo de desenvolvimento adotado, a baixa oferta de serviços de saúde, criando um cenário bastante particular.

c) o Grupo 3 (**médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços**) inclui 123 regiões, 1.803 municípios e 20,1% da população brasileira, predominantemente nas regiões Sudeste e Sul. Observa-se aumento do número de leitos, em comparação com os grupos 2 e 3, mas, paralelamente, o percentual de leitos SUS em relação ao total é menor.

d) o Grupo 4 (**alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços**) inclui 35 regiões, 388 municípios e 12,9% da população, predominantemente nas regiões Sudeste e Sul.

e) o Grupo 5 (**alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços**) inclui 50 regiões, 630 municípios e 40,5% da população do Brasil. Destacam-se nesse grupo as regiões metropolitanas e as demais áreas de alto dinamismo econômico. Reflexo desse dinamismo é o alto peso do setor privado, que alcança quase 60% da população (VIANA *et al*, 2015).

A maioria das regiões de saúde do Ceará faz parte do primeiro perfil, isto é, são regiões que não possuem níveis de desenvolvimento econômico alto e que também não possuem alta oferta de serviços de saúde. A região com melhor desempenho é composta exclusivamente por municípios da região metropolitana do estado, a Região Fortaleza. Não há nenhuma região classificada no grupo 4 e apenas uma região foi classificada no grupo 3 e outra no grupo 2, sendo estas a Região Maracanaú e Região Juazeiro do Norte, respectivamente. Todas as demais fazem parte do grupo 1. A Tabela 8 mostra as principais características das regiões de saúde cearenses por grupo da tipologia. A Figura 5 ilustra a localização dessas regiões no território estadual.

Tabela 8 - Principais características dos agrupamentos das Regiões de Saúde do Ceará – CE

Características	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 5
Número de Regiões de Saúde	19	1	1	1
% no total de Regiões de Saúde	4,3	0,2	0,2	0,2
Número de Municípios	166	8	6	4
% no total de municípios	3	0,1	0,1	0,1
População (projeção 2015)	5.199.678	528.435	418.541	2.758.574
% no total da população	2,5	0,3	0,2	1,3

Média de municípios por Região	9	8	6	4
Média da população por município	31.323	66.054	69.757	689.644
Beneficiários de plano de saúde na população - em % (Set/2015)	5,4	23,4	11,2	57,1
Médicos por mil habitantes (Dez/2015)	0,62	0,48	1,46	2,17
Médicos SUS no total de médicos - em % (Dez/2015)	94,7	94,5	89,9	74,5
Leitos por mil habitantes (Dez/2015)	1,6	1	2,4	2,8
Leitos SUS no total de leitos - em % (Dez/2015)	89,6	81,2	85,8	70,9

Fonte: Região e Redes: caminhos da universalização da saúde no Brasil (2016)

Figura 5 - Distribuição das regiões segundo os cinco grupos socioeconômicos

Fonte: Região e Redes: caminhos da universalização da saúde no Brasil (2016)

Considerando que além dos arranjos federativos, o contexto e o legado importam para as relações intergovernamentais nas políticas públicas e visando contemplar perfis de diferentes regiões e, consequentemente, municípios nas análises desta pesquisa, selecionou-se ~~selecionada~~ uma região para cada um dos grupos da tipologia. Não foi selecionadas nenhuma região do grupo 4 uma vez que não existe região no estado do Ceará nesse perfil. A Região de Fortaleza também foi selecionada por não está organizada em forma de consórcios. A Tabela 9 apresenta

as regiões de saúde escolhidas para o recorte da pesquisa. Entretanto, se os critérios de escolha para as regiões Juazeiro do Norte e Maracanaú ficam claros, é necessário, ainda, justificar a escolha da Região Baturité.

Tabela 9 - Regiões de Saúde pesquisadas

Grupos de Regiões de Saúde	Regiões de saúde
2	21ª Região Juazeiro do Norte
3	3ª Região Maracanaú
5	4ª Região Baturité

Fonte: elaborada pela autora

3.2.1 Caracterização das Regiões de Saúde

3.2.1.1 Região de Saúde Baturité

No que se refere à opção pela Região Baturité, a justificativa é que a Região foi o projeto-piloto na implantação dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde (SMSS) no Ceará, e, posteriormente, foi uma das primeiras microrregiões a se organizar na forma de consórcio público para prestação dos serviços públicos de saúde (JULIÃO, 2016). A literatura sobre federalismo e políticas públicas destaca que tempo é uma variável relevante. A implantação do projeto-piloto iniciou em 1998 (LOPES, 2007), no começo do movimento de fortalecimento da organização do SUS no estado, tanto na atenção primária, quanto na atenção secundária (MOTA, 2007).

Umas das principais características da Região Baturité é o pequeno número populacional. A região está entre as três do estado que possui menos de 150 mil habitantes. Com exceção do município de Guaramiranga, também não há grande discrepância entre o número populacional dos municípios que a compõe. A proximidade territorial entre os municípios também é pequena, auxiliando no aproveitamento dos equipamentos de saúde regionais. Ver Tabela 10.

Tabela 10 - População residente, municípios da Região de Saúde de Baturité - Ceará -2015

Município	População
Aracoiaba	26134
Aratuba	113558
Baturité	34949
Capistrano	17573
Guaramiranga	3720
Itapiúna	19724
Mulungu	12526
Pacoti	11910
RS Baturité	137894
MCR Fortaleza	4642385
Ceará	8904459

Fonte: Cadernos de Informações em Saúde/SESA-CE (2015)

Uma outra característica que se destaca na Região é a presença da Associação dos Municípios do Maciço de Baturité (AMAB), vinculada à Associação dos Municípios do Estado do Ceará (APRECE). A AMAB surge após uma articulação entre prefeitos iniciada na década de 70 e culmina em sua constituição no ano de 1997.

Em 2002, a Associação elaborou junto ao governo do estado o Plano de Desenvolvimento Regional (PDR), sendo o primeiro a ser elaborado no Ceará. O objetivo do PDR era identificar as peculiaridades históricas e geográficas e os potenciais econômicos regionais, a fim de propor estratégias e obras estruturantes para a Região. No entanto, o PDR não foi efetivamente implementado. Segundo Viera *et al* (2013), isso aconteceu devido a descontinuidade administrativa no governo estadual, que impede comumente o planejamento regional de longo prazo.

O Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité (CPSMB) foi fundado em 24 de novembro de 2010, um dos primeiros a ser implantado no Ceará. O CPSMB gerencia dois equipamentos de saúde: o Centro de Especialidades Odontológicas Tipo III, Dr. José Marcelo de Holanda, inaugurado em 08 de abril de 2010, e a Policlínica Tipo I, Dr. Clovis Amora Vasconcelos, que iniciou suas atividades em 04 de abril de 2011. Apesar de ser classificada como Tipo I, a Policlínica dispõe de serviços de uma Policlínica Tipo II. Por esse motivo,

atualmente a região reivindica a alteração de modalidade, com o objetivo de receber o financiamento equivalente.

Fora a Policlínica e CEO Regionais, a Região de Baturité não conta com muitos outros equipamentos de saúde. Entre as regiões estudadas, é a que apresenta o menor número de unidades de saúde. A Região dispõe de um único CEO, no caso regional, e de nenhum CEO municipal. O número reduzido pode estar atrelado ao fato de ser a região que apresenta a pior condição socioeconômica. Ver Tabela 11.

Tabela 11 - N.º de unidades de saúde (CAPS, CEO, policlínica, UPA, hospital), municípios da Região de Saúde Baturité - Ceará, 2015

Município	CAPS Nº	CEO Nº	Policlínica Nº	UPA Nº	Hospital Nº
Aracoiaba	1	—	—	1	1
Aratuba	—	—	—	—	1
Baturité	1	1	1	1	1
Capistrano	1	—	—	—	1
Guaramiranga	—	—	—	—	1
Itapiúna	1	—	—	—	1
Mulungu	1	—	—	—	1
Pacoti	1	—	—	—	1
RS Baturité	6	1	1	2	8
MCR					
Fortaleza	55	27	31	18	129
Ceará	146	95	85	28	319

Fonte: Cadernos de Informações em Saúde/SESA-CE (2015)

Pela relativa proximidade em relação a Fortaleza, a Região não enfrenta grandes dificuldades em captar profissionais da capital do estado, mas não conta com muitos profissionais de saúde especialistas formados na própria Região. De maneira elucidativa, é válido mencionar que a primeira universidade federal do Maciço de Baturité chegou à Região apenas em 2011. O cenário pode melhorar nos próximos anos, com a implantação da proposta de um hospital universitário em parceria com o governo do estado e a expansão dos cursos de saúde na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). A Tabela 12 exhibe o número de profissionais de saúde por 1000 hab.

Tabela 12 - N.º profissionais de saúde (por 1.000 hab), municípios da Região de Saúde Baturité - Ceará, 2015

Município	Médico		Dentista		Enfermeiro	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
Aracoiaba	33	1,3	13	0,5	27	1
Aratuba	5	0,4	7	0,6	5	0,4
Baturité	33	0,9	26	0,7	29	0,8
Capistrano	17	1	7	0,4	15	0,9
Guaramiranga	8		2	0,5	5	1,3
Itapiúna	17	2,2	5	0,3	13	0,7
Mulungu	7	0,9	4	0,3	11	0,9
Pacoti	4	0,6	4	0,3	9	0,8
RS Baturité	124	0,3	68	0,5	114	0,8
MCR						
Fortaleza	7069	0,9	2392	0,5	4108	0,9
Ceará	10071	1,1	3960	0,4	7469	0,8

Fonte: Cadernos de Informações em Saúde/SESA-CE (2015)

Fica claro que a Região do Maciço de Baturité constitui um *locus* de experimentação das políticas estaduais: sistemas microrregionais, elaboração de PDR e implantação de consórcios. Esse acúmulo de experiência, aliada a aprendizagem de cooperação decorrente da AMAB, torna a Região muito relevante para este trabalho.

3.2.1.2 Região de Saúde Maracanaú

A Região de Saúde de Maracanaú, assim como a Região de Baturité, é composta apenas por 8 municípios, mas, diferentemente desta última, é formada de maneira bem evidente por dois perfis de municípios. Maracanaú, Maranguape, Palmácia e Guaiuba são municípios da Região Metropolitana de Fortaleza e, por isso, possuem uma economia mais aquecida, já os demais municípios estão localizados mais no interior do estado. Ver Tabela 13.

Tabela 13 - População residente, municípios da Região de Saúde de Maracanaú - Ceará - 2015

Município	População
Acarape	16288
Barreira	20687
Gaiúba	25841
Maracanaú	221504
Maranguape	123570
Pacatuba	80378
Palmácia	12825
Redenção	27272
RS Maracanaú	528435
McR Fortaleza	4642285
Ceará	8904459

Fonte: Cadernos de Informações em Saúde/SESA-CE (2015)

A Região de Maracanaú foi uma das últimas a iniciar o funcionamento do Consórcio e uma das poucas regiões que ainda não conta com Policlínica Regional. A expectativa é que em 2018 ela seja inaugurada na Região, bem como as Policlínicas de Canindé e Crato. A demora na implantação da Policlínica Tipo II decorreu da falência da empresa licitada para a obra, exigindo assim a abertura de uma nova licitação por parte do Governo estadual.

Além da localização geográfica, os municípios diferem no porte populacional, a Região possui no total 528.435 habitantes, sendo que 80% estão localizados em Maracanaú, Maranguape e Palmácia. Maracanaú concentra aproximadamente 42% habitantes, e por isso é o maior contribuinte municipal do Consórcio e demanda a maior parte dos serviços do CEO Regional.

A sede do Consórcio, o CEO e a futura Policlínica da Região ficam em Maracanaú, município que faz limite com Fortaleza, por esse motivo, a Região possui facilidade em captar profissionais qualificados para os equipamentos de saúde. Há também concentração das demais unidades de saúde em Maracanaú e Maranguape, os dois municípios mais próximos de Fortaleza, como indica a Tabela 14.

Tabela 14 - N.º de unidades de saúde (CAPS, CEO, policlínica, UPA, hospital), municípios da Região de Saúde Maracanaú - Ceará, 2015

Município	CAPS Nº	CEO Nº	Policlínica Nº	UPA Nº	Hospital Nº
Acarape	—	—	—	—	1
Barreira	—	—	—	—	1
Gaiúba	1	1	—	—	1
Maracanaú	3	2	1	—	5
Maranguape	3	1	1	1	4
Pacatuba	1	—	—	—	1
Palmácia	—	—	—	—	1
Redenção	1	1	—	—	2
RS Maracanaú	9	5	2	1	16
McR Fortaleza	55	27	31	18	129
Ceará	146	95	85	28	319

Fonte: Cadernos de Informações em Saúde/SESA-CE (2015)

Por um lado, entre as quatro regiões selecionadas para o estudo, a Região de Maracanaú é a que apresenta menores taxas de números de profissionais por 1000 hab. Isso se dá no que refere ao médico, dentista e enfermeiro. Por outro lado, de maneira interna não há uma grande variação das taxas entre os municípios que compõem a região. Ver Tabela 15.

Tabela 15 - N.º de profissionais de saúde (por 1000 hab), municípios da Região de Saúde Maracanaú - Ceará, 2015

Município	Médico		Dentista		Enfermeiro	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
Acarape	8	0,5	6	0,4	12	0,7
Barreira	11	0,5	6	0,3	7	0,3
Gaiúba	9	0,3	11	0,4	15	0,6
Maracanaú	143	0,6	88	0,4	164	0,7
Maranguape	44	0,4	23	0,2	41	0,3
Pacatuba	26	0,3	14	0,2	34	0,4
Palmácia	3	0,2	2	0,2	7	0,5
Redenção	11	0,4	11	0,4	18	0,7
RS Maracanaú	255	0,5	161	0,3	298	0,6
McR Fortaleza	7069	1,5	2392	0,5	4108	0,9
Ceará	10071	1,1	3960	0,4	7469	0,8

Fonte: Cadernos de Informações em Saúde/SESA-CE (2015)

3.2.1.3 Região de Saúde Juazeiro do Norte

A Região de saúde de Juazeiro do Norte se diferencia por constituir um polo de saúde bastante avançado, apesar ser uma das regiões mais distantes de Fortaleza, são quase 600 Km de distância. A Região está localizada na Macrorregião do Cariri e consegue ofertar desde os serviços básicos de saúde até serviços de alta complexidade como, por exemplo, procedimentos de transplantes, de oncologia e cirurgia cardíaca.

Sobre o perfil dos municípios, a maioria possui menos de 50 mil habitantes. Há uma discrepância considerável entre o número populacional de Granjeiro, 4494 habitantes, e o porte de Juazeiro, 266022 habitantes. A Tabela 16 apresenta o número de habitantes de todos os municípios que compõem a Região de Saúde.

Tabela 16 - População residente, municípios da Região de Saúde Juazeiro do Norte, 2015

Município	População
Barbalha	58855
Caririaçu	26858
Granjeiro	4494
Jardim	27072
Juazeiro	266022
Missão Velha	35340
RS Juazeiro do Norte	418541
McR Cariri	1462418
Ceará	8904459

Fonte: Cadernos de Informações em Saúde/SESA-CE (2015)

Afora atender os municípios da microrregião, os equipamentos de saúde também oferecem serviços a municípios próximos, que pertencem a Paraíba e Pernambuco. A proximidade dos municípios possibilita o acesso das pessoas a Região cearense.

Outra característica peculiar da Região é a disponibilidade de uma ampla rede de formação, composta por um número considerável de faculdades que dispõem de cursos na área da saúde. No entanto, ainda existe a dificuldade de captar profissionais devido aos valores pagos pela tabela SUS, pois os estabelecimentos públicos competem profissionais com a avançada rede privada de saúde da Região.

Os estabelecimentos de saúde de média e alta complexidade da Região Juazeiro do Norte estão basicamente em dois municípios: Juazeiro do Norte e Barbalha, que além de serem polos

regionais, são também polos da macrorregião de saúde. Granjeiro, por exemplo, conta apenas com um Centro de Especialidade Odontológica municipal e Jardim com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como mostra a Tabela 17.

Tabela 17 - N.º de unidades de saúde (CAPS, CEO, policlínica, UPA, hospital), municípios da Região de Saúde Juazeiro do Norte - Ceará, 2015

Município	CAPS Nº	CEO Nº	Policlínica Nº	UPA Nº	Hospital Nº
Barbalha	3	1	1	1	3
Caririaçu	1	1	—	—	1
Granjeiro	—	1	—	—	1
Jardim	1	—	—	—	2
Juazeiro	3	2	1	1	6
Missão Velha	1	1	—	—	1
RS Juazeiro do Norte	9	6	2	1	14
McR Cariri	35	32	17	3	74
Ceará	146	95	85	28	319

Fonte: Cadernos de Informações em Saúde/SESA-CE (2015)

Entre as regiões selecionadas por este trabalho, se desconsideramos a Região Fortaleza, a Região Juazeiro do Norte é a que possui melhores taxas de número de profissionais de saúde por 1000 habitantes. Barbalha é o município da Região que apresenta as taxas mais elevadas. No que se refere ao número de médico/1000 hab., há uma variação considerável entre os municípios, de 0,3 a 5,2. Ver Tabela 18 para mais detalhes.

Tabela 18 - N.º de profissionais de saúde (por 1000 hab), municípios da Região de Saúde Juazeiro do Norte - Ceará, 2015

Município	Médico		Dentista		Enfermeiro	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
Barbalha	304	5,2	27	0,5	82	1,4
Caririaçu	10	0,4	9	0,3	20	0,7
Granjeiro	1	0,2	3	0,7	6	1,3
Jardim	8	0,3	9	0,3	24	0,9
Juazeiro	279	1,0	105	0,4	219	0,8
Missão Velha	11	0,3	8	0,2	21	0,6

RS Juazeiro do Norte	613	1,5	161	0,4	372	0,9
McR Cariri	1275	0,9	570	0,4	1145	0,8
Ceará	10071	1,1	3960	0,4	7469	0,8

Fonte: Cadernos de Informações em Saúde/SESA-CE (2015)

Buscou-se com esta seleção de regiões de saúde cobrir diferentes perfis regionais e também diferentes aspectos que a literatura aponta como relevantes para cooperação intergovernamental, especialmente no que diz respeito à política de saúde. A Região Baturité é uma região de pequeno porte, que mais representa o nível de capacidade instalada e condição socioeconômica da maioria das regiões de saúde cearenses. A Região Maracanaú apresenta a peculiaridade de estar localizada na região metropolitana de Fortaleza, com condição socioeconômica mais avançada e ser composta por municípios diferentes entre si. A Região Juazeiro é umas das regiões de saúde mais distantes de Fortaleza, apresenta maior autonomia da capital e consiste em um polo de saúde muito importante no estado. Desta forma, buscou-se poder inferir sobre a relação do governo estadual cearense com seus municípios, a partir de uma diversidade de características regionais.

4 TRAJETÓRIA DA DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO CEARÁ: O GOVERNO CENTRAL NO LOCAL

O estado do Ceará vem sendo estudado nos últimos anos por suas inovações administrativas e em políticas públicas, sobretudo, nos processos de descentralização e regionalização das políticas de educação e saúde. As ações do governo estadual respeitam as diferentes diretrizes nacionais para cada uma dessas políticas, mas apresentam uma característica em comum: uma cooperação institucionalizada entre o governo estadual e os governos municipais.

O objetivo deste capítulo é apresentar a trajetória do processo de descentralização da política de saúde do estado. Objetivo aqui não é fazer uma reconstrução histórica pormenorizada, mas pontuar o que se considerou como principais movimentos de descentralização da saúde cearense, a fim de apontar duas principais questões: a) mostrar que o processo desde a década de 80 foi sinônimo de um deslocamento do central para o local, e a partir disso, iniciar uma discussão sobre o que podemos considerar como governo central nas relações interfederativas; b) mostrar que a descentralização da saúde no estado é um processo que ocorre de forma incrementalista, sem grandes rupturas ao longo do tempo.

4.1 QUANDO DESCENTRALIZAR É SINÔNIMO DO GOVERNO CENTRAL SE DESLOCAR PARA O LOCAL

O processo de descentralização da saúde no Ceará inicia-se bem antes da constituição dos consórcios públicos de saúde. Tendler (1998) analisou o primeiro movimento de descentralização da saúde no Ceará em seu livro “O Bom governo nos Trópicos: uma visão crítica”: o **Programa de Agentes de Saúde (PAS)**⁵, com início do primeiro Governo Tasso Jereissati em 1987. Além dos PAS, Tendler analisou também mais três programas: o Programa de apoio a pequenas e microempresas (PMEs), o Programas de obras públicas para geração de empregos e o Programa de extensão rural para pequenos proprietários.

⁵ O Programa de Agentes de Saúde foi foco de estudo em um livro do Banco Mundial sobre casos de descentralização bem sucedidos. Em 1993, o programa foi reconhecido internacionalmente pelo Prêmio Maurice Pate, do UNICEF, sendo o primeiro governo latino-americano a ganhar.

Tasso entra no poder em um cenário nacional de transição do governo militar para o governo democrático, contexto de defesa dos processos de descentralização do federalismo brasileiro. Com a Constituição de 1988, o movimento de descentralização tinha aumentado as transferências do governo federal para os governos municipais, assim como atribuído novas responsabilidades aos entes locais. O cenário para o governo estadual na política de saúde era de divisão de poder junto aos municípios e de baixo controle sobre eles.

Junto com o início do governo Tasso, inicia-se no estado a Era que Sampaio *et al* (2001) denomina como Era Ceará dos Empresários, período de ascensão da democracia liberal e formação de um “sistema político com ideário social democrata e base econômica situada no empresariado urbano (MONTESUMA, 2006, p. 10)”. Tasso abre este ciclo (1987-1990), sendo sucedido por Ciro Gomes (1991-1994), voltando ao poder para dois mandatos consecutivos posteriormente (1995-1998; 1999-2002).

O *slogan* do Tasso Jereissati para seu 1º mandato era “Juntos mudando o Ceará”. Em seu plano de governo apresentou várias metas para a política de saúde, entre elas: “a redução da mortalidade infantil e materna, aumento da cobertura vacinal, [...] implantação de ações preventivas e a promoção de saúde bucal em crianças e gestantes (MONTESUMA, 2006, p. 10)”.

Com a finalidade de organizar os governos subnacionais na direção desses objetivos, o governo estadual suscitou com o PAS 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 de o 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 (TENDLER, 1998).

A causa mais evidente apontada para o sucesso do programa de assistência preventiva à saúde cearense foi a atuação de dois governos reformistas: Tasso Jereissati e Ciro Gomes. No geral, as reformas promovidas pelos dois governadores contra o clientelismo seria a principal causa do bom desempenho dos programas estudados por Tendler. A autora considerou que existia aí apenas uma relação indireta com as reformas, no sentido de as lideranças terem um

desejo de anunciar ações inovadoras, mas que só as lideranças governamentais não explicavam tudo.

O governo estadual descentralizou algumas responsabilidades e certo grau de controle para os governos municipais. No entanto, algumas exigências estaduais mantiveram o controle sobre o programa nas mãos do governo do estado, por exemplo: a seleção dos agentes de saúde foi realizada por funcionários da SESA, assim, os prefeitos não tiveram a oportunidade de conceder cargos de acordo com seus interesses. O governo estadual também exigia que os municípios contribuíssem com recursos no momento de adesão, recursos que eram fruto das recentes transferências federais. Isso tanto garantiu que o prefeito colocasse mais recursos de acordo com o desenvolvimento do programa em seu município, quanto diminuiu a margem de possível inadimplência dos municípios (TENDLER, 2008).

A divisão de trabalho estabelecida pelo governo estadual deixou claro que a atuação estadual não era caracterizada, por um lado, pela visão tradicional de descentralização. Como eixo central, o governo estadual executava atividades como a provisão de financiamento, supervisão, fornecimento de medicamentos e outros recursos. Porém, por outro lado, atividades que comumente seriam delegadas ao governo local, como a contratação e a motivação dos agentes de saúde e as ações de publicidade sobre o programa nos municípios, também ficaram a cargo do estado (TENDLER, 2008).

Mesmo tendo feito a opção de manter o controle sobre o programa, o estado deixou os municípios livres para adesão e colocou na responsabilidade deles a contratação e o pagamento da enfermeira que liderava os agentes de saúde. Há aí uma inversão do esperado, em que o governo estadual contratava os funcionários de menor grau de escolaridade e os prefeitos detinham a responsabilidade de contratar um membro mais escolarizado da equipe (TENDLER, 1998).

Se por um lado, isso mostra certa concentração de controle pelo governo estadual, por outro lado, mantém os municípios dentro da execução do programa, mas sem deixar margem para contratações clientelistas no plano local e fortalecendo a capacidade local. O estado entrava com 85% dos custos com o programa e o governo municipal com 15%, mais contribuições com os transportes utilizados pelos agentes de saúde.

A adesão dos prefeitos dentro de um cenário restritivo de seus interesses políticos mais imediatos só foi possível graças a forte interlocução que o governo estadual fez entre a sociedade

civil e o Programa de Agentes de Saúde. Por meio de campanhas de publicidade realizadas em direção aos cidadãos, o governo do estado induziu um respeito e um controle social sobre o PAS. A visão que se queria incutir nas pessoas era que o programa deveria manter-se com resultados eficientes e livre do clientelismo local. Para isso, a proteção deveria ser contra as influências políticas municipais.

Tendler (1998) coloca que a participação da sociedade civil não se deu apenas de uma forma geral e sobre o governo local, mas também a partir de recortes de associações de profissionais de saúde e sobre o governo central. Quando Tasso assume o poder, a equipe que ele nomeia para conduzir a direção da Secretaria de Saúde era composta por profissionais com tendência reformista e envolvidos no movimento pela democracia no Brasil.

Esse movimento representou um processo descentralizatório em que o governo central não recuou para fortalecer os governos locais e, de maneira contrária, assumiu forte papel de coordenação das ações desenvolvidas no poder local. Desta maneira, observa-se um misto entre central e local, sendo que o governo central não buscou remediar as dificuldades comumente encontradas nos governos municipais reduzindo sua centralização. Apesar de certa padronização, o governo central possibilitou a capacidade de o governo municipal ter uma margem de adaptação do programa ao seu contexto local. Cada município pôde colocar sua marca característica no programa, incluindo ou excluindo serviços que estavam adequados a sua realidade, a partir na interação com as necessidades da sociedade civil (TENDLER, 1998).

Foram os mecanismos de indução e punição que deram o tom da descentralização dos serviços de saúde preventiva no Ceará. O governo estadual usou desses mecanismos para manter controle sobre os governos municipais, mesmo num cenário no qual eles tinham ganhado muito mais autonomia e que os instrumentos legais da política de saúde ainda não tinham lhes dado autoridade e capacidade institucional para isso. Os municípios que não cumpriam as regras tinham o financiamento estadual cortado e eram constrangidos com as exigências de comportamentos que o governo estadual tinha acordado com a sociedade civil (TENDLER, 1998).

Apesar de o Governo Tasso assumir de forma espontânea o início do processo de descentralização e desenvolvimento local no estado, sobretudo na saúde, sua iniciativa não está

dissociada do processo de descentralização fiscal e administrativa concebido pela Constituição de 1988, como não está dissociado do programa de

estabilização monetária do governo federal brasileiro nem da Lei de Responsabilidade Fiscal. As reformas do Estado do Ceará acompanhadas de profundos ajustes fiscal, financeiro e administrativo ocorridos já a partir de 1987 [...] dão provas do comportamento voluntário de responsabilidade fiscal, que logicamente deveria acompanhar as medidas de descentralização fiscal e administrativa ocorrida a partir de 1989, o que não aconteceu por lei no caso do Ceará. O fato é que, na falta de regulamentação de regras de comportamento, ficou a cargo das prefeituras e estados adotarem voluntária e espontaneamente o comportamento da responsabilidade fiscal. Ao que tudo indica, foi o que foi feito pelo Governo Estadual do Ceará (AMARAL FILHO, p. 46).

A partir desse voluntarismo fiscal, o governo estadual cearense foi um dos pioneiros no processo de ajuste fiscal, num cenário em que a grande maioria dos estados continuou transferindo seus déficits para o governo federal. Esse pioneirismo trouxe vantagens na relação com o mercado privado e o governo federal, possibilitando acesso a recursos para investimentos em infraestrutura e estabelecendo parcerias com o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) (AMARAL FILHO, 2001). É necessário ressaltar que esse momento foi o início de parcerias mantidas até hoje pelo governo estadual, mesmo com as alternâncias de lideranças no governo.

Não se pode negar que para além das influências federais, o desenho do Programa de Agentes de Saúde apresentou um “caráter autônomo e uma natureza endógena (AMARAL FILHO, 2006, p. 59)”. A relação intergovernamental que o PAS demandou entre o governo estadual e os municípios esteve livre de grandes pressões do governo federal. Ela inaugurou um padrão de descentralização na saúde cearense de deslocamento do governo do estado para o governo local, colocando o primeiro como o eixo central da relação.

Fillipim e Abrucio (2016), num estudo sobre a experiência de descentralização também via governo estadual em Santa Catarina, também ressaltam a importância de experiências de descentralização no âmbito estadual, na medida em que “os locais por excelência do aprendizado republicano são o poder local e o nível estadual, uma vez que tanto a classe política como os cidadãos têm seus processos de socialização política realizados nos níveis subnacionais de governo (DIBA, 2004, p. 36 *apud* FILLIPIM e ABRUCIO, 2016)”.

“Descentralização, ao contrário do esperado, pode ser utilizada como mecanismo de concentração de poder (FILLIPIM e ABRUCIO, 2016, p. 2)”, isto é, não necessariamente sempre significará o aumento da autonomia dos governos municipais. Num contexto em que a maioria dos municípios não possui condições para formular políticas públicas, o conceito comum

de descentralização pode não ser o melhor caminho para uma maior eficiência governamental e conceito de central pode ser não necessariamente o governo federal.

4.2 ALTERNÂNCIA ENTRE A INFLUÊNCIA DO GOVERNO FEDERAL E O PROTAGONISMO ESTADUAL NA MICRORREGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE CEARENSE

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). No segundo governo de Tasso Jeiressati teve início o segundo movimento de destaque em relação à descentralização dos serviços de saúde no estado: o **processo de formação de sistemas microrregionais**. De 1998 a 2000, a microrregionalização foi protagonizada pela gestão estadual em movimentos de reforma.

O governo Tasso permanece 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 e já inicia o processo em seu território. Enquanto o Ceará inicia a microrregionalização em 1988, o Ministério da Saúde institui apenas em 2001 a implantação das microrregiões para todo o território nacional, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) nº1.

Após estudo sobre a capacidade instalada de saúde nos municípios em 1997, a SESA chegou à conclusão de que apesar de todo o debate em defesa da municipalização dos serviços de saúde, os municípios sozinhos não possuíam capacidade de oferecer os serviços de baixa e alta complexidade, mantendo a integralidade do sistema. Isso representa uma mudança de paradigma em relação à regionalização, de uma regionalização baseada no que Abrucio (2005) e Rocha e Faria (2004) chamam de municipalismo autárquico para um modelo de regionalização cooperativo.

A pesquisa realizada em 1997 identificou as rotas das ambulâncias e quais lugares para onde os pacientes eram encaminhados. A SESA mapeou os serviços oferecidos por cada município, “registrando a capacidade instalada, qualidade no atendimento proporcionado, fluxo de pacientes e tipos de tratamentos. O cruzamento das informações serviu de [...] base para

a regionalização do Estado, configurando-se o desenho para as microrregiões (ANDRADE, 2007, p 17.)”.

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).

Com a publicação da NOAS nº1, o Ceará ajustou seu processo de microrregionalização à nova normatização nacional. Instrumentos de planejamentos, como: o Plano diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) foram reformulados a partir da experiência já acumulada no estado e com a contribuição das discussões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Paralelamente a isso, houve a continuidade na elaboração de projetos interventivos e a construção da estão chamadas Comissão Intergestores Bipartite (CIB) - Microrregional, hoje denominada de Comissão Intergestores Regional (CIR). Iniciou-se a estruturação de 21 microrregiões de saúde, através da construção de planos de gestão, contratos com hospitais polos e contratos internos entre as unidades (LOPES, 2007).

A Região de Baturité foi o projeto piloto de microrregionalização, como exposto na metodologia do trabalho (ANDRADE, 2007; MOTA, 2007). Keinert, Rosa e Meguzzo aponta como principais argumentos no processo de articulação entre a SESA e os municípios a reorganização do sistema de saúde numa lógica de referência e contra-referência e o aumento da resolubilidade dos serviços de média complexidade (KEINERT, ROSA e MEGUZZO, 2006).

Assim como foi visto na implantação do PAS, Keinert, Rosa e Meguzzo (2006) afirmam que o governo do estado assumiu uma postura centralizadora na implantação do sistema microrregional de saúde, “como alternativa para a superação de algumas distorções encontradas, em estudo realizado, em conjunto de oito municípios de pequeno porte. Tal estudo apontava, por um lado, ociosidade nos leitos hospitalares e em equipamentos diagnósticos sofisticados [...] (KEINERT, ROSA e MEGUZZO, 2006, p.63)”.

As autoras também apontam que o princípio do processo de microrregionalização dos serviços de saúde no Ceará foi um movimento dialético de descentralização/centralização. O movimento dialético permitiu que não houvesse retrocessos quanto ao cumprimento princípios

do SUS, assim como em relação aos avanços alcançados na pactuação entre o estado e municípios.

É preciso ressaltar que a regionalização no Ceará consistiu em 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. Ele assessorou o governo cearense de 1997 a 2002.

Além da consultoria nacional de Mendes, o estado contou o assessoramento de Rosa Ficher, profissional vinculada à FEA- USP, e com o suporte técnico e financeiro do Departamento para Desenvolvimento Internacional do Conselho Britânico (SAMPAIO, 2014; LOPES, 2007). Inicialmente, o Departamento apoiou o processo de implantação das microrregiões através do Projeto de Apoio à Reforma do Sistema Único de Saúde e, em seguida, no quadriênio de 2000-2003 por meio do Projeto de Apoio à Reforma do Setor Saúde no Estado do Ceará (KEINERT, ROSA e MEGUZZO, 2006).

“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 e Política Estadual de Melhoria da Assistência à Saúde Bucal.

O governo Lúcio Alcântara conseguiu avançar mais na política de saúde bucal do estado. A nova diretriz para a política nacional de saúde bucal deu ênfase à expansão e à qualificação dos serviços odontológicos da atenção básica e especializados. “A iniciativa do Estado do Ceará em investir em serviços odontológicos especializados por meio da criação de CEO regionais ocorreu em 2003, um ano antes do lançamento das diretrizes da política nacional de 2004, que incentivava a implantação de CEO municipais, como se refere a gestora deste período (VIEIRA, 2013, p.73)”.

Assim, a política estadual e a federal foram desenvolvidas paralelamente. Entre 2003 a 2006 foram implantados cinco CEOs regionais nos seguintes municípios: Aracati, Tauá, São Gonçalo, Crato e Iguatu. O financiamento destes estabelecimentos de saúde era baseado em

recursos do governo estadual com a contrapartida municipal (VIEIRA, 2013). Estes CEOs posteriormente foram incorporados na estratégia de Consórcios no governo Cid Gomes.

Em 2006, houve no Ceará, um processo de adequação do PDR de 2001 às diretrizes operacionais estabelecidas pelo Pacto pela Saúde. Mais do que uma readequação, as orientações do Pacto pela Saúde possibilitaram ao estado retomar o eixo de organização proposto pelo documento Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde. O PDR de 2006, ao contrário do de 2001, previu a necessidade de expansão da rede de serviços de saúde.

A microrregionalização exigiu reformas institucionais na estrutura organizacional da SESA. Para isso, houve investimento em capacitação dos funcionários e na estrutura física da secretaria, numa tentativa de promover uma mudança cultural. Também houve o esforço de treinar os gestores municipais para a nova realidade. O governo do estado assumiu um papel coordenador na microrregionalização do Ceará, com o apoio de Câmaras Técnicas e da Escola de Saúde Pública (ESP). Sua postura teve foco nos resultados e mostrou sua corresponsabilização. “Isto significa assumir efetivamente o papel de nível regional num estado federativo - fazer coordenação no espaço intraestadual e supra-municipal a fim de evitar desequilíbrios regionais e dar um apoio especial às localidades mais carentes (KEINERT, ROSA e MEGUZZO, 2006, p. 69)”.

4.3 GOVERNO CID GOMES: INCREMENTALISMO⁶ NA POLÍTICA DE SAÚDE VERSUS INOVAÇÕES ADMINISTRATIVAS

O terceiro movimento de descentralização e, também o mais recente, que marcou a descentralização da saúde no estado foi o Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado do Ceará (PROEXMAES). O PROEXMAES se dá já no governo Cid Gomes, que entra no poder em 2007, com o *slogan* “Ceará volta para crescer”. No período do governo Cid Gomes, o governo estadual manteve uma atitude bastante colaboradora com o governo federal, implantando de maneira relativamente célere as proposições federais

⁶ Empréstou-se o termo da literatura de análise de política pública. Ele se insere em uma perspectiva de análise que considera que decisões tomadas no passado, de alguma maneira, constroem ou limitam decisões sobre políticas públicas atuais.

para a política de saúde, como o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PEGASS). No entanto, o que se destaca nesse período é a atuação protagonista do governo do estado, sobretudo pela formulação e desenvolvimento da primeira etapa do PROEXMAES, encerrada em 2017 por seu sucessor, Camilo Santana.

O novo governador não rompe a trajetória de governadores cearenses com discurso reformista que iniciou com o governo Tasso Jereissati, em 1987. Cid entra com a proposta de reestruturação dos serviços públicos no Ceará, pautado no discurso de eficiência, serviços de qualidade, desenvolvimento tecnológico, entre outras ações, mas com um tom muito mais progressista que os governos anteriores. Atrela-se a isso o cenário federal e os incentivos para que a implementação das políticas públicas considerasse dimensões como diversidade, controle e participação social, intersetorialidade e transversalidade.

Com a forte articulação com o governo federal à época, o plano de governo “Ceará volta para crescer” destaca que o estado do Ceará já estava recebendo nos últimos anos consideráveis recursos federais, mas que não se conseguia identificar avanços correspondentes no quadro de indicadores estadual. Se fazia então indispensável a implementação de políticas estaduais em articulação e complementação com o governo federal.

No que se refere ao fomento à cooperação com o governo municipal, o debate estava inserido na agenda governamental do novo governador. Em seu plano de governo, ele deixa evidente a necessária cooperação com os governos municipais. De maneira empírica, isso é visível por sua aplicação tanto na política educacional, quanto na política de saúde.

Dessa forma, podemos inferir que a cooperação estava de fato na agenda governamental, mas criou formas institucionais diferentes para cada setor de políticas públicas. Isso vai ao encontro do que a literatura indica e reforça o pressuposto que, para além do impacto do federalismo sobre a política pública, existe uma lógica setorial que exige a análise da influência particular de cada política pública sobre os arranjos de cooperação federativos.

Para a formulação do programa, o governo estadual parte da constatação de que o estado já havia avançado na implantação da atenção primária de saúde nos municípios e, em uma dimensão administrativa, também havia progredido na organização regional das redes de saúde. A reestruturação dos serviços proposta pelo Governo Cid Gomes tinha como foco os serviços de atenção especializada (média e alta complexidade).

Segundo relato das entrevistas, isso se deu porque a consolidação da atenção básica do estado já estava, de certa forma, controlada. Além da consolidação do Programa Saúde da Família (PSF), unidades do próprio estado foram municipalizadas dentro das redes que já existiam nos municípios. No entanto, se fazia imprescindível novas estratégias para oferta de serviços de média e alta complexidade, sobretudo, no interior do estado. A ação estadual indica a auto responsabilização estadual no cumprimento do princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde.

O objetivo central do PROEXMAES Etapa I foi, portanto, “contribuir para a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços especializados de saúde, promovendo a integração entre os distintos níveis de atenção, com a expansão da cobertura da assistência especializada em todas as microrregiões do interior do estado (CEARA, 2011)”. O programa representa a formação de uma nova rede de assistência à saúde no estado.

Por outro lado, o governo estadual deixa claro na descrição do perfil PROEXMAES (CEARA, 2011) que, para além da expansão da capacidade de estabelecimentos de saúde instalados no estado e o aumento da oferta de serviços, a implementação do programa objetiva também garantir que estado exerça o papel de regulador da rede de atenção à saúde, fundamental para gestão do SUS.

O Programa foi formatado em dois componentes de ação. O primeiro estava relacionado à expansão de estruturas físicas para oferta de serviços públicos de saúde, com a construção de 02 Hospitais Regionais, 21 Policlínicas e 16 Centros de Especialidades Odontológicas CEO, assim como a compra de equipamentos para o funcionamento dessas unidades de saúde.

Essas propostas estavam embasadas no diagnóstico de dispersão da rede de serviços de saúde no estado. O paciente entrava no sistema de saúde pelo PSF e era encaminhado a um hospital-polo. Se não houvesse vaga, ele iria para unidades filantrópicas conveniadas com o SUS, mas, em muitos casos, o tipo de atendimento não existia e o paciente era direcionado a Fortaleza para ser atendido. Com a superlotação na capital e a demora no atendimento, o quadro de saúde do paciente se agravava e acabava tendo que ser atendido na urgência e emergência. Ou seja, a urgência e emergência, além de atender o que lhe era devido, atendiam, também, serviços da atenção especializada ambulatorial, que não era um atendimento adequado. Consequentemente, o quadro de saúde do paciente poderia se agravar, gerando um ciclo vicioso.

Nesse contexto, a assistência à saúde poderia descumprir metas, indicadores e parâmetros do Ministério da Saúde e o estado e municípios poderiam ter problemas no recebimento de recursos.

Já o segundo componente do PROEXMAES dizia respeito mais à reestruturação da gestão e da qualidade dos serviços de saúde no estado, tanto no que refere ao investimento em tecnologias da informação, quanto ao aperfeiçoamento de gestores e técnicos, e a certificação/acreditação das unidades de saúde que formam o primeiro componente do Programa. O segundo componente se subdivide em dois subcomponentes e a síntese da estruturação do PROEXMAES pode ser visualizada da Figura 6:

Subcomponente A – Fortalecimento Institucional da Gestão da SESA: objetivando o fortalecimento da capacidade gerencial da Secretaria, em particular a supervisão das unidades de saúde, aportará investimentos para:

- (i) Desenho e implantação do modelo de supervisão das unidades;
- (ii) Desenho, implantação e treinamento para uso de um Sistema de Informação para a Gestão integrada dos novos serviços e suas interfaces com os níveis regionais e central da Secretaria e a Central de Regulação;
- (iii) Estudos e avaliações sobre a implantação de novos modelos de gestão das novas unidades bem como a satisfação dos usuários; e
- (iv) Ações de comunicação para disseminar as atividades do programa.

Subcomponente B – Fortalecimento da Gestão e Melhoria Contínua da Qualidade dos Serviços de Saúde: orientado para assegurar o bom desempenho gerencial dos novos serviços, com parâmetros de qualidade definidos em termos de atenção e gestão de saúde. Para tanto serão financiados:

- (i) Curso de formação de formadores;
- (ii) Curso de especialização em gestão de saúde para cerca de 250 gestores das 39 novas unidades de saúde;
- (iii) Cursos de capacitação em monitoramento e avaliação de rede de saúde para cerca de 60 gestores e técnicos da SESA;
- (iv) Contratação de serviços de consultoria e serviços de terceiros para desenvolvimento e implantação de programa de certificação de serviços odontológicos especializados; e
- (v) Contratação de serviços de acreditação de 2 hospitais e 21 Policlínicas (CEARÁ, 2011).

A parceria com a Escola de Saúde Pública (ESP) do estado do Ceará foi fundamental para a execução deste subcomponente. A ESP foi responsável pela seleção e capacitação de todos os diretores das Policlínicas e CEOs Regionais. O governo do estado manteve o controle

sobre a contratação da burocracia que iria ficar à frente dos estabelecimentos de saúde. O receio era que interesses políticos municipais tornassem os equipamentos “cabides de emprego” do setor público e a escolha de profissionais não qualificados interferissem nos resultados alcançados.

Figura 6 - Estrutura do Programa PROEXMAES

Fonte: CEARÁ (2011)

O Programa foi direcionado a partir de algumas diretrizes de gestão:

- a) O financiamento com base na pactuação de resultados;
- b) O levantamento de custos para otimização de recursos;
- c) O fortalecimento das redes de atenção à saúde;
- d) O impacto positivo nos indicadores de saúde estaduais;
- e) O uso de tecnologias de informação e assistência à saúde inovadoras;
- f) O foco da qualidade da prestação dos serviços de saúde;
- g) Hospitais regionais geridos por Organizações Sociais de Saúde;
- h) Unidades Ambulatoriais administradas por Consórcios Públicos de saúde.

4.3.1 O papel do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)

O Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) assumiu papel fundamental para implantação dos consórcios, uma vez que foi o principal financiador do PROEXMAES. No período em que Cid Gomes assume o poder, os estados brasileiros estavam se reestabelecendo economicamente, por isso o governo do estado não tinha recursos suficientes no tesouro estadual para investir na construção dos equipamentos de saúde que viriam a ser gerenciados pelos consórcios.

O empréstimo do BID auxiliou na construção dos equipamentos de saúde, mas após a entrega às regiões de saúde, o estado precisou contar com a contribuição financeira dos municípios para manutenção. A Tabela 19 mostra a distribuição de recursos pelos componentes do Programa e quanto que o governo do estado e o BID contribuíram.

Tabela 19 - Distribuição dos recursos do Programa por fonte de financiamento (em milhares de U\$)

Categorias	BID	Estado	Total	% Total
Porcentagem	62,36%	37,40%	100%	
1. Expansão dos Serviços Especializados de Saúde	66.067.764	39.877.977	105.945.741	85,8
2. Fortalecimento da Gestão e Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde	6.253.960	3.774.841	10.028.801	8,1
2.a - Fortalecimento Institucional da Gestão da SESA	3.578.070	2.159.695	5.737.765	4,6
2.b Fortalecimento da Gestão e Melhoria Contínua da Qualidade dos Serviços de Saúde	2.675.890	1.615.146	4.291.036	3,5
3. Administração e Auditoria do programa	4.678.276	2.817.782	7.496.058	6,1
Total	77.000.000	46.470.600	123.470.600	100

Fonte: Regulamento Operativo do PROEXMAES

A influência do BID na estratégia de consorciamento cearense vai além do repasse do acúmulo financeiro necessário para a implantação dos novos estabelecimentos de saúde. O banco influenciou de forma geral a reestruturação da oferta de serviços públicos de saúde, sobretudo, na definição do modelo de gestão adotado para gerenciar as novas unidades de saúde do PROEXAES.

As exigências do BID direcionaram o modelo para características mais gerencialistas. O BID estabeleceu uma série de exigências para fornecer o empréstimo ao Ceará, dentre elas, que a Secretaria de Saúde deveria montar uma Unidade de Gerenciamento de Projetos (UGP) para coordenar o Programa, e com isso, já estabeleceu mudanças institucionais dentro da SESA. A

UGP foi criada para administrar a execução do PROEXMAES, sendo composta por servidores públicos e comissionados do governo do estado.

Também foi acordado com o BID que os profissionais que iriam gerenciar os equipamentos de saúde deveriam passar por cursos de formação em gestão de saúde pública. Para isso, a SESA firmou convênio com Escola de Saúde Pública (ESP) do Ceará. A SESA teve que apresentar no primeiro ano do programa toda a programação, metodologia e plano de execução do curso, que contava com os seguintes tópicos: formação de formadores, especialização em gestão de saúde, e monitoramento e avaliação de rede de saúde. As atividades da ESP estão vinculadas ao Componente Fortalecimento Institucional da Gestão do PROEXMAES.

O contrato entre o governo estadual e o organismo multilateral também estabeleceu que hospitais, policlínicas e CEOs deveriam passar por um processo de certificação. O Regulamento Operativo do Programa exige que a certificação deve ser realizada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

O BID exigiu que o governo do estado deveria enviar relatórios técnicos, contábeis e financeiros da implantação do PROEXMAES. O envio dos relatórios foi semestral na primeira etapa do Programa, contendo as seguintes informações no primeiro semestre:

- a) O estado de cumprimento dos objetivos e resultados de cada componente, incluindo a análise e acompanhamento dos riscos a que estão sujeitos e as medidas implementadas para mitigá-los;
- b) nível de cumprimento da execução do POA;
- c) estado de execução e situação do Plano de Aquisições;
- d) cumprimento das cláusulas contratuais do Contrato de Empréstimo; e
- e) estado de execução financeira do orçamento do Programa, por categoria de investimento e fonte de financiamento, incorporando minimamente os investimentos acumulados até o início do semestre, as realizadas durante o período relativo ao relatório, bem como o saldo a executar, incluindo o fundo rotativo (SESA/BID, 2011, p. 15).

E as seguintes informações no segundo semestre:

- a) o Plano Operativo Anual (POA) do Programa para o ano subsequente;
- b) o Plano de Aquisições atualizado para os 18 meses subsequentes; e, se aplicável,
- c) as ações previstas para implementar as recomendações da auditoria externa (SESA/BID, 2011, p. 15).

Assistência técnica da equipe do Programa contou com a representação do banco. Anualmente, o BID se comprometeu a avaliar no início de cada ano os avanços do PROEXMAES, baseando-se nos relatórios enviados pela SESA. Os desembolsos financeiros foram gradativos, de acordo com cada avaliação.

Além do controle do banco, foi contratualizado que durante a execução do projeto os relatórios da situação financeira do Programa seriam auditados por uma equipe de auditoria independente, que deveria estar em conformidade com os Termos de Referência para Auditoria Externa de Projetos Financiados do BID.

Houve também exigências quanto aos padrões de engenharia e arquitetura utilizados nas obras financiadas pelo Programa, que deveriam ser previamente aprovadas pelo banco. Foram estabelecidos critérios no que diz respeito às “especificações técnicas dos equipamentos, mobiliário e instrumental a ser adquirido para cada uma delas (SESA/BID, 2011, p 5)”. O Banco manteve também o monitoramento sobre a seleção e contratação dos profissionais responsáveis pela construção dos projetos das obras, bem como dos processos licitatórios para contratação de construtoras.

A cada conclusão e inauguração das obras finalizadas, o governo estadual teve a responsabilidade de comprovar que Hospitais, Policlínicas e CEOs estavam equipados com todos os equipamentos previstos e todos os profissionais necessários já haviam sido contratados.

Após o rapasse de 80% dos recursos previstos pelo BID, o governo do estado teve que apresentar uma avaliação dos resultados e impactos do programa, com base no cruzamento de método de pesquisa qualitativos e quantitativos, utilizando indicadores de uma matriz de resultados pré-estabelecidos.

Pela análise do Plano de Governo de Cid Gomes para seu primeiro mandato, percebe-se que as proposições e exigências do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) não contradisseram o modelo de gestão que estava na agenda de governo do novo governador. De maneira contrária, a influência do BID pareceu dar robustez ao discurso de eficiência e resultados que estava num plano mais abstrato. Os relatos das entrevistas indicam que manter ferramentas de monitoramento e controle dos processos e resultados do Programa, ainda na sua fase de implantação, trouxe aprendizado institucional para a política de saúde do estado.

Em suma, O PROEXMAES representou a reforma política de saúde com caráter mais sistemático de descentralização. Um dos principais diferenciais do PROEXMAES foi o fomento

a mudanças estruturais na execução das políticas públicas estaduais que, de certa forma, pudessem superar o caráter de política de governo e assim serem incorporadas às estruturas já existentes como política de estado, ficando menos vulneráveis as mudanças de lideranças políticas.

As diretrizes mostram uma continuação do processo de implantação das regiões de saúde no estado, mas agora com foco muito maior na implantação de estruturas físicas para oferta dos serviços. Apesar de o programa inovar na proposição de modelos de gestão para o gerenciamento dos novos estabelecimentos de saúde, foi fundamental para implantação do programa o legado de estruturação das microrregiões de saúde iniciada no segundo governo Tasso Jeiressati.

O Quadro 1 sintetiza todas as mudanças ocorridas no Governo Cid Gomes, diferenciando se a iniciativa é estadual ou federal.

Quadro 1 - Mudanças ocorridas no Governo Cid Gomes

Mudanças na estrutura física da rede pública de saúde	Mudanças na política de saúde	Observação	Iniciativa
	Construção de três Hospitais Regionais: Cariri, Norte e Sertão Central	Estabelecimento de caráter regional/macrorregional para atendimento de urgência e emergência, com serviços de média e alta complexidade. Recurso do PROEXMAES	Estadual
	Construção de 22 Centros Especializados de Odontologia (CEO) Regionais	Estabelecimento de caráter regional para atendimento eletivo odontológico especializado. Recurso do PROEXMAES	Estadual
	Construção de 22 Policlínicas Regionais	Estabelecimento de caráter regional para atendimento eletivo de especialidades médicas de média complexidade e serviços de suporte ao diagnóstico e reabilitação. Recurso do PROEXMAES	Estadual
	Disponibilização de 27 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), das quais 25 estão em funcionamento	As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são as responsáveis pelo atendimento de urgência e emergência de média complexidade. Estando no intermédio entre as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e os Hospitais, as UPAs ajudam a desafogar os prontos-socorros	Federal + Estadual + Municipal

		hospitalares	
	Disponibilização de 167 Unidades Básicas de Saúde em parceria com os municípios	-	Federal
	Criação de SAMU regional no Estado do Ceará, com abrangência de 83 municípios	-	Estadual + Federal
Mudanças de natureza administrativa	Implantação das Redes de Atenção à Saúde (Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência).	Estratégias de Redes propostas pelo Ministério da Saúde e implementadas nas regiões de saúde com o auxílio do governo estadual	Federal
	Primeira gestão estadual a utilizar recursos do Fundo Estadual de Combate à Pobreza (FECOP)	O estado do Ceará conseguiu autorização para utilizar recursos do FECOP na compra de equipamentos e veículos para Atenção Básica, com a argumentação de que as ações da Atenção Primária de Saúde impactam positivamente na redução da pobreza	Estadual
	Mudança na Cota Parte do ICMS	O cálculo dos 25% da Cota Parte do ICMS para os municípios passou a obedecer 3 critérios: a) 18% em função dos resultados; b) 5% em função dos resultados na saúde; c) 2% em função dos resultados no meio ambiente	Estadual
	Programa de Cooperação Federativa (PCF)	Programa criado pelo governador através de decreto. Ele estabelece que cada deputado estadual possui um valor assegurado pelo estado para realizar projetos junto às prefeituras.	Estadual
	Reestruturação administrativa da Secretaria de Saúde (SESA)	-	Estadual
	Início da mobilização para adesão dos municípios ao Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP)	O governo do estado do Ceará foi um dos primeiros a se mobilizar para discussão do COAP, instrumento proposto pelo Ministério da Saúde	Federal + Estadual

	Criação do Sistema de Monitoramento de Ações e Projetos Prioritário (MAPP)	Com impacto em todas as pastas governamentais, o MAPP tem como objetivo acompanhar todos os projetos financiados pelo governo estadual, desde sua contratação, execução e encerramento	Estadual
--	--	--	----------

Fonte: elaborada pela autora com base em informações da Secretaria de Saúde do Ceará (SESA)

4.4 COMPARATIVO ENTRE OS MOVIMENTOS DE DESCENTRALIZAÇÃO QUE MARCARAM A POLÍTICA DE SAÚDE CEARENSE

O governo cearense conseguiu ao longo dos anos antever influências federais e até mesmo idealizar experiências que foram posteriormente implementadas em território nacional. Isto mostra que indiretamente os governos estaduais podem influenciar na difusão das políticas nacionais, mesmo que não seja via influência do Congresso Nacional. A difusão de programas implantados em territórios estaduais através de políticas nacionais, como: o Programa de Agentes de Saúde (PAS) e o Programa Saúde da Família na área da saúde⁷, mostra a capacidade de inovações no plano local/estadual serem reestruturadas para um caráter nacional.

A essência inovadora é uma das características em comum dos movimentos de descentralização da política de saúde cearense. O PAS e o processo de microrregionalização, sobretudo, quebraram lógicas anteriores do sistema de organização da política de saúde. No primeiro momento, o governo estadual buscou fortalecer os serviços de atenção básica municipal a partir da movimentação do próprio plano local. Já no segundo, ele entende que o paradigma da municipalização tem dar limites e acolhe a cooperação regional como princípio norteador. No terceiro, o governo do estado dar um passo mais a frente, e além de fortalecer a organização regional da saúde, fornece estruturas físicas para que ela realmente aconteça.

Percebe-se também padrões na atuação governo estadual. Em todos os movimentos, ele manteve certo grau de centralização em suas mãos e controlou o grau de descentralização das

⁷ Na área da educação, o Programa Alfabetização na Idade Certa (PAIC) contribuiu para a estruturação Pacto Nacional Alfabetização na Idade Certa (PNAIC). Para mais informações sobre o PAIC-CE, ver: SUMIYA, Lilia A.: **A hora da alfabetização: atores, ideias e instituições na construção do PAIC-CE**, 2015, 244 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN, 2015.

ações para os governos municipais. Houve uma postura de coordenador, garantindo ora que as ações fossem mais centralizadas no estado ora com um grau de compartilhamento maior com os municípios.

Todos os movimentos exigiram reestruturações internas da Secretaria de Saúde do estado, permitindo considerável aprendizado institucional ao longo dos anos. O estado também manteve controle sobre a burocracia executora dos movimentos, capacitando não só seus próprios funcionais, mas os gestores vinculados ao plano regional e local.

Uma última característica em comum entre os movimentos é o emprego de um modelo de gestão mais estratégico, baseado em princípios gerencialistas. O discurso é de eficiência, valorização de conhecimentos técnicos e foco nos resultados.

Percebe-se que há incrementalismo no processo de descentralização da saúde no Ceará e na atuação do governo estadual, sem grandes rupturas na continuidade das políticas públicas, mesmo com as mudanças de governador. A atualização de novas ações acontece com antecipadamente ou simultâneo as diretrizes nacionais. O incrementalismo fica claro entre os movimentos analisados. Os governos municipais já haviam compreendido que para a política de saúde, eles deveriam trabalhar a partir de uma lógica regional, pensando suas ações, demandas e ofertas para além do território municipal.

Todavia, a capacidade de oferta destes municípios era muito baixa, isto é, administrativamente a microrregionalização já estava implementada, mas as regiões continuavam com os mesmos vazios assistenciais. O PROEXMAES vem para ajudar a preencher este vazio regional e manter o governo estadual no papel de coordenador do processo de regionalização da saúde.

A partir da avaliação positiva da implantação da primeira etapa do PROEXMAES. O BID aprovou o financiamento da segunda etapa no final de 2017. A segunda versão do programa terá como foco o fortalecimento do segundo subcomponente de sua estruturação, qual seja: o fortalecimento institucional da SESA e demais unidade de saúde do estado. O investimento total será de 178,5 milhões de dólares, sendo 123 milhões de dólares advindos do BID e 55,5 a partir do tesouro estadual.

O Quadro 2 apresenta um comparativo entre os três movimentos analisados no capítulo.

Quadro 2 - Comparativo entre os três principais movimentos de descentralização do Ceará

Movimento	Governo	Cobertura	Contrapartida estadual	Expansão do Programa	Modelo de Gestão
PAS	1º Governo Tasso Jereissati	À época, todos os 178 municípios do Ceará aderiram ao programa.	Indução de natureza administrativa e financeira, na disponibilização de suprimentos. Seleção e capacitação da burocracia envolvida no programa. Foco em serviços de atenção básica.	Não seguiu um plano preestabelecido. O processo foi gradativo, lento e irregular. A adesão dos prefeitos aconteceu em alguns casos por pressão de cidadãos que sabiam da existência do programa em cidades vizinhas (TENDLER, 1998).	Modelo de gestão baseado na ideia de eficiência e combate ao clientelismo. Com base em uma ideia de meritocracia, mas aliada ao vínculo do agente de saúde ao plano local no município.
Microrregionalização	2º Governo Tasso Jereissati e Governo Lúcio Alcântara	A microrregionalização atingiu todos os municípios do estado.	Indução de natureza administrativa para organização dos equipamentos de saúde já estabelecidos da região. Capacitação da burocracia municipal, por meio da Escola de Saúde Pública. Foco nos serviços de saúde de média complexidade.	Implantação em três etapas: elaboração e implementação de um projeto piloto na Região Baturité; I Escala de implantação em 47 municípios; II Escala de implantação em 129 municípios.	Modelo de gestão caracterizado pela chamada Nova Gestão Pública, baseada em "investimentos em informatização, redesenho e racionalização das ações". Ênfase na dimensão da gestão, para além da dimensão técnica, sem desconsiderar também a atuação política.

PROEXMAES	Governo Cid Gomes	Dos 184 municípios do Ceará, 180 estão consorciados. Ficam de fora os municípios que compõem a Região de Saúde Fortaleza.	Indução em infraestrutura, com construção de estabelecimentos para atendimento odontológico especializado e policlínicas. Seleção e formação da burocracia dirigente dos equipamentos de saúde gerenciados pelo arranjo, por meio da Escola de Saúde Pública. Foco em serviços de média complexidade.	Seguiu um plano preestabelecido pela SESA, com forte adesão da maioria dos municípios já no primeiro momento de contato estadual. A entrega dos equipamentos de saúde é que variou por Região.	Seleção pública exaustiva para os diretores de Policlínicas e CEOs, com provas teóricas e de titulação. Mais formação em curso de gestão em saúde, ofertado pela Escola de Saúde Pública.
------------------	----------------------	---	---	--	---

Fonte: elaborado pela autora

5 A EXPERIÊNCIA DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE VERTICAIS DO CEARÁ: A CAPACIDADE DE COORDENAÇÃO DO GOVERNO ESTADUAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

O objetivo deste capítulo é descrever a experiência dos Consórcios Públicos de Saúde do Ceará, especialmente: seu processo de implantação; o desenho institucional que caracteriza o arranjo no estado; o processo decisório e as relações interorganizacionais que definem a relação entre os entes da federação; por fim, promover uma discussão sobre a relação de coordenação entre governo estado do estado do Ceará e seus municípios, buscando apontar quais papéis o governo estadual ocupa nos consórcios públicos de saúde. Os argumentos que o capítulo apresenta foram construídos com base nas entrevistas e na análise dos documentos oficiais.

A escolha dos mecanismos de indução desenhados pelos governos estaduais é fundamental para garantir a transferência de algumas responsabilidades para os governos municipais. Como estabelece Arretche (1999), para estratégias de indução de bom desempenho, é fundamental que o ente interessado em mudanças tenha a sua disposição recursos financeiros, políticos e administrativos, para garantir a adesão dos outros entes governamentais. No Ceará, o governo estadual já contava com uma estrutura administrativa e uma conjuntura política favorável, mas precisou de reforço financeiro externo para dar início a estratégia de consorciamento vertical.

O caso cearense confirmou que a área da saúde é a mais propícia para formação de consórcios interfederativos. O custo para manutenção dos serviços de saúde é dispendioso para os cofres públicos municipais, ao mesmo tempo em que a população precisa ter acesso aos serviços de saúde o mais perto possível de sua origem. Os consórcios funcionam como instrumentos que fortalecem a gestão descentralizada, apoiando a prestação dos serviços públicos de saúde.

A formação de consórcios intermunicipais pode não ser uma alternativa para todos os municípios brasileiros. A constituição de arranjos por municípios caracterizados por carência em estruturas físicas, em ferramentas tecnológicas e em uma burocracia qualificada pode construir apenas uma reprodução dessas carências no nível regional e uma cooperação pró-forma, sem a verdadeira entrega e otimização de custos preconizada pelas experiências de cooperação bem sucedidas, daí a vantagem dos consórcios com desenho vertical.

5.1 IMPLANTAÇÃO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO CEARÁ: O PAPEL DO GOVERNO ESTADUAL

Como mencionado no Capítulo 4, a estratégia de consorciamento nasce no Ceará como umas das ações do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde, lançado em 2007. Os consórcios estavam inseridos no segundo componente do programa: aumento da capacidade instalada no estado. O modelo de arranjo de cooperação foi escolhido para gerenciar dois equipamentos de saúde em cada região: Policlínica e Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

No campo técnico da política de saúde, o principal objetivo do governo estadual com os consórcios foi de promover a interiorização dos serviços de saúde, sobretudo, os serviços caracterizados por ser de média complexidade, ambulatorial e eletivo. Isto é, procedimentos de saúde que não precisam de internação e que são devidamente programados, por não possuírem caráter de urgência, nem de emergência. Esta limitação estava pautada na preocupação de que os consórcios não se tornem prontos-socorros, uma vez que no planejamento estadual para a política de saúde, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são as responsáveis pelo atendimento de urgência e emergência de média complexidade. Estando no intermédio ente as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e os Hospitais, as UPAs ajudam a desafogar os prontos-socorros hospitalares.

A estratégia de consórcio bebe do ideal geral contido no plano de governo do Cid, que defendia a articulação entre o governo estadual e os municípios cearenses para execução das políticas no estado. Sendo assim, o governador foi uma peça-chave de apoio para que os consórcios fossem implantados. No entanto, é a burocracia escolhida para atuar à frente da Secretaria de Saúde do Estado que ganha os principais créditos da idealização da estratégia do consorciamento no Ceará.

Quando se atribui mais créditos à burocracia, deve-se ressaltar que não está se falando de um corpo técnico insulado e com aversão à dinâmica política, muito pelo contrário. Os atores burocráticos que encabeçaram a idealização e a implantação dos consórcios são indivíduos com forte ativismo sanitário, que participaram do processo de formulação e de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil e no estado do Ceará, além de ainda estarem ligados a defesa de manutenção do SUS.

Pode-se destacar dois principais atores que influenciaram fortemente a escolha do modelo de gestão em forma de consórcio: João Ananias Vasconcelos, escolhido para ocupar o cargo de secretário de saúde do estado e Raimundo José Arruda Bastos, que ocupou os cargos de secretário executivo da SESA e secretário de saúde, respectivamente.

Médico sanitarista cearense, Ananias Vasconcelos possuiu veia municipalista e participou do processo redemocratização de 1988. Ananias transitou entre cargos do poder executivo, do poder legislativo e cargos burocráticos. Filiado ao Partido Socialista Brasileiro (PSB), foi prefeito de Santana do Acaraú por dois mandatos, nos quais ele implantou o que então eram denominados consórcios administrativos, na área de resíduos sólidos. Sua gestão ficou conhecida pela implantação do “Conselhão”, experiência de articulação de associações comunitárias que foi reconhecida nacionalmente. Foi eleito deputado estadual em 1995 e eleito presidente do PSB entre 1999-2003, quando saiu do partido e filiou-se ao Partido Comunista do Brasil (PCdoB), partido que se encontra vinculado até hoje.

Quando entra na SESA, Ananias retoma sua experiência no consórcio de Santana de Acaraú e articula seu aprendizado sobre arranjo de cooperação com o conhecimento em gestão de saúde pública do então secretário executivo da SESA, Arruda Bastos. Arruda também é médico, concursado pela Secretaria de Segurança Pública do Ceará, com experiência na defesa do SUS no âmbito nacional e estadual. Foi presidente do Conselho Estadual de Saúde do estado (CESAU) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Também ocupou o cargo de superintendente da Escola de Saúde Pública do Ceará. Foi conselheiro do Conselho Estadual do Meio Ambiente (COEMA) e do Conselho Estadual do Fundo de Combate à Pobreza (FECOP) (SESA, 2015). Arruda ocupou cargos de direção em hospitais de grande porte em Fortaleza e trilhou uma trajetória política como suplente de deputado estadual e vereador, além de candidatar-se a vice-prefeito de Fortaleza e vice-governador do Ceará pelo PCdoB.

De um modo geral, o consórcio público de saúde é um instrumento defendido por uma coalização partidária mista. No cenário nacional, partidos mais à direita e mais à esquerda defenderam sua institucionalização, como: o Partido dos Trabalhadores (PT), o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Segundo relatos de entrevistados que participaram da implantação do arranjo, não foi diferente no cenário estadual cearense. A idealização do uso dos consórcios para gerenciar estabelecimentos nas regiões de saúde foi liderada pelo Partido Comunista do Brasil (PCdoB),

partido que ficou com a pasta da saúde durante boa parte do governo Cid Gomes, mas o arranjo recebeu apoio de partidos de ideais políticos diferentes.

Ananias Vasconcelos gerenciou a SESA de 2007 a 2010, mas devido seu distanciamento para concorrer ao cargo de deputado federal nas eleições de 2010, Arruda Bastos assumiu o posto, dando continuidade ao trabalho do partido nos anos de 2010 a 2013. No processo de implantação dos consórcios, enquanto Ananias ficou mais responsável pelo estabelecimento dos contratos nas visitas aos municípios do interior do estado, Arruda Bastos promoveu um trabalho mais de avaliação dos locais e estrutura dos consórcios junto ao gabinete do governador e a SESA.

A posição dos dois médicos no caso do Ceará pode ser classificada pelo o que a literatura chama de empreendedores políticos⁸. O termo empreendedor político está sendo empregado a partir dos estudos do campo de política pública. Ele consiste num indivíduo (ou grupo de indivíduos) que manipula argumentos em defesa de ideias, conecta problemas e soluções e consegue promover mudanças nos arranjos institucionais, sobretudo no momento inicial da política (CAPELLA, 2016).

A literatura aponta que nas experiências de consórcios no país, sempre foi importante a atuação de empreendedores políticos (STRELEC, 2011; DIAS, 2006). Trabalhos sobre consórcios no Brasil já utilizam esta terminologia para identificar os indivíduos que mobilizaram atores e ideias para implantação dos arranjos de cooperação nos estados. Dessa forma, Arruda Bastos e João Ananias podem ser denominados como empreendedores políticos da experiência dos consórcios no Ceará.

Percebe-se que a principal peculiaridade dos empreendedores políticos que lideram estratégias de cooperação na política de saúde é o seu envolvimento com o Movimento Sanitário. O ativismo da burocracia vinculada à política de saúde ainda é resquícios do Movimento, e de certa forma, há um repasse dos sentimentos de defesa da manutenção e da consolidação do SUS que mantém esta característica. Os resultados sobre os consórcios cearenses obtidos nesta pesquisa corroboram os achados recentes de Rocha (2016), que ao estudar os consórcios

⁸ Mais informações sobre o conceito, ver: CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. Um estudo sobre o conceito de empreendedor de políticas públicas: Ideias, Interesses e Mudanças. Cad. EBAPE.BR, v. 14, Edição Especial, Artigo 5, Rio de Janeiro, Jul. 2016.

intermunicipais de saúde do Paraná, também aponta a cooperação intergovernamental como resultado da articulação de empreendedores políticos vinculados ao Movimento.

Esses *policy entrepreneurs* surgem no contexto de um movimento coletivo mais amplo, de âmbito nacional, que foi o movimento dos sanitaristas. O Movimento Sanitário, que surgiu no Brasil nos anos de 1970, era composto especialmente por profissionais da saúde, com o objetivo de defender a saúde pública como direito universal, e se baseava nos princípios de integralidade, equidade e descentralização. Além de constituir um movimento social com a característica clássica de direcionar demandas ao Estado, através de um leque de estratégias de pressão, os sanitaristas procuraram também desenvolver sua atuação nos partidos políticos – quase sempre de esquerda – e ocupar cargos governamentais. Como autores de ideias sobre a reformulação do sistema de saúde brasileiro, atuaram também em universidades, desenvolvendo pesquisas e formando profissionais. Considerando o caso do Paraná, são vários os exemplos da atuação desses personagens, como será apontado à frente (ROCHA, 2016, p. 386-387).

Mesmo com a defesa tecno-política de Ananias e Arruda Bastos, os consórcios não foram escolhidos imediatamente como modelo de gestão. Foi montada uma comissão intersetorial para discutir quais outros modelos de gestão poderiam ser adotados, entre eles: fundação, autarquias convencionais e organizações sociais. Essa comissão foi constituída pela Portaria nº 2061 de 08 de novembro de 2007. A formação da equipe multisetorial corrobora ainda mais a relevância do perfil da burocracia na implementação das políticas de saúde e mais do que isso, que a relação tecno-política é fundamental para efetiva cooperação nesse setor. O Quadro 3 apresenta nominalmente cada membro da equipe.

Quadro 3 - Comissão de implantação dos consórcios no Ceará

Nome
Manoel Dias da Fonsêca Neto
Maria de Fátima Nepomuceno Nogueira
Maria de Fátima Ferreira de Oliveira
Noélia Ribeiro Pinheiro
Ana Márcia de Almeida Rodrigues Dantas
João Washington de Meneses
Samya Coutinho de Oliveira
Aldrovando Nery de Aguiar

Luciene Alice da Silva

Fonte: elaborado pela autora

As discussões que surgiram na equipe supracitada revelam mais uma vez a importância do legado e trajetória da política de saúde no estado propriamente ditos, para além da relevância desses dois fatores no contexto nacional. O Ministério da Saúde indicou à equipe a adoção do modelo de fundações para gerenciar os CEOs e as Policlínicas, mas quando levantaram esta possibilidade na comissão de implantação, a grande maioria dos envolvidos na equipe posicionou-se contra. Isto aconteceu por conta do legado negativo do desempenho de fundação no Estado.

Pós Constituição de 1988, a saúde cearense foi gerenciada pela Fundação de Saúde do Estado do Ceará (FUSEC). Os resultados alcançados pela fundação não foram positivos e a memória institucional e a incompatibilidade com as novas diretrizes do SUS impediram que esse modelo fosse escolhido. Enquanto o SUS defendia a descentralização e a regionalização, a escolha pela fundação ou pelos demais modelos seria um retrocesso, caminhando para uma centralização no governo estadual.

Segundo Montesuma (2006), a FUSEC

tornou-se um poderoso instrumento de centralização administrativa, privilegiando ações curativas e atendimento hospitalar. Este órgão configurou-se como forte instrumento de uso e abuso de poder público, às vezes aliado à Secretaria de Saúde do Estado, muitas vezes superando a em prestígio junto aos políticos e em autonomia administrativa. Surgiram então sucessivas denúncias de má utilização do dinheiro público e de clientelismo (MONTESUMA, 2006, p. 15).

Quando Ananias Vasconcelos (secretário de saúde) e Arruda Bastos (secretário executivo) assumem a secretaria, o governador tinha em sua mesa a proposta de criar fundações estatais de direito privado, proposta deixada pelo governo anterior, e era uma ideia que o governo federal até certo ponto defendia. Os dirigentes da SESA se posicionaram frente ao governador em defesa do consórcio.

No entanto, anterior ao processo de convencimento do próprio governando, houve dentro da SESA uma disputa burocrática. Havia quem defendia e quem era contra aos consórcios como modelo de gestão. Funcionários antigos da secretaria, respeitados pela capacidade técnica e experiência em gestão de saúde pública, não conheciam a ideia de consórcio público de saúde ou

tinham conhecimento apenas das experiências de consórcios privados. A compreensão desses atores era de que os consórcios poderiam significar a privatização dos serviços de saúde no Ceará. Baseando-se na Lei dos Consórcios, recém aprovada na ocasião, o grupo que defendia os consórcios conseguiu convencer os demais funcionários que havia segurança jurídica na constituição do arranjo e que os consórcios seriam estruturas públicas de prestação de serviços, mesmo atuando entre os entes governamentais.

Passado o convencimento da burocracia interna, o grupo, agora coeso, passou para a persuasão do governador. A atitude do governador foi não aceitar na primeira intervenção devido a não definição de recursos para manutenção do arranjo. No entanto, ele aprovou a ida de representantes da SESA a lugares que utilizassem os consórcios como cooperação intergovernamental para a busca de maiores informações.

Ananias e Arrudas Bastos viajaram tanto para compreender experiências internacionais na África e na Europa, quanto para outros estados brasileiros como, Minas Gerais e Paraná, ambos com consórcios horizontais implantados desde a década de 90. Os líderes da SESA também receberam orientação de um consultor da Lei dos Consórcios do governo federal, Vladimir Pereira.

Ainda assim, uma segunda exigência do governador era que os dirigentes da SESA indicassem qual a fonte de financiamento dos consórcios. Arruda Bastos viajou até aos Estados Unidos para vender a ideia dos consórcios verticais do Ceará ao BID e recebeu uma resposta positiva sobre o financiamento. Considera-se que a trajetória de uma relação sólida do governo estadual cearense com BID desde a época do governo de Tasso Jereissati foi essencial para aprovação de um considerável montante de recursos financeiros para implantação de um projeto ainda desconhecido nas experiências de cooperação brasileiras.

Somente após a definição do contrato com o BID, o governador reuniu então em seu gabinete, o secretário de saúde, secretário da fazenda, o secretário da casa civil, o secretário de planejamento, e todos aprovaram os consórcios como modelo de gestão que se adequaria para a gestão das Policlínicas e CEOs. Inicia-se mesmo antes da aprovação final sobre a constituição do arranjo, uma articulação interorganizacional das diversas organizações que, posteriormente, passam a influenciar a execução dos serviços dos consórcios.

O principal argumento que convenceu o governador para a adoção dos consórcios foi a clareza com que sua ordem jurídica impõe obrigações aos entes de uma forma mais forte, mais

impositiva do que um mero convênio. A existência de contratos de rateio, de gestão e de programa garantia que os municípios tivessem compromisso e esse compromisso não seria só político, mas jurídico.

A proposta da SESA era que os hospitais regionais também fossem gerenciados pelos consórcios públicos, mas o BID entrevistou discordando. Por esse motivo, a gestão dos hospitais regionais ficou sob responsabilidade de Organizações Sociais (OS). A ideia da então gestão SESA era que, gradativamente, os consórcios absorvessem outros equipamentos de saúde das regiões, como hospitais polos e unidades especializadas, mas até hoje isso não aconteceu em nenhuma região.

Questionou-se os entrevistados que participaram da equipe de implantação dos consórcios o porquê da escolha pelos consórcios verticais e não horizontais, que era o modelo adotado pelas experiências mais consolidadas no país. A resposta indica que um estudo da realidade local mostrou que os municípios cearenses não possuíam condições de manter os equipamentos de saúde sem a coparticipação estadual.

E, no momento de formulação, a secretaria de saúde já reivindicou a participação também do governo federal, mas a resposta foi negativa. Para os entrevistados, o governo federal não compreendia claramente a proposta de consórcios cearenses, uma vez que era uma experiência inédita no cenário nacional. No entanto, ele deixou o espaço de diálogo aberto, assegurando que de acordo com monitoramento dos resultados do arranjo, a discussão sobre sua participação poderia avançar. Visando as diversas prerrogativas dos consórcios públicos, a SESA também já optou pelo consórcio público ao invés do privado, sobretudo para deixar a janela de oportunidade aberta para uma futura participação do governo federal.

Os entrevistados relataram que um dos principais desafios no processo de implementação foi a fase de convencimento dos prefeitos, que estavam com mais de dois anos de gestão municipal no período do início da discussão. Foi desafiador convencer a mudança na reestruturação dos serviços, alguns municípios já até haviam incorporado custos da saúde especializada nos gastos municipais.

A preocupação dos governos municipais era com a possibilidade dos municípios perderem sua autonomia conquistada nos anos pós-Constituição de 1988 e que a gestão dos serviços voltasse a ser centralizada no governo estadual. O argumento estadual foi que, de maneira contrária, a administração financeira do consórcio não iria ficar nas mãos dos estados,

mas sob a responsabilidade do próprio consórcio. Ademais, a fiscalização também ficaria nas mãos de órgãos externos, o que resguardaria a autonomia municipal.

O processo de implantação envolveu os três entes e diversas organizações de interesse sobre a organização dos serviços de saúde no estado, mas de uma maneira muito mais demonstrativa e numa tentativa de convencimento de sua relevância do que deliberativa sobre o processo de construção e formulação da estratégia de consorciamento para o estado.

O estado cearense tinha toda uma trajetória institucional em relação à formação de microrregiões de saúde, sendo um dos pioneiros nesse processo no país. Todavia, essas regiões sempre tiveram capacidade de assistência à saúde aquém para prestação dos serviços. Mesmo nesse cenário, o Ceará não acompanhou outros estados que começaram a estimular a formação de consórcios desde os anos 1990, década de um aumento expressivo no número de consórcios na área da saúde.

Percebe-se que a escolha pelos consórcios foi um misto da trajetória institucional da política de saúde no Ceará e fatores conjunturais. Se por um lado, houve a influência do legado político de Ananias Vasconcelos e Arruda Bastos, dirigentes da SESA à época, da dinâmica das relações intergovernamentais estabelecidas pela microrregionalização precoce e o pelo legado negativo das fundações no estado, por outro, o governo estadual aproveitou duas janelas de oportunidades recentemente abertas para todos estados federados, trazendo um cenário normativo favorável.

Com relação às duas janelas, a primeira consiste na promulgação da Lei dos Consórcios em 2005 e sua regulamentação em 2007, que deu solidez à institucionalização dos consórcios e possibilitou a formação de consórcios de cooperação de natureza vertical (municípios-estados e municípios-estados-União). Já a segunda consiste na aprovação do Pacto pela Saúde 2006, que buscou reduzir a atuação do governo federal e incentivar os governos estaduais coordenar os processos de descentralização e regionalização em seus respectivos estados, a fim de fortalecer o relacionamento entre estados e municípios. Isso confirma a necessária influência do governo federal, mas principalmente mostra a capacidade do governo estadual de dialogar com os governos subnacionais na construção de soluções adequadas à realidade local.

Estados como o Paraná, Minas Gerais e Mato Grosso incentivaram seus municípios ao consorciamento, mesmo com a fragilidade jurídica que apresentava essa modalidade de cooperação no período anterior à aprovação da Lei dos Consórcios. Diferentemente desses

estados, que hoje o governo cearense possui número de consórcios semelhante, no Ceará, esse modelo de gestão só aparece na transição do governo estadual, com a entrada de uma liderança política que foi eleita com a proposta de promover a reestruturação da prestação dos serviços públicos no estado.

Isso indica que apesar dos estados federalistas traçarem políticas nacionais com implicações sobre todos os estados, as respostas que esses estados darão a uma diretriz nacional serão diversas e dependerá de seu percurso institucional, como também das rupturas de inovação que acontecem ao longo do tempo, como aponta Gonçalves (2008).

5.1.2 Etapas de implantação da estratégia de consorciamento

Entre 2007 e 2008, o governo estadual inicia o processo de implantação dos consórcios, que segundo os membros da equipe de implantação Silva, Nogueira e Santana (2014, p.37-39), contou com cinco etapas:

- a) etapa I - Formalização da comissão para elaborar e coordenar o processo
- b) etapa II – Política
- c) etapa III – Técnica
- d) etapa IV – Jurídica
- e) etapa V – Organização e Estruturação de serviços

Nas falas dos entrevistados, as etapas acima elencadas se coadunam em três: i) formação de uma comissão intersetorial de implantação; ii) política; iii) organização e estruturação dos serviços. Foram atividades desenvolvidas pela comissão:

- a) elaboração de proposta dos consórcios;
- b) realização de seminários Regionais de sensibilização dos gestores e prefeitos;
- c) realização de seminário Estadual para apresentação da proposta aos diversos segmentos da SESA e do governo;
- d) levantamento de informações e realização de diagnósticos;
- e) elaboração de oficinas de trabalho com as equipes das Regionais de saúde;

- f) elaboração de estratégias para estruturação e implantação dos consórcios;
- g) elaboração de instrumentos técnicos e normativos com a Assessoria Jurídica;
- h) elaboração de Manual de Orientação sobre os consórcios (SILVA, NOGUEIRA e SANTANA, 2014, p. 38-39)

Percebe-se que o momento de formulação e implantação dos consórcios não possuiu um nível alto de colaboração intergovernamental. Na comissão de implantação não houve participação de nenhuma representação municipal, apenas funcionários do governo estadual. Apesar dos resultados deste trabalho apontarem certo grau de centralização nas mãos do governo estadual no momento de formulação, destaca-se que isso não significa que não houve diálogo entre os entes antes da constituição formal dos consórcios.

Na segunda etapa, política, foi onde apareceu mais claramente a discussão sobre o custo político da cooperação. Alguns líderes municipais argumentavam que não eram obrigados a contribuir com a saúde especializada, tendo em vista que era papel do estado. Nesta etapa, o governo estadual teve que fazer o trabalho de sensibilização dos municípios, começando pelos prefeitos e depois pelas câmaras legislativas. O trabalho de sensibilização é iniciado com os prefeitos, secretários de saúde e grupos de controle social e é finalizado com o poder legislativo municipal, uma vez que eram os vereadores que teriam que aprovar a lei ratificadora do protocolo de intenções.

Sobretudo nas câmaras em que estava em situação política de oposição ao partido do governador ou do prefeito, foi necessário argumentos para convencer que participar dos consórcios seria benéfico para os municípios, dentre eles: o ganho de escala no atendimento, a organização sistêmica do SUS e a superação da fragilidade das Programações de Pactuação Integrada. Os prefeitos tinham receio que sendo o atendimento no nível regional, a população não reconheceria que o serviço também era financiado pelo poder municipal.

Os relatos das entrevistas mostraram que o papel das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRESs) foi fundamental no processo de sensibilização. Cada região de saúde cearense conta com uma CRES, que representa um “braço” do governo estadual no âmbito municipal. Somente a Região Cascavel não possui uma CRES exclusiva, estando por responsabilidade da Região Fortaleza. A CRES é uma instância estadual que representa a SESA e conta com uma estrutura

organizacional formada por um coordenador regional, um assessor técnico e um assessor administrativo, além de uma equipe de apoio.

O coordenador regional auxiliou Ananias, Arruda e a equipe de implantação, no processo de sensibilização. Estando mais próximo das regiões de saúde, o coordenador detinha mais conhecimento sobre as realidades municipais, além de uma relação de confiança consolidada com os governantes municipais.

Segundo relatos de membros da equipe de implantação e de coordenadores regionais que acompanharam o processo de sensibilização, o apoio do governador foi fundamental para o convencimento dos prefeitos municipais. Aliás, esse foi uma das principais garantias que assegurou a adesão dos municípios.

No entanto, as falas dos entrevistados mostram que ao mesmo tempo em que o apoio do governador foi essencial, houve uma tentativa de desvincular a imagem política pessoal, tanto do prefeito, quanto do governador, da prestação dos serviços, dentro do ideal de o que deve sobressair é a eficiência do Estado. A fala de um dos entrevistados ilustra a resistência de alguns prefeitos e essa tentativa de transcender a face política do serviço.

Houve uma resistência política, mas daqueles prefeitos mais vaidosos: não, eu tenho meu pediatra, eu tenho o meu gastroendrologista, não preciso! Houve essa resistência, é inegável. Mas com o tempo a gente convenceu: não, mas olhe, veja bem. As pessoas não vão ver o médico, elas vão ver as policlínicas por que a policlínica é eficiente, por que? Porque o sujeito chega lá, é consultado, no mesmo dia ele faz o exame porque o equipamento está lá, consequentemente o médico já dá o diagnóstico, já dá o tratamento. É diferente dele ser atendido no posto de saúde, depois de não sei quanto tempo ser atendido por um especialista, aí vai fazer o exame num sei aonde, depois tem quem num sei quando para médico para mostra o exame. Nesse tempo todo ou a enfermidade se acaba ou então se agrava. Então a partir do momento que em um só dia ele resolve tudo isso, ele vai visualizar a policlínica, ele não vai visualizar o doutor, nada disso. Para isso, a sua postulação não vai ser política, não vai ser eu tenho o meu médico. Sua postulação vai ser eu tenho a policlínica para atender você. Nesse sentido, a gente conseguiu superar as resistências (RELATO DE ENTREVISTA).

Nessa segunda etapa, já houve a participação de múltiplos atores, dentre eles: o secretário de saúde, o governador, gestores de saúde, Associação dos Prefeitos do Ceará (APRECE), o Conselho de Secretários Municipais (COSEMS), os coordenadores da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e os coordenadores regionais (SILVA, NOGUEIRA e SANTANA, 2014). Aqui, o governo estadual já se apresenta como um ator coordenador e as atividades começam a ser realizadas em cooperação.

Na última etapa, organização e estruturação de serviços, há um retorno à centralização no governo estadual. Todos os aspectos legais foram tratados pela Procuradoria Geral do Estado e a Coordenadoria Jurídica da SESA. A estruturação da infraestrutura dos equipamentos e a organização dos serviços ficaram sob a responsabilidade da Unidade de Gestão de Projetos (UGP) da SESA.

Toda a concepção gerencial e normativa da proposta foi pensada na Secretaria de Saúde do estado, através da ASSEJUR. Como já explicitado, o grau de centralização é justificado pela maior capacidade de o governo estadual promover criação e mudanças institucionais, buscando evitar que interesses difusos do plano municipal possam se sobrepor ao objetivo da política a ser implantada. Neste momento, destaca-se como uma empreendedora institucional a coordenadora da ASSEJUR, Maria de Fátima Nepomuceno Nogueira, apontada pelos entrevistados como a “mãe” dos consórcios. Fátima Nogueira coordenou a criação de todo o arcabouço jurídico dos consórcios, que funciona hoje como as regras formais do jogo de relações intergovernamentais que envolvem o arranjo.

Foram atividades desenvolvidas pela Coordenadoria Jurídica:

- a) elaboração de protocolo de intenções;
- b) elaboração de proposta de Lei dos Consórcios (Ratificação do Protocolo de Intenções);
- c) proposta de estatuto dos consórcios;
- d) proposta do contrato de programa;
- e) proposta do contrato de rateio;
- f) orientação aos municípios sobre os aspectos legais referentes a organização, eleição do presidente dos consórcios e realização das assembleias para constituição dos consórcios;
- g) articulação, orientação e suporte legal aos setores jurídicos das Secretarias Municipais de saúde e gestores da saúde;
- h) acompanhamento da aprovação da Lei autorizativa municipal sobre os consórcios nas Câmaras de vereadores de cada município;
- i) elaboração do edital de processo seletivo de pessoal (SILVA, NOGUEIRA e SANTANA, 2014).

O êxito no processo de sensibilização sobre a nova rede assistencial foi de 178 municípios. Dos 180 municípios pretendidos para esse projeto, apenas dois municípios não aderiram por questões políticas. Atualmente, esses municípios já estão consorciados. A Região de saúde de Fortaleza, que contempla os municípios de Aquiraz, Euzebio e Itaitinga, além da capital

do estado, não foi contemplada no projeto. A rede de Fortaleza estava razoavelmente estruturada para receber os pacientes locais. No entanto, ela era insuficiente para receber de outras regiões.

Em síntese, o processo de implantação dos consórcios de saúde no Ceará foi idealizado pelo governo estadual. O processo recebeu influências tanto do plano local, quanto de induções federais. No entanto, destacou-se dentre os atores envolvidos nas relações intergovernamentais o papel do governo do estado, que conseguiu não só coordenar a sensibilização dos poderes executivo e legislativo municipal sobre a necessidade de alterar a rede de assistência à saúde para uma estrutura mais cooperativa, como também convencer os municípios para que o próprio estado elaborasse a constituição jurídica do arranjo de cooperação.

Para implantação dos consórcios, o governo estadual utilizou da estrutura de governabilidade que o governo do estado já possuía no Ceará. No histórico de governadores cearenses, é característica a força do partido do governador na composição da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará-ALECE (CUNHA, 2015). Apesar de Cid ser um dos poucos governadores cearenses que não se elegeu com a maioria da assembleia legislativa, ele conseguiu montar uma coalizão de apoio que possibilitou a aprovação dos processos de reestruturação dos serviços públicos no estado, em seu primeiro mandato. O partido do então governador, Partido Socialista Brasileiro (PSB), elegeu a maioria dos deputados estaduais nas eleições de 2010.

O governo de Cid Gomes manteve um perfil de governo que conseguia articular a maioria dos interesses dos parlamentares estaduais. Monte (2015) *apud* Cunha (2015) aponta três características do governador que levaram a construção de uma boa relação com o legislativo estadual em seus dois mandatos:

- 1) a habilidade política e o caráter agregador do governador, reunindo lideranças e partidos com posicionamentos distintos;
- 2) o atendimento eficaz por parte do Executivo, garantindo mais atenção às demandas dos deputados, agilizando a execução de emendas orçamentárias e projetos junto às secretarias de governo;
- 3) o grande volume de investimentos do governo do Estado, distribuído em várias regiões, possibilitando um maior desenvolvimento ao interior do estado (CUNHA, 2015, p. 10).

Dessa forma, o perfil articulador do governador foi fundamental como segurança política para aprovação dos consórcios na assembleia, mas foi com a burocracia que o governo do estado desceu no plano local para implantação dos consórcios, sem encontrar tanta resistência. Para os

entrevistados, o fato de o projeto ser encabeçado pelo governo do estado garantiu maior abertura dos governos municipais.

Aí a gente tinha ir lá, falar. E geralmente, as câmaras respeitavam porque quando se tratava de estado, eles respeitavam mais. E aí foi importante o papel do Estado por isso, além do indutor, ele era o capitão do time. Aquele cara que chegava junto e dizia, vamos conversar aqui, mas eu tenho maior poder de barganha, aí eles se aquietavam mais, nesse sentido político. E aí a gente conseguiu aprovar todas as leis, nesses 178 municípios (RELATO DE ENTREVISTA, 2016).

Foi um consenso entre representantes da SESA, coordenadores regionais e diretores dos estabelecimentos de saúde, que o legado da microrregionalização precoce e a facilidade de os municípios aceitarem trabalhar de forma cooperada possuem relação direta. A certeza que suas redes regionais não suportavam determinados atendimentos tornou mais evidente que precisariam um do outro, ou seja, teriam que continuar pactuando. O consórcio trouxe uma nova formatação para pactuação regional, tornando a cooperação intermunicipal proposta pela regionalização municipal realmente efetiva quanto à prestação de serviços de média complexidade.

5.2 DESENHO INSTITUCIONAL DOS CONSÓRCIOS CEARENSES

Até então, as experiências que existiam no Brasil eram experiências de consórcios intermunicipais, isto é, que tinham como membros do arranjo de cooperação apenas municípios. O principal diferencial da estratégia de consorciamento em saúde do Ceará é o desenho institucional que os consórcios assumiram no estado. O desenho é guiado pela normatização federal, Lei nº 11107 de 2005 e o Decreto nº 6.017 de 2007.

Baseados na análise do perfil dos municípios cearenses, a equipe de implantação dos consórcios no estado decidiu que os municípios do estado não teriam condições de manter dois estabelecimentos de saúde de média complexidade apenas com um rateio regional, sendo necessária a participação efetiva do governo estadual. Dessa forma, os consórcios no Ceará são consórcios públicos de saúde verticais (estado-municípios).

Como descrito anteriormente, num primeiro momento de implantação, o governo estadual atuou com uma atitude mais impositiva em relação aos municípios, não caracterizando uma relação de coordenação, se considerarmos que “a coordenação pode ser definida genericamente

como o processo de criação ou uso de regras de decisão pelas quais dois ou mais atores negociam coletivamente de um ambiente de trabalho compartilhado (ARIZNABARRETA, p. 6, 2001)”.

A relação de coordenação na estratégia de consorciamento se estabelece com a definição do desenho de arranjo de cooperação vertical. Com isso, o governo estadual teve como objetivo fortalecer o diálogo constante com os municípios e estabelecer o papel de regulador do consórcio. O governo estadual não recuou após a indução inicial de entrega dos equipamentos de saúde, sugerindo estruturas internas para os consórcios que permitem sua contínua participação. Os consórcios possuem a participação direta do governo estadual e dos governos municipais como membros, arranjos próprios de negociação e uma estrutura própria de financiamento, que garante a corresponsabilidade entre os entes.

O estado do Ceará optou por estimular a formação de Consórcios em saúde tomando por base os municípios localizados numa mesma microrregião de saúde, visando facilitar o processo de estruturação de redes de atenção à saúde e tendo como referência o Plano de Desenvolvimento Regional – PDRA (CEARÁ, 2009).

A territorialidade mostrou-se uma variável relevante para análise de cooperação entre estado e municípios, principalmente quando perpassa por uma lógica regional, como o caso dos consórcios. A importância da dimensão territorial fica ainda mais evidente na política de saúde, uma vez que as redes de assistência são formadas com base nas limitações regionais. A sobreposição do desenho institucional dos consórcios ao mesmo desenho das regiões permite aproveitar os laços já estabelecidos entre os municípios e facilita a análise da capacidade já instalada em cada região, além de facilitar o diálogo intermunicipal e a relação dos consórcios com as redes de saúde.

Em trabalho recente, Filippim e Abrucio (2016) analisam o potencial dos consórcios públicos para o associativismo de base territorial. Baseando-se principalmente na literatura que concebe o conceito de governança como um estilo de governo, os autores ressaltam a relevância da dimensão do território para o desenvolvimento das políticas públicas em arranjos cooperativos.

La relevancia de las dinámicas territoriales para la aplicación de una política pública que, en última instancia, generen el desarrollo de las poblaciones involucradas, se acentúa cuando se requiere cooperación, articulación y coordinación. De esta manera, el territorio y sus dinámicas modelan la elección de los actores y condicionan sus posibilidades en la formulación e implementación de políticas públicas (FILIPPIM e ABRÚCIO, 2016, p. 83).

O caso do Ceará vai ao encontro dos apontamentos de Filippim e Abrucio (2016), que assinalam que quando a dinâmica territorial está atrelada ao desenho regional, o processo de implementação e gestão da política pública torna-se mais facilitado. No Ceará, os consórcios aproveitaram uma relação pré-existente entre os municípios e a lógica regional da saúde que já buscava agrupar municípios com características semelhantes e evitar sobreposições de poder de um governo municipal sobre outro.

Os entrevistados de todos os níveis de governo, municipal, regional e estadual, apontaram que o consórcio conseguiu fortalecer a integração regional com a exigência de um compartilhamento decisório intermunicipal. Um dos principais avanços com a integração entre os municípios foi o fortalecimento do poder de barganha dos municípios de uma mesma região em relação ao governo estadual.

No entanto, percebe-se que ainda há a necessidade de uma ação articuladora entre todos os consórcios do estado. As discussões em relação aos consórcios ficam mais restritas ao âmbito regional. Quando necessário, os consórcios também mantêm um contato direto com a Secretaria de Saúde do estado, através da CORES. Pode-se apontar isso como um dos principais motivos para ainda não haver uma articulação forte entre os diversos consórcios. Quanto maior o nível desta articulação, maior seria a capacidade de barganha dos municípios sobre o governo estadual, de maneira mais macro.

A necessidade desta articulação parece ter sido identificada como um aprendizado institucional dos diretores dos equipamentos de saúde, capitaneado pelo interesse do próprio governo estadual em promover a integração entre os consórcios. As falas de alguns diretores dos equipamentos de saúde reforçam a exigência de certa heterogeneidade nos resultados dos consórcios, com casos de maior e menor sucesso. Nesse contexto, canais de diálogo podem promover a troca entre diferentes realidades regionais e um avanço coletivo.

Em dezembro de 2017, o governo estadual promoveu o I Encontro Estadual sobre os Consórcios Públicos de Saúde. O encontro contou com a participação de diretores dos Consórcios e das Policlínicas e CEOs, além de representantes da APRECE e COSEMS/CE. No evento, discutiu-se “o modelo de sistema de gestão financeira dos consórcios, a atuação do conselho fiscal, o acesso aos serviços, o monitoramento e a avaliação das Policlínicas e CEOs, os contratos

de rateio, os termos de referência, a regularização das unidades e o fluxo dos processos de trabalho (APRECE, 2017, p. 1)”.

Numa busca de integração e de diferenciação entre os entes, as diferentes facetas da relação entre os níveis municipal, regional e estadual revelam que três dinâmicas caracterizam os desenhos institucionais de consórcios verticais com presença estadual: a) homogeneização *versus* respeito as heterogeneidades locais; b) interdependência *versus* autonomia; c) coordenação vertical *versus* coordenação horizontal.

A primeira dinâmica, homogeneização *versus* heterogeneidades locais, depende fortemente de uma ação mais reguladora do governo estadual. Dada a dificuldade dos municípios e até mesmo as regiões de construir uma leitura macro das realidades locais, a responsabilidade naturalmente recai sobre o governo estadual. A implantação dos equipamentos revela e assegura um esforço do governo estadual promover um mínimo de nivelamento entre as regiões de saúde.

Mesmo de forma padronizada, a implantação dos equipamentos já apresentou um grande avanço para as realidades regionais, dado o perfil regional predominante das regiões de saúde cearenses, que apresenta baixa capacidade de oferta de serviços e dificuldades socioeconômicas. A Secretaria de Saúde do estado cearense promoveu com a implantação de equipamentos de saúde semelhantes em todas as regiões, a homogeneização de institucional necessária, para preencher o vazio assistencial de serviços de média complexidade que caracterizava a maior parte das regiões. Foi considerado para a escolha das especialidades que seriam ofertadas pelo CEO e Policlínica o perfil geral epidemiológico do estado.

Experiências de consórcios intermunicipais que cobrem o território estadual possuem mais dificuldade em promover uma uniformização institucional, como as do Paraná e Minas Gerais. Cada região lida com os equipamentos de saúde já instalados ou com a capacidade regional de desenvolver. Se por um lado, os municípios podem possuir mais autonomia de decisão, por outro lado, as desigualdades regionais podem ser reproduzidas.

As peculiaridades socioeconômicas e a demanda por especialidades são diferentes e se alteram ao longo dos anos para cada região de saúde. Elas podem ser alteradas por fatores conjunturais, exigindo também que o desenho considere a heterogeneidade na oferta assistencial. Nesse sentido, o desenho institucional da estratégia de consorciamento cearense apresenta-se dinâmico, especialmente no que se refere à capacidade de os equipamentos de saúde terem sua

modalidade alterada e à exclusão ou à inclusão de especialidades e procedimentos da cartela do estabelecimento de saúde.

Com o passar dos anos, as heterogeneidades regionais começaram a ficar mais evidentes e os consórcios começaram a reivindicar a inclusão de serviços e exclusão de outros que não mais se encaixam no perfil regional. O governo estadual parece estar aberto às necessárias mudanças, mas exige estudo epidemiológico regional e a comprovação de sustentabilidade financeira. Dessa forma, o governo estadual apresenta-se como o ator central na definição do desenho do arranjo de cooperação, a fim de reduzir a desigualdade na oferta, mas com o devido respeito às diferenças entre as regiões.

A segunda dinâmica diz respeito à relação entre interdependência *versus* autonomia, característica que também é inerente à cooperação horizontal, mas ganha maior complexidade com a cooperação vertical, visto que o governo federal, o governo estadual e o governo municipal possuem capacidades estatais bem diferentes, o que pode facilitar a sobreposição de interesses dos primeiros sobre o último.

A cooperação regional surge como uma solução para os efeitos negativos da descentralização municipal, uma espécie de recentralização que deve equilibrar a combinação entre a liberdade do exercício das responsabilidades individuais de cada ente, interesses locais e interesses do governo estadual, e a necessária ação coletiva para o desenvolvimento de objetivos em comum. O caso do Ceará mostrou que o que equilibra esta dinâmica é o nível de institucionalização dos processos decisórios, que amarra o nível de interferência de um ente sobre o outro. Os processos decisórios que envolvem os consórcios serão detalhados na subseção seguinte.

Quanto mais o governo estadual consegue equilibrar-se na dinâmica entre a capacidade de promover a homogeneização institucional para região e, ao mesmo tempo, respeitar heterogeneidade municipal, mais ganha confiança e a credibilidade dos governos municipais dentro do arranjo e, assim, aumenta também sua capacidade de coordenar a política de saúde através dos consórcios. Ressalta-se também que a exigência de um convencimento por parte dos municípios em relação ao governo estadual fortalece a articulação horizontal entre os municípios.

O desenho reflete uma relação de interdependência entre os entes, fundamental para a estabilidade dos arranjos federativos e necessária para o cumprimento do princípio da integralidade do SUS. O principal elo que assegura essa interdependência é a estrutura financeira

do consórcio. O Manual dos Consórcios Públicos de Saúde do Ceará estabelece um rateio de financeiro diferente para cada um dos equipamentos de saúde gerenciados pelos consórcios.

A terceira dinâmica consiste na relação entre a coordenação vertical *versus* a coordenação horizontal. Os mecanismos de coordenação utilizados nas experiências de cooperação variam entre relações hierarquizadas e relações horizontais. Nos consórcios cearenses, a hierarquização se estabelece não só pela atuação do governo estadual sobre os governos municipais, mas, especialmente, pela própria estrutura hierárquica e a distribuição de competências do Sistema Único de Saúde.

Abrucio (2002) ressalta que em arranjos federativos,

Não se pode esquecer, também, que o modelo cooperativo contribui para elevar a esperança quanto à simetria entre os entes territoriais, fator fundamental para o equilíbrio de uma Federação. No entanto, fórmulas cooperativas mal dosadas trazem problemas. Isto ocorre quando a cooperação confunde-se com a verticalização, resultando mais em subordinação do que em parceria, como muitas vezes já aconteceu na realidade latinoamericana, de forte tradição centralizadora (ABRUCIO, 2002, p. 20)

Segundo Ariznabarreta (2001), o nível de utilização de mecanismos de coordenação hierárquica deve ser dosado a partir de uma avaliação empírica do grau de interdependência entre os atores envolvidos. A autora considera que em sistemas de coordenação complexos e dinâmicos, soluções verticais se tornam mais dispendiosas no que se refere a tempo e a dinheiro.

Em síntese, nota-se que o desenho institucional dos consórcios cearense pode ser visualizado como o principal aspecto que torna a estratégia de consorciamento cearense uma estratégia de coordenação estadual, na atual política de saúde do governo do estado. Ele dar maior previsibilidade as relações de cooperação e institucionaliza conflitos, pois, pelo menos em tese, assegura que o ônus e o 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 e 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 como membro dos consórcios pode seguir dois caminhos: dar maior segurança ao arranjo ou fragilizar a autonomia municipal. Se a participação do estado acontecer baseada no equilíbrio entre mecanismos de coordenação federativa vertical e horizontal, há maior garantia de integração entre os entes partícipes dos consórcios.

Quanto maior a cooperação entre os municípios, maior a facilidade de o estado tomar atitudes de coordenação estadual. Isto é, as relações horizontais de cooperação implicam nas relações verticais de coordenação. A análise das regiões cearenses mostrou que a trajetória e o aprendizado da cooperação regional são determinantes para a cooperação vertical com o governo estadual. Por exemplo, a região de saúde Baturité é a única região estudada com associação de prefeitos e com um legado de articulação intergovernamental. Ela apresentou-se como a região com maior poder de diálogo com o governo estadual, avançando em mudanças e resultados no arranjo.

5.2.1 Estrutura organizacional dos Consórcios Públicos de Saúde do Ceará

Os consórcios ficam no nível intermediário da relação entre o governo estadual e os governos municipais, possuindo estrutura organizacional própria e diferenciada dos entes governamentais. Os consórcios públicos de saúde cearenses constituem associações públicas de natureza autárquica e interfederativa, com personalidade jurídica de direito público. Eles integram à administração pública indireta de todos os entes federativos a ele associado. Destaca-se a adequação à Lei dos Consórcios de 2005, que tornou obrigatória a constituição de uma nova pessoa jurídica para criação de um consórcio público. Os consórcios também obedecem às Leis Estaduais nº 14.457, nº 14.558 e nº 14.4579 de 15 de setembro de 2009, à Lei Estadual nº 14.491 de 29 de outubro de 2009, à Lei Estadual nº 14.534 de 21 de dezembro de 2009 e às Leis Municipais.

As sedes administrativas dos consórcios estão situadas no município polo da região de saúde à qual atende. O governo do estado forneceu condições estruturais e financeiras iniciais para a instalação da sede do Consórcio, porém a Assembleia do Consórcio tem autonomia para decidir a alteração dessa localização. O número de municípios que compõem cada consórcio varia de acordo com o número de municípios que fazem parte da região de saúde.

Não necessariamente os equipamentos de saúde devem estar localizados no mesmo município sede do consórcio. No momento de implantação, essa era primeira opção do governo estadual, mas a escolha dos municípios dependeu da disponibilização dos terrenos para construção. Ainda assim, a viabilidade de locomoção dos pacientes foi o principal critério para escolha da localização dos equipamentos de saúde gerenciados pelos consórcios, determinando a opção por municípios centrais na região de saúde.

A Tabela 20 apresenta todos os consórcios cearenses e seus respectivos municípios sede. O Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Tauá possui o menor número de municípios e Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral o que possui o maior número.

Tabela 20 - Consórcios Públicos de Saúde no Ceará

Consórcio Público de Saúde	Município Sede	Quantidade de Municípios	População Assistida
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Acaraú (CPSMA)	Acaraú	7	220.576
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Aracati (CPSMAR)	Aracati	5	165.490
Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité (CPSMB)	Baturité	8	136.823
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Brejo Santo (CPSMBS)	Brejo Santo	9	210.792
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Camocim (CPSMCAM)	Camocim	5	153.682
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Canindé (CPSMCA)	Canindé	6	201.678
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Cascavel (CPSRCAS)	Cascavel	7	311.211
Consórcio Público de Saúde Inter federativo do Vale do Curu (CISVALE)	Caucaia	10	593.902
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Crateús (CPSMCR)	Crateús	11	295.565
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Crato (CPSMC)	Crato	13	338.742
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Ibiapaba (CPSI)	Tianguá	8	306.828
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Icó (CPSMIC)	Icó	7	170.862
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Iguatu (CPSMIG)	Iguatu	9	295.783
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca (CPSMIT)	Itapipoca	7	285.608
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte (CPSMJ)	Barbalha	6	412. 620
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Limoeiro do Norte (CPSMLN)	Limoeiro do Norte	11	222.195
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Maracanaú (CPSMM)	Maracanaú	8	517.454
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Quixadá (CPSMQ)	Quixeramobim	10	316.101
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Russas (CPSMR)	Russas	5	196.063
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral (CPSMS)	Sobral	24	629.957
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Tauá (CPSMT)	Tauá	4	113.258
Total		180	4.905.334

Fonte: CnesNet (2015) e Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (2010)

Segundo o Manual de orientação dos consórcios públicos no Ceará (2009), a estrutura organizacional do consórcio deve ser constituída no mínimo por:

- a) assembleia geral
- b) presidência
- c) diretoria executiva
- d) corpo técnico e administrativo
- e) conselho fiscal
- f) conselho consultivo de apoio a gestão do consórcio

A assembleia geral é o órgão máximo de deliberação do consórcio. É composta por todos os municípios consorciados, representados por seus prefeitos, e por representante do governo estadual, sendo este o coordenador da Coordenadoria Regional de Saúde (CRES). À assembleia compete alterar as finalidades do Consórcio, eleger ou destituir o presidente; nomear ou destituir membros da Diretoria Executiva e operacional ou outros membros do quadro de pessoal do Consórcio; tratar de matéria orçamentária, patrimonial, financeira e a relacionada às operações de crédito do Consórcio; aprovar os Contratos de Programa e de Rateio do Consórcio, bem como a deliberação sobre dissolução do Consórcio.

A Lei dos Consórcios estabelece que o “protocolo de intenções deve definir o número de votos que cada ente da federação consorciado possui na assembleia geral, sendo assegurado 1 (um) voto a cada ente consorciado”. O protocolo de intenções dos consórcios cearenses estabelece que a representação dos votos nas assembleias tem como critério a base populacional, como descreve a Tabela 21 (CEARÁ, 2009).

Tabela 21 - Representação dos votos na Assembleia Geral

Membro/ nº populacional	Peso do voto
Município de até 35mil hab	1 voto
Município de até 35mil hab a 75 mil hab	Peso de 2 votos
Município de 75 mil hab a 100 mil hab	Peso de 3 votos
Municípios acima de 100.001 hab	Peso de 4 votos
Governo estadual	Peso de 2/5 do total de votos

Fonte: CEARÁ (2009)

Dos 180 municípios cearenses consorciados, 108 possuem até 35 mil habitantes, portanto, aproximadamente 61% dos municípios possuem direito apenas a um voto; 37 municípios têm entre 35 a 75 mil habitantes; 5 municípios possuem entre 75 e 100 mil habitantes; e 8 municípios têm mais de 100.001 habitantes. Dessa maneira, têm-se 21% dos municípios com direito a 2 votos, aproximadamente 3% com direito a 3 votos, e 5% com direito a 4 dos votos, respectivamente.

Ressalta-se a estratégia do governo do estado de garantir o peso de suas decisões, estabelecendo o peso de 2/5 dos votos nas deliberações. Os entrevistados vinculados ao nível regional não consideram isso como negativo e nem como uma forma de imposição do governo do estado. Na concepção dos sujeitos entrevistados, mesmo sendo o governo estadual um membro como qualquer outro do consórcio, a sua posição de principal financiador lhe dá o direito de ter o peso maior dos votos.

Pelos os estatutos dos consórcios, as reuniões das assembleias devem acontecer a cada três meses, podendo acontecer reuniões extraordinárias a pedido do presidente ou maioria simples dos votos de seus membros. No entanto, as entrevistas com os diretores dos consórcios mostraram que não há padronização na periodicidade das reuniões, variando em cada região. Isso se dá em função das agendas de trabalho dos prefeitos, que nem sempre coincidem. Diante disso, as assembleias acontecem muito mais por requisições dos diretores executivos dos arranjos a partir do aparecimento de demandas.

Também compete à assembleia constituir comissões técnicas para matérias de discussões que exigem o aprofundamento de conhecimentos técnicos e/ou especialistas. As comissões técnicas são responsáveis por emitir parecer sobre as matérias para quais foi constituída e indicar sugestões às proposições as quais foi submetida.

A assembleia é presidida pelo presidente do consórcio, prefeito de um dos municípios consorciados, eleito pelos membros integrantes para mandato de dois anos, sendo permitida a reeleição uma única vez. O presidente do consórcio exerce a representação legal e administrativa da associação pública de forma voluntária. Ele deve assegurar o cumprimento do Estatuto, ordenar despesas, firmar convênios, acordos ou contratos, subscrever os relatórios de gestão do Consórcio e prestar contas da gestão junto aos órgãos de controle; gerenciar o patrimônio do consórcio, com vistas a serviços eficientes e eficazes, além de convocar a assembleia, formar comissões de trabalhos com finalidades específicas e encaminhar as decisões para execução pela Diretoria Executiva.

Percebeu-se pelos relatos das entrevistas que o governo estadual tem influência sobre a escolha dos presidentes, mas os prefeitos posicionam-se contra ou a favor de acordo com as relações políticas estabelecidas entre os municípios. É importante que o presidente seja um prefeito que tenha um bom relacionamento com demais municípios, uma vez que ele é o principal representante dos municípios em negociações com o governo estadual. Os consórcios não apresentaram grandes oscilações nos mandatos dos presidentes. Os prefeitos mantêm-se no posto até os finais dos mandatos, colaborando com a continuidade da dinâmica das relações.

A Diretoria executiva é a responsável pela gestão cotidiana das atividades do Consórcio. De maneira formal, o estatuto diz que ela deve ser composta por uma Diretoria Geral e uma Diretoria Administrativo-financeira, ambos os diretores devem ser escolhidos em Assembleia Geral. Na prática, uma só pessoa ocupa o cargo de diretor do consórcio, podendo receber a denominação de diretor, diretor administrativo, diretor executivo ou secretário-executivo.

A Diretoria executiva é o órgão responsável pelo planejamento, coordenação, controle e execução das atividades administrativas do Consórcio. Ela deve divulgar as decisões da assembleia, atos e documentos, elaborar relatórios mensais e anuais, bem como a prestação de contas. Geralmente, o prefeito escolhido como presidente escolhe uma pessoa de sua confiança para ocupar a direção.

Não se considera que a escolha do diretor do consórcio pelo presidente seja um fator estritamente negativo para a gestão do arranjo de cooperação. A interferência política mostra que não se pode negar a dimensão política da cooperação intergovernamental, no entanto, é necessário o estabelecimento de critérios mínimos de escolha, a fim de que o gestor tenha conhecimentos necessários para execução de atividades administrativas no setor público. Nas regiões estudadas, todos os gestores possuem ensino superior na área de saúde, assistência social ou administração. A maioria já passou por cargos de gestão na administração pública municipal.

O estatuto estabelece que o Conselho Fiscal deve ser formado por um representante de cada ente consorciado, sendo livre sua indicação. Os membros do conselho devem ser renovados a cada dois anos. O Conselho deve definir seu regimento interno, esclarecendo suas responsabilidades e competências. É de sua responsabilidade acompanhar e fiscalizar permanentemente a contabilidade do Consórcio e suas atividades econômicas e financeiras.

O Conselho Fiscal deve verificar possíveis irregularidades de escrituração contábil, de atos de gestão financeira ou patrimonial, inobservâncias legais, estatutárias ou regimentais e

emitir parecer quanto à prestação de contas e contratos firmados. Também lhe compete propor planos de melhoria para o funcionamento dos consórcios.

O Conselho Consultivo de Apoio a Gestão do Consórcio está vinculado a Assembleia Geral, sendo constituído pelos Secretários Municipais de Saúde dos entes consorciados e pelos Coordenadores da Coordenadoria Regional de Saúde região de saúde a qual o consórcio pertence.

O Conselho Fiscal e o Conselho Consultivo foram estruturas criadas pela Secretaria de Saúde do Ceará que não estão na normativa federal dos consórcios. Considera-se que os dois conselhos são espaços de apoio inovadores e essenciais para o funcionamento dos consórcios no estado. O uso de recursos de entes governamentais diferentes, fora de sua administração direta, reforça a necessidade do controle interno sobre os atos administrativos, jurídicos e financeiros realizados dentro do arranjo. Por sua vez, as especificidades da política de saúde exigem um conhecimento técnico para tomada de decisão que os prefeitos não dispõem.

No entanto, nas regiões de saúde estudadas, os coordenadores regionais e diretores dos consórcios apontaram a subatuação dos conselhos fiscais. Sua não atuação dificulta a transparência na aplicação dos recursos, deixando muitas informações apenas no conhecimento do prefeito presidente, que é o ordenador de despesas dos consórcios. O fortalecimento dos conselhos consultivos foi um dos temas tratados no I Encontro Estadual sobre os Consórcios Públicos de Saúde, em 2017. Entende-se que o aprimoramento das estruturas internas faz parte do processo de aprendizado institucional dos consórcios.

As estruturas dos equipamentos de saúde variam. As Polínicas podem apresentar-se nas modalidades Tipo I e Tipo II, já os CEOs podem ser do Tipo I, Tipo II e Tipo III. Os Centros são classificados nestes três tipos de acordo com seus recursos físico-estruturais: CEO tipo I (três cadeiras odontológicas); CEO tipo II (quatro a seis cadeiras Odontológicas); e CEO tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas) (GOES *et al*, 2012). O governo estadual estabeleceu quais modalidades cada região iria receber a partir do porte populacional regional.

Os CEOs estão localizados nos seguintes municípios: Acaraú, Baturité, Brejo Santo, Camocim, Canindé, Cascavel, Caucaia, Crato, Crateús, Icó, Itapipoca, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Limoeiro do Norte, Quixeramobim, Russas, Sobral e São Gonçalo do Amarante, Tauá, Aracati, Iguatu e Ubajara. Foram no total 18 CEOs construídos. Ainda no Governo Cid, foi prometida a criação de mais um CEO, no município de Campos Sales. O CEOs de São Gonçalo do Amarante, Tauá, Aracati e Iguatu eram municipais, mas com ajuda governo

estadual passaram a ter cobertura de serviços regional e a ser gerenciados pelos consórcios regionais.

Regiões menores receberam Policlínicas Tipo I, estando elas localizadas nos municípios de Acaraú, Aracati, Baturité, Brejo Santo, Camocim, Campos Sales, Canindé, Icó, Itapipoca, Pacajus, Russas e Tauá. Regiões maiores receberam Policlínicas Tipo II, estando localizadas nos seguintes municípios: Barbalha, Caucaia, Crateús, Crato, Iguatu, Limoeiro do Norte, Maracanaú, Quixadá, Sobral e Tianguá. São 22 policlínicas no total, sendo que as Policlínicas de Canindé e Maracanaú ainda não estão em funcionamento.

A diferença entre as duas modalidades está na capacidade mensal de realizar exames e consultas. Há uma diferença de 3000 procedimentos (exames e consultas) entre as Polis tipo II e as Polis Tipo III. Elas também diferem no número de especialidades médicas. As Polis tipo II possuem a mais as especialidades de endocrinologia, neurologia e angiologia, e por isso, também inclui na lista de seus procedimentos a tomografia computadorizada, endoscopia respiratória e eletroencefalograma, exames que não são realizados na Poli Tipo I.

Os Quadros 4 e 5 apresentam o perfil físico das duas modalidades de Policlínicas. O Quadro 6 mostra o perfil dos CEOs Regionais.

Quadro 4 - Perfil físico funcional de Policlínica Tipo I

12 unidades com 2.546 m ² de área de atenção ao paciente. Capacidade para realizar 12.000 exames / consultas por mês.
10 especialidades médicas: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cardiologia, Gastroenterologia, Mastologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Gineco-Obstetrícia, Traumato-ortopedia e Urologia.
Atendimentos em Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Assistência Social, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Farmácia Clínica.
Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT): Radiologia Convencional, Eletrocardiograma, Ultrassonografia, Ecocardiografia, Dopplermetria, Audiometria, Ergometria/mapa, Mamografia e Endoscopia Digestiva alta e Baixa.

Fonte: Secretaria de Saúde do Ceará (SESA)

Quadro 5 - Perfil físico funcional de Policlínica Tipo II

09 unidades com 2.813 m2 de área de atenção ao paciente. Capacidade para realizar 15.000 exames / consultas por mês.
13 especialidades médicas: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cardiologia, Gastroenterologia, Mastologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Gineco-Obstétrica, Traumato-ortopedia, Urologia, Endocrinologia, Neurologia e Angiologia.
Atendimentos em Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Assistência Social, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Farmácia Clínica.
Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT): Radiologia Convencional, Eletrocardiograma, Ultrassonografia, Ecocardiografia, Dopplermetria, Audiometria, Ergometria/mapa, Mamografia, Endoscopia Digestiva alta e Baixa, Tomografia Computadorizada, Endoscopia Respiratória e Eletroencefalograma.

Fonte: Secretaria de Saúde do Ceará (SESA)

Quadro 6 - Perfil Físico Funcional do Centro de Especialidades Odontológicas Regional do Ceará

16 unidades com 496 m2 de área de atenção ao paciente. Capacidade para realizar 672 pacientes novos por mês.
11 consultórios para atendimento em Endodontia, Prótese/Dor Orofacial, Periodontia, Ortodontia/Ortodontia Funcional dos Maxilares, Cirurgia e Odontologia para Portadores de Necessidades Especiais.
Serviços de Radiologia Digital, Biópsias, Próteses e Analgesia Inalatória com Óxido Nitroso.

Fonte: Secretaria de Saúde do Ceará (SESA)

A Figura 7 sintetiza a estrutura organizacional dos Consórcios Públicos cearenses. De um modo geral, considera-se que ela tem dois níveis: o primeiro referente à execução de atividades mais técnicas, relacionadas à administração, aspectos jurídicos e financeiros; o segundo relacionado mais às deliberações políticas. Esta síntese que determina os processos decisórios.

Figura 7 - Síntese da estrutura organizacional dos Consórcios Públicos de Saúde do Ceará

Fonte: elaborada pela autora

Além da estrutura organizacional dos Consórcios estabelecerem um diálogo interno, também dialoga com outras organizações, que interferem diretamente no seu funcionamento. O estabelecimento de relações interorganizacionais fortes apareceu como um fator determinante para formação e implantação do arranjo, bem como para sua manutenção.

As principais organizações são a Secretaria Estadual de Saúde, sobretudo os departamentos de Assessoria Jurídica (ASSEJUR) e a Coordenadoria das Regionais de Saúde; a Escola de Saúde Pública (ESP-CE); o Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU); o Conselho das Secretárias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS); a Comissão Intergestores de Saúde (CIB), as Comissões Intergestores de Regional (CIRs) e as Coordenadorias Regionais de Saúde (CREs).

Segundo o modelo de estatuto disponibilizado no Manual de Orientação dos Consórcios no Ceará (2009), os consórcios devem ter como finalidade a cooperação técnica na área de saúde entre os entes consorciados, a fim de promover ações assistenciais, prestação de serviços especializados de média e alta complexidade, em especial: serviços de urgência e de emergência hospitalar e extra-hospitalar; ambulatórios especializados, Policlínicas; Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS); assistência farmacêutica, entre outros serviços relacionados à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e o Plano Diretor de Regionalização (PDR) estadual.

O Estatuto informa detalhadamente os objetivos dos consórcios, quais sejam:

- a) planejar, programar e executar programas, projetos, ações, atividades e serviços na área da saúde, de acordo com os objetivos previstos na presente cláusula;
- b) fortalecer as instâncias colegiadas locais e regionais e o processo de descentralização das ações e serviços de saúde;
- c) compartilhar recursos financeiros, tecnológicos e de gestão de pessoas, e o uso em comum de equipamentos, serviços de manutenção, tecnologia da informação, de procedimentos de licitação, de unidade prestadoras de serviços, instrumentos de gestão, em especial programação assistencial e plano de gerenciamento do consórcio, entre outros, obedecendo as normas da regionalização;
- d) prestar cooperação técnica, realizar treinamento, estudos técnicos e pesquisa e executar ações conjuntas de prestação de serviços assistenciais e de vigilância em saúde;
- e) estabelecer vínculo de cooperação e articular esforços com vistas a criar condições de viabilidade, eficiência, eficácia e melhores resultados na gestão da saúde dos municípios consorciados;
- f) promover a capacidade resolutiva, ampliar a oferta e o acesso da população aos serviços de saúde;
- g) representar os entes da Federação consorciados perante outras esferas de governo, mediante deliberação da Assembleia Geral.

Notou-se com as entrevistas que as ações dos consórcios ainda estão limitadas ao gerenciamento da Policlínica e do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Uma vez que as Policlínicas e o CEOs só realizam atendimento eletivo, a existência desses dois aparelhos de saúde não exclui a necessidade de hospitais municipais, regionais e UPAs para atendimentos de urgência e emergência.

Segundo relato de Arruda Bastos, a proposta da comissão de implantação dos consórcios era que com o tempo, cada arranjo incorporasse mais equipamentos de saúde de cada região. Coordenadores regionais apontam que até iniciou-se discussões sobre essa possibilidade em reuniões das CIRs, no entanto, não houve avanços. A principal barreira é o acréscimo de repasse de recursos com a inclusão de novos equipamentos.

5.2.2 Estrutura de financiamento: a mudança na cota parte do ICMS

Dada a autonomia dos governos subnacionais de aderirem políticas estaduais e federais, o governo estadual teve que realizar um esforço para promover a adesão dos municípios. O esforço caracterizou-se por duas frentes: a primeira de captar externamente o financiamento, uma vez que o tesouro estadual não possuía recursos suficientes para custear o pacote de mudanças na política de saúde, proposto através do PROEXMAES.

A segunda foi traçar dentro do desenho institucional dos consórcios uma estrutura de financiamento que amarrasse o repasse municipal, não somente no sentido de evitar possíveis inadimplências municipais no custeio dos consórcios, mas também no de garantir aos

municípios uma fonte de recursos, considerando que a maioria dos municípios cearenses já investe mais do que o mínimo obrigatório de 15% na aplicação de recursos próprios e transferências, exigido pela Constituição, em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

A estrutura de financiamento dos consórcios varia de acordo com os equipamentos de saúde. Para o custeio da Policlínica, em tese, 60% dos custos de manutenção ficam com os municípios e os outros 40% são financiados pelo governo estadual. Os CEOs recebem recurso do governo federal através do Programa Brasil Sorridente, por esse motivo, sua estrutura de financiamento é tripartite: os municípios arcam com 35%, o governo do estado assume 40% e o Ministério da Saúde, através do Programa Brasil Sorridente, arca com 25%.

No entanto, os valores do custeio do consórcio para o governo estadual e o valor total rateado entre os municípios não é estanque, podendo o estado contribuir mais com consórcios com menor número de participantes ou um valor menor que 40% em regiões com condições financeiras mais favoráveis, como a região de Sobral.

A contribuição municipal vem do que ele recebe do governo estadual a partir da cota parte do ICMS. Ainda assim, as transferências de recursos devem estar registradas e seguir o fluxo dos fundos de saúde. A mudança na divisão da cota parte do ICMS foi sem dúvida fundamental para tornar possível a execução da estratégia de consórcios no Ceará. Com a Lei nº 14.023 de 17 de dezembro de 2007, o governo estadual alterou as porcentagens de distribuição do ICMS e os critérios de divisão, modificando os incisos II, III, IV da Lei 12.612 de 7 de agosto de 1996.

A nova legislação estabeleceu que os valores a serem distribuídos devem estar atrelados a índices de qualidade municipais nas políticas de educação, saúde e meio ambiente.⁹ O índice de Qualidade da Saúde (IQS) mede a qualidade das ações do governo municipal na área da saúde com base na Taxa de Mortalidade Infantil. Ver as alterações na legislação cearense no Quadro 7:

Esse tipo de mecanismo de coordenação “trata-se de um modelo indutivo que transfere verbas segundo metas ou políticas-padrão estipuladas nacionalmente, procurando assim dar um perfil mais programado e uniforme à descentralização, sem retirar a autonomia dos governos subnacionais em termos de gestão pública (ABRUCIO, 2005, p. 53).”

⁹ Os estados de Minas Gerais e Paraná seguem caminhos semelhantes ao Ceará. No primeiro a legislação é conhecida como “Lei Robin Hood”, no segundo é chamado de ICMS Ecológico.

Quadro 7 - Mudança da legislação da divisão da conta parte do ICMS do Ceará

Lei 12.612 de 7 de agosto de 1996	Lei nº 14.023 de 17 de dezembro de 2007
II - 5% (cinco por cento) conforme relação entre a população do Município e a população total do Estado, medida segundo dados fornecidos pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.	II - 18% (dezoito por cento) em função do Índice Municipal de Qualidade Educacional de cada município, formado pela taxa de aprovação dos alunos do 1º ao 5º ano do ensino fundamental e pela média obtida pelos alunos de 2º e 5º ano da rede municipal em avaliações de aprendizagem.
III - 12,5% (doze e meio por cento), mediante a relação entre o somatório das despesas realizadas pelo Município na manutenção e desenvolvimento do ensino, nos termos do Art. 212 da Constituição Federal, e do Art. 2º da Lei nº 7.348/85, e a receita municipal proveniente de impostos e transferências constitucionais federais e estaduais, calculada com base em dados relativos ao segundo ano civil imediatamente anterior, fornecidos pelo Tribunal de Contas dos Municípios.	III - 5% (cinco por cento) em função do Índice Municipal de Qualidade da Saúde de cada município, formado por indicadores de mortalidade infantil.
IV - 7,5% (sete e meio por cento) correspondente a quota a ser distribuída equitativamente para todos os Municípios.	IV - 2% (dois por cento) em função do Índice Municipal de Qualidade do Meio Ambiente de cada município, formado por indicadores de boa gestão ambiental.

Fonte: elaborado pela autora com base na legislação estadual que dispõe sobre a distribuição do ICMS.

A contribuição dos municípios por ano varia de acordo com a arrecadação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) gerado no município, no exercício anterior. A participação dos municípios é limitada em até 7,5% da cota do ICMS gerado no município para o financiamento do CEO regional, já no caso da Policlínica regional, o limite aumenta para 10%. Ultrapassados esses limites, o governo estadual arca com o ônus.

Como o Contrato de Rateio é estabelecido anualmente, no início de cada ano é verificado o valor recebido por cada município que compõe a microrregião de saúde. Logo, se em determinado ano, caiu arrecadação da cota parte do ICMS municipal, também diminuiu sua contribuição. Caso contrário, sua contribuição sobe. Os freios na contribuição municipal foram pensados para garantir que o município não seja sobrecarregado financeiramente. No entanto, a vinculação da fonte de recurso municipal ao repasse do ICMS é também um meio de evitar possíveis intransigências municipais.

O número populacional não influencia no valor a ser investido por cada governo municipal, porém é determinante para o número de vagas reservadas para o município em todas as especialidades e atendimentos. Neste caso, há municípios de menor porte que pagam mais que municípios maiores, devido sua arrecadação.

A estratégia de equalização financeira é apontada pela literatura como um dos mecanismos que Estados Federativos devem adotar para reduzir desigualdades territoriais. O caso Cearense mostra que não só o governo federal pode utilizar dessa estratégia, mas que, também, os governos estaduais podem contribuir para redução de desigualdades no custeio dos serviços públicos entre os municípios. A equalização não foi uma reivindicação dos municípios, mas pensada pelo governo estadual, como mostra a fala de um do entrevistado vinculado à Secretaria de Saúde estadual.

Você pega dois bolos, onde um vai ser repartido por quatro, estado mais três municípios, e o outro vai ser repartido por 25, obviamente que há desequilíbrio muito grande nesse que têm quatro que vão repartir o bolo. Então o que o estado fez? Ele equalizou isso, botou num padrão de razoabilidade, a contribuição daqueles três e ele contribuiu com mais. Então nesse consórcio que só tem três entes consorciados, o estado contribui com aproximadamente 80% do custeio. E no consórcio de Sobral, pelo contrário, onde há 24 municípios e fatia do bolo é mais equilibrada, a contribuição do Estado já é menor que 40%, mas o padrão ideal, digamos assim, o ideal é que o estado contribua com 40% do custeio e os municípios rateariam 60% (RELATO DE ENTREVISTA).

Por um lado, pode-se discutir que o fato do rateio financeiro estabelecido inicialmente não vir sendo cumprido pode apresentar-se como uma fragilidade do arranjo e nociva autonomia municipal, uma vez que quanto maior o peso financeiro do investimento estadual, maior o peso de seu interesse nas tomadas de decisões. Por outro lado, se pensarmos que a política de saúde de atenção secundária é responsabilidade estadual e que os governos municipais já enfrentam grandes dificuldades para manter a atenção básica de saúde, a contribuição municipal já está sendo um acréscimo daquilo que lhe pode ser cobrado.

Segundo relatos dos entrevistados, existe forte reivindicação municipal pela participação da União no custeio total do consórcio. Ainda que rateado com o governo estadual, o custo para manter as Policlínicas e os CEOs é muito alto para os municípios. Os municípios do Ceará não têm condições de investir mais em saúde. Essa é uma realidade nacional. Segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), 96% dos municípios brasileiros estão investindo acima do mínimo obrigatório.

A grande maioria das regiões de saúde não possui condições de custear a manutenção dos equipamentos cedidos pelo governo estadual sem a contribuição mensal deste último. Por

mais que a estratégica de consorciamento do estado do Ceará tenha sido pensada dentro de uma política própria de financiamentos, baseado nos recursos do Imposto de Circulação de Mercadorias Serviços, o governo estadual e os municipais reivindicam desde o início da condução dos arranjos de cooperação a participação do governo federal no financiamento.

É compreensível a reivindicação pelo cofinanciamento do governo federal, uma vez que, como debate Monteiro Neto (2014) sobre as capacidades de limitações dos governos estaduais no federalismo brasileiro,

Nesse contexto de baixa capacidade para expansão de receitas próprias, os governos estaduais no país estão a depender cada vez mais do sistema federativo de transferências fiscais. Compreende-se, portanto, as preocupações externadas em várias ocasiões pelos governadores: suas possibilidades de expandir receitas próprias estão limitadas pela própria dinâmica evolutiva da economia nacional, tornando-se mais agudo o quadro para os estados localizados nas regiões mais pobres para as quais os recursos da partilha federativa são pouco capazes de alavancar seus sistemas produtivos e criar recursos adicionais de impostos (MONTEIRO NETO, 2014, p.36).

A entrada do governo federal como membro dos consórcios modificaria o desenho institucional dos consórcios, mas não descaracterizaria as relações intergovernamentais estabelecidas até então no arranjo. O governo estadual permaneceria como governo central da estratégia de cooperação, uma vez que a tendência é que a participação federal seria mais financeira e o locus de tomada de decisão permaneceria nas regiões de saúde, sob a regulação do governo estadual.

A análise das atas da CIB mostrou que o tema é recorrente nas discussões entre o governo estadual e os municípios desde a implantação dos consórcios, mas ele ganha força em 2013. Isso se dá a partir de um interesse mútuo entre os entes, porém, com destaque para a pressão municipal que se fez por meio da articulação dos secretários de saúde no Conselho das Secretárias.

Primeiramente, o secretário de saúde Arruda Bastos participou de reuniões com representantes do Ministério da Saúde (MS) e foram encaminhadas diversas planilhas ao MS, mas obteve poucas respostas. Avançadas as discussões na CIB, Arruda pediu o representante do COSEMS, Josete Tavares, apresentasse a proposta de cofinanciamento tripartite. A posição do COSEMS foi de reconhecimento dos avanços que os consórcios trouxeram para política de saúde estadual, mas destacou que a estrutura atual de financiamento estava comprometendo a arrecadação municipal.

Segundo Jozete, a retirada de parte da transferência do ICMS para os consórcios prejudica outras pastas da administração pública municipal. A partir dessa primeira discussão foi enviada para o MS um documento formal solicitando que o custeio das Policlínicas fosse discutido na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), além da revisão do valor repassado pelo governo federal aos CEOs e da garantia que o valor a ser adicionado pelo governo federal seja computado para subtrair o valor da contrapartida municipal, que é atualmente deduzida do valor do ICMS.

As discussões avançam ainda em 2013. A SESA recebeu a visita de representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e da Secretaria de Gestão Pública (SEGEP), na qual foi apresenta mais uma vez a proposta. Após a visita, o MS pediu que fossem enviadas informações sobre as policlínicas, como: capacidade instalada, produção, público atendido, quantidade de unidades em funcionamento, planilha de custo com financiamento, entre outras.

As informações foram enviadas junto a proposta de repartição tripartite aprovadas em CIB: 50 % sob responsabilidade do MS, 40 % do repasse do governo do estado e somente 10 % dos municípios. Com esses percentuais, do valor total de custeio da policlínica, que é de 545.328, o governo federal arcaria com R\$ 272.664,00; o estado continuaria com a participação de R\$ 218.131,00 e o conjunto dos municípios de uma região com R\$ 54.532,00. Nas Policlínicas tipo II, cujo custo total é de R\$ 629.163,00, o governo federal arcaria com R\$ 314.582,00; o estado com R\$ 251.665,00 e os municípios com a quantia de R\$ 62.916,00.

Até 2014 sem nenhuma resposta, os municípios voltaram a pressionar. A devolutiva que o governo estadual obteve do MS foi que o Ministério estava fazendo um estudo para um investimento geral na política nacional de consórcios. No entanto, o MS disse que iria continuar olhando a proposta com sensibilidade, dado o pioneirismo do Ceará na implantação de consórcios para o gerenciamento as policlínicas, como também em outras políticas e normatizações federais.

Nos anos seguintes, as instabilidades na gestão do governo federal interromperam totalmente as discussões do estado do Ceará e o MS no que se refere ao financiamento tripartite dos consórcios. Mas os relatos das entrevistas com sujeitos do nível estadual e municipal mostram que a proposta está apenas esperando uma janela de oportunidade no governo federal.

Ainda no aspecto financeiro, uma das dificuldades apontada pelos municípios foi o fato dos consórcios não trabalharem com a Tabela de custo do Sistema Único de Saúde. Os valores para pagamento de procedimentos, próteses e materiais são mais elevados que os

valores da Tabela, diminuindo a relação de custo/benefício para municípios que podem pagar pelo serviço em seu próprio município. Há de se considerar que a dificuldade foi apontada por um município de grande porte, Juazeiro do Norte. O município tem condições de ofertar serviços que são oferecidos pela Policlínica e CEO.

Nas regiões compostas apenas por municípios de pequeno porte, em que não existe uma capacidade instalada que absorva as demandas regionais, não apareceu essa reivindicação. Na verdade, os valores mais elevados da tabela utilizada pelos consórcios servem como uma estratégia para atrair profissionais da saúde para o interior. Quanto mais longe de Fortaleza ou dos outros polos macrorregionais, maior a dificuldade da região de atrair profissionais, visto que a iniciativa privada oferece boas remunerações nos grandes centros e, com isso, os profissionais não optam pela interiorização.

Entende-se que cada região guarda peculiaridades e a lógica de organização dos serviços depende delas, por isso a diferença de posicionamento entre os municípios estudados. No entanto, a questão de fato é que a tabela de procedimentos do SUS precisa ser atualizada a anos. O estudo de Santos (2008, p. 2011) apontou que “os gestores municipais complementam valores defasados da tabela na tentativa de aliviar a repressão da demanda, nos serviços assistenciais de média e alta complexidade”.

5.3 PROCESSO DECISÓRIO COMPARTILHADO E SISTEMA DE RELAÇÕES INTERORGANIZACIONAIS COMPLEXOS

Três aspectos caracterizam os processos decisórios dos consórcios cearenses: a) diversos instrumentos de gestão constroem as tomadas de decisões intergovernamentais; b) há uma sobreposição entre os arranjos de deliberação dos consórcios e os espaços de negociação do SUS; c) existe dois desenhos de relações intergovernamentais que condicionam os processos decisórios.

5.3.1 Instrumentos de gestão que incidem sobre os Consórcios

Todos os processos decisórios formais dos consórcios seguem instrumentos de gestão e planejamento que tornam a relação do governo estadual com os municípios dentro de arranjo de cooperação mais institucionalizada e, dessa maneira, deixa menor margem para sobreposição dos interesses estaduais sobre os interesses dos municípios e/ou de um

município sobre outro. O estabelecimento de acordos jurídicos entre os entes deixa mais claro quais são as competências de cada membro, constringendo tomadas de decisões intergovernamentais.

Os Consórcios obedecem a instrumentos jurídicos próprios, como: o protocolo de intenções, o contrato de rateio e o contrato de programa. São instrumentos exigidos pela Lei dos Consórcios no Brasil. O Quadro 8 define cada um deles:

Quadro 8 - Instrumentos de gestão que são exclusivamente dos Consórcios

Instrumento	Descrição
Protocolo de Intenções	"Contrato preliminar que, ratificado pelos entes da Federação interessados, converte-se em contrato de consórcio público (BRASIL, 2007)".
Contrato de Gestão	"Instrumento firmado entre a administração pública e autarquia ou fundação qualificada [...] por meio do qual se estabelecem objetivos, metas e respectivos indicadores de desempenho da entidade, bem como os recursos necessários e os critérios e instrumentos para a avaliação do seu cumprimento (BRASIL, 2007)".
Contrato de Programa	"Documento que estabelece as obrigações de prestação de serviços pelo Consórcio, forma de transferência total ou parcial dos encargos, de pessoal ou bens necessários ao seu funcionamento. Exige uma Programação Pactuação Consorciada (PPC) das demandas locais, baseada nas necessidades reais e do perfil epidemiológico da população (CEARÁ, 2009, p. 7)".
Contrato de Rateio	"Instrumento jurídico formal que define as responsabilidades econômico-financeiras por parte de cada consorciado e a forma de repasse de recursos de cada participante, para a realização das despesas do Consórcio Público" (CEARÁ, 2009, p. 9). O instrumento deve ser formalizado anualmente, para cada exercício financeiro, com base nas dotações orçamentárias vigentes.

Fonte: elaborado pela autora, com base em informações do governo do estado do Ceará e do Ministério da Saúde.

Além dos instrumentos já citados, os consórcios de saúde cearenses também obedecem aos instrumentos de gestão regional que tocam toda a rede de saúde, não só o consórcio. No caso do COAP, que foi implementado de forma pioneira no Ceará, e da PGASS, percebe-se pela análise das atas da CIB a pressão municipal para compreender o instrumento antes de ele ser implementado no estado. O governo estadual teve e tem de estabelecer "um jogo de cintura" entre os interesses do governo federal de implementar o mais rápido possível novas normativas federais e a resistência municipal de que isso

Quadro 9 - Instrumento de gestão regional que influenciam os Consórcios no Ceará

signifique mais um instrumento de pressão de novas responsabilidades e gastos sobre os municípios. O Quadro 9 demonstra os instrumentos de gestão regional seguidos pelos consórcios no Ceará.

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP	“É um acordo de colaboração firmado entre entes federativos (União, Estado e Municípios) com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidade, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, formas de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. (Decreto nº 7.508 de 28 junho de 2011) (BRASIL, 2011)”.
Plano Diretor de Regionalização – PDR	“Instrumento que regulamenta o processo de regionalização da assistência à saúde da população. Trata das intenções de reestruturação dos serviços de saúde existentes e estratégicos para as regiões; contem o desenho final de identificação e o reconhecimento das regiões e das macrorregiões de saúde e os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, conforme estabelecido no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (CEARÁ, 2010)”.
Plano Diretor de Investimento – PDI	“Instrumento que define o perfil de atendimento e necessidades de investimento das unidades de saúde do Sistema Único de Saúde, baseado no Plano Diretor de Regionalização (CEARÁ, 2010)”.
Programação Pactuada e Integrada – PPI	“A Programação Pactuada e Integrada expressa as responsabilidades do Estado e dos municípios para a assistência à saúde da população, organizada de modo regionalizado, hierarquizado e integrado, orientada atualmente pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado (CEARÁ)”.
Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PEGASS)	A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde ainda está sendo implantada no território nacional em substituição a PPI. “Consiste em um processo de negociação e pactuação entre os gestores, em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional, partindo da realidade municipal. Possui articulação com a Programação Anual de Saúde (PAS) de cada ente presente na

	região, dando visibilidade aos objetivos e metas estabelecidos no processo de planejamento regional integrado, bem como os fluxos de referência para sua execução. Abrange as ações de promoção e assistência à saúde, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência e farmacêutica (BRASIL, 2016)”.
--	---

Fonte: elaborado pela autora, com base em informações do governo do estado do Ceará e do Ministério da Saúde.

As atividades e custos dos Consórcios também têm de estar contidos nos instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) de cada esfera governamental consorciada.

Considerou-se relevante apresentar os mecanismos que regulam formalmente as relações entre os entes governamentais e os consórcios. No entanto, os relatos das entrevistas mostraram que boa parte das decisões também fica no plano da informalidade, no dia-a-dia da execução dos serviços. A flexibilidade necessária para equilibrar as relações intergovernamentais em ambientes de cooperação exige que o nível das discussões não se restrinja ao plano formal. A articulação informal se sobrepõe a ditames normativos rígidos, sem feri-los legalmente.

Por sua vez, relações cooperativas estão imersas à lógica política, como qualquer interação desenvolvida dentro da administração pública, por isso é necessário criar mecanismos de proteção que assegurem que as ações decorrentes de arranjos de cooperação possam superar as descontinuidades recorrentes no setor público. Quando se trata de consórcios verticais, as interferências políticas estão à mercê não só das mudanças de governos municipais, mas sobretudo da mudança de governo estadual. “Mesmo com um alto nível de institucionalização dos acordos, há necessidade de acordos políticos para institucionalização de formas de cooperação horizontal e vertical entre os entes federativos (ROCHA, 2016, p. 381)”.

5.3.2 Sobreposição entre os arranjos de deliberação dos consórcios e os espaços de negociação do SUS

Os principais espaços de articulação decisória dos consórcios são um misto da estrutura organizacional interna dos consórcios, arranjos institucionais específicos do sistema de saúde cearense e arranjos definidos pelo sistema de saúde nacional, sendo eles: a Diretoria dos Consórcios, da Policlínica e do CEO Regional, as Câmaras Técnicas, a Comissão Intergestores Regional (CIR), a Coordenadoria Regional de Saúde, a Assembleia, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Coordenadoria das Regionais de Saúde (SESA).

As análises das Regiões de Saúde Baturité, Maracanaú e Juazeiro apontaram que há um fluxo mais natural de tomada de decisão de baixo para cima, do que de cima para baixo nas decisões entre os municípios, consórcios e o governo estadual. Decisões de caráter operacional e que contam com o estabelecimento de procedimentos padronizados são tomadas livremente pelos diretores dos consórcios e pelos os diretores dos equipamentos de saúde, sob orientação do departamento de procuradoria jurídica que se encontra em cada consórcio.

Quando surge a necessidade de processos decisórios que se referem, especialmente, alterações no funcionamento dos estabelecimentos de saúde, alterações de quadro de especialidade, desafios de articulação entre os municípios e/ou dificuldades municipais pontuais, estas pautas são levadas pelos diretores à Comissão Intergestores Regional (CIR).

A CIR se mostrou como o principal arranjo que fortalece os processos decisórios dos consórcios. Considera-se que, as CIR nas regiões estudadas vêm cumprindo com seu papel de promover o planejamento regional, tendo como foco a organização de redes de ofertas de serviços, consolidação das instâncias regionais de decisão e a regulação através da contratualização dos serviços regionais (ALBUQUERQUE, 2013).

Ela fortaleceu regionalização de um modo geral, permitindo que as diferenças territoriais entre as regiões sejam consideradas, mas deixando o governo estadual como um membro regulador da Comissão, como já apontou Lima (2012). Ainda assim, os secretários municipais entrevistados apontam que o processo de regionalização ainda está em andamento no estado e os municipais precisam cada vez mais dos demais entes governamentais.

A relevância da CIR para os consórcios é que ela é composta pelos mesmos membros do conselho consultivo de apoio, com o adicional do Coordenador da CRES, quais sejam: os secretários municipais de saúde. Além disso, é um espaço aberto a participação de técnicos, coordenadores e diretores de hospitais na região. Se a burocracia estadual foi fundamental para implantação a estratégia de consorciamento, a burocracia municipal é muito relevante para a execução das atividades dos consórcios.

A maioria das decisões sobre os consórcios é tomada pelos secretários de saúde, deixando apenas o voto final em Assembleia para os governantes municipais. Enquanto as assembleias acontecem na maioria das vezes trienalmente, as reuniões da CIR acontecem mensalmente e contam com a presença dos diretores do Consórcio, CEO e Policlínica, quando necessário. Os prefeitos entrevistados alegam não terem disponibilidade de tempo para acompanhar apenas a pasta de saúde. Somente decisões de caráter político ficam nas mãos apenas dos prefeitos.

Os secretários municipais indicam que gostariam de participar mais efetivamente dos processos decisórios e que, apesar de reconhecer o relevante papel que possuem no arranjo, o espaço para sua participação nas decisões que tocam as Policlínicas e o CEOs poderia ser ampliado. No entanto, o fato de desejarem maior abertura não significa que consideram como positivo tirar o poder de deliberação do prefeito, uma vez que é ele quem de fato estabelece a rede de cooperação intergovernamental. Sem o interesse do prefeito, o arranjo não tem continuidade.

Embora os secretários municipais sejam fundamentais para o desenvolvimento das atividades dos Consórcios, os relatos dos diretores dos consórcios indicam como dificuldade em dar-lhe maior responsabilidade decisória, o fato de existir uma rotatividade muito grande de secretários municipais em alguns municípios. A cada mudança, o diretor do Consórcio tem todo o trabalho de orientar o novo secretário sobre o quê são consórcios públicos de saúde e como se dá seu funcionamento.

Todas as decisões passadas na Assembleia Geral dos Consórcios e validadas na CIR, em tese, são reavaliadas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A CIB tem o papel de acompanhar, avaliar e deliberar sobre a operacionalização do serviço de saúde em todo território cearense. Julião (2016) apontou que a CIB poderia ser considerada superior a Assembleia Geral e a CIR no processo decisório, uma vez que, nesse espaço, decisões podem ser alteradas ou reformuladas pela Secretaria de Saúde do Estado (SESA).

Isso de fato está disposto no plano formal, mas na prática decisória cotidiana, a CIB não tem de fato um papel tão central para os consórcios. Os principais tópicos tratados sobre os CEOs e Policlínicas nas reuniões entre 2008 e 2017 foram relacionados ao credenciamento, habilitação e mudanças de modalidade dos equipamentos de saúde. Na maioria das vezes, no que se refere aos consórcios, as resoluções enviadas para CIB a partir das CIRs já estão todas no ponto de serem aprovadas.

A partir dos relatos das entrevistas, destaca-se dois fatores que viabilizam a resolução de causas ainda na CIR: a) o fato de haver relações no plano informal entre os consórcios e a CORES; b) a atuação do coordenador da CRES. Os entrevistados apontam que, quando necessário, existe um canal de diálogo fácil e fluído direto com a Secretaria de Saúde do estado, através da CORES.

A CORES é o departamento da SESA que articula todas as 21 Coordenadorias Regionais de Saúde do estado (CRES). O departamento cuida de diversos aspectos do processo de regionalização no estado. No que diz respeito aos consórcios, há uma equipe composta por cinco pessoas, que se preocupam com a questão financeira dos consórcios, a administração do repasse das parcelas municipais e a consolidação da produção ambulatorial dos equipamentos de saúde.

Quando os consórcios e/ou CIR possuem dúvidas sobre questões que serão repassadas para a CIB, os gestores conseguem antecipar problemas e objeções que poderiam vir a ocorrer na CIB entrando em contato informalmente com a equipe da CORES, através de ligações e e-mail, consolidando assim decisões antecipadamente.

Sobre atuação da Coordenadoria Regional de saúde, as falas dos entrevistados do nível municipal e do regional mostram uma divergência de opinião. Por um lado, apontam a figura do coordenador como central para a gestão do consórcio, uma vez que representa uma voz do governo estadual dentro do território regional. Por outro lado, alguns relatos indicam que ao longo dos anos as CRES perderam força, em comparação a sua atuação nos anos anteriores.

É interessante ressaltar que isso não se dá pelo perfil pessoal dos coordenadores, mas por um enfraquecimento institucional da CRES ao longo do tempo, assim como pela necessidade que alguns consórcios veem sentindo na inclusão de um representante técnico do governo estadual na gestão propriamente dita do arranjo, para além do dirigente do arranjo e os diretores técnicos dos equipamentos de saúde.

A justificativa para a inclusão é que apesar da presença relevante do coordenador regional nas reuniões das Comissões Intergestores Regional (CIRs), os consórcios em algumas situações estão à mercê de interesses políticos do presidente do arranjo. Os coordenadores estaduais possuem diversas outras responsabilidades sobre a política de saúde regional e não possuem autoridade o bastante para intervir nas relações políticas consorciais. Já um representante com formação técnica, delegado diretamente para intervenção dentro do consórcio, poderia usar de informações para o convencimento e bloqueio de interesses de líderes políticos municipais.

A ideia revela a preocupação da burocracia de que o consórcio possa cair na teia dos “cabides” de empregos públicos e perder sua imagem de organização pública que preza pela eficiência técnica. No entanto, sabe-se que a separação rígida entre política e técnica não é possível na Administração Pública, muito menos em arranjos de cooperação intergovernamental.

Apesar da CIB não ser o *locus* principal dos processos decisórios dos consórcios, entende-se que ela é o espaço ideal e que pode ser acionado constantemente para exercer os *checks and balances* na relação entre o estado e os municípios, e por isso, precisa ser fortalecida. Nas CIR's, cada região dialoga individualmente com o governo estadual, sendo o estado representado pelo coordenador regional. Quando uma discussão é levada para CIB, a voz municipal ganha mais força, uma vez que representantes municipais e o representante do Conselho das Secretárias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS) são bastante atuantes. O COSEMS torna as reivindicações municipais mais coletivas e, com isso, consegue pressionar mais o governo estadual.

O COSEMS é um ator peculiar para política de saúde no Ceará. A análise das atas das reuniões da CIB mostrou que é um conselho bastante forte em articulação interna no estado, como também possui forte articulação com todos os entes governamentais. Ele auxilia o governo estadual da adesão dos municípios às determinações federais e às estaduais, sendo um canal de diálogo entre os municípios e os demais entes, e media conflitos regionais.

No entanto, isso não retira da responsabilidade dele representar os interesses municipais. Várias foram as pautas que o COSEMS divergiu com o governo, até mesmo em relação ao repasse de informações federais. O Conselho tem respaldo para isso, uma vez que tem uma conexão direta com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e, por conseguinte, com as decisões federais. Ele auxiliou em relação aos consórcios, principalmente, na reivindicação e no processo de construção da proposta de coparticipação do governo federal no financiamento dos consórcios.

Portanto, entende-se que a boa interlocução entre estado, regiões de saúde e municípios não é garantida apenas pelas estruturas do consórcio. Também são fundamentais, para seu funcionamento, os arranjos de negociação do Sistema Único de Saúde: CIRs, CIB e COSEMS. Todos esses espaços de arbitragem garantem que exista contínua interdependência para tomada de decisão, corroborando a literatura (ABRUCIO e SANO, 2013). Na verdade, os atores envolvidos nesses espaços internos e externos se sobrepõem, facilitando o contínuo diálogo, em diferentes espaços.

5.3.3 Os desenhos de relações intergovernamentais que condicionam os processos decisórios nos consórcios cearenses

Como se demonstrou no tópico anterior, os consórcios exigem um sistema complexo de interações organizacionais. Verificou-se com a análise das entrevistas nas três regiões de saúde que os processos decisórios se estabelecem em duas dimensões de relações intergovernamentais¹⁰, sendo elas: gerencial e política.

Na Dimensão Gerencial, estado e municípios organizam-se em torno da Diretoria Executiva e dos equipamentos de saúde Policlínica e CEO. O governo estadual apesar de diferenciar-se por ser o principal financiador dentre os entes consorciados, assume uma posição muito semelhante aos municípios.

Nesta dimensão, a relação entre os municípios se dá mais por meio dos secretários de saúde, do que pelos representantes oficiais dos municípios, os prefeitos. Isso ocorre pela importância dada ao conhecimento técnico e gerencial para o planejamento e a avaliação das ações. Essa importância também faz com que os diretores da Policlínica e do CEO sejam figuras centrais no processo de gerenciamento do Consórcio. Mesmo sem a possibilidade de votarem nas deliberações, seus posicionamentos são cruciais para tomada de decisão.

A Diretoria, assim como os diretores dos equipamentos de saúde, atua como eixo central da relação. A comunicação fluida e direta entre a Diretoria do Consórcio e cada um dos municípios facilita a disseminação de informações e resoluções de impasses. Além de resguardar a operacionalização dos serviços, este eixo central também tem o papel de padronizar as relações e evitar possíveis tentativas de privilégios. A Figura 8 elucida a formatação das relações intergovernamentais na Dimensão Gerencial.

¹⁰ Autora da presente dissertação verificou que a formatação do desenho das relações intergovernamentais na gestão do Consórcio Público de Saúde não se constitui em um único desenho no seu trabalho de monografia, intitulado: “Cooperação Intermunicipal na Região do Maciço de Baturité: o caso do Consórcio Público de Saúde”, defendida em 2015.

Figura 8 - Desenho das relações intergovernamentais na Dimensão Gerencial

Fonte: elaborada pela autora

Na Dimensão Política, o governo estadual deixa de estar em posição semelhante aos municípios e passa a ser o eixo-central do relacionamento. Esta nova posição fundamenta-se no fato de ser o maior investidor de recursos para o funcionamento do consórcio. Embora exista essa diferenciação, ela não influencia nas atividades cotidianas dos Consórcios, mas em decisões e mudanças estratégicas, como a escolha do Presidente do Consórcio e a expansão de especialidades médicas.

Não há conflitos políticos significativos entre os municípios e entre os municípios e o governo estadual. Observou-se uma relação harmoniosa, assegurada pelos instrumentos institucionais - regras, normas, contratos de rateio, contratos de programa, relatórios de gestão - que estabelecem de forma clara as competências de cada ente, os mecanismos de coerção para o descumprimento de responsabilidades e tornam obrigatória a avaliação periódica da atuação geral do consórcio, bem como de cada município. A Figura 9 apresenta a formatação das relações intergovernamentais na Dimensão Política.

Figura 9 - Desenho das relações intergovernamentais na Dimensão Política

Fonte: elaborada pela autora

Os desenhos das dimensões são apenas representações que simplificam a realidade dos processos decisórios nos consórcios. A relação entre as dimensões apresentadas é dinâmica, isto é, dependendo das questões a serem tratadas, os atores tomadores de decisão se movimentam no desenho. Decisões políticas e gerencias se retroalimentam e há um encadeamento de interdependência entre os atores.

5.4 CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE NO CEARÁ: PARCERIA OU REPASSE DE RESPONSABILIDADE

Consórcios verticais fortalecem a natureza solidária do Sistema Único de Saúde, mas também colocam em cheque a divisão de competências estabelecidas entre os entes federativos para política de saúde. Isso nos faz retornar ao questionamento de Lima (2002, p. 990) sobre a atuação das secretarias estaduais de saúde nos consórcios. Seria no caso dos consórcios públicos de saúde do Ceará, uma “parceria ou repasse de responsabilidades” do governo do estado para os municípios?

Os resultados dos trabalhos mostram que a relação que se estabelece é de parceria, mais do que isso, é uma relação de coordenação federativa com mútuo benefício aos entes governamentais envolvidos. Por mais que no momento de implantação dos consórcios tenha havido um posicionamento impositivo do governo do estado, o processo de implantação não deixou de ser dialogado. Após isso, o governo do estado conseguiu reestruturar a política de saúde do estado com a implantação dos consórcios, incluindo o município como parceiro nas decisões.

Algumas considerações que mostram que a relação é de coordenação e não de repasse de responsabilidade:

- a) A adesão aos consórcios de todos os municípios foi voluntária, assim como a permanência no arranjo é optativa. A motivação pela adesão se estabeleceu pelo receio dos municípios sentirem a pressão popular caso o município vizinho aderisse e ele não. Assim como sua saída está estrangida pela interrupção da oferta de um leque de serviços a sua população, sendo que na maioria dos casos os municípios cearenses não têm condições de ofertar os mesmos serviços de maneira independente;
- b) O canal de diálogo parece estar sempre aberto para mudanças nos consórcios de interesse municipal. Prova disso é que alguns consórcios já conseguiram incluir e excluir procedimentos das Policlínicas e CEO's a partir da demanda municipal. Bem como comprar equipamentos que não estavam no seu leque inicial. Para isso, é necessária uma negociação com o governo estadual, com aprovação e resolução na Comissão Intergestores Bipartite. As regiões estudadas indicaram que esta possibilidade de diálogo é aberta e na maioria das vezes é encabeçado pelos diretores dos consórcios junto aos diretores dos equipamentos de saúde, após um trabalho interno com os governos municipais em Assembleia e nas Comissões Intergestores Regionais. A análise das atas da CIB Ceará mostrou abertura do governo estadual para essas alterações, desde que seja realizado estudo prévio sobre a viabilidade técnica e financeira das possíveis alterações. As entrevistas com diretores dos consórcios também confirmaram essa informação;
- c) O governo do estado avançou na indução do processo de regionalização com os consórcios públicos de saúde e assegurou que os municípios tivessem condições de arcar com sua parte do repasse ao arranjo, a partir da mudança na divisão da cota

parte do ICMS. Estabeleceu-se um contrato de rateio que determina freios à contribuição municipal para não sobrecarregar os governos locais. A realidade atual é que o governo estadual vem arcando muito mais do que o previsto inicialmente na estruturação dos consórcios. No entanto, os relatos das entrevistas mostram que o peso do financiamento municipal não altera a lógica de tomada de decisão intergovernamental compartilhada.

- d) A política dos consórcios no Ceará representa uma proposta de política estadual que promove a superação da dicotomia clássica entre descentralização e centralização. O desenvolvimento da política mostra movimentos ora em uma direção, ora em outra. O governo estadual, como a esfera com maior capacidade estatal no arranjo, regula estes movimentos por meios formais e informais.
- e) A estratégia de consorciamento é munida por espaços de negociação que garantem uma integração intergovernamental tecno-política. Como já mencionado, o arranjo tem como base espaços de sua própria estrutura e espaços do SUS, que se sobrepõem, garantindo o constante diálogo entre os atores. O governo do estado do Ceará e os governos municipais fortaleceram, sobretudo, a CIR nos últimos anos.
- f) O governo do estado continua incentivando a permanência no consórcio, exigindo a adesão ao consórcio como pré-requisito para acesso a fontes de recursos. As atas da CIB mostraram que em 2010 e em 2014, o governo do estado exigiu a adesão municipal à política de consórcios públicos de saúde como critério de distribuição dos recursos do Fundo Estadual de Combate à Pobreza (FECOP). A utilização de mecanismo de incentivos é fundamental para manter a coordenação.

5.4.1 A percepção dos entrevistados do nível municipal e regional sobre a atuação estadual

A análise das entrevistas mostrou que os consórcios se caracterizam como uma parceria intergovernamental na percepção dos entrevistados. Entre os entrevistados, apenas um ator ligado ao nível municipal questionou que o incentivo ao consorciamento, por parte do governo estadual, foi uma verdadeira transferência de competência do que é de sua responsabilidade constitucional, a saber, a oferta dos serviços de média complexidade.

O posicionamento deste sujeito foi interessante quando aponta que o SUS já é o “verdadeiro” consórcio intergovernamental, com divisão de competências e estrutura de financiamento determinadas. Ao seu olhar, o problema é que o número de competências transferidas para o nível municipal é grande e, em contrapartida, a capacidade de investimento municipal é muito reduzida.

Este estudo não discorda que as estruturas tradicionais do Sistema Único de Saúde devem ser fortalecidas e que o federalismo fiscal deve acompanhar o federalismo sanitário. Na prática, sabe-se que isso não acontece desde a implantação do Sistema. E por sua vez, os consórcios públicos de saúde não são estruturas alheias ao SUS, de maneira contrária, eles são inovações que surgiram do amadurecimento das relações intergovernamentais na saúde, num cenário de transição de modelo de gestão municipalista para um modelo de gestão regionalista. Dessa forma, os consórcios públicos dialogam com os princípios de universalização e integralização da política nacional de saúde.

Reconhece-se o grande peso dos gastos financeiros que se exige dos municípios na política de saúde. No entanto, considera-se que a situação dos municípios cearenses, num arranjo de cooperação vertical com coparticipação do governo do estado, pode ser mais confortável financeiramente do que a situação de municípios em arranjos de cooperação intermunicipal autônomos.

Passada esta discussão sobre uma opinião pontual, destaca-se no Quadro 10 os outros papéis atribuídos pelos entrevistados ao governo estadual, em relação sua atuação na política de consórcios:

Quadro 10 - Papéis desempenhados pelo governo do estado segundo os relatos das entrevistas

Papel estadual	Ações desenvolvidas
Tradutor	Os entrevistados atribuem este papel devido a atuação do governo do estado na tradução da Lei dos Consórcios à realidade local, assim como: outras normatizações sobre a saúde bucal e atendimento médico, na média complexidade e novas normas de organização da regionalização, como COAP E PEGASS.
Facilitador	O estado neste papel é o facilitador da organização regional. Isto se dá pela atuação da CRES como braço do governo central no nível regional. O papel de facilitador também foi atribuído à formação da burocracia dirigente dos estabelecimentos dirigidos pelos consórcios, através da Escola de Saúde Pública.
Normatizador	O governo do estado recebe este papel pelas atividades desenvolvidas na elaboração dos instrumentos jurídicos de gestão para os consórcios: estatuto, protocolo de intenções, programa de rateio, programa de gestão.
Indutor técnico e financeiro	O papel é atribuído ao governo do estado pela participação da Escola de Saúde Pública na seleção e formação dos diretores do equipamento de saúde pública. Pela sua iniciativa de mudança na divisão da cota parte do ICMS. Pela construção das Policlínicas e CEOs Regionais, bem como a ajuda na manutenção.
Articulador federativo	A posição intermediária do governo do estado lhe reserva o papel de articulador interferativo. Ele é o ente que garante a estabilidade da política e administrativa do Sistema Único de Saúde. Normativas federais para execução de políticas nos níveis municipais são implementadas porque o governo estadual realiza o processo de convencimento dos municípios.

Fonte: elaborado pela autora

Entende-se que o principal papel do governo estadual é ser regulador das atividades desenvolvidas pelo consórcio no âmbito regional. Este é o papel que os estados devem desempenhar na política de regionalização da saúde e o consórcio público de saúde foi a estratégia utilizada pelo governo cearense para fortalecer sua atuação. Colocar o governo

estadual nessa posição é pensar na possibilidade de um modelo de desenvolvimento da saúde endógeno e na capacidade de os governos subnacionais promoverem inovações institucionais.

Nos estudos sobre coordenação federativa e políticas públicas, o Sistema Único de saúde é apresentado como o mais homogêneo e institucionalizado em termos da padronização de suas estruturas no território nacional. É sabido que precisamos de um mínimo de padronização em um arranjo federativo com membros com capacidades tão desiguais e um país caracterizado pela desigualdade regional. O fato é que homogeneizar serviços e resultados nacionalmente e ver as diferenças regionais não são situações auto excludentes. Uma vez que a maioria dos municípios/regiões de saúde não tem condições de propor suas próprias inovações, o governo estadual pode ser a saída para se pensar estratégias de apoio à política nacional.

Já os estudos sobre federalismo sanitário apontam que há diversas experiências de regionalização da saúde em curso no Brasil, assim como existe diferentes estágios de regionalização do Sistema Único de Saúde. Mesmo estados como o Ceará, com contextos histórico-estruturais desfavoráveis, podem mostrar avanços na institucionalidade do processo de regionalização (PONTES *et al*, 2013).

A governança coordenada-cooperativa, estabelecida no plano estadual, aferida pela configuração de um quadro político-institucional estável, capaz de mobilizar diferentes atores políticos, criar arranjos para articulação entre eles e definir uma direção (ou rumo) para o processo de regionalização, ajudam na compreensão desses avanços. Entretanto, percebem-se enormes diferenças loco-regionais no interior desses estados que comprometem a sustentabilidade do processo em muitas regiões (PONTES *et al*, 2013, p. 4).

O caso do Ceará mostrou que a ousadia do governo do estado pode render bons resultados. Havia todo um vazio assistencial nas microrregiões que veio a ser preenchido pela criação dos Consórcios. É fato que ainda existem lacunas, mas com o arranjo houve uma grande redução. Passou-se a interiorizar serviços de saúde que antes se concentravam apenas em Fortaleza e outros polos macrorregionais. O consórcio não só aperfeiçoou a qualidade do serviço como melhorou o tempo reposta, grande obstáculo na concentração de serviços na capital.

Já sob a gestão do governador Camilo Santana, o Plano Estadual de Saúde de 2016-2019 mantém os consórcios públicos de saúde como um instrumento de fortalecimento da regionalização da saúde no estado. O plano ressalta a capacidade do arranjo equilibrar a repartição de responsabilidades entre os municípios organizados regionalmente e o governo

estadual. O Plano ainda traz o incentivo às instituições que trabalham com outras áreas, que não a área da saúde, a se consorciarem seguindo o modelo da política de saúde. No entanto, o incentivo é para formação de consórcios intermunicipais.

A manutenção da estratégia no novo plano estadual de saúde indica que os consórcios vêm alcançando seus objetivos, a ponto de permanecer como central para execução dos serviços de saúde. Como o governador Camilo Santana elegeu-se com o apoio de Cid Gomes, era um tanto esperada a manutenção da estratégia de consorciamento. Para além do viés político, o grande porte do investimento estadual em infraestruturas físicas que não seriam mantidas pelos municípios cearenses de maneira isolada também pode influenciar a permanência do apoio do governo do estado.

A clareza do plano em incentivar a adoção do modelo de gestão de consórcio por outras políticas, mas com desenho institucional horizontal, pode indicar que o governo identifica condições que permitem que ele possa ser membro do consórcio na política de saúde, que não se replicam para outras políticas. Os resultados do trabalho apontam a estrutura organizacional e financeira do federalismo sanitário, a trajetória da política de saúde no estado e a atuação de uma burocracia ativista permanente na estrutura do estado, como fatores que podem estimular esse posicionamento estadual na política de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou compreender como ocorreu a implantação da estratégia de consórcios públicos de saúde no Ceará e como se dá a cooperação intergovernamental entre o governo estadual cearense e seus municípios dentro do arranjo. O estudo buscou contribuir para o avanço do conhecimento sobre as estratégias de cooperação intergovernamental na política de saúde por meio da relação entre estados e municípios, sobretudo na lacuna que Sano e Abrúcio (2013) apontam nos estudos de federalismo e políticas públicas, a saber, a relação entre as dimensões de articulação intermunicipal e a coordenação vertical.

O recorte de análise na interação entre o governo estadual e os governos municipais distancia-se do olhar tradicional dos estudos sobre relações intergovernamentais, que focaliza o papel de coordenador federativo do governo federal em relação aos governos subnacionais. Poucos são os estudos que ressaltam o papel do governo estadual na descentralização das políticas, dentre os quais é possível citar Segatto (2015), Segatto e Abrucio (2016), Gomes (2009), Gonçalves (2009) e Tendler (1998). Este estudo dialoga com esses trabalhos que, por sua vez, apontam que a adesão municipal a movimentos de descentralização de políticas públicas pode acontecer com maior facilidade quando há a atuação do governo estadual.

Esta pesquisa também lançou luz sobre os consórcios verticais, uma modalidade de consórcio público ainda não estudada pela literatura. O Ceará foi o primeiro estado a adotar consórcios verticais de saúde logo após a aprovação da Lei dos Consórcios. Em 2005, a nova normatização federal passou a permitir a constituição de consórcios com a participação do governo federal e dos governos estaduais.

A pesquisa teve natureza qualitativa através das técnicas de pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas. Selecionaram-se três microrregiões de saúde para realização das entrevistas: a Região de Baturité, a Região Maracanaú e a Região Juazeiro do Norte. As regiões apresentam entre si diferenças quanto à capacidade de oferta de serviços e quanto às condições socioeconômicas. Foram entrevistados gestores ligados à gestão municipal, aos consórcios públicos de saúde, ao nível regional e ao nível estadual, como também atores que participaram do processo de formulação e implantação dos arranjos nas regiões.

O capítulo teórico do trabalho permitiu mapear fatores já apontados pela literatura como relevantes na compreensão da interação entre os arranjos federativos e as políticas públicas. Buscou-se sistematizar os dois principais movimentos de relações

intergovernamentais no Brasil: i) o papel coordenador do governo federal em relação aos governos subnacionais; ii) a relação entre o governo estadual e os governos locais. A contribuição consistiu em sistematizar os poucos trabalhos que evidenciam a relevância do governo estadual na descentralização de políticas públicas. O capítulo também colaborou para evidenciar o papel estratégico que o governo estadual ganha na política de saúde, o de coordenador do processo de regionalização, assim como também indica que a heterogeneidade nos resultados dos serviços de saúde está relacionada às diversas formas dos governos estaduais conduzirem a regionalização.

Uma das alternativas encontradas pelos estados e municípios para conduzirem o processo foi a implantação de consórcios de saúde. Apresentou-se o processo de institucionalização dos consórcios no Brasil, ressaltando a aprovação da Lei dos Consórcios e a defesa do arranjo por uma coalizão mista de atores no cenário federal. No que se refere à política de saúde, constatou-se que a natureza cooperativa dos consórcios “conversa” com os princípios do SUS e que os consórcios verticais, sobretudo, possuem a capacidade de aliar cooperação horizontal e coordenação vertical. O capítulo também contribui para atualizar o panorama dos consórcios no Brasil e, com isso, constata que os serviços de saúde e os municípios de pequeno porte continuam sendo centrais na formação de consórcios no País.

O Capítulo que traça o histórico de descentralização da política de saúde no estado do Ceará operacionaliza a variável trajetória, presente nas categorias de análises sobre federalismo sanitário, fatores político-institucional e fatores conjunturais. Elegeram-se três movimentos como os principais na descentralização da saúde do estado: o Programa de Agentes de Saúde (PAS), o processo de microrregionalização dos serviços de saúde e o Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado do Ceará (PROEXMAES). Constatou-se que houve incrementalismo entre todos os movimentos e que há baixa descontinuidade na forma de conduzir a política de saúde no Ceará, apesar das alterações nos governos estaduais.

Algumas características passaram os governos cearenses de 1987 até hoje: o emprego de um modelo de gestão mais gerencialista, as inovações e adaptações institucionais que a Secretaria Estadual de Saúde e as organizações regionais e locais sofreram a cada mudança na política de saúde e, sobretudo, a característica de um processo de descentralização em que o “central” permanece no local. Mostrou-se que o conceito de “central” nas relações intergovernamentais pode ser problematizado. No caso da experiência dos consórcios verticais no Ceará, o central na relação cooperativa é o governo estadual.

Dentro da trajetória reconstruída, os consórcios pertencem ao terceiro movimento e representaram a efetivação do processo de microrregionalização que havia acontecido anteriormente, anteriormente caracterizado por vazios assistenciais nas regiões.

O quarto capítulo analisou a experiência dos consórcios públicos de saúde no Ceará. Buscou-se reconstruir o processo de implantação dos arranjos, identificando os atores que foram centrais para a idealização e implantação da estratégia de consorciamento. O então governador e a burocracia estadual mostraram-se como os atores mais relevantes.

O desenho institucional dos consórcios cearenses possibilita uma sobreposição dos espaços de decisão próprios dos consórcios e os espaços do SUS. Isso colabora para que os atores de diferentes níveis de governo estejam em constante contato, o que reforça uma interdependência nas tomadas de decisão. Em decisões mais políticas, tem-se o governo como ator central, enquanto em decisões mais gerenciais tem-se a diretoria dos consórcios como ator articulador. Revelaram-se quais os diversos papéis que são atribuídos à coordenação estadual nos consórcios, como tradutor das normatizações federais, facilitador do processo de regionalização, normatizador, indutor técnico e financeiro e articulador federativo.

Um dos esforços deste trabalho foi pensar categorias de análise que fossem capazes de cobrir analiticamente as diversas facetas da cooperação intergovernamental na política de saúde. Tanto o resgate teórico que levantou diferentes eixos de literatura, quanto a exploração preliminar do caso, foram essenciais para fazer um recorte mais preciso das frentes de análise necessárias para compreender o caso dos consórcios verticais no Ceará. De modo geral, a análise empírica do caso cearense corroborou a relevância de todas as categorias propostas, mas as limitações do trabalho não permitiram que todas elas fossem exploradas no mesmo nível.

Foram sistematizadas sete categorias: coordenação federativa, federalismo sanitário, cooperação intergovernamental, desenho institucional, fatores histórico-estruturais, fatores políticos-institucionais e fatores conjunturais. Acredita-se que estas categorias têm potencial explicativo e merecem ser testadas em outros casos para que fiquem ainda mais claros os limites entre elas, bem como as zonas cinzentas entre o conteúdo de cada categoria.

Elas conversam com os estudos de federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas, mais especificamente com trabalhos que abordam a temática de coordenação federativa; com as pesquisas que se debruçam sobre a lógica do arranjo federativo a partir do constrangimento da política de saúde; com os estudos sobre a implantação, a caracterização e a operacionalização dos consórcios de saúde no Brasil. A

seguir, a contribuição de cada categoria para a compreensão do caso aqui estudado é apresentada

a) Categoria Coordenação Federativa

Aliada à discussão dos sistemas de políticas públicas, muito se tem discutido sobre o conceito de coordenação federativa a partir da atuação do governo federal no debate sobre federalismo e políticas públicas. A perda de relevância do papel do governo estadual na gestão e implementação das políticas públicas o colocou na “antessala da federação” (MONTEIRO NETO, 2014), sobretudo, devido à lógica de relação que se estabeleceu entre o governo federal com o papel normatizador e os governos municipais como executores das políticas após a CF de 1988. Na política de saúde, o governo do estado do Ceará conseguiu fortalecer seu papel com o Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado do Ceará (PROEXMAES), especialmente através dos consórcios públicos de saúde.

A experiência cearense se beneficiou da regulamentação da política nacional de saúde e da instituição de Consórcios. As diretrizes da política de saúde, de uma forma incrementalista, foram colocando o estado como regulador do sistema de saúde e coordenador do processo de regionalização. Por um esforço de líderes políticos municipalistas, sobretudo, a aprovação da Lei dos Consórcios deu mais segurança jurídica a formação dos consórcios, principalmente no que se refere à garantia de responsabilização fiscal dos municípios.

O caso cearense releva a capacidade de os sistemas estaduais de políticas públicas trabalharem de forma análoga e cooperada aos sistemas nacionais de políticas públicas e as políticas estaduais com cobertura municipal. Assim como os sistemas nacionais são instrumentos de política pública que agem com certo grau de centralidade, mas com o objetivo de reduzir desigualdades regionais em nível nacional, estratégias estaduais também utilizam de tendências centralizatórias para equilibrar processos de descentralização das suas políticas.

Os resultados alcançados pelo Sistema Único de Saúde são heterogêneos no território nacional. Considera-se que as diferenças se dão muito pela forma com a qual o governo estadual conduz o processo de microrregionalização dos seus municípios. Arretche (1999, p. 177) já apontou num estudo sobre a descentralização da política de saúde na década de 90 que estados como o Paraná e Ceará alcançaram graus elevados de descentralização porque os

governos estaduais instituíram “políticas ativas e continuadas de capacitação municipal e de transferência formal de atribuições de gestão a seus municípios”.

O caso cearense indica a relevância dos governos locais, mas, acima de tudo, mostra que os sistemas locais de políticas públicas dependem de instituições centrais que exerçam o papel de coordenação. A experiência do Ceará aponta a capacidade do governo estadual de promover inovações institucionais que dialogam o sistema nacional de saúde, assumindo um papel de coordenador estadual.

A experiência do Ceará mostra que alguns fatores exercem forte influência em relação à sua capacidade de coordenação estadual sobre os municípios: a) a posição intermediária do governo estadual no arranjo federativo; b) o legado prévio de descentralização da política de saúde no estado e de articulações de cooperação; c) a abertura para mudanças institucionais; d) a mobilização de relações interorganizacionais específicas das políticas para a execução da política; e) a utilização de diversos instrumentos de gestão que asseguram relações mais equilibradas.

b) Categoria Cooperação Intergovernamental

No primeiro momento, o SUS pautou-se na municipalização, mas posteriormente, um modelo de municipalismo autárquico mostrou-se ineficiente para a política de saúde. As novas normatizações federais alteraram o padrão organizativo dos serviços de saúde de um paradigma municipalista para um paradigma cooperativo regionalista, e cada vez mais o governo federal vem tentando reforçá-lo nos últimos anos.

Reconhece-se que o processo de regionalização ainda está em construção, até mesmo em estados com processos de descentralização de políticas públicas avançados, como o Ceará. A cooperação apareceu no contexto cearense como surgiu no cenário nacional, como uma tentativa de superar a fragmentação na prestação dos serviços e garantir um mecanismo de apoio solidário entre os municípios. Na política de saúde, o conceito de regionalização já inclui o fenômeno da cooperação, os mecanismos de contratualização dos serviços constroem os municípios à cooperação intergovernamental. No entanto, não necessariamente a cooperação é institucionalizada em forma de arranjos de associativismo interfederativo.

Esta categoria tem forte relação com a categoria Desenho institucional. Ela permitiu compreender as relações horizontais que se dão dentro dos consórcios cearenses, sobretudo, a

possível sobreposição de interesses, a competição por recursos, a dinâmica territorial, o papel de liderança e as disputas políticas-eleitorais (FILLIPIM e ABRUCIO, 2016; LOTTA e VAZ, 2015).

Identificou-se que as relações entre os municípios nas regiões de saúde não apresentam grandes conflitos, assim como a relação entre o governo estadual e as regiões de saúde. As relações menos conflituosas decorrem do nível de clareza que o desenho institucional do arranjo determina para cada ente governamental. Os diversos instrumentos de gestão buscam evitar a sobreposição de interesses e estabelecer as possíveis punições para descumprimento de regras.

Ainda assim, as relações políticas também ditam a dinâmica territorial e, por isso, os municípios fazem cálculos constantes sobre o ônus e o bônus da cooperação. Até o momento, o resultado do cálculo está positivo, uma vez que nenhum município saiu dos consórcios. Acredita-se que depois de gerar uma conformação social em relação à prestação dos serviços, é difícil o município se desligar da cooperação, visto que o custo político é alto.

c) Categoria Desenho Institucional

A categoria desenho institucional foi importante para compreender o diferencial do caso cearense. A presença do governo estadual como indutor foi considerada, inicialmente, como um aspecto de destaque. No entanto, as leituras sobre as experiências do Paraná, Mato Grosso do Sul e Minas Gerais mostraram que a atuação do governo estadual como motivador é constante nas experiências de formação de consórcio na área saúde. Dessa forma, o diferencial da experiência cearense é o desenho institucional do arranjo de cooperação, que contempla a coparticipação do governo estadual e municipal como membros efetivos. A reflexão que se chegou com o caso de consórcios de verticais no Ceará e seu contraponto com a literatura de consórcios intermunicipais é que os consórcios de natureza vertical trazem complexidade as relações intergovernamentais.

Existe uma vasta literatura que analisa as relações intergovernamentais nos consórcios públicos de saúde formados apenas por municípios. A análise do caso do Ceará sem um estudo comparativo com estados que contam com consórcios intermunicipais permite fazer apenas inferências ainda superficiais sobre os efeitos da diferença dos desenhos institucionais. O desenho institucional vem recebendo atenção quanto a sua influência nas

políticas públicas, uma vez que suas características determinam o menor ou maior incentivo à descentralização (SOUZA, 2004).

A criação de uma organização no nível regional, que se diferencia dos demais entes governamentais, torna ainda mais complexo o sistema de interação intergovernamental do arranjo federativo. Se o crescimento dos consórcios intermunicipais na década de 90 significou uma tentativa de superar os efeitos negativos da descentralização a partir da união dos municípios, que foi a esfera governamental que mais sentiu os efeitos na transferência da execução das políticas públicas, os consórcios verticais mostraram-se como um passo adiante nesta tentativa.

Pode-se afirmar que o consórcio vertical torna mais institucionalizada a relação entre o governo estadual e os governos municipais, tendo maior poder de evitar sobreposições de interesses. Os estados também são atuantes nas experiências do Paraná e Minas gerais, mas não são membros efetivos do arranjo. O desenho vertical garante que haja uma articulação entre a coordenação vertical estadual e as articulações horizontais entre os municípios. A coordenação estadual não exclui o papel de coordenação da União, mas decorre dela.

Os consórcios com a presença do governo estadual têm coerência com a regionalização proposta pelo Pacto pela Saúde. O Pacto coloca o governo estadual como o ente regulador do processo e os consórcios verticais lhe constringe a assumir esse papel na relação com os municípios.

Os consórcios verticais com poder de promover homogeneização institucional podem ter efeitos superiores na redução das desigualdades regionais. Consórcios intermunicipais podem reproduzir carências em estruturas físicas, em ferramentas tecnológicas e em uma burocracia qualificada, características que são facilmente encontradas nos municípios e pode construir uma cooperação pró-forma.

d) Categoria Federalismo Sanitário

Em síntese, esta categoria trata da influência da trajetória da política e da organização/estrutura do SUS, incluindo a atuação dos diversos espaços de comunicação intergovernamental e do ativismo da burocracia sanitária na constituição da estratégia de consorciamento. A análise no caso do Ceará revelou o diálogo desta categoria com as categorias de desenho institucional e de fatores conjunturais. Os espaços de deliberação dos SUS, especialmente a CIR, mostraram-se como um grande aliado para a execução dos consórcios e a burocracia estadual mostrou-se bastante influenciada pelos princípios do

Movimento Sanitarista, caracterizando-se pela atuação ativista e pela centralidade na idealização do arranjo de cooperação.

A política de saúde é de fato a mais experiente enquanto sistema de política pública, por conseguinte, em grande medida isso colabora para a criação de espaços de cooperação entre os entes governamentais. Os custos altos dos serviços de saúde e a busca por uma internalização dos princípios da hierarquização, integralidade, descentralização político-administrativa e regionalização do SUS nas esferas de governo, ajudam que os governos municipais, especialmente, unam-se em arranjos de cooperação. Seja como membro ou apenas como um motivador, a figura do governo nos arranjos revela a necessidade de se pensar alternativas para o processo de regionalização.

A categoria federalismo sanitário ajudou na reflexão de um dos pressupostos deste trabalho, que se refere à compreensão de que a dinâmica das relações intergovernamentais, inerentes ao arranjo federativo, se modifica de acordo com as peculiaridades de cada política pública. No Ceará, a diferença na institucionalização das relações intergovernamentais de acordo o setor de política pública fica claro, sobretudo, quando se percebe que o governo do estado mantém uma natureza de cooperação com os municípios na grande maioria das políticas, mas ela se consolida em consórcios verticais na saúde, por exemplo; e em induções técnicas, financeira e pedagógica na educação, como mostra Segatto (2015).

Os consórcios fortaleceram as redes de saúde, consolidando o processo de regionalização dos serviços de média complexidade com a interiorização dos atendimentos. Isso foi possível graças à uniformização institucional que o estado promoveu através da entrega de equipamentos de saúde semelhantes para todas as regiões.

Os bons resultados não excluem a existência dos desafios que são enfrentados pelos arranjos. O desafio principal é a fragilidade da oferta de serviços da atenção básica. Apesar dos avanços dos consórcios para a política de saúde cearense, os avanços ainda se restringem à gestão e à oferta dos serviços de média complexidade eletiva, que ainda assim, precisa ser mais fortalecida. O estado ainda enfrenta desafios na prestação concentrada de serviço de alta complexidade e em algumas regiões, nos serviços de urgência e emergência.

Os consórcios oferecem exclusivamente serviços de média complexidade e sofrem a referência de pacientes que poderiam ter seus problemas resolvidos ainda na atenção básica. A solução paliativa deste desafio é a orientação dos profissionais de saúde municipais. No entanto, em longo prazo o Programa Saúde Família precisa ser reestruturado para que o princípio da integralidade seja cumprido.

A sobrecarga financeira sobre os municípios é bastante ressaltada pelos gestores municipais. De fato, os municípios cearenses vêm contribuindo acima do valor obrigatório para política de saúde e acabam canalizando somente para a saúde, recursos que fazem faltam em outras pastas. A contribuição financeira do governo estadual já é bastante expressiva, o que nos faz refletir que apenas a entrada no governo federal no arranjo pode aliviar financeiramente os governos locais.

e) Categoria Fatores Histórico-estruturais

Reconhece-se que é possível apontar como umas das limitações deste estudo a sutil operacionalização da categoria fatores histórico-estrutural, que são “aqueles ligados às dinâmicas socioeconômicas e às características dos sistemas de saúde no plano loco-regional” (LIMA, 2012a, p. 1910 – 1911; LIMA 2012b, VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010).

No estudo de campo realizado no contexto desta pesquisa, contemplou-se perfis diferentes de capacidade de oferta de serviços e características socioeconômicas. Com isso, notou-se pelas falas dos entrevistados que quanto maior a capacidade de oferta e desenvolvimento regional, a região assume com mais tranquilidade uma posição de questionamento em relação à atuação do governo estadual. Outro achado diz respeito à centralidade do consórcio no discurso regional. As regiões que apresentavam menor número de estabelecimentos de saúde enfatizaram mais os resultados benéficos do arranjo para a política regional.

Apesar do conhecimento da relevância da categoria, sobretudo, no que se refere o quanto ela tem o potencial de revelar quais fatores influenciam a conformação da relação entre o governo estadual e os municípios organizados regionalmente, o número reduzido de regiões estudadas e a natureza qualitativa do presente trabalho não permitiram o aprofundamento.

Analisar resultados foi um dos objetivos iniciais deste trabalho, mais o escopo de uma pesquisa de mestrado não permitiu seu alcance. A relação entre as dinâmicas socioeconômicas, as características dos sistemas regionais e os resultados da cooperação exige uma pesquisa com abrangência maior e análise quantitativa.

Mas de um modo geral, os entrevistados apontam que os consórcios vêm alcançando resultados positivos para a política de saúde. Isso pode ser confirmado com a acreditação que os equipamentos de saúde gerenciados pelo arranjo vêm recebendo da Organização Nacional

de Acreditação (ONA). Até 2016, o estado teve sete CEOs e Policlínicas acreditadas. Outra indicação é que em 2015, o Ceará foi o estado que teve o maior número de CEOs Tipo III certificados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-CEO) do Ministério da Saúde. Foram seis CEOs certificados, no universo de 15 no país, sendo eles: Acaraú, Baturité, Brejo Santo, Russas, Sobral e Ubajara.

f) Categoria Fatores Políticos-Institucionais

O olhar por esta categoria permitiu confirmar outro pressuposto desta pesquisa, que consistiu no entendimento da relevância da trajetória de descentralização no estados e municípios para a compreensão dos processos de implantação e execução de arranjos de cooperação. Para o caso do Ceará, partiu-se do pressuposto que o movimento de microrregionalização dos serviços de saúde que antecedeu a implantação dos consórcios foi fundamental para a adesão dos governos municipais, assim como para a particular atuação do governo estadual cearense em manter-se como membro do arranjo.

A organização microrregional possibilitou que os municípios já entrassem numa lógica de cooperação regional e levassem esse aprendizado para os consórcios de saúde. E para além disso, o legado de uma descentralização em que o governo estadual permanece próximo aos governos municipais permitiu que os municípios recebessem sem grande resistência as formulações preestabelecidas pelo governo estadual. O estado do Ceará conta com uma considerável capacidade institucional. As estruturas estaduais dentro do território regional facilitaram e facilitam o diálogo mais próximo entre os estados e municípios.

O caso cearense corrobora que “a cooperação federativa não é um dado, mas um processo de construção entre esferas de governo. Como tal, demanda e depende da criação de um ambiente político e institucional que aproxime os interesses dos entes nas arenas que materializam as relações intergovernamentais (ABRÚCIO E GRIN, 2017, p. 694)”.

g) Categoria Fatores Conjunturais

Este estudo corroborou a importância da presença de empreendedores de políticas públicas e de uma burocracia ainda envolvida com ideais do movimento sanitarista para a constituição de consórcios na saúde. O fato da cooperação estado-municípios estar na agenda governamental do Governador Cid Gomes abriu porta para implantação dos consórcios. No

entanto, não foi suficiente, sendo a atuação dos empreendedores de política pública Ananias Vasconcelos e Arruda Bastos um dos principais fatores para a implantação dos consórcios no Ceará.

A política de saúde vem num processo incrementalista de reforçar o processo de regionalização iniciado na década de 90, especialmente, através do poder coordenador dos estados. O governo cearense aproveitou as janelas de oportunidades federais, Pacto pela Saúde e LC, para fortalecer sua capacidade de coordenação na política de saúde.

A análise dos consórcios cearense vai ao encontro de outro posicionamento de Arretche (1999): a extensão da descentralização das políticas públicas para o nível municipal depende do grau de coincidência das ações dos entes governamentais superiores, governo federal e governo estadual. Os consórcios mostram que a coincidência pode coexistir com inovações propostas pelos governos do estado que considerem a realidade local. Este alinhamento passa pela dimensão política, e no Ceará, contou com a atuação direta do governador.

O consórcio não passou por um teste de continuidade. O governado que substituiu Cid foi eleito com seu apoio. Ainda não foi possível constatar grandes alterações com a mudança de governador, mas discursos de deputados na Assembleia Legislativa do estado (ALECE) apontam como desafio o perigo de politização dos consórcios.

Os resultados do trabalho salientou que a seleção para os cargos de direção dos equipamentos de saúde do arranjo aconteceu por meio do processo seletivo e da formação da Escola de Saúde Pública-Ceará. Ocorre que em alguns consórcios diretores que participaram do processo seletivo estão sendo substituídos por pessoas que indicadas por interesse político de prefeitos. A preocupação é que o consórcio perca a proteção do discurso de neutralidade política que lhe segue desde sua origem e pessoas más qualificadas tornem-se gestores dos CEOs e Policlínicas.

Por fim, após a análise das categorias, indica-se como uma última contribuição deste estudo foi cooperar para a resposta a uma expectativa do estudo de Keinert, Rosa e Meneguzzo (2006) quanto à capacidade de os consórcios assumirem a função de gestores regionais. Ao analisar os consórcios intermunicipais de saúde do Paraná, os autores questionaram-se se os consórcios podem assumir apenas o papel de prestador de serviços ou se eles também podem assumir o papel de gestores das microrregiões de saúde. Reforçando a ideia de Mendes (1996), os autores concluem que a capacidade de os consórcios atuarem

como gestor regional “só poderia ser exercida a partir de uma sintonia com a esfera estadual na coordenação (KEINERT, ROSA e MENEGUZZO, 2006, p. 49) ”.

O que a análise do caso do Ceará revela é que a capacidade de os consórcios assumirem a gestão regional está para além da coordenação estadual. Na implantação dos consórcios no estado, o objetivo era que ao longo do tempo os consórcios incorporassem outros estabelecimentos de saúde que atendem os municípios das regiões, para além do gerenciamento do CEOs e das Policlínicas que foram cedidos e são cofinanciados pelo governo do estado. Isso não aconteceu em nenhum consórcio cearense, mesmo com a ação coordenadora do governo do estado.

As entrevistas com prefeitos, diretores de consórcios e coordenadores das regionais de saúde apontaram que o impedimento para que os consórcios sejam gestores regionais está na baixa capacidade financeira nos municípios. Para os arranjos assumirem esta função de gerir as redes de saúde, cada equipamento incorporado tem que entrar para o rateio financeiro regional e isso não representa um cenário favorável financeiramente para os governos municipais com a atuação distribuição de competências e de recursos do SUS.

Apesar dessa limitação, os bons resultados dos consórcios verticais no Ceará já vêm chamando a atenção de outros estados. O Ceará recebe visitas de outras unidades da federação que buscam alternativas para seus processos de regionalização e o estado da Bahia já replicou a estratégia de cooperação cearense. Percebe-se um esforço do governo estadual cearense em dar maior visibilidade e em difundir a modalidade de consórcios verticais.

Considera-se que isso se dá por dois principais motivos: o governo estadual do Ceará busca manter a imagem de um estado que pode ser considerado um “celeiro de inovações” (KEINERT; ROSA, MENEGUZZO, 2006); e agregar forças para a formação de uma coalizão que possa barganhar o cofinanciamento do governo federal em consórcios verticais.

Formam uma agenda de pesquisa futura um estudo que aprofunde a correlação entre as diferenças socioeconômicas regionais e os resultados da cooperação intergovernamental via consórcio vertical para a política de saúde, junto com os dois pontos a seguir: a) uma investigação sobre o resultados que os consórcios cearenses vêm alcançando na política de saúde cearense; b) um estudo comparativo sobre os processos de descentralização dos estados brasileiros que acumulam mais experiência de cooperação intergovernamental, a saber: Ceará, Minas Gerais e Paraná, e, por conseguinte, um comparativo entre as vantagens e desvantagens dos consórcios verticais e intermunicipais.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. Descentralização e Coordenação federativa no Brasil: Lições dos anos FHC. *In*: ABRUCIO, Fernando Luiz; LOREIRO, Maria Rita Garcia (Orgs.). **O Estado numa era de reformas: os anos FHC - parte 2**. Brasília: MP, SEGES, 2002. p. 143-247.

_____, 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.

ABRUCIO, Fernando Luiz. Os barões da federação. **Lua Nova [online]**, n.33, p. 165-183, 1994.

ABRUCIO, Fernando Luiz. **Os Barões da Federação: os governadores e a redemocratização brasileira**. São Paulo: Hucitec/ USP, 1998.

ABRÚCIO, Fernando Luiz. Três agendas, seus resultados e um desafio: balanço recente da administração pública federal brasileira. **Desigualdade & Diversidade** – Dossiê Especial, segundo semestre, p. 119-142, 2011.

ABRUCIO, Fernando Luiz.; SANO, Hironobu; SYDOW, Cristina T. Radiografia do associativismo territorial brasileiro: tendências, desafios e impactos sobre as regiões metropolitanas. *In*: KLINK, Jeroen (Org.). **Governança das metrópoles: conceitos, experiências e perspectivas**. SP: Annablume, 2010, p. 21-48.

ABRUCIO, Fernando Luiz; 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, nov./dez, p. 1543-568, 2013.

ABRUCIO, Fernando Luiz; FRANZESE, Cibele; SANO, Hironobu. Trajetória recente da cooperação e coordenação no federalismo brasileiro: avanços e desafios. *In*: CARDOSO JR, José Celso; BERCOVICI, Gilberto (Orgs.). **República, Democracia e Desenvolvimento contribuições ao Estado brasileiro contemporâneo**. Brasília: Ipea, 2013. p. 129-164.

ABRUCIO, Fernando Luiz; GAETANI, Francisco. Avanços e Perspectivas da Gestão Pública nos Estados: Agenda, Aprendizado e Coalizão. *In*: Luciana Lima Costa. (Org.). **Avanços e Perspectivas da Gestão Pública nos Estados**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Qualitymark, 2008, v. 1, p. 1-270.

ABRUCIO, Fernando Luiz; SANO, Hironobu ; SYDOW, Cristina Toth . Radiografia do Associativismo Territorial Brasileiro: tendências, desafios e impactos sobre as regiões metropolitanas. *In*: Jeroen Klink. (Org.). **Governança das Metrôpoles ? Conceitos, Experiências e Perspectivas**. São Paulo: annablume, 2010, p. 21-48.

ABRÚCIO, Fernando Luiz; SANO, Hironobu. **Associativismo intergovernamental: experiências brasileiras**. *In*: GARCIA Luciana de Oliveira; OLIVEIRA, Nelcilândia Pereira de; ANTERO, Samuel A. (Orgs.). Fundação instituto para o Fortalecimento das Capacidades institucionais – IFCI / agência espanhola de cooperação internacional para o desenvolvimento

– AECID / ministério do Planejamento, orçamento e gestão – MPOG. Brasília: Editora IABS, 2013.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros.** 2013. 289 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

ALMEIDA, Maria H. T de. Recentralizando a federação? **Revista de Sociologia Política**, n. 24, jun., p. 29-40, 2005.

AMARAL FILHO, Jair do. **Desenvolvimento local e descentralização na América Latina: o caso do estado do Ceará, Brasil.** Santiago, Chile: CEPAL/GTZ, 2000.

ANDRADE, Maria Goreti Macedo Lobo de. **Microrregiões de saúde: a experiência do estado do Ceará.** 2007. 97 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas) - Universidade Estadual do Ceará, Ceará.

ANGNES, Juliane Sachser *et al.* Consórcio Intermunicipal da Fronteira (CIF): descrevendo as principais ações voltadas ao desenvolvimento regional a partir da perspectiva do poder público municipal. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.47, n.5, p.1165-188, set./out, 2013.

APRECE. **Consórcios de Saúde do Ceará são temas de encontro estadual.** Disponível em <<http://aprece.org.br/blog/noticia/consorcios-de-saude-do-ceara-sao-temas-de-encontro-estadual/>> Acesso em 20 de dezembro de 2017.

ARIZNABARRETA, Koldo. Capital social, cultura organizativa y transversalidad en la gestion pública. *In*: Congreso internacional del clad sobre la reforma del estado y la administración pública, 6.; 2001, Buenos Aires. **Anais...** Buenos Aires: Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento, 2001.

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

_____. Federalismo e Igualdade Territorial: Uma Contradição em Termos? Dados. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010.

_____. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Rev. bras. Ci. Soc. [online]**, v.14, n.40, p. 111-141, 1999.

_____. Quando instituições federativas fortalecem o governo central? **Novos Estudos: CEBRAP**, n. 95, p. 39-57, 2013.

ARRETCHE, Marta; SCHLEGEL, Rogerio. **Os estados nas federações: tendências gerais e o caso brasileiro: instituições para o Desenvolvimento Divisão de Gestão Fiscal e Municipal.** Washington, D.C., USA: IDB, 2014.

ARRETCHE, VAZQUES; Daniel; GOMES, S. As relações verticais na federação: explorando o problema da descentralização e da autonomia. *In* ARRETCHE, Marta.

Democracia, federalismo e centralização no Brasil. Rio de Janeiro: FGV; Fiocruz, 2012. p. 145-173.

BICHIR, Renata M. **Mecanismos federais de coordenação de políticas sociais e capacidades institucionais locais: o caso do Programa Bolsa Família.** 2011. 271 f. Tese (Doutorado em Sociologia e Ciências Sociais) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BOTTI, Cristina Santos et al. Regionalização dos Serviços de Saúde em Mato Grosso: um estudo de caso da implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires, no período de 2000 a 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n.3, p. 491-500, jul./set. 2013.

BRASIL. **Decreto no 6.017, de 17 de janeiro de 2007.** Regulamenta a Lei no 11.107, de 06 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Brasília, DF, 2007.

_____. **Emenda Constitucional no 19, de 04 de junho de 1998.** Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília, DF, 1998.

_____. **Lei no 11.107, de 06 de abril de 2005.** Dispõe sobre normas de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Colegiado de Gestão Regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento.** (Série Pactos pela Saúde, v.10). Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS n.399 de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS n.4279 de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS).** 2016. Disponível em <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/15/PGASS-Programa----o-Geral-das-A----es-e-Servi--os-de-Sa--de.pdf>>.

CALDAS, Eduardo de Lima. **Formação de agendas governamentais local: o caso dos consórcios intermunicipais.** 2007. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CALDAS, Eduardo de Lima; CHERUBINE, Marcela Belic. Condições de sustentabilidade dos consórcios intermunicipais. In: CHERUBINE, Marcela; TREVAS, Vicente (Orgs.). **Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013, p. 55-70.

CEARÁ. Lei n. 14.023, de 17 de dezembro de 2007. Modifica dispositivos da Lei n. 12.612, de 7 de agosto de 1996, que define critérios para distribuição da parcela de receita do produto e arrecadação do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação – ICMS, pertencente aos municípios, e dá outras providências. D.O.E, Ceará, CE, 2007. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/emlurb/lei-no-14023-de-17-de-dezembro-de-2007>>. Acesso em: 17 set. 2017.

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

_____. Secretaria de Saúde do Ceará (SESA). **Cadernos de Informação em Saúde - Região de saúde Fortaleza.** 2016.

_____. **Cadernos de Informação em Saúde - Região de saúde Baturité.** 2016.

_____. **Cadernos de Informação em Saúde - Região de saúde Juazeiro do Norte.** 2016.

_____. **Cadernos de Informação em Saúde - Região de saúde Maracanaú.** 2016.

_____. **Perfil do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde (PROEXMAES).** 2011. Disponível em < <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/rede-em-construcao/proexmaes/perfil-do-programa>>. Acessado em 02 de março de 2016.

_____. **Coordenadorias Regionais de Saúde do Ceará.** 2010. Disponível em <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>>. Acessado em 02 de março de 2016.

_____. **Regulamento Operativo do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde (PROEXMAES).** 2011. Disponível em <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/rede-em-construcao/proexmaes/regulamento-operativo>>. Acessado em 02 de março de 2016.

_____. **Galeria dos Ex-secretários da Saúde do Estado do Ceará.** 2015. <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/a-secretaria/galeria-virtual/ex-secretarios-da-saude-do-estado/46628>>. Acessado em 02 de março de 2016.

_____. **Ceará já tem 7 policlínicas e CEOs regionais acreditados pela qualidade.** 2015. <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/47695-ceara-ja-tem-7-policlinicas-e-ceos-regionais-acreditados-pela-qualidade>>. Acessado em 02 de março de 2016.

CRESWELL, J. W. Five qualitative approaches to inquiry. In: CRESWELL, J. W. **Qualitative inquiry & research design.** 2. ed. Califórnia: SAGE, 2007. p. 53-84.

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

DIAS, Solange Gonçalves. **Possibilidades jurídico-institucionais dos Consórcios Públicos**. 2006. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo.

DIEGUEZ, Rodrigo C. Consórcios Intermunicipais em foco: debate conceitual e construção de quadro metodológico para análise política e institucional. **Cadernos de Desenvolvimento**, v. 6, n. 9, p. 291-319, 2011.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.1, p. 204-11, 2011.

FILIPPIM, Eliane Salete; ABRUCIO, Fernando Luiz. Asociacionismo de base territorial: la alternativa de los consorcios públicos en Brasil. **Revista del CLAD Reforma y Democracia**, n. 64, p. 79-116, 2016.

FONSECA, Francisco. Consórcios públicos: possibilidades e desafios. In: CHERUBINE, Marcela; TREVAS, Vicente (Orgs.). **Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 9-12.

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

FRAZESE, Cibele; ABRUCIO, Fernando Luiz. A combinação entre federalismo e políticas públicas no Brasil pós-1988: os resultados nas áreas de saúde, assistência social e educação. In: FRANCESE, Cibele *et al.* **Reflexões para Ibero-América: Avaliação de Programas Sociais**. Brasília: ENAP, 2009.

FRUTUOSO, Jurandi. A gestão do Sistema Único de Saúde. In: OLIVEIRA, Romualdo Portela de; SANTANA, Wagner (Orgs). **Educação e federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade**. Brasília: UNESCO, 2010. p. 89-105.

GALINDO, Jadson Mendonça *et al.* Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.48, n.6, p.1545-1566, nov./dez, 2014.

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.

GOES, Paulo Sávio Angeiras de *et al.* Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. v. 28, p.81-89, 2012.

GOMES, Sandra C. **Políticas Nacionais e Implementação Subnacional: uma Revisão da Descentralização Pós-Fundef**. Dados, v. 52, n. 3, p. 659-690, 2009.

GOMES, Sandra Cristina. **Fatores explicativos das diferentes estratégias de municipalização do ensino fundamental nos governos subnacionais do Brasil (1997-**

2000). 2008. Tese (Doutorado) - Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

GONÇALVES, Renata da R. **Políticas habitacionais na Federação brasileira: os estados em busca de seu lugar**. 2009. 155 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

GUIMARÃES, Luisa; GIOVANELLA, Lígia. Cooperação intergovernamental: os consórcios em saúde de Mato Grosso. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 67, p. 149-158, maio/ago. 2004.

HOCHMAN, Gilberto; FARIA, C. A. P. d. (Org.). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01 de julho de 2016**. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm>.

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

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Cooperação federativa: a formação de consórcios públicos no Brasil In IPEA. **Brasil em Desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Brasília: Ipea, v. 3, p. 551-564. 2010.

JULIÃO, Karine Sousa. **Cooperação Intergovernamental na Região do Maciço de Baturité: o caso do consórcio público de saúde**. 2016. 63 f. Monografia (Bacharelado em Administração Pública) – Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2016.

JUNQUEIRA, Ana Thereza Machado; MENDES, Áquilas Nogueira; CRUZ, Maria do Carmo Meirelles T. Consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo: situação atual. **Revista de Administração de Empresas**, v. 39, n. 4, p.85-96, out./dez, 1999.

KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo; ROSA, Tereza Etsuko da Costa; MENEGUZZO, Marco. **Inovação e cooperação intergovernamental: microrregionalização, consórcios, parcerias e terceirização no setor saúde**. São Paulo: Annablume, 2006. 222 p.

LIMA, Ana Paula Gil. Os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 16, p. 985-996, out./dez. 2000.

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.

LIMA, Luciana Dias de. *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1903-1914, 2012a.

LIMA, Luciana Dias de. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.17, n.11, p.2881-2892, 2012b.

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, Fortaleza.

LOTTA, Gabriela Spanghero; VAZ, José Carlos. Arranjos Institucionais de Políticas Públicas: aprendizados a partir de casos do Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 66, p. 171-194, 2015.

MACHADO *et al.* Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.4, ago, 2014.

MACHADO, Cristiani Vieira. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, set, p. 2113-2126, set, 2007.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2367-2382, 2010.

MACHADO, Gustavo Gomes. Mudanças legislativas e path dependence: cenários futuros para nova lei dos consórcios públicos. *In*: CASTRO, Erika de; WOJCIECHOWSKI, Maciej John (Orgs). **Inclusão, colaboração e governança urbana: perspectivas brasileiras**. Vancouver: The University of British Columbia; Rio de Janeiro: Observatório das Metrópoles; Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2010.

MACHADO, J. A.; ANDRADE, M. L. C. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 695-720, maio-jun. 2014.

MONTE, Cleyton. Os governos Cid Gomes e o Legislativo cearense: alianças, emendas e oposição (2007-2014). *In*: Seminário Internacional de Ciência Política: estado e democracia em mudanças no século XXI, 4., 2015, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: UFRGS, 2015. p. 1-25

MONTEIRO NETO, Aristides (Org). **Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate**. Brasília: IPEA, 2014.

MONTESUMA, F. G. *et al.* Saúde Pública no Ceará: uma sistematização histórica. **Cadernos da Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 02, p. 05-19, 2006.

MOTA, Maria Vaudelice. **Descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Ceará: a experiência na microrregião de Baturité**. 2007.180 f. Tese (Doutorado em

Saúde Pública) - Departamento de Práticas em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MULLER, Erildo Vicente; GRECO, Marisabe. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.3, p. 925-930, 2010.

NEVES, Luiz Antonio; RIBEIRO, José Mendes Ribeiro. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.10, p. 2207-2217, out, 2006.

NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano; CORDONI Jr., Luiz; COSTA, Nilson do Rosário. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 21, n. 1, p. 29-38, jan./fev. 2005.

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.

PEREIRA, Greisson Almeida; MOREIRA, Tito Belchior da Silva. A influência dos consórcios intermunicipais de saúde no Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM). **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 46, jan./jun. 2016.

PIERSON, Paul. **Fragmented welfare states: federal institutions and the development of social policy**. *Governance: an international journal of policy and administration*, v. 8, n. 4, p. 448-478. 1995.

PIERSON, Paul; LEIBFRIED, Stephan..The dynamics of social policy integration *In* LEIBFRIED, S., PIERSON, P. (Ed.). **European social policy: between fragmentation and integration**. Washington, D.C.: The Brookings Institution, 1995.

PONTES, Ricardo José Soares. *et al.* Brasileiro de Saúde Política, Planejamento e Gestão em Saúde, 2., Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Minas Centro. 2013. p. 1-25.

RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 22, p. 173-220, 2000.

RIBEIRO, Wladimir Antônio; LOSADA, Paula Ravanelli. Consórcios públicos: dilemas jurídicos ou políticos? *In*. CHERUBINE, Marcela; TREVAS, Vicente (Orgs.). **Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 41-54.

RIDDER, H-G; HOON, C.; BALUCH, A. McC. **Entering a Dialogue: Positioning Case Study Findings towards Theory**. *British Journal of Management*, Dundee, v. 25, n. 2, p. 373-387, 2014.

ROCHA, Carlos Vasconcelos. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. **Cadernos Metrópole**, São Paulo, v. 18, n. 36, p. 377-399, 2016.

ROCHA, Carlos Vasconcelos; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. Cooperação intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo: a experiência dos Consórcios de Saúde de Minas Gerais. **Cadernos Metrópole**, n. 11, p. 73-105, 1º sem. 2004.

ROGÉRIO, Ana Cláudia Drociunas; FERRACIOLI, Patrícia Louise Rodrigues Varela; SILVA, Anna Lúcia da. Satisfação dos usuários de um consórcio intermunicipal de saúde. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde [Internet]**, v.3, n.1, p. 53-63, 2014.

SAMPAIO, Maria Homérica Leite de Moraes. **Estratégias de regulação do acesso aos serviços de média complexidade na 2ª Região de Saúde do Ceará**. 2014. 142 f. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; CARVALHO, Andre Bonifácio de; TERABE, Sandro. Consórcio público e o Sistema Único de Saúde: uma abordagem jurídico-administrativa situacional. In: CHERUBINE, Marcela; TREVAS, Vicente (Orgs.). **Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 103-122.

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

SEGATTO, Catarina Ianni; ABRUCIO, Fernando Luiz. A cooperação em uma federação heterogênea: o regime de colaboração na educação em seis estados brasileiros. **Revista Brasileira de Educação**, v. 21, n. 65, p. 411-429. 2016.

SILVA, Luciene Alice da; NOGUEIRA, Maria de Fátima Nepomuceno; SANTANA, Washington Willem Mendes de. **Consórcios Públicos de Saúde no Ceará: da implantação à gestão**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2014.

SOUZA, Celina. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.

_____, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, n. 24, p. 105-121, jun. 2005.

_____, Celina. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 27-41, 2004.

_____, Celina. Regras e Contexto: As Reformas da Constituição de 1988. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 791-823, 2008.

STEPAN, A. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do *demos*. **Dados**, v. 42, n. 2, p. 197-251, 1999.

STRELEC, Thamara.; FONSECA, Francisco. Alcances e Limites da Lei dos Consórcios Públicos um balanço da experiência consorciativa no estado de São Paulo. *In: Cadernos Adenauer XII. Municípios e Estados: experiências com arranjos cooperativos*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, n. 4, 2011. p. 1-15.

STRELEC, Thamara Caroline. **Desafios da adaptação institucional: um estudo do impacto da Lei de Consórcios Públicos no Estado de São Paulo**. 2011. 201 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo.

SUMIYA, Lilia A.: **A hora da alfabetização: atores, ideias e instituições na construção do PAIC-CE**, 2015, 244 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

TENDLER, Judith. **Bom Governo nos Trópicos: Uma visão crítica**. Rio de Janeiro: Revan; Brasília: ENAP, 1998.

TREVAS, Vicente Carlos Y Plá. Consórcios públicos e o federalismo brasileiro. *In: CHERUBINE, Marcela; TREVAS, Vicente (Orgs.). Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 13-24.

VAZQUEZ, Daniel A. **Execução Local sob Regulação Federal: os impactos da LRF, Fundef e SUS nos municípios brasileiros**. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2012.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde soc. [online]**, v.24, n.2, p. 413-422, 2015.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p. 807-817, 2009.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.15, n.5, p. 2317-2326, 2010.
VIEIRA, Liza Barreto. **Política nacional e contexto local: a atenção à saúde bucal em municípios do estado do Ceará**. 2013. 228 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fiocruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

WATTS, Ronald L. Origins of Cooperative and Competitive Federalism. *In: GREER, Scott L. (ed.). Territory, Democracy and Justice: Regionalism and Federalism in Western Democracies*. NY: Palgrave MacMillan, 2006, p. 201-223.

YIN, Robert. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

**APÊNDICE A - TABELA 22 - RECORTE DOS TÓPICOS REGISTRADOS NAS
ATAS DA CIB-CE SOBRE CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE,
POLICLÍNICA E CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICO
(2006-2016) POR QUANTIDADE DE VEZES QUE FOI DISCUTIDO
AO ANO**

Ano	Tópico discutido	Quantidade/ano
2006	Credenciamento do Laboratório de Próteses Dentárias do CEO	4
	Mudança de modalidade do CEO	1
	Implantação de CEO	3
	Cadastramento do CEO	1
	Credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO	1
	Habilitação de CEO para receber incentivos financeiros destinados a seu custeio	5
	Habilitação de CEO para receber incentivos financeiros destinados a sua implantação	5
2007	Implantação de CEO Tipo 1	1
	Transferência de Consultórios Odontológicos do município de Madalena que o Ministério de saúde estava recolhendo para o CEO de Quixadá	1
2008	Credenciamento do Laboratório de Próteses Dentárias do CEO	4
	Mudança de modalidade do CEO	1
	Implantação de CEO	3
	Cadastramento do CEO	1
	Credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO	1
	Habilitação de CEO para receber incentivos financeiros destinados a seu custeio	5
	Habilitação de CEO para receber incentivos financeiros destinados a sua implantação	5
	Solicitação de alteração de cadastro de Clínica para classificação de policlínica	1
	Solicitação de inclusão da Policlínica no benefício do Recursos adicionais das Cirurgias Eletiva	1
2009	Credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO	1
	Habilitação de CEO para receber incentivos financeiros destinados a seu custeio	2

	Mudança de modalidade do CEO	3
	Previsão de repasse recursos financeiro para os consórcios, mas realocado para o município de Fortaleza	1
	Implantação de CEO	3
	Os consórcios públicos de saúde na atualização do Plano Diretor de Regionalização - PDR/SUS/CE	1
2010	Definição de recursos financeiros para CEO's municipais e regionais	1
	Habilitação de CEO para receber incentivos financeiros destinados a custeio de CEO	3
	Inauguração de CEO Regional de Aracaraú	1
	Habilitação de CEO para receber incentivos financeiros destinados a implantação CEO	1
	Demora do Ministério da Saúde para publicar portarias dos CEOs	1
	Adesão à política de consórcios públicos de saúde como critério de distribuição dos recursos do Fundo Estadual de Combate à Pobreza (FECOP) para 2010	1
	Mudança de modalidade de CEO Municipal	1
2011	Apresentação de Relatório Operacional dos serviços prestados pelos CEO e Policlínicas	1
	Credenciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas Regionais	1
	Problemas com repasse de recursos para CEO	1
	Influência das Policlínica e CEOS na Proposta de revisão e atualização do Plano Diretor de Regionalização – PDR 2011	1
	Mudança de modalidade de CEO Municipal	1
	Implantação de CEO Regional	1
	Credenciamento do CEO Regional	3
	Definição de recursos financeiros para implantação de CEOs Regional	1
	Definição de recursos financeiros para custeio de CEOs Regional	1
	Estabelecimento de recursos a ser incorporado ao Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) dos Municípios com CEO sob Gestão Estadual	1
	Discussão sobre o papel das Policlínicas do Estado atenderem as referências da Atenção Primária	1
	Habilitação de Centro de Especialidades Odontológicas - CEO municipal para CEO Regional	1
2012	Mudança de modalidade CEO Municipal	1
	Habilitação de CEO para receber incentivos financeiros destinados a custeio de CEO	

	Habilitação de Centro de Especialidades Odontológicas - CEO municipal para CEO Regional	1
	Desabilitação de CEO Municipal	1
	Implantação/Credenciamento de CEO Municipal e CEO Regional	2
	Habilitação de CEO Municipal	1
	Aprovação dos Termos de Compromisso de Adesão de CEOs à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	3
2013	Solicitação de Recredenciamento do Centro de Especialidades Odontológicas Municipal	1
	Aprovação dos Termos de Compromisso de Adesão de CEOs Municipais à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	2
	Discussão sobre capacitação para profissionais dos CEOs no atendimento a pessoa com deficiência	1
	Solicitação de Recredenciamento de CEO Municipal	1
	Apresentação e discussão da proposta ao Ministério da Saúde para financiamento do custeio dos CEO e Policlínicas Regionais integrantes de Consórcios Públicos de Saúde.	2
2014	Aprovação dos Termos de Compromisso de Adesão de CEOs Municipais à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	2
	Apresentação do status das Policlínicas Regionais (funcionando, não funcionando e não inaugurada) na apreciação do Plano de Ação Macrorregional Fortaleza e Sertão Central da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas - Componente Sobrepeso e Obesidade	1
	Anúncio da visita do Ministro da Saúde ao Ceará, onde iria conhecer uma Policlínica Regional	1
	Confirmação do envio da proposta ao Ministério da Saúde para financiamento do custeio das Policlínicas Regionais	1
	Discussão sobre o peso para os municípios no financiamento dos consórcios	1
	Mudança de Gestão Municipal de CEO Regional para Gestão Estadual	1
	Habilitação do CEO Regional para funcionamento sob gestão estadual	1
	Credenciamento de CEO Municipal	3
	Habilitação de Policlínica Regional como centro de referencia para diagnóstico de câncer de mama.	1
	Não sinalização por parte no Ministério da saúde de novos recursos para as Policlínicas no que diz respeito a alocação de recursos adicionais do Teto MAC/Estadual	1
	Participação de Policlínica Regional na Rede de Atenção em Oftalmologia e Serviços de Glaucoma do Ceará	1
	Adesão à políticas de consórcios públicos de saúde como critério de distribuição dos recursos do Fundo Estadual de	1

Combate à Pobreza (FECOP)

2015	O aumento da demanda por serviços especializados devido aos CEOs e as Policlínicas	1
	Envolvimento das policlínicas no Pano de Ação para Interrupção da Transmissão de Sarampo no estado do Ceará, 2015.	1
	Auxílio dos consórcios na execução do Projeto Piloto Consultórios Itinerantes de Oftalmologia	1
	Prestação de contas sobre o contato com o Ministério da saúde para solicitar a participação do nível federal no co-financiamento das Policlínicas.	1
	Auxílio das Policlínica no combate ao câncer de mama	1
	Auxílio de CEO municipal no Programa Itinerante de Odontologia e Oftalmologia	1
	Procedimento ofertado pelas Policlínicas e perfil de usuário	1
	Auxílio das Policlínica como ponto de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Ceará passando os Serviços de Estimulação Precoce a compor a referida Rede e de Serviços de Estimulação Precoce às crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia	2

Fonte: elaborada pela autora

APÊNDICE B – ROTEIROS DAS ENTREVISTAS

Roteiro de entrevista - Atores para reconstrução histórica

Nome:	
Formação:	
Organização:	
Cargo:	
Tempo no cargo:	

1. Fale um pouco sobre sua experiência de trabalho da saúde pública do estado do Ceará
2. Fale um pouco sobre sua experiência na implantação dos consórcios.
3. Qual o cenário da saúde no estado anterior a implantação dos consórcios?
4. Como surgiram os consórcios no estado?
5. O processo de microrregionalização de saúde que aconteceu anteriormente no estado influenciou a formação dos Consórcios?
6. A cooperação já realizada na política educacional inspirou a política de saúde?
7. Como foi o processo de convencimento dos municípios?
8. O processo de definição das diretrizes da estratégia de consorciamento envolveu quais entes da federação?
9. Quais os principais desafios para formulação da estratégia de consorciamento?
10. Em algum momento foi reivindicada a participação da União nos Consórcios?
11. Houve relação entre a mudança do governo estadual (entrada de Cid Gomes) e a formulação dos consórcios?
12. Por que a equipe escolheu uma estrutura de consórcio vertical em vez de consórcio horizontal?
13. Como foram determinadas as especialidades de saúde ofertadas inicialmente em cada Região de Saúde?
14. As regiões de saúde contavam com profissionais capacitados para suprir a demanda dos equipamentos de saúde?
15. O governo federal influenciou de alguma maneira a tomada de decisão pelos consórcios?
16. Comente sobre atuação do BID como financiador da implantação da estratégia de consorciamento no estado.
17. Como foi pensada a estrutura de financiamento para manutenção dos consórcios?
18. A mudança na divisão da cota parte do ICMS teve relação com a formulação da estrutura de financiamento dos consórcios?
19. As comissões intergovernamentais do SUS auxiliaram na discussão entre os entes da federação?
20. Qual sua avaliação sobre a primeira etapa do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do estado do Ceará?
21. O(a) senhor(a) nota melhorias na estrutura atual dos consórcios em relação à ideia inicial?
22. Qual sua opinião sobre a cooperação intergovernamental na política de saúde? Difere das outras políticas?

23. O(a) Senhor(a) gostaria de comentar algo que não perguntei?
24. O(a) senhor (a) me indicaria alguém que considera importante para eu conversar?

Roteiro de entrevista - Nível estadual

Nome:	
Formação:	
Organização:	
Cargo:	
Tempo no cargo:	

1. Fale um pouco sobre sua experiência de trabalho na SESA.
2. Qual a finalidade dos consórcios para a política de saúde estadual?
3. Quais os meios de comunicação entre o governo estadual e os consórcios?
4. Existe a comunicação direta entre o estado e os municípios individualmente?
5. Qual o papel da CIB, da CIT e da CIR para o funcionamento dos consórcios?
6. Quais os espaços de negociação entre o governo estadual e municipal?
7. Quais os incentivos estaduais para os municípios permanecerem nos consórcios?
8. O governo federal influencia de alguma maneira os consórcios?
9. Em algum momento foi reivindicada a participação da União nos consórcios?
10. Além dos consórcios, existem outras estratégias utilizadas para fortalecer a cooperação do governo estadual com os governos municipais?
11. Quais são os mecanismos utilizados para lidar com a desigualdade socioeconômica e na oferta de serviços entre as regiões de saúde?
12. Qual sua análise sobre a estrutura de financiamento dos consórcios?
13. Quais os resultados que os consórcios públicos de saúde trouxeram para a política de saúde do estado?
14. Como são avaliados os resultados dos consórcios?
15. Quais os desafios que os consórcios enfrentam no estado?
16. O senhor proporia alguma mudança no desenho institucional do consórcio?
17. O(a) senhor(a) consegue identificar mudanças na operacionalização dos consórcios desde a implantação deles no estado?
18. Existem estratégias na política de saúde no estado de cooperação exclusivamente intermunicipal?
19. Além dos CEOs e Policlinicas, existem outras políticas de saúde estaduais implementadas no nível regional ou nos municípios?
20. Qual sua avaliação sobre a primeira etapa do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do estado do Ceará?
21. A mudança de liderança no governo estadual provocou alguma alteração na lógica de funcionamento dos consórcios?
22. Qual sua opinião sobre a cooperação intergovernamental na política de saúde? Difere das outras políticas?
23. O(a) Senhor(a) gostaria de comentar algo que não perguntei?

Roteiro de entrevista - Direção e Presidência do Consórcio de Saúde

Nome:	
Formação:	
Organização:	
Cargo:	
Tempo no cargo:	

1. Comente sobre sua trajetória profissional e sua experiência no consórcio público de saúde.
2. Comente um pouco sobre as características da Região de Saúde do _____.
3. Comente um pouco sobre a trajetória de implantação do consórcio na região.
4. Qual a finalidade do consórcio de saúde para a região?
5. Qual a estrutura organizacional do consórcio?
6. Qual a estrutura de financiamento do consórcio?
7. Como são determinadas as especialidades oferecidas pela Policlínica e o CEO da região?
8. Além da Policlínica e do CEO, o consórcio gerencia outras políticas de saúde na região?
9. Como são avaliados os resultados dos consórcios?
10. Quais são os mecanismos utilizados para lidar com a desigualdade socioeconômica e na oferta de serviços entre os municípios?
11. Como se dá o diálogo entre o consórcio, os municípios e o governo estadual?
12. Há meios de comunicação entre a direção do consórcio e os municípios?
13. Quais os incentivos estaduais para os municípios permanecerem no consórcios?
14. Quais as motivações para os municípios permanecerem nos consórcios?
15. A integração regional facilita o diálogo com o governo estadual?
16. Qual a relação dos Consórcio com as Comissões Intergestores Regional, Bipartite e Tripartite?
17. O governo federal influencia de alguma maneira os consórcios?
18. Quais os resultados do consórcio para a política de saúde na região?
19. O senhor proporia alguma mudança no desenho do consórcio?
20. Como o (a) senhor (a) avalia a operacionalização dos consórcios desde a sua implantação?
21. Como o (a) senhor (a) analisa a utilização dos consórcios na política de saúde? A sua aplicação poderia ser estendida para outras políticas?
22. A mudança de liderança no governo estadual provocou alguma alteração na lógica de funcionamento dos consórcios?
23. O(a) senhor(a) gostaria de comentar algo que não perguntei?
24. O(a) senhor (a) me indicaria alguém que considera importante para eu conversar?

Roteiro – Comissão Intergestores Regional (CIR)/ Coordenadoria Regional de Saúde (CRES)

Nome:	
Formação:	
Organização:	
Cargo:	
Tempo no cargo:	

1. Comente um pouco sobre sua trajetória profissional.
2. Comente um pouco sobre as características da Região de Saúde do _____.
3. Fale um pouco da sua atuação na Comissão Intergestores Regional.
4. Qual a função da CIR na região?
5. Como é composta a CIR?
6. Qual a relação entre a CIR e os consórcios públicos de saúde?
7. O(a) Senhor(a) considera que a sua região de saúde tem alguma peculiaridade frente as demais regiões?
8. Como são estabelecidas as pautas das reuniões?
9. Além da CIR, existem outros espaços de deliberação entre os municípios e entre estes e o governo estadual?
10. Como se dá a relação da CIR com as Comissões Bibartite e Tripartite do Sistema Único de Saúde?
11. Qual a atuação do governo estadual sobre a CIR?
12. Como você analisa o papel dos consórcios na organização da rede de ações e serviços da região de saúde?
13. Como são determinadas as especialidades de saúde ofertadas nos CEOs e Policlínicas da região de Saúde?
14. Como o(a) senhor(a) analisa a estrutura de financiamento do consórcio?
15. Quais são os principais desafios para o consórcio na região?
16. O senhor proporia alguma mudança no desenho institucional do consórcio?
17. O(a) senhor(a) consegue identificar mudanças na operacionalização do consórcio desde a implantação dele na região?
18. Quais são os principais problemas enfrentados pelos municípios na saúde?
19. Quais os resultados do consórcio para a política de saúde na região?
20. Existem outras políticas de saúde em cooperação com o governo estadual?
21. Existem políticas públicas de cooperação exclusiva intermunicipal?
22. A integração regional facilita o diálogo com o governo estadual?
23. Qual sua opinião sobre a cooperação intergovernamental na política de saúde? Difere de outras políticas?
24. O(a) Senhor(a) gostaria de comentar algo que não perguntei?
25. O(a) senhor (a) me indicaria alguém que considera importante para eu conversar?