



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Luiz Octávio Martins Mendonça

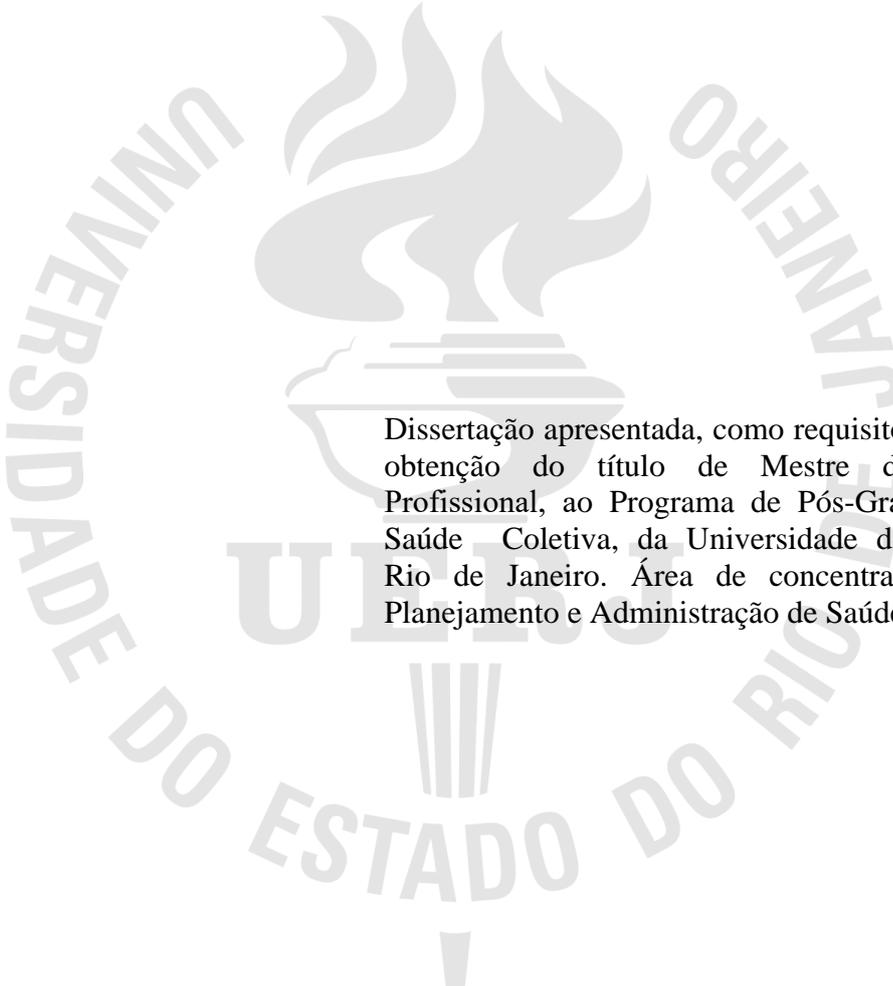
**Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) como mecanismos de
coordenação federativa para construção da regionalização:
papel, possibilidades e limites**

Rio de Janeiro

2022

Luiz Octávio Martins Mendonça

Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) como mecanismos de coordenação federativa para construção da regionalização: papel, possibilidades e limites



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rosana Chigres Kuschnir

Coorientador: Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M539 Mendonça, Luiz Octávio Martins

Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) como mecanismos de coordenação federativa para construção da regionalização: papel, possibilidades e limites / Luiz Octávio Martins Mendonça. – 2022.

195 f.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rosana Chigres Kuschnir

Coorientador: Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Dissertação (Mestrado profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Consórcios de saúde - Brasil - Teses. 2. Regionalização da saúde – Teses. 3. Gestão em saúde – Teses. 4. Saúde pública – Teses. 5. Administração em saúde – Teses. 6. Política de saúde – Teses. I. Kuschnir, Rosana Chigres. II. Rodrigues, Paulo Henrique de Almeida. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 614(81)

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Luiz Octávio Martins Mendonça

Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) como mecanismos de coordenação federativa para construção da regionalização: papel, possibilidades e limites

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração de Saúde.

Aprovada em 30 de maio de 2022.

Coorientador: Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Rosana Chigres Kuschnir (Orientadora)
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. Eduardo Levcovitz
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. José Ângelo Machado
Universidade Federal de Minas Gerais

Rio de Janeiro

2022

Aos meus pais, que depositam afeto, confiança e acreditação em mim. Ao Lucas, porque eu te amo. E ao SUS, este grandioso sistema público e universal de saúde, patrimônio do povo brasileiro!

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus guias espirituais, pela saúde física e mental, que foram essenciais para a concentração, inspiração, escrita e conclusão deste trabalho. Não foi fácil. Sem a minha fé, não concluiria.

Agradeço à minha família, em especial, aos meus pais, irmã, sobrinhos, minha sogra querida e meu irmão socioafetivo, Nilton Silveira, por estarem sempre de pé, confiando na vitória e aplaudindo as conquistas profissionais e acadêmicas até então alcançadas. Esta é mais uma.

Agradeço ao Lucas, hoje, meu noivo e, em breve, meu esposo, pelo incentivo, pela escuta, compreensão nas minhas ausências, paciência e dispensado afeto. Você ficou até ficar e dividiu todas as dores comigo, como deve ser, em todo grande amor. Te amo!

O que seria de mim e desta dissertação sem a orientação da Rosana Kuschnir? Desde o início, ela confiou no meu potencial, deu crédito ao tema da pesquisa, direcionou a seleção bibliográfica, orientou a escolha da banca, ensinou, guiou, criticou, corrigiu, revisou, cobrou, deu bronca... você contribuiu e foi elementar em todas as etapas desta dissertação. Obrigado pela troca!

Parabenizo à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em especial, ao Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro (IMS), instituição historicamente grandiosa na defesa ferrenha da saúde pública e coletiva, pelo ambiente acadêmico acolhedor, infelizmente interrompido em decorrência da pandemia da COVID-19. Vou sentir saudades...

Agradeço ao corpo docente do IMS/UERJ pelos vultosos ensinamentos sobre a Política de Saúde no Brasil, Sistemas Universais pelo mundo, Planejamento e Gestão de sistemas de saúde, Recursos Humanos, Redes de Atenção, enfim, foram tantos os conhecimentos compartilhados. Concluo este Mestrado com a bagagem de ideias para aprimorar o nosso Sistema Único de Saúde (SUS).

O meu sincero agradecimento à Secretaria de Estado da Saúde (SES) do Rio de Janeiro que, em 2019, iniciou o convênio deste Mestrado. Promover a qualificação do corpo técnico da SES é contribuir para uma gestão alicerçada na ciência e no compromisso com o acerto. Vida longa ao Mestrado Profissional!

Sem citá-los individualmente, agradeço aos meus amigos e amigas, os quais nutro especial afeição e carinho. Sem vocês, não conseguiria oxigenar meu cérebro com risadas, afetos e loucuras, que renovaram as minhas energias durante esse mister.

O próximo grande salto evolutivo da humanidade será a descoberta de que cooperar é melhor que competir.

Pietro Ubaldi

RESUMO

MENDONÇA, Luiz Octávio Martins. *Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) como mecanismos de coordenação federativa para construção da regionalização: papel, possibilidades e limites*. 2022. 195 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Há uma diversidade de experiências de gestão por Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) no Brasil. A partir de uma abordagem quantitativa na única base de dados pública, que reúne informações sobre consórcios no país, foi possível contabilizar e mapear 189 CIS cadastrados no Observatório Municipalista de Consórcios Públicos, da Confederação Nacional de Municípios (CNM). O objetivo central desta dissertação é investigar se os Consórcios Intermunicipais de Saúde, entendidos como instrumentos de coordenação federativa voltados para o apoio à gestão descentralizada, podem potencializar ações coletivas e favorecer a construção da regionalização. Para isso, realizou-se uma revisão narrativa da literatura sobre as experiências de gestão consorciada, que utilizaram os CIS como modelo organizacional da assistência em nível regional, a fim de compreender se os Consórcios Intermunicipais de Saúde fortaleceram a regionalização. Foram selecionados onze trabalhos acadêmicos que avaliaram a implementação da gestão consorciada nos estados do Ceará, Pernambuco, Mato Grosso, São Paulo, Paraná, Bahia e Rio de Janeiro. A literatura defende que os CIS têm aptidão para enfrentar os dilemas da regionalização e os entraves da descentralização. Os resultados sugerem que o apoio técnico e financeiro das Secretarias Estaduais de Saúde pode induzir a formação desses arranjos, para organização da atenção especializada em nível regional, em prol de ganhos de escala, ampliação da oferta e superação dos custos e dificuldades advindas da descentralização. Contudo, desafios no processo de cooperação e coordenação na Rede de Atenção à Saúde (RAS) ainda podem persistir, mesmo após a constituição dos CIS, sobretudo, causados pelas influências políticas no processo decisório, pelo relacionamento com a administração regional de saúde, Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), bem como pela carência do controle social. Ainda é incipiente a produção acadêmica sobre os resultados alcançados pelos CIS na estratégia de regionalização, sendo necessários estudos adicionais para avaliar os impactos da gestão consorciada em escala regional.

Palavras-chave: Federalismo cooperativo. Descentralização. Ações coletivas. Consórcios intermunicipais de saúde. Regionalização.

ABSTRACT

MENDONÇA, Luiz Octávio Martins. *Intermunicipal Health Consortia (CIS) as federative coordination mechanisms to build regionalization: role, possibilities and limits*. 2022. 195 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

There is a diversity of management experiences by Intermunicipal Health Consortia (CIS) in Brazil. From a quantitative approach in the only public database, which gathers information on consortia in the country, it was possible to count and map 189 CIS registered in the Municipalist Observatory of Public Consortia, of the National Confederation of Municipalities (CNM). The main objective of this dissertation is to investigate whether the Intermunicipal Health Consortia, understood as instruments of federative coordination aimed at supporting decentralized management, can enhance collective actions and favor the construction of regionalization. For this, a narrative review of the literature was carried out on the experiences of consortium management, which used the CIS as an organizational model of assistance at the regional level, in order to understand whether the Intermunicipal Health Consortia strengthened regionalization. Eleven academic papers were selected that evaluated the implementation of the consortium management in the states of Ceará, Pernambuco, Mato Grosso, São Paulo, Paraná, Bahia and Rio de Janeiro. The literature argues that CIS are able to face the dilemmas of regionalization and the obstacles of decentralization. The results suggest that the technical and financial support of the State Health Departments can induce the formation of these arrangements, for the organization of specialized care at the regional level, in favor of gains of scale, expansion of supply and overcoming the costs and difficulties arising from decentralization. However, challenges in the process of cooperation and coordination in the Health Care Network (RAS) may still persist, even after the establishment of the CIS, mainly caused by political influences in the decision-making process, by the relationship with the regional health administration, Intermanager Commission Regional Council (CIR) and Bipartite Intermanager Commission (CIB), as well as the lack of social control. Academic production on the results achieved by the CIS in the regionalization strategy is still incipient, and additional studies are needed to assess the impacts of consortium management on a regional scale.

Keywords: Cooperative federalism. Decentralization. Collective action. Intermunicipal health consortia. Regionalization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Possibilidades de cooperação entre entes federativos na forma de consórcios públicos	74
Figura 2 -	Percentual de municípios com consórcio público, segundo as regiões brasileiras e as classes de tamanho da população dos municípios em 2015 e 2019	80
Figura 3 -	Percentual de municípios com consórcios públicos, segundo o tipo de arranjo	81
Figura 4 -	Porcentagem de consórcios públicos no Brasil, por área de atuação, nos anos de 2015 e 2019	82
Figura 5 -	Fluxo procedimental para constituição de consórcios públicos	86
Figura 6 -	Proposta de estrutura organizacional mínima para consórcios públicos..	89
Figura 7 -	Número total de consórcios públicos e número total de municípios integrantes de consórcios públicos no Brasil, conforme extração dos dados em 11/03/2022	112
Figura 8 –	Mapa da distribuição espacial dos consórcios públicos de saúde no Brasil	118
Figura 9 –	Localização dos municípios que integrariam algum consórcio público de saúde no Brasil	118
Figura 10 -	Mapa da distribuição espacial dos CIS no Brasil	121
Figura 11 -	Localização dos municípios que integrariam algum CIS no Brasil	122
Figura 12 –	Mapa da localização espacial do CIS no estado do Pará – 01 CIS	123
Figura 13 -	Mapa da localização dos CIS no estado do Mato Grosso – 13 CIS	124
Figura 14 -	Mapa da localização dos CIS no estado do Paraná – 26 CIS	124
Figura 15 -	Mapa da localização dos CIS no estado da Bahia – 23 CIS	125
Figura 16 –	Mapa da localização dos CIS no estado de Minas Gerais – 61 CIS	125
Figura 17 -	Ficha técnica do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Penápolis	197

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Proporção de consórcios, por natureza jurídica, segundo dados extraídos do OMCP	114
Gráfico 2 -	Proporção de consórcios, por natureza jurídica, de acordo com o estudo técnico da CNM	114
Gráfico 3 -	Tipologia dos consórcios públicos por finalidade, de acordo com OMCP	115
Gráfico 4 -	Quantidade de consórcios finalitários, por área de atuação, segundo estudo técnico	115
Gráfico 5 -	Quantidade de consórcios finalitários, por área de atuação, segundo extração de dados do OMCP	116
Gráfico 6 -	CIS mapeados no Brasil, por natureza e personalidade jurídica	122

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Número de municípios que fazem parte de CIS no Brasil por ano e região brasileira	106
Quadro 2 -	Número de Municípios que participariam de consórcios públicos, por região brasileira	113
Quadro 3 -	Quadro comparativo dos dados sobre consórcios públicos e municípios consorciados, extraídos do OMCP em 11 de março de 2022, com os dados divulgados nos estudos técnicos da CNM (2018/2021)	116
Quadro 4 -	Quantidade de consórcios públicos que atuam na área da saúde, por região brasileira, extraídos do OMCP em 11 de março de 2022	117
Quadro 5 -	Quantidade de municípios, por região brasileira, consorciados na área da saúde, extraídos do OMCP em 11 de março de 2022	117
Quadro 6 -	Quantidade de CIS cadastrados no OMCP na data de 11 de março de 2022	119
Quadro 7 -	Quantidade de CIS, por estado brasileiro, cadastrado no OMCP, segundo extração dos dados realizada em 11/03/2022	120
Quadro 8 -	Quantidade de municípios, por região brasileira, consorciados na forma de CIS, cadastrados no OMCP na data de 11 de março de 2022	121
Quadro 9 -	Revisão analítica da literatura selecionada, que tratou os CIS associados à regionalização	133
Quadro 10 -	Mapeamento do CIS na Região Norte e estado do Pará	176
Quadro 11 -	Mapeamento dos CIS na Região Centro-Oeste	177
Quadro 12 -	Mapeamento dos CIS no estado do Mato Grosso	178
Quadro 13 -	Mapeamento dos CIS na Região Sul	179
Quadro 14 -	Mapeamento dos CIS no estado do Paraná	181
Quadro 15 -	Mapeamento dos CIS na Região Nordeste	183
Quadro 16 -	Mapeamento dos CIS no estado da Bahia	185
Quadro 17 -	Mapeamento dos CIS na Região Sudeste	187
Quadro 18 -	Mapeamento dos CIS no estado de Minas Gerais	190

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Quantidade de consórcios de saúde, segundo Região/Unidade da Federação e natureza jurídica de direito público ou privado no período de janeiro/2022	102
Tabela 2 -	Municípios, total e que fazem parte de consórcio público geral e na área da saúde, segundo regiões e classe de tamanho da população	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AG	Assembleia Geral
AIS	Ações Integradas de Saúde
ARCA	Repositório Institucional da Fiocruz
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEIS	Complexo Econômico-Industrial da Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
CISBAF	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense
CISMEPA	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNM	Confederação Nacional de Municípios
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS-RJ	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICA	<i>Institutional Collective Action</i>
IMS	Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
MUNIC	Pesquisa de Informações Básicas Municipais
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMCP	Observatório Municipalista de Consórcios Públicos
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Agentes Comunitários
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PFL	Partido da Frente Liberal
PL	Projeto de Lei
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
POI	Programação e Orçamentação Integrada
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SES/RJ	Secretaria do Estado de Saúde/Rio de Janeiro
SCIELO BR	<i>Scientific Electronic Library Online</i> Brasil
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termos de Compromisso de Gestão
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	16
1	OBJETIVOS DA DISSERTAÇÃO	23
2	MÉTODO DA PESQUISA	24
3	PARTE I - DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS, NA PERSPECTIVA DO FEDERALISMO BRASILEIRO	30
3.1	O Desenho Federativo e as Políticas Públicas no Brasil	30
3.1.1	<u>A formação do Estado Federal e os modelos de federalismo</u>	30
3.1.2	<u>A evolução do desenho federativo brasileiro</u>	39
3.1.3	<u>Dimensões institucionais do federalismo e políticas públicas</u>	45
3.2	Da Descentralização à Regionalização: Aspectos Político-Institucionais na Implementação do SUS	49
3.2.1	<u>Síntese da evolução político-institucional da saúde pública brasileira</u>	49
3.2.2	<u>A descentralização da política de saúde no Brasil e as Normas Operacionais Básicas (NOB`s)</u>	54
3.2.3	<u>A regionalização como eixo estruturante da gestão do SUS: das Normas Operacionais de Assistência à Saúde à Resolução CIT nº 01, de 30 de março de 2021</u>	61
4	PARTE II – CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE COMO MECANISMOS DE COOPERAÇÃO E ESTRATÉGIA DE REGIONALIZAÇÃO: PAPEL, POSSIBILIDADES E LIMITES	70
4.1	Consórcios Intermunicipais de Saúde: Balanço do Conhecimento	70
4.1.1	<u>Aspectos conceituais e o marco regulatório dos consórcios públicos no Brasil</u>	70
4.1.2	<u>Processo de constituição e organização técnica e administrativa dos consórcios públicos</u>	85
4.1.3	<u>Relações intergovernamentais sob a perspectiva do <i>Institutional Collective Action</i> (ICA) e os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS)</u>	90
4.1.4	<u>Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) no SUS: papel, possibilidades e limites</u>	99
4.2	Localização dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil	108

4.2.1	<u>Da ferramenta utilizada para localizar e identificar os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil: o Observatório Municipalista de Consórcios Públicos (OMCP) da CNM</u>	108
4.2.2	<u>Apresentação dos dados, extraídos do OMCP em 11/03/2022, sobre os consórcios públicos no Brasil</u>	111
4.2.3	<u>Identificação e localização dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil</u>	117
4.3	É Possível Regionalizar através dos CIS?	127
4.3.1	<u>Regionalização e Consórcios Intermunicipais de Saúde: introduzindo o debate</u>	127
4.3.2	<u>Revisão narrativa da literatura sobre as experiências de gestão consorciada no Brasil que analisou os Consórcios Intermunicipais de Saúde como instrumentos potenciais e estratégicos da regionalização</u>	131
4.3.2.1	<u>Descrição dos achados</u>	137
4.3.3	<u>Um olhar especial para o estudo sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Rio de Janeiro</u>	140
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
	REFERÊNCIAS	156
	APÊNDICE A – Identificação e localização dos CIS no Brasil	176
	APÊNDICE B – Descrição da Ficha Técnica dos CIS – OMCP	196

INTRODUÇÃO

O movimento sanitarista e o processo de transição democrática manifestaram a elevação da saúde como um direito de cidadania, de caráter dual, traduzido como “valor universal e núcleo subversivo da estrutura social” (TEIXEIRA, 2009, p. 476) em direção à construção de uma nova correlação de forças, que implicaram em uma profunda mudança cultural, política e institucional na forma de se pensar a saúde pública.

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, cujo documento norteou a seção da saúde, no capítulo da seguridade social, da Carta Política de 1988, ampliou o conjunto de ideias sobre o conceito de saúde, implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na sua promoção e proteção, bem como inspirou as mudanças e transformações necessárias na organização do setor.

Os princípios e diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986) transcenderam os limites de uma reforma administrativa e financeira, sem deixar de lado o enfrentamento da excessiva centralidade das decisões e dos recursos em nível federal, como sucedido no período autoritário do pós-golpe de 1964.

No contexto de retorno ao Estado democrático, a saúde coletiva tornou-se um “campo de produção de saber e um território de práticas democráticas” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 22). Com a realização da conferência, foram discutidos os aspectos institucionais, políticos e sociais para a reformulação do sistema nacional de saúde e o seu financiamento.

Tendo como pilares o dever do Estado quanto à garantia do direito à saúde para todos, a repartição de competências entre os entes federativos para ações e serviços, o fortalecimento dos governos subnacionais, a descentralização e o controle social, o movimento da Reforma Sanitária liderou a constitucionalização do SUS como um modelo de cogestão e de redes de políticas (TEIXEIRA, 2009).

Com a promulgação da Carta Política de 1988, o atual pacto federativo estabeleceu novas relações intergovernamentais na arena política e a materialização do direito à saúde expressou a vontade coletiva de um sistema nacional de saúde que assegurasse atenção universal, integral e igualitária a todos os cidadãos e que fosse convergente com as propostas reformistas do setor.

O Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos da Constituição Federal de 1988, prevê que as ações e serviços de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada, e que observe

os princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação da comunidade em seu funcionamento (BRASIL, 1988).

O SUS seria, então, um sistema federativo de políticas, cujo modelo organizativo irradia-se através da articulação entre os níveis de governo, com importante papel coordenador, indutor e financiador da União, mas que mantém relevante autonomia nas mãos dos governos subnacionais, tanto na implementação quanto na produção do consenso sobre a política (ABRUCIO; SANO, 2013).

Foi concebido através da disposição tripartite, cuja responsabilidade para a gestão das ações e serviços de saúde é solidária, porém cada ente político possui sua autonomia financeira, administrativa e assistencial. Portanto, é possível dizer que o SUS seria a institucionalização do federalismo sanitário brasileiro.

Ao alterar as normas para emancipação municipal e ampliar as bases das transferências federais, a Carta Magna de 1988 propiciou exponencial incremento no número de municípios, com capacidades bastantes díspares de criarem receitas próprias e gerenciarem a máquina pública, o que resultou em relevante heterogeneidade na implementação das políticas sociais e acentuou, ainda mais, as desigualdades regionais no território brasileiro (BRANDT, 2010).

Existe um “selo” da desigualdade estampado no Brasil! Estruturalmente desigual, as disparidades refletem-se na provisão dos serviços públicos sociais, como a saúde, educação, o saneamento, desenvolvimento social, bem como afetam a implementação das políticas locais de distribuição de renda, desenvolvimento econômico-sustentável, habitação, transporte e infraestrutura.

Na saúde, por exemplo, pode ser citada a desigualdade no acesso aos serviços de média e alta complexidade pelos munícipes de cidades de pequeno porte e até mesmo de médio e grande porte, pois não são todos que possuem a densidade tecnológica suficiente e profissionais médicos especializados para a garantia da integralidade na assistência às consultas, cirurgias, aos bens, equipamentos, medicamentos e às demandas espontâneas na urgência/emergência.

Além disso, é marcante a disparidade na cobertura da saúde suplementar, da estratégia de saúde da família e da atenção básica entre os municípios que desenham as regiões de saúde no território brasileiro, o que agrava as iniquidades em relação ao acesso às ações e serviços básicos, com impacto nas condições crônicas de saúde da população.

No contexto de redemocratização do Brasil, o processo de descentralização determinou a transferência de responsabilidade para a formulação e implementação das políticas públicas do nível central (União) para os governos subnacionais (estados e municípios).

Tal processo foi marcado pela desigualdade entre os governos locais na gestão das políticas sociais, principalmente em decorrência das deficiências burocráticas, financeiras e de recursos humanos existentes entre os municípios brasileiros (ABRUCIO; SANO, 2013).

No contexto do sistema federativo e da descentralização da política de saúde, o grande número de pequenos municípios, com pouca ou nenhuma disponibilidade e densidade tecnológica para a oferta dos serviços de média e alta complexidade, mostrou que a descentralização precisa ser acompanhada por estratégias de coordenação e cooperação intergovernamental, a fim de reduzir as disparidades loco-regionais existentes e ampliar o acesso à assistência integral (ABRUCIO; SANO, 2013).

Durante a década de 90, a conjuntura político-econômica internacional e nacional, desfavorável à consolidação de políticas sociais universais e redistributivas, aliada às dificuldades estruturais do Brasil (federalismo predatório; desigualdade loco-regional; modelo médico-assistencial privado e corporativista; políticas fiscais neoliberais e de austeridade) tornaram tensa e dificultosa a implementação do Sistema Único de Saúde nos moldes do projeto reformista do movimento sanitário.

Com o advento da Carta Cidadã de 1988, o jogo federativo brasileiro, marcado pela conjunção trina de entes federativos autônomos e interdependentes, onde os níveis de governo são dotados de autonomia político-administrativa, mas dependentes da arrecadação e do repasse federal de recursos, acirra as desigualdades territoriais, financeiras e sociais, dificultando a missão do SUS de oferecer assistência integral, universal e equânime a todos os cidadãos.

É cediço que a desigualdade entre os municípios desafia a organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção à saúde. A superação dos empecilhos que causam as barreiras na assistência depende de políticas universalistas e de pactos federativos potentes e equilibrados, que tenham como sustentação a cooperação e a solidariedade, que podem decorrer de arranjos institucionais de governança regional.

Partindo-se desta premissa, é necessário provocar o debate a respeito das bases e meios institucionais para melhor internalizar as ações de saúde no território continental brasileiro e, sobretudo, organizar redes regionalizadas. Trata-se de tarefa desafiadora, considerando as dinâmicas do federalismo trino brasileiro e as disparidades técnica-política-financeiras dos níveis estaduais e municipais de governo.

Pensar na provisão de bens e serviços públicos de saúde, organizados de forma regionalizada e planejados hierarquicamente, sem deixar de observar as singularidades de cada região de saúde e as heterogeneidades dos múltiplos entes municipais que compõem o espaço

regional, é urgente, para que seja viabilizada a assistência integral, sistêmica e equânime no Brasil.

Desde a regulamentação da Lei Orgânica do SUS, a regionalização foi pautada como estratégia e diretriz de organização do Sistema Único de Saúde, a fim de garantir uma assistência integral e, sobretudo, um cuidado em saúde articulado e hierarquizado entre os entes de governança da RAS, através do planejamento regional integrado como estratégia de gestão eficiente em territórios sanitários.

Pelo arcabouço organizacional do SUS, a regionalização só pode ser concretizada mediante arranjos institucionais estabelecidos entre os diferentes níveis de governo, para condução de processos decisórios compartilhados entre os entes envolvidos na gestão do sistema, institucionalizando um modelo de cogestão e rede de políticas, que preserve a autonomia dos integrantes sem perder o foco na coordenação federativa, na universalidade e integralidade (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2013).

A importância da regionalização para o sistema de saúde brasileiro está estritamente ligada ao fortalecimento de uma RAS no formato de organização sistêmica dos serviços, voltada para a formação de uma rede integrada e articulada no território regional. Essa organização sistêmica exige permanente interação entre os entes federativos para discutir as referências dos serviços, seu financiamento e os demais aspectos sanitários e gerenciais.

O SUS foi estruturado, de um lado, pelo processo de descentralização político-administrativa com ênfase na municipalização da provisão dos serviços e gestão do sistema, e, por um bom tempo, sua organização sistêmica e em rede foi negligenciada, retardando a consolidação da diretriz da regionalização e o acesso universal, equânime e integral às ações e aos serviços de saúde.

Abrucio e Sano (2013) apresentam o conceito de “associativismo territorial” que consiste na aliança, com maior ou menor grau de formalidade, entre níveis de governo, tanto no plano horizontal quanto no vertical, para a gestão compartilhada de ações e serviços voltados ao interesse comum, sendo o território a referência a partir da qual se organiza a relação intergovernamental.

De acordo com Soares e Machado (2018), a realização de políticas sociais ou redistributivas tende a gerar tensões no arranjo federativo, o que, muitas vezes, requer mecanismos, instrumentos ou estratégias que viabilizem sua realização no campo governamental, principalmente no que tange à produção de efeitos no âmbito regional, a fim de diminuir as desigualdades tão marcantes no acesso às ações e serviços de saúde sob a lógica da regionalização.

O quadro teórico proposto pelo *Institutional Collective Action* (ICA) pressupõe que mesmo em regiões de governos fragmentados, ou seja, regiões que possuem múltiplos governos interagindo entre si para a provisão de serviços públicos comuns, os governos locais seriam capazes de cooperar, manifestar interesses comuns, compartilhar recursos e firmar regras de ação coletiva em diversos setores das políticas públicas (FEIOCK, 2013).

Ocorre que não é tarefa fácil a promoção de ações coletivas entre as pessoas políticas em um Estado Federal, sobretudo, no Brasil, cuja ordem político-institucional é formada por três entes federados (União, estados e municípios), o que acirra, ainda mais, as tensões e os conflitos federativos.

Nesta perspectiva, os entes federativos seriam forçados a adotarem estratégias de cooperação, solidariedade e associativismo, a fim de instituírem instrumentos de cogestão e ações coletivas mediante um pacto de compartilhamento de atribuições e responsabilidades, que viabilizassem a formulação e implementação das políticas de saúde em seus territórios.

Neste contexto, é que surgiram os Consórcios Intermunicipais de Saúde, entendidos como arranjos institucionais de coordenação e cooperação entre municípios, formados através de um pacto interfederativo para a gestão e execução de ações e serviços de saúde. Serviriam, também, para o agenciamento de investimentos, elaboração de projetos, otimização de recursos na busca do melhor custo-benefício, de economia de escala, e, sobretudo, idealizados para tornar a gestão do SUS realmente solidária e cooperativa.

De acordo com o segundo estudo técnico elaborado pela Confederação Nacional de Municípios, que mapeou os consórcios públicos no Brasil cadastrados na base de dados do Observatório Municipalista de Consórcios Públicos (OMCP), foi identificado que 4.723 (84,8%) municípios brasileiros participavam de, pelo menos, um consórcio público (HENRICHS, 2021).

O levantamento também demonstrou que a maioria dos municípios-sede possui porte pequeno e médio. Além disso, foram identificados 601 consórcios públicos no país e, desses, 205 eram Consórcios Intermunicipais de Saúde (HENRICHS, 2021).

Esta dissertação explora a hipótese de que os Consórcios Intermunicipais de Saúde podem ser mecanismos de solução organizacional e potencialização da coordenação entre os municípios e de articulação destes com os demais níveis de governo, que podem colaborar com a construção da regionalização no âmbito de um território, sem deixar de enfrentar a factibilidade e viabilidade políticas, os limites e percalços para a sua instituição e entrega de resultados.

Para este estudo, a cooperação entre os entes, a governança regional, a importância dos arranjos institucionais de coordenação federativa e a lógica da organização de redes de serviços articulados e hierarquizados serão considerados norteadores para a análise da funcionalidade dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Tendo por base teórica a relação entre o desenho federativo brasileiro, a descentralização para a regionalização e os arranjos intergovernamentais no campo da política de saúde, esta pesquisa gira em torno da seguinte pergunta norteadora: Os Consórcios Intermunicipais de Saúde podem favorecer a construção de redes regionalizadas no âmbito do território consorciado?

A partir da revisão narrativa da literatura sobre as experiências de gestão consorciada, que analisou os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) em conexão com a regionalização, o presente estudo pretende identificar o papel, as possibilidades e os limites destes mecanismos institucionais de coordenação federativa e investigar se tais arranjos podem favorecer a construção de redes regionalizadas.

Justifica-se o estudo para compreender a dinâmica das relações interfederativas no SUS, sob a perspectiva do federalismo brasileiro e da descentralização para regionalização, na busca de identificar se os Consórcios Intermunicipais de Saúde, compreendidos como mecanismos de coordenação e cooperação federativa, seriam ferramentas de gestão e instrumentos potenciais para o fortalecimento da regionalização, sem deixar de lado de observar os limites e entraves para esta funcionalidade.

Partindo do princípio de que existem modelos diversos de federalismo e variados formatos de organização político-territorial do poder, no primeiro capítulo, serão apresentadas as formas de organização do Estado, os modelos de federalismo e suas dimensões institucionais, a formação do Estado Federal brasileiro, o federalismo cooperativo pós-1988 e o impacto do atual desenho federativo nas políticas públicas.

Para compreender o processo de implementação do SUS e sua interdependência com as relações federativas, no segundo capítulo, será descrita a trajetória da descentralização da política de saúde no Brasil e apresentada a implementação do Sistema Único de Saúde sob a perspectiva das Normas Operacionais Básicas (NOB's), das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOA's) até a Resolução CIT nº 01, de 30 de março de 2021, que consolidou as normativas sobre a gestão compartilhada do sistema (BRASIL, 2021).

No terceiro capítulo, será descrito o marco regulatório dos consórcios públicos no Brasil e identificados seus aspectos conceituais, jurídicos e institucionais. Além disso, com base nas teorias das ações coletivas, em especial, do *Institutional Collective Action* (ICA), será destacada

a viabilidade das ações coletivas e a importância dos instrumentos de coordenação federativa para possibilitar uma gestão solidária e cooperativa no SUS como pressupostos da diretriz da regionalização.

No quarto capítulo, a partir de uma pesquisa quantitativa na única base de dados pública que reúne informações gerais sobre consórcios públicos no Brasil, serão contabilizados os CIS cadastrados no OMCP da CNM, cujos dados numéricos e de localização de cada Consórcio Intermunicipal de Saúde foram compilados no APÊNDICE A deste trabalho.

No quinto e último capítulo, a partir de um estudo de revisão narrativa da literatura sobre as experiências de gestão consorciada investidas através dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, que analisou se esses mecanismos institucionais favoreceram a construção da regionalização, serão debatidos os achados na seleção bibliográfica, a fim de responder ao problema-foco em análise.

Ao final, serão discutidos os achados na literatura selecionada sobre as experiências consorciadas e, com base em todo o estudo, será delineado um posicionamento crítico sobre os papéis, as possibilidades e os limites dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em correlação com a diretriz da regionalização.

1 OBJETIVOS DA DISSERTAÇÃO

Com base na revisão narrativa da literatura, o estudo buscou investigar se os Consórcios Intermunicipais de Saúde, entendidos como mecanismos de coordenação federativa voltados para o apoio à gestão descentralizada, podem potencializar a cooperação entre os municípios e promover ações coletivas na área da saúde, consolidando a política de regionalização.

Para tanto, a partir das experiências de gestão consorciada por municípios, que utilizaram os CIS como mecanismos e modelo organizacional da assistência em nível regional, exploradas pela literatura, a pesquisa pretendeu identificar as possibilidades e os limites destes arranjos para a organização de redes regionalizadas. O estudo contemplou os seguintes objetivos específicos:

- a) apresentar a evolução do desenho federativo do Brasil (1891-1988) e as dimensões institucionais do federalismo cooperativo;
- b) traçar a cronologia de implementação do SUS através do processo de descentralização rumo à regionalização;
- c) demarcar a regulamentação dos consórcios públicos no Brasil, seus aspectos conceituais e institucionais, com foco nos Consórcios Intermunicipais de Saúde;
- d) entender a importância dos CIS como mecanismos de coordenação federativa para a gestão “solidária e cooperativa” na saúde;
- e) levantar as bases de dados sobre os CIS no Brasil, a fim de localizá-los e identificá-los;
- f) descrever os achados na literatura, que analisou os Consórcios Intermunicipais de Saúde como proposta organizacional da assistência em nível regional, a fim de analisar o papel, as possibilidades e os limites de tais arranjos à construção de redes regionalizadas.

2 MÉTODO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, cujo objetivo principal foi, através da revisão narrativa da literatura sobre as experiências de gestão consorciada conduzidas por Consórcios Intermunicipais de Saúde, investigar se esse tipo de arranjo institucional de associação e cooperação entre municípios na área da saúde revela ser um mecanismo apto à construção de redes regionalizadas.

Para a elaboração desta dissertação, foram utilizados exclusivamente dados secundários e documentos oficiais disponíveis em bases de dados públicas, através de meios eletrônicos ou de informações procedentes da literatura, o que dispensou a prévia aprovação por Comissão de Ética em Pesquisa, em observância à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996).

De acordo com o fluxo instituído na Resolução nº 2.361/2021 da Secretaria do Estado de Saúde/Rio de Janeiro (SES/RJ), a Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde da SES/RJ, em conjunto com a Assessoria de Regionalização, declarou estar ciente e concedeu anuência mediante assinatura da carta em 22/02/2022 em consonância à Carta nº 0212/CONEP/CNS/2010 e à Resolução CNS 466/2012¹.

A primeira parte do estudo fundamentou-se no referencial teórico do federalismo brasileiro, a partir da análise descritiva dos marcos teóricos do federalismo até a compreensão da formação do Estado Federal brasileiro pós-Constituição Federal de 1988, que instituiu um novo desenho federativo, a descentralização das políticas sociais e o Sistema Único de Saúde.

Já a segunda parte da dissertação foi estruturada a partir de uma revisão da literatura sobre os consórcios públicos, com foco nos Consórcios Intermunicipais de Saúde e na análise da Teoria da Ação Coletiva Institucional de Feiock (2013), uma importante bússola para investigar os fatores condicionantes que levam os entes federativos à disposição da prática de atitudes cooperativas e à constituírem mecanismos institucionais de coordenação, explorando a hipótese dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Utilizou-se artigos acadêmicos, literatura cinzenta e dados secundários para identificar os aspectos conceituais, jurídicos, institucionais, a funcionalidade, as possibilidades e os limites dos Consórcios Intermunicipais de Saúde como instrumentos de coordenação federativa sob a ótica da cooperação e solidariedade intergovernos.

¹ Carta de anuência assinada, instruída nos autos do Processo nº SEI-080001/003056/2022.

Por ser uma pesquisa que se propõe a realizar uma revisão narrativa da literatura sobre as experiências de gestão por Consórcios Intermunicipais de Saúde, que analisaram esse tipo de arranjo institucional de cooperação entre municípios sob o ângulo da regionalização, o primeiro passo foi levantar a bibliografia que trouxesse achados para responder se os CIS seriam instrumentos potenciais de organização da RAS alinhados à diretriz da regionalização.

Cordeiro *et al.* (2007) assinalam que a revisão narrativa da literatura apresenta uma temática mais aberta, dificilmente parte de uma questão específica bem definida, e não se exige um protocolo rígido para sua confecção.

Sobre o levantamento bibliográfico, os autores apontam que a busca das fontes não é “pré-determinada e específica”, sendo “arbitrária” a seleção da produção bibliográfica e das informações, com grande interferência da percepção subjetiva do pesquisador (CORDEIRO *et al.*, 2007).

A revisão narrativa da literatura objetiva mapear o conhecimento sobre uma questão ampla, não há critério explícito e sistemático para a busca das fontes bibliográficas e a análise crítica das evidências e a seleção dos estudos é discricionária, ou seja, o pesquisador decide livremente quais os artigos ou informações são mais relevantes para responder ao problema da pesquisa.

Verificou-se que, em estudo bibliométrico que analisou as teses e dissertações sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde, publicadas na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações no período de 1990 a 2017, foram encontradas 8 teses e 20 dissertações defendidas em programas de pós-graduação reconhecidos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que trataram sobre a temática “Consórcio Intermunicipal de Saúde” (SILVA, J. L.; PADOVEZE; SILVA, J. E., 2019).

A maioria da produção analisada por J. L. Silva, Padoveze e J. E. Silva (2019) adotou o enfoque exploratório, com abordagem descritiva na forma de estudos de casos, mas em nenhum houve uma correlação em investigar os CIS com o processo de regionalização e, sobretudo, que trouxesse achados para responder ao problema desta pesquisa.

Em consulta realizada no ano de 2021 na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações para seleção bibliográfica deste estudo, não foram encontradas publicações novas que analisaram os CIS associados aos resultados para o processo político da regionalização.

Trata-se de revisão narrativa da literatura sobre as experiências de gestão consorciada, que utilizaram os Consórcios Intermunicipais de Saúde como modelo organizacional da assistência em nível regional. Foram utilizadas três bases de dados científicas (*Scientific Electronic Library Online* Brasil (SCIELO BR), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e

Repositório Institucional da Fiocruz (ARCA), com seleção da categoria “saúde pública” e como descritores mais amplos “Consórcios de Saúde” e “Consórcios Intermunicipais de Saúde”.

A primeira base de dados utilizada na pesquisa foi o portal da BVS com seleção da categoria “saúde pública” e como descritores “Consórcios de Saúde” e “Consórcios de Saúde AND experiências” que tivessem citação no título, resumo e assunto. No descritor mais amplo, foram encontrados 84 artigos, já com a junção da palavra-chave “experiências” foram listados 23 artigos.

A segunda base de dados utilizada na pesquisa foi o ARCA com filtro para os artigos que apresentassem como descritor “Consórcios Intermunicipais de Saúde” em toda a base bibliográfica. A partir desta categorização, foram encontrados 48 artigos.

A terceira e última fonte para embasar a revisão bibliográfica foi a base de dados SCIELO BR, com filtros para os artigos que apresentassem como descritores: “consórcios de saúde” (29 resultados); “Consórcios Intermunicipais de Saúde” (14 resultados); “Consórcios de Saúde AND regionalização” (16 resultados) e “Consórcios Intermunicipais de Saúde AND avaliação” (2 resultados).

Primeiramente, foram excluídos os artigos científicos em duplicidade nas três bases de dados elegidas, bem como os trabalhos acadêmicos que não trataram sobre as experiências de gestão por Consórcios Intermunicipais de Saúde sob a perspectiva de análise relacionada ao processo de regionalização. Ou seja, não foram selecionados os trabalhos que abordaram somente aspectos conceituais, legais, normativos, institucionais, processo de constituição, organização técnica e administrativa dos CIS.

Além disso, foram excluídos os artigos científicos que abordaram apenas as experiências de gestão consorciada para compras de medicamentos, insumos, bem como os que relataram a experiência da constituição dos CIS voltada para a contratação de pessoal ou procedimentos em saúde, pois tais finalidades e intenções não sugerem a construção e o fortalecimento da regionalização.

Ou seja, foram apenas selecionados os artigos que abordaram a temática dos CIS em conjunto com a da gestão regionalizada de ações e serviços de saúde, como diretriz do planejamento, gestão e organização territorial em Redes de Atenção à Saúde, para correlacionar fortalecimento e indução da regionalização com a gestão consorciada internalizada nos territórios pelos CIS.

Aplicando-se o protocolo de exclusão e inclusão sobre os achados na literatura, catalogados nas três bases de dados escolhidas, foram selecionados 06 artigos científicos na BVS; 02 trabalhos acadêmicos no repositório ARCA, 02 na base SCIELO BR e 01 trabalho

recém-publicado nos Anais do 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde, totalizando 11 artigos.

Portanto, foram selecionados 11 trabalhos acadêmicos do tipo “estudo de caso”, que avaliaram a implementação da gestão consorciada nos estados do Ceará, Pernambuco, Mato Grosso, São Paulo, Paraná, Bahia e Rio de Janeiro. A discussão sobre a regionalização apareceu em todos os artigos selecionados e os achados que interessavam ao objeto da pesquisa, foram apresentados em um quadro analítico com as seguintes informações:

Artigo/Ano de publicação	Estado	Síntese	Achados sobre regionalização
---------------------------------	---------------	----------------	-------------------------------------

A coleta de informações sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) instituídos no Brasil exigiu uma ampla pesquisa na internet, a fim de localizar um possível banco de dados que reunisse elementos quantitativos e qualitativos a respeito desses arranjos atuantes na área da saúde e que fosse capaz de extrair informações sobre a identificação e localização dos CIS no Brasil.

Em consulta ao sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foi possível localizar a plataforma “Cidades”², que reúne, por município, os dados que foram coletados pela Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC).

Diante dos recursos disponíveis na plataforma “Cidades” e a pretensão de se mapear os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil, seria necessário filtrar, para cada um dos 5.570 municípios brasileiros, as informações em relação à forma de articulação interfederativa, sua eventual participação em consórcios públicos e, em seguida, analisar se cada ente municipal seria integrante de algum CIS, para, finalmente, localizá-los. Ou seja, não se trata de um banco de dados específico sobre CIS no Brasil.

Há uma diversidade de experiências de gestão por Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil. A partir de uma abordagem quantitativa na única ferramenta que reúne informações sobre os consórcios no país, foi possível contabilizar e mapear os CIS cadastrados no Observatório Municipalista de Consórcios Públicos da CNM.

O Observatório pode ser consultado no sítio eletrônico: <https://consorcios.cnm.org.br>, e reúne informações sobre a constituição, manutenção, natureza jurídica, municípios

² O “Cidades” é um sistema agregador de informações sobre os municípios e estados do Brasil, que disponibiliza os dados obtidos nas pesquisas realizadas pelo Instituto, bem como infográficos, mapas e indicadores entre municípios e estados. A plataforma “Cidades” está disponível no endereço eletrônico: <https://cidades.ibge.gov.br/>.

consorciados e as áreas de atuação de cada consórcio público cadastrado no referido banco de dados, que ficam disponíveis em uma ficha técnica, exemplificada no APÊNDICE B desta dissertação.

O primeiro passo consistiu em levantar os dados disponíveis sobre os consórcios públicos na plataforma online do Observatório Municipalista da CNM, bem como foram identificados os filtros que poderiam ser aplicados no campo de busca, que delimitasse os achados que interessassem ao objeto de análise, qual seja, localizar os Consórcios Intermunicipais de Saúde.

De acordo com a ferramenta, é possível selecionar as seguintes opções de filtro para nortear os resultados da busca: “por Consórcio ou Sigla”; “Ano Início e Ano Fim”; “Áreas de Atuação”; “Finalidade”; “Natureza Jurídica”; “Estados”; “Municípios” e obter os achados em relação aos consórcios públicos.

Neste ponto específico da pesquisa, o trabalho classificou-se como uma abordagem quantitativa. A análise foi realizada em 11 de março de 2022 e os dados foram apresentados na forma de *print* ou tabelas, a partir dos resultados encontrados com a aplicação dos seguintes filtros: área de atuação: “saúde”; finalidade: “finalitário”, e, dessa forma, foi possível localizar 189 Consórcios Intermunicipais de Saúde cadastrados no banco de dados do Observatório, cujas informações foram compiladas no APÊNDICE A.

Considerando as cinco regiões brasileiras, foi escolhido um estado, por região, que apresentava o maior número de CIS (Pará, Mato Grosso, Paraná, Bahia e Minas Gerais) e foram levantadas as seguintes informações: município-sede de cada CIS localizado; número de municípios consorciados e a soma da população dos municípios que integrariam o Consórcio Intermunicipal de Saúde no momento da extração dos dados. Tais dados também foram compilados no APÊNDICE A.

Cabe frisar que os dados do Observatório são atualizados de forma dinâmica, pois os próprios gestores dos consórcios e/ou gestores municipais podem acessar a plataforma e atualizarem as informações, como, por exemplo, cadastrarem um novo consórcio ou até mesmo excluírem. Tal fato resultou em informações diversas quando comparadas com os dados extraídos no momento da elaboração do projeto desta dissertação (outubro de 2021).

Por exemplo, em consulta ao site da plataforma em outubro de 2021, existiam 601 consórcios públicos no Brasil, destes 333 atuavam na área da saúde com 4.295 municípios consorciados. Já a extração dos dados realizada em 11 de março de 2022, foram identificados 540 consórcios públicos, onde 301 atuavam na área da saúde com 4.205 entes municipais integrantes de algum consórcio de saúde.

Segundo Alves-Mazzotti (2002 *apud* VOSGERAU; ROMANOWSK, 2014, p. 170), a revisão da literatura ou revisão bibliográfica teriam dois objetivos: “a construção de uma contextualização para o problema e a análise das possibilidades presentes na literatura consultada para a concepção do referencial teórico da pesquisa”.

Portanto, nesta pesquisa, será analisada a produção bibliográfica sobre as experiências de consorciamento de municípios na área da saúde que investigaram os CIS aliados ao processo político da regionalização, para discutir o problema da pesquisa e traçar um quadro teórico a respeito do papel, das possibilidades e dos limites dos Consórcios Intermunicipais de Saúde como mecanismos de coordenação e cooperação entre municípios.

3 PARTE I - DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS, NA PERSPECTIVA DO FEDERALISMO BRASILEIRO

3.1 O Desenho Federativo e as Políticas Públicas no Brasil

3.1.1 A formação do Estado Federal e os modelos de federalismo

O Estado como hoje é conhecido remonta à época de Maquiavel, que qualificou o Estado Moderno como uma organização política que possui três elementos constituidores: povo, território e governo. No atual contexto histórico, o Estado se origina de seu próprio fracionamento, divisão, separação ou da união de sociedades políticas que se aglutinam para formar um único território político.

Existem três formas de organização política-territorial do poder: o unitário, o confederativo e o federativo. Todas as formas de organização do Estado são definidas por seus mecanismos ordenadores do espaço político, particularmente, pela maneira como a soberania é constituída politicamente (ABRUCIO; SANO, 2013).

No Estado Unitário, a soberania está concentrada no governo central e é uma e indivisível. O poder dos entes subnacionais deriva da ação voluntária da esfera nacional, que delega funções e graus de autoridade a partir de uma descentralização administrativa. A distribuição do poder obedece a uma hierarquia e há assimetria entre o poder nacional e as unidades subnacionais (ABRUCIO; SANO, 2013).

Nos Estados Unitários, o nível central de poder, em tese, toma decisões que são submetidas a todos os cidadãos nacionais e não encontram limitações decorrentes da atribuição de funções próprias a outras unidades de poder, ou seja, as unidades subnacionais não possuem autonomia política em nível local (SOARES; MACHADO, 2018).

Tal modelo se caracteriza por uma situação de centralização do poder político e ausência de autonomia subnacional, marcada por relações hierárquicas entre os entes políticos. Isso significa que, mesmo existindo alguma medida dos tipos de descentralização (administrativa, legislativa ou fiscal) para implementar políticas públicas, o poder decisório é reservado ao nível central (SOARES; MACHADO, 2018).

O segundo modelo de Estado é o confederativo, marcado por uma superioridade do arcabouço constitucional de cada um dos seus membros sobre o conjunto de regras que orienta a Confederação. Por tal razão, para que as decisões confederadas sejam válidas para todos os integrantes, é preciso da unanimidade dos votos, o que torna o processo decisório mais emperrado, conflituoso e de difícil consenso.

No modelo confederativo, quanto mais relações são estabelecidas entre as partes constituintes, não somente mais ações conjuntas são realizadas, como também, mais conflitos surgem. É por isto que a ausência de mecanismos ou regras que arbitrem tais conflitos torna mais complicada a manutenção da Confederação como forma de organização do Estado Nacional (ABRUCIO; SANO, 2013).

A dissolução de várias Confederações, ao longo da história, mostra a fragilidade dessa forma de Estado, onde a vontade das partes constituintes é mais forte e constantemente prepondera perante a vontade do centro político, fato que sinaliza o caráter frágil deste modelo.

O Estado Federal é o terceiro modelo e deriva da formação de uma Nação em que a soberania é compartilhada entre o governo central e os entes subnacionais. Sua regra de ouro é a busca da compatibilização do autogoverno com a interdependência, pela via, primordialmente, de um pacto constitucional ou por outros mecanismos institucionais de regulação das relações federativas (ABRUCIO; SANO, 2013).

Isso significa o estabelecimento de um poder central na figura da União, com capacidade para tomar e implementar decisões em todo o território nacional num campo delimitado de competências e, por outro lado, a manutenção da autonomia política das unidades subnacionais em um amplo espectro de competências, que não estão definidas no escopo de atuação limitada do nível central (SOARES; MACHADO, 2018).

O modelo federalista é marcado por algumas ambiguidades recorrentes: unidade *versus* diversidade; centralização *versus* descentralização; forças centrípetas *versus* forças centrífugas; e cooperação *versus* competição.

Elazar (1987 *apud* ABRUCIO; SANO, 2013, p. 15) define federação como:

O termo “federal” é derivado do latim *foedus*, o qual [...] significa pacto. Em essência, um arranjo federal é uma parceria, estabelecida e regulada por um pacto, cujas conexões internas refletem um tipo especial de divisão de poder entre os parceiros, baseada no reconhecimento mútuo da integridade de cada um e no esforço de favorecer uma unidade especial entre eles.

Em regra, na Federação, a União é formada por uma associação de unidades estaduais autônomas, sem que a soberania seja concentrada num só ente, pois ocorre um

“compartilhamento matricial de poderes entre os governos subnacionais e a esfera central” (ELAZAR, 1987 *apud* ABRUCIO; SANO, 2013, p. 14).

Nos sistemas federativos, os entes estaduais possuem atribuições próprias, elegem livremente seus governantes, participam das decisões na esfera nacional e possuem a característica da equalização fiscal, que corresponde à distribuição de tributos e recursos financeiros entre os entes governamentais, para definição de suas receitas e neutralização das desigualdades locais a partir de mecanismos redistributivos (ELAZAR, 1987 *apud* ABRUCIO; SANO, 2013).

Nos Estados Federados, de acordo com Wheare (1951 *apud* ISMAEL, 2013, p. 10), “as relações de poder entre os dois níveis federativos refletem os princípios estabelecidos no texto constitucional, o desenrolar do processo político e a cultura política predominante”.

Na discussão sobre as interfaces do poder, o federalismo representaria um sistema político não centralizado, cujas unidades subnacionais estariam imunes à interferência do governo federal, no qual “o poder não pode ser legitimamente concentrado sem quebrar o espírito do pacto federativo” (ELAZAR, 1994 *apud* ISMAEL, 2013, p. 11).

Soares (2013, p. 3), ao explorar as relações de poder no federalismo, aponta que

Os entes governamentais têm poderes únicos e concorrentes para governarem sobre o mesmo território e povo, sendo que a União governa o território nacional e seus cidadãos, enquanto as unidades subnacionais governam uma parte delimitada do território nacional com seus habitantes. Ambos atuam dentro de um campo pactuado de competências.

Mesmo do ponto de vista funcional, quando compartilham muitas atividades com a União, as unidades subnacionais não perdem o seu papel de produtores de políticas públicas e a sua autonomia para tomarem as decisões em nível local-territorial.

De acordo com Almeida (2001, p. 14), “os sistemas federais moldam formas peculiares de relações intergovernamentais, constitutivamente competitivas e cooperativas, e necessariamente caracterizadas pelo conflito de poder, como pela negociação entre esferas de governo”.

D. Wright desenvolveu um modelo para representar a distribuição do poder em sistemas federativos e a relação entre os governos. Na perspectiva de Wright (1997 *apud* ABRUCIO; SANO, 2013) seriam três os modelos distributivos do poder perante um Estado-Federal: autoridade independente, autoridade inclusiva e autoridade interdependente.

No modelo de autoridade independente, os governos manteriam um relacionamento de total independência e autonomia, obtido a partir da clara definição dos papéis de cada uma das

esferas de governo através da distribuição das competências e responsabilidades político-funcionais, que seriam elencadas na Lei Fundamental. Segundo a literatura, tal modelo estaria obsoleto ou não seria utilizável no atual estágio social e democrático (ABRUCIO; SANO, 2013).

Já no modelo da autoridade inclusiva/centralizada, haveria uma certa desigualdade na relação interfederativa entre o nível central e os entes subnacionais. Estes últimos acabariam assumindo funções administrativas e executivas dos programas nacionais, enquanto o governo nacional centralizaria a tomada de decisões sobre as políticas. Com isso, se estabeleceria uma relação hierárquica, assimétrica e superior do nível central em face dos níveis subnacionais (ABRUCIO; SANO, 2013).

Como último modelo de distribuição do poder em sistemas federativos e de relação intergovernamental estaria a autoridade interdependente, que ocorreria quando duas ou três esferas de governo atuariam, simultaneamente, em ações governamentais de forma articulada e coordenada.

Neste modelo, o poder e a influência estariam limitados, criando um padrão de autoridade em que prevaleceriam a barganha, pactuação, cedência e troca para a realização dos objetivos comuns de uma Nação. As áreas de autonomia exclusiva de ação ou de jurisdição única seriam reduzidas a espaços de ação similares ao modelo de autoridade independente (ABRUCIO; SANO, 2013).

No contexto das relações intergovernamentais nas federações contemporâneas, os três modelos podem ser verificados, porém com predominância da autoridade interdependente em razão da necessidade de maior coordenação entre as ações federativas para viabilizar a gestão compartilhada das políticas públicas, principalmente, as de cunho social (ABRUCIO; SANO, 2013).

Uma questão crucial no sistema federativo está relacionada à presença de um conjunto de atores institucionalmente poderosos – as unidades federadas – que, dependendo do nível de poder particular constitucionalmente reservado no pacto federativo, podem definir suas próprias políticas e influenciarem negativamente a implementação dos programas nacionais, formulados pelo poder central, em âmbito local.

Outros fatores que podem provocar ações negativas pelas unidades periféricas com impacto nas políticas centrais são: a influência da representação política dos interesses subnacionais no nível central (Congresso Nacional, no caso brasileiro); o grau de comprometimento da equalização fiscal entre as unidades constituintes; e o grau de

coordenação das tarefas e competências comuns e concorrentes entre os níveis de governo (ABRUCIO; SANO, 2013).

Segundo Pierson (1995 *apud* ABRUCIO; SANO, 2013, p. 26), a reserva de poderes específicos às unidades constituintes pode ocasionar o desenvolvimento de políticas sociais próprias e, na ausência de instrumentos ou arranjos de coordenação federativa, podem levar a processos denominados de *policy preemption*, que, traduzidos pelos autores, seriam uma forma de “antecipação da política pública” pelos entes subnacionais.

O conceito de *policy preemption* se relaciona com a provisão de um determinado serviço por uma unidade constituinte antes que um outro ente federativo tome a iniciativa de realizá-lo no campo social. Tal fenômeno aumentaria os custos para uma reforma posterior e dificultaria iniciativas de coordenação intergovernamental, bem como embaraçaria a concentração do poder decisório em um único ente federativo sobre determinada política (ABRUCIO; SANO, 2013).

Ainda sob a perspectiva da reserva de poderes às unidades subnacionais, a disputa entre os diferentes níveis de governo levaria, segundo Abrucio e Sano (2013, p. 27), ao processo denominado de *competitive state building*, que diz respeito “ao crescimento do estado de bem-estar social e à competição entre as esferas de governo para definir quem seria o responsável pela oferta dos serviços e que, dessa forma, se legitimaria perante o eleitorado”.

Para os autores, se, por um lado, a reserva de poderes às unidades subnacionais produziria inovação nas políticas públicas, por outro, aumentariam os problemas de coordenação federativa, os conflitos, as tensões e a sobreposição ou ausência de ações governamentais em razão da disputa, pelos governantes, dos ganhos na arena eleitoral, quais sejam, os votos.

Nesta circunstância, para a produção de políticas públicas no âmbito de um sistema federativo em que coexistem diferentes esferas autônomas de governo, parcialmente independentes e parcialmente dependentes, deve-se levar em conta a sobreposição das relações entre os governos, o que constitui um relacionamento interdependente ou processos de *shared-decision making* (PIERSON, 1995; WRIGHT, 1988 *apud* ABRUCIO; SANO, 2013, p. 30).

Abrucio e Sano (2013) apontam dois modelos de relacionamento intergovernamental no cenário federativo: o competitivo, de Charles Tiebout, cuja teoria é inaugurada em 1956 sob o referencial teórico da economia política norte-americana da década de 1950; e o cooperativo moderno.

O modelo competitivo de relações intergovernamentais é marcado pelo aumento do controle sobre o poder e, como consequência, melhora na prestação dos serviços públicos,

sobretudo, nas esferas subnacionais, pois os efeitos do ambiente competitivo incentivariam a inovação das políticas e a ampliação da resposta do sistema (ABRUCIO; SANO, 2013).

Além disso, o modelo competitivo seria fundamental para garantir *checks and balances*, autonomia dos níveis de governo, inovação e elasticidade, que favoreceriam o relacionamento intergovernamental na diversidade de situações existentes num país federativo, mas tenderiam a aumentar a desigualdade entre os níveis de governo (PETERSON, 1995 *apud* ABRUCIO; SANO, 2013).

É certo que muitos serviços e bens públicos dependem de mais de um nível de governo para que sejam colocados em funcionamento no campo social. Nesse caso, segundo os autores, a competição somente atrapalharia a implementação das políticas públicas (ABRUCIO; SANO, 2013).

Em contraponto, no modelo cooperativo, a colaboração mútua entre as unidades federadas para a consecução dos objetivos sociais e econômicos comuns tem sido um dos principais instrumentos de ação das federações, fenômeno conhecido como federalismo cooperativo.

A emergência do tema da cooperação-competição partiu da análise adotada por Elazar (1987), o qual propôs um padrão capaz de compatibilizar os dois modelos de relacionamento intergovernamental, o competitivo e o cooperativo. Nas palavras do autor, “[...] todo sistema federal, para ser bem sucedido, deve desenvolver um equilíbrio adequado entre cooperação e competição e entre o governo central e seus componentes” (ELAZAR, 1987 *apud* ABRUCIO; SANO, 2013, p. 20).

Assim, o federalismo pode ser analisado sob a lógica da cooperação-competição, onde as relações entre a União e os estados-membros, e destes entre si, podem ser descritas pela presença simultânea de elementos cooperativos e competitivos.

Sob a perspectiva da evolução institucional-histórica do federalismo, a partir do século XX, devido às novas funções do Estado no contexto do bem-estar social, houve um processo gradual de repartição vertical de competências e diminuição da dualidade entre o poder central e o local, passando a privilegiar a ação conjunta, articulada e compartilhada dos entes federados na coordenação e gestão das políticas públicas (SOARES; MACHADO, 2018).

O federalismo vem sendo objeto de atenção em pesquisas e práticas nas áreas da gestão e políticas públicas, sobretudo em países que adotaram essa forma de organização político-territorial, principalmente, para investigar sua relação e seus efeitos nas políticas públicas, destacadamente, as sociais, em razão da descentralização fiscal e político-administrativa em sistemas federativos.

De acordo com a literatura (OBINGER; LEIBFRIED; CASTLES, 2005 *apud* SOARES; MACHADO, 2018), existem variedades institucionais entre tipos de federalismo, as quais podem ser analisadas sob o ângulo das tipologias das diferentes formas de divisão de responsabilidades entre os níveis de governo. Segundo os autores, o federalismo interestado e intraestado seriam as duas tipologias de repartição de poderes/responsabilidades entre os entes políticos.

No federalismo interestado, há uma separação verticalizada do poder e das competências, que são bem definidas entre a União (poder central) e os estados constituintes (nível subnacional), com jurisdições bem delineadas para atuação exclusiva de cada nível de governo (SOARES; MACHADO, 2018).

Neste tipo de repartição do poder, está presente a marca da dualidade, baseada na atuação separada e independente de cada ente político na produção e implementação das políticas públicas, cujas atribuições e competências são bem definidas no pacto constitucional, não deixando margem para a atuação sobreposta ou usurpação de competência de um ente por outro nível de governo.

Já no federalismo intraestado, o pacto federativo designa aos diferentes entes federativos funções específicas de formulação ou implementação de políticas públicas e define responsabilidades comuns e concorrentes entre os diferentes níveis de governo (SOARES; MACHADO, 2018).

No modelo intraestado, apresenta-se o federalismo cooperativo, marcado pelas ações compartilhadas, coordenadas e solidárias entre os entes políticos visando à consecução de objetivos comuns. Entretanto, para o êxito das ações, se faz necessário articular algum dos instrumentos de coordenação entre as pessoas políticas para o exercício conjunto das competências nas quais os vários integrantes da Federação possuem certo grau de participação.

No Brasil, há complexas relações de interdependência entre a União e os entes subnacionais, principalmente em virtude do formato trino da nossa federação, com a presença dos municípios dotados de autonomia e poder local, o que dificultaria as atitudes de cooperação e ações de coordenação entre os três níveis de governo.

De acordo com a Lei Fundamental que redesenhou o federalismo brasileiro pós-1988, a organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, que podem vir a atuar de maneira isolada, ao passo que a vontade das partes é livre e igual com a manutenção integral de suas competências definidas pela Constituição.

Por outro lado, a Constituição Federal de 1988 também previu as competências comuns (artigo 23) e concorrentes (artigo 24) da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para um extenso rol de matérias, que podem vir a ser executadas conjuntamente pelas pessoas políticas através da cooperação e coordenação entre os entes federados (BRASIL, 1988).

A cooperação corresponde a tomada conjunta de decisões com reflexos significativos na responsabilidade dos entes políticos, a qual é marcada pela solidariedade entre os mesmos. Ou seja, todos os entes desempenham as funções constitucionais elencadas no artigo 23, com destaque para o inciso II, que prevê como dever comum, cuidar da saúde e assistência pública, bem como da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência.

Já a coordenação para a distribuição de poderes e atribuições está materializada no artigo 24, que elenca as competências concorrentes entre os três entes políticos, que concorrem em uma mesma função, como, por exemplo, legislar sobre previdência social, proteção e defesa da saúde, mas com âmbito e intensidade distintos: União (normas gerais); Estados (normas suplementares) e Municípios (normas locais).

Conforme previsto no texto constitucional, o Poder Legislativo deveria fixar, através de Leis complementares, as normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, na busca do equilíbrio das ações coletivas entre os entes para o desenvolvimento do bem-estar em âmbito nacional.

Todavia, até o presente momento, não foi publicada Lei Complementar que regule a atuação comum, solidária e cooperativa dos três níveis de governo nas tarefas alusivas à saúde, como ocorreu, por exemplo, com a cooperação entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios nas ações administrativas decorrentes da competência comum relativa à proteção das paisagens naturais, do meio ambiente, ao combate à poluição e à preservação das florestas, da fauna e da flora (Lei Complementar nº 140, de 08 de dezembro de 2011).

Somente no contexto da crise sanitária, política e social decorrente da pandemia da COVID-19 é que o Legislativo apresentou o Projeto de Lei Complementar nº 114/2020 que, se aprovado, fixará normas de cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios nas ações administrativas para o exercício da competência comum de cuidar da saúde relativas ao enfrentamento de calamidade pública em virtude de situação epidemiológica declarada como Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN).

Contudo, a supracitada proposta legislativa não enfrentará a lacuna da regulamentação da ação cooperativa e solidária para as tarefas comuns de concretização do direito à saúde no

âmbito da gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde, conforme determina o parágrafo único, do artigo 23, da Constituição Federal de 1988.

De forma vaga e imprecisa, a Carta Política de 1988 previu no art. 30, inciso VII, da Constituição Federal, a competência dos entes municipais de prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, serviços de atendimento à saúde da população, replicada no art. 16, inciso XIII, da Lei Orgânica da Saúde, porém não previu os mecanismos e instrumentos de cooperação federativa.

O pacto federativo brasileiro instituído na Constituição Federal de 1988 garantiu a redistribuição da autonomia político-financeira aos entes integrantes da Federação. Todavia, o modelo, que foi desenhado para promover maior descentralização e cooperação, acabou escancarando ineficiências sistêmicas reveladas na concentração do poder decisório, tributário e de arrecadação no nível central, deixando à margem os instrumentos de coordenação para a gestão compartilhada e solidária das políticas públicas.

A realidade peculiar do federalismo brasileiro pode ser traduzida em duas características: centralização do poder e financeira no nível central e ações coercitivas da União em face das unidades constituintes periféricas, esta última decorrente das alterações constitucionais introduzidas nos últimos anos correspondentes às transferências constitucionais, ao regime fiscal e à divisão de receitas tributárias, que limitam a autonomia e liberdade dos entes subnacionais, principalmente dos municípios.

Sobre o centralismo do sistema federativo brasileiro, Ribeiro (2018, p. 336) assinala que

o centralismo federativo também aparece nas medidas que reduzem a autonomia local a partir das vedações à concessão de benefícios fiscais, que, embora destinadas ao combate da guerra fiscal, acabam por promover a evidente fragilização do nosso federalismo cooperativo e da possibilidade de Estados e Municípios buscar o seu próprio desenvolvimento econômico e social.

No cenário brasileiro e, principalmente, na política de saúde, a decisão do nível central, tomada pelo Ministério da Saúde para o interesse de todos e bem comum, é adaptada e executada autonomamente pelos entes locais, que a adaptam às suas particularidades, necessidades e, sobretudo, factibilidades e viabilidades de execução.

No caso do SUS, a implementação dos programas nacionais de saúde, estruturados, normatizados e subfinanciados pelo Ministério da Saúde, acontece de forma heterogênea pelos entes subnacionais, pois varia de acordo com o porte, a capacidade burocrática, os recursos humanos e tecnológicos disponíveis em cada estado ou município, bem como depende da

vontade política dos gestores locais e estaduais, o que estimula a desigualdade na provisão dos serviços de saúde no território brasileiro.

O que deveria ser um Sistema Nacional de Saúde integrado e unido por coesão se tornou os 5.570 subsistemas municipais de saúde, desarmônicos, desarticulados e desiguais, que fazem parte integrante do seu respectivo subsistema estadual, este último dotado de diferentes capacidades burocráticas, financeiras e técnicas para exercer o papel de coordenador da organização da Rede de Atenção à Saúde em nível loco-regional, que deveria observar o discurso da regionalização.

3.1.2 A evolução do desenho federativo brasileiro

México, Venezuela, Argentina, Canadá e Brasil constituíram territórios com autonomia política em seu processo de colonização, o que levou à construção de forças centrífugas que levaram à centralização do poder e, para resolver os conflitos territoriais e garantir a autonomia local, adotaram a forma de Estado federalista ainda no século XIX (SOARES; MACHADO, 2018).

A norma jurídica não advém de forma autônoma, pelo contrário, é fruto das estruturas políticas e econômicas formadas a partir das relações humanas. A evolução do pacto federativo possui um assentamento histórico-social, constituindo-se numa teia de relações sociais e conflitos, cujas repercussões econômicas e políticas formam a base do progresso constitucionalista brasileiro.

Para compreender o modelo de federalismo adotado pelo Brasil na Constituição de 1988, é fundamental percorrer a trajetória histórico-política da formação do Estado Federal, iniciado em 1889, que funcionalizou a união precedida por um Estado unitário que vigorou desde a independência do país até a proclamação da República.

O Estado Federal brasileiro nasceu de um processo de descentralização do poder rumo aos entes subnacionais e manutenção do nível central, diferentemente do federalismo norte-americano, que correspondeu ao propósito de união a partir de um processo de centralização do poder, porém com a manutenção da autonomia político-administrativa aos estados-membros. Neste sentido, o Brasil foi constituído da união pela descentralização enquanto os EUA se formaram da descentralização pela união.

Soares e Machado (2018), no livro “Federalismo e Políticas Públicas”, analisaram a origem e trajetória da constituição da Federação brasileira até 1988, destacando as características da organização territorial do poder até o manto da nova ordem constitucional, promulgada sob o contexto da redemocratização do país.

Além disso, apontaram os aspectos institucionais do federalismo brasileiro e os correlacionaram com as políticas sociais para identificar alternativas de coordenação das ações entre os entes governamentais no tabuleiro do jogo federativo, marcado por tensões e conflitos entre os três níveis de governo da Federação.

Desde o período colonial, os interesses centrífugos eram dominantes. Em 1534, a criação do sistema de capitanias hereditárias marcou o início da descentralização e autonomia do poder local, quando Portugal transferiu para os 14 capitães-mores os custos da colonização. O sistema de capitanias hereditárias foi substituído, em 1549, pelo Governo-Geral, sem eliminar a autonomia local durante todo o período colonial.

A partir da independência do Brasil em 1822, o Estado uno e a centralização do poder na figura do Imperador marcaram a ordem constitucional no período imperial. A Constituição Monarquista de 1824, para além da divisão clássica do poder em Executivo, Legislativo e Judiciário, instituiu o poder Moderador, que garantia a assimetria entre os demais poderes e a superioridade do último (BRASIL, 1824).

Com o advento da crise escravista, das demandas por autonomia provincial e das reações contra o centralismo monárquico, as tensões das elites agrárias locais elevaram-se e culminaram pela insurgência contra o modelo monárquico através do movimento republicano, o qual levantava a bandeira do federalismo contra o centralismo político do segundo Império.

A Federação brasileira foi resultado da ação de lideranças políticas subnacionais, que conquistaram o poder central e estabeleceram a forma federal de Estado-Nação a partir de um processo de descentralização política, que inaugurou a primeira Constituição instituidora do modelo federativo no Brasil (1891).

De acordo com Soares e Machado (2018), a Federação defendida pelos republicanos à época tinha um significado próprio e semelhante ao propósito do federalismo norte-americano, que era balizado também na defesa e preservação dos interesses das elites políticas das unidades constituintes. A Proclamação da República brasileira e a instituição do federalismo foram pautadas na preservação dos interesses políticos da elite agrária emergente situada, principalmente, no eixo Minas Gerais e São Paulo.

A proclamação da República é um marco na origem da Federação brasileira e foi inaugurada pelo Decreto nº 1, de 15 de novembro de 1889, que instaurou o Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil (BRASIL, 1889).

Na Carta Política da República Velha, período conhecido como “federalismo oligárquico” (SOARES; MACHADO, 2018, p. 74), compreendido entre 1889 e 1930, a forma republicana de governo, o estado federativo e o estabelecimento da independência dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário foram as marcas da reformulação política, cujo poder foi centralizado nas mãos das oligarquias agrárias das unidades federativas (São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul), que controlavam o processo eleitoral por meio do coronelismo.

Para conter as oposições nos estados e neutralizar as tensões e os conflitos sociais, o governo central, alternado entre as elites agrárias das unidades federativas supracitadas, utilizava-se da intervenção federal para controlar os oposicionistas e manter nas mãos dos barões da federação o centro político do poder. A primeira experiência federativa brasileira teve como maior obstáculo para sua efetividade o “caráter oligárquico e excludente da política nacional” (SOARES; MACHADO, 2018, p. 75).

Com o objetivo de nacionalizar as decisões políticas e retirar das oligarquias agrárias o domínio decisório, Getúlio Vargas, através da Constituição de 1934, concentrou o poder administrativo nas mãos da União e inaugurou as diretrizes sociais no texto constitucional. A Carta Política de 1934 é reconhecida como a primeira Constituição com anseios de garantia da cidadania e a de menor período de vigência na história constitucionalista brasileira.

O pacto constitucional de 1934 previa a “união perpétua e indissolúvel dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios em Estados Unidos do Brasil” e mantinha como forma de Governo a República Federativa, com distribuição de competências privativas da União e dos Estados, como também, competências concorrentes, dentre elas, “cuidar da saúde e assistência públicas”. Além disso, já autorizava a celebração de “acordo” para a melhor “coordenação e desenvolvimento dos respectivos serviços” (BRASIL, 1934, não paginado).

O surgimento dos Municípios como entes federativos foi a maior proposição do modelo de federalismo cooperativo e democrático surgido pela Constituição de 1934, substitutivo do modelo dual da Carta Política do início da República. Os Municípios seriam os entes que estariam mais próximos do real titular do poder (povo), e, portanto, deveriam ser capazes de atos políticos no atendimento de seus peculiares interesses (BARROSO, 1982).

Por outro lado, a previsão dos Municípios como entes políticos aliada à ampliação das competências da União fez com que os Estados perdessem gradativamente suas competências, enfraquecendo-os. Foi na Constituição de 1934 que os Estados passaram a ser dotados de

competências residuais, encobertas pelo vasto rol de competências da União e dos Municípios.

Vale registrar que os Municípios foram organizados com autonomia política e poderes claros de eletividade do Prefeito e dos Vereadores na Câmara Municipal. Também foram instituídos com competência reservada na Carta Constitucional para decretação dos seus impostos e taxas, de arrecadação e aplicação das suas receitas, porém com mecanismos de constrangimentos constitucionais dos demais entes federativos, como, por exemplo, a faculdade dos Estados de exercerem o poder de intervenção para prestar assistência técnica e fiscalização nas contas públicas municipais (BRASIL, 1934).

O surgimento de novos direitos sociais (trabalhistas) e da classe operária buscando novas formas de participação política resultaram em instabilidades política e social. Em 1937, Getúlio Vargas, sob o pretexto de neutralizar os conflitos e elevar a paz social no país, revogou a Constituição de 1934, dissolveu o Congresso e outorgou a Carta Constitucional que implantou a era do Estado Novo (1937-1945).

Sobre este período, nas palavras de Barroso (1982, p. 42), “Getúlio Vargas procurara estabelecer um insustentável equilíbrio entre forças antagônicas. A efervescência dos conflitos entre duas linhas ideológicas em que se debatia o mundo, também aqui se manifestava”.

Tal momento histórico-político foi marcado pela contenção dos conflitos territoriais de poder através da centralização político-nacional, autoritarismo e governo unitário em detrimento da democracia federal. O governo de Getúlio Vargas foi caracterizado pela prática da censura, pelos atos atentatórios aos direitos humanos e pelas perseguições políticas visando o controle das tensões oposicionistas ao Estado Novo.

A Carta Constitucional de 1937, de inspiração fascista, distinguiu-se da anterior (1934) por adotar medidas totalitárias de instituição da pena de morte; supressão da liberdade partidária e de imprensa; anulação da independência dos Poderes Legislativo e Judiciário; restrição das prerrogativas do Congresso Nacional; permissão para suspensão da imunidade parlamentar; prisão e exílio de opositores do governo; e eleição indireta para presidente da República com mandato de seis anos (BRASIL, 1937).

Com o fim da 2ª Guerra Mundial, Getúlio Vargas foi deposto com a queda do Estado Novo. Inspirada pelos anseios democráticos, a nova Carta Política de 1946 foi escrita através de uma Assembleia Nacional Constituinte, que inaugurou a República Populista e devolveu a independência, o equilíbrio e a harmonia entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. A nova Constituinte retornou o modelo federalista presidencialista como forma de Governo.

De acordo com o novo desenho federativo, a União era compreendida pelos Estados, Distrito Federal e os Territórios, com definição de competências privativas ao ente Nacional, dentre elas, a de legislar sobre a defesa e proteção à saúde (BRASIL, 1946).

Além disso, previu a autonomia dos Estados e Municípios a partir de eleições diretas para os cargos políticos, porém ainda com a possibilidade de intervenção dos Estados nos entes municipais para assistência técnica e fiscalização das finanças. Outro diferencial do texto constitucional foi o fortalecimento das receitas dos municípios com novas regras de repartição de tributos, iniciando o movimento municipalista de descentralização fiscal (BRASIL, 1946).

Embora a promulgação da Carta de 1946 tivesse restabelecido a democracia federal no Brasil, o período final de sua vigência foi bastante conturbado. Em 1961, o então presidente Jânio Quadros anunciou sua renúncia ao cargo e o vice-presidente, João Goulart, assumiu o poder em meio ao cenário de grave crise política, econômica e social, instabilidades que não foram possíveis ser neutralizadas a tempo de evitar o golpe político-militar de 31 de março de 1964.

Novamente, para conter um período marcado por disputas de variados interesses sociais, desigualdades, novas elites urbanas e industriais em conflito de classes com a massa operária, inflação, recessão econômica e desemprego, o recurso utilizado foi a centralização do poder na União mediante a instituição de um regime autoritário e com apoio “selado” das elites políticas nacionais.

Após o Golpe de 1964, diferentemente das Constituições republicanas anteriores, a promulgada em 1967 teve seus principais antecedentes nas discussões de interesses voltados ao fortalecimento do regime militar e de como operacionalizar um governo totalitário e centralizador (BONAVIDES, 2011).

A Constituição de 1967/1969, emendada sucessivas vezes pela expedição dos Atos Institucionais, em especial, o Ato Institucional nº 05, conferiu poderes ilimitados ao Presidente da República, marcou um período obscuro na política brasileira, de redução de direitos políticos, sociais, retorno da configuração centralizadora das relações territoriais de poder, perda da autonomia e do protagonismo dos entes subnacionais, fechamento do Congresso em determinado momento, tortura, perseguição de opositores e mecanismos de legitimação das ações políticas dos militares (BRASIL, 1969).

Sob o contexto de crise política, institucional, econômica e social, o regime militar perdeu a sustentação das elites que o apoiaram na ocasião da ruptura democrática e, a partir do processo de abertura lenta, gradual e segura, iniciado com a eleição de Geisel em 1974, e o restabelecimento das eleições diretas para governadores dos estados em 1982, foi possível a

consolidação de forças centrífugas de unificação do país em prol do federalismo democrático de 1988.

Tal processo foi capitaneado pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), governadores, municipalistas, movimentos sociais e políticos de esquerda, que defendiam a redemocratização do país, com instauração de uma Assembleia Nacional Constituinte para eleições diretas e, paralelamente, a descentralização, cujo símbolo de luta e militância de tais ideais reformistas foi o Movimento pelas Diretas-Já em 1984.

Nesta perspectiva de defesa das liberdades individuais e ideias garantistas, o Poder Constituinte Originário promulgou a Carta “Cidadã” de 1988, que instalou o novo pacto constitucional, assegurando o exercício pleno dos direitos sociais, individuais, políticos, e instituindo um Estado Democrático de Direito com um Federalismo remodelado, quer do ponto de vista político-administrativo, quer do ponto de vista tributário-fiscal.

Para Barroso (2012, p. 26), após o período de ditadura militar e autoritarismo violento no país, a Carta “Cidadã” de 1988 é um “rito de passagem para a democracia, para a maturidade institucional” nacional. Em suas palavras, “a Constituição de 1988 é o símbolo maior de uma história de sucesso: a transição de um Estado autoritário, intolerante e, muitas vezes, violento para um Estado Democrático de Direito”.

De acordo com o texto constitucional, a República Federativa do Brasil é formada pela união indissolúvel dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios, todos autônomos e detentores de competências próprias, comuns e concorrentes para legislar e prover ações governamentais, sob os pilares da descentralização, coordenação e cooperação entre os níveis de governo, visando o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional (BRASIL, 1988).

Shah (2007 *apud* BRANDT, 2010), em estudo que compara o sistema federativo de 12 países, concluiu que somente quatro (Brasil, Índia, África do Sul e Nigéria) possuíam sistemas federativos em três níveis, compostos pelos governos central, regional e local.

A Carta Magna de 1988 estabeleceu como institucionalidades do federalismo brasileiro a divisão político-territorial em União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Atualmente, há 26 Estados, 1 Distrito Federal e 5.570 Municípios.

Os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário encontram-se na União, nos Estados e Distrito Federal, não existindo Poder Judiciário no nível municipal de governo. No Legislativo, foi estabelecido um poder nacional bicameral – Câmara dos Deputados e Senado –, Assembleias Legislativas Estaduais uma em cada estado e Câmaras Municipais.

Outra característica institucional do federalismo brasileiro é o Supremo Tribunal Federal, última instância judicial brasileira, responsável pela guarda da Constituição, bem como pelo exercício da jurisdição constitucional, com a interpretação pacífica, majoritária e uniforme da Lei Fundamental em âmbito Nacional, sendo instância judicial de mediação, controle constitucional e dos conflitos federativos.

Por fim, o federalismo brasileiro pós redemocratização é balizado pela descentralização fiscal e político-administrativa para os entes subnacionais (estados e municípios), com distribuição das receitas da União para estados e municípios e dos estados para os municípios, bem como repartição de competências entre os entes políticos no contexto formal de cooperação e responsabilidade compartilhada pela produção e implementação de políticas públicas.

3.1.3 Dimensões institucionais do federalismo e políticas públicas

De acordo com a natureza das relações intergovernamentais, o federalismo contemporâneo classifica-se em “centralizado e cooperativo” (ALMEIDA, 2005, p. 35). O primeiro se configura quando os entes subnacionais quase se transformam em agentes administrativos e executores de programas sociais, planejados por um governo nacional, que possui grande influência decisória nos assuntos subnacionais e predomínio no controle dos recursos financeiros.

Já o cooperativo caracteriza-se por relações solidárias e ações conjuntas entre os entes políticos em matéria de políticas públicas com significativa autonomia e capacidade de autofinanciamento dos níveis subnacionais.

No caso brasileiro, o federalismo cooperativo da Carta Magna de 1988 previu a autonomia política aos entes subnacionais para determinadas áreas e transferiu recursos e responsabilidades para a implementação e gestão de políticas e programas sociais definidos no nível federal, como é o caso da saúde.

Soares e Machado (2018, p. 60) identificam quatro dimensões institucionais que podem atribuir variações entre os sistemas federativos e nexos de causalidade com as políticas públicas, são elas: “o grau de centralização jurisdicional da União; o federalismo partidário; o poder de revisão e arbitramento dos conflitos federativos em uma suprema corte de justiça; e o federalismo fiscal”.

O grau de centralização jurisdicional no nível nacional estaria relacionado à presença de recursos institucionais e mecanismos de coordenação federativa baseados na coerção constitucional ou legal sobre as unidades constituintes e incentivos que induziriam as escolhas locais para se convergirem aos interesses do nível central de governo, principalmente, para a implementação de programas nacionais (SOARES; MACHADO, 2018).

Conforme apontado na literatura, quanto maior for o poder do nível central de legislar sobre diretrizes, princípios, objetivos, definição de competências e de gastos das políticas públicas nacionais e menor for a capacidade dos entes subnacionais de vetarem as iniciativas dos programas nacionais, maior será o poder da União na formulação, coordenação, implementação e avaliação de políticas públicas (SOARES; MACHADO, 2018).

Para aferir a centralização jurisdicional da União, deve-se observar as regras relativas à distribuição de competências legislativas entre os níveis de governo e os recursos de veto dos entes subnacionais ao poder de legislar do nível central.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a União, em decorrência dos poderes privativos enumerados no artigo 22, reúne quase toda a competência legislativa. Já na competência concorrente, acaba por extrapolar sua parcela de atribuição, restando aos estados-membros e ao Distrito Federal pouquíssimas matérias legislativas, marcando a centralidade do poder de legislar sobre políticas públicas na esfera nacional.

Além disso, a Carta Cidadã de 1988 conferiu autonomia aos governos locais, com limitados incentivos para a cooperação horizontal e distribuiu atribuições e competências legislativas, administrativas e tributárias entre os três níveis de governo. Ocorre que há centralização na União para o poder de legislar, sobretudo, em matéria fiscal, bem como existe um ideário descentralizador em direção à execução das políticas públicas pelos níveis subnacionais.

Arretche (2010) examinou traços do Estado e do sistema político brasileiro e trouxe duas dimensões para compreensão do desenho federativo e seu impacto nas políticas públicas: as desigualdades regionais que moldaram a fórmula do sistema federal e a importância das relações entre União e os governos subnacionais para o seu funcionamento. Sobre a autonomia dos entes locais e a forma peculiar do federalismo brasileiro, a autora acrescenta:

A interpretação de que os governos subnacionais têm excessiva autonomia está baseada na evidência empírica de que a parcela dos governos subnacionais na arrecadação e gasto público consolidado no Brasil é bastante elevada quando comparada a outras federações. Adicionalmente, a interpretação se baseia na extensão das competências subnacionais na execução de políticas públicas, bem como no status

dos municípios na federação, características que são de fato peculiares ao arranjo institucional brasileiro (ARRETCHE, 2010, p. 588).

Outra constatação sobre a centralização jurisdicional da União no federalismo brasileiro é a reserva constitucional dada ao nível central para arrecadação dos maiores tributos e incentivos com desigualdades na repartição dos impostos brasileiros em contrapartida da fraca responsabilidade do poder central na provisão de serviços públicos, principalmente, os sociais, que foram descentralizados para os governos subnacionais, sobretudo para o nível local (municípios) em decorrência do processo de descentralização pós-redemocratização do país.

A segunda dimensão citada pelos autores é a questão partidária no federalismo e a forma como se organizam e se relacionam os partidos políticos entre os níveis de governo. Quando os partidos políticos, que disputam e ocupam os cargos de governo nos níveis subnacionais são independentes em relação aos partidos que disputam e ocupam os cargos nacionais, há descentralização do federalismo partidário e maior autonomia do nível local por conta da baixa influência dos partidos nacionais no processo eleitoral dos entes constituintes da federação (SOARES; MACHADO, 2018).

Os autores apontam, ainda, que a capacidade das direções nacionais dos partidos de neutralizar os interesses locais na formação da preferência parlamentar nacional, o atributo de sobrepor temas nacionais em detrimento das disputas subnacionais e uma maior fragmentação partidária favorecem o federalismo centralizado (SOARES; MACHADO, 2018).

A atividade jurisdicional da Suprema Corte de Justiça é a terceira dimensão institucional do federalismo, que impacta na análise do sistema federativo e sua correlação com as políticas públicas.

Segundo os autores, quanto maior for o papel de arbitramento e regulação dos conflitos federativos verticais e horizontais exercido pela Suprema Corte, maior será a interpretação sobre os limites do poder da União ou do grau de autonomia dos entes subnacionais na gestão das políticas e programas sociais (SOARES; MACHADO, 2018).

A jurisprudência da Suprema Corte torna homogêneo, em todo o território nacional, o entendimento jurídico sobre as funções governamentais, obrigações do Estado e os direitos e garantias do cidadão, o que potencializa o papel da Corte Maior de Justiça do Estado Federal de revisão constitucional e arbítrio nas tensões, omissões e conflitos entre o nível central e os estados-membros.

Última dimensão institucional levantada por Soares e Machado, o federalismo fiscal determina o modo de distribuição das receitas, arrecadas pelo ente central, para o direcionamento dos gastos públicos pelos entes subnacionais, característica marcante para

analisar as relações intergovernamentais e os instrumentos de arranjos institucionais de cooperação federativa (SOARES; MACHADO, 2018).

Em muitos momentos de reformulação do desenho federativo contemporâneo, como é o caso do Brasil pós-1988, o processo constitucional ocorreu em um período de instabilidades político-econômica, de expansão do capitalismo, de conjunturas neoliberais e de medidas de austeridade, o que despontou a criação de instrumentos legais de constrangimento e coação aos entes subnacionais, principalmente em matéria fiscal-tributária.

Tais ações coativas tinham por finalidade restringir ou controlar a autonomia para definir despesas e alocar recursos nos níveis subnacionais de governo. Com base nos estudos de Almeida (2005) sobre políticas públicas e federalismo fiscal, extraem-se alguns exemplos desses constrangimentos e coações, como: metas de endividamento total, gasto com salários, privatização de empresas estaduais, vinculação de receitas para gastos sociais específicos, Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), e as transferências fundo a fundo.

A relação entre o federalismo e as políticas públicas acentua-se quando se analisam as políticas sociais universalistas. Considerando as dimensões institucionais do sistema federalista adotada pelo pacto constitucional, os programas nacionais fixados pela União podem ter sua realização condicionada à vontade dos governos sublocais autônomos, que precisarão elevar tais políticas aos objetivos subnacionais. Caso contrário, poderão acentuar a desigualdade no acesso aos programas em nível loco-regional (SOARES; MACHADO, 2018).

Nesta perspectiva, Obinger, Leibfried e Castles (2005 *apud* SOARES; MACHADO, 2018), Peterson (2005 *apud* SOARES; MACHADO, 2018), Stepan (1999 *apud* SOARES; MACHADO, 2018) e Swank (2001 *apud* SOARES; MACHADO, 2018) defendem que a diversidade decisória, a fragmentação institucional, que levaria à limitação do estado de bem-estar-social, e os efeitos restritivos do federalismo sobre as maiorias nacionais *versus* o caráter homogêneo das políticas em termos de abrangência nacional de seus efeitos seriam “condição suficiente para bloquear ou atrasar o desenvolvimento de políticas sociais” e poderiam resultar em “maior heterogeneidade dessas políticas”, o que reforçaria o fenômeno da “heterogeneidade social” (SOARES; MACHADO, 2018, p. 65-66). De acordo com Soares e Machado (2018, p. 65),

a descentralização das políticas sociais para os estados, principalmente em termos de financiamento, cria uma situação insustentável para aqueles que disponibilizam programas efetivos. Eles tendem a tributar mais para prover essas políticas, o que pode afugentar os contribuintes, e podem tornar-se *welfare magnet*, ou seja, atrair mais pessoas pobres de outras partes do país. Para evitar isso, a tendência dos estados seria de limitar os benefícios sociais.

Uma questão a ser analisada e que foi levantada por Arretche (2012 *apud* SOARES; MACHADO, 2018) é: o sistema federativo causaria desigualdades? Arretche (2012 *apud* SOARES; MACHADO, 2018, p.70) concorda que “é possível que a descentralização do *policy making*, mantendo o *policy decision making* sob a coordenação do governo nacional, não afete a capacidade do Estado de desenvolver políticas sociais e reduzir desigualdades territoriais”.

Há uma tendência em considerar o federalismo como única variável capaz de produzir efeitos multidirecionais nas políticas sociais. Porém, devem ser analisados os seus atributos institucionais específicos, os parâmetros contextuais, incluindo neste campo, o desenho das instituições federais, os recursos para o poder de veto dos atores políticos subnacionais, a centralização jurisdicional e a descentralização político-fiscal nesse processo conectivo-lógico entre federalismo e políticas públicas.

Sendo assim, o federalismo não pode ser tomado isoladamente como única e independente variável na dinâmica de causalidades e efeitos sobre as políticas públicas, e sim compreendido como um dos componentes institucionais que deve ser analisado de forma combinada a outros contextos para o desenvolvimento e implicações na dinâmica de formulação e implementação das políticas públicas.

3.2 Da Descentralização à Regionalização: Aspectos Político-Institucionais na Implementação do SUS

3.2.1 Síntese da evolução político-institucional da saúde pública brasileira

Política de saúde pode ser entendida como a resposta social do Estado na forma de (re)ações às condições de saúde dos cidadãos e de suas determinantes. Pode determinar, ainda, o papel do Estado e sua relação com a sociedade neste campo da política pública e ser relacionada à “produção, distribuição, gestão, regulação de bens e serviços que afetam à saúde humana e o ambiente”; bem como às questões do “poder em saúde (*politics*)” ou às “diretrizes, planos e programas de saúde (*policy*)” (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 74).

É preliminar compreender a evolução político-institucional da saúde pública e os movimentos reformistas do setor, desde a República Velha (1889-1930) até o final da Nova

República (1985/1989), que positivaram o direito à saúde universal como garantia fundamental de todos os cidadãos e constituíram o Sistema Único de Saúde através da Carta Cidadã de 1988.

Após a proclamação da República, à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, estrutura administrativa centralizadora e tecnoburocrática em moldes científicos, da bacteriologia e microbiologia, Oswaldo Cruz implementou os serviços e programas de saúde, em formato de campanhas de vacinação, visando o combate às epidemias urbanas (varíola, febre amarela e peste bubônica) em nível nacional (KRÜGER, 2005).

As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), incumbidas de recolher a contribuição do patrão e dos funcionários, bem como pagar o benefício aos aposentados e pensionistas, foram criadas em 1923 pela Lei Eloy Chaves. São reconhecidas como a semente da assistência médica e previdenciária de alguns setores de trabalhadores urbanos (ferroviários e portuários) e instituíram a prestação x contribuição sob a lógica da meritocracia (KRÜGER, 2005).

Já no período populista da Era Vargas (1930/1945), foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que estabeleceram a organização previdenciária em torno de categorias de trabalhadores nacionais (marítimos e bancários), cuja estrutura administrativa padecia da intervenção do Estado Novo e era liderada, em grande parte, por apoiadores do regime autoritário e alvo de boicotes e corrupção (KRÜGER, 2005).

As CAPs e os IAPs ofereciam serviços de proteção social e saúde a seus trabalhadores e familiares. Na saúde, os serviços assistenciais ofertados eram de natureza hospitalocêntrica e contratualizados com a iniciativa privada ou filantrópica, o que favoreceu a expansão da rede hospitalar, dos serviços privados e dos interesses capitalistas na saúde, como a produção de equipamentos e de medicamentos.

O Ministério da Saúde foi criado em 1953, mas permaneceu em sua estrutura o modelo campanhista de atuação na saúde pública. Os serviços públicos de saúde estavam dispersos em ofertas sobrepostas vinculadas ao referido órgão ou ao Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Havia também os serviços públicos de saúde estaduais e municipais, que organizavam a vigilância sanitária e campanhas de promoção à saúde e imunização (KRÜGER, 2005).

Nessa época, a atenção médica hospitalar-curativa era concentrada nos centros urbanos e atendia aos trabalhadores vinculados a previdência social, cuja assistência era prestada pelos IAPs, serviços privados ou filantrópicos³. No campo da assistência privada, surgiram os

³ De acordo com a autora, é nos anos 1940-50, quando as instituições e empresas do setor público e privado implantaram esquemas de assistência médico-hospitalar para seus colaboradores, que se deu origem ao setor de assistência supletiva à saúde no Brasil. Posteriormente, as empresas estatais, criadas no governo Vargas, e alguns governos estaduais, criaram formas de prestação de assistência à saúde baseada em serviços próprios, reembolso de despesas médico-hospitalares ou prestação de serviços por terceiros. Já no final da década de

serviços de medicina de grupo para prestação da atenção médica a determinados segmentos da sociedade, que se conveniavam e tinham condições de pagar pelo atendimento.

No início dos anos 1960, surgiu um grande movimento social, liderado e conduzido pelas elites políticas progressistas, acadêmicos, sanitaristas, sindicatos e entidades sociais, que reivindicavam “reformas de base” para o modelo de atenção à saúde e que tinham como bússola resolver o impasse entre atenção individual médica x saúde coletiva. Em 1963, tais reformas foram debatidas na 3ª Conferência Nacional de Saúde.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde adotou a tese da municipalização⁴ e tinha como propósito descentralizar a execução da atenção básica de modo a criar uma estrutura de saúde em âmbito nacional e abrangente, que fosse flexível o bastante para adequar-se à realidade econômica, política e social da comunidade. Fixou-se, com clareza, uma proposta de Política Nacional de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1992).

Em contraponto ao movimento descentralizante, no regime militar (1964/1985), a centralização do poder deu a tônica à política de saúde no Brasil, que aliou “campanhismo e curativismo” em sua estratégia de saúde pública.

Os governos militares implementaram duas propostas para os serviços de saúde:

a) incentivo fiscal para que as empresas cuidassem da saúde de seus trabalhadores, organizando ou contratando serviços; b) incentivo fiscal e monetário para a construção de serviços privados e a organização dos serviços de medicina de grupo com promessas de convênios com a Previdência Pública (KRÜGER, 2005, p. 55).

Ou seja, o setor privado foi o beneficiado com recursos públicos e subsidiado por políticas econômicas e fiscais. Tais medidas trouxeram consequências marcantes para o setor-saúde, até hoje significativas para compreender o poderio do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS).

1950, a recém instalada indústria automobilística também adotou o mesmo modelo de cobertura securitária (KRÜGER, 2005).

⁴ Conforme pesquisa nos Anais da 3ª CNS, publicados pela Fundação Municipal de Saúde de Niterói em 1992, podem ser destacadas as seguintes propostas de reformulação da política de saúde no Brasil, que já ensaiavam a descentralização rumo aos entes municipais, bem como a coordenação e cooperação entre os três níveis de governo para a gestão compartilhada de um “projeto de Sistema Nacional de Saúde”: “Que os Governos Federal, Estaduais e Municipais, na mais estreita cooperação, estabeleçam, no menor prazo possível, em nível municipal, a estrutura sanitária básica do país, de forma a fornecer os cuidados médico-sanitários indispensáveis à defesa da vida de toda a população brasileira” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1992, p. 239); “Que seja assegurada alta prioridade à implantação de uma rede médico-sanitária, de caráter nacional, que atenda, primordialmente, ao combate às doenças de maior prevalência, de acordo com a política de municipalização” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1992, p. 244); “Que o Ministério da Saúde amplie as suas iniciativas na solução de questões sanitárias de interesse inter-estadual” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1992, p. 245); e “Instalação de serviços-pilotos que levem à prática a descentralização das atividades de Saúde Pública” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1992, p. 244).

Ademais, neste período, o sistema previdenciário sofria com o subfinanciamento e os desvios de recursos em razão dos escândalos de corrupção e do financiamento para as obras de infraestrutura e industrialização. Para evitar controles externos ao caixa previdenciário e afastar os trabalhadores da gestão, o governo militar em 1966 unificou os IAPs e as CAPs, criando o INPS⁵. Tal engenharia institucional reforçou os mecanismos de centralização e burocratização do Estado (COHN, 1980).

Em 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que definiu um novo desenho institucional para o sistema previdenciário. A assistência médica aos segurados, que contribuía com a previdência social, foi atribuída ao INAMPS, enquanto os setores da população que não contribuía não podiam acessar os serviços. Já a gestão financeira da previdência ficou a cargo do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS).

Em um contexto de total aversão aos rumos que a saúde pública tomava à época, a comunidade científica, os intelectuais, professores, acadêmicos, residentes médicos, movimentos sociais, partidos e políticos progressistas, a igreja e os atores culturais adotaram uma postura crítica ao centralismo autoritário, ao financiamento do mercado privado da saúde, às precárias e degradantes condições de vida e saúde da população e passaram a defender a universalização da saúde.

Iniciou-se um período de politização da atividade de médicos e epidemiólogos, que defendiam que a medicina não poderia se reduzir à utilização de técnicas sem qualquer relação com as condições de vida. Dessa forma, a medicina e não a saúde deveria ser entendida como uma prática social, que se organizaria através de canais políticos (BERTOLLI FILHO, 2001 *apud* KRÜGER, 2005).

Surgiu, daí, a Reforma Sanitária, que vem sendo associada, no Brasil, à movimento. De acordo com a literatura, o reformismo data da criação de uma série de instituições empenhadas na universalidade e equidade na assistência à saúde, como é o caso do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) de 1976 e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) de 1979, além dos Departamentos de Medicina Social e/ou Preventiva das universidades (BAPTISTA, 1997).

⁵ Souza (1986) afirma que o INPS passou a ser o grande comprador de serviços ao setor privado. Que três anos após o golpe militar, 80% dos hospitais privados do país já estavam contratados. Foi ressaltado ainda pelo autor que a expansão do setor privado lucrativo nacional acompanhou a expansão dos negócios das indústrias transnacionais, fabricantes de medicamentos e equipamentos (SOUZA, 1986).

Nessa época, houve um aumento da produção científica sobre as questões da saúde pelas ciências sociais, rompeu-se a dicotomia prevenção-cura, o que exigiu um outro olhar sobre o processo saúde-doença e a prática médica, pulverizado pelas diferentes unidades acadêmicas no corpo social, de cunho progressista para época, e reconhecido, nas palavras de Cohn (2011, p. 124), como um “saber militante”.

Como política de governo para o setor, em 1979, é divulgado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, que tinha como alicerce os debates travados na Conferência de Alma-Ata (1978), com foco nas conexões dos serviços básicos de saúde aos demais níveis assistenciais e visava organizar a rede de cuidados primários em saúde. Contudo, o referido programa não foi incorporado pelo governo dada as resistências do INAMPS e pressões exógenas (BAPTISTA, 1997).

A década de 80 foi marcada por mudanças institucionais para o avanço da reforma sanitária, com destaque para a criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Por outro lado, as divergências ideológicas dos atores do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Saúde (MS) eram marcantes.

Os ideários do MS apresentavam o modelo reformista-sanitarista como proposta para a universalização da saúde e, como estratégia de gestão, a unificação do setor no nível federal mediante a instituição de um organismo único, que incluísse desde as funções de caráter médico-assistencial até as funções de saúde coletiva-preventiva. Já o grupo da previdência defendia a não unificação imediata do INAMPS ao MS.

Marco histórico na trajetória da política de saúde no Brasil foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986) em Brasília, cuja proposta de unificação e criação de um Sistema Nacional de Saúde foi legitimada por variados atores político-sociais, que discutiram um novo arcabouço jurídico-institucional para a saúde pública.

A unificação do sistema e os primeiros movimentos de descentralização marcaram a segunda metade da década de 80 (Nova República), a partir de um esforço de implementação concreta das Ações Integradas de Saúde (AIS) pelo INAMPS, constituindo-se em pioneira “estratégia de descentralização da saúde”, ainda que tímida (MULLER NETO, 1991 *apud* NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

O biênio 1985/1986 foi marcado por estratégias voltadas à descentralização de recursos e gestão dos programas setoriais de saúde, como por exemplo a publicação do Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, que instituiu os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), operacionalizados através do convênio-padrão 01/88.

Tal instrumento previa, da mesma forma que as AIS, o financiamento tripartite pelos instrumentos de Programação e Orçamentação Integrada (POI), a autonomia e estadualização da gestão dos serviços hospitalares e ambulatoriais, que antes eram gerenciados pelo INAMPS. O SUDS induziu a “unificação descentralizada” e reformulou as atividades gerenciais da autarquia, que, após a constituição do SUS, foi incorporada ao Ministério da Saúde (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

O SUDS e as AIS foram propostas e medidas originadas no poder central, constantemente vulneráveis às flutuações da conjuntura política nacional e tinham como meta a universalização da assistência e prepararam a arena política de uma “estratégia-ponte” para o SUS (BAPTISTA, 1997).

Bacelar (2000 *apud* KRÜGER, 2005) sintetizou o modelo fordista-keynesiano de implementação das políticas sociais que se desenvolveu no Brasil, incluindo nesta análise o processo de institucionalização da saúde pública. Segundo Bacelar (2000 *apud* KRÜGER, 2005, p. 61), o Estado patrocinou a construção de uma base industrial e, ao mesmo tempo, conservou estruturas de poder e de dominação seculares, que continuam assolando a sociedade fortemente desigual que temos hoje: “modernização no topo e com imenso contingente de marginalizados na base”.

3.2.2 A descentralização da política de saúde no Brasil e as Normas Operacionais Básicas (NOB`s)

A partir da década de 1980, iniciou-se o processo de descentralização das políticas sociais no âmbito da América Latina. Passou-se de um modelo mais centralizado e hierárquico para uma configuração em que os entes subnacionais passaram a elaborar e a assumir suas políticas, emergindo daí o problema da coordenação federativa para garantia e efetividade dos direitos sociais (ABRUCIO; SANO, 2013).

No contexto da redemocratização do Brasil, a descentralização foi defendida tanto em nome da “ampliação da democracia” quanto do “aumento da eficiência do governo e da eficácia de suas políticas” (ALMEIDA, 2005, p. 29).

As forças progressistas julgavam que a descentralização, principalmente em direção aos municípios, permitiria aos cidadãos influenciarem nas decisões e controlarem os governos

locais, reduzindo os níveis de burocracia, o clientelismo e a corrupção, para varrer os 20 anos de autoritarismo e concentração do poder nos órgãos centrais do Estado (ALMEIDA, 2005).

A descentralização pode ser tratada como fenômeno independente do federalismo e apresenta distintas dimensões, as quais podem variar em cada caso concreto. É importante analisar os efeitos positivos ou negativos que a descentralização pode ocasionar em estados federados, que podem ser mais ou menos descentralizantes.

A descentralização não oferece garantias no sentido de qualificar a democracia, evitando a apropriação do poder local por interesses particularistas ou a dominação por grupos mais fortes no nível local; também não oferece garantias de decisões tecnicamente mais racionais ou maior eficiência na gestão dos recursos públicos; além do que, em países com maiores desigualdades regionais ou mais pobres, ela parece atuar no sentido de reforçar ainda mais as assimetrias territoriais (SOARES; MACHADO, 2018, p. 55).

Com o advento da nova ordem constitucional, consolidou-se o poder local na organização político-administrativa do Estado brasileiro, propiciando a transferência de encargos e recursos para os governos municipais se responsabilizarem pelo provimento de bens e serviços sociais, em especial análise, a saúde.

Soares e Machado (2018, p. 81) comentam a organização político-administrativa instituída no Brasil a partir do fenômeno da descentralização pós-1988:

As principais políticas sociais, como educação e saúde, foram estabelecidas como competências concorrentes, e União, estados e municípios variaram consideravelmente na forma como assumiram tais competências, gerando duplicidades e omissões e, ainda, grandes inequidades na oferta dessas políticas ao longo do território nacional.

Arretche (2004) sinaliza que o pacto federativo brasileiro favoreceu a sobreposição de competências e responsabilidades, bem como acirrou a competição entre os níveis de governo. De acordo com a autora, o Sistema Único de Saúde seria um caso peculiar.

Isto porque a transferência de atribuições e responsabilidades sanitária e financeira para os entes subnacionais provocou efeitos sobre as condições de realização, e, principalmente, desigualdades loco-regionais na implementação das políticas de saúde, haja vista a forte heterogeneidade dos governos locais em virtude das diferentes capacidades burocráticas, fiscais e de recursos humanos qualificados (ARRETCHE, 2004).

Almeida (2005, p. 30) define a descentralização como a “transferência de autoridade e responsabilidade, no que diz respeito as funções públicas, do governo central para governos locais ou intermediários”.

A autora afirma que existem variados graus de descentralização e diversas formas de mudar o papel do governo nacional no que tange à formulação, decisão, implementação e às responsabilidades pela gestão das políticas públicas⁶.

Em sistemas federais clássicos não-centralizados, estados e entes periféricos compartilham muitas atividades com o governo federal, sem perder seu papel de formulador de políticas públicas e sua autonomia para o exercício do poder decisório sobre as mesmas.

Almeida (2005), ao analisar os movimentos contraditórios de descentralização e centralização de recursos e responsabilidades no tocante à execução e gestão de políticas sociais, defendeu que podem coexistir tendências descentralizadoras e impulsos centralizadores.

Estudos comparados revelaram que a governança local e estadual é “fortemente afetada pelas relações central-local” (RAZIN, 2007 *apud* ARRETCHE, 2010, p. 589; SELLERS; LIDSTRÖM, 2007 *apud* ARRETCHE, 2010). Na perspectiva da autora, as prioridades políticas dos governos subnacionais poderiam sofrer influências decorrentes da “estrutura de incentivos derivada de suas relações com níveis superiores de governo” (ARRETCHE, 2010, p. 589).

No caso brasileiro, essa estrutura de “incentivos”, derivada das relações entre a União com os estados e municípios, afetaria a autonomia desses entes e estaria exemplificada nas limitações de arrecadação tributária; de alocação e direcionamento setorial do gasto; nas transferências fundo a fundo destinadas à execução de programas nacionais, como na saúde, e na legislação federal sobre contenção de despesas, responsabilidade fiscal e teto de gastos.

Mas, todos esses “incentivos” seriam mecanismos de controle e supervisão das ações dos entes subnacionais pela União e relativizariam a autonomia dos governos periféricos e criariam mecanismos que poderiam operar pela diminuição das desigualdades com impactos redistributivos. Já os estados federativos, que preservam a autonomia absoluta dos governos locais, tenderiam a operar no sentido das divergências, discordâncias e elevação ou manutenção das desigualdades territoriais (ARRETCHE, 2010).

Qual modelo de política descentralizadora seguir? Uma descentralização não regulada, na qual a execução das políticas (*policy-making*) está associada à autonomia para tomar

⁶ Segundo a autora, “descentralização é um termo ambíguo, que vem sendo usado indistintamente para descrever vários graus e formas de mudança no papel do governo nacional por meio de: a) transferência de capacidades fiscais e de decisão sobre políticas para autoridades subnacionais; b) transferência para outras esferas de governo de responsabilidades pela implementação e gestão de políticas e programas definidos no nível federal e c) deslocamento de atribuições do governo nacional para os setores privado e não-governamental” (BEER, 1998 *apud* ALMEIDA, 2005, p. 30) denomina essas diversas modalidades de descentralização, respectivamente, de realocação, consolidação e devolução (ALMEIDA, 2005).

decisões (*policy decision-making*); ou uma descentralização regulada pelo nível central, na qual a legislação e supervisão federais limitam a autonomia decisória dos entes subnacionais?

A ausência da regulação federal implicaria maior desigualdade territorial em razão da carência de convergência entre a relação intergovernamental central-local, concluindo que a “descentralização da execução de políticas é compatível com a centralização da autoridade, mesmo em estados federativos” (OBINGER *et al.*, 2005 *apud* ARRETCHE, 2010, 589).

Soares e Machado (2018, p. 64) explicam o impacto da descentralização fiscal nas políticas públicas:

A estrutura do federalismo fiscal em um país favorece o desenvolvimento de políticas públicas nacionais quando centraliza a arrecadação de recursos na União e possibilita distribuí-los de forma a minimizar inequidades verticais e horizontais entre os entes federados de forma sustentável, o que significa ter mecanismos mais perenes de distribuição de recursos e, ainda, de responsabilização fiscal.

No caso brasileiro, a descentralização e o fortalecimento do orçamento das políticas sociais colaboraram para minimizar as mazelas históricas da desigualdade, estruturaram o controle social das políticas, como é o caso dos Conselhos de Saúde e, no atual contexto do desenho federativo, fortaleceram a autonomia local, mesmo com os constrangimentos legais e institucionais existentes.

Na área da saúde, em geral, não há exclusividade ou jurisdição própria de algum ente político sobre determinada área de atuação ou nível de atenção à saúde, salvo algumas exceções definidas na Lei Orgânica do SUS nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990).

No âmbito de competências constitucionais, o artigo 23⁷ fixa as áreas em que os níveis de governo devem atuar conjuntamente, em colaboração mútua e sem hierarquia, pois tais matérias não comportam a supremacia da União sobre as demais entidades federativas (BRASIL, 1988).

Já o artigo 24⁸, da Constituição Federal de 1988, prevê as matérias em que a competência da União, dos Estados e do Distrito Federal é concorrente, ou seja, as capacidades legislativas são divididas entre os entes federados, o que possibilita o exercício simultâneo do poder de legislar sobre a mesma matéria.

⁷ Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

⁸ Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: XII - previdência social, proteção e defesa da saúde;

E, por último, tem-se o artigo 30⁹, da Carta Política de 1988, que elenca as competências dos municípios, dentre elas, a de legislar sobre assuntos de interesse local e prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.

Conforme o arcabouço normativo do SUS, cabe à União a coordenação, normatização e definição dos programas nacionais que guiarão a ação governamental dos entes subnacionais. Aos estados cabe as funções de normatização complementar, apoio técnico e financeiro aos municípios, coordenação, acompanhamento, avaliação e planejamento das redes regionalizadas. Já o artigo 18, inciso I, da Lei nº 8.080/1990 reservou aos municípios a atribuição de planejar, organizar, controlar, avaliar as ações e os serviços de saúde, gerir e executar os serviços em nível local (BRASIL, 1990).

Mas este arranjo de vínculos político-administrativos e as lacunas em relação à fixação de responsabilidades bem definidas e, principalmente, como se deve organizar a cooperação técnica-financeira da União e dos estados resultaram nas tensões e conflitos existentes nas relações intergovernamentais no SUS e nas instabilidades regionais, que atrapalham a concretização da universalidade e integralidade do direito à saúde.

A descentralização da política de saúde no Brasil, na década de 90, ocorreu de maneira centralizada pela União, através de diversas normativas editadas pelo INAMPS e Ministério da Saúde, então responsáveis pela implementação e operacionalização do SUS, que regulamentaram as transferências de recursos federais para estados e municípios, o financiamento e a repartição de funções e competências na gestão do SUS.

A Lei Orgânica da Saúde criou conexões entre a descentralização político-administrativa, a municipalização dos serviços e a orientação de organização sistêmica, regionalizada e hierarquizada em rede de serviços. Porém, não previu mecanismos institucionais que instrumentalizassem a “descentralização real de forma simultânea à organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços” (LEVCOVITZ, 2019, p. 7).

As Normas Operacionais Básicas (NOB`s) foram editadas através de portarias do governo federal, que tinham por objeto regulamentar as relações entre as esferas de governo de forma célere e flexível, e reforçaram a característica centralizadora da implementação da política de saúde nos anos seguintes a promulgação da Carta Cidadã de 1988.

A primeira Norma Operacional Básica do SUS – NOB SUS 01/91 (Resolução INAMPS/PR nº 258, de 07 de janeiro de 1991) previu o estabelecimento de um instrumento

⁹ Art. 30. Compete aos Municípios: I - legislar sobre assuntos de interesse local; VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;

convenial entre o MS/INAMPS e as prefeituras municipais, dispensando o envolvimento das Secretarias Estaduais, o que induziu a lógica da organização do SUS baseada em sistemas municipais isolados e carentes de articulação, integração e coordenação federativa para a construção da regionalização (BRASIL, 1991).

A NOB SUS 01/91 divergiu do critério de transferência automática prevista na legislação infraconstitucional e previu a transferência negociada para os municípios através de convênios e dos sistemas de remuneração pela produção dos serviços realizados nas unidades públicas e privadas, estas últimas contratadas e conveniadas sob gestão das esferas locais.

Levcovitz (2019) pontuou as causas da aceitação e adesão dos municípios às regras impostas pela NOB SUS 01/91. Segundo Levcovitz (2019), a insatisfação dos secretários municipais de saúde com os privilégios que foram concedidos pelo INAMPS à gestão estadual no período de implantação inicial do SUDS e os anseios da municipalização, defendida na IX Conferência Nacional de Saúde, foram os motivos para a anuência dos entes locais à NOB SUS 01/91.

Em seguida, por meio da Portaria da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS, nº 234, de 7 de fevereiro de 1992, foi editada a NOB SUS de 1992, pelo INAMPS (BRASIL, 1992). Sem alterações significativas em relação à anterior, foi mantido o INAMPS como o órgão responsável pelo repasse dos recursos financeiros aos estados e municípios, dando continuidade às linhas gerais definidas na NOB SUS 01/91.

Por intermédio da Portaria MS/GM nº 545, de 20 de maio de 1993, foi publicada a NOB SUS 01/93 (BRASIL, 1993), que rompeu com a exigência do instrumento convenial, honrou a legislação infraconstitucional para transferências automáticas de recursos federais aos fundos de saúde subnacionais com a publicação do Decreto nº 1.232/1994 e rompeu com o fluxo direto de recursos do nível federal para as unidades prestadoras de serviços.

Mesmo que mantida a lógica do pós-pagamento, somente após o processamento da informação e da aprovação da produção ambulatorial e hospitalar, respectivamente, no Sistema de Informações Ambulatoriais e no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, através do faturamento conduzido pelas gestões plenas, tais unidades passaram a receber pelos procedimentos executados.

Por meio da criação de níveis transacionais crescentes e coexistentes de gestão municipal e estadual, a NOB 93 estipulou condicionalidades à execução descentralizada do SUS, em grande parte, devido à heterogeneidade das competências, capacidades administrativas e financeiras dos entes subnacionais, que moldaram a diversidade de implementação dos sistemas locais e regionais de saúde.

Ademais, a principal inovação difundida pela NOB 01/93 foi a implementação das transferências “fundo a fundo”. Foi dividida a responsabilidade sobre a aprovação dos critérios de distribuição dos recursos federais e sobre a definição dos municípios aptos a receberem a transferência automática por meio do fortalecimento das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), fóruns de negociação e espaços de pactuação intergestores, sob a ênfase descentralizante-municipalista.

Outro instrumento de operacionalização da descentralização foi a NOB SUS 01/96¹⁰, publicada em um contexto de construção da capacidade de gestão federativa no SUS, marcada pelos pactos de gestão e pela divisão de responsabilidades entre União, estados e municípios, paradoxalmente ao intenso subfinanciamento federal do sistema.

Tal norma previu um extenso rol de objetivos gerais, espaços próprios de atuação para cada esfera de governo, bem como mecanismos específicos de transferências regulares e automáticas de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos municipais.

Ademais, a NOB SUS 01/96 representou a mudança do modelo assistencial através do estabelecimento de incentivos aos Programas específicos, como: Agentes Comunitários (PACS), Saúde da Família (PSF), Piso da Atenção Básica (PAB), que culminaram na expansão da cobertura da Atenção Básica no país; Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e o financiamento específico para as ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

A descentralização e as regras de transferências dos recursos federais para os entes municipais foram operacionalizadas através das Normas Operacionais Básicas (NOB 01/1993 e NOB 01/1996), cujos efeitos são nítidos e presentes até os dias de hoje, com destaque para a fragmentação do sistema, a produção de comportamentos predatórios e não-cooperativos entre os gestores municipais e a ausência de coordenação federativa entre municípios, estado e União.

Como exemplo, pode ser citado o processo de pactuação para mudança de referência e realocação do teto da Média e Alta Complexidade (MAC)¹¹. Isto porque tal processo pode gerar tensões na região e sofrer influências políticas e externalidades negativas causadas por variados e contraditórios interesses público-privado, que podem vir a prejudicar a articulação entre os

¹⁰ Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.

¹¹ O processo de mudança de referência ou realocação do teto MAC acontece quando um município encaminhador, que demanda por serviços e encaminha seus munícipes para atendimento na rede de saúde de outro município (executor), amplia a sua própria capacidade resolutive (município-prestador) ou renegocia o encaminhamento para outra cidade. A solicitação de mudança de referência e realocação do teto deve ser operada mediante consenso entre os envolvidos a ser debatido no fórum de pactuação regional (CIR) e submetida à apreciação pela área técnica da SES, para posterior deliberação em CIB, no exercício de coordenação estadual do processo de planejamento regional integrado.

subsistemas municipais, a coordenação estadual do processo, o arrefecimento da oferta e o próprio atendimento integral loco-regional.

De acordo com Levcovitz (2019), a autonomia dos municípios e a ausência de hierarquia destes com relação aos estados e à União estimulou fortemente a municipalização da saúde. Mas não se pode deixar de considerar as diretrizes da regionalização e hierarquização, que devem orientar a organização dos serviços em rede, dependentes de práticas cooperativas e ações coletivas direcionadas à gestão solidária no âmbito do SUS.

Só que este planejamento regional apenas pode ser alcançado através da coordenação e pactuação entre os entes federativos, estabelecidas mediante a barganha característica do federalismo cooperativo e, ainda, através de mecanismos institucionais que operacionalizem ações coletivas e mediações na arena político-decisória para a construção da regionalização.

3.2.3 A regionalização como eixo estruturante da gestão do SUS: das Normas Operacionais de Assistência à Saúde à Resolução CIT nº 01, de 30 de março de 2021

A marca da descentralização vertical da gestão e dos recursos nos anos 1990, através das Normas Operacionais Básicas, deixou a regionalização de escanteio no debate da política de saúde. Sua regulamentação só foi introduzida em 2001/2002, com o advento das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002), ocasião em que se delimitou a importância da articulação intergovernamental para composição das redes regionalizadas e hierarquizadas de assistência à saúde.

Kuschnir e Chorny (2010) contribuíram para fornecer um marco conceitual sobre a organização das redes de serviços e utilizaram como referencial a proposta defendida em 2008 pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), denominada em sua versão final “Redes Integradas de Serviços de Saúde Baseadas na Atenção Primária”.

Na perspectiva dos autores, a proposta da OPAS alinhava-se ao campo das redes regionalizadas de serviços de saúde a serem desenhadas pelos sistemas públicos universais, como, por exemplo, o SUS brasileiro e adotava o seguinte conceito:

[...] Redes Integradas de Serviços de Saúde podem definir-se como uma rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (KUSCHNIR; CHORNY, 2010, p. 2314).

As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde, quando bem institucionalizadas, podem oferecer melhores condições para a integralidade do cuidado e otimizar os recursos disponíveis em virtude de uma maior racionalidade na utilização dos serviços, sequenciando contatos dos usuários com os diferentes níveis de complexidade da assistência (SILVA, 2011).

Segundo Silva (2011), os principais componentes das redes regionalizadas seriam: os espaços territoriais-regionais e suas respectivas populações; os serviços de saúde; a logística de orientação aos usuários; o controle do acesso e fluxo dos clientes e o sistema de governança da rede regional.

Ponto importante na governança das redes é identificar que, em seu processo institucional, participam múltiplos atores com diferentes graus de poder na região e que, por vezes, possuem distintos e conflitantes interesses, seja no campo da gestão ou no campo da assistência, constituindo-se em um dilema para a organização da atenção à saúde em nível loco-regional.

Após as Normas Operacionais Básicas, o Ministério da Saúde editou as normativas com o propósito de organizar e estimular a regionalização como estratégia e eixo estruturante da gestão no SUS. Nesse particular, foram publicadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (2001/2002) e o Pacto de Gestão (2006).

A Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001 (NOAS 01/2001) tinha por propósito ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; definir o processo de regionalização da assistência e criar os mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001).

No que diz respeito aos estados, a finalidade da normativa era promover a organização das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços mediante a pactuação de referências e contrarreferências intermunicipais para as ações de média e alta complexidade e definição da alocação dos limites físicos e financeiros por meio da Programação Pactuada Integrada.

Para atingir o objetivo da descentralização com ênfase na regionalização, a NOAS 01/2001 definiu o planejamento regional como macroestratégia de reorganização assistencial. Segundo a normativa:

A macroestratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de

complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001, não paginado).

Já a NOAS 01/2002 foi pensada para minimizar e inverter o caráter predatório e fragmentador das relações entre os municípios, características impulsionadas pela descentralização ocorrida na década de 90, que, a bem da verdade, colaborou para constituir heterogêneos subsistemas municipais e estaduais/distrital de saúde, cada um formado por sua rede de serviços e com distintas capacidades gerenciais, financeiras, técnicas e operacionais, que dificultam até hoje a articulação entre eles.

A Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 regulamentou a regionalização como uma estratégia de continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS, através do planejamento integrado e da territorialidade, a partir da instituição dos Planos Diretores de Regionalização (PDR).

O PDR tinha por objetivo organizar, de forma regionalizada, a rede assistencial, baseado nas prioridades e necessidades de saúde da população, e definia as regiões/microrregiões com seus módulos assistenciais, bem como os fluxos de referência e contrarreferência (BRASIL, 2002).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002) previa que os gestores municipais firmariam compromissos de atenção à saúde e promoveriam mecanismos de coordenação e pactuação dos fluxos de referência e contrarreferência visando o atendimento em nível loco-regional através da gestão compartilhada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2002).

A NOAS 01/2002 determinou que a Programação Pactuada e Integrada (PPI) seria o instrumento para definir os limites financeiros e a alocação dos recursos federais nos fundos de saúde dos municípios, para custearem ações e serviços da média e alta complexidade e, dessa forma, organizar a assistência regional. Toda “negociação” deveria ser coordenada pelo subsistema estadual e finalizada no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Sob a lógica da construção de uma rede regionalizada e hierarquizada, cidades “exportariam” e “importariam” serviços de saúde para assegurarem aos munícipes de uma região delimitada o acesso integral a todos os níveis de atenção, a partir de uma “teia assistencial” e articulação entre os subsistemas municipais por intermédio da cooperação e gestão compartilhada da RAS.

Embora a NOAS 01/2002 tenha regulamentado a organização do território em regiões de saúde e a metodologia de definição dos fluxos das referências e contrarreferências entre municípios, não instrumentalizou a PPI como um mecanismo efetivo do planejamento regional

e não propôs arranjos institucionais de cooperação e governança em nível regional, que pudessem operacionalizar e fortalecer a regionalização.

As regras de pactuação intermunicipal previstas na NOAS 01/2002, cujo propósito seria amenizar os efeitos do isolamento político e da atomização dos subsistemas municipais promovidos pela descentralização, em virtude das disputas políticas no espaço regional, não modificaram o padrão de relacionamento entre os municípios e não potencializaram as ações de cooperação e solidariedade, permanecendo os conflitos e tensões que fragmentam o SUS (MACHADO, 2009).

Após debates prévios na arena política entre os três níveis de governo, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), foi publicada a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulgou o Pacto pela Saúde, cujos objetivos eram qualificar e organizar a gestão do sistema através da regionalização como eixo estruturante do Pacto de Gestão.

Pelo pacto, a regionalização deveria orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores, a fim de qualificar, aperfeiçoar e definir as atribuições, responsabilidades e competências pela gestão compartilhada do SUS entre os três níveis de governo (BRASIL, 2006).

Foi prevista a assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão (TCGs) e, como inovação, previu, dentre várias funções do estado, a de “monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde”, que apareceram pela primeira vez nas normativas de operacionalização da gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2006).

De acordo com o Pacto de Gestão, os gestores municipais deveriam constituir um espaço permanente de pactuação e cogestão “solidária e cooperativa” através de um Colegiado de Gestão Regional, *locus* de decisão e comprometimento dos gestores para organização da rede regional de assistência, com o apoio dos instrumentos então definidos na NOAS 01/2002 (PDR e PPI) (BRASIL, 2006).

A era do Pacto de Gestão é marcada pela desarticulação de alguns gestores locais com as SES e, sobretudo, pela heterogeneidade da construção da regionalização em diferentes territórios pelo país. Nos estados em que houve certa fragilidade institucional na implementação do Pacto pela Saúde, dependente da vontade política dos governantes, o processo foi lento, fragmentado e descontinuado (SILVA, 2011).

Na prática, o Pacto de Gestão não modificou a estrutura fragmentada do sistema, não apresentou soluções para diminuir o desequilíbrio e a heterogeneidade dos subsistemas

municipais e, principalmente, manteve o frágil monitoramento e ínfima avaliação sobre a execução dos compromissos assumidos pelos gestores locais (MACHADO, 2009).

Embora tenha sido construído através de amplo debate tripartite, com o comum desequilíbrio de forças e dissensos na arena decisória, o Pacto de Gestão/2006 manteve os mesmos instrumentos da NOAS 01/2002, e os inovadores Colegiados de Gestão Regional não se empoderaram em arenas político-institucionais de incorporação da agenda da regionalização, como também, os TCGs não cumpriram o papel de instrumento contratual dos acordos assistenciais pactuados pelos gestores locais no âmbito das regiões de saúde.

Ademais, a definição prévia do teto da média e alta complexidade (MAC) não induziu condutas solidárias e não avançou em práticas cooperativas e ações coletivas entre os gestores municipais de uma região, que pudessem construir redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços e, principalmente, que garantissem o sequenciamento do cuidado e a circulação dos usuários pelos crescentes níveis de complexidade da assistência.

Após o Pacto de Gestão do SUS, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que orientou a organização do sistema em redes e trouxe conceitos sobre governança, relações federativas no âmbito da RAS, e, de forma explícita, citou os consórcios públicos como instrumentos de apoio e fortalecimento de ações cooperativas e operacionalização da Rede de Atenção à Saúde.

No processo de governança são utilizados instrumentos e mecanismos de natureza operacional, tais como: roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistema de monitoramento e avaliação, comissões/câmaras técnicas temáticas, etc. Alguns desses mecanismos podem ser viabilizados por intermédio de consórcio público de saúde, que se afigura como uma alternativa de apoio e fortalecimento da cooperação interfederativa para o desenvolvimento de ações conjuntas e de objetivos de interesse comum, para melhoria da eficiência da prestação dos serviços públicos e operacionalização da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010, não paginado).

Já em nível legislativo federal, depois de 21 anos da publicação da Lei Orgânica do SUS, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamentou a Lei nº 8.080/1990 e dispôs sobre as diretrizes gerais das regiões de saúde; da referência e contrarreferência; da organização da RAS, principalmente no tocante à gestão regional e integração das ações e serviços de saúde através da articulação interfederativa.

O decreto inovou ao instituir o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), termo de colaboração entre os entes federativos no âmbito de uma região de saúde, cujo processo de elaboração até assinatura é de responsabilidade das secretarias estaduais de

saúde. De acordo com a norma, o objetivo do COAP consiste em organizar e integrar as ações e os serviços de saúde no âmbito regional (BRASIL, 2011).

Registra-se que apenas dois estados (Ceará e Mato Grosso do Sul) assinaram o COAP em seguida da publicação da Resolução CIT nº 03, de 30 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), que apresentou as normas gerais e os fluxos para sua celebração. Até os dias de hoje, não houve uma adesão dos estados a este instrumento de cooperação e gestão regional, tão pouco, qualquer sanção a sua não elaboração (DA SILVA *et al.*, 2020).

Ou seja, tal instrumento contratual previsto no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 não serviu de mecanismo para fortalecer a cooperação, as ações coletivas, a solidariedade e a organização sistêmica-regional-hierarquizada na RAS.

No âmbito da CIT, foram publicadas normativas¹² que previram o planejamento regional integrado como instrumento da fixação das responsabilidades dos entes federativos no espaço regional e elencaram os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada no SUS, mas sem instituir e fortalecer qualquer mecanismo institucional de articulação e cooperação entre os entes.

Ao analisar a legislação estruturante do SUS, é possível perceber que as normativas estabeleceram o compromisso dos três entes federados para implantação de um modelo regionalizado de atenção à saúde definido através do PRI, mas não definiu as regras e os arranjos institucionais de coordenação federativa, que pudessem incentivar o equilíbrio entre a cooperação e a competição existentes no cenário regional.

Kuschnir e Chorny (2010), ao analisarem as propostas de reforma do sistema de saúde brasileiro e o debate travado sobre as redes de atenção, apontam que a organização das redes regionalizadas estava contemplada nos debates da reforma sanitária, porém, ao longo da década de 90, o desenho das redes não foi o eixo central que direcionava a organização dos serviços de saúde no Brasil.

A governança regional deveria ser institucionalizada, com definição do território sanitário, população adstrita e comando único para possibilitar a responsabilização sanitária. Dessa forma, não seria possível ao gestor regional abdicar de sua responsabilidade sobre a oferta das ações e dos serviços à população referenciada (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Segundo os autores, o SUS deveria operar em redes, pois seriam elas o instrumento de garantia do direito à saúde. Pela regionalização, o desenho das redes seria o mecanismo de garantia do acesso ao cuidado integral e menos desigual, mas que, em seu processo de

¹² Resolução CIT nº 23/2017 (BRASIL, 2017); Resolução CIT nº 37/2018 (BRASIL, 2018) e Resolução de Consolidação CIT nº 01/2021 (BRASIL, 2021).

constituição, enfrentaria as disputas de poder e os interesses políticos diversos e conflitantes, que abalariam a organização da assistência regional (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

É sabida que a regionalização é um processo político de negociação e pactuação entre os gestores municipais de um delimitado território (região, microrregião, macrorregião), coordenado pela gestão estadual, para organização da oferta dos serviços de média e alta complexidade, conforme a capacidade instalada desse território e visando a construção das redes regionalizadas e hierarquizadas, que devem ser formadas mediante a articulação interfederativa, gestão compartilhada e cooperação.

Para a garantia da integralidade, na perspectiva da regionalização, é recomendado que a gestão estadual se concentre no processo do PRI e na discussão acerca dos instrumentos de coordenação federativa, das diretrizes, metas e indicadores a serem perseguidos pelo conjunto de municípios de uma região de saúde, a fim de promover a gestão compartilhada e em rede de políticas.

Entretanto, a persistência de tratamento desigual entre populações próprias e referenciadas no âmbito do SUS é atual e não foi amenizada com os instrumentos de gestão, pactuação e alocação de recursos até então apresentados no âmbito das normativas que tiveram o propósito de estruturar, primeiro, a descentralização da gestão e dos recursos e, em seguida, a regionalização e organização da RAS.

As dificuldades para a consolidação da regionalização devem ser analisadas em diversos contextos político-institucionais inerentes à institucionalidade para o planejamento e gestão interfederativa no espaço regional e à provisão dos serviços de saúde. Deve ser avaliada a implementação dos modelos de atenção e gestão e se estes foram centralizados na atenção primária à saúde tanto para coordenar o cuidado quanto para ordenar a rede de atenção, desafios que, segundo Silva (2011), são presentes no contexto do SUS.

No âmbito dos dilemas da regionalização, o enfrentamento da fragmentação do sistema, além da compreensão pela associação dos conceitos de regionalização, redes e modelo assistencial, são um dos desafios aos secretários municipais e estaduais de saúde em nível subnacional e, do ministro da saúde, em nível central.

Os secretários municipais de saúde e seu corpo técnico são atores com protagonismo para efetivarem as ações coletivas no cenário de interdependência regional entre os municípios em direção a uma gestão cooperativa e solidária. Porém, de acordo com a literatura¹³, as SMS's

¹³ Foi utilizada como fonte o artigo de revisão sistemática, "O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática", de autoria de Mello *et al.* (2017), que realizou busca sistematizada nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde (Lilacs e SciELO) e Medline/PubMed, com os seguintes descritores:

são vistas como estruturas burocráticas de perfil centralizador, cuja atuação é prejudicada pela fragilidade técnica dos secretários, descontinuidade política e rotatividade dos gestores (MELLO *et al.*, 2017).

Já na esfera estadual, o secretário é visto como um parceiro ausente. As SES deveriam assumir “maior papel de liderança na coordenação do processo regional, com presença efetiva na regulação, mediação e negociação” (MELLO *et al.*, 2017, p. 1304). No entanto, são conhecidas suas fragilidades estruturais, técnicas, de orçamento e políticas para este necessário protagonismo.

Em nível regional, as instâncias de gestão e de pactuação são valorizadas como espaço político inovador e de governança regional, porém moldadas no contexto de nossa democracia jovem, “ressentem-se da dificuldade em superar a reprodução da cultura política municipal e seus acentuados interesses eleitorais, clientelistas e corporativos”, que impactam a consolidação da regionalização da saúde (MELLO *et al.*, 2017, p. 1305).

Neste contexto, entre muitos outros fatores, é necessária responsabilização coletiva pela saúde, definição de funções de cada município e de cada serviço na rede, mas, para isso, também é crucial suspender as fronteiras, visitar os instrumentos que possam operacionalizar o plano regional e fortalecer os arranjos institucionais para essa construção coletiva (KUSCHNIR *et al.*, 2010).

Compreender que, no jogo federativo da gestão do SUS, existe a prevalência de atitudes individualistas entre os gestores dos municípios de grande porte e assimetrias nas relações de poder, que marcam as deliberações nos fóruns de pactuação da Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com ínfimo empoderamento dos gestores das secretarias municipais de saúde dos pequenos municípios.

Tal entendimento ajudará a problematizar e a encarar os desafios da consolidação da regionalização por meio dos instrumentos de cooperação e coordenação entre os entes no tenso desenho federativo brasileiro.

Até os dias de hoje, a dinâmica da peculiar Federação trina brasileira está sendo marcada pelas assimetrias federativas, pelos conflitos e tensões, pelas diversidades e desigualdades regionais. E, em virtude da ausência de políticas nacionais de saúde sustentáveis, financiáveis

“regionalização/regional *health planning*” AND “Brasil/Brazil” nos campos título, resumo ou assunto; incluindo artigos originais, teses e dissertações em português, inglês, espanhol. De acordo com a pesquisa, foram analisados estudos com objeto específico na regionalização do SUS, com resultados empíricos e publicados a partir de 2006, de forma a incluir apenas pesquisas já referenciadas ao “Pacto pela Saúde” e adiante, excluídos os estudos com foco em políticas anteriores ao Pacto pela Saúde (NOAS) ou nos quais a regionalização surgiu como contexto e não como objeto primário.

e coesas, a construção da regionalização pelos entes subnacionais a partir dos instrumentos de coordenação e cooperação continuará sendo tarefa árdua, mas elementar para a garantia da universalidade, equidade e integralidade no SUS.

4 PARTE II – CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE COMO MECANISMOS DE COOPERAÇÃO E ESTRATÉGIA DE REGIONALIZAÇÃO: PAPEL, POSSIBILIDADES E LIMITES

4.1 Consórcios Intermunicipais de Saúde: Balanço do Conhecimento

4.1.1 Aspectos conceituais e o marco regulatório dos consórcios públicos no Brasil

A figura dos consórcios apareceu pela primeira vez na Era Vargas com a publicação do Decreto nº 23.611, de 20 de dezembro de 1933, que facultou a instituição de “consórcios profissionais-cooperativos” em nível municipal, estadual e federal, que tinham por finalidade regularizar a situação dos sindicatos fundados pelo revogado Decreto Legislativo nº 979, de 6 de janeiro de 1903 (BRASIL, 1933).

Inspirado no trabalhismo¹⁴ de Getúlio Vargas, o Decreto nº 23.611/1933 facultava aos indivíduos de profissões similares ou conexas organizarem-se em consórcios profissionais-cooperativos para a defesa e o desenvolvimento dos interesses comuns e gerais da profissão e econômico de seus membros. Tais arranjos eram estruturas institucionais voltadas à realização de suas finalidades em cooperativas de consumo, crédito e produção.

No cenário jurídico-institucional brasileiro, a figura da associação entre entes políticos para a consecução de objetivos comuns foi referenciada pela primeira vez na Constituição

¹⁴ Getúlio Vargas lançou a pedra fundamental do trabalhismo no Brasil. Durante o governo provisório, decretou uma série de leis sociais e trabalhistas. Durante o Estado Novo, trabalhismo e getulismo são termos que se complementam à medida que a defesa e as conquistas do trabalho são diretamente associadas a imagem do estadista. A literatura define o trabalhismo como uma forma de economia política baseada no trabalho organizado como meio de produção de riqueza comunitária e qualidade de vida. Nesta forma de economia política, o Estado tem papel central na busca por conciliar a apropriação dos rendimentos do trabalho pelos trabalhadores com a capacidade econômica da propriedade privada. É considerada uma economia desenvolvimentista, mas entende o desenvolvimento como resultado não da espontaneidade das forças de mercado, e sim como resultado da liderança do setor público. A criação do Ministério do Trabalho, da Indústria e do Comércio em 1930 e a Consolidação das Leis Trabalhistas foram fundamentais para a construção da identidade do trabalhador no Brasil e do fortalecimento do trabalhismo, ideologia posteriormente seguida por Leonel Brizola (GOMES, 1987).

“Polaca” de 1937¹⁵. Tal agrupamento seria formalizado e dotado de personalidade jurídica limitada a seus fins (BRASIL, 1937).

Em razão da ausência de regulamentação específica a respeito da associação entre os entes federativos, as conjunções consorciadas que se formaram tinham uma enorme fragilidade institucional e não passavam de meros ajustes/acordos de colaboração, visto que não se tinha um instrumento jurídico que definisse as obrigações recíprocas e as responsabilidades na arena associativa.

A cooperação entre os entes federados apareceu em diversos artigos da Constituição Federal de 1988 que tratam sobre a execução de serviços públicos sociais, como é o caso da saúde, ao prever que compete aos municípios prestarem, com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados, serviços de atendimento à saúde da população (BRASIL, 1988).

A Carta Política vigente, em seu artigo 23, parágrafo único¹⁶, com redação dada pela Emenda Constitucional nº 53 de 2006, se referiu expressamente à possibilidade de cooperação a ser instrumentalizada entre os três níveis de governo da Federação para o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional (BRASIL, 1988).

Segundo Carvalho Filho (2011), a cooperação entre os entes federados se constitui em um verdadeiro pacto, onde as vontades dos entes não se compõem, mas se adicionam, de modo que cada participante tem, na verdade, relação jurídica com cada um dos integrantes dos demais polos, cujos direitos e obrigações estão direcionados ao interesse comum dos entes políticos em cooperação.

Antes da previsão constitucional dos consórcios públicos como instrumentos de cooperação, havia a figura dos consórcios administrativos, que eram ajustados entre entidades estatais, autárquicas e paraestatais da mesma espécie, cuja natureza jurídica se assemelhava a um tradicional convênio, instrumento em que pessoas públicas ou privadas pactuam direitos e obrigações com o objetivo de alcançarem metas de interesse recíproco.

Di Pietro (2014, p. 394) define consórcio administrativo como um acordo de vontades entre duas ou mais pessoas jurídicas públicas da “mesma natureza e mesmo nível de governo ou entre entidades da administração indireta” para consecução de objetivos comuns mediante a

¹⁵ Art. 29 - Os Municípios da mesma região podem agrupar-se para a instalação, exploração e administração de serviços públicos comuns. O agrupamento, assim constituído, será dotado de personalidade jurídica limitada a seus fins. Parágrafo único - Caberá aos Estados regular as condições em que tais agrupamentos poderão constituir-se, bem como a forma, de sua administração.

¹⁶ Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: (...) Parágrafo único. Leis complementares fixarão normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 53, de 2006).

pactuação de um termo convenial, cuja natureza jurídica seria contratual e desprovida de personalidade jurídica.

Ou seja, os consórcios administrativos eram entendidos como acordos de vontade entre os entes de mesmo nível hierárquico, podendo ou não possuírem personalidade jurídica própria. Esta, quando provida, seria de direito privado sem fins lucrativos na forma de associação ou sociedade civil, dispensada a prévia autorização legislativa, com as mesmas regras administrativas das entidades públicas de direito público ou privado, pois observariam os princípios da Administração Pública¹⁷ (SANTOS, 2000).

Por outro lado, quando os consórcios administrativos não tinham personalidade jurídica própria, os gestores de tais arranjos eram instados a apresentarem soluções para a gestão desses consórcios. Uma delas era a escolha de um município líder, que assumia as obrigações e os interesses em nome do consórcio.

A figura dos consórcios administrativos foi prevista na Lei Orgânica do SUS e na Lei nº 8.142/1990. Tais normas autorizam os municípios a constituírem consórcios para o desenvolvimento em conjunto das ações e dos serviços de saúde e remanejarem, entre si, parcelas dos recursos previstos nos fundos de saúde.

Os consórcios como instrumentos de coordenação federativa foram introduzidos na ordem constitucional brasileira em tempos de reforma do Estado e do novo desenho federativo. A “extensão da descentralização no processo de implantação da reforma do sistema sanitário brasileiro” (GUIMARÃES, 2001, p. 27) conformou os consórcios de saúde como “iniciativas de correção de distorções da gestão do sistema, com potencial para consolidar o processo de descentralização de forma cooperada e coordenada” (ABRUCIO; COSTA, 1998 *apud* GUIMARÃES, 2001, p. 27).

Sua previsão constitucional se deu através da promulgação da Emenda Constitucional nº 19, de 1998, que deu redação ao artigo 241¹⁸, da Carta Política de 1988, e demarcou a distinção entre os tradicionais consórcios administrativos, onde o vínculo cooperativo é idêntico ao dos convênios, da figura jurídico-institucional dos consórcios públicos, que possuem vínculo contratual e personalidade jurídica própria.

¹⁷ Assim entendiam Helly Lopes Meirelles, Diógenes Gasparini, Odete Medauar, Maria Sylvia Zanella Di Pietro (com ressalvas) e Ubiratan Laranjeiras Barros, citados por Lenir Santos, em seu estudo realizado a pedido da Secretaria de Políticas Públicas do Ministério da Saúde, intitulado “Consórcio Administrativo Intermunicipal: Aspectos Gerais. Suas especificidades em relação ao Sistema Único de Saúde” (SANTOS, 2000).

¹⁸ “A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos” (BRASIL, 1988).

Logo em seguida, em 01 de junho de 1999, o Deputado Federal Rafael Guerra, à época do Partido da Social Democracia Brasileira de Minas Gerais apresentou o Projeto de Lei (PL) nº 1.071/1999, que viria a originar a Lei nº 11.107/2005, para regulamentar os consórcios e tinha como justificativa trazer “soluções para os problemas já verificados, na prática, quando da formação de consórcios públicos, sobretudo os intermunicipais na área de saúde”, por acreditar que tais instrumentos melhorariam a capacidade resolutiva dos seus partícipes (BRASIL, 1999, p. 89/90).

O PL nº 1.071/1999 tramitou rapidamente pela Câmara dos Deputados e quando chegou ao Senado Federal ficou paralisado por três anos. Paralelamente, ao longo do ano de 2003, já no governo Lula, após a instituição de uma comissão interministerial e multidisciplinar designada para o fim específico de redigir uma nova proposta legislativa para regulamentar a matéria dos consórcios públicos, esta temática retornou ao foco do Legislativo com a tramitação do PL nº 3.884/2004.

Ocorre que, em 01 de março de 2005, o Senado Federal apresentou e aprovou substitutivo ao PL nº 1.071, de 1999, encaminhado à Câmara para sua discussão e votação. Em 10 de março de 2005, foi aprovado o referido PL, com redação final oferecida pelo Dep. Antônio Carlos Biscaia, do Partido dos Trabalhadores do Rio de Janeiro, que deu origem a lei conhecida como o marco legal dos consórcios públicos no Brasil (Lei nº 11.107/2005).

Já o PL nº 3.884/2004 foi arquivado por decisão da Presidência da Câmara dos Deputados (BRASIL, 2004), devido à declaração de sua prejudicialidade, tendo em vista a publicação da Lei nº 11.107, de 06 de abril 2005, regulamentada posteriormente pelo Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007.

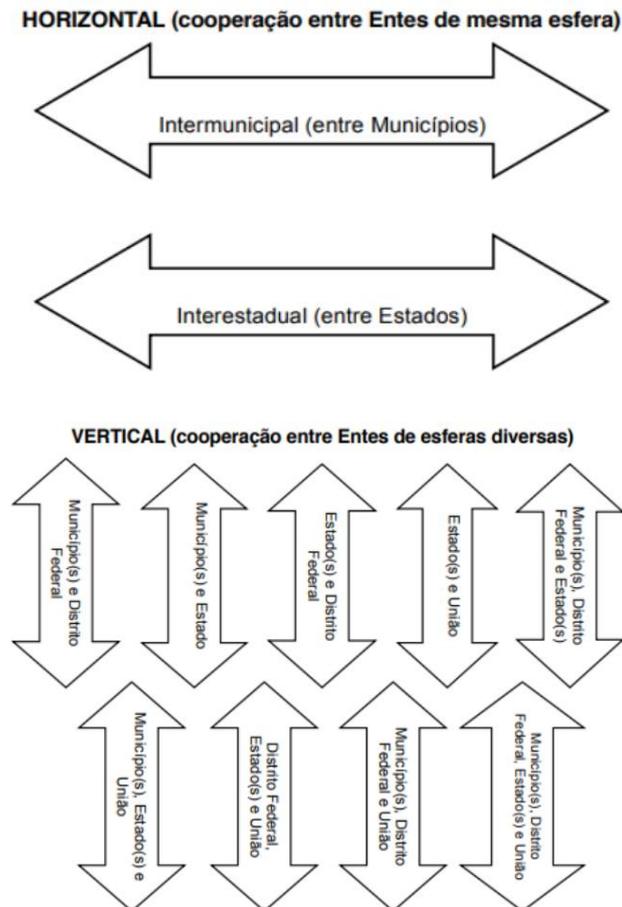
De acordo com as normativas, os consórcios públicos podem ser uma associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos. Tanto os consórcios públicos de direito público quanto os de direito privado integram a Administração indireta de todos os entes Federados consorciados¹⁹ (BRASIL, 2005).

Consórcio público é a união entre dois ou mais entes da Federação, que podem ser do mesmo nível de governo (horizontal) ou de níveis diferentes (vertical), com a finalidade de desenvolverem, a partir do esforço conjunto (físico e financeiro), ações coletivas voltadas à

¹⁹ Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2014) destaca que a lei faz menção apenas aos consórcios com personalidade jurídica de direito público como integrantes da Administração Indireta. Porém, a mesma conclusão deve ser aplicada aos consórcios que têm personalidade de direito privado, pois não há como uma pessoa política instituir pessoa jurídica administrativa para desempenhar atividades próprias do ente instituidor e deixá-la fora do âmbito da atuação do Estado, como se tivesse sido instituída pela iniciativa privada (DI PIETRO, 2014).

gestão ou prestação de serviços públicos que visem ao interesse coletivo e origem benefícios comuns a serem usufruídos no âmbito do território formado pelos entes consorciados. A Figura 1 sintetiza esse conceito.

Figura 1 – Possibilidades de cooperação entre entes federativos na forma de consórcios públicos



Fonte: HENRICHES; LIMA; CUNHA, 2020.

O artigo 2º, inciso I, do Decreto nº 6.017/2007, conceituou o consórcio público como:

[...] pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, na forma da Lei nº 11.107, de 2005, para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive a realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos (BRASIL, 2007).

Há determinados serviços públicos, principalmente os sociais e de infraestrutura, que, por sua natureza ou extensão territorial de cobertura, demandam a participação e comunhão de esforços, sejam eles físicos, financeiros ou gerenciais, de mais de uma pessoa política para que

sejam efetivamente providos à sociedade. Segundo a doutrina, é para tal situação que são constituídos os consórcios públicos (CARVALHO FILHO, 2011; DI PIETRO, 2014).

Os consórcios começaram a ter um primeiro boom em São Paulo, como estratégia de descentralização do governador Franco Montoro. Depois, na década de 1990, o governador mineiro, Eduardo Azeredo, realizou um processo similar, só que mais específico para a área da saúde. Com o avançar do tempo, a gestão consorciada foi utilizada na área ambiental, no tratamento do lixo urbano, em obras públicas e no saneamento básico (ABRUCIO; SANO, 2013).

Flexa e Barbastefano (2020) conceituam consórcios públicos como solução organizacional para suprir as necessidades de coordenação e integração entre os entes federativos. Tais instrumentos propiciariam diversos benefícios, como: ganhos de escala na prestação de serviços públicos; racionalidade de processos e de despesas; realização de projetos conjuntos considerados inviáveis de forma isolada, além do fortalecimento político de regiões até então com pouca representatividade.

Já Trevas (2013) considerou que os consórcios públicos representam a possibilidade de amadurecimento do federalismo brasileiro. Seu marco legal estaria expresso na Lei nº 11.107/2005, que trouxe maior segurança jurídica para a associação entre os entes e forneceu engenharia institucional, bem como complexo arranjo de gestão para a prestação associada de serviços públicos.

Para o sucesso institucional dos consórcios públicos e viabilidade da gestão associada de serviços públicos, seria exigido um pacto político consistente entre os atores federados, que soubesse equilibrar a diversidade, neutralizar as assimetrias e mediar os contenciosos existentes. Ademais, deveria haver um contrato robusto, que assegurasse aos entes consorciados solidez e confiança mútua em suas ações cooperativas (TREVAS, 2013).

Para tanto, nos trâmites consensuais de elaboração do protocolo de intenções, para a definição das finalidades, dos objetivos e da formação da estrutura organizacional dos consórcios, seria forçoso observar a objetividade de propósitos, focalização de resultados, capacidade de diálogo à viabilizar processos de concertação política, o horizonte de ganhos compartilhados ou mecanismos compensatório e prever uma burocracia consistente, despolitizada, qualificada e direcionada à consecução de seus objetivos estatutários.

Ou seja, para a institucionalização dos consórcios públicos, é necessário que o arranjo institucional criado tenha capacidade de, com suas ações, gerar resultados para o bem comum e benefícios coletivos para os atores políticos dos entes consorciados.

Machado e Andrade (2014, p. 696) conceituam os consórcios públicos como sendo associações voluntárias entre pessoas políticas para “produção e compartilhamento de valores públicos, requerendo cooperação entre as partes interessadas na realização de objetivos comuns”.

Sob a perspectiva da fragmentação política decorrente do federalismo trino brasileiro, os autores reconhecem a importância dos consórcios intergovernamentais direcionados à provisão de serviços públicos de uso e bem comum, mas observam que tais arranjos sofreriam a influência dos contextos que envolveriam as ações coletivas, como os riscos da colaboração e conflitos quanto à absorção dos custos ou acesso aos benefícios advindos do associativismo (MACHADO; ANDRADE, 2014).

Ademais, ao transportarem os dilemas da cooperação no processo de constituição dos consórcios públicos, os autores avaliaram que os desenhos institucionais deveriam incluir, no tratamento dos entes associados, “sistemas de compartilhamento de benefícios e custos” que estabelecessem algum nível de compensação entre ambos, para prevenir que “alguns possam auferir benefícios em proporção maior ou menor do que a da sua participação relativa nos custos da parceria” (MACHADO; ANDRADE, 2014, p. 701).

Os problemas decorrentes da ausência dessa equivalência entre compartilhamento dos benefícios e custos marcaram a trajetória de constituição dos consórcios públicos no Brasil, principalmente os intermunicipais, onde as assimetrias de porte populacional dos entes e de níveis de consumo dos serviços geraram tensões e rupturas político-institucionais nos consórcios (MACHADO; ANDRADE, 2014).

Inserida na esfera de constituição dos consórcios públicos está a espécie dos consórcios intermunicipais, que são mecanismos institucionais de cooperação formados exclusivamente por municípios que se associam territorialmente, para promover ações coletivas direcionadas à solução de problemas comuns ou gestão compartilhada de serviços públicos.

De acordo com estudo técnico publicado pela Confederação Nacional dos Municípios (CNM), os consórcios públicos intermunicipais se apresentariam como uma “alternativa de fortalecimento e integração dos governos locais a partir da colaboração recíproca para o alcance de fins convergentes que não seriam alcançados pela atuação isolada dos Municípios” (HENRICHES; LIMA; CUNHA, 2020, p. 10/11).

Consórcios intermunicipais seriam “uma rede federativa em que se constituiu uma arena política de cooperação horizontal entre dois e mais entes federativos municipais, voltada para a produção compartilhada de decisões sobre políticas públicas” (DIEGUEZ, 2011, p. 299).

Abrucio, Filippim e Dieguez (2013) apontaram os seguintes fatores que poderiam favorecer a gestão consorciada entre municípios: a) identidade regional; b) “tragédias comuns”, ou seja, problemas que envolveriam vários municípios capazes de impulsionar atitudes cooperativas, solidárias e coletivas; c) lideranças políticas regionais que fomentariam alianças municipais; d) regras sistêmicas e mecanismos de indução de políticas públicas; e) incentivo e apoio dos demais entes federados; f) pactos políticos entre prefeitos e governadores; g) existência de marcos legais que tornariam a cooperação mais segura, atrativa e estável.

Ao compreender o processo político-institucional dos consórcios intermunicipais e os fatores que acarretariam o sucesso desses arranjos, Dieguez (2011) destacou a necessidade de coesão interna entre os principais líderes e gestores dos consórcios aliada à capacidade de articulação e coordenação entre os entes-membros, a fim de predominarem relações cooperativas para a manutenção de sua vitalidade político-institucional. Segundo Dieguez (2011, p. 292),

É preciso lembrar que a formação de redes federativas busca a melhor adequação entre as propriedades virtuosas da competição e da cooperação e da centralização e da descentralização, evitando-se os aspectos negativos de cada uma que possam surgir como obstáculos para o êxito do sistema político.

Por outro lado, Abrucio, Sano e Sydow (2011 apud ABRUCIO; FILIPPIM; DIEGUEZ, 2013). apontaram algumas variáveis que desfavoreceriam a cooperação intermunicipal tais como: a) individualismo-autárquico; b) ausência de identidade regional; c) brigas político-partidárias entre os prefeitos ou desses com os governadores; d) regras burocráticas do direito administrativo e as interpretações restritivas feitas pelos Tribunais de Contas, que criariam empecilhos para o associativismo municipal; e) falta de indução federativa por parte de outros governos (federal e estadual); f) gestão pública frágil; g) conflitos e tensões na arena interfederativa; h) o pouco destaque que o associativismo territorial ocupa na agenda decisória-política no Brasil.

Trata-se de um importante mecanismo de cooperação federativa horizontal e um novo espaço institucional para a tomada de decisões coletivas sobre a provisão de bens públicos de uso comum, cuja principal característica é o compartilhamento de esforços (físicos e financeiros), implicantes em um processo constante de *shared decision making* em função do intenso jogo de acordos e vetos estabelecidos entre municípios dotados de autonomia político-administrativa (PIERSON, 1995 apud ABRUCIO; SANO, 2013).

Cruz (2001 *apud* CUNHA, 2014) afirma que as primeiras experiências de consorciamento de municípios ocorreram na década de 1960 no Estado de São Paulo, citando o Consórcio de Promoção Social da Região de Bauru como exemplo. Já na década de 1970, o Consórcio de Desenvolvimento do Vale do Paraíba, também em São Paulo, foi constituído.

Em artigo que analisou a evolução dos Consórcios Intermunicipais no Brasil durante o período de 2005 a 2015, Linhares, Messenberg e Ferreira (2017) apontaram que existe um nexo causal entre um desenho federativo descentralizado e cooperativo com a formação dos consórcios intermunicipais e os conceituam como uma nova modalidade de pacto federativo e mecanismo de cooperação horizontal.

Como causa para o crescimento do associativismo de muitos municípios, os autores apontaram a intensa fragmentação territorial em virtude do processo de emancipação municipal ocorrido entre 1988 e 2000, que, somente neste período, originou 1.438 novos municípios, com mais da metade destes com menos de 5.000 habitantes (LINHARES; MESSEMBERG; FERREIRA, 2017).

A associação de municípios na forma de consórcio, principalmente os de pequeno porte, teria se efetivado devido à falta de escala na execução de algumas políticas públicas, principalmente saúde e saneamento, e em busca de uma redução significativa dos custos médios operacionais em atividades pelas quais se tornaram responsáveis em decorrência da descentralização (LINHARES; MESSEMBERG; FERREIRA, 2017).

Aspecto destacado pelos autores foi a distribuição geográfica desses arranjos, com predominância de consórcios intermunicipais nos estados que fomentaram ou induziram a gestão consorciada como política impulsora da descentralização e do desenvolvimento regional, sendo citados os estados do Paraná, Minas Gerais, Mato Grosso, Ceará, Rio Grande do Norte e Bahia (LINHARES; MESSEMBERG; FERREIRA, 2017).

Tendo por referência a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC)²⁰, cuja primeira edição foi realizada em 1999, serão apresentados alguns achados sobre o

²⁰ A Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) é um levantamento de registros administrativos sobre a estrutura, a dinâmica e o funcionamento das instituições públicas municipais, em especial, a prefeitura, para compreender diferentes aspectos das políticas públicas setoriais sob responsabilidade dessa esfera governamental. O objeto de estudo da MUNIC é a gestão pública municipal, bem como o seu quadro funcional, estrutural e a implementação das políticas públicas locais. Em sua 17ª edição, a MUNIC 2019 levantou dados relativos à gestão e estrutura dos Municípios a partir da coleta de informações sobre sete temas, contemplando questões relacionadas aos recursos humanos, à gestão, comunicação e informática, governança, segurança pública, aos direitos humanos e à articulação interinstitucional, incluindo, neste último tópico, uma análise detalhada sobre os consórcios públicos. De acordo com a publicação, a coleta das informações do questionário básico foi realizada entre abril e setembro de 2019, por meio de entrevista presencial. Registre-se que a última versão da pesquisa MUNIC foi publicada em 2021 (IBGE, 2020/2021a).

consorciamento dos entes municipais no Brasil. O objeto de investigação da MUNIC é o município, sendo informante principal a prefeitura através dos seus diversos setores, que recebem e preenchem um questionário estruturado para a elaboração da pesquisa.

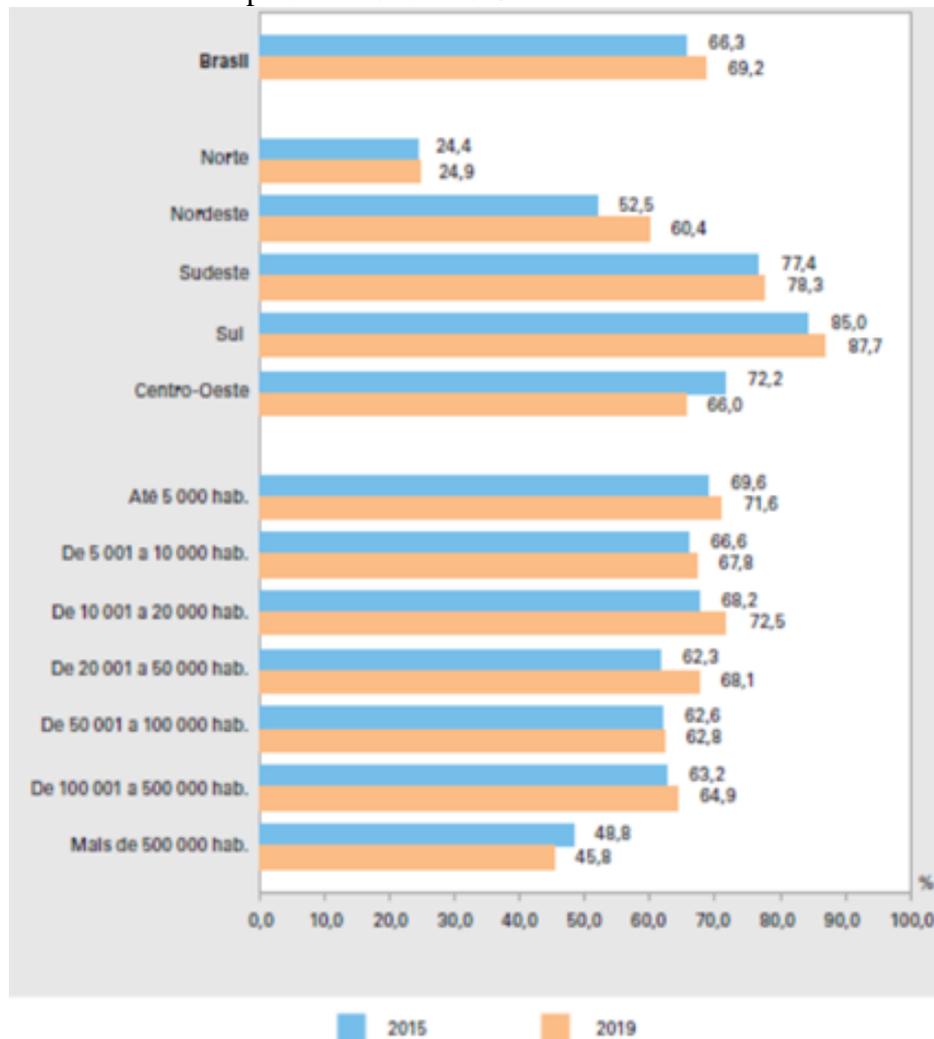
Através da MUNIC, são levantados diversos dados sobre temáticas que envolvem os municípios, como: perfil dos prefeitos, estrutura administrativa, articulações interinstitucionais²¹ (consórcios), geração de trabalho e renda, cultura, legislação, instrumentos de planejamento municipal, saúde, habitação, transportes, meio ambiente, esporte, assistência social, etc.

De acordo com a MUNIC/2019, 69,2% dos municípios faziam parte de, pelo menos, um consórcio público. Já em 2015, o percentual foi de 66,3%; portanto, houve um aumento de entes municipais que se associaram na forma desse instrumento de cooperação federativa.

Entre 2015 e 2019, verificou-se variação positiva na proporção de municípios integrantes de consórcios públicos em quase todas as Regiões, exceto na Região Centro-Oeste. Da mesma forma, na análise por classes de tamanho da população, apenas aqueles com mais de 500.000 habitantes a variação foi negativa, conforme ilustrado na Figura 2, a seguir.

²¹ Este eixo de pesquisa foi inserido nas publicações dos anos de 2011, 2015 e 2019.

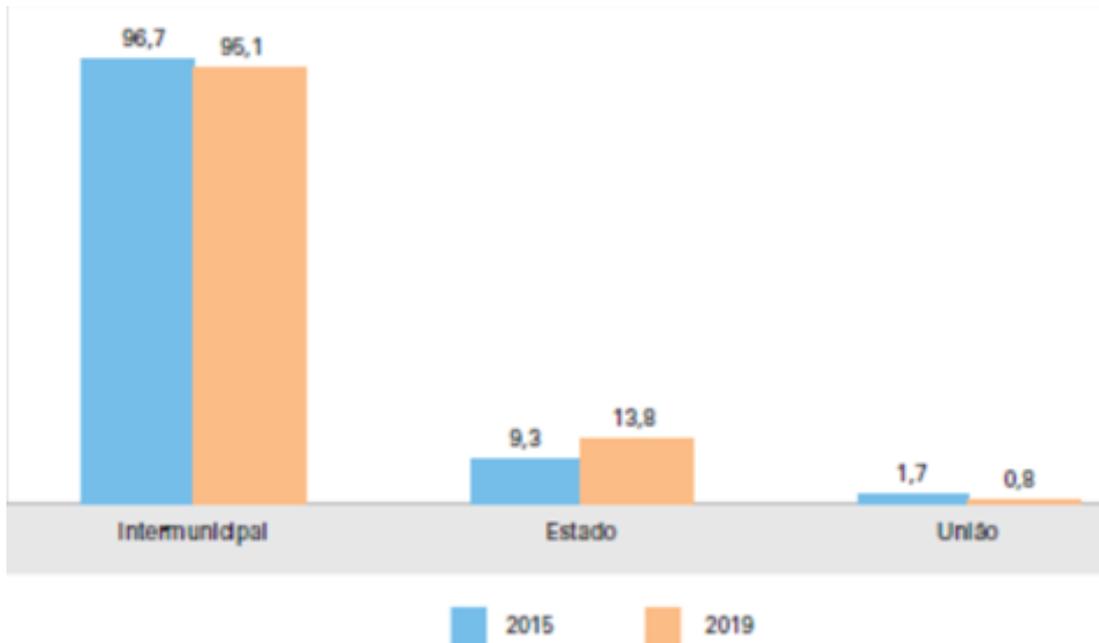
Figura 2 – Percentual de municípios com consórcio público, segundo as regiões brasileiras e as classes de tamanho da população dos municípios em 2015 e 2019



Fonte: IBGE, 2016, 2020.

Entre os municípios que declararam participar de consórcio público em 2015 e 2019, houve um aumento do percentual daqueles que formalizaram este tipo de arranjo de cooperação na forma vertical com o estado, passando de 9,3% (342) em 2015 para 13,8% (532) em 2019. A Figura 3, a seguir, ilustra esse dado.

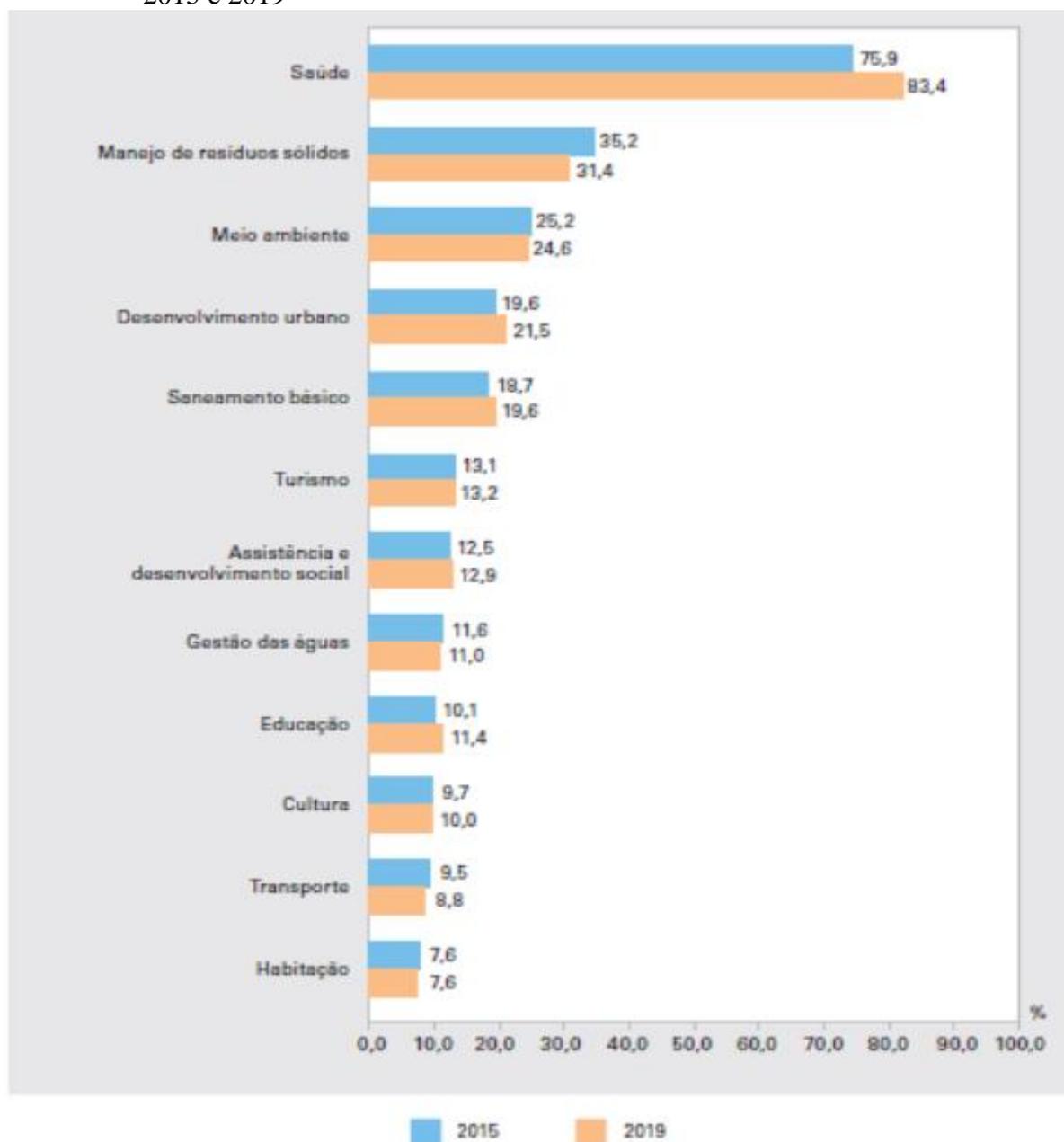
Figura 3 – Percentual de municípios com consórcios públicos, segundo o tipo de arranjo



Fonte: IBGE, 2016, 2020.

Das 12 políticas públicas pesquisadas pela MUNIC em 2015 e em 2019, que mobilizaram a organização de consórcios públicos, independentemente do ente federado associado, a maior incidência de consórcios é na área da saúde, conforme se pode observar pela Figura 4, a seguir.

Figura 4 – Porcentagem de consórcios públicos no Brasil, por área de atuação, nos anos de 2015 e 2019



Fonte: IBGE, 2016, 2020.

No ano de 2015, 381 municípios, que corresponderia a 99,0% dos municípios do estado do Paraná e 170 municípios, que corresponderia a 98,8% dos municípios do estado do Ceará, integravam algum tipo de consórcios público na área da saúde, independentemente do parceiro (IBGE, 2016).

Ademais, seria a saúde a área de atuação que concentraria o maior número de consórcios intermunicipais como instrumento de provisão de serviços públicos conforme apontado na Pesquisa de Informações Básicas Municipais realizadas nos anos de 2015 e 2019 (IBGE, 2020).

Outra fonte de dados sobre os consórcios públicos no Brasil é o mapeamento realizado pela CNM, publicado na forma de estudo técnico (Mapeamento dos consórcios públicos brasileiros 2021), o mais recente estudo publicado sobre essa temática. Um dado interessante levantado pela pesquisa foi no que se refere ao porte dos municípios consorciados.

Segundo a pesquisa, foi evidenciado que os municípios de pequeno porte seriam os que mais integrariam consórcios públicos como instrumento de implementação para determinadas políticas públicas. Com os dados extraídos em 2020, dos 4.723 municípios que participariam de algum consórcio, 4.119 (87%) eram de pequeno porte, 518 (11%) de médio porte e 86 (2%) de grande porte (HENRICHES, 2021).

O supracitado estudo também apontou que municípios participariam de mais de um consórcio. Além disso, como é possível que um consórcio público seja constituído entre municípios situados em diferentes estados, a pesquisa revelou que 15 consórcios públicos estariam nessa condição (HENRICHES, 2021).

De acordo com a publicação, o consórcio com a menor área de abrangência possuía 260 km², sendo integrado por dois municípios do estado de Pernambuco, cuja finalidade seria ações voltadas para a temática da mobilidade e do trânsito. Já o de maior área abrangeria 2.038.007 km² e era integrado por 1.820 municípios, cuja área de atuação seria a saúde e situado no Distrito Federal (CONSÓRCIO CONECTAR²²).

Ainda de acordo com o levantamento da CNM, a década de 2010 até 2020 é a que apresentaria o maior número de consórcios constituídos, seguida, respectivamente, pelas décadas de 2000 e 1990. O ano com maior número de constituições foi o de 2009, com 54 consórcios novos, seguido pelos anos de 2013 e 2010, respectivamente, com 52 e 48. O consórcio mais antigo identificado teria sido constituído em 1970 (HENRICHES, 2021).

De acordo com as legislações de regência²³, o contrato do consórcio público somente é celebrado com prévia subscrição de um protocolo de intenções, devidamente publicado na imprensa oficial e ratificado por lei de cada Casa Legislativa dos entes contratantes. Essa

²² O Conectar nasceu no período da pandemia da COVID-19, liderado pela Frente Nacional dos Prefeitos. Inicialmente como uma vontade coletiva de milhares de prefeitos de diversas cidades do Brasil para a compra de vacinas, hoje, se propõe como saída para compra pública-coletiva de insumos médico-hospitalares, medicamentos, equipamentos e serviços para a saúde. Foi constituído como uma autarquia pública sem fins lucrativos em março de 2021. Segundo a entidade, trata-se do maior Consórcio Intermunicipal de Saúde do Brasil com 2.100 prefeituras consorciadas (CONSÓRCIO CONECTAR, 2022).

²³ Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências e o Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007, que regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005 (BRASIL, 2005, 2007).

ratificação pode ser dispensada caso o ente da Federação tenha, antes de subscrever o protocolo de intenções, disciplinado e autorizado por lei a sua introdução no consórcio público.

Carvalho Filho (2011) aponta que os consórcios sempre foram negócios jurídicos para se expressar a “vontade de cooperação mútua dos pactuantes”. Sua natureza jurídica é a de “negócio jurídico plurilateral de direito público”²⁴, e, embora seja considerado espécie do convênio, os consórcios são constituídos por contrato, não obstante os entes públicos não estarem em posições opostas, conforme se verifica nos verdadeiros contratos, mas sim em posições colaterais em que todos os entes políticos buscam atingir objetivos comuns (CARVALHO FILHO, 2011, p. 209).

Os objetivos de interesse comum dos consórcios públicos são determinados pelos entes da Federação que se consorciaram, observados os limites constitucionais. O Decreto nº 6.017/2007 enumerou, em seu artigo 3º²⁵, uma lista de objetivos, não taxativos, para serem firmados pelos entes consorciados, os quais destaca-se: a gestão e prestação associada de serviços públicos; a execução de obras; o fornecimento de bens à Administração dos entes consorciados; as ações e políticas de desenvolvimento urbano, socioeconômico local e regional; e, em especial, as ações e os serviços de saúde, obedecidos os princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde.

²⁴ Em sentido lato, poder-se-á considerar contrato multilateral. Constitui negócio jurídico, porque as partes manifestam suas vontades com vistas a objetivos de natureza comum que pretendem alcançar. É plurilateral, porque semelhante instrumento admite a presença de vários pactuantes na relação jurídica, sem o regime de contraposição existente nos contratos; por isso, alguns o denominam de ato complexo. É de direito público, tendo em vista que as normas regentes se dirigem especificamente para os entes públicos que integram esse tipo de ajuste. Retratam cooperação mútua, numa demonstração de que os interesses não são antagônicos, como nos contratos, e sim paralelos, refletindo interesses comuns (CARVALHO FILHO, 2011).

²⁵ Art. 3º Observados os limites constitucionais e legais, os objetivos dos consórcios públicos serão determinados pelos entes que se consorciarem, admitindo-se, entre outros, os seguintes: I - a gestão associada de serviços públicos; II - a prestação de serviços, inclusive de assistência técnica, a execução de obras e o fornecimento de bens à administração direta ou indireta dos entes consorciados; III - o compartilhamento ou o uso em comum de instrumentos e equipamentos, inclusive de gestão, de manutenção, de informática, de pessoal técnico e de procedimentos de licitação e de admissão de pessoal; IV - a produção de informações ou de estudos técnicos; V - a instituição e o funcionamento de escolas de governo ou de estabelecimentos congêneres; VI - a promoção do uso racional dos recursos naturais e a proteção do meio-ambiente; VII - o exercício de funções no sistema de gerenciamento de recursos hídricos que lhe tenham sido delegadas ou autorizadas; VIII - o apoio e o fomento do intercâmbio de experiências e de informações entre os entes consorciados; IX - a gestão e a proteção de patrimônio urbanístico, paisagístico ou turístico comum; X - o planejamento, a gestão e a administração dos serviços e recursos da previdência social dos servidores de qualquer dos entes da Federação que integram o consórcio, vedado que os recursos arrecadados em um ente federativo sejam utilizados no pagamento de benefícios de segurados de outro ente, de forma a atender o disposto no art. 1º, inciso V, da Lei nº 9.717, de 1998; XI - o fornecimento de assistência técnica, extensão, treinamento, pesquisa e desenvolvimento urbano, rural e agrário; XII - as ações e políticas de desenvolvimento urbano, socioeconômico local e regional; e XIII - o exercício de competências pertencentes aos entes da Federação nos termos de autorização ou delegação. § 1º Os consórcios públicos poderão ter um ou mais objetivos e os entes consorciados poderão se consorciar em relação a todos ou apenas a parcela deles. § 2º Os consórcios públicos, ou entidade a ele vinculada, poderão desenvolver as ações e os serviços de saúde, obedecidos os princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2007).

Este tipo de associativismo entre entes políticos pode firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções sociais ou econômicas de outras entidades e órgãos do governo e, sobretudo, ser contratado pela Administração direta ou indireta dos entes da Federação consorciados, dispensada a licitação (BRASIL, 2005).

Destarte, os consórcios públicos surgiram como elemento inovador no sistema de governança brasileiro. Quando os municípios atuam através dos consórcios, transforma-se a escala em que são desenvolvidas suas decisões e ações, passando da escala local para a escala territorial-consorcial. Assim, é crucial analisar o processo de autonomização institucional, a presença dos mecanismos democráticos de participação e controle, bem como a coesão interna para manter sua vitalidade como palco político de cooperação e solidariedade.

4.1.2 Processo de constituição e organização técnica e administrativa dos consórcios públicos

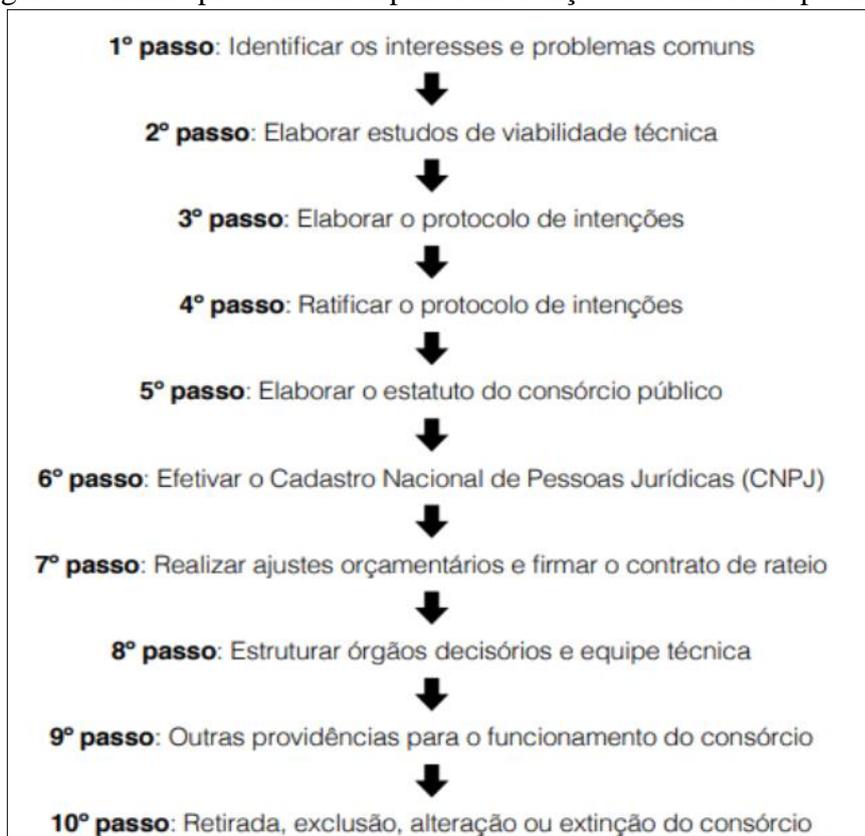
Atualmente, os consórcios podem ser divididos em duas modalidades: administrativo²⁶ e público. O primeiro foi constituído antes da publicação da Lei nº 11.107/2005 ou não segue as regras desse marco legal. Consubstancia-se em um pacto de mera colaboração sem vínculo contratual e pode possuir ou não personalidade jurídica. Já o segundo é regido pela Lei nº 11.107/2005, depende de prévia autorização legislativa com vínculo contratual e possui personalidade jurídica pública ou privada.

Serão apresentados os principais passos para constituição de um consórcio público, com base nas coletâneas publicadas pela Confederação Nacional dos Municípios sobre consórcios públicos²⁷. Cabe frisar que a ordem apresentada a seguir (Figura 5) possui coerência lógica com as normativas que regem esses mecanismos institucionais de cooperação entre entes.

²⁶ A partir de 1º de janeiro de 2008, o Decreto nº 6.017/2007 passou a incentivar a conversão dos consórcios instituídos anteriormente à referida norma em arranjos institucionais regimentalmente adequados ao marco legal dos consórcios públicos no Brasil. Isto porque a conversão sobreveio a ser imperativa para firmar convênios com a União, a fim de viabilizar a descentralização e a prestação de políticas públicas, inclusive o repasse de recursos do nível federal para os consórcios.

²⁷ “Consórcios Públicos Intermunicipais: Uma Alternativa à Gestão Pública” e “Consórcios públicos intermunicipais: estrutura, prestação de contas e transparência”.

Figura 5 – Fluxo procedimental para constituição de consórcios públicos



Fonte: HENRICHES; LIMA; CUNHA, 2020.

A organização de um consórcio é iniciada a partir de um processo de concertação política e não deve ser induzida, nem apressada, mas sim decorrente de uma iniciativa voluntária dos entes interessados e deve preservar a autonomia de cada pessoa política interessada no arranjo.

Através da articulação e pactuação entre os gestores e demais atores sociais da área de atuação do futuro consórcio público, que corresponderá à soma dos territórios dos entes políticos interessados (art. 2º, II, alíneas a, b e c, do Decreto 6.017/2007), os primeiros passos correspondem a identificação dos interesses e problemas comuns e a realização dos estudos de viabilidade técnica. A reunião do compilado documental servirá de base para o espelho do protocolo de intenções.

Os 3º e 4º passos são estratégicos, pois representam a elaboração e ratificação do instrumento contratual preliminar, que expressa o compromisso dos entes federados em se

consorciarem e é denominado pela lei como protocolo de intenções²⁸. Tal instrumento independe de autorização legislativa para ser subscrito pelos atores políticos participantes²⁹.

O protocolo de intenções seria o produto do diálogo e do amadurecimento das ideias das duas fases anteriores, e o artigo 4º da Lei nº 11.107/2005 combinado com o artigo 5º do Decreto nº 6.017/2005 estabelece quais são as cláusulas mínimas necessárias para que esse contrato preliminar seja válido.

Tal instrumento deve explicitar, por exemplo: a denominação, finalidade, o prazo de duração e a sede do consórcio; a personalidade jurídica; as normas de convocação, funcionamento e o número de votos para as deliberações da assembleia geral (instância máxima do consórcio público), a forma de eleição e a duração do mandato do representante legal do consórcio que, obrigatoriamente, deverá ser algum chefe do Poder Executivo consorciado e a autorização para a gestão associada de serviços públicos.

Segundo dispõe o art. 4º, inciso I, da Lei nº 11.107/2005, a escolha da finalidade (ou finalidades) do consórcio deve ser formalizada no protocolo de intenções. É importante frisar que os consórcios que optarem por desempenhar funções executivas em apenas uma área, por exemplo, na saúde, são chamados de finalitários, enquanto aqueles que decidirem atuar em mais de uma área são multifinalitários.

Após a assinatura do protocolo de intenções, os entes signatários deverão encaminhar o projeto de lei de ratificação do referido documento às respectivas Casas Legislativas (Câmaras Municipais – se municípios, Assembleias Estaduais – se estados e Congresso Nacional – se envolver a União), para aprovação. Superada esta etapa, poderá ser elaborado o contrato do consórcio público, nos termos do artigo 6º do Decreto 6.017/2007.

Passo seguinte é a elaboração do estatuto social, que regulamentará a organização, o funcionamento de cada órgão do consórcio, a estrutura de pessoal e deverá, sob pena de nulidade, observar as disposições do protocolo de intenções ratificado. A competência para aprovação do estatuto é da Assembleia Geral, a qual é composta pelos chefes de cada ente federativo associado. Aprovado o estatuto, permite-se o cadastramento do consórcio perante a Receita Federal e criação do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).

²⁸ “Art. 3º O consórcio público será constituído por contrato cuja celebração dependerá da prévia subscrição de protocolo de intenções” (BRASIL, 2005) e “Art. 4º A constituição de consórcio público dependerá da prévia celebração de protocolo de intenções subscrito pelos representantes legais dos entes da Federação interessados” (BRASIL, 2007).

²⁹ Para fins de celeridade e economia procedimental, a Confederação Nacional de Municípios recomenda que todos os potenciais participantes do consórcio sejam mencionados no protocolo de intenções, mesmo que não tenham a formação do consenso de ratificar imediatamente o documento, pois isso abrevia a burocracia que importaria a alteração do protocolo de intenção para incluir novo participante, conforme exige a legislação de regência.

Após a constituição do consórcio e aprovação do seu estatuto, cada membro deverá elaborar o seu contrato de rateio, formalizado em cada exercício financeiro, meio pelo qual os entes consorciados se comprometerão a repassar os recursos financeiros necessários ao custeio das despesas do consórcio (art. 2º, VII, do Decreto 6.017/2007).

Para tanto, em observância às normas orçamentárias-fiscais, é necessário que cada ente consorciado realize os devidos ajustes em suas peças orçamentárias (Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA)) para que os recursos sejam destinados em respeito ao princípio da legalidade financeira³⁰.

A Lei nº 11.107/2005 e o Decreto nº 6017/2007 estabelecem, além do contrato de rateio, algumas possibilidades que demandam articulação e negociação entre os próprios membros do consórcio público e, também, com atores externos, como são os casos do contrato de programa; do convênio de cooperação; do acordo de gestão associada de serviços públicos e da contratação de operação de crédito³¹.

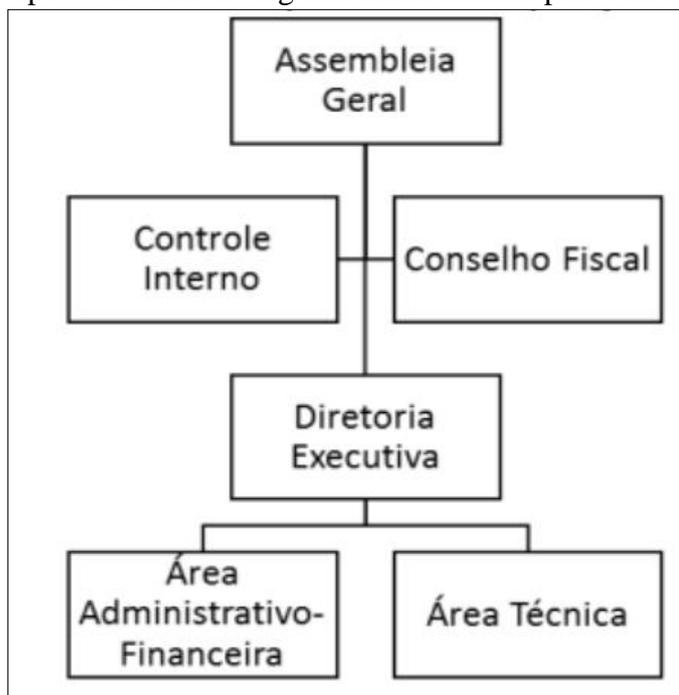
A CNM sugere estruturar os órgãos decisórios e a equipe técnica do consórcio. É primordial que a estrutura organizacional leve em consideração a finalidade do consórcio para que haja sinergia administrativa em busca da eficiência. Nos casos de modelo multifinalitário, é desejável que se estruture a equipe técnica multidisciplinar com pessoal especializado nas diversas áreas de atuação do consórcio.

Os aspectos organizacionais dos consórcios públicos variam conforme a atividade-fim da entidade, mas uma estrutura mínima é integrada pela Assembleia Geral (AG); Diretoria Executiva; Conselho Fiscal; equipe administrativa-financeira e técnica; e Controle Interno, conforme a proposta de organograma elaborada pela Confederação Nacional dos Municípios, ilustrada na Figura 6, a seguir:

³⁰ A Lei nº 11.107/2005 introduziu mudanças na norma que tipifica os atos de improbidade administrativa que causam danos ao erário, para incluir no art. 10, da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, os seguintes incisos: “XIV – celebrar contrato ou outro instrumento que tenha por objeto a prestação de serviços públicos por meio da gestão associada sem observar as formalidades previstas na lei; e XV – celebrar contrato de rateio de consórcio público sem suficiente e prévia dotação orçamentária, ou sem observar as formalidades previstas na lei” (BRASIL, 2005).

³¹ Por definição legal, o contrato de programa é o instrumento pelo qual devem ser constituídas e reguladas as obrigações que um ente da Federação, inclusive sua administração indireta, tenha para com outro ente da Federação, ou para com consórcio público, no âmbito da prestação de serviços públicos por meio de cooperação federativa. O convênio de cooperação entre entes federados é o pacto firmado exclusivamente por entes da Federação com o objetivo de autorizar a gestão associada de serviços públicos, desde que ratificado ou previamente disciplinado por lei editada por cada um deles. Já o acordo de gestão associada de serviços públicos disciplina o exercício de atividades de planejamento, regulação ou fiscalização de serviços públicos por meio de consórcio público ou de convênio de cooperação entre entes federados, acompanhadas ou não da prestação de serviços públicos ou da transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos (BRASIL, 2007). Por fim, a Resolução nº 15/2018 possibilita aos consórcios públicos o recebimento de recursos decorrentes de operações de crédito.

Figura 6 – Proposta de estrutura organizacional mínima para consórcios públicos



Fonte: HENRICHES; LIMA; CUNHA, 2020.

Como nenhum ente da Federação é obrigado a se consorciar ou a permanecer consorciado (art. 24, do Decreto nº 6.017/2007), pois se trata de conduta voluntária, é possível que, a qualquer tempo, o ente federativo, que não mais deseje participar do consórcio, impulsione a sua retirada. Para tanto, é necessário formalizar o pedido perante a Assembleia Geral, cuja alteração ou extinção do contrato de consórcio dependerá de instrumento aprovado pela Assembleia e ratificado mediante lei por todos os entes consorciados.

Nesta ocasião, os bens destinados ao consórcio público pelo consorciado que se retira somente serão revertidos ou retrocedidos no caso de expressa previsão no contrato de consórcio ou do instrumento de transferência ou de alienação, bem como a retirada não prejudicará as obrigações já constituídas entre o consorciado que se retira e o consórcio público.

Já a exclusão de um membro do consórcio depende de justa causa e prévio processo administrativo, que garanta o exercício do contraditório e da ampla defesa (artigos 26 e 27 do Decreto nº 6.017/2007). Sem prejuízo de outras causas reconhecidas em processo específico, a lei aponta como exemplos de justa causa para exclusão a não consignação, em lei orçamentária ou em créditos adicionais, das dotações suficientes para suportar as despesas assumidas no contrato de rateio, ou, quando sem autorização dos demais integrantes, o membro subscrever protocolo de intenções para constituição de outro consórcio com finalidades iguais, assemelhadas ou incompatíveis.

Em caso de extinção do consórcio, os entes responderão solidariamente pelas obrigações remanescentes, garantido o direito de regresso em face dos entes beneficiados ou dos que deram causa à obrigação. O pessoal cedido ao consórcio público retornará aos seus órgãos de origem e os empregados públicos terão automaticamente rescindidos os seus contratos de trabalho com o consórcio.

4.1.3 Relações intergovernamentais sob a perspectiva do *Institutional Collective Action* (ICA) e os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS)

O federalismo autárquico adotado no Brasil possui singularidades em comparação com outros Estados Federais, principalmente em virtude do elevado grau de descentralização e autonomia dos governos locais, que embaraçariam os incentivos para a cooperação horizontal e formação de arranjos de coordenação federativa e, por consequência, intensificariam as relações intergovernamentais predatórias (ARRETCHE, 2010).

Machado e Palotti (2015) reconhecem que o compartilhamento de responsabilidades nas políticas sociais criou espaços potenciais de articulação e complementariedade das ações governamentais, porém dependentes do comportamento dos governos subnacionais para lograr sucesso na implementação das políticas nacionais e universais. De acordo com Machado e Palotti (2015, p. 66), “se o compartilhamento constitucional de responsabilidades supõe a cooperação na realização dos objetivos nacionais das políticas sociais, não existem garantias, *a priori*, de que os entes governamentais ajustem suas ações nessa direção”.

A solução para harmonizar as relações intergovernamentais e estabilizar o pacto federativo, conforme hipótese até então analisada na literatura (ABRUCIO; SANO, 2013; ISMAEL, 2013; SOARES; MACHADO, 2018), seria incentivar os mecanismos institucionais e as arenas de cooperação, capazes de promoverem condutas solidárias e ações coletivas pelas esferas governamentais em prol do interesse comum e da efetivação de políticas públicas que, se fossem executadas isoladamente pelos entes, seriam mais custosas.

De acordo com a literatura (BEL; FAGEDA; MUR, 2014 *apud* NASCIMENTO *et al.*, 2021; BEL; WARNER, 2015 *apud* NASCIMENTO *et al.*, 2021; HULST; MONTFORT, 2007 *apud* NASCIMENTO *et al.*, 2021; NIAOUNAKIS; BLANK, 2017 *apud* NASCIMENTO *et al.*, 2021; SILVESTRE *et al.*, 2019 *apud* NASCIMENTO *et al.*, 2021; VOORN; GENUGTEN; THIEL, 2019 *apud* NASCIMENTO *et al.*, 2021, p. 1371), é pacífico o entendimento de que “a

prestação de serviços públicos se torna mais eficiente quando há o compartilhamento de conhecimento”, gerando economias e reduzindo custos em escala.

Mas, para haver este compartilhamento de forças, conhecimento e recursos, é preciso compreender os interesses coletivos e individuais envolvidos na cooperação entre os atores políticos, principalmente entre os municípios de uma mesma região, e identificar os mecanismos institucionais de coordenação, que prolonguem a ação coletiva e avaliem seus efeitos visando o sucesso do associativismo territorial (NASCIMENTO *et al.*, 2021a).

Analisando o Sistema Único de Saúde, é cediço que existe um número robusto de pequenos municípios (até 20.000 habitantes), incapazes de garantirem o acesso integral aos procedimentos de média e alta complexidade devido às incapacidades tecnológicas e, sobretudo, em razão da lógica de organização dos serviços de saúde de forma regionalizada e em rede.

As Teorias da Ação Coletiva se concentram em identificar os indutores dos mecanismos institucionais de cooperação e associativismo territorial de governos, dentre eles, os consórcios. Mas, é preciso analisar também as questões contextuais e regionais dos atores envolvidos nestes arranjos, a fim de entender a vontade dos entes políticos em direção à cooperação e à formação de consórcios como mecanismos de cooperação e coordenação federativa.

Tendo em vista que esta dissertação investiga os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), forma de associativismo territorial de municípios para a gestão e execução de serviços de saúde, será delimitado o campo de análise da teoria da ação coletiva institucional proposta por Feiock (2013) aos CIS.

Em um cenário de governança regional fragmentada, como acontece no SUS, a ideia de que os aspectos territoriais, sociais e culturais influenciariam a racionalidade dos atores locais para conduzi-los à prática de ações coletivas e cooperadas deve delimitar o entendimento sobre o ICA.

Feiock (2013) analisou a prestação de serviços públicos pela via da cooperação em contextos de governos fragmentados e construiu teoricamente o *Institutional Collective Action* (ICA). Segundo o autor, a Teoria da Ação Coletiva Institucional identificaria os mecanismos institucionais que viabilizariam a promoção de condutas direcionadas às ações coletivas num ambiente de fragmentação de governos.

Segundo a teoria, influenciados por aspectos contextuais e regionais, os indivíduos agiriam coletivamente, todavia orientados por seus interesses individuais visando receber os benefícios que, se fossem originados da ação individual, despenderiam maiores recursos para atingi-los (FEIOCK, 2013).

Os arranjos institucionais de ação coletiva podem ser aplicados a um leque de políticas públicas, principalmente para determinadas áreas em que as unidades governamentais locais podem alcançar melhores resultados se agirem coletivamente do que individualmente, ocasião em que ações colaborativas e mais vantajosas a todos reduziriam os custos de transação necessários para executar projetos voltados ao bem comum (NASCIMENTO *et al.*, 2021b).

A teoria da ação coletiva institucional se propõe a explicar o fato de os atores governamentais poderem agir coletivamente por meio de uma rede formal e institucional (arranjo), que poderia ser, no caso do SUS, o Consórcio Intermunicipal de Saúde, com regras claramente definidas e com o intuito de extrair benefícios políticos, ainda que haja custos de transação envolvidos.

A delegação de responsabilidades de um serviço a uma multiplicidade de governos e arenas políticas poderia fornecer resiliência e capacidade de resposta às necessidades locais (OAKERSON; ROGER, 2011 *apud* FEIOCK, 2013), mas também poderiam produzir os dilemas da ação coletiva institucional (FEIOCK, 2009; FEIOCK; SCHOLZ, 2010 *apud* FEIOCK, 2013).

Os dilemas da ação coletiva institucional (ICA) surgem da divisão de autoridade de um governo em uma ou mais áreas temáticas das políticas públicas, que impactariam outros governos e outras funções governamentais. Para a solução desses dilemas, seria fundamental reconhecer a interdependência entre os governos, ou seja, que as ações de um governo local afetariam as ações dos outros governos circunvizinhos (FEIOCK, 2013).

O foco nas externalidades de escolha em sistemas fragmentados são objeto de pesquisas no intuito de investigar os dilemas coletivos de governança contemporânea. Os mecanismos de mitigação desses dilemas poderiam ser classificados de acordo com seu escopo e aplicação e, de acordo com Feiock (2013, p. 397), seriam os que proporcionariam “o maior ganho pelo menor custo” sob diferentes condições de risco de colaboração (questões de coordenação, divisão e deserção).

Os dilemas do ICA apresentariam manifestações horizontais, verticais e funcionais. Um problema de ação coletiva em nível horizontal (entre municípios) poderia surgir em duas hipóteses: quando governos muito pequenos necessitam produzir, com eficiência e por conta própria, determinados serviços públicos que não conseguiriam prover sozinhos; ou quando entes de maior porte, na execução de um serviço, produzem externalidades que ultrapassariam as suas fronteiras institucionais, afetando governos vizinhos (FEIOCK, 2013).

Feiock (2013) analisou os mecanismos institucionais que poderiam mitigar os dilemas da ação coletiva e os classificou de acordo com duas dimensões, que definem tanto os custos

da transação de participação em um arranjo de associativismo territorial quanto a capacidade deste arranjo em resolver o problema da ação coletiva.

Neste contexto, os mecanismos institucionais poderiam variar conforme o número de atores e o grau de colaboração. Os arranjos poderiam ter menores custos de transação quando envolvessem uma quantidade menor de entes políticos e alta integração dos gestores, mas seriam maiores os custos quanto maior fosse a abrangência de atuação e menor a integração dos agentes políticos (FEIOCK, 2013 *apud* NASCIMENTO *et al.*, 2021b).

Feiock (2013) destacou as teorias de inserção social para compreender a dinâmica das relações intergovernamentais. Em sua concepção, as regiões dependeriam muito de “comunidades relacionais”, que surgiriam de vínculos recíprocos de longo prazo entre organizações co-localizadas. Sendo assim, o enraizamento social forneceria base para criar mecanismos de mitigação dos problemas da ação coletiva institucional.

O ICA presume que ações colaborativas produziram ganhos coletivos para os atores (governos) participantes, porém tais ganhos não seriam necessariamente suficientes para manter a cooperação, mesmo em situação de forte vínculo e interatividade. Segundo Feiock (2013), governos locais nem sempre perceberiam os custos envolvidos para produzirem os benefícios coletivos e nem o potencial de ganho desses benefícios.

Ademais, na perspectiva do autor, as unidades constituintes avaliariam os benefícios que receberiam agindo de forma cooperativa em contrapartida dos ganhos que levariam se agissem de forma não cooperativa. No resultado desta análise, os ganhos advindos da ação coletiva poderiam não ser suficientes para estimular a ação conjunta e cooperada para que os atores locais participassem de arranjos de governança regional.

Sob o ponto de vista do ICA, quanto mais homogêneos forem os interesses entre os prefeitos maior seria a probabilidade de haver ações coletivas em torno da solução dos problemas comuns de uma região, pois tal fato decorreria da homogeneidade das comunidades co-localizadas em termos sociais, econômicos, partidários e ideológicos, que reduziriam os custos de transação para tomada de decisão sobre ações colaborativas e conjuntas pelos governos de regiões fragmentadas (FEIOCK, 2013).

Segundo Feiock (2013), a ação coletiva com vistas à cooperação se fundamentaria no interesse pessoal do agente, o qual seria o combustível para a ação em favor de um interesse coletivo. Os indivíduos seriam compelidos a agirem de forma cooperada apenas se enxergassem alguma vantagem pessoal para tal ou quando os custos de não agirem desta maneira superassem as vantagens.

Tomando como premissa a racionalidade dos atores políticos, que buscariam a maximização dos seus ganhos e a diminuição dos seus custos, Feiock (2013) sustentou que os gestores políticos locais apenas se esforçariam em prol de ações coletivas se, no futuro, conseguissem usufruir, individualmente, os benefícios coletivos decorrentes do esforço político empreendido para uma atuação conjunta.

Na saúde, a cooperação federativa enquanto elemento de organização política se apresenta como característica imprescindível ao desenvolvimento das políticas no Sistema Único de Saúde, e, embora faça parte do seu arcabouço normativo, sua concretização revela-se “um processo difícil e de complexa institucionalização” (MENICUCCI; MARQUES, 2016 *apud* DA SILVA *et al.*, 2020, p. 2).

Menicucci e Marques (2016 *apud* DA SILVA *et al.*, 2020) e Viana e Lima (2011 *apud* DA SILVA *et al.*, 2020) sintetizaram, de forma bastante elucidativa, o processo de institucionalização da ação coletiva com vistas ao fortalecimento da regionalização, entendendo que sua concretização depende de aspectos individuais, regulatórios e institucionais.

Em tese, a ação coletiva regionalizada tende a alcançar melhores resultados e com menor custo aos serviços de saúde, ao permitir a otimização de recursos e sua utilização solidária entre municípios, além de ampliar o acesso e garantir melhor rentabilidade aqueles municípios com maior capacidade de atendimento. No entanto, sabe-se que o processo de ação coletiva em sistemas de saúde formados por princípios igualitários, descentralizados e regionalizados, como o SUS, é necessariamente lento e negociado, uma vez que envolve jogos de cooperação e negociação, acordos e vetos entre entes federados. Envolve também o entendimento entre autoridades políticas dotadas de vários tipos de legitimidade e que, por vezes, possuem projetos políticos distintos; além de ser favorecido e/ou potencializado por contextos histórico-estruturais e aspectos político-institucionais (DA SILVA *et al.*, 2020, p. 2/3).

A importância da construção de sistemas de cooperação e coordenação intergovernamentais, que poderiam ser instrumentalizados através dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, conciliariam as demandas locais com as políticas desenvolvidas em nível loco-regionais, se os ganhos coletivos fossem maiores que os custos da transação entre os atores envolvidos nesse arranjo.

Ademais, se construídos e consolidados os laços de credibilidade/confiança entre os gestores locais do SUS e Prefeitos, a cooperação poderia ser mais crível, bem como seria mais perene o tempo de colaboração mútua, o que levaria a um possível sentimento positivo entre os governos municipais na arena político-institucional dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Neste sentido, a estrutura de redes de políticas seria uma variável utilizada no quadro teórico do ICA para estimar a probabilidade do surgimento e a durabilidade dos acordos

coletivos. Ao fortalecer os laços de vínculos entre os atores políticos envolvidos no consorciamento se criaria o capital social necessário para a cooperação nos CIS.

A cooperação via CIS dar-se-ia por uma necessidade econômica e de sobrevivência política dos atores, esta última decorrente da obrigação constitucional e eleitoral de ofertar ações e serviços de saúde de forma universal, integral e equânime a todos os cidadãos. Através dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, os gestores maximizariam os benefícios decorrentes da ação coletiva e diminuiriam os custos daquela provisão, por exemplo.

Contudo, essa dinâmica possui limitações se observado o comportamento dos atores políticos locais, pois estes estão inseridos dentro de um tabuleiro eleitoral regional repleto de disputas travadas para atração dos votos do eleitorado territorial. Neste cenário de disputas de poder e protagonismo político, tais gestores, que também poderão ser um dia candidatos, pretendiam usufruir os benefícios das ações por ventura executadas coletivamente mediante o ganho do voto, mas buscariam minimizar as perdas (custos) em prol de um resultado final (imagem-objetivo), consistente no êxito nas eleições (novos mandatos).

A percepção de ganho coletivo associada aos benefícios individuais dos agentes públicos (Prefeitos e Secretários) forjaria o cenário para a cooperação. Entender os interesses coletivos e individuais envolvidos na cooperação entre os municípios para institucionalizar Consórcios Intermunicipais de Saúde como instrumentos de coordenação federativa, a fim de prolongar a ação coletiva e mensurar ganhos e perdas é crucial, até para avaliar os resultados que tais arranjos podem criar na governança regional.

José Ângelo Machado analisou a literatura que identificou as teorias (Teorema de Coase e Dilema do Prisioneiro) sobre os benefícios e custos das ações coletivas promovidas por governos locais, para solução dos problemas comuns em busca de ganhos em eficiência e economia de escala, e as conclusões de Olson a respeito da dicotomia entre cooperar com o grupo de indivíduos racionais, portanto com motivos para a não cooperação, ou desertar da cooperação, bem como os fatores que afetariam a disposição na barganha coletiva (MACHADO, 2007).

Segundo Machado (2007), em arranjos institucionais de cooperação, a produção conjunta de bens ou serviços com o cálculo dos custos e benefícios entre os associados voltados para ganhos de economia de escala; a gestão de recursos comuns em prol da sustentabilidade, a fim de evitar a exploração predatória; e os investimentos conjuntos visando à distribuição dos custos de externalidades positivas seriam algumas das perseguições dos atores para o associativismo territorial de governos locais.

Em seus estudos, Machado (2007) também citou a teoria da Ação Coletiva Institucional como uma das abordagens mais conhecidas no enquadramento analítico dos problemas de governança regional. De acordo com Machado (2007, p. 5), a teoria da Ação Coletiva Institucional de Feiock pressupõe que

[...] as motivações individuais para aderir ou não à cooperação com alguma iniciativa coordenada ente agentes podem ser extensivas às organizações, incluindo governos locais. Os atores organizacionais são os agentes envolvidos nesta modalidade de ação coletiva, pela qual governos voluntariamente participariam do esforço para resolver problemas comuns.

Em parcerias intermunicipais, governos locais se associariam para realizar interesses que, embora particulares, seriam comuns ou compartilhados por todos. Sob a lógica da gestão compartilhada, os gestores obteriam benefícios superiores aos obtidos com ações isoladas, mas sua implementação não estaria livre de riscos, ameaças ou externalidades negativas, como comportamentos *free rider*, ocorridos quando “governos locais poderiam perseguir o bônus da cooperação intermunicipal sem assumir seu ônus” (MACHADO, 2007, p. 5).

Já o estudo de Caldas (2007) sobre o processo de constituição e institucionalização dos consórcios intermunicipais tem como perspectiva analítica o campo da ciência política e é estruturado na teoria do capital social, teoria da escolha racional e teoria da formação de agendas de governo.

Pela teoria do capital social, a formação dos Consórcios Intermunicipais estaria diretamente relacionada às capacidades prévias dos municípios, de seus agentes políticos e dos atores sociais de estabelecerem laços e relações de confiança com base em raízes socioculturais, pois são consideradas as variáveis relacionadas à cultura, à tradição e aos símbolos locais para medirem o grau de intensidade e desejo em se associarem (CALDAS, 2007).

Pela teoria da escolha racional, de acordo com Caldas (2007), os Consórcios Intermunicipais derivariam de vários estímulos externos ao território compreendido pelo futuro consórcio e se basearia em cada ação estratégica do “ator racional”. De acordo com o seu estudo, seria possível modelar os complexos jogos sociais a partir de variáveis, valorizando os esquemas mais estruturados de incentivos e punições como mecanismos de indução do comportamento dos atores sociais.

Já pela teoria da formação das agendas de governo, o importante seria avaliar o fluxo completo, baseado nos aspectos analíticos do neoinstitucionalismo histórico, cujo modelo de análise depende de dois fatores principais: “o empreendedor público (entrepreneur) e a janela de oportunidades (*policy windows*)” (KINGDON, 2003 apud CALDAS, 2007, p. 40).

Ao analisar a constituição dos Consórcios Intermunicipais, Caldas (2007) identificou dois tipos de problema que se sobrepõem ao tratar da formação da agenda para a formação desses arranjos. O primeiro, de natureza setorial, seria a seleção da área de atuação; o outro seria relativo à articulação territorial, pois se tornaria necessário superar a lógica da autonomia como sinônimo equivocado de autossuficiência.

O comportamento dos atores e dos agentes políticos em torno da formação de um Consórcio Intermunicipal de Saúde seria influenciado por mecanismos causais diversos, como, por exemplo, o grau de confiança preexistente entre os agentes políticos que se articulam em prol do associativismo territorial e a forma como o empreendedor político propõe, discute e convence os mais diversos atores sociais e políticos nas mais diversas arenas regionais para a gestão “solidária e cooperativa” no SUS.

Tais comportamentos característicos das relações intergovernamentais inspiraram a escrita dos documentos oficiais de regulamentação e organização das políticas de saúde que tratam da regionalização e podem ser percebidas através dos vocábulos “solidariedade” e “cogestão”. Só que a construção da regionalização dependeria dos mecanismos institucionais de coordenação, coerção e recompensa de atitudes solidárias a serem promovidas no espaço regional (DA SILVA *et al.*, 2020).

Além disso, aspectos relacionados à gestão dos serviços, como equilíbrio entre os interesses coletivos e individuais, e a construção de identidades sociais entre os gestores e a comunidade regional com vistas à cogestão seriam desafios a serem enfrentados no processo de regionalização (DA SILVA *et al.*, 2020).

Ismael (2013) explica que a ausência de mecanismos institucionais que estimulem a cooperação intergovernamental, bem como a enorme variedade e numerosidade de municípios brasileiros, cada qual com sua cultura, prioridade social, eleitoral e governamental impactariam negativamente a implementação de ações cooperativas e solidárias intergovernos voltadas ao interesse comum e ao fortalecimento da regionalização.

Isto porque diferentes centros de poder atuam sobre um mesmo espaço territorial e a deficiência da coordenação levaria à fragmentação das políticas de saúde por gerar duas possíveis situações: a ausência de ações governamentais ou a sobreposição das iniciativas de diferentes níveis de governo em uma mesma área.

Arretche (2004) sinaliza que o pacto federativo brasileiro favoreceu a sobreposição de competências e responsabilidades, bem como acirrou a competição entre os níveis de governo. De acordo com a autora, o Sistema Único de Saúde seria um caso peculiar.

Isto porque a transferência de atribuições e responsabilidades sanitária e financeira para os entes subnacionais provocou efeitos sobre as condições de realização, e, principalmente, desigualdades loco-regionais na implementação das políticas de saúde, haja vista a forte heterogeneidade dos governos locais em virtude das diferentes capacidades burocráticas, fiscais e de recursos humanos qualificados (ARRETCHE, 2004).

Não é tarefa fácil institucionalizar arranjos cooperativos no espaço regional, como é o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. É muito debatido no cenário político-institucional da região o dilema do retorno político das ações individuais *versus* a resposta do eleitorado local às ações coordenadas, cooperativas e regionalizadas através de processos decisórios interfederativos e da gestão compartilhada de ações e serviços de saúde (MACHADO, 2007).

Além disso, ações solidárias, coletivas e cooperativas encontram grandes dificuldades para sua implementação, principalmente por entes de mesmo nível (horizontal) em razão das diferentes capacidades burocráticas e financeiras, fora os interesses conflitantes entre os dirigentes políticos, que travam batalhas eleitorais dentro de um mesmo território em busca de votos e vitórias, consideradas fortes externalidades negativas da regionalização e do associativismo intermunicipal na forma de consórcios.

Machado e Palotti (2015) reconheceram as comissões intergestores (CIT, CIB e CIR) como espaços de pactuação e articulação interfederativa, cujo desenho institucional incluiu elementos congruentes com o federalismo cooperativo como a composição paritária e a regra do consenso para tomadas de decisão.

Tais elementos presumiriam relações simétricas entre os entes federativos, porém, na prática das agendas destas comissões, empoderam-se relações assimétricas e desequilibradas entre os entes verticais e, principalmente, horizontais (sistemas executores x encaminhadores ou municípios pequenos x municípios de médio e grande portes).

Machado e Palotti (2015) explicam com precisão essa dinâmica de assimetria entre as relações interfederativas em razão dos componentes de verticalização do arranjo federativo brasileiro.

O gestor federal mantém relativa discricionariedade para alocação de recursos financeiros, eventualmente mobilizados para indução da aprovação de programas governamentais, tornando a não cooperação custosa para os governos subnacionais, ao adiar ou cancelar o acesso a recursos financeiros e a implementação de novos serviços que poderiam render dividendos eleitorais aos políticos locais, o que sugere níveis relevantes de dependência financeira por parte daqueles governos (MACHADO; PALOTTI, 2015, p. 73).

A cooperação, as ações coletivas e a articulação interfederativa são construídas através dos pilares da solidariedade e na horizontalidade, através de processos de concertação e coordenação federativas, que dependem do diálogo permanente e do consenso entre diferentes agentes – sociais, políticos e institucionais e poderiam ser instrumentalizadas pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Não obstante, analisar os fatores que caracterizam o processo decisório envolvido na formação e desenvolvimento institucional dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, bem como as condições político-sociais para o seu desenvolvimento são pré-requisitos fundamentais para a sustentabilidade desses arranjos e, sobretudo, para compreender se tais mecanismos institucionais podem favorecer a regionalização.

4.1.4 Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) no SUS: papel, possibilidades e limites

Os municípios brasileiros sempre enfrentaram dificuldades em ofertar ações e serviços de saúde. Com a criação do Sistema Único de Saúde e a descentralização político-administrativa estabelecida pela Carta Política de 1988, os desafios só aumentaram em virtude da atribuição e responsabilidade dos entes municipais pela garantia do direito universal à saúde.

Tais desafios foram agravados nos municípios menores, diante de suas limitadas capacidades técnica-gerenciais, de recursos humanos qualificados e especializados e em razão da baixa densidade tecnológica para a garantia da integralidade do cuidado. Em resumo, as obrigações aumentaram de forma desproporcional à capacidade operacional dos municípios.

No contexto de fragmentação territorial e do atual pacto federativo, em um país de dimensão continental como o Brasil, o associativismo entre municípios na forma dos CIS se colocaria como uma das opções viáveis para a efetivação e implementação da gestão compartilhada no SUS, sendo um instrumento que se apresentaria como capaz de vencer o desafio da descentralização (MACHADO, 2007).

Apesar de existirem consórcios de saúde anteriormente ao processo de descentralização, como é o caso do Consórcio Intermunicipal de Penápolis, pioneiro e que serviu de inspiração para a organização dos demais CIS no Brasil, após o advento da Constituição Federal de 1988 e da Lei nº 8.080/1990, tais arranjos tiveram seu *boom* associado exatamente ao processo de descentralização (LIMA, 2000).

Em 1996, com a publicação da Norma Operacional Básica (NOB SUS 01/96), os Consórcios Intermunicipais de Saúde foram relacionados ao contexto da regionalização e hierarquização da rede de serviços e às estratégias para articulação e mobilização dos municípios como instrumentos de cooperação (LIMA, 2000).

Segundo Lima (2000, p. 987), as características geográficas, a demanda, o perfil epidemiológico, a oferta dos serviços e, principalmente, “a vontade política expressa pelos diversos municípios de constituírem um consórcio ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo” eram fatores que favoreceriam a formação desses arranjos.

O Ministério da Saúde introduziu o instrumento de consórcio como uma das estratégias para operacionalizar a NOB SUS nº 01/1996. Neste cenário, em 1997, foi lançado, pelo MS, o documento “1997 - O Ano da Saúde no Brasil”, onde, de acordo com a autora, foi defendida a criação dos consórcios. No mesmo ano, foi realizada a primeira oficina sobre consórcios no Ministério da Saúde, que originou o manual “Os Consórcios e a Gestão Municipal em Saúde” (LIMA, 2000).

A adoção, pelos gestores, dos consórcios de saúde como mecanismos de coordenação e cooperação federativa pode ser considerada uma alternativa para viabilizar ações coletivas e gestão compartilhada de serviços, no âmbito do espaço territorial de atuação desses consórcios, em benefício da soma da população de todos os entes consorciados.

Neste cenário, os consórcios públicos de saúde foram pensados como uma proposta de solução organizacional e institucional direcionada às práticas cooperativas na saúde, para resolver problemas comuns identificados por entes de um determinado território (consorcial), mediante a soma de esforços, recursos físicos, financeiros, tecnológicos e gestão compartilhada da rede, que buscasse resolver aqueles problemas (LINHARES; CUNHA; FERREIRA, 2012).

Consórcios públicos de saúde confeririam uma nova perspectiva de cooperação federativa e solidária entre pessoas políticas e se apresentariam como forma de associação para superar as deficiências de escala, além de instrumento de formalização contratual para captar, agregar e/ou gerenciar recursos (VAZ, 1997 *apud* MENDONÇA; ANDRADE, 2018; PRATES, 2012 *apud* MENDONÇA; ANDRADE, 2018).

Flexa e Barbastefano (2020) entendem os consórcios de saúde como mecanismos de resolução de problemas comuns e instrumentos de compartilhamento da gestão e prestação de serviços através da soma de esforços e da articulação de recursos físicos, financeiros e tecnológicos e, dessa forma, poderiam favorecer a construção de sistemas regionais pactuados.

Segundo a literatura, os consórcios de saúde foram também constituídos para o estabelecimento de parcerias intergovernos visando o alcance de interesses comuns, com a

finalidade de “ampliar o acesso da população a determinados tipos de ações e serviços de saúde, dadas as limitações das condições de oferta dos municípios e estados do país” (KUSCHNIR *et al.*, 2011, p. 131).

Quais seriam esses objetivos de interesse comum para a constituição dos consórcios na área da saúde?

Poder-se-ia apontar alguns: a) estruturar as redes regionalizadas e hierarquizadas de assistência à saúde; b) organizar a provisão regional das especialidades médicas, cirúrgicas e dos exames de diagnóstico; c) contribuir para a articulação entre os equipamentos municipais e estaduais nas regiões de saúde; d) planejamento, capacitação e avaliação das ações de saúde; e) gerenciar equipamentos complexos de saúde como hospitais, centros de especialidades médicas e odontológicas, laboratórios, centros de diagnóstico por imagem, dentre outros; f) ampliar a oferta de leitos públicos e acesso às redes de alta complexidade; g) fortalecer o sistema de regulação regional; h) aprimorar os sistemas de vigilância em saúde; i) construir programas regionais de formação e educação permanente para os profissionais da saúde do território consorciado.

Em consulta à plataforma do TABNET, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde³², que apresenta o quantitativo de estabelecimentos de saúde cadastrados no Brasil, foram identificados 522 consórcios de natureza jurídica de direito público (associação pública) e 12 consórcios de direito privado, totalizando 534 consórcios de saúde (BRASIL, 2022).

De acordo com a pesquisa, somente foi possível encontrar dados numéricos, por região brasileira, sobre os consórcios de saúde de forma geral, sem a possibilidade de filtro para identificar se tais consórcios são arranjos horizontais municipais (CIS), ou até mesmo identificar o nome do consórcio de saúde. Ausente também dados qualitativos a respeito desses arranjos, no que tange à gestão ou à funcionalidade, que pudessem colaborar com a avaliação de sua performance na gestão do SUS, conforme pode ser observado na Tabela 1, a seguir.

³² Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabbr.def>. Acesso em: 06 mar. 2022.

Tabela 1 – Quantidade de consórcios de saúde, segundo Região/Unidade da Federação e natureza jurídica de direito público ou privado no período de janeiro/2022

Região/Unidade da Federação	Quantidade
TOTAL	522
Região Norte	1
.. Rondônia	1
Região Nordeste	36
.. Ceará	26
.. Rio Grande do Norte	2
.. Paraíba	4
.. Pernambuco	1
.. Sergipe	1
.. Bahia	2
Região Sudeste	377
.. Minas Gerais	292
.. Espírito Santo	68
.. Rio de Janeiro	2
.. São Paulo	15
Região Sul	96
.. Paraná	68
.. Santa Catarina	12
.. Rio Grande do Sul	16
Região Centro-Oeste	12
.. Mato Grosso do Sul	1
.. Mato Grosso	10
.. Goiás	1

Região/Unidade da Federação	Quantidade
TOTAL	12
Região Sul	11
.. Paraná	10
.. Santa Catarina	1
Região Centro-Oeste	1
.. Mato Grosso	1

Fonte: BRASIL, 2022.

Kuschnir *et al.* (2011) definem a imagem-objetivo de funcionalidade dos Consórcios Intermunicipais na área da saúde.

De certa forma, o aumento dos consórcios intermunicipais foi um meio de buscar solucionar as limitações relacionadas ao processo de municipalização acelerado em uma federação marcada por grande proporção de pequenos municípios que não têm condições de garantir isoladamente a oferta de serviços necessária à atenção da saúde da população em seu âmbito territorial (KUSCHNIR *et al.*, 2011, p. 131).

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde, como tipo de parceria voluntária entre níveis horizontais de governo para realização de interesses e solução de problemas comuns, seriam arranjos baseados em ações cooperativas e solidárias em benefício da produção ou provisão de um bem ou serviço público (MACHADO, 2007).

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde seriam definidos como uma iniciativa autônoma de municípios localizados em áreas geográficas contíguas, que se associam para gerir e prover conjuntamente serviços especializados e de maior densidade tecnológica à população das municipalidades participantes (TEIXEIRA; MAC DOWELL; BAGARIN, 2003 *apud* FLEXA; BARBASTEFANO, 2020).

Ou seja, seriam mecanismos institucionais para a oferta de ações e serviços de saúde, com divisão dos custos entre os consorciados, cuja análise dos resultados alcançados deve seguir a partir da relação entre o objeto dos consórcios e o seu respectivo protocolo de intenções, firmado, previamente, entre os municípios consorciados na ocasião do pacto político de constituição do CIS.

Tais arranjos institucionais de cooperação intermunicipal seriam mecanismos operacionais para reunião e maior rendimento dos esforços coletivos dos municípios associados. Seriam estruturados a fim de solucionarem a falta de recursos humanos e financeiros, a dificuldade de acesso a uso de tecnologias e a inexistência de estruturas físicas adequadas, além da distância que dificulta o atendimento à saúde nesses pequenos municípios (LIMA, 2000).

Flexa e Barbastefano (2020) apontaram que os CIS poderiam servir de instrumento de cooperação técnica e financeira entre os três níveis de governo, para a articulação de ativos, viabilização e cooperação em projetos de abrangência regional, desde que superados os limites e percalços para a sua constituição e atuação.

A relação federativa e a regionalização seriam dimensões de relevância para a organização dos arranjos de cooperação (consórcios) no âmbito do desenvolvimento dos territórios regionais, através da associação de municípios, mas que respeitasse a autonomia de cada ente e estabelecesse relações de interdependência entre os gestores (MENDONÇA; ANDRADE, 2018).

Após o Decreto nº 7508/2011, surgiram novas ferramentas de construção da regionalização e os Consórcios Intermunicipais de Saúde se configurariam como vetores de inovação para o desenvolvimento das prioridades territoriais das regiões de saúde, da tomada de decisões em nível loco-regional em meio às necessidades dos entes municipais, que se organizariam e se associariam em torno da construção de uma identidade coletiva (MENDONÇA; ANDRADE, 2018).

Só que os CIS não neutralizariam os interesses individuais dos municípios associados, pelo contrário, estes estariam preservados e, sendo assim, a autonomia dos entes municipais restringiriam o interesse comum, além da existência do poder de veto às decisões coletivas. A neutralização dos interesses individuais seria tarefa árdua e dependeria de grande concertação e diálogo institucional direcionado ao fomento do equilíbrio das relações assimétricas entre os municípios, principalmente entre os pequenos x médio/grande porte.

Lui *et al.* (2020) analisaram o papel dos Consórcios Intermunicipais sob a perspectiva da regionalização e cooperação federativa a partir da análise dos conteúdos dos convênios

celebrados com a União. De acordo com o estudo, os CIS seriam instrumentos de cooperação interfederativa para organização regional das demandas e dos serviços de saúde, porém com certos limites e barreiras.

Para o êxito dos CIS e a manutenção de suas atividades, sua engenharia institucional deveria guardar sinergia com os propósitos estabelecidos nos protocolos de intenção para o desenvolvimento das ações e a condução gerencial dos programas executados de forma compartilhada entre os entes consorciados (LUI *et al.*, 2020).

O estudo de Lui *et al.* (2020) concluiu que alguns consórcios ainda atuariam de forma autônoma e desconectada das outras instâncias de gestão, como as Coordenadorias Regionais de Saúde, e pactuação (CIB e CIR), o que poderia provocar “descompassos e sobreposições de atividades” (LUI *et al.*, 2020, p. 5073).

Já Mendonça e Andrade (2018) destacaram que, no âmbito dos CIS, poderia haver desvantagens para os municípios menores em relação aos maiores no que se refere ao acesso, organização dos recursos financeiros, participação na formulação e tomada de decisões sobre as ações e programas, e concluíram que “municípios demograficamente pequenos são ainda esquecidos”.

Ademais, a rotatividade e renovação dos grupos políticos nos municípios seriam obstáculos para a estabilidade desses arranjos de cooperação e dificultariam as relações federativas no espaço regional (MENDONÇA; ANDRADE, 2018).

Em seu estudo, os autores concluíram que as experiências exitosas de cooperação entre municípios na área da saúde conferiram aos territórios regionais o “desenvolvimento econômico, a racionalização e a otimização dos recursos e ganho de escala, além da recuperação de uma dinâmica demográfica positiva, evitando a migração territorial para grandes centros”, o que teria favorecido a interatividade entre os entes (MENDONÇA; ANDRADE, 2018, p. 220).

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde seriam ainda concebidos como proposta de cooperação interfederativa e mecanismo de articulação entre os sistemas municipais de saúde, para organização das demandas e dos serviços no território consorciado, que não necessariamente deveriam seguir o desenho institucional das regiões de saúde.

O contrário também poderia ocorrer, como aconteceu com a grande maioria dos consórcios de saúde do Paraná e de Minas Gerais, decorrente do papel da gestão estadual de indução e coordenação da política de incentivo à gestão consorciada associada à política de regionalização e organização da assistência. Tais estados incentivaram e apoiaram tecnicamente e financeiramente a criação dos CIS, coordenando o processo de instituição desses arranjos em alinhamento ao desenho regional.

Ademais, os municípios consorciados seriam capazes de superar as deficiências individuais na assistência à saúde, principalmente, em consultas médicas de especialidade e exames de média e alta complexidade, reduzindo os aspectos competitivos do federalismo brasileiro (FLEXA; BARBASTEFANO, 2020).

Já na perspectiva de Guimarães e Giovanella (2004), Consórcios Intermunicipais de Saúde resultariam em um instrumento para superar deficiências dos municípios de pequeno porte e as dificuldades gerenciais advindas da descentralização da política de saúde aos municípios. Serviriam, ainda, como mecanismos políticos e financeiros para organização regionalizada da assistência com redução dos custos sociais de deslocamento de pacientes entre a rede.

Neves e Ribeiro (2006) e Nicoletto, Cordoni Junior e Costa (2005 *apud* AMARAL; BLATT, 2011) destacaram que os municípios de pequeno porte, através dos CIS, encontrariam condições favoráveis para assumir as responsabilidades decorrentes do processo de descentralização e da organização regionalizada da “atenção à média complexidade, na oferta de consultas médicas e em diagnose e terapia” (AMARAL; BLATT, 2011, p. 800).

Neves e Ribeiro (2006) destacaram que os CIS, em sua grande maioria, buscariam superar as deficiências na assistência à saúde e gerariam soluções organizacionais que afastariam do modelo típico da Administração direta, o que favoreceria a construção de “sistemas regionais pactuados” ao facilitar o acesso e maior eficiência no uso e pagamento dos serviços.

Com relação à gestão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, além de estarem sujeitos aos princípios que sustentam os consórcios públicos, tais arranjos devem observar aos princípios, diretrizes e normas do SUS, nos termos do § 3º, do artigo 1º, da Lei 11.107/2005. Tais princípios estão na maioria das vezes relacionados à descentralização e à regionalização da oferta de saúde pública.

Sobre os recursos que podem ser injetados nos CIS, Teixeira, Mac Dowell e Bagarin (2003 *apud* FLEXA; BARBASTEFANO, 2020) afirmam que o financiamento dessas estruturas se dá por três principais fontes: quotas dos municípios, definidas segundo critérios populacionais e/ou utilização dos serviços, recursos provenientes diretamente do SUS (fundo a fundo) e recursos provenientes das secretarias estaduais de saúde, estes últimos repassados ao fundo municipal de saúde do município sede do CIS.

O movimento descentralizador da política de saúde e, em seguida, a regionalização incentivaram os municípios ao exercício da relação interfederativa. Foram apresentados até aqui uma multiplicidade de papéis e possibilidades dos Consórcios Intermunicipais de Saúde

como mecanismos de coordenação federativa para práticas de ações coletivas, sobretudo, como ferramenta de ampliação da capacidade de oferta dos serviços pelos municípios pequenos.

Segundo Lima (2000), os Consórcios Intermunicipais de Saúde consubstanciam-se em prática e alternativa de gestão inovadora no sistema de saúde no Brasil, utilizada principalmente em municípios de pequeno porte e com grande concentração nos estados do Sudeste (Minas Gerais e São Paulo) e Sul (Paraná) do Brasil.

Com base em dados coletados pelas três edições da MUNIC, que trataram sobre o tema da articulação interfederativa na área da saúde, foi elaborado um resumo comparativo para demonstrar a evolução numérica dos municípios brasileiros que integrariam Consórcios Intermunicipais de Saúde, por ano de coleta dos dados e região brasileira, conforme pode ser observado no Quadro 1

Quadro 1 - Número de municípios que fazem parte de CIS no Brasil por ano e região brasileira

Ano	Total de municípios	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2005	1.906	34	195	880	656	141
2011	2.288	25	312	974	865	112
2019	2.923	54	566	1.152	983	168

Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).

Fonte: IBGE, 2016, 2020, 2021a.

Segundo o IBGE (2020), no ano de 2019, 3.665 municípios brasileiros faziam parte de consórcios intermunicipais em diversas áreas, sendo que 2.923 municípios integravam Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS). Em relação ao número de municípios consorciados por região, havia uma distribuição desigual desses arranjos no território brasileiro, com predominância de CIS nas regiões Sudeste e Sul do país (Tabela 2).

Tabela 2 – Municípios, total e que fazem parte de consórcio público geral e na área da saúde, segundo regiões e classe de tamanho da população

Grandes Regiões e classes de tamanho da população dos municípios	Municípios								
	Total	Consórcio público							
		Total	Intermunicipal	Estado	União	Saúde			
						Total	Intermunicipal	Estado	União
Brasil	5 570	3 854	3 665	532	29	3 216	2 923	451	27
Até 5 000	1 253	897	892	50	8	768	762	43	8
De 5 001 a 10 000	1 199	813	790	87	6	685	642	73	6
De 10 001 a 20 000	1 345	975	901	183	8	829	709	160	7
De 20 001 a 50 000	1 100	749	693	138	2	603	515	120	2
De 50 001 a 100 000	349	219	206	35	2	178	157	29	1
De 100 001 a 500 000	276	179	163	35	3	137	123	25	3
Mais de 500 000	48	22	20	4	-	16	15	1	-
Norte	450	112	112	2	-	54	54	-	-
Até 5 000	76	26	26	1	-	6	6	-	-
De 5 001 a 10 000	78	27	27	-	-	11	11	-	-
De 10 001 a 20 000	107	31	31	1	-	17	17	-	-
De 20 001 a 50 000	115	19	19	-	-	15	15	-	-
De 50 001 a 100 000	44	5	5	-	-	4	4	-	-
De 100 001 a 500 000	25	4	4	-	-	1	1	-	-
Mais de 500 000	5	-	-	-	-	-	-	-	-
Nordeste	1 794	1 084	917	334	1	848	566	316	-
Até 5 000	228	109	107	8	-	85	80	7	-
De 5 001 a 10 000	368	194	174	48	-	144	103	43	-
De 10 001 a 20 000	565	373	300	135	-	302	182	130	-
De 20 001 a 50 000	449	296	244	103	-	231	147	99	-
De 50 001 a 100 000	121	75	65	23	1	58	39	22	-
De 100 001 a 500 000	52	33	25	14	-	27	15	14	-
Mais de 500 000	11	4	2	3	-	1	-	1	-
Sudeste	1 668	1 306	1 301	65	24	1 154	1 152	35	23
Até 5 000	375	294	293	13	7	273	273	11	7
De 5 001 a 10 000	385	295	295	13	6	272	272	8	6
De 10 001 a 20 000	359	295	295	18	7	267	267	7	6
De 20 001 a 50 000	289	233	231	10	1	193	193	2	1
De 50 001 a 100 000	106	78	78	3	-	64	63	2	-
De 100 001 a 500 000	133	98	96	8	3	72	71	5	3
Mais de 500 000	21	13	13	-	-	13	13	-	-
Sul	1 191	1 044	1 038	115	4	991	983	99	4
Até 5 000	439	381	380	27	1	365	364	25	1
De 5 001 a 10 000	259	227	226	23	-	218	216	22	-
De 10 001 a 20 000	221	203	203	28	1	196	196	23	1
De 20 001 a 50 000	161	142	141	22	1	129	126	18	1
De 50 001 a 100 000	58	51	50	7	1	47	46	5	1
De 100 001 a 500 000	47	37	35	8	-	34	33	6	-
Mais de 500 000	6	3	3	-	-	2	2	-	-
Centro-Oeste	467	308	297	16	-	169	168	1	-
Até 5 000	135	87	86	1	-	39	39	-	-
De 5 001 a 10 000	109	70	68	3	-	40	40	-	-
De 10 001 a 20 000	93	73	72	1	-	47	47	-	-
De 20 001 a 50 000	86	59	58	3	-	35	34	1	-
De 50 001 a 100 000	20	10	8	2	-	5	5	-	-
De 100 001 a 500 000	19	7	3	5	-	3	3	-	-
Mais de 500 000	5	2	2	1	-	-	-	-	-

Fonte: IBGE, 2020.

Segundo Flexa e Barbastefano (2020), os estudos sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) seriam limitados devido à falta de dados históricos, em especial, dos municípios de pequeno porte, que são os que mais se consorciam, o que dificultaria a avaliação dos seus resultados para a gestão compartilhada no SUS.

Os autores identificaram ainda lacunas de publicações sobre estudos das estruturas e dos mecanismos de governança nos consórcios de saúde, mostrando-se como um limitador de análise do desempenho da gestão consorciada, que seriam desafios para o avanço das pesquisas sobre o tema (FLEXA; BARBASTEFANO, 2020).

É possível perceber uma carência de aprofundamento dos estudos no que tange aos impactos dos CIS para a gestão regionalizada da assistência, sendo, portanto, um campo de pesquisa a ser explorado, para contribuir com a evolução do conhecimento científico e o aprimoramento deste tipo de associativismo intergovernamental correlacionado à potencialização da regionalização.

4.2 Localização dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil

4.2.1 Da ferramenta utilizada para localizar e identificar os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil: o Observatório Municipalista de Consórcios Públicos (OMCP) da CNM

Para alcançar o êxito em seus propósitos, os consórcios públicos de saúde necessitam ser bem estruturados desde a sua constituição e, constantemente, avaliados a fim de que se conheçam as experiências em curso para verificar o que funcionou ou não, suas possibilidades e dificuldades para melhor desempenho institucional desses arranjos.

Os prévios estudos de viabilidade para verificar se o objetivo do consórcio pode ser executado tecnicamente, o planejamento e direcionamento de recursos, programas e políticas públicas para uma gestão consorciada são de suma importância para potencializar os papéis destes instrumentos de coordenação federativa e, para tanto, é desejável que se monitore e avalie os CIS em funcionamento.

Por outro lado, essa almejada avaliação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil e até mesmo dos consórcios públicos, em um país de proporções continentais como o

nosso, é prejudicada devido à ausência de uma base pública que reúna todas as informações necessárias para se avaliar a gestão consorciada por municípios na área da saúde.

O primeiro mapeamento dos consórcios públicos no Brasil foi realizado pela CNM e publicado no ano de 2018 na forma de um estudo técnico, intitulado “Mapeamento dos consórcios públicos brasileiros”. A pesquisa tinha como justificativa a ausência de uma fonte que reunisse, sistematizasse e mantivesse atualizada as informações a respeito dos consórcios públicos no país e a necessidade de um monitoramento desses arranjos, para colaborar com o direcionamento estrutural de recursos, programas e políticas públicas (HENRICHES, 2018).

Além disso, a CNM pretendia identificar os consórcios públicos existentes no Brasil. A partir dessa identificação, a Confederação Nacional dos Municípios desejava elaborar um mapeamento, para subsidiar a posterior estruturação de uma plataforma on-line que reunisse todos esses dados, a fim de que fosse possível produzir outros estudos (HENRICHES, 2018).

A pesquisa conduzida pela CNM foi iniciada em 2015 e finalizada em setembro de 2018. A instituição cruzou as informações do cadastro de CNPJ da Receita Federal e do Observatório de Consórcios Públicos e Federalismo³³. Nesta etapa, a CNM identificou os nomes dos consórcios públicos constituídos no país.

Em seguida, após a exclusão das informações duplicadas e das instituições que não eram entendidas como consórcios públicos, a CNM realizou contato direto com todos os municípios e com os consórcios identificados, validou os dados apurados, aplicou, via *call center*, um questionário junto aos 775 possíveis consórcios públicos (HENRICHES, 2018).

No decorrer do estudo, a CNM identificou diversos limitadores para a pesquisa³⁴. Os dados coletados representavam o que havia sido informado pelas pessoas vinculadas aos consórcios no início de 2015 até 2017, ou seja, havia um delimitador temporal em relação aos achados bem como falta ou a parcialidade na transparência das informações (HENRICHES, 2018).

De acordo com o estudo técnico publicado em outubro de 2018 pela CNM, foram identificados 491 consórcios públicos constituídos no Brasil e 4.081 municípios integrantes de

³³ Atualmente, este banco de dados sobre consórcios públicos no Brasil não está mais ativo e disponível na internet. Em consulta na internet, há informação de que a última modificação no banco de dados ocorreu em 04/02/2015. Além disso, a página www.ocpf.org.br encontrava-se fora do ar no momento da pesquisa.

³⁴ Como limitadores da pesquisa, a CNM apontou: (a) ausência de um banco de dados oficial e único com a relação dos nomes e CNPJ dos consórcios públicos existentes; (b) necessidade de cruzar diversas fontes oficiais e extraoficiais, que possuíam conteúdos não padronizados e informações conflitantes; (c) recusa por parte de alguns gestores em responder; (d) solicitação de envio do questionário por e-mail que não foram respondidos; (e) dificuldade de contato com as pessoas que detinham as informações; (f) imprecisão da informação, sem que houvesse alguém capaz de elucidá-la com certeza; (g) respostas incompletas; (h) ausência de site do consórcio público ou sites com informações precárias (HENRICHES, 2018).

pelo menos um consórcio. Tais números não seriam taxativos e poderiam haver alterações, haja vista a delimitação temporal da coleta de dados.

Foi com base nesse primeiro mapeamento realizado pela CNM que a referida Confederação organizou os dados e criou uma ferramenta on-line, disponível no endereço eletrônico <https://consorcios.cnm.org.br/>, denominada Observatório Municipalista de Consórcios Públicos (OMCP), que serviu de fonte para esta pesquisa, a fim de reunir os dados sobre os CIS para identificá-los e localizá-los.

Ciente de que o movimento consorcial no Brasil não é estático, a CNM, em fevereiro de 2020, iniciou o trabalho de atualização da base de dados do Observatório para subsidiar a publicação de um segundo relatório de mapeamento. Foi enviado, por e-mail, um formulário, que também foi disponibilizado no próprio site do Observatório, para que os consórcios atualizassem as suas informações (HENRICHS, 2021).

No intuito de buscar novos consórcios que ainda não estivessem na base de dados do Observatório, a entidade colheu com o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa), o Fundo de Apoio à Estruturação e ao Desenvolvimento de Projetos de Concessão e Parcerias Público-Privadas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (FEP CAIXA) e a Frente Parlamentar Mista dos Consórcios Públicos uma listagem de consórcios e realizou o cadastro das informações disponibilizadas por esses órgãos (HENRICHS, 2021).

Igualmente como ocorreu com o estudo técnico de 2018, neste segundo mapeamento, a CNM enfrentou praticamente os mesmos obstáculos, somados aos decorrentes da escalada da pandemia da COVID-19, fato que impactou o tempo das respostas e a conclusão do estudo (HENRICHS, 2021).

Conforme consta no segundo estudo técnico realizado pela CNM, intitulado “Mapeamento dos consórcios públicos brasileiros 2021”³⁵, publicado em outubro de 2021, a publicação contabilizou 601 consórcios públicos existentes no Brasil e, do total dos 5.570 municípios brasileiros, foram identificados que 4.723 (84,8%) participariam de, pelo menos, um consórcio (HENRICHS, 2021).

O Observatório Municipalista de Consórcios Públicos (OMCP) foi a ferramenta utilizada para elaboração desta parte do estudo. Não existe uma base de dados pública, gerenciada pela direção do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de governo, que reúna informações quantitativas e qualitativas sobre os CIS no Brasil. O que se tem hoje é a

³⁵ A íntegra do documento está disponível em https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Mapeamento-dos-consorcios-publicos-brasileiros-2021_07.10.2021.pdf. (HENRICHS, 2021).

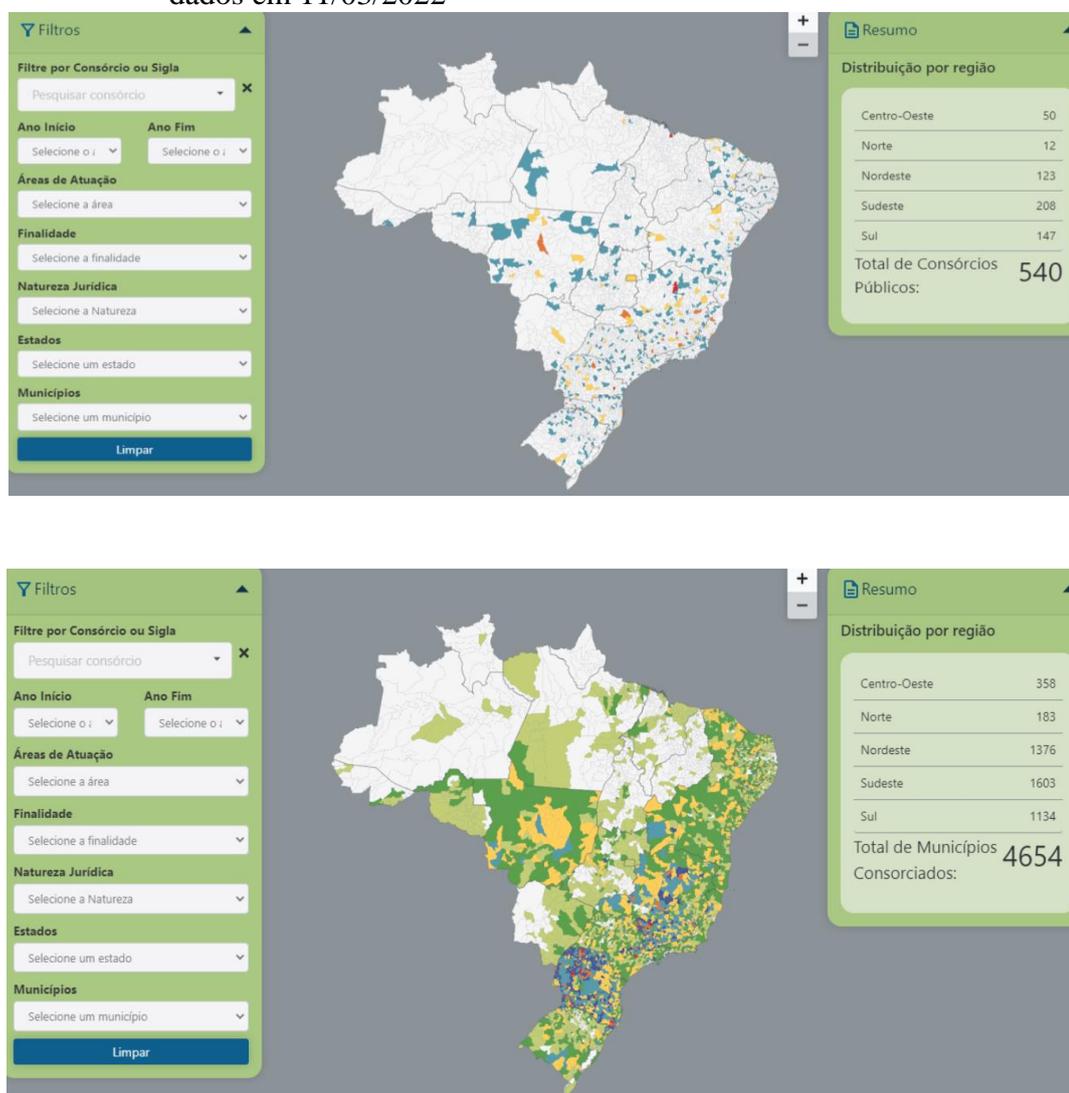
referida plataforma (OMCP), que reúne informações gerais e dinâmicas sobre consórcios públicos, que variam à medida que novos dados são incluídos ou excluídos.

4.2.2 Apresentação dos dados, extraídos do OMCP em 11/03/2022, sobre os consórcios públicos no Brasil

Conforme extração dos dados realizada em 11 de março de 2022 (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022), foi possível identificar 540 consórcios públicos cadastrados na plataforma do Observatório Municipalista de Consórcios Públicos (OMCP). A região Sudeste apresentou o maior número (208) e a região Norte a menor quantidade de consórcios (12).

Já em relação à quantidade de municípios integrantes de consórcios públicos, foram encontrados 4.654 municípios (83,55%) que participariam de algum consórcio, conforme a Figura 7, a seguir.

Figura 7 – Número total de consórcios públicos e número total de municípios integrantes de consórcios públicos no Brasil, conforme extração dos dados em 11/03/2022



Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Em comparação com o último estudo técnico publicado pela CNM (HENRICH, 2021), há uma diferença a menor de 61 consórcios públicos. Também existem divergências em relação à quantidade de municípios que participariam de consórcios públicos instituídos, por região brasileira, se comparados com os dois estudos técnicos realizados pela CNM (HENRICH, 2018, 2021), exceto para o número de municípios na região Sul que não se alterou do último estudo em relação à extração realizada em 11/03/2022, conforme compilados no Quadro 2, a seguir (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022).

Quadro 2 - Número de Municípios que participariam de consórcios públicos, por região brasileira

Fonte da informação	Total de municípios	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Estudo técnico da CNM 2018	4.081	152	943	1.521	1.117	348
Estudo técnico da CNM 2021	4.723	200	1.405	1.614	1.134	370
Dados extraídos do OMCP em 11/03/2022	4.654	183	1.376	1.603	1.134	358

Legenda: Confederação Nacional de Municípios (CNM).

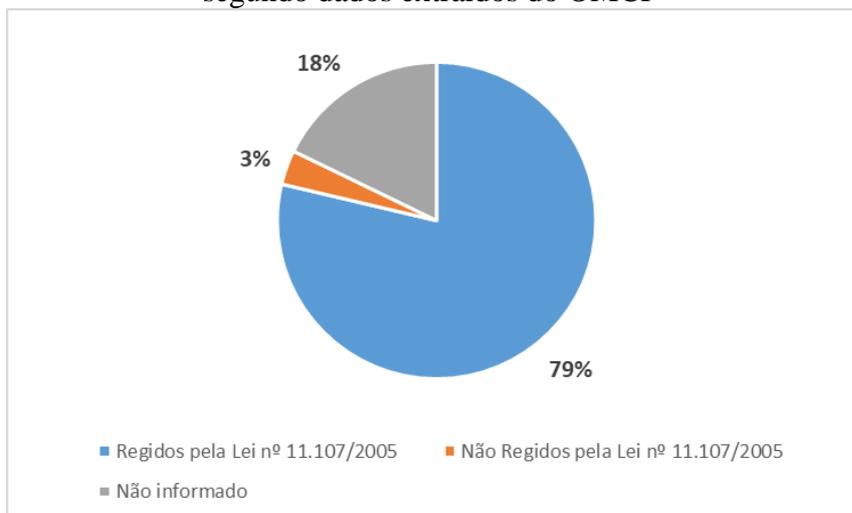
Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022; HENRICHES, 2018, 2021.

É possível perceber que, entre 2015 a 2020, período em que foram realizadas as coletas dos dados que embasaram os estudos técnicos publicados pela CNM, a região Nordeste apresentou um aumento em relação à constituição de consórcios públicos. Além disso, é a região Sudeste a que apresenta o maior número desses arranjos, de acordo com a extração de dados realizada em 11/03/2022 para elaboração desta pesquisa.

Conforme dados extraídos no Observatório em 11/03/2022 (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022), no que diz respeito à natureza e personalidade jurídicas dos 540 consórcios cadastrados, 425 (79%) seriam consórcios públicos regidos pela Lei nº 11.107/2005; 19 (3%) seriam consórcios administrativos (não regidos pela Lei nº 11.107/2005) e 96 (18%) não teriam informado a sua natureza jurídica.

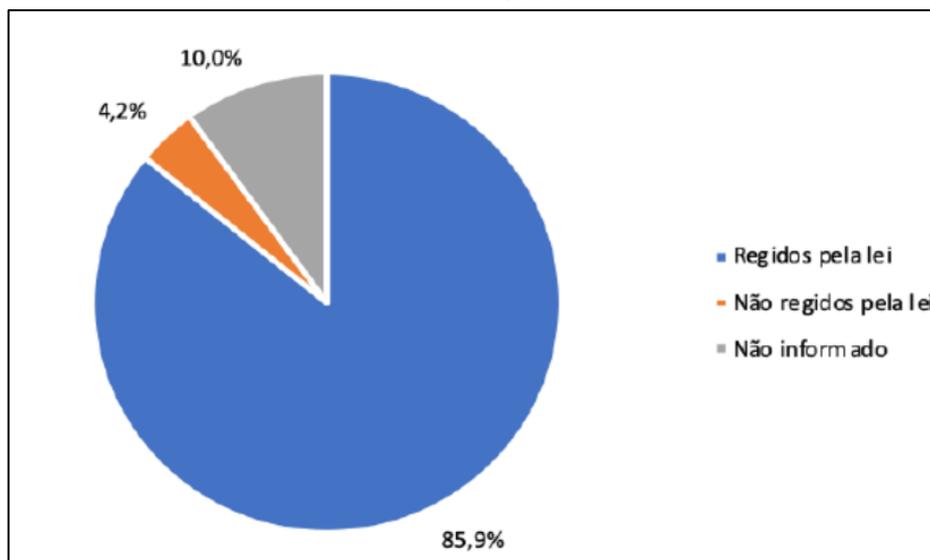
Os Gráficos 1 e 2, a seguir, mostram as diferenças encontradas na extração dos dados, respectivamente, realizada no site do Observatório em 11/03/2022 e no último estudo técnico divulgado pela CNM (HENRICHES, 2021) em relação à proporção de consórcios por natureza jurídica, ilustrando a variação que os dados sofrem em razão da constante atualização do banco de dados.

Gráfico 1 – Proporção de consórcios, por natureza jurídica, segundo dados extraídos do OMCP



Legenda: Observatório Municipalista de Consórcios Públicos (OMCP).
Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

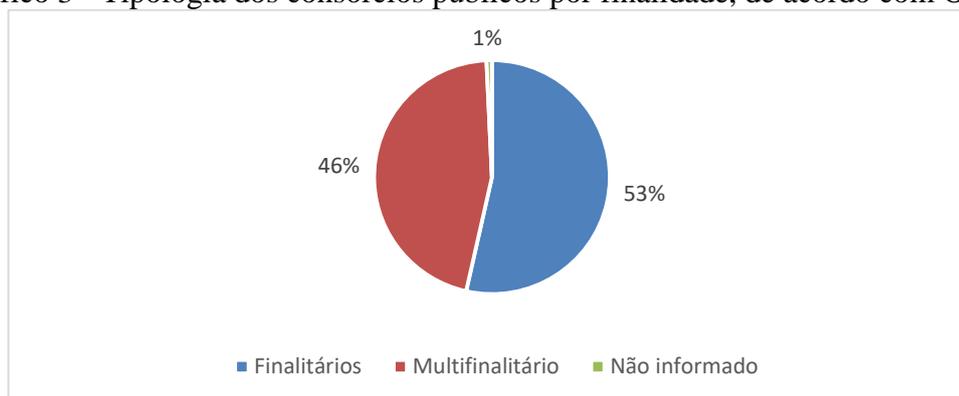
Gráfico 2 – Proporção de consórcios, por natureza jurídica, de acordo com o estudo técnico da CNM



Legenda: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM).
Fonte: HENRICHES, 2021.

No que tange à área de atuação, de acordo com os dados obtidos no OMCP em 11/03/2022 (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022), dos 540 consórcios públicos cadastrados, 289 consórcios seriam finalitários, 247 seriam multifinalitários e 04 consórcios não informaram a sua área de atuação, cujo percentual, por tipologia, pode ser observado no Gráfico 3, a seguir.

Gráfico 3 - Tipologia dos consórcios públicos por finalidade, de acordo com OMCP

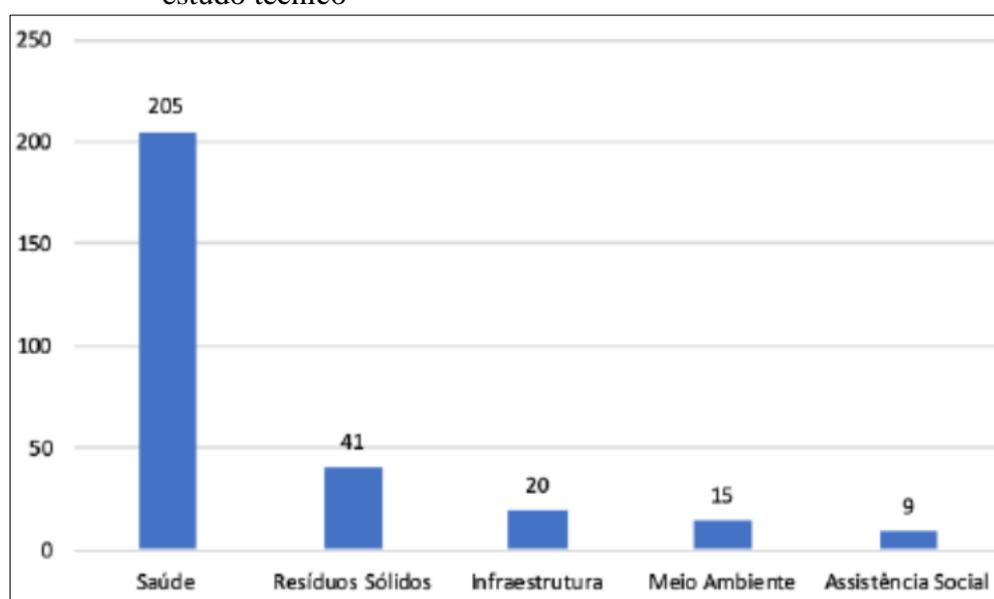


Legenda: Observatório Municipalista de Consórcios Públicos (OMCP).

Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Dos 325 consórcios finalitários identificados pelo estudo técnico da CNM em 2021, 205 atuavam na área da saúde; 41 com resíduos sólidos; 20 na infraestrutura, 15 com o meio ambiente e 9 atuavam na área da assistência social, conforme demonstrado pelo Gráfico 4.

Gráfico 4 – Quantidade de consórcios finalitários, por área de atuação, segundo estudo técnico

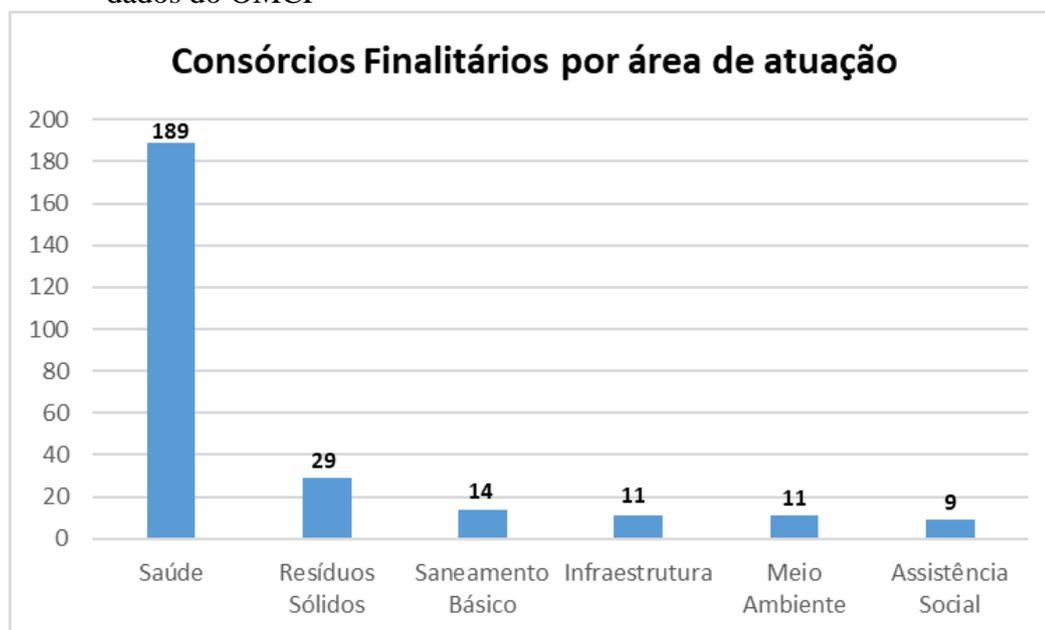


Fonte: HENRICHES, 2021.

Já em comparação com a extração dos dados feita para esta pesquisa, em 11/03/2022, na ferramenta online do Observatório (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022), existiriam 189 consórcios finalitários na área da saúde; 29 atuariam com resíduos sólidos, 14 com a temática do saneamento básico, 11 na infraestrutura e no meio ambiente e,

igualmente à publicação, 9 com políticas de assistência social. A apuração pode ser melhor ilustrada no Gráfico 5.

Gráfico 5 - Quantidade de consórcios finalitários, por área de atuação, segundo extração de dados do OMCP



Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

O Quadro 3 foi elaborado para comparar algumas informações extraídas no site do Observatório Municipalista de Consórcios Públicos em 11/03/2022 com os dados publicados pela CNM (2018, 2021) nos dois estudos técnicos realizados, ambos no mês de outubro.

Quadro 3 - Quadro comparativo dos dados sobre consórcios públicos e municípios consorciados, extraídos do OMCP em 11 de março de 2022, com os dados divulgados nos estudos técnicos da CNM (2018 e 2021)

Dados	Estudo técnico 2018	Estudo técnico 2021	Dados extraídos em 11/03/2022 no site https://consorcios.cnm.org.br/
Consórcios públicos	491	601	540
Municípios consorciados	4.081	4.723	4.654

Legenda: Observatório Municipalista de Consórcios Públicos (OMCP); Confederação Nacional de Municípios (CNM).

Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022; HENRICHS, 2018, 2021.

4.2.3 Identificação e localização dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil

Antes de apresentar os dados sobre a identificação e localização dos CIS cadastrados no Observatório na data da pesquisa (11 de março de 2022), dos 540 consórcios públicos registrados na plataforma, foram contabilizados 301 que atuariam na área da saúde (finalitários e multifinalitários). Os dados sobre os consórcios de saúde foram separados por região brasileira, conforme o Quadro 4.

Quadro 4 - Quantidade de consórcios públicos que atuariam na área da saúde, por região brasileira, extraídos do OMCP em 11 de março de 2022

Quantidade de consórcios que atuam na área da saúde, cadastrados no OMCP
Região Norte: 04
Região Centro-Oeste: 26
Região Nordeste: 74
Região Sul: 77
Região Sudeste: 120
Total de consórcios públicos que atuam na área da saúde: 301

Legenda: Observatório Municipalista de Consórcios Públicos (OMCP).

Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Foi possível contabilizar, também, a quantidade de municípios, por região brasileira, que participariam de algum consórcio na área da saúde. Segundo a plataforma do Observatório Municipalista de Consórcios Públicos em 11/03/2022, 4.205 municípios integrariam este tipo de arranjo, com predominância na região Sudeste (1.535), de acordo com o Quadro 5.

Quadro 5 - Quantidade de municípios, por região brasileira, consorciados na área da saúde, extraídos do OMCP em 11 de março de 2022

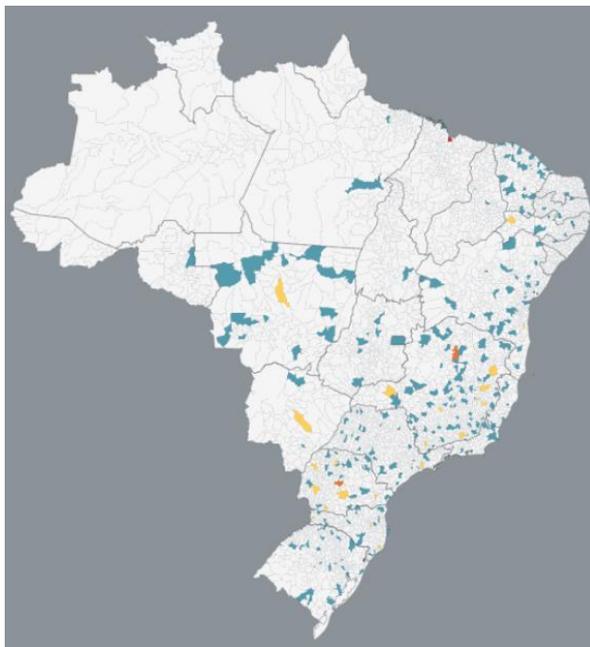
Quantidade de municípios, por região brasileira, que integrariam consórcios públicos atuantes na área da saúde, cadastrados no OMCP
Região Norte: 140
Região Centro-Oeste: 261
Região Sul: 1.054
Região Nordeste: 1.215
Região Sudeste: 1.535
Total de municípios consorciados na área da saúde: 4.205

Legenda: Observatório Municipalista de Consórcios Públicos (OMCP).

Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

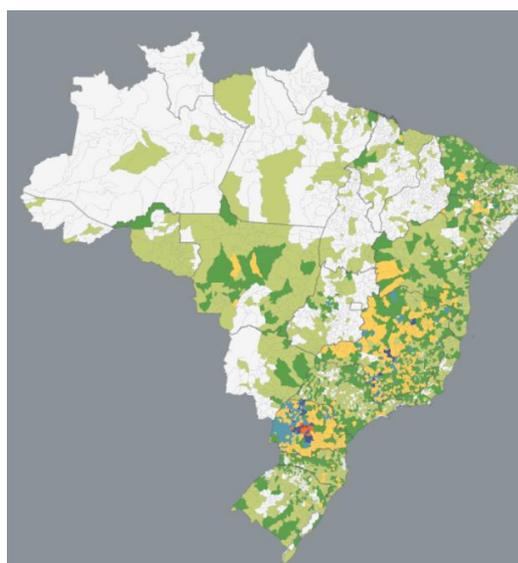
A seguir, serão apresentados, respectivamente, os mapas da distribuição dos consórcios públicos que atuam na área da saúde (finalitários e multifinalitários) e a localização dos municípios que seriam integrantes de algum consórcio de saúde no Brasil (Figuras 8 e 9).

Figura 8 – Mapa da distribuição espacial dos consórcios públicos de saúde no Brasil



Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Figura 9 – Localização dos municípios que integrariam algum consórcio público de saúde no Brasil



Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Serão apresentados os achados sobre a identificação e localização dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil, tendo por referência a extração realizada em 11 de março de 2022 no banco de dados da plataforma Observatório Municipalista dos Consórcios Públicos, gerenciada pela CNM.

De acordo com a ferramenta online, foram quantificados 189 Consórcios Intermunicipais de Saúde cadastrados na plataforma da CNM. A região Sudeste apresentou o maior número de CIS (83), seguida da região Nordeste (46), Sul (40), Centro-Oeste (19) e Norte (1) (Quadro 6).

Quadro 6 - Quantidade de CIS cadastrados no OMCP na data de 11 de março de 2022

Quantidade de Consórcios Intermunicipais de Saúde cadastrados no OMCP
Região Norte: 01
Região Centro-Oeste: 19
Região Sul: 40
Região Nordeste: 46
Região Sudeste: 83
Total de Consórcios Intermunicipais na área da saúde: 189

Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS); Observatório Municipalista de Consórcios Públicos (OMCP).

Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Foi possível quantificar os Consórcios Intermunicipais de Saúde, por estado brasileiro, cujos dados também foram extraídos do Observatório Municipalista de Consórcios em 11/03/2022, conforme a compilação apresentada no Quadro 7, a seguir.

Quadro 7 – Quantidade de CIS, por estado brasileiro, cadastrado no OMCP, segundo extração dos dados realizada em 11/03/2022

ESTADO	NÚMERO DE CIS
MINAS GERAIS	61
PARANÁ	26
BAHIA	23
CEARÁ	19
SÃO PAULO	14
MATO GROSSO	13
SANTA CATARINA	12
GOIÁS	5
RIO DE JANEIRO	5
ESPÍTIRO SANTO	3
PARAÍBA	3
RIO GRANDE DO SUL	2
DISTRITO FEDERAL	1
PARÁ	1
RIO GRANDE DO NORTE	1
ACRE	0
ALAGOAS	0
AMAZONAS	0
AMAPÁ	0
MARANHÃO	0
MATO GROSSO DO SUL	0
PERNAMBUCO	0
PIAUI	0
RORAIMA	0
RONDÔNIA	0
SERGIPE	0
TOCANTIS	0
TOTAL	189

Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS); Observatório Municipalista de Consórcios Públicos (OMCP).

Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Foi também extraída a quantidade total de municípios, por região brasileira, que participariam de algum Consórcio Intermunicipal de Saúde no Brasil. De acordo com o Observatório, em 11/03/2022, 3.298 municípios seriam integrantes de CIS. As Regiões Sudeste e Norte, respectivamente, apresentariam o maior (1.387) e o menor (66) número de municípios consorciados, na forma do Quadro 8, a seguir.

Quadro 8 - Quantidade de municípios, por região brasileira, consorciados na forma de CIS, cadastrados no OMCP na data de 11 de março de 2022

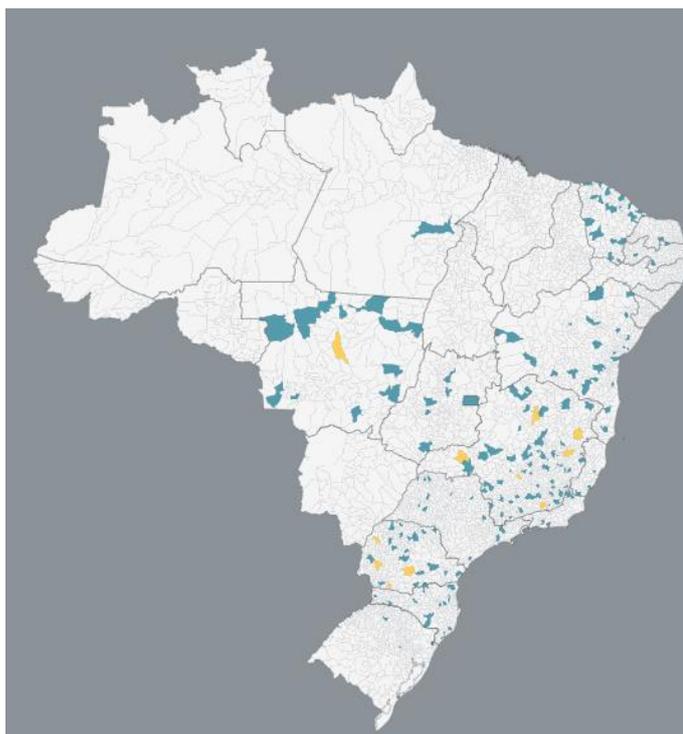
Quantidade de municípios, por região brasileira, que integrariam CIS
Região Norte: 66
Região Centro-Oeste: 220
Região Sul: 745
Região Nordeste: 880
Região Sudeste: 1.387
Total de Municípios consorciados na forma de CIS no Brasil: 3.298

Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS); Observatório Municipalista de Consórcios Públicos (OMCP).

Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

As Figuras 10 e 11, respectivamente, demonstram os mapas da distribuição dos CIS no Brasil e a localização dos municípios que seriam integrantes de algum Consórcio Intermunicipal de Saúde no país

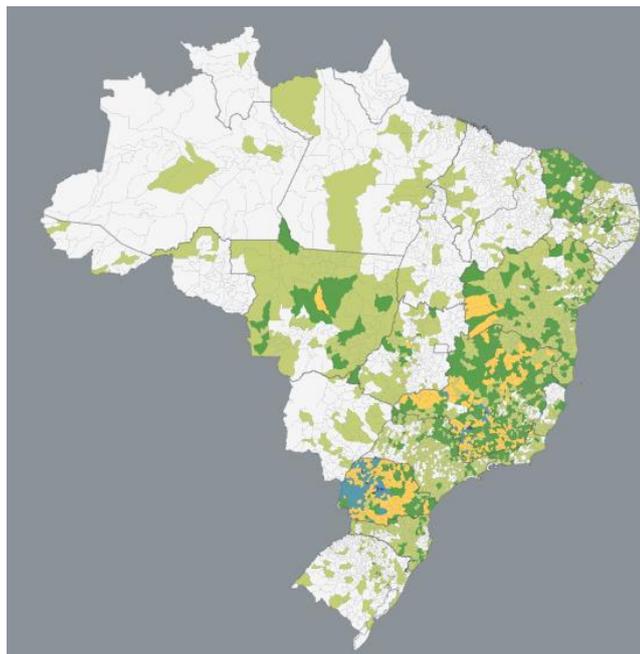
Figura 10 – Mapa da distribuição espacial dos CIS no Brasil



Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).

Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

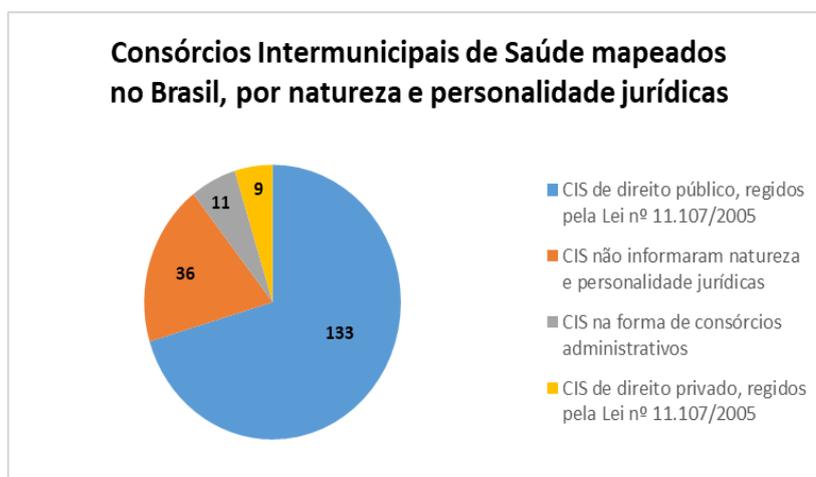
Figura 11 – Localização dos municípios que integrariam algum CIS no Brasil



Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).
 Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Em 11 de março de 2022, dos 189 Consórcios Intermunicipais de Saúde cadastrados no Observatório da CNM, 133 seriam consórcios de direito público, regidos pela Lei nº 11.107/2005; 36 não cadastraram essa informação na base; 11 seriam consórcios de saúde de direito privado, não regidos pela Lei nº 11.107/2005 (consórcios administrativos); e 9 seriam consórcios públicos de direito privado, conforme os dados compilados no Gráfico 6.

Gráfico 6 – CIS mapeados no Brasil, por natureza e personalidade jurídica



Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).
 Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Tendo por base o número de Consórcios Intermunicipais de Saúde, por região brasileira, cadastrados na plataforma online do Observatório na data de 11/03/2022, foi selecionado consórcio por consórcio, para, finalmente, ser possível identificar o nome de cada CIS cadastrado na referida plataforma, distribuído por estado da Federação. A compilação dos dados pode ser consultada no APÊNDICE A.

Além disso, para cada região, foi escolhido o estado com maior número de Consórcio Intermunicipal de Saúde, e, mediante consulta na base de dados do OMCP na data de 11/03/2022, foram reunidos os seguintes dados: município-sede; número de entes consorciados e soma da população dos municípios partícipes de cada CIS. A compilação destes dados também pode ser consultada no APÊNDICE A.

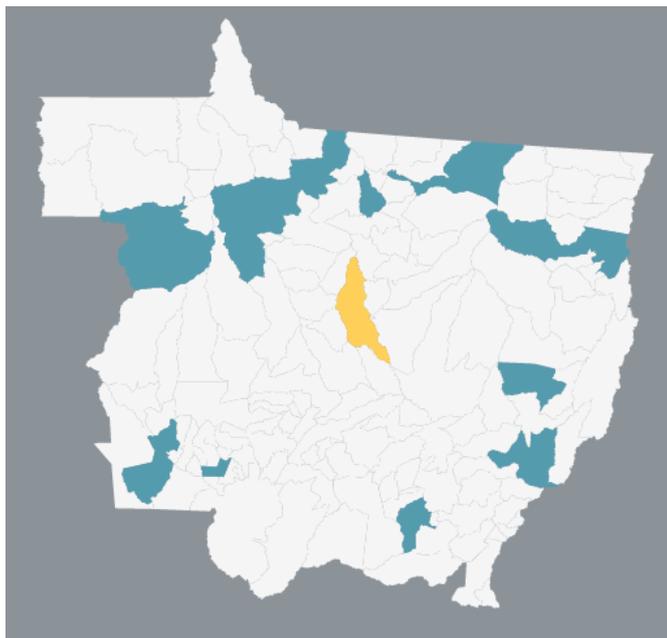
Será apresentada a localização espacial dos Consórcios Intermunicipais de Saúde dos estados brasileiros que possuem o maior número de CIS cadastrados na base de dados do OMCP em 11/03/2022, por região brasileira, começando pelo estado do Pará, seguido do Mato Grosso, Paraná, Bahia e finalizando com o estado de Minas Gerais, que possui o maior número de CIS no Sudeste e no Brasil (Figuras 12 a 16).

Figura 12 – Mapa da localização espacial do CIS no estado do Pará – 01 CIS



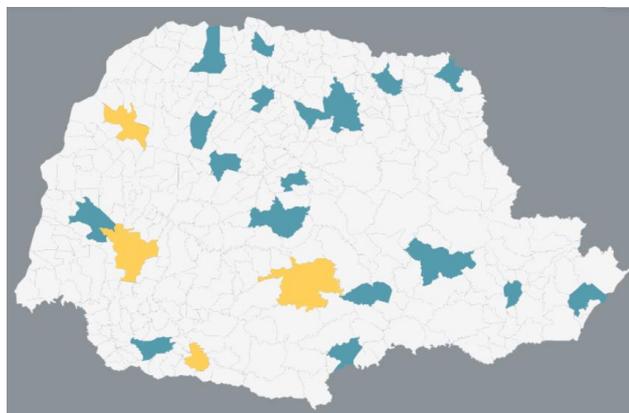
Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).
Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Figura 13 – Mapa da localização dos CIS no estado do Mato Grosso – 13 CIS



Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).
Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Figura 14 – Mapa da localização dos CIS no estado do Paraná – 26 CIS



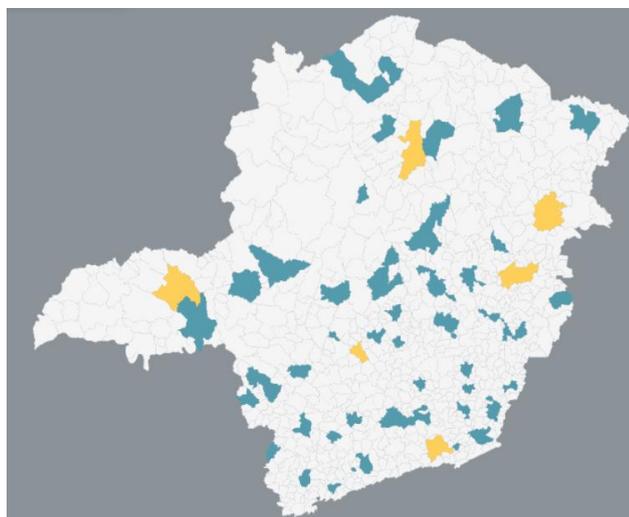
Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).
Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Figura 15 – Mapa da localização dos CIS no estado da Bahia – 23 CIS



Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).
Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Figura 16 – Mapa da localização dos CIS no estado de Minas Gerais – 61 CIS



Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).
Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Foi encontrada uma única base de dados pública e disponível na internet com algumas informações sobre os consórcios públicos no Brasil, que é o Observatório Municipalista dos Consórcios Públicos, plataforma gerenciada pela Confederação Nacional dos Municípios.

A plataforma disponibiliza algumas informações sobre os consórcios públicos que foram cadastrados em sua base, como: nome do consórcio, CNPJ, município-sede, número de municípios consorciados, localização geográfica, abrangência territorial, natureza jurídica,

tipologia por finalidade (finalitário/ multifinalitário), áreas de atuação, ano de constituição e regime de contratação dos colaboradores.

No entanto, é importante frisar que nem todas as informações estarão disponíveis na ficha cadastral do consórcio registrado no banco de dados do Observatório, pois tais informações dependem de prévia alimentação pelos gestores dos próprios consórcios no momento do cadastro ou de atualização pela gestão municipal ou técnicos da CNM. No momento da pesquisa, em 11/03/2022, foram encontradas informações incompletas na ficha cadastral de alguns consórcios pesquisados.

Ademais, em cada momento que a plataforma foi acessada, obtém-se dados diferenciados a respeito dos consórcios públicos que atuam na área da saúde, e, logicamente, dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, o que demonstra que a ferramenta é atualizada constantemente na medida em que novos cadastros são feitos ou algum consórcio é excluído do banco de dados.

O Observatório Municipalista de Consórcios Públicos da CNM, embora seja a única ferramenta online que reúna algumas informações sobre os CIS no país, é carente de mecanismos ágeis que ajude na busca das informações, bem como não gera relatórios, gráficos e compilação dos dados. Mesmo assim, foi possível identificar e localizar 189 CIS cadastrados na referida plataforma na data de 11/03/2022.

Além disso, tendo por base somente as informações disponibilizadas no banco de dados do OMCP, não seria possível traçar qualquer avaliação sobre as experiências de gestão consorciada na área da saúde por esses 189 Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Isto porque não há divulgação sobre qual é a estratégia de gestão utilizada pelos CIS e para que são utilizados, se como instrumentos de gestão para organização regionalizada dos serviços ou como meio de compra coletiva de insumos, medicamentos, equipamentos de saúde e procedimentos, ou, ainda, oferta de procedimentos, consultas, exames de forma direta pelos consórcios ou contratação de serviços e recursos humanos.

É necessário, portanto, que, diante de tantas experiências de CIS no Brasil, que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde, coordenadores nacional e estaduais do SUS, potencializem os instrumentos de monitoramento e avaliação desses arranjos de cooperação e coordenação federativa, para inaugurar bases de dados oficiais e públicas, a fim de possibilitar a quantificação e avaliação desses mecanismos institucionais, visando o aprimoramento da gestão consorciada na área da saúde.

4.3 É Possível Regionalizar através dos CIS?

4.3.1 Regionalização e Consórcios Intermunicipais de Saúde: introduzindo o debate

A descentralização da política de saúde e, principalmente, a municipalização dos serviços ampliaram o acesso e produziram melhorias na atenção à saúde da população. Porém, não solucionaram o problema da desigualdade regional na provisão das ações assistenciais, pelo contrário, em alguns casos, as iniquidades se acentuaram, sobretudo, nos municípios de pequeno porte.

Segundo a estimativa da população dos municípios para 2020, apenas 49 municípios do país com mais de 500 mil habitantes concentrariam mais de 30% da população brasileira. Entretanto, 3.783 municípios, que possuem menos de 20 mil habitantes, concentrariam quase 15% da população (IBGE, 2021b).

A heterogeneidade dos municípios brasileiros também impacta na conformação das regiões de saúde, cujo território a ser delimitado no processo do planejamento regional integrado é elementar para o estabelecimento de uma governança em rede e colaborativa entre os entes, ou seja, com maior grau de cooperação e interação entre as pessoas políticas regionais.

Mendes (2019) defende que, na governança em rede, a coordenação seria realizada por meio da colaboração entre gestores interdependentes em processos de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e conteúdo das tarefas.

Além disso, as redes dependeriam fortemente da adesão voluntária às normas sociais com base em cooperação, confiança e reciprocidade, conquistados através de arranjos organizacionais que assegurassem a coordenação entre as relações federativas, bem como a formação de consensos e solução conjunta de problemas comuns (MENDES, 2019).

No âmbito do SUS, é comum ouvirmos a expressão governança da RAS. Segundo a literatura, trata-se de um arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permitiria a gestão de todos os componentes da rede de atenção à saúde no intuito de se obter bons resultados sanitários para a população adstrita (MENDES, 2019).

A governança da RAS seria um “sistema transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde” (MENDES, 2011, p. 157), exercida mediante conhecimento das necessidades em saúde da população, cooperação, pactuação, concertação, visão conjunta, gestão compartilhada e pensamento coletivo.

Neste processo, a governança da RAS implicaria na definição precisa dos âmbitos de responsabilidade e na definição dos territórios sanitários, verdadeiros espaços de responsabilização pela saúde de uma população definida (autoridade sanitária) e de aprofundamento da colaboração entre os atores regionais.

Todavia, quando se pensa em governança das Redes de Atenção à Saúde no SUS e o federalismo cooperativo instituído pela Constituição Federal de 1988, chama-se à atenção os variados limites e desafios pelo caminho, como, por exemplo, o formato trino da Federação, a descentralização autárquica, a heterogeneidade dos 5.570 municípios brasileiros e as relações assimétrica entre os entes.

O processo de descentralização do SUS enfatizou a municipalização em contrapartida da organização sistêmica e em rede, o que, de acordo com a literatura (LIMA *et al.*, 2012 *apud* GOMES *et al.*, 2021), teria contribuído para a organização de sistemas locais isolados e competitivos, que resultariam no comprometimento e nas inequações no acesso aos serviços de saúde e na continuidade da atenção, especialmente para a atenção especializada de pessoas residentes em pequenos municípios.

Embora influenciada por contextos político, conjuntural e estrutural específicos, a estratégia do associativismo municipal e da gestão consorciada aportaria contribuições significativas no que tange à superação das dificuldades em organizar serviços de saúde, sobretudo, dos municípios menores. Mas, para tanto, seria necessário driblar a fragmentação, competição predatória e o subfinanciamento do SUS.

Conforme exposto no capítulo II, a não produção dos efeitos esperados com as NOAS; a não concertação política entre os gestores locais; a dinâmica do funcionamento das instâncias colegiadas; a ausência de arranjos intergovernamentais direcionados à cooperação; e as fragilidades práticas do planejamento regional integrado não resolveram as iniquidades na oferta da atenção à saúde, principalmente da média e alta complexidade.

Ou seja, os ciclos de descentralização e regionalização na política nacional de saúde apresentaram tensões, que poderiam ser expressas pelo descompasso do planejamento regional com os processos de descentralização/municipalização. Tal fato teria sido agravado pelo início tardio das propostas de gestão compartilhada e regionalizada no SUS (BAPTISTA, 2013).

A partir de reflexões sobre o modelo de desenvolvimento da saúde adotado no Brasil, como também, sobre o formato que a regionalização teria sido posta em prática, Baptista (2013) destacou a diferença entre dois países: uma região com situação socioeconômica menos desenvolvida, sistema de saúde menos complexo e predomínio do prestador público, onde habitariam 24% da população distribuída em mais da metade do território; e um segundo com

situação socioeconômica mais desenvolvida, sistema de saúde mais complexo, predominância do prestador privado, com 54% da população.

Devido à falta de recursos financeiros e tecnológicos da maioria dos municípios que formam uma região de saúde, principalmente dos municípios de pequeno porte, às grandes distâncias existentes entre os serviços ou à necessidade de distribuição espacial mais racionalizada dos equipamentos e tecnologias existentes, caberia aos gestores do SUS adotarem os desenhos territoriais como instrumento base do planejamento regional integrado para tornar funcional a assistência à saúde.

A territorialização, como instrumento de gestão e planejamento, deveria privilegiar a funcionalidade e a articulação dos atores sociais, políticos e econômicos para tornar a região de saúde algo social e politicamente relevante, capaz de dinamizar, independentemente de parcerias, suas potencialidades (MAIA; QUADROS, 2009).

Mas, a regionalização é, além de uma diretriz do SUS, um processo político e caracterizada por diferentes concepções, discursos e atores (Prefeitos, Secretários municipais e estaduais de saúde, corpo técnico do SUS, profissionais de saúde, prestadores e controle social), que defendem, um a um, suas perspectivas, seus interesses e, principalmente, seus meios de implementar uma possível gestão solidária e cooperativa.

Em seu contexto político-institucional, o processo de regionalização deveria ter sido construído alicerçado nas relações cooperativas e, sobretudo, instrumentalizado através dos mecanismos institucionais de coordenação federativa, que potencializassem as ações coletivas no espaço regional.

A pergunta chave é: Como construir a regionalização da saúde no Brasil que enfrente as desigualdades regionais, que respeite a diversidade dos territórios, a autonomia política-administrativa dos municípios e que crie espaços colaborativos e democráticos de decisão e responsabilização coletiva pela saúde da população?

O processo de regionalização perpassa pelo entendimento da dinâmica do funcionamento das instâncias de pactuação e articulação interfederativa (CIR, CIB e CIT), influenciadas pelas externalidades negativas, bem como pelas assimetrias nas relações intergovernamentais entre municípios de diferentes portes e, também, entre os municípios das regiões com as Secretarias estaduais.

Além disso, para concretizar o planejamento regional, seria necessário internalizar no território ações coordenadas entre os entes municipais pela via da cooperação. Visando instrumentalizar esse propósito, é que teriam surgido os Consórcios Públicos de Saúde como

mecanismos institucionais de coordenação federativa e gestão compartilhada das ações e serviços na perspectiva da regionalização.

Conforme já exposto no capítulo III, por meio da cooperação entre os municípios, os CIS seriam arranjos institucionais de coordenação federativa direcionados à prática de ações coletivas e à gestão compartilhada no âmbito do SUS, especialmente para suprir a oferta pública de procedimentos da média e alta complexidade.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde seriam sistemas solidários para solução de problemas comuns. E, nesta perspectiva, poderiam ser definidos como desenhos institucionais de governança da RAS no SUS em consonância com a melhor alma do federalismo cooperativo e sanitário brasileiro (MENDES, 2019).

Segundo a literatura, os CIS se apresentaram, no contexto da sua história de implementação, como uma alternativa de modelo de gestão capaz de dialogar com as diferenças, superar as dificuldades e propor soluções para problemas comuns dos municípios através da utilização racional dos recursos (BRASIL, 1997; GERIGK; PESSALI, 2014 *apud* LEAL *et al.*, 2019; LIMA, 2000; MULLER; GRECO, 2010 2014 *apud* LEAL *et al.*, 2019; NEVES; RIBEIRO, 2006 *apud* LEAL *et al.*, 2019).

Sob a perspectiva da regionalização, os Consórcios Intermunicipais de Saúde surgiram como uma alternativa de organização regional e cooperação federativa para melhoria do processo de governança e organização da RAS (RIBEIRO, 1994 *apud* GALINDO *et al.*, 2014; LIMA, 1998 *apud* GALINDO *et al.*, 2014; SCHINEIDER, 2005 *apud* GALINDO *et al.*, 2014; NICOLETTO; CORDONI; COSTA, 2005 *apud* GALINDO *et al.*, 2014).

Apresentar-se-iam como uma prática de gestão inovadora no sistema de saúde no Brasil, e simbolizariam a viabilização do acesso da população a diferentes especialidades e serviços de densidades tecnológicas mais complexas, de forma regionalizada e cooperada (OLIVEIRA, 2008 *apud* GALINDO *et al.*, 2014).

Em artigo de revisão da literatura sobre os consórcios públicos de saúde no Brasil, Flexa e Barbastefano (2020) ressaltaram que existiriam lacunas na literatura no que tange à compreensão das funções exercidas pelos consórcios de saúde (CIS) na estruturação da rede de atenção, bem como na governança regional da RAS.

Em estudo de revisão da literatura do tipo *scoping review*, Gomes *et al.* (2021, não paginado) afirmaram que a função inicial dos Consórcios Intermunicipais de Saúde seria “garantir a oferta de consultas e exames da atenção especializada para os municípios”. Ou seja, nesta concepção, o papel dos CIS era de apenas prestadores ou gestores de unidades de saúde.

Embora tenham reconhecido que os CIS seriam “importantes instrumentos para o processo de regionalização”, os autores ressaltaram que, ao ofertarem serviços especializados por meio da mediação da contratação dos serviços, não conseguiriam superar a “falta de integração da assistência entre diversos pontos de atenção, ocasião em que os serviços não atuavam na lógica de redes, além de manterem o *déficit de* oferta em algumas localidades (GOMES *et al.*, 2021).

Consórcios Intermunicipais de Saúde seriam utilizados como modelo alternativo e inovador na superação de lacunas na assistência à saúde com forte vínculo em torno da estratégia de regionalização da saúde no Brasil. Estariam também adequados ao processo de reforma gerencial do setor, na busca pela maior eficiência, racionalidade e qualidade na oferta de serviços à população (NEVES; RIBEIRO, 2006).

Entendido o contexto do surgimento dos CIS resta saber se os Consórcios Intermunicipais de Saúde funcionariam como mecanismos de cooperação e coordenação federativa direcionados à construção de redes regionalizadas e hierarquizadas de ações e serviços de saúde?

Através da revisão narrativa da literatura sobre as experiências de gestão consorciada, que avaliaram os CIS na perspectiva da regionalização, será enfrentado o questionamento acima, ao serem destacadas as possibilidades, os papéis e limites desse arranjo institucional de associativismo territorial de municípios, para responder, ou não, se os Consórcios Intermunicipais de Saúde fortalecem a governança regional.

4.3.2 Revisão narrativa da literatura sobre as experiências de gestão consorciada no Brasil que analisou os Consórcios Intermunicipais de Saúde como instrumentos potenciais e estratégicos da regionalização

Segundo a literatura, os estudos sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde, em grande maioria, estariam focados em analisar a sua estratégia para ampliação da oferta dos serviços de saúde, principalmente da atenção especializada, sua forma de gerenciamento ou compra coletiva, além dos benefícios gerados para os entes consorciados e a avaliação da satisfação dos usuários (AMARAL; BLATT, 2011; LEAL *et al.*, 2019; NICOLETTO; CORDONI; COSTA, 2005).

Em tese, os CIS favoreceriam as estratégias para organização e hierarquização da dos serviços para além dos limites municipais; aumentariam a oferta dos pequenos municípios; fortaleceriam a regionalização e seriam caminhos alternativos à municipalização atomizada, sobretudo, na prestação da média complexidade ambulatorial (BRASIL, 1997; GERIGK; PESSALI, 2014 *apud* LEAL *et al.*, 2019; LIMA, 2000; MULLER; GRECO, 2010 2014 *apud* LEAL *et al.*, 2019; NEVES; RIBEIRO, 2006 *apud* LEAL *et al.*, 2019).

Para a realização desta revisão, é importante frisar que foram utilizadas 3 bases de dados (BVS, FIOCRUZ ARCA e SCIELO) e que quase todos os trabalhos localizados não abordavam especificamente sobre o papel dos CIS rumo à regionalização.

A grande maioria dos artigos catalogados traziam contribuições conceituais sobre os CIS, aspectos político-institucionais, formatos de engenharia institucional, experiências da gestão consorciada para compra (medicamentos, insumos e serviços – consultas, exames e procedimentos), gestão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou contratações coletivas.

Os trabalhos selecionados são do tipo “estudo de caso”, ou seja, trata-se de pesquisas que abordaram o funcionamento dos CIS situado dentro de um contexto específico, que, ao dialogar com o objeto desta pesquisa, gira em torno da regionalização.

A discussão sobre a regionalização da saúde aparece em todos os artigos selecionados, tendo em vista que grande parte dos estudos também analisa o comportamento da gestão estadual no contexto de implementação da gestão consorciada. Neste aspecto, é possível afirmar que as Secretarias Estaduais de Saúde possuem um papel central para a investigação do estudo sobre as experiências exitosas dos CIS sob o ângulo da regionalização.

Será demonstrado, no Quadro 9, a seguir, um resumo analítico dos 11 artigos selecionados que apoiaram a construção desta proposta de revisão narrativa da literatura sobre as experiências de consorciamento intermunicipal na área da saúde que serviram como desenhos institucionais para construção da regionalização.

Quadro 9 – Revisão analítica da literatura selecionada, que tratou os CIS associados à regionalização (continua)

Artigo/Ano de publicação	Estado	Síntese	Achados sobre regionalização
Implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas no contexto da regionalização da saúde no estado do Ceará, Brasil (2020)	Ceará	No contexto do processo de regionalização, baseado em estudo de caso, o artigo analisou a implementação regional dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no estado do Ceará através dos Consórcios Públicos de Saúde.	Os Consórcios Públicos de Saúde foram os responsáveis pela gestão regional dos CEO's e das policlínicas de especialidades nas regiões de saúde do Ceará. A participação da SES, como indutora da gestão consorciada, teria facilitado a organização regional da saúde bucal e especializada, bem como a coordenação das redes assistenciais regionalizadas. Como dificultadores deste processo, foram destacadas as tensões entre o município-polo e os demais municípios de uma mesma região e a centralidade dos prefeitos na configuração dos consórcios (indicações políticas para cargos e influências no processo decisório).
Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais (2019)	Pernambuco	O trabalho analisou as razões para a expansão dos consórcios intermunicipais de saúde, ocorrida no período de 2009 a 2013, no estado de Pernambuco, sob a perspectiva dos gestores estaduais. De acordo com o artigo, das 12 Regiões de Saúde, em 83,3% existiam consórcios. O estudo partiu da premissa que tal processo foi conduzido pela gestão estadual como um fenômeno político-institucional da regionalização.	Foram identificadas quatro razões para a escolha dos consórcios de saúde como instrumento de regionalização em Pernambuco: a) o fortalecimento da regionalização dos serviços de saúde; b) a ampliação da oferta pela cogestão; c) o aprendizado com as experiências exitosas de CIS no Brasil (Paraná, Minas Gerais e Ceará); d) o papel indutor do Governo de Eduardo Campos e coordenador da SES em fortalecer políticas regionais através dos CIS. Além disso, os consórcios seriam catalisadores de articulações entre os gestores municipais, potencializariam a cogestão da rede de serviços, como hospitais regionais e, na percepção dos gestores estaduais, se configurariam como uma “possibilidade positiva na regionalização de ações de saúde”. Porém, estudos adicionais seriam necessários para avaliar os “impactos da gestão consorciada nos indicadores de saúde em escala regional”.

Quadro 9 – Revisão analítica da literatura selecionada, que tratou os CIS associados à regionalização (continuação)

Artigo/Ano de publicação	Estado	Síntese	Achados sobre regionalização
Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco (2014)	Pernambuco	Através de pesquisa embasada nos relatórios produzidos por consultoria especializada envolvida na implantação da gestão regionalizada e consorciada em Pernambuco no período de 2009 e 2011, o artigo investigou a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sertão do Araripe	De acordo com revisão narrativa elaborada pelos autores sobre os “Relatórios da Gestão Regionalizada, Consorciada e Integrada da Saúde Pública no Estado de Pernambuco”, a gestão consorciada viabilizou investimentos nas regiões de saúde e contribuiu para a superação dos desafios locais na implementação do SUS. O CISAPE se apresentou como uma “ferramenta importante para estimular a regionalização do SUS, porém com incipiente participação social”. Foi ressaltada a necessidade de novos estudos que abordassem diferentes aspectos dos CIS em face da complexidade desse processo político-gerencial ainda em curso.
Os consórcios intermunicipais de saúde como modelo organizacional de gestão no estado de Pernambuco (2013)	Pernambuco	A autora apresentou um estudo de caracterização dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), como um modelo organizacional de gestão e prestação de serviços de saúde no Estado de Pernambuco, no período de 2009 a 2012.	O Estado de Pernambuco induziu a consolidação dos consórcios de saúde como proposta de modelo organizacional da assistência em nível regional. Utilizou os achados nas experiências exitosas de gestão consorciada pelo Brasil, contribuindo para o desenho institucional dos CIS. Tais arranjos melhorariam a capacidade dos municípios em regionalizar as ações de saúde, mas haveria necessidade de um maior conhecimento desse instrumento dentro da nova rede de serviços de saúde posta no Estado de Pernambuco.
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 (2013)	Mato Grosso	O artigo se propôs a avaliar a implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires (CIS RTP).	O consórcio teria ampliado o acesso aos serviços de saúde, leitos, às especialidades e aos procedimentos de maior densidade tecnológica, mas não se preocupou em organizar sistemicamente e em rede a região. Os autores também apontaram que os estudos que investigaram os consórcios no processo de regionalização da saúde ainda são tímidos, sendo necessários “estudos que aprofundem e atualizem a sua magnitude”.

Quadro 9 – Revisão analítica da literatura selecionada, que tratou os CIS associados à regionalização (continuação)

Artigo/Ano de publicação	Estado	Síntese	Achados sobre regionalização
Cooperação intergovernamental: os consórcios em saúde de Mato Grosso (2003)	Mato Grosso	No contexto de implementação das NOAS, em estudo de caso sobre a implementação dos CIS no estado do Mato Grosso, as autoras investigaram as relações cooperativas entre municípios e o estado, pelo fato dos consórcios terem sido parte da política de saúde estadual voltada à modelagem da organização do sistema, baseada na regionalização da oferta e, com isso, discutiram os efeitos na regionalização.	A SES teria induzido a organização da atenção especializada, das internações e dos atendimentos de emergência em unidades de referência estadual, de forma cooperativa, através dos consórcios de saúde, em regiões de baixa densidade demográfica, em prol de “ganhos de escala”. Os consórcios resultariam em instrumentos de superação dos custos e das dificuldades advindas da descentralização rumo à regionalização, quando induzidos e apoiados tecnicamente e financeiramente pela gestão estadual do SUS.
Municípios cooperando com Municípios relações federativas e consórcios intermunicipais de saúde no Estado de São Paulo (2008)	São Paulo	Sob o ângulo da cooperação intergovernamental e da necessária articulação política na região, o artigo analisa o caso do Consórcio de Saúde do Alto Vale do Ribeira (CISAVAR) e os resultados no provimento de serviços públicos de saúde à população do consórcio.	Segundo a autora, a instituição do consórcio serviria como um facilitador para o atendimento dos munícipes das cidades consorciadas pelo município-sede. Além disso, o consórcio organizaria o acesso da população referenciada e o pagamento pelos serviços observando a dinâmica da regionalização, o que diminuiria os comportamentos <i>free-rider</i> .
Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso (2006)	Penápolis (SP)	O trabalho dos autores é interessante, pois analisou o caso exitoso do Consórcio de Penápolis, o mais antigo do Brasil, para examinar a dinâmica da cooperação e apresentar as razões da sua sustentabilidade.	A experiência exitosa do CIS mais antigo do país estaria relacionada à reestruturação da oferta regional associada ao aspecto empreendedor de seus líderes e incentivos estaduais. A capacidade de resolução das demandas locais, com qualidade e flexibilidade na gestão, foram importantes fatores demonstrados. A percepção coletiva de ganhos políticos razoavelmente simétricos como resultado da cooperação política também apareceu como ponto facilitador do sucesso do arranjo.

Quadro 9 – Revisão analítica da literatura selecionada, que tratou os CIS associados à regionalização (conclusão)

Artigo/Ano de publicação	Estado	Síntese	Achados sobre regionalização
Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil (2005)	Paraná	O estudo analisou a implementação e o perfil dos consórcios intermunicipais de saúde do Paraná, com foco para a organização da assistência médica especializada ambulatorial em 2000, sob o contexto da regionalização.	A gestão estadual induziu a formação dos CIS no estado do Paraná como estratégia da política de regionalização. À época da pesquisa, os CIS estavam presentes em 81,8% das Regionais de Saúde. Em duas Regionais havia dois CIS implantados. Entretanto, investigações com características regionalizadas precisariam ser realizadas, a fim de verificar a adequação ou não dos resultados alcançados.
Consórcios e policlínicas regionais na Bahia: análise a partir da Comissão Intergestores Bipartite (2021)	Bahia	Pesquisa apresentada no 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde sobre o histórico de implantação dos Consórcios públicos de saúde e da criação de policlínicas regionais na Bahia, tomando como base as discussões entre os gestores municipais de saúde integrantes da CIB – Bahia.	A adoção dos consórcios, na Bahia, teria sido uma alternativa para fortalecer a regionalização. O processo teria sido induzido e apoiado pela gestão estadual, inclusive, com injeção de recursos financeiros para viabilizar os consórcios. Porém, ainda haveria receio dos gestores municipais em arcar e participar dos consórcios como estratégia de gestão regional. Além disso, os municípios não atuavam ainda de modo colaborativo e cooperativo para consolidar a regionalização.
Relatório executivo: como se governam as redes de atenção à saúde? Condicionantes e desafios da governança regional do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio de Janeiro (2020)	Rio de Janeiro	Único estudo encontrado sobre as experiências de gestão consorciada no Rio de Janeiro (CISMEPA e CISBAF), a pesquisa contextualizou a formação desses arranjos e se debruçou em descrever os serviços prestados pelos CIS e suas possíveis implicações para a configuração de redes de atenção à saúde no estado do Rio de Janeiro (RJ).	Considerando que esta dissertação está sendo apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ em parceria com a SES/RJ, a análise dos achados da pesquisa será discutida em tópico próprio.

Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS); Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's); Secretaria de Estado de Saúde (SES); Sistema Único de Saúde (SUS); Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sertão do Araripe (CISAPE); Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS); Comissão Intergestores Bipartite (CIB); Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISMEPA); Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF); Instituto de Medicina Social Hélio Cordeiro/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ); Secretaria de Estado de Saúde/Rio de Janeiro (SES/RJ).

Fonte: O autor, 2022.

4.3.2.1 Descrição dos achados

De acordo com a literatura selecionada, dentro do jogo federativo, os CIS assumiriam a função de instâncias de cooperação entre municípios direcionadas à implementação das ações e políticas de saúde no âmbito do espaço regional, se este mecanismo institucional para modelagem da organização da RAS estivesse inserido na agenda do planejamento regional integrado coordenado pela SES.

Importante citar que todos os autores ressaltaram que os CIS ajudariam na construção de regiões de saúde dinâmicas e cooperativas, fundadas na cogestão dos serviços pactuados a partir das demandas dos entes municipais e institucionalizadas na barganha e na governança regional.

Ponto estratégico presente em todos os estudos se relaciona em descrever como foi o comportamento da gestão estadual no processo de escolha dos CIS como instrumentos de gestão associada de municípios e coordenação. Cabe citar aspecto importante destacado pelos autores.

Quando a Secretaria estadual de saúde atua de modo ativo – com posição favorável à descentralização – colocando à disposição dos governos municipais recursos políticos, financeiros e técnicos, entre os quais: cogestão de unidades; desconcentração do poder decisório para o nível regional; ativação das coordenadorias regionais direcionadas à cooperação técnica e capacitação dos gestores municipais; incentivo aos municípios aderentes aos consórcios para realização de programas estratégicos; financiamento da organização dos sistemas regionais para municípios necessários à assunção de novas responsabilidades, os consórcios resultam em instrumento para superar custos e dificuldades advindos da descentralização (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004, p. 150).

Do ponto de vista do Estado, o autor entende que seria muito mais racional para a Secretaria Estadual de Saúde investir no desenvolvimento dos serviços de uma região do que apenas de um município. Os CIS seriam, dessa forma, uma garantia de que os recursos investidos seriam utilizados e aproveitados por toda a região englobada pelo consórcio, e daí o maior interesse estadual em investir e colaborar (OLIVEIRA, 2008).

Para os municípios de pequeno porte, oferecer serviços de saúde tecnologicamente mais complexos demanda valores financeiros superiores à sua capacidade. Nesta perspectiva, os CIS poderiam racionalizar a oferta dos serviços e reduzir os custos, pois ganhariam em economia de escala e escopo. A alocação de recursos se tornaria mais equilibrada, bem como a rede de serviços regional seria mais eficiente (OLIVEIRA, 2008).

Um dos méritos dos CIS seria colocar, de forma antecipatória às normas, a necessidade de articulação regional das redes de serviços para o alcance da integralidade e a melhoria do acesso. Ainda que os consórcios não sejam o único instrumento para organizar redes regionalizadas, tais arranjos efetivariam relações intergovernamentais cooperativas (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

A conformação do espaço regional de decisão, através dos mecanismos institucionais de governança e deliberação (CIS, escritórios regionais, câmaras técnicas, central de regulação e CIR), instituiria, no território consorciado, a negociação e o protagonismo decisório pelos gestores municipais quanto à gestão do sistema regional de saúde antes centralizadas na SES, o que, propiciaria consensos, articulação das demandas municipais frente à esfera estadual e a gerência cooperativa dos serviços de referência (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

A gestão consorciada por municípios em associação e cooperação reduziriam os encaminhamentos de usuários às capitais e o fluxo de pacientes para fora das regiões de saúde, além de melhorarem a qualidade da oferta no interior com maior “eficiência e capacidade de resolução nos sistemas locais e regionais de saúde” (FREIRIA, 1999 *apud* GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004, p. 155).

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde que tiveram a participação técnica e financeira da gestão estadual favoreceriam a organização regional em situações de dispersão populacional; atenderiam as dificuldades em fixação de profissionais especialistas; necessidades de recursos financeiros para manutenção de unidades de média e alta complexidade; e garantiriam a integralidade da atenção em nível regional em situação de descentralização da gestão (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

Os CIS instrumentalizariam ações cooperadas, solidárias e ações conjuntas entre os municípios e proveriam os meios políticos e financeiros para a organização regionalizada da assistência com redução dos custos sociais de deslocamentos de pacientes ao centro (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

O consórcio, portanto, representaria um mecanismo institucional voltado à cooperação federativa no SUS, ao associar e equilibrar autonomia e interdependência entre sistemas locais de saúde. Ademais, possibilitaria a gestão compartilhada dos serviços, decisão conjunta sobre as necessidades e demandas da população, aumento dos investimentos e da contratação de profissionais, e organizariam a referência em âmbito regional (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

Já o estudo de Neves e Ribeiro (2006), ao investigar o *case* de sucesso institucional do CIS Penápolis, sob a perspectiva da cooperação política entre os gestores, apontou que haveria

uma forte continuidade política e administrativa na região, sugestiva da permanência de um ambiente político local favorável à manutenção do consórcio.

Para a efetiva consolidação da estruturação regional de um modelo de distrito sanitário, de acordo com o estudo, os municípios, inicialmente, buscaram o fortalecimento dos serviços primários de saúde e uma de referência regional, de nível secundário, instalada em Penápolis. Assim, desde a formação do CIS, os municípios organizaram-se localmente e os prefeitos atuavam em conjunto na busca de recursos financeiros para financiar suas estruturas.

Neves e Ribeiro (2006) sustentaram que o CIS Penápolis encontrou condições favoráveis para se desenvolver na busca por sanar déficits do processo de regionalização na atenção à média complexidade, na oferta de consultas médicas de especialidades e em diagnose e terapia.

Como pontos importantes da sustentabilidade do CIS Penápolis, os autores destacaram: a capacidade operacional; as regras de utilização dos serviços; o rateio das despesas e o conjunto dos gastos para o cumprimento dos objetivos do CIS; e a ausência de clientelismo político. Além disso, haveria uma alta confiabilidade no sistema de contas do consórcio, com percepção de uma liderança e coordenação eficientes, pela transparência na gestão (NEVES; RIBEIRO, 2006).

A capacidade da gestão estadual de viabilizar acordos e conciliar interesses entre os atores regionais pode ser um indicativo para o sucesso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde como mecanismo institucional de coordenação e associativismo de municípios.

Tais arranjos, quando criados no contexto da governança regional, podem vir a servir de instrumentos potenciais rumo à regionalização. Dentro do jogo federativo, portanto, os consórcios assumem a função de serem instâncias de cooperação para que os municípios consigam implementar as políticas públicas a eles concernentes no âmbito do espaço regional, se incentivados e direcionados para este fim.

De acordo com a literatura, os CIS poderiam ser uma solução para os desafios políticos e gerenciais em torno da execução de políticas públicas e da prestação de serviços públicos voltados ao bem coletivo. No entanto, são poucos os estudos que investigaram quais os impactos e fatores que influenciariam a gestão estadual e os governos locais a adotarem os consórcios como estratégia para “regionalizar”.

4.3.3 Um olhar especial para o estudo sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Rio de Janeiro

Considerando que esta dissertação está sendo apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hélio Cordeiro/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) em parceria com a SES/RJ, a análise dos achados em relação à única pesquisa que investigou as duas experiências de gestão consorciada no estado do Rio de Janeiro (em curso e sem interrupção), será discutida a seguir.

O artigo apontou que a dinâmica de atuação dos CIS, de forma geral, seria condicionada pelas características socioespaciais das regiões de saúde e por fatores relacionados aos aspectos político-institucionais e às funções de gestão desempenhadas pelos CIS na rede de serviços. Tal dinâmica deveria ser compreendida em sua dupla dimensão: “como mecanismo de governança e como instrumento de estruturação de redes de serviços de saúde, no contexto das regiões em que se inserem” (LIMA *et al.*, 2020, p. 9).

No contexto do Rio de Janeiro, a década de 1990 teria sido marcada por um movimento de indução aos consórcios, protagonizado pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ) em parceria com a UERJ. Posteriormente, os consórcios passaram a ser valorizados pela SES-RJ, no governo Garotinho, entrando na pauta do planejamento da Secretaria de Estado relacionado à elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI), o que teria fomentado discussões regionais com um enfoque assistencial.

Ao final da década de 90, a SES elaborou um projeto de apoio financeiro à implantação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde voltados para organização da rede assistencial em áreas definidas pelas regiões de saúde.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do estado do Rio de Janeiro, revisado em 2013, a Região de Saúde Médio Paraíba é composta por 12 municípios: Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença, Volta Redonda, todos integrariam o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Médio Paraíba (CISMEPA).

No contexto da governança regional, existiriam diferentes estruturas de planejamento e gestão na região do Médio Paraíba, todas sediadas em Volta Redonda, como: Comissão Intergestores Regional (CIR) e sua Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde e a Central Regional de Regulação, ligados à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), além do CISMEPA.

Na região de saúde do Médio Paraíba, predominariam o atendimento ambulatorial de média complexidade em estabelecimentos públicos. Já os atendimentos da alta complexidade, seria concentrado nas unidades privadas, com concentração da oferta e produção nos municípios-polos de Volta Redonda e Barra Mansa.

A assistência hospitalar de média complexidade seria prestada por cada município, sem a predominância de prestadores regionais. Para a alta complexidade, a assistência hospitalar seria, prioritariamente, privada.

Na média complexidade hospitalar, os municípios de Barra Mansa, Volta Redonda e Pirai realizariam atendimento a diversos municípios da região. Já os atendimentos de alta complexidade hospitalar, o cenário seria bem diverso. Os municípios de Barra Mansa, Volta Redonda, Resende e Valença se destacariam na região, sendo responsáveis por 96% dos atendimentos para os moradores do Médio Paraíba.

A proposta de implantação do CISMEPA teria surgido em 1997, por um movimento liderado pela secretária de saúde de Volta Redonda (à época vice-presidente do COSEMS-RJ), tendo como pauta as demandas para elaboração da PPI, conforme NOB/96.

À época, a coalisão política entre os três maiores municípios teria colaborado no êxito dos trâmites de implementação do CIS, que, no início, tinha um papel de articulador regional e, após a instituição da CIR, passou a ser prestador de serviço (SAMU regional).

O CISMEPA foi organizado, primeiramente, como associação civil de direito privado sem fins lucrativos, pois sua instituição teria ocorrido antes da Lei nº 11.107/2005. Após o marco legal dos consórcios públicos no Brasil, adaptou-se para associação pública na forma de autarquia.

Segundo o estudo, o consórcio atuaria na organização e planejamento da Rede de Urgência e Emergência, compras coletivas, capacitação de recursos humanos e articulação política em torno de recursos financeiros via Emendas Parlamentares.

No que tange à relação institucional com a SES, haveria pouca interação e relação de parceria. A instituição do CIS na década de 90 teria sido incentivada e apoiada financeiramente pela gestão estadual, mas, atualmente, a relação indicaria cenas de conflitos e tensões com a gestão estadual, sobretudo, por conta do processo de construção do hospital regional (Zilda Arns) e a sua posterior tomada da gestão.

Sobre a organização da rede assistencial na região, o CISMEPA seria o responsável por toda a rede do SAMU (operação e regulação). De acordo com o estudo, apesar da descentralização das bases das ambulâncias em cada município, o gestor municipal não teria

autonomia sobre elas, o que indicaria um certo grau de autonomia do consórcio na organização e pactuação das referências.

A pesquisa também apontou que a função do consórcio se estenderia à articulação da Rede de Urgência e Emergência, inclusive inserindo assuntos na pauta de pactuação regional sobre temas de pertinência para a região, como a contratação de novos prestadores e o apoio técnico junto aos prestadores conveniados.

O financiamento das ações do CISMEPA seria tripartite para a gestão do SAMU, com predominância do recurso federal por conta da centralidade fundo a fundo, o que representaria os 93% dos recursos custeados pelos municípios serem originários do Ministério da Saúde e apenas 7% da receita municipal. O cofinanciamento estadual para o SAMU regional apresentou descontinuidades no repasse a partir de 2015 e teriam sido retomados em 2019.

Sobre a articulação interfederativa na região, o processo de pactuação da grade de referência do SAMU, principal instrumento para a regulação dos casos, teria sido coordenado pelo CISMEPA e construído com os representantes municipais, especialmente no Grupo Condutor da RUE.

Ou seja, isto poderia levar a se crer que o consórcio exerceria um papel de articulador das pactuações e da organização da assistência regional na rede de urgência e emergência.

Como propostas futuras, o estudo apontou que o CISMEPA ainda pretende retomar a gestão do hospital regional Zilda Arns, ponto de tensão com a SES/RJ, bem como pretendia criar um fundo regional para custeio de projetos estratégicos. Além disso, haveria o desejo de aprimorar as normativas sobre consórcios e regionalização, e ampliar o escopo de atuação do CIS, que estaria associada a uma possível participação do estado como membro consorciado.

Outro Consórcio Intermunicipal de Saúde no Rio de Janeiro é localizado na região da Baixada Fluminense, limítrofe à capital, com grande densidade demográfica e bastante desigualdade socioeconômica. A pesquisa também analisou a conjuntura de instituição e atuação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF).

Conforme o Plano Diretor de Regionalização do estado do Rio de Janeiro, revisado em 2013, a Região de Saúde Metropolitana I é composta por 12 municípios, incluindo a capital do estado, Rio de Janeiro, e os onze municípios da Baixada Fluminense (Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica), estes integrariam o CISBAF.

No cenário de governança regional da METRO I, estariam presentes diferentes estruturas de planejamento e gestão concentradas em Nova Iguaçu, sede do CISBAF. A pesquisa identificou a Comissão Intergestores Regional (CIR) e sua Comissão de Integração

Ensino-Serviço (CIES), o Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde Metro I, ligado à SES. Na capital e fora do território consorciado estaria localizada a Central Regional de Regulação.

Em apertada síntese, grande parte da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar estaria concentrada nos municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu, que juntos seriam responsáveis por 58% da assistência hospitalar e 50% da ambulatorial, mas o predomínio do fluxo de encaminhamentos e atendimentos estaria direcionado à capital.

Nos atendimentos ambulatoriais de média complexidade, 57% da assistência estaria ligada aos municípios de Duque de Caxias, Nova Iguaçu e São João do Meriti. Já na alta complexidade ambulatorial, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Belford Roxo e São João de Meriti responderiam juntos por 77% dos atendimentos. Em relação ao total da Região METRO I, o Rio de Janeiro responderia por 53% da média complexidade e 71% da alta complexidade.

Na assistência hospitalar, os municípios de Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Mesquita concentrariam 67% dos atendimentos na Baixa Fluminense. A grande maioria da assistência na alta complexidade estaria concentrada nos municípios de Duque de Caxias (63%) e Nova Iguaçu (34%).

O perfil dos prestadores varia quando se observa o nível de complexidade da assistência. Em nível ambulatorial de média complexidade, a prestação seria predominantemente por estabelecimentos públicos municipais (57% da produção física e financeira), 11% por prestadores públicos estaduais (9% do valor financeiro) e 32% pelos prestadores privados sem fins lucrativos. Já na alta complexidade ambulatorial, haveria predominância de estabelecimentos privados com fins lucrativos.

Esse mesmo perfil é observado para a assistência hospitalar na Baixada Fluminense. Na média complexidade, o perfil dos estabelecimentos de saúde seria predominantemente público, com 64% da produção realizada em unidades municipais (56% do valor financeiro) e 23% nas unidades estaduais, que representariam 32% do valor produzido na região. Os 13% restantes ficariam a cargo dos estabelecimentos privados com fins lucrativos. Os atendimentos hospitalares de alta complexidade seriam realizados em estabelecimentos predominantemente privados com fins lucrativos.

Os fluxos de pacientes na região da Baixada Fluminense são dinâmicos e constantes. Os municípios que mais internariam pacientes de outros municípios (dentro e fora da região) seriam Mesquita (87%); Nilópolis (76%); Queimados (56%); e São João de Meriti (48%). Os

fluxos dominantes de entrada da região da Baixada Fluminense ocorreriam dos (e entre os) municípios de Duque de Caxias, Nova Iguaçu e São João de Meriti para Belford Roxo.

Percentual considerável de internações de média complexidade dos residentes na Baixada Fluminense seria realizado fora da região (28%), sendo o destino mais procurado o município do Rio de Janeiro (25%). Os municípios mais dependentes (dentro e fora da região) seriam Japeri (100%), Nilópolis (84%), Queimados (75%) e Belford Roxo. Nas internações de média complexidade, 96% foram realizadas exclusivamente para moradores da região (Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Belford Roxo, São João de Meriti e Nilópolis).

O estudo também considerou que, apesar da região da Baixada Fluminense ter realizado muitos atendimentos de alta complexidade hospitalar, haveria uma baixa cobertura aos residentes na região, pois 83% das internações, destinadas a seus moradores, seriam realizadas fora da região. A maioria destas teria sido realizada no município do Rio de Janeiro (75%).

Destarte, isto demonstra que o município do Rio de Janeiro teria um importante e dominante papel de executor de procedimentos ambulatoriais e de internação para pacientes de todos os municípios da região da Baixada Fluminense e, de acordo com a pesquisa, seria estratégico e essencial para os municípios de Nilópolis, Mesquita, São João de Meriti e Seropédica. Tal fato será levado em consideração ao final deste tópico, pois a capital não participam do CISBAF, mas é município-polo da região de saúde da METRO I.

O final da década de 90 e a operacionalização da NOB /96 se confundem com a origem do CISBAF. O estudo apontou que as discussões em torno da criação do consórcio teriam sido apoiadas na inoperância do Hospital da Posse, de perfil regional, localizado em Nova Iguaçu, coincidentemente município-sede desse consórcio, criado em fevereiro de 2000.

Segundo o artigo, a necessidade de aumento da oferta de leitos e de serviços de saúde na região da Baixada Fluminense, com grande densidade demográfica, também teria sido apresentado como um problema comum a todos os municípios, provocando, à época, a abertura da janela de oportunidade de criação do CISBAF.

Em seu projeto, além do aumento de leitos, estariam a adequação de unidades de saúde, expansão e fortalecimento da Atenção Básica, captação de recursos financeiros, capacitação de recursos humanos e projetos coletivos que envolvessem os municípios consorciados. Logo que foi criado, o CISBAF implantou um projeto de regulação de leitos de obstetrícia, cujo objetivo seria garantir acesso de gestantes às maternidades, iniciativa que teria ocorrido até 2007.

Igualmente como o CISMEPA, o CISBAF teria sido organizado como uma entidade de direito privado sem fins lucrativos, pois anterior à legislação que regulamentou os consórcios

públicos no Brasil. A partir de 2008, constituiu-se como associação pública, de natureza autárquica e com personalidade jurídica de direito público.

Atualmente, o CISBAF atua na realização de obras em unidades e compra de equipamentos. A atuação na média complexidade começou a se dar recentemente através da implantação do “Marque Fácil”, sistema de agendamento de consultas de especialidades, procedimentos e exames, uma proposta diferente do que seria uma iniciativa voltada à regulação do acesso.

O estudo demonstrou que, atualmente, o consórcio gerencia a Central de Regulação do SAMU para a Baixada Fluminense, sendo responsável por toda qualificação técnica, processo de trabalho e contratação direta de pessoal. Haveria projeto de gestão de unidade de saúde para o município de São João de Meriti e de capacitação e contratação de recursos humanos para Queimados. Dependente de articulação com a SES, o consórcio pretenderia assumir a regulação de leitos.

No tocante à articulação interfederativa, o relatório executivo apontou que existiria uma relação frágil com a CIR Metropolitana I, com sobreposição a ela como espaço de decisão dos gestores municipais da saúde, principalmente em decorrência de todos os municípios da Baixada Fluminense serem consorciados ao CISBAF.

Além disso, foi apontado o fato da CIR Metro I incluir a capital, que não é parte integrante dos pactos e intenções do CISBAF, o que tornaria o mecanismo institucional do consórcio uma instância “de maior importância e reconhecimento pela Baixada Fluminense”. Essa diferença de composição da CIR e do CISBAF seria um fator complicador nas relações de governança, cooperação e articulação interfederativa entre os arranjos institucionais regionais.

Segundo a percepção dos pesquisadores, existiria uma certa “resistência dos dois lados (SES e CISBAF)” pela coesão e articulação, o que prevaleceria a disputa constante pelas decisões políticas e direcionamentos na região da Baixada Fluminense quanto às políticas de saúde.

Nesta disputa, o CISBAF, que reúne Secretários e Prefeitos, acabaria predominando. O estudo apontou, inclusive, a existência de um “mal-estar entre a SES e o CISBAF (relação de desconfiança)” que, para além das disputas pela coordenação da política regional, estaria relacionado à capacidade instalada estadual na Baixada Fluminense e às dificuldades de articulação em rede com estas unidades.

Também similar ao CISMEPA, o SAMU seria o principal serviço gerenciado pelo CISBAF, desde sua formatação e implantação na região da Baixada Fluminense. A Central de

Regulação do SAMU estaria sob a gestão do CISBAF e as bases descentralizadas diretamente com cada município.

Segundo Lima *et al.* (2020), o CISBAF teria um papel importante na qualificação/capacitação de recursos humanos para a Baixada Fluminense pela atuação do Núcleo de Educação Permanente e, também, pela cooperação técnica do CISBAF com a FIOCRUZ e com o Consórcio de hospitais da Catalunha (Espanha).

O estudo apontou como função estratégica do CISBAF a iniciativa ‘Marque Fácil’, em funcionamento desde meados de 2018. Compreenderia em um sistema de agendamento de consultas de especialidades, procedimentos e exames, no qual seria oferecido o prestador (selecionado mediante chamamento público) ao município, que pagaria somente o que fosse executado. Até a conclusão da pesquisa, três municípios aderiram ao Programa (São João de Meriti, Nilópolis e Mesquita).

No que tange ao financiamento do CISBAF, as ações são financiadas por meio do contrato de rateio, que custearia as despesas administrativas do consórcio e seria fixo com base em critério populacional. Já o contrato de programa seria assinado com cada prefeito a partir dos projetos aderidos pelos gestores, individualmente.

O financiamento do SAMU seria feito através de repasse do Ministério da Saúde de 50%, 25% para o município e 25% para o estado. No caso da Central de Regulação, o repasse do Ministério da Saúde (e do estado) seria realizado para o município-sede (Nova Iguaçu), que repassaria para o CISBAF, visto que não haveria um fundo regional para receber esse recurso. No âmbito do CIS, a articulação política em torno de emendas parlamentares não seria uma pauta e a captação de recursos seria exclusividade dos municípios.

No que tange ao processo de gestão e regulação do acesso na região do consórcio, atualmente, o CISBAF operaria somente a regulação do SAMU, não atuando na regulação ambulatorial e de leitos. Além disso, foi destacada a ausência de articulação com a Central Estadual de Regulação, inclusive, não haveria um “consenso sobre essa ser uma função adequada para o consórcio, embora esteja prevista no protocolo de intenções”.

De olho no futuro, o CISBAF pretendia ampliar seu escopo de atuação para a oferta de serviços. A proposta dependeria do apoio do estado como parceiro visando a reabertura de clínicas privadas, que hoje estariam fechadas na Baixada Fluminense. Segundo a pesquisa, a “entrada do consórcio” tornaria os serviços “regionais”.

Outra expectativa do consórcio da Baixada Fluminense seria a ampliação do “Marque Fácil” com a adesão de mais municípios para a compra de consultas e exames de média complexidade, que, conforme visto acima, também seria com a participação da rede privada.

Em torno da relação com a SES, o CISBAF espera uma aproximação para o desenvolvimento do Consórcio.

O artigo publicado, na forma de relatório executivo, não trouxe achados sobre o papel dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CISMEPA e CISBAF) no desenho organizacional da assistência nas regiões do Médio Paraíba e da METRO I, onde, respectivamente, estão localizados os dois CIS. Considerando o contexto regional, é possível compreender apenas que os dois consórcios prestam e gerenciam serviços regionais do SAMU.

Ademais, é carente de percepções em torno das funções que os CIS poderiam contribuir na organização regional da rede de serviços, principalmente quando se revelam as realidades atuais das duas regiões de saúde, marcadas pelo fluxo intenso de pacientes para atendimentos de média e alta complexidade para outras regiões de saúde do estado. Ou seja, os CIS atuais não contribuíram para a organização da assistência e governança regional.

Serão precisos mais estudos, sobretudo, avaliativos sobre as experiências de gestão consorciada no estado do Rio de Janeiro para compreender se tais arranjos fortalecem a regionalização.

Mas, tendo como referência as demais experiências de gestão consorciada analisadas nesta revisão bibliográfica, como um achado importante em relação às experiências de consorciamento no RJ pode ser destacada a necessidade dos gestores municipais e da SES em adotarem uma postura de confiabilidade, parceria, articulação e coordenação federativa como premissa de um novo relacionamento institucional.

Ademais, os CIS podem ser instrumentos potenciais de cooperação e organização regional para ampliação da atenção especializada, ganhos de escala e superação das desigualdades advindas da descentralização.

Para tanto, a postura da SES/RJ deve ser direcionada ao exercício da cooperação técnica e financeira, sem práticas predatórias e falaciosas, com indução para a formação desses arranjos institucionais de coordenação federativa nas regiões do estado.

Já os municípios fluminenses devem agir cooperativamente e coletivamente, planejando e formulando suas ações em benefício do bem coletivo da região, superando as condutas solitárias, fragmentadas e influenciadas por externalidades negativas tão marcantes na gestão pública das cidades do Rio de Janeiro, como o clientelismo político, a mercantilização com o setor privado, a corrupção endêmica e a publicização em desalinho com as regras que sustentam as boas parcerias público-privada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estado Federal produz efeitos emblemáticos na dinâmica da formulação e implementação das políticas públicas e, partindo-se deste preceito, foi significativo explorar as relações entre o federalismo e a descentralização de políticas públicas, principalmente, as políticas sociais e redistributivas, como, por exemplo, no caso brasileiro, o direito social e universal à saúde, constitucionalmente assegurado na Carta Cidadã de 1988.

Com o desenvolvimento e conclusão desta pesquisa, foi possível compreender que existem variedades institucionais entre os tipos de federalismo que podem ser analisadas sob o ângulo de duas tipologias de repartição de poderes/responsabilidades entre os entes políticos: o interestadado e intraestado.

No federalismo interestadado, está presente a marca da dualidade, baseada na atuação separada e independente de cada ente político na produção e implementação das políticas públicas, cujas atribuições e competências são bem definidas no pacto federativo constitucional, não deixando margem para a atuação sobreposta ou usurpação de competência de um ente por outro nível de governo.

Já o modelo de repartição de poder intraestado é marcado pela ação compartilhada, coordenada e solidária entre os níveis de governo visando à consecução de objetivos comuns direcionados ao bem e interesse coletivo, modelo em que se fundamenta o nosso federalismo cooperativo.

O pacto federativo brasileiro garantiu expressamente a redistribuição da autonomia político-financeira aos entes integrantes da nossa Federação trina, formada pela União, estados e municípios. Ademais, designou para as diferentes pessoas políticas funções específicas de formulação ou implementação de políticas públicas e determinou as responsabilidades comuns e concorrentes entre os diferentes níveis de governo, moldando as dimensões institucionais do federalismo cooperativo.

O caráter predatório e não cooperativo das relações intergovernamentais é um dos efeitos do federalismo brasileiro pós-1988, cujas estruturas federativas tornaram mais complexos e elásticos os problemas da coordenação governamental em função da expansão dos vetores negativos às políticas nacionais.

Muito embora com a finalidade de promover maior descentralização, o arranjo federativo de 1988 acabou escancarando ineficiências sistêmicas reveladas na concentração de poder no governo central. É possível verificar uma centralização de poder e recursos na União,

que podem comprometer uma efetiva autonomia dos entes periféricos e desestabilizarem as relações federativas, se forem levados em consideração os constrangimentos de ordem institucional, fiscal e político.

A construção da descentralização foi um processo dinâmico, permeado de avanços e retrocessos, que dependeu da correlação de forças, muitas das vezes antagônicas, presentes na sociedade. Para que o processo descentralizador seja efetivamente democrático, não basta a distribuição territorial do poder. Se faz necessário que a sociedade de cada unidade constituinte, efetivamente, seja protagonista na vida política, a começar pelo exercício do voto e pelo controle social.

Para as políticas de saúde no Brasil não foi diferente!

A materialização do direito universal e inalienável comum a todos os cidadãos brasileiros à promoção, proteção e recuperação da saúde, através de ações preventivas e curativas, marcou as proposições do movimento de Reforma Sanitária, que lutava por uma mudança estrutural e de base na política de saúde desde a década de 70.

A partir da promulgação da Carta Cidadã de 1988, firmaram-se os princípios e diretrizes legais fundamentais para a reformulação do sistema nacional de saúde, porém, após trinta e três anos das discussões travadas sobre o modelo de atenção à saúde, não se pode afirmar que foi alcançado aquele ideal reformista preconizado para o SUS, apesar de ser importante reconhecer os avanços na política de saúde e na assistência no Brasil.

É importante ressaltar o papel das instituições de Estado, da ação dos diversos atores políticos e movimentos sociais e, sobretudo, da dimensão temporal da política para delinear os caminhos percorridos pela reforma sanitária brasileira e a discussão sobre a complexidade da proposta e do projeto de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante toda década de 80, o sistema de saúde brasileiro passou por mudanças político-institucionais significativas, centradas na ideia-projeto do SUS como expressão dos princípios e diretrizes das proposições reformistas do campo progressista da saúde coletiva, e, sobretudo, rumo à descentralização e expansão da oferta dos serviços médicos no país.

O avanço da descentralização político-administrativa e os mecanismos e fluxos de transferência de recursos no âmbito do SUS elevaram a autonomia dos municípios em relação aos estados e à União e estimularam fortemente a municipalização da gestão do sistema público de saúde.

As Normas Operacionais Básicas redefiniram o modelo de gestão do SUS, com ênfase na figura dos Secretários Municipais como gestores da atenção à saúde dos seus munícipes;

aumentaram a autonomia do gasto dos recursos federais transferidos aos entes subnacionais; e operacionalizaram a descentralização sob a ótica de subsistemas municipais de saúde.

Sob o contexto das NOB's, a centralização do poder decisório e normativo na União e a priorização do relacionamento entre o Ministério da Saúde com as secretarias municipais de saúde resultaram no enfraquecimento das pactuações perante as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), enfraquecendo os fluxos de referência regionais, como também, prejudicando a harmonização dos sistemas municipais e o planejamento das redes regionalizadas.

A redefinição dos papéis dos gestores estadual e federal foi regulada nesses instrumentos normativos, mas com pouca efetividade em modificar as condutas específicas de gestão dos estados e da União e, muito menos, serviram de base operacional para a promoção da cooperação técnica e financeira em favor dos municípios.

Já as Normas Operacionais da Assistência à Saúde, sob a perspectiva territorial, representaram uma tentativa do Ministério da Saúde de equacionar o problema de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência tendo como norte a estratégia da regionalização. A partir da reorganização do sistema, buscou-se racionalizar os recursos e ampliar a oferta dos serviços sob a lógica de redes regionalizadas e hierarquizadas.

A organização em rede regionalizada de serviços através das ações propostas pelas NOA's poderia superar os problemas decorrentes do amadurecimento da descentralização promovida pelas NOB's, embora aquelas tenham sido implementadas sem medidas concretas e arranjos institucionais que impulsionassem a cooperação e as ações coletivas entre os entes federativos, principalmente entre municípios.

Foi possível compreender que as relações federativas, a pactuação e negociação nos colegiados de gestores, as relações público-privadas, a regulação do acesso e os padrões de gestão seriam algumas das questões políticas e estruturais a serem enfrentadas pela governança da RAS por meio de instrumentos contratuais e arranjos institucionais de associativismo intergovernamental, que pudessem induzir ações coletivas direcionadas ao bem público-comum e à consolidação da regionalização do sistema.

Com a conclusão desta pesquisa, foi possível identificar que ainda é muito incipiente a busca por institucionalizar mecanismos e instrumentos de integração organizacional horizontal ou vertical dirigidos à prática assistencial e ao cuidado integral, bem como os voltados à ampliação do acesso e diminuição das desigualdades regionais.

Embora no texto constitucional haja a previsão clara de que Leis Complementares fixarão normas para a cooperação entre a União e os estados, o Distrito Federal e os municípios, no intuito de consolidar a coordenação entre os entes para o equilíbrio do desenvolvimento e

do bem-estar em âmbito nacional, a regulamentação dessas atitudes cooperativas e dos instrumentos de coordenação federativa não se consolidaram no arcabouço jurídico-normativo do SUS.

No cenário brasileiro, os estados, e, mais ainda, os municípios são extremamente heterogêneos e díspares, principalmente em relação ao porte populacional, tamanho dos territórios, densidade de recursos tecnológicos, técnicos e humanos, além da diferença de suas capacidades financeira e gerencial para a produção e provisão das políticas de saúde.

Tais características tornam extremamente difíceis a formação de Redes de Atenção à Saúde com oferta assistencial em todos os níveis de complexidade no mesmo espaço territorial-populacional limitado à área de abrangência político-administrativa de um único município, ou, em algumas regiões limítrofes, de um único estado, sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais.

De acordo com a legislação estruturante do SUS, a organização regionalizada e hierarquizada da rede de serviços exige a participação coordenada dos níveis de governo e permanente negociação e pactuação entre gestores municipais, cujo processo é coordenado pela gestão estadual.

Para a consolidação da diretriz da regionalização, que deve nortear a descentralização das ações e serviços de saúde e estruturar o pacto de gestão do SUS, é necessário o apoio às ações coletivas intergovernamentais através dos mecanismos institucionais de coordenação e cooperação federativa, e, sobretudo, por meio de acordos políticos na arena decisória, estabelecidos mediante a barganha característica do federalismo cooperativo.

Para concretizar a coordenação federativa são necessárias estratégias, instrumentos e arranjos institucionais de associativismo intergovernos capazes de equilibrar as relações federativas e direcionar esforços, recursos financeiros e promover ações coletivas em prol da efetivação de políticas públicas loco-regionais, principalmente as de cunho social universalizante como é o caso da saúde.

No contexto de implementação do SUS, a descentralização da responsabilidade sanitária para o nível local tornou a construção da regionalização um desafio maior, tanto em relação à definição político-institucional do território regional quanto em relação ao papel e à responsabilidade de cada ente político nesse espaço.

Embora tenha havido diversas normativas e ciclos de implementação do SUS no Brasil, a política de regionalização vem sofrendo um impasse pois ainda não se pode dizer que enfrentou as desigualdades regionais na área da saúde e, sobretudo, organizou as redes hierarquizadas de assistência em nível loco-regional.

Tendo em vista que o processo de regionalização pode ser entendido como um discurso eminentemente político, é necessário buscar mecanismos e instrumentos que favoreçam a relação interfederativa no espaço regional, para que essa diretriz estruturante na gestão do SUS se consolide concretamente.

A cooperação horizontal tem apontado como uma escolha esperançosa de trabalho para dar respostas aos principais problemas que afligem os entes federados mais frágeis: os municípios. Experiências nesse sentido foram desenvolvidas de forma intermunicipal, com a difusão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde por todo o Brasil.

A partir da revisão da bibliografia sobre a temática dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, foi possível conceituar esse tipo de mecanismo institucional de coordenação federativa entre municípios, que possuem como funcionalidade dar solução organizacional e gerencial às práticas de ação coletiva entre municípios na área da saúde.

Na saúde, ser um ente solidário estaria relacionado à disposição para assumir e cumprir compromissos com outro ente político ou com um conjunto de governos locais que constituem um território sanitário-regional, mas tal disposição dependeria da disposição de todos em se orientarem pelos mesmos valores da cooperação, bem coletivo e interesse comum.

Mas, a percepção de ganho coletivo associada aos benefícios individuais dos agentes públicos forja o cenário para a cooperação. Neste contexto, entender os interesses coletivos e individuais envolvidos na cooperação entre municípios para institucionalizar Consórcios Intermunicipais de Saúde como instrumentos de coordenação federativa, a fim de prolongar a ação coletiva e mensurar ganhos e perdas se faz necessário, até para avaliar os resultados que tais arranjos criam na governança regional.

A aplicação das teorias da ação coletiva e suas dimensões de análise não se limita em compreender os elementos que induzem a ação coletiva, mais também contribuem para entender a permanência dos arranjos institucionais e os benefícios coletivos gerados na arena de governança regional.

A partir dos estudos do ICA, compreendeu-se que a relação entre os custos de transação e os ganhos gerados são fundamentais para que o instrumento de cooperação se firme e se mantenha em funcionamento.

A proporção continental do Brasil e a ausência de uma base que reúna, em tempo real, as informações sobre os consórcios públicos existentes no país dificultaram o mapeamento das experiências de gestão consorciada no âmbito do SUS e, principalmente, uma abordagem avaliativa sobre esses arranjos no intuito de aferir se os CIS alcançaram o êxito de planejar e

implementar ações coletivas e a gestão compartilhada da RAS para a construção e o fortalecimento da regionalização.

Foi identificada uma única ferramenta virtual com dados sobre consórcios públicos, que não gera relatórios e gráficos. Os dados do Observatório são atualizados de forma dinâmica, o que pode gerar divergências de números se compararmos com a plataforma atualmente. Não existe uma base de dados pública sobre consórcios de saúde, que seja possível mapear as experiências e, sobretudo, avaliar os resultados desses arranjos para a gestão do SUS.

Segundo o Observatório Municipalista de Consórcios Públicos da CNM, em março de 2022, haviam 189 Consórcios Intermunicipais de Saúde cadastrados. A região Sudeste apresentava o maior número de CIS (83). Sudeste e Norte, respectivamente, apresentaram o maior (1.387) e menor (66) número de municípios que integrariam CIS do total de 3.298 municípios consorciados. Tais dados demonstram que há heterogeneidade inclusive na instituição desses arranjos no território continental brasileiro.

Para a concretização da gestão regionalizada, as ações de cooperação entre os níveis de governança do sistema deveriam ser apoiadas nos referenciais de agrupamento de forças e recursos, bem coletivo e institucionalidade política, bem como necessitariam de instrumentos/mecanismos de coordenação federativa de indução da vontade política para ações solidárias e gestão compartilhada da RAS no espaço regional.

A partir da revisão narrativa da literatura sobre as experiências de gestão consorciada sob a perspectiva da regionalização, foi possível compreender que a organização autônoma dos CIS pode contribuir para a fragmentação do sistema de saúde, em que os esforços não se orientam pelo mesmo objetivo, indo na contramão das estratégias de coordenação e cooperação e não servindo de instrumento capaz de fortalecer as redes regionais de saúde.

Outro ponto obscuro é se os Consórcios Intermunicipais de Saúde interagem e convergem com o trabalho das Comissões Intergestores Regionais, fórum de pactuação entre os Secretários de Saúde de uma região, e se os recursos investidos nas ações de saúde promovidas pelos consórcios conversam com as diretrizes da Programação Pactuada Integrada situadas dentro de cada estado da federação. Além disso, os consórcios de saúde não contam com instrumentos de participação, dificultando o controle social sobre suas atividades.

Um achado importante para se entender o sucesso institucional dos CIS e se o instrumento tem potencial para favorecer a regionalização é a análise do comportamento das Secretarias Estaduais de Saúde durante o processo de constituição desses arranjos.

Foi possível assimilar que o apoio e a indução do governo estadual podem incentivar a criação e manutenção dos consórcios de saúde, reduzindo rivalidades e incertezas que possam

existir entre os prefeitos de partidos políticos diferentes. Além disso, as pactuações políticas entre esses atores e os governadores podem auxiliar na cooperação intergovernamental direcionada à cogestão dos serviços e ações coletivas na área da saúde.

Ademais, verificou-se que os estados brasileiros, por intermédio de suas Secretarias estaduais de saúde, que induziram, apoiaram e instrumentalizaram a organização sistêmica e regional das ações e serviços de saúde através dos consórcios como política estadual de regionalização, apresentam hoje o maior número de CIS instituídos, como são os casos de Minas Gerais, Paraná, Bahia e Mato Grosso.

Ou seja, quando a gestão estadual do SUS, responsável pela coordenação do planejamento regional integrado, na sua estratégia de regionalização, apoia tecnicamente e financeiramente os municípios a constituírem mecanismos institucionais de cooperação na forma de CIS, os achados na literatura em relação ao favorecimento da regionalização foram positivos, principalmente quando o território dos consórcios de saúde observaram o desenho do território regional, como aconteceu com o estado do Paraná e Ceará.

No caso da experiência do Ceará, bastante diferenciada no que tange à participação do estado no próprio consórcio público de saúde, ou seja, um desenho vertical de parceria e associação, também houve a indução destes arranjos como estratégia da política de regionalização.

No Ceará, inclusive, foi identificado que há o apoio financeiro garantido pelo governo estadual para o funcionamento dos consórcios públicos de saúde, pois o fundo destinado ao custeio da gestão das policlínicas regionais e dos centros especializados de odontologia, gerenciados pelos consórcios, advém do ICMS.

A literatura defende que os Consórcios Intermunicipais de Saúde têm aptidão para enfrentar os dilemas da regionalização e entraves da descentralização pela cogestão e ampliação da oferta. A indução da gestão estadual incentivaria a criação e manutenção dos CIS, mas tais arranjos enfrentam desafios na relação com a CIR, CIB e regionais de saúde.

Com base nos artigos selecionados, foi possível identificar que ainda é incipiente a avaliação dos CIS como estratégia de regionalização sendo necessários estudos adicionais sobre esta temática. Além disso, os artigos selecionados não apresentaram clareza no caminho metodológico percorrido para avaliar os CIS associados à construção de redes regionalizadas, embora todos os trabalhos tenham discutido a temática da regionalização ligada ao consórcio de saúde como proposta de modelo organizacional da assistência em nível regional, o que demonstra uma certa liberalidade e discricionariedade dos autores em suas conclusões.

Mas, é possível concluir que, se os CIS forem pensados e organizados para ser uma das estratégias de regionalização, e se tiverem o apoio técnico-financeiro dos demais entes federados (estado e União), bem como a sua constituição for alinhada à política estadual de regionalização, cujo processo deverá ser coordenado pela SES, tais arranjos podem ser utilizados como modelo de organização da assistência em nível regional, principalmente se o território do consórcio seguir o desenho da região de saúde, o que poderia apontar caminhos alternativos à municipalização atomizada, sobretudo, na prestação da atenção especializada.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L.; COSTA, V. M. F. *Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro*. São Paulo: Centro de Estudos Konrad Adenauer Stiftung, 1998, n. 12 *apud* GUIMARÃES, L. *Arquitetura da cooperação intergovernamental: os consórcios públicos em saúde de Mato Grosso*. 2001. 208f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: https://www.academia.edu/49048666/Arquitetura_da_Cooperacao_A7_C3o_Intergovernamental_os_consorcios_em_saude_de_Mato_Grosso. Acesso em: 30 jan. 2022.
- ABRUCIO, F. L.; FILIPPIM, E. S.; DIEGUEZ, R. C. Inovação na cooperação intermunicipal no Brasil: a experiência da Federação Catarinense de Municípios (Fecam) na construção de consórcios públicos. *Revista de Administração Pública*, v. 47, n. 6, p. 1543-568, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122013000600010>. Acesso em: 30 jan. 2022.
- ABRUCIO, F. L.; SANO, H. *Associativismo Intergovernamental: experiências brasileiras*. Brasília, DF: Editora IABS, 2013. Disponível em: <http://editora.iabs.org.br/site/index.php/portfolio-items/associativismo-vol-8/>. Acesso em: 30 jan. 2022.
- ABRUCIO, F. L.; SANO, H.; SYDOW, C. T. *Radiografia do associativismo territorial brasileiro: tendências, desafios e impactos sobre as regiões metropolitanas*. In: KLINK, J. (org.). *Governança das metrópoles*. São Paulo: Annablume, 2011 *apud* ABRUCIO, F. L.; FILIPPIM, E. S.; DIEGUEZ, R. C. Inovação na cooperação intermunicipal no Brasil: a experiência da Federação Catarinense de Municípios (Fecam) na construção de consórcios públicos. *Revista de Administração Pública*, v. 47, n. 6, p. 1543-568, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122013000600010>. Acesso em: 30 jan. 2022.
- ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. *BIB*, n. 51, p. 13-34, 2001. Disponível em: <https://anpocs.com/index.php/bib-pt/bib-51/518-federalismo-democracia-e-governo-no-brasil-ideias-hipoteses-e-evidencias/file>. Acesso em: 30 jan. 2022.
- ALMEIDA, M. H. T. Recentralizando a Federação? *Revista de Sociologia e Política*, n. 24, p. 29-40, jun. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782005000100004>. Acesso em: 24 jan. 2022.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. A “revisão bibliográfica” em teses e dissertações: meus tipos inesquecíveis – o retorno. In: BIANCHETTI, L.; MACHADO, A. M. N. (org.). *A bússola do escrever: desafios e estratégias na orientação de teses e dissertações*. São Paulo: Cortez, 2002. p. 25-44 *apud* VOSGERAU, D. S. A. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista Diálogo Educacional*, v. 14, n. 41, p. 165-189, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7213/dialogo.educ.14.041.DS08>. Acesso em: 11 out. 2021.

AMARAL, S. M. S.; BLATT, C. R. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 4, p. 799-801, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000016>. Acesso em: 26 mar. 2022.

ARRETCHE, M. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV/Fiocruz, 2012

ARRETCHE, M. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV/Fiocruz, 2012 *apud* SOARES, M. M.; MACHADO, J. A. *Federalismo e políticas públicas*. Brasília, DF: Fundação Escola Nacional de Administração Pública, 2018. (Coleção Governo e Políticas Públicas). Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1330165/Federalismo_e_Politiclas_Publicas.pdf. Acesso em: 20 fev. 2022.

ARRETCHE, M. Federalismo e Igualdade Territorial: Uma Contradição em Termos? *Dados*, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582010000300003>. Acesso em: 27 jan. 2022.

ARRETCHE, M. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e Autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, v. 18, n. 2, p. 17-26, abr. /jun. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000200003>. Acesso em: 27 jan. 2022.

BACELAR, T. *Ensaio sobre o desenvolvimento brasileiro: heranças e urgências*. Rio de Janeiro: Revan; Fase, 2000 *apud* KRÜGER, T. R. *Os fundamentos ideó-políticos das Conferências Nacionais de Saúde*. 2005. 286f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Centro de Ciências Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9635/1/arquivo9007_1.pdf. Acesso em: 16 mar. 2022.

BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos e Percalços da Política de Saúde no Brasil: vinte anos da reforma sanitária*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; PNUD - Projeto Nordeste II, 1997.

BAPTISTA, T. W. F. Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 1, p. 202-206, jan. 2013. Resenha da obra de: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (org.). Rio de Janeiro: Contracapa, 2011. 216 p. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100023>. Acesso em: 30 mar. 2022.

BARROSO, L. R. *Direito Constitucional Brasileiro: o problema da federação*. Rio de Janeiro: Forense, 1982.

BARROSO, L. R. *O novo direito constitucional brasileiro: contribuições para construção teórica e prática da jurisdição constitucional no Brasil*. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2012.

BEER, S. Introduction. In: CONLAN, T. *New Federalism: Intergovernmental Reform from Nixon to Reagan*. Washington: The Brookings Institution, 1998 *apud* ALMEIDA, M. H. T. Recentralizando a Federação? *Revista de Sociologia e Política*, n. 24, p. 29-40, jun. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782005000100004>. Acesso em: 24 jan. 2022.

BEL, G.; FAGEDA, X.; MUR, M. Does cooperation reduce service delivery costs? Evidence from residential solid waste services. *Journal of Public Administration Research and Theory*, v. 24, ed.1, p. 85–107, Jan. 2014, *apud* NASCIMENTO, A. B. F. M. *et al.* Cooperação intermunicipal baseada no Institutional Collective Action: os efeitos dos consórcios públicos de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, v. 55, n. 6, p. 1369–1391, nov./dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220210061>. Acesso em: 14 mar. 2022.

BEL, G., WARNER, M. E. Factors explaining inter-municipal cooperation in service delivery: a meta-regression analysis. *Journal of Economic Policy Reform*, v. 19, n. 2, p. 91-115, 2015 *apud* NASCIMENTO, A. B. F. M. *et al.* Cooperação intermunicipal baseada no Institutional Collective Action: os efeitos dos consórcios públicos de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, v. 55, n. 6, p. 1369–1391, nov./dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220210061>. Acesso em: 14 mar. 2022.

BERTOLLI FILHO, C. *História da saúde pública no Brasil*. 4.ed. São Paulo: Ática, 2001 *apud* KRÜGER, T. R. *Os fundamentos ideó-políticos das Conferências Nacionais de Saúde*. 2005. 286f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Centro de Ciências Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9635/1/arquivo9007_1.pdf. Acesso em: 16 mar. 2022.

BONAVIDES, P. *Teoria Geral do Estado*. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

BOTTI, C. S. *et al.* Regionalização dos Serviços de Saúde em Mato Grosso: um estudo de caso de implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Teles Pires, no período de 2000 a 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 22, n. 3, p. 491-500, 2013. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000300014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 mar. 2022.

BRANDT, C. T. A criação de municípios após a Constituição de 1988. O impacto sobre a repartição do FPM e a Emenda Constitucional nº 15, de 1996. *Revista de Informação Legislativa*, a. 47, n. 187, jul. /set. 2010. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/198693/000897816.pdf?sequen>. Acesso em: 09 out. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei nº 1.071/1999*. Dispõe sobre normas gerais para celebração de consórcios públicos, nos termos da Emenda Constitucional nº 19, de 1997. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD24AGO1999.pdf#page=88>. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei nº 3.884/2004* apresentado pelo Poder Executivo MSC 360/2004. Institui normas gerais de contratos para a constituição de consórcios públicos, bem como de contratos de programa para a prestação de serviços públicos por meio de gestão associada e dá outras providências. Brasília, DF, 2004. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=231720&filename=Tramitacao-PL+3884/2004. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Constituição (1824). Constituição Política do Império do Brasil de 25 de março de 1824. Rio de Janeiro, 1824. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Constituição (1891). Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 24 de fevereiro de 1891. Rio de Janeiro, 1891. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm. Acesso em: 10 out. 2021

BRASIL. Constituição (1934). Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 16 de julho de 1934. Rio de Janeiro, 1934. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Constituição (1937). Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 10 de novembro 1937. Leis Constitucionais. Rio de Janeiro, 1937. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Constituição (1946). Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 18 de setembro de 1946. Rio de Janeiro, 1946. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Constituição (1969). Constituição da República Federativa do Brasil de 24 de janeiro de 1967 [Emenda 01/1969]. Brasília, DF, 1967. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67emc69.htm#nova%20reda%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 01, de 15 de novembro de 1889*. Proclama provisoriamente e decreta como forma de governo da Nação Brasileira a República Federativa, e estabelece as normas pelas quais se devem reger os Estados Federais. Rio de Janeiro, 1889. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d0001.htm. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007*. Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, para dispor sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Brasília, DF, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6017.htm. Acesso em: 27 fev. 2022.

BRASIL. *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 23.611, de 20 de dezembro de 1933*. Revoga o decreto legislativo n 979, de 6 de janeiro de 1903 e faculta a instituição de consórcios profissionais-cooperativos. Rio de Janeiro, RJ, 1933. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-23611-20-dezembro-1933-503506-republicacao-81161-pe.html> Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991*. Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91. Brasília, DF, 1991. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. *Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005*. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm#art14. Acesso em: 27 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Anexo da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf. Acesso em: 13 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação. *Relatório Final e Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O consórcio e a gestão municipal em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_14.pdf. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. *Tabnet*. 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/estabbr.def>. Acesso em: 06 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001*. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 13 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992*. Editar a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB – SUS 01/92). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002*. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 13 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde” Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 13 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993*. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB – SUS 01/93). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em 25 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996*. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB – SUS 01/96). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução CIT nº 03, de 30 de janeiro de 2012*. Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0003_30_01_2012.html. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017*. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução nº 37, de 22 de março de 2018*. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução de Consolidação CIT n° 1, de 30 de março de 2021*. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-consolidacao-cit-n-1-de-30-de-marco-de-2021-323572057>. Acesso em: 25 set. 2021.

CALDAS, E. L. *Formação de agendas governamentais locais: o caso dos consórcios intermunicipais*. 2007. 227 p. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-07042008-102411/publico/TESE_EDUARDO_LIMA_CALDAS.pdf. Acesso em: 23 mar. 2022.

CARVALHO FILHO, J. S. *Manual de Direito Administrativo*. 24. ed. rev. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Ed. Lumen Juris, 2011.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. *Lua Nova*, São Paulo, n. 19, nov. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451989000400009>. Acesso em: 16 mar. 2022.

COHN, A. *Previdência Social e processo político no Brasil*. São Paulo: Moderna, 1980.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. *Observatório Municipalista de Consórcios Públicos*. Brasília: DF, 2022. Disponível em: <https://consorcios.cnm.org.br>. Acesso em: 11 mar. 2022.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3., 1963, Niterói. *Anais [...]*. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992. 246p. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/3conferencia/3confnac_an.pdf. Acesso em: 10 mar. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução n° 196, de 10 de outubro de 1996*. Brasília, DF, 1996. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html. Acesso em: 11 out. 2021.

CONSÓRCIO CONECTAR. Folder institucional. Brasília, DF. Disponível em: https://consorcioconectar.org/images/arquivos/folder_institucional_conectar_final.pdf. Acesso em: 29 mar. 2022.

CORDEIRO, A. M. *et al.* Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Cirurgias*, v. 34, n. 6, p. 428-431, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/CC6NRNtP3dKLGLPwcmV6Gf/?lang=pt&format=pdf>; Acesso em: 11 out. 2021.

CUNHA, R. E. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. *Revista do Serviço Público*, v. 55, n. 3, p. 5-36, 2014. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/249>. Acesso em: 20 fev. 2022.

CRUZ, M. C. M. T. *Consórcios intermunicipais: uma alternativa de integração regional ascendente*. São Paulo: Polis; Programa Gestão Pública e Cidadania/EAESP/FGV, 2001 *apud* CUNHA, R. E. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. *Revista do Serviço Público*, v. 55, n. 3, p. 5-36, 2014. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/249>. Acesso em: 20 fev. 2022.

DA SILVA, J. F. M. *et al.* A ação coletiva e a cooperação no Sistema Único de Saúde. *Physis*, v. 30, n. 3, p. e300329, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300329>. Acesso em: 30 jan. 2022.

DI PIETRO, M. S. Z. *Direito Administrativo*. 27.ed. São Paulo: Atlas, 2014.

DIEGUEZ, R. C. Consórcios Intermunicipais em foco: debate conceitual e construção de quadro metodológico para análise política e institucional. *Cadernos do Desenvolvimento*, v. 6, n. 9, p. 291-319, jul./dez. 2011. Disponível em: <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/231>. Acesso em: 20 fev. 2022.

DOURADO, D. A.; DALLARI, S. G.; ELIAS, P. E. M. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização do Sistema Único de Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, v. 12, n. 3, p. 10-34, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v12i3p10-34>. Acesso em: 25 set. 2021.

ELAZAR, D. *American federalism: a view from the States*. 3th ed. New York: Harper & Row, 1994 *apud* ISMAEL, R. *Governos estaduais no ambiente federativo inaugurado pela Constituição Federal de 1988: aspectos políticos e institucionais de uma atuação constrangida*. 1907 Texto para discussão. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2013. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2569/1/TD_1907.pdf. Acesso em: 09 out. 2021.

ELAZAR, D. *Exploring Federalism*. Alabama: The University of Alabama Press, 1987.

ELAZAR, D. *Exploring Federalism*. Alabama: The University of Alabama Press, 1987 *apud* ABRUCIO, F. L.; SANO, H. *Associativismo Intergovernamental: experiências brasileiras*. Brasília, DF: Editora IABS, 2013. Disponível em: <http://editora.iabs.org.br/site/index.php/portfolio-items/associativismo-vol-8/>. Acesso em: 30 jan. 2022.

FEIOCK, R. C. The institutional collective action framework. *Policy Studies Journal*, v. 41, n. 3, p. 397-425, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/psj.12023>. Acesso em: 14 mar. 2022.

FEIOCK, R. C. The Institutional Collective Action Framework. *Policy Studies Journal*, v. 41, n. 3, p. 397-425, 2013 *apud* NASCIMENTO, A. B. F. M. *et al.* O processo de ação coletiva na produção de bens comuns: O papel das instituições. *GIGAPP Estudos Working Papers*, v. 8, n. 223, p. 563-580, dez. 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/356835822_O_processo_de_acao_coletiva_na_producao_de_bens_comuns-_O_papel_das_instituicoes. Acesso em: 19 mar. 2022.

FEIOCK, R. C. Metropolitan Governance and Institutional Collective Action. *Urban Affairs Review*, v. 45, n. 3, p. 357–377, 2009.

FEIOCK, R. C. Metropolitan Governance and Institutional Collective Action. *Urban Affairs Review*, v. 45, n. 3, p. 357–377, 2009 *apud* FEIOCK, R. C. The institutional collective action framework. *Policy Studies Journal*, v. 41, n. 3, p. 397-425, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/psj.12023>. Acesso em: 14 mar. 2022.

FEIOCK, R. C.; SCHOLZ, J. (ed.). *Federalismo auto-organizado: mecanismos colaborativos para mitigar os dilemas da ação coletiva institucional*. Nova York: Cambridge University Press, 2010 *apud* FEIOCK, R. C. The institutional collective action framework. *Policy Studies Journal*, v. 41, n. 3, p. 397-425, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/psj.12023>. Acesso em: 14 mar. 2022.

FLEXA, R. G. C.; BARBASTEFANO, R. G. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 1, p. 325-338, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.24262019>. Acesso em: 07 out. 2021.

FREIRIA, L. *Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Teles Pires*. Relatório do ano de 1999 (mimeo). 1999 *apud* GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Cooperação intergovernamental: os consórcios em saúde de Mato Grosso. *Saúde em debate*, v. 28, n. 67, p. 149-158, maio/ago. 2004. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/CoopIntergov.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2022.

GALINDO, J. M. *et al.* Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. *Revista de Administração Pública*, v. 48, n. 6, p. 1545-1566, nov. /dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-76121478>. Acesso em: 31 mar. 2022.

GERIGK, H.; PESSALI, H. F. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná. *Revista de Administração Pública*, v. 48, n. 6, p. 1525-1543, 2014 *apud* LEAL, E. M. M. *et al.* Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 3, p. 128-142, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180956>. Acesso em: 31 mar. 2022.

GOMES, A. M. C. *Getulismo e trabalhismo: tensões e dimensões do Partido Trabalhista Brasileiro*. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, 1987. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/6595/785.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2022.

GOMES, J. S. M. *et al.* *Papel dos consórcios públicos de saúde no processo de regionalização*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE, 4., 2021, Rio de Janeiro. *Anais eletrônicos [...]* Campinas, Galoá, 2021. Disponível em: <https://proceedings.science/cbppgs-2021/papers/papel-dos-consorcios-publicos-de-saude-no-processo-de-regionalizacao?lang=pt-br>. Acesso em: 30 mar. 2022.

GUIMARÃES, L. *Arquitetura da cooperação intergovernamental: os consórcios públicos em saúde de Mato Grosso*. 2001. 208f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: https://www.academia.edu/49048666/Arquitetura_da_Cooperacao_A7%3A3o_Intergovernamental_os_consorcios_em_saude_de_Mato_Grosso Acesso em: 30 jan. 2022.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Cooperação intergovernamental: os consórcios em saúde de Mato Grosso. *Saúde em debate*, v. 28, n. 67, p. 149-158, maio/ago. 2004. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/CoopIntergov.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2022.

HENRICHES, J. A. *Estudo técnico sobre o Mapeamento dos consórcios públicos brasileiros 2021*. Brasília, DF: Confederação Nacional dos Municípios, 2021. Disponível em: https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Mapeamento-dos-consorcios-publicos-brasileiros-2021_07.10.2021.pdf. Acesso em: 11 mar. 2022.

HENRICHES, J. A. *Mapeamento dos consórcios públicos brasileiros*. Estudo técnico. Brasília, DF: Confederação Nacional dos Municípios, 2018. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Mapeamento%20dos%20consorcios%20p%20publicos%20brasileiros.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2022.

HENRICHES, J. A.; LIMA, D. V.; CUNHA, M. *Consórcios públicos intermunicipais: estrutura, prestação de contas e transparência*. 2. ed. Brasília, DF: CNM, 2020. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Consortios-publicos-intermunicipais-2ed.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2022.

HULST, R.; MONTFORT, A. Inter-municipal cooperation in Europe Dordrecht, The Netherlands: Springer, 2007 *apud* NASCIMENTO, A. B. F. M. *et al.* Cooperação intermunicipal baseada no Institutional Collective Action: os efeitos dos consórcios públicos de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, v. 55, n. 6, p. 1369–1391, nov./dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220210061>. Acesso em: 14 mar. 2022.

IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. *Perfil dos municípios brasileiros: 2015*. Rio de Janeiro, 2016. 61 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95942.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2022.

IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. *Perfil dos municípios brasileiros: 2019*. Rio de Janeiro, 2020. 90 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101770.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2022.

IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. *Perfil dos municípios brasileiros: 2020*. Rio de Janeiro, 2021a. 118 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101871.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2022.

IBGE. *Estimativa da população dos municípios para 2021*. Rio de Janeiro, 2021b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 25 set. 2021.

ISMAEL, R. *Governos estaduais no ambiente federativo inaugurado pela Constituição Federal de 1988: aspectos políticos e institucionais de uma atuação constrangida*. 1907 Texto para discussão. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2013. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2569/1/TD_1907.pdf. Acesso em: 09 out. 2021.

KINGDON, J. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 3th ed. New York: Harper Collins, 2003 *apud* CALDAS, E. L. *Formação de agendas governamentais locais: o caso dos consórcios intermunicipais*. 2007. 227 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-07042008-102411/publico/TESE_EDUARDO_LIMA_CALDAS.pdf. Acesso em: 23 mar. 2022.

KRÜGER, T. R. *Os fundamentos ideo-políticos das Conferências Nacionais de Saúde*. 2005. 286f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Centro de Ciências Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9635/1/arquivo9007_1.pdf. Acesso em: 16 mar. 2022.

KUSCHNIR, R. *et al.* Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: GONDIN, R. *et al.* *Qualificação dos Gestores do SUS*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2011. p. 121-151. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_484701327.pdf. Acesso em: 19 mar. 2022.

KUSCHNIR, R. *et al.* Regionalização no Estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades. In: UGÁ, M. A. D. *et al.* (org.). *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 215-240. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/c2hxb/epub/uga-9788575415924.epub>. Acesso em: 19 mar. 2022.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, ago. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>. Acesso em: 19 mar. 2022.

LEAL, E. M. M. *et al.* Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 3, p. 128-142, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180956>. Acesso em: 31 mar. 2022.

LEAL, E. M. M. *Os Consórcios Intermunicipais de Saúde como Modelo Organizacional de Gestão no Estado de Pernambuco*. 2013. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

LEVCOVITZ, E. *A transição para o SUS nos anos 1990: a era das Normas Operacionais Básicas*. 2019. 77f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração em Saúde: Texto Didático - Políticas e Sistemas de Saúde nº 3) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

LIMA, A. P. G. *Os consórcios intermunicipais de saúde e o sistema único de saúde*. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998 *apud* GALINDO, J. M. *et al.* Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. *Revista de Administração Pública*, v. 48, n. 6, p. 1545-1566, nov./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-76121478>. Acesso em: 31 mar. 2022.

LIMA, A. P. G. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 4, p. 985-996, out./dez. 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400017>. Acesso em: 26 mar. 2022.

LIMA, L. D. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012 *apud* GOMES, J. S. M. *et al.* Papel dos consórcios públicos de saúde no processo de regionalização. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE, 4., 2021, Rio de Janeiro. *Anais eletrônicos [...]*. Campinas, Galoá, 2021. Disponível em: <https://proceedings.science/cbppgs-2021/papers/papel-dos-consorcios-publicos-de-saude-no-processo-de-regionalizacao?lang=pt-br>. Acesso em: 30 mar. 2022.

LIMA, L. D. *et al.* *Relatório executivo: como se governam as redes de atenção à saúde? Condicionantes e desafios da governança regional do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: ENSP, Fiocruz, 2020. 60 p. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/46118/4/Relat%c3%b3rio%20Executivo_Pesquisa_CIS_RJ_VersaoFinal.pdf. Acesso em: 01 abr. 2022.

LINHARES, P. T.; CUNHA, A. S.; FERREIRA, A. P. L. *Cooperação federativa: a formação de consórcios entre entes públicos no Brasil*. In: LINHARES, P. T. F.; MENDES, C. C.; LASSANCE, A. (org.). *Federalismo à brasileira: questões para discussão*. Brasília, DF: IPEA, 2012. v. 8, p. 37-54. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_federalismoabrasileira_v08.pdf. Acesso em: 07 out. 2021.

LINHARES, P. T.; MESSEMBERG, R. P.; FERREIRA, A. P. L. Transformações na federação brasileira: o consórcio intermunicipal no Brasil do início do século XXI. *Boletim de Análise Político-Institucional*, n. 12, p. 67-74, jul./dez. 2017. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8102>. Acesso em: 21 fev. 2022.

LUI, L. *et al.* Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 12, p. 5065-5074, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.03752019>. Acesso em: 07 out. 2021.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma regionalização solidária e cooperativa? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 24, n. 71, p. 105-119, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092009000300008>. Acesso em: 10 out. 2021.

MACHADO, J. A. *Políticas Públicas Descentralizadas e Problemas de Coordenação: o caso do Sistema Único de Saúde*. 2007. 377f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/VCSA-7GYV99/1/tese_final.pdf. Acesso em: 28 set. 2021.

MACHADO, J. A.; ANDRADE, M. L. C. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. *Revista de Administração Pública*, v. 48, n. 3, p. 695-720, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-76121626>. Acesso em: 23 mar. 2022.

MACHADO, J. A.; PALOTTI, P. L. M. Entre cooperação e centralização: federalismo e políticas sociais no Brasil Pós-1988. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 30, n. 88, p. 61/82, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17666/308861C82/2015>. Acesso em: 25 set. 2021.

MAIA, A. G.; QUADROS, W. J. Tipologia municipal de classes socioocupacionais: uma nova dimensão para análise das desigualdades territoriais no Brasil. *RESR*, v. 47, n. 2, p. 389-418, abr./jun. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-20032009000200004>. Acesso em: 06 mar. 2022.

MELLO, G. A. *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>. Acesso em: 21 mar. 2022.

MENDES, E. V. *Desafios do SUS*. Brasília, DF: CONASS, 2019.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2.ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, F. F.; ANDRADE, S. K. A. V. Consórcio Público de Saúde como arranjo para relação federativa e o processo de regionalização. *Redes*, v. 23, n. 3, p. 206-224, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/redes.v23i3.12216>. Acesso em: 26 mar. 2022.

MENICUCCI, T.; MARQUES, A. M. F. Coordenação e cooperação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. *Dados*, v. 59, n. 3, p. 823-865, 2016 *apud* DA SILVA, J. F. M. *et al.* A ação coletiva e a cooperação no Sistema Único de Saúde. *Physis*, v. 30, n. 3, p. e300329, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300329>. Acesso em: 30 jan. 2022.

MULLER, E. V.; GRECO, M. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 3, p. 925-930, 2010 *apud* LEAL, E. M. M. *et al.* Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 3, p. 128-142, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180956>. Acesso em: 31 mar. 2022.

MULLER NETO, J. S. Políticas de Saúde no Brasil: a Descentralização e seus Atores. *Revista Saúde em Debate*, n. 31, p. 54-66, 1991 *apud* NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: Os Caminhos do Direito à Saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (org.). *Saúde e Sociedade no Brasil Anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará-ABRASCO-IMS/UERJ, 1994. p. 73-111.

NASCIMENTO, A. B. F. M. *et al.* Cooperação intermunicipal baseada no Institutional Collective Action: os efeitos dos consórcios públicos de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, v. 55, n. 6, p. 1369–1391, nov./dez. 2021a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220210061>. Acesso em: 14 mar. 2022.

NASCIMENTO, A. B. F. M. *et al.* O processo de ação coletiva na produção de bens comuns: O papel das instituições. *GIGAPP Estudios Working Papers*, v. 8, n. 223, p. 563-580, dez. 2021b. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/356835822_O_processo_de_acao_coletiva_na_producao_de_bens_comuns-_O_papel_das_instituicoes. Acesso em: 19 mar. 2022.

NEVES, L. A.; RIBEIRO, J. M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, out. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000027>. Acesso em: 26 mar. 2022.

NEVES, L. A.; RIBEIRO, J. M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, 2006 *apud* LEAL, E. M. M. *et al.* Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 3, p. 128-142, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180956>. Acesso em: 31 mar. 2022.

NIAOUNAKIS, T.; BLANK, K. Inter-municipal cooperation, economies of scale and cost efficiency an application of stochastic frontier analysis to dutch municipal tax departments. *Local Government Studies*, v. 43, n. 4, p. 533-554, 2017 *apud* NASCIMENTO, A. B. F. M. *et al.* Cooperação intermunicipal baseada no Institutional Collective Action: os efeitos dos consórcios públicos de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, v. 55, n. 6, p. 1369–1391, nov. /dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220210061>. Acesso em: 14 mar. 2022.

NICOLETTO, S. C. S.; CORDONI JUNIOR, L.; COSTA, N. R. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 1, p. 29-38, jan./fev. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100004>. Acesso em: 1 abr. 2022.

NICOLETTO, S. C. S.; CORDONI JUNIOR, L.; COSTA, N. R. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 1, p. 29-38, 2005 *apud* AMARAL, S. M. S.; BLATT, C. R. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 4, p. 799-801, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000016>. Acesso em: 26 mar. 2022.

NICOLETTO, S. C. S.; CORDONI JUNIOR, L.; COSTA, N. R. Consórcios intermunicipais de saúde: o caso do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 1, p. 2005-2038, jan. 2005 *apud* GALINDO, J. M. Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. *Revista de Administração Pública*, v. 48, n. 6, p. 1545-1566, nov./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-76121478>. Acesso em: 31 mar. 2022.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: Os Caminhos do Direito à Saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (org.). *Saúde e Sociedade no Brasil*. Anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará-ABRASCO-IMS/UERJ, 1994. p. 73-111.

OAKERSON, R.; ROGER, P. O Estudo das Economias Públicas Locais: Análise e Desenvolvimento Institucional Multi-Organizacional e Multinível. *Revista de Estudos Políticos*, v. 39, n. 1, p. 1470-167, 2011 *apud* FEIOCK, R. C. The institutional collective action framework. *Policy Studies Journal*, v. 41, n. 3, p. 397-425, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/psj.12023>. Acesso em: 14 mar. 2022.

OBINGER, H. Austria: Strong Parties in a Weak Federal Polity. In: OBINGER, H.; LEIBFRIED, S. E.; CASTLES, F. G. (ed.). *Federalism and the Welfare State: new world and european experiences*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005. p. 181-262 *apud* ARRETICHE, M. Federalismo e Igualdade Territorial: Uma Contradição em Termos?. *Dados*, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582010000300003>. Acesso em: 27 jan. 2022.

OBINGER, H.; LEIBFRIED, S. E.; CASTLES, F. G. (ed.). *Federalism and the Welfare State: new world and european experiences*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005 *apud* SOARES, M. M.; MACHADO, J. A. *Federalismo e políticas públicas*. Brasília, DF: Fundação Escola Nacional de Administração Pública, 2018. (Coleção Governo e Políticas Públicas). Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1330165/Federalismo_e_Politicas_Publicas.pdf. Acesso em: 20 fev. 2022.

OLIVEIRA, V. E. Municípios cooperando com municípios relações federativas e consórcios intermunicipais de saúde no Estado de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*, v. 22, n. 1, p. 107-122, jan. /jun. 2008. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_08.pdf. Acesso em: 1 abr. 2022.

OLIVEIRA, V. E. Municípios cooperando com municípios: relações federativas e consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*, v. 22, n. 1, p. 107-122, jan. /jun. 2008 *apud* GALINDO, J. M. Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. *Revista de Administração Pública*, v. 48, n. 6, p. 1545-1566, nov. /dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-76121478>. Acesso em: 31 mar. 2022.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. S. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, p. 73-78, nov. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700005>. Acesso em: 19 mar. 2022.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>. Acesso em: 29 set. 2021.

PETERSON, P. *The price of federalism*. Washington: The Brookings Institution, 1995 *apud* ABRUCIO, F. L.; SANO, H. *Associativismo Intergovernamental: experiências brasileiras*. Brasília, DF: Editora IABS, 2013. Disponível em: <http://editora.iabs.org.br/site/index.php/portfolio-items/associativismo-vol-8/>. Acesso em: 30 jan. 2022.

PETERSON, P. *The price of federalism*. Washington: The Brookings Institution, 1995 *apud* SOARES, M. M.; MACHADO, J. A. *Federalismo e políticas públicas*. Brasília, DF: Fundação Escola Nacional de Administração Pública, 2018. (Coleção Governo e Políticas Públicas). Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1330165/Federalismo_e_Politicas_Publicas.pdf. Acesso em: 20 fev. 2022.

PIERSON, P. Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the Development of Social Policy. *Governance*, v. 8, n. 4, p. 449-178, 1995.

PIERSON, P. Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the Development of Social Policy. *Governance*, v. 8, n. 4, p. 449-478, 1995 *apud* ABRUCIO, F. L.; SANO, H. *Associativismo Intergovernamental: experiências brasileiras*. Brasília, DF: Editora IABS, 2013. Disponível em: <http://editora.iabs.org.br/site/index.php/portfolio-items/associativismo-vol-8/>. Acesso em: 30 jan. 2022.

PRATES, A. M. Q. *Federalismo no Brasil: os consórcios públicos intermunicipais no período recente*. 2012. 210f. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012 *apud* MENDONÇA, F. F.; ANDRADE, S. K. A. V. Consórcio Público de Saúde como arranjo para relação federativa e o processo de regionalização. *Redes*, v. 23, n. 3, p. 206-224, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/redes.v23i3.12216>. Acesso em: 26 mar. 2022.

RAZIN, E. Introduction: Deconcentration of Economic Activities Within Metropolitan Regions: A Qualitative Framework for Cross-national Comparison. *In: RAZIN, E. et al. (ed.). Employment Deconcentration in European Metropolitan Areas*. Toronto: Springer, 2007. p. 1-28 *apud* ARRETCHE, M. Federalismo e Igualdade Territorial: Uma Contradição em Termos?. *Dados*, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582010000300003>. Acesso em: 27 jan. 2022.

RIBEIRO, R. L. Do federalismo dualista ao federalismo de cooperação – a evolução dos modelos de estado e a repartição do poder de tributar. *Revista Interdisciplinar do Direito*, v. 16, n. 1, p. 335-362, jun. 2018. Disponível em: <http://revistas.faa.edu.br/index.php/FDV/article/view/498/375>. Acesso em: 14 mar. 2022.

RIBEIRO, J. M. Os consórcios intermunicipais no SUS: parceria e cooperação técnica. *Revista Espaço para a Saúde*, v. 3, n. 3, p. 41-42, maio 1994 *apud* GALINDO, J. M. *et al.* Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. *Revista de Administração Pública*, v. 48, n. 6, p. 1545-1566, nov./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-76121478>. Acesso em: 31 mar. 2022.

SANTOS, J. V. P. *et al.* Consórcios e policlínicas regionais na Bahia: análise a partir da Comissão Intergestores Bipartite. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE, 4., 2021, Rio de Janeiro. *Anais eletrônicos [...]*. Campinas, Galoá, 2021. Disponível em: https://ppgs.com.br/programacao/exibe_trabalho.php?id_trabalho=34715&id_atividade=3867&tipo=. Acesso em: 01 abr. 2022.

SANTOS, L. *Consórcio Administrativo Intermunicipal: Aspectos Gerais. Suas especificidades em relação ao Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2000. Disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/ConsortioAdministrativoIntermunicipal.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2022.

SCHINEIDER, A. C. *Cooperação intermunicipal? Um estudo sobre o consórcio de saúde da Região do Médio Paraíba do Rio de Janeiro*. 2005. 186f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005 *apud* GALINDO, J. M. *et al.* Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. *Revista de Administração Pública*, v. 48, n. 6, p. 1545-1566, nov./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-76121478>. Acesso em: 31 mar. 2022.

SELLERS, J. M.; LIDSTRÖM, A. Decentralization, Local Government, and the Welfare State. *Governance*, v. 20, n. 4, p. 609-632, 2007 *apud* ARRETCHE, M. Federalismo e Igualdade Territorial: Uma Contradição em Termos?. *Dados*, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582010000300003>. Acesso em: 27 jan. 2022.

SHAH, A. Introduction: principles of fiscal federalism. In: SHAH, A. *The practice of fiscal federalism: comparative perspectives*. Canada: McGill-Queen's University Press, 2007. (The global dialog on federalism, 4) *apud* BRANDT, C. T. A criação de municípios após a Constituição de 1988. O impacto sobre a repartição do FPM e a Emenda Constitucional nº 15, de 1996. *Revista de Informação Legislativa*, a. 47, n. 187, jul. /set. 2010. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/198693/000897816.pdf?sequen>. Acesso em: 9 out. 2021.

SILVA, J. L. S.; PADOVEZE, C. L.; SILVA, J. E. A produção acadêmica sobre consórcio intermunicipal de saúde realizada no Brasil de 1990 a 2017: uma análise bibliométrica. *ID On line Revista de Psicologia*, v.13, n. 46, p. 243-261, 2019. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em: 19 mar. 2022.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019110014>. Acesso em: 19 mar. 2022.

SILVA JUNIOR, C. L. S. *et al.* Implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas no contexto da regionalização da saúde no estado do Ceará, Brasil. *Physis*, v. 30, n. 4, e300404, p. 22, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300404>. Acesso em: 31 mar. 2022.

SILVESTRE, H. C. *et al.* Is cooperation cost reducing? An analysis of public – public partnerships and inter-municipal cooperation in Brazilian local government public – public partnerships and inter-municipal. *Local Government Studies*, v. 46, n. 1, p. 68-90, 2019. *apud* NASCIMENTO, A. B. F. M. *et al.* Cooperação intermunicipal baseada no Institutional Collective Action: os efeitos dos consórcios públicos de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, v. 55, n. 6, p. 1369–1391, nov./dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220210061>. Acesso em: 14 mar. 2022.

SOARES, M. M. *Formas de Estado: federalismo*. Manuscrito. Belo Horizonte: UFMG/DCP, 2013. Disponível em: <https://scholar.google.com/citations?user=cXX3gLgAAAAJ&hl=es>. Acesso em: 29 fev. 2022.

SOARES, M. M.; MACHADO, J. A. *Federalismo e políticas públicas*. Brasília, DF: Fundação Escola Nacional de Administração Pública, 2018. (Coleção Governo e Políticas Públicas). Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1330165/Federalismo_e_Politicas_Publicas.pdf. Acesso em: 20 fev. 2022.

SOUZA, J. A. H. *O sistema unificado de saúde como instrumento de garantia da universalização e equidade*. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. *Anais [...]*. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986. p. 152. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/699275/42372-o-sistema-unificado-de-saude-como-instrumento-de-garantia_cBbI5Kt.pdf. Acesso em: 17 mar. 2022.

STEPAN, A. Para uma análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que ampliam ou restringem o poder do Demos. *Dados*, v. 42, n. 2, p. 197-251, 1999 *apud* SOARES, M. M.; MACHADO, J. A. *Federalismo e políticas públicas*. Brasília, DF: Fundação Escola Nacional de Administração Pública, 2018. (Coleção Governo e Políticas Públicas). Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1330165/Federalismo_e_Politicas_Publicas.pdf. Acesso em: 20 fev. 2022.

SWANK, D. Political institutions and welfare state restructuring. *In: PIERSON, P. (org.). The new politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press, 2001. p. 197-237 *apud* SOARES, M. M.; MACHADO, J. A. *Federalismo e políticas públicas*. Brasília, DF: Fundação Escola Nacional de Administração Pública, 2018. (Coleção Governo e Políticas Públicas). Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1330165/Federalismo_e_Politicas_Publicas.pdf. Acesso em: 20 fev. 2022.

TEIXEIRA, L.; MAC DOWELL, M. C.; BUGARIN, M. Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma Análise à Luz da Teoria dos Jogos. *Revista Brasileira de Economia*, v. 57, n. 1, p. 253-281, 2003 *apud* FLEXA, R. G. C.; BARBASTEFANO, R. G. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 1, p. 325-338, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.24262019>. Acesso em: 7 out. 2021.

TEIXEIRA, S. M. F. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). *RAE*, v. 49, n. 4, p. 472-480, out./dez. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-75902009000400010>. Acesso em: 20 fev. 2022.

TREVAS, V. C. Consórcios públicos e o federalismo brasileiro. In: CHERUBINE, M.; TREVAS, V. (org.). *Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 15-28. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vYzbD5NkckJvMhFYFBRTyhJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2022.

VAZ, J. C. Consórcios Intermunicipais. In: PAULICS, V. (org.). 125 Dicas: Ideias para a Ação Municipal. São Paulo: Pólis, 2000. p. 27-28, 1997 *apud* MENDONÇA, F. F.; ANDRADE, S. K. A. V. Consórcio Público de Saúde como arranjo para relação federativa e o processo de regionalização. *Redes*, v. 23, n. 3, p. 206-224, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/redes.v23i3.12216>. Acesso em: 26 mar. 2022.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011 *apud* DA SILVA, J. F. M. *et al.* A ação coletiva e a cooperação no Sistema Único de Saúde. *Physis*, v. 30, n. 3, p. e300329, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300329>. Acesso em: 30 jan. 2022.

VOORN, B.; GENUGTEN, M. V.; THIEL, S. V. Multiple Principals, Multiple Problems: Implications for Effective Governance and a Research Agenda for Joint Service Delivery. *Public Administration*, v. 97, n. 3, p. 671-685 *apud* NASCIMENTO, A. B. F. M. *et al.* Cooperação intermunicipal baseada no Institutional Collective Action: os efeitos dos consórcios públicos de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, v. 55, n. 6, p. 1369-1391, nov./dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220210061>. Acesso em: 14 mar. 2022.

WHEARE, K. C. *Federal government*. London; New York; Toronto: Oxford University Press, 1951 *apud* ISMAEL, R. *Governos estaduais no ambiente federativo inaugurado pela Constituição Federal de 1988: aspectos políticos e institucionais de uma atuação constrangida*. 1907 Texto para discussão. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2013. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2569/1/TD_1907.pdf. Acesso em: 09 out. 2021.

WRIGHT, D. S. *Para entender las relaciones intergubernamentales*. Mexico: Fondo de Cultura Económica, 1997 *apud* ABRUCIO, F. L.; SANO, H. *Associativismo Intergovernamental: experiências brasileiras*. Brasília, DF: Editora IABS, 2013. Disponível em: <http://editora.iabs.org.br/site/index.php/portfolio-items/associativismo-vol-8/>. Acesso em: 30 jan. 2022.

WRIGHT, D. S. *Understanding intergovernmental relations*. 3rd ed. California: Books/Cole Publishing Company, 1988 *apud* ABRUCIO, F. L.; SANO, H. *Associativismo Intergovernamental: experiências brasileiras*. Brasília, DF: Editora IABS, 2013. Disponível em: <http://editora.iabs.org.br/site/index.php/portfolio-items/associativismo-vol-8/>. Acesso em: 30 jan. 2022.

APÊNDICE A– Identificação e localização dos CIS no Brasil

Neste Anexo, serão compilados os dados sobre a identificação e localização dos 189 Consórcios Intermunicipais de Saúde cadastrados no banco de dados do Observatório Municipalista de Consórcios Públicos, da Confederação Nacional dos Municípios, no dia 11 de março de 2022. Os dados quantitativos serão apresentados, por região brasileira, conforme os Quadros 10 a 18.

Quadro 10 – Mapeamento do CIS na Região Norte e estado do Pará

	Nome do Consórcio Intermunicipal de Saúde	Estado	Município sede	Entes municipais consorciados*¹	Soma da população dos municípios*²
1	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Araguaia e Tocantins (CISAT)	Pará	Marabá/PA	12	295.303

Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).

Nota: *¹ – Refere-se aos municípios que integram o consórcio público; *² - Corresponde a soma da população dos municípios consorciados.

Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Quadro 11 – Mapeamento dos CIS na Região Centro-Oeste

Região Centro-Oeste		Estado
1	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Juruena (CISVJ)	Mato Grosso
2	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do Guaporé (CISVAG)	Mato Grosso
3	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Arinos (CISVA)	Mato Grosso
4	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós (CISRAT)	Mato Grosso
5	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires (CISRTP)	Mato Grosso
6	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Norte Matogrossense (CISRNM)	Mato Grosso
7	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do Peixoto (CISVP)	Mato Grosso
8	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Araguaia (CISA)	Mato Grosso
9	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Araguaia (CISMA)	Mato Grosso
10	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Garças/Araguaia (CISRGA)	Mato Grosso
11	Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso (CORESS)	Mato Grosso
12	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Mato Grosso (CISOMT)	Mato Grosso
13	Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires (CONSÓRCIO VALE DO TELESPIRES)	Mato Grosso
14	Consórcio de Desenvolvimento Integrado dos Municípios da Região da Serra da Mesa (CIDISEM)	Goiás
15	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do São Patrício (CISVALE)	Goiás
16	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde Rio Vermelho Araguaia (CISRIVA)	Goiás
17	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste II (CISOII)	Goiás
18	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste Goiano (CISSGO)	Goiás
19	Consórcio Nacional de Vacinas das Cidades Brasileiras (CONNECTAR)	Distrito Federal

Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).

Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Quadro 12 – Mapeamento dos CIS no estado do Mato Grosso

	Nome do Consórcio Intermunicipal de Saúde	Estado	Município sede	Entes municipais consorciados*¹	Soma da população dos municípios*²
1	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Juruena (CISVJ)	Mato Grosso	Juína/MT	6	146.277
2	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do Guaporé (CISVAG)	Mato Grosso	Pontes e Lacerda/MT	7	103.023
3	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Arinos (CISVA)	Mato Grosso	Juara/MT	4	53.877
4	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Alto Tapajós (CISRAT)	Mato Grosso	Alta Floresta/MT	6	107.911
5	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires (CIS RTP)	Mato Grosso	Sorriso/MT	15	442.082
6	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Norte Matogrossense (CISRNM)	Mato Grosso	Colíder/MT	6	68.763
7	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do Peixoto (CISVP)	Mato Grosso	Peixoto de Azevedo/MT	5	106.203
8	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Araguaia (CISA)	Mato Grosso	São Félix do Araguaia/MT	3	20.607
9	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Araguaia (CISMA)	Mato Grosso	Água Boa/MT	11	119.032
10	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Garças/Araguaia (CISRGA)	Mato Grosso	Barra do Garças/MT	8	89.027
11	Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso (CORESS)	Mato Grosso	Rondonópolis/MT	19	531.245
12	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Mato Grosso (CISOMT)	Mato Grosso	São José dos Quatro Marcos/MT	14	122.114
13	Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires (CONSÓRCIO VALE DO TELESPIRES)	Mato Grosso	Sorriso/MT	15	442.082

Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).

Nota: *¹ – Refere-se aos municípios que integram o consórcio público; *² - Corresponde a soma da população dos municípios consorciados.

Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Quadro 13 – Mapeamento dos CIS na Região Sul

(continua)

Região Sul		Estado
1	Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR)	Paraná
2	Consórcio Intermunicipal Samu Oeste (CONSAMU)	Paraná
3	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP)	Paraná
4	Associação Regional de Saúde do Sudoeste (ARSS)	Paraná
5	Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgência e Emergência do Noroeste do Paraná (CIRUSPAR)	Paraná
6	Consórcio Intermunicipal de Saúde (CONIMS)	Paraná
7	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu (CISVALI)	Paraná
8	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Amcespar (CIS/AMCESPAR)	Paraná
9	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Centro Oeste do Paraná (CIS CENTRO OESTE)	Paraná
10	Consórcio Intermunicipal de Saúde Guarapuava Pinhão e Turvo (CISGAP)	Paraná
11	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Campos Gerais (CIMSaúde)	Paraná
12	Consórcio Intergestores Paraná Saúde (CIPS)	Paraná
13	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Litoral do Paraná (CISLIPA)	Paraná
14	Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro (CIS Paraná Centro)	Paraná
15	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Vigésima Segunda Regional de Ivaiporã (CIS IVAIPORA)	Paraná
16	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios de Comcam (CISCOMCAM)	Paraná
17	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Centro Noroeste da Região do Paraná (CISCENOP)	Paraná
18	Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgência e Emergência do Noroeste do Paraná - (CIUENP)	Paraná
19	Consórcio Intermunicipal de Saúde Cisa Amerios 12º R.S. (CISA)	Paraná
20	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região (CISVIR)	Paraná
21	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR)	Paraná
22	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná (CISNOP)	Paraná
23	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro (CISNORPI)	Paraná
24	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense (CISAMUSEP)	Paraná
25	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale Paranapanema (CISVAP)	Paraná
26	Paranavaí Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS/Amunpar)	Paraná
27	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Nordeste de Santa Catarina (CISNORDESTE)	Santa Catarina
28	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Vale do Itajaí (CISAMVI)	Santa Catarina
29	Consórcio Intermunicipal de Atenção Psicossocial (CIAPS)	Santa Catarina

Quadro 13 – Mapeamento dos CIS na Região Sul (conclusão)

Região Sul		Estado
30	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Itajaí (CIS-AMAVI)	Santa Catarina
31	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Contestado (CISAMURC)	Santa Catarina
32	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Santa Catarina (CISAMOSC)	Santa Catarina
33	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina (CIS AMEOSC)	Santa Catarina
34	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto do Rio do Peixe (CIS AMARP)	Santa Catarina
35	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião da Amures (CIS-AMURES)	Santa Catarina
36	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Amurel (CIS-AMUREL)	Santa Catarina
37	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região da Amrec (CISAMREC)	Santa Catarina
38	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação dos Municípios do Extremo Sul de Santa Catarina (CISAMESC)	Santa Catarina
39	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Taquari (CONSISA)	Rio Grande do Sul
40	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Grande Sarandi (CISGS)	Rio Grande do Sul

Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).

Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Quadro 14 – Mapeamento dos CIS no estado do Paraná

(continua)

	Nome do Consórcio Intermunicipal de Saúde	Estado	Município sede	Entes municipais consorciados*¹	Soma da população dos municípios*²
1	Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR)	Paraná	Toledo/PR	18	398.323
2	Consórcio Intermunicipal Samu Oeste (CONSAMU)	Paraná	Cascavel/PR	43	949.032
3	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP)	Paraná	Cascavel/PR	25	550.709
4	Associação Regional de Saúde do Sudoeste (ARSS)	Paraná	Francisco Beltrão/PR	27	358.144
5	Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgência e Emergência do Noroeste do Paraná (CIRUSPAR)	Paraná	Pato Branco/PR	42	648.236
6	Consórcio Intermunicipal de Saúde (CONIMS)	Paraná	Pato Branco/PR	20	178.270
7	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu (CISVALI)	Paraná	União da Vitória	9	177.311
8	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Amcespar (CIS/AMCESPAR)	Paraná	Irati/PR	9	174.933
9	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Centro Oeste do Paraná (CIS CENTRO OESTE)	Paraná	Guarapuava/PR	13	206.522
10	Consórcio Intermunicipal de Saúde Guarapuava Pinhão e Turvo (CISGAP)	Paraná	Guarapuava/PR	3	227.110
11	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Campos Gerais (CIMSaúde)	Paraná	Ponta Grossa/PR	18	799.034
12	Consórcio Intergestores Paraná Saúde (CIPS)	Paraná	Curitiba/PR	397	9.242.320
13	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Litoral do Paraná (CISLIPA)	Paraná	Paranaguá/PR	7	297.029
14	Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro (CIS Paraná Centro)	Paraná	Pitanga/PR	7	81.907
15	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Vigésima Segunda Regional de Ivaiporã (CIS IVAIPORA)	Paraná	Ivaiporã/PR	16	128.645
16	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios de Comcam (CISCOMCAM)	Paraná	Campo Mourão/PR	24	317.729

Quadro 14 – Mapeamento dos CIS no estado do Paraná

(conclusão)

	Nome do Consórcio Intermunicipal de Saúde	Estado	Município sede	Entes municipais consorciados*¹	Soma da população dos municípios*²
17	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Centro Noroeste da Região do Paraná (CISCENOP)	Paraná	Cianorte/PR	11	160.642
18	Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgência e Emergência do Noroeste do Paraná – (CIUENP)	Paraná	Umuarama/PR	101	1.170.495
19	Consórcio Intermunicipal de Saúde Cisa Amerios 12º R.S. (CISA)	Paraná	Umuarama/PR	20	156.534
20	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região (CISVIR)	Paraná	Apucarana/PR	17	384.198
21	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR)	Paraná	Londrina/PR	21	964.251
22	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná (CISNOP)	Paraná	Cornélio Procopio/PR	21	222.583
23	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro (CISNORPI)	Paraná	Jacarezinho/PR	22	289.020
24	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense (CISAMUSEP)	Paraná	Maringá/PR	30	838.017
25	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale Paranapanema (CISVAP)	Paraná	Colorado/PR	9	60.313
26	Paranavaí Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS/Amunpar)	Paraná	Paranavaí/PR	28	275.974

Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).

Nota: *¹ – Refere-se aos municípios que integram o consórcio público; *² - Corresponde a soma da população dos municípios consorciados.

Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Quadro 15 – Mapeamento dos CIS na Região Nordeste

(continua)

Região Nordeste		Estado
1	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Camocim (CPSMCAM)	Ceará
2	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Acaraú (CPSMA)	Ceará
3	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca (CPSMIT)	Ceará
4	Consórcio Público de Saúde Microrregião de Sobral (CPSMS)	Ceará
5	Consórcio Público de Saúde Microrregião Crateús (CPSMCR)	Ceará
6	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Tauá (CPSMTAUA)	Ceará
7	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte (CPSMJN)	Ceará
8	Consórcio Público Saúde da Microrregião de Brejo Santo (CPSMBS)	Ceará
9	Consórcio Público de Saúde da Microrregião Iguatu (CPSMIG)	Ceará
10	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Icó (CPSMIC)	Ceará
11	Consórcio Público da Saúde da Microrregião de Russas (CPSMR)	Ceará
12	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Canindé (CPSMCA)	Ceará
13	Consórcio Público de Saúde Interfederativo do Vale do Curu (CISVALE)	Ceará
14	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Cascavel (CPSMCAS)	Ceará
15	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Limoeiro do Norte (CPSMLN)	Ceará
16	Consorcio Público de Saúde da Microrregiao de Aracati (CPCMAR)	Ceará
17	Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturite (CPSMB)	Ceará
18	Consórcio Público de Saúde da Microrregião do Crato (CPSMC)	Ceará
19	Consorcio Público de Saúde da Microrregiao de Maracanaú (CPSMM)	Ceará
20	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Serido Oriental (CIS/AMSO)	Rio Grande do Norte
21	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Curimataú e Seridó Paraibano (CIMSC)	Paraíba
22	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Piancó (CISVAP)	Paraíba
23	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Cariri Ocidental (CISCO-OCIDENTAL)	Paraíba
24	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Juazeiro (CPISRJ)	Bahia
25	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Paulo Afonso (CISRP)	Bahia
26	Consórcio Público Interfederativo de Saúde Nordeste II (COISAN)	Bahia
27	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Serrinha (CONPIS)	Bahia
28	Consórcio Público Interfederativo de Saúde Região de Irecê (CRSIrecê)	Bahia
29	Consórcio Público Interfederativo de Saúde Piemonte da Chapada Norte (CONSAN)	Bahia

Quadro 15 – Mapeamento dos CIS na Região Nordeste (conclusão)

Região Nordeste		Estado
30	Consórcio Interfederativo de Saúde do Litoral Norte e Agreste Baiano (CLINAB)	Bahia
31	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região do Metro Reconcavo Norte (MRN)	Bahia
32	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Salvador (CBTS)	Bahia
33	Consórcio Público Interfederativo de Saúde Reconvale (RECONVALE)	Bahia
34	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Itaberaba e Seabra (CHAPADA UNIDA)	Bahia
35	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região do Baixo Sul (BAIXO SUL)	Bahia
36	Consórcio Interfederativo de Saúde da Região de Jequié (CISRJ)	Bahia
37	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Itabuna e Ilheus (CISCAU)	Bahia
38	Consórcio Interfederativo de Saúde da Região de Barreiras e Ibotirama (CONSOB)	Bahia
39	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Bacia do Rio Corrente (CISBARC)	Bahia
40	Consórcio Intermunicipal da Bacia do Rio Corrente (CIBARC)	Bahia
41	Consórcio Público Interfederativo da Saúde da Região do Alto Sertão (CIS ALTO SERTÃO)	Bahia
42	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Brumado (CISB)	Bahia
43	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Vitória da Conquista/Itapetinga (CISVITA)	Bahia
44	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste da Bahia (CISSUDOESTE)	Bahia
45	Consórcio Público Interfederativo de Saúde Costa do Descobrimento (CISCD)	Bahia
46	Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Extremo Sul da Bahia (CONSAUDE)	Bahia

Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).

Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Quadro 16 – Mapeamento dos CIS no estado da Bahia

(continua)

Nome do Consórcio Intermunicipal de Saúde		Estado	Município sede	Entes municipais consorciados*1	Soma da população dos municípios*2
1	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Juazeiro (CPISRJ)	Bahia	Juazeiro/BA	10	533.013
2	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Paulo Afonso (CISRP)	Bahia	Paulo Afonso/BA	9	252.764
3	Consórcio Público Interfederativo de Saúde Nordeste II (COISAN)	Bahia	Ribeira do Pombal/BA	15	324.181
4	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Serrinha (CONPIS)	Bahia	Serrinha/BA	15	542.179
5	Consórcio Público Interfederativo de Saúde Região de Irecê (CRSIrecê)	Bahia	Irecê/BA	24	528.048
6	Consórcio Público Interfederativo de Saúde Piemonte da Chapada Norte (CONSAN)	Bahia	Jacobina/BA	17	339.900
7	Consórcio Interfederativo de Saúde do Litoral Norte e Agreste Baiano (CLINAB)	Bahia	Alagoinhas/BA	19	578.266
8	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região do Metro Reconcavo Norte (MRN)	Bahia	Simões Filho/BA	6	785.458
9	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Salvador (CBTS)	Bahia	São Francisco do Conde/BA	6	264.383
10	Consórcio Público Interfederativo de Saúde Reconvale (RECONVALE)	Bahia	Santo Antônio de Jesus/BA	29	692.207
11	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Itaberaba e Seabra (CHAPADA UNIDA)	Bahia	Itaberaba/BA	23	402.356
12	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região do Baixo Sul (BAIXO SUL)	Bahia	Valença/BA	13	334.242

Quadro 16 – Mapeamento dos CIS no estado da Bahia

(conclusão)

Nome do Consórcio Intermunicipal de Saúde		Estado	Município sede	Entes municipais consorciados*1	Soma da população dos municípios*2
13	Consórcio Interfederativo de Saúde da Região de Jequié (CISRJ)	Bahia	Jequié/BA	25	481.187
14	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Itabuna e Ilheus (CISCAU)	Bahia	Itabuna/BA	30	771.798
15	Consórcio Interfederativo de Saúde da Região de Barreiras e Ibotirama (CONSOB)	Bahia	Barreiras/BA	23	621.420
16	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Bacia do Rio Corrente (CISBARC)	Bahia	Santa Maria da Vitória/BA	10	246.549
17	Consórcio Intermunicipal da Bacia do Rio Corrente (CIBARC)	Bahia	São Félix do Coribe/BA	13	326.305
18	Consórcio Público Interfederativo da Saúde da Região do Alto Sertão (CIS ALTO SERTÃO)	Bahia	Guanambi/BA	22	461.729
19	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Brumado (CISB)	Bahia	Brumado/BA	18	377.549
20	Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Vitória da Conquista/Itapetinga (CISVITA)	Bahia	Vitória da Conquista/BA	31	883.526
21	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste da Bahia (CISSUDOESTE)	Bahia	Poções/BA	10	197.348
22	Consórcio Público Interfederativo de Saúde Costa do Descobrimento (CISCD)	Bahia	Eunápolis/BA	8	381.727
23	Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Extremo Sul da Bahia (CONSAUDE)	Bahia	Teixeira de Freitas/BA	13	452.773

Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).

Nota: *1 – Refere-se aos municípios que integram o consórcio público; *2 - Corresponde a soma da população dos municípios consorciados.

Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Quadro 17 – Mapeamento dos CIS na Região Sudeste (continua)

Região Sudeste		Estado
1	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Médio Paraíba (CISMEPA)	Rio de Janeiro
2	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF)	Rio de Janeiro
3	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro Sul Fluminense (CIS-CS/RJ)	Rio de Janeiro
4	Consórcio de Saúde Pública do Noroeste (CONSPNOR)	Rio de Janeiro
5	Consórcio Intermunicipal para Desenvolvimento da Saúde Pública (CODESP)	Rio de Janeiro
6	Consórcio Público de Saúde da Região Polinorte (CIM POLINORTE)	Espírito Santo
7	Consórcio Público da Região Expandida Sul (CIM EXPANDIDA SUL)	Espírito Santo
8	Consórcio Público da Região Polo Sul (CIM POLO SUL)	Espírito Santo
9	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Região dos Grandes Lagos (CONSAGRA)	São Paulo
10	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Jales (CONSIRJ)	São Paulo
11	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Fernandópolis (CISARF)	São Paulo
12	Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIMSA)	São Paulo
13	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Paulista (CISAP)	São Paulo
14	Consórcio Regional Intermunicipal de Saúde (CRIS)	São Paulo
15	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Região de Catanduva (CONSIRC)	São Paulo
16	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Aquífero Guarani, Vale das Cachoeiras e Horizonte Verde (CIS-AVH)	São Paulo
17	Consórcio de Desenvolvimento da Região de Governo de São João da Boa Vista (CONDERG)	São Paulo
18	Consórcio Intermunicipal de Saúde 8 de Abril (CIS)	São Paulo
19	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Metropolitana de Campinas (CISMETRO)	São Paulo
20	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Paraíba (CONSAVAP)	São Paulo
21	Consórcio Regional de Saúde de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (CRESAMU)	São Paulo
22	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ribeira e Litoral Sul (CONSAÚDE)	São Paulo
23	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião Médio Sapucaí (CIS AMESP)	Minas Gerais
24	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto Rio Pardo (CISMARPA)	Minas Gerais
25	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto Sapucaí (CISMAS)	Minas Gerais
26	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sistema Microrregional de Saúde de São Lourenço (CIS CIRCUITO DAS ÁGUAS)	Minas Gerais
27	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Caxambu (CISCAXAMBU)	Minas Gerais
28	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macrorregião do Sul de Minas (CISSUL)	Minas Gerais
29	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Região dos Lagos do Sul de Minas (CISLAGOS)	Minas Gerais
30	Agência de Cooperação Intermunicipal de Saúde Pé da Serra (ACISPES)	Minas Gerais
31	Consórcio Intermunicipal de Saúde para Gerenciamento da Rede de Urgência e Emergência da Macro Sudeste (CISDESTE)	Minas Gerais

Quadro 17 – Mapeamento dos CIS na Região Sudeste (continuação)

Região Sudeste		Estado
32	Consórcio Intermunicipal de Especialidades (CIESP)	Minas Gerais
33	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião Lavras (CISLAV)	Minas Gerais
34	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste Mineiro (CISSM)	Minas Gerais
35	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios do Lago de Peixoto (CIS LAP)	Minas Gerais
36	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Passos (CISMIP)	Minas Gerais
37	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Piumhi (CINSC)	Minas Gerais
38	Consórcio Intermunicipal de Saúde das Vertentes (CISVER)	Minas Gerais
39	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência Centro Sul (CISRU)	Minas Gerais
40	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto das Vertentes (CISALV)	Minas Gerais
41	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro (CISTM)	Minas Gerais
42	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião do Triângulo Norte (CISTRN)	Minas Gerais
43	Consórcio Intermunicipal de Saúde Cisvalegran (CISVALEGRAN)	Minas Gerais
44	Consórcio Intermunicipal de Saúde União da Mata (CISUM)	Minas Gerais
45	Consórcio Intermunicipal de Saúde de Uba e Região (SIMSaúde)	Minas Gerais
46	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Alto Paraopeba (CISAP VP)	Minas Gerais
47	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do Itapecerica (CISVI)	Minas Gerais
48	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Ampliada Oeste para Gerenciamento dos Serviços de Urgência e Emergência Cis-Urg Oeste (CIS URG OESTE)	Minas Gerais
49	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto São Francisco (CISASF)	Minas Gerais
50	Consórcio Intermunicipal da Saúde da Microrregião do Paranaíba (CIS PARANAÍBA)	Minas Gerais
51	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da Região Ampliada do Noroeste (CISREUNO)	Minas Gerais
52	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba (CISALP)	Minas Gerais
53	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Centro Oeste Mineiro (CISCOM)	Minas Gerais
54	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Rio Pará (CISPARA)	Minas Gerais
55	Instituição de Cooperação Intermunicipal do Médio Paraopeba (ICISMEP)	Minas Gerais
56	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Mata Leste (CISLESTE)	Minas Gerais
57	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa (CISMIV)	Minas Gerais
58	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Piranga (CISAMAPI)	Minas Gerais
59	Consórcio Intermunicipal de Saúde Verde (CISVERDE)	Minas Gerais

Quadro 17 – Mapeamento dos CIS na Região Sudeste (conclusão)

Região Sudeste		Estado
60	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Sete Lagoas (CISMISEL)	Minas Gerais
61	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Piracicaba (CISMEPI)	Minas Gerais
62	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Leste (CISCEL)	Minas Gerais
63	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Rio das Velhas (CISMEV)	Minas Gerais
64	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Espinhaço (CISAME)	Minas Gerais
65	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Caratinga (CISMIRECAR)	Minas Gerais
66	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco (CISMESF)	Minas Gerais
67	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha (CISAJE)	Minas Gerais
68	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Nordeste (CIS/CEN)	Minas Gerais
69	Consórcio Intermunicipal do Médio Rio Doce (CONSRDOCE)	Minas Gerais
70	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Doce (CISDOCE)	Minas Gerais
71	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência do Leste de Minas (CONSURGE)	Minas Gerais
72	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Suaçuí (CISVAS)	Minas Gerais
73	Consórcio Intermunicipal de Saúde Entre Os Vales do Mucuri e Jequitinhonha (CIS-EVMJ)	Minas Gerais
74	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência Macro Nordeste Jequitinhonha (CISNORJE)	Minas Gerais
75	Consórcio Intermunicipal de Saúde Alto Rio Verde Grande (CISARVG)	Minas Gerais
76	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas (CISRUN)	Minas Gerais
77	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte de Minas (CISNORTE)	Minas Gerais
78	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Médio São Francisco (CISAMSF)	Minas Gerais
79	Consórcio Intermunicipal de Saúde Grão Mogol (CIS GRÃO MOGOL)	Minas Gerais
80	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Entorno de Salinas (CISNES)	Minas Gerais
81	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Rio Pardo (CISARP)	Minas Gerais
82	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Almenara (CISRAL)	Minas Gerais
83	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço (CONSaúde)	Minas Gerais

Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).

Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

Quadro 18 – Mapeamento dos CIS no estado de Minas Gerais

(continua)

Nome do Consórcio Intermunicipal de Saúde		Estado	Município sede	Entes municipais consorciados*1	Soma da população dos municípios*2
1	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião Médio Sapucaí (CIS AMESP)	Minas Gerais	Pouso Alegre/MG	31	479.194
2	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto Rio Pardo (CISMARPA)	Minas Gerais	Poços de Caldas/MG	22	479.326
3	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto Sapucaí (CISMAS)	Minas Gerais	Itajubá/MG	14	184.089
4	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sistema Microrregional de Saúde de São Lourenço (CIS CIRCUITO DAS ÁGUAS)	Minas Gerais	São Lourenço/MG	16	183.028
5	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Caxambu (CISCAXAMBU)	Minas Gerais	Baependi/MG	8	146.477
6	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macrorregião do Sul de Minas (CISSUL)	Minas Gerais	Varginha/MG	153	2.800.476
7	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Região dos Lagos do Sul de Minas (CISLAGOS)	Minas Gerais	Alfenas/MG	36	658.606
8	Agência de Cooperação Intermunicipal de Saúde Pé da Serra (ACISPES)	Minas Gerais	Juiz de Fora/MG	26	175.959
9	Consórcio Intermunicipal de Saúde para Gerenciamento da Rede de Urgência e Emergência da Macro Sudeste (CISDESTE)	Minas Gerais	Juiz de Fora/MG	94	1.677.090
10	Consórcio Intermunicipal de Especialidades (CIESP)	Minas Gerais	Bicas/MG	9	73.081
11	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião Lavras (CISLAV)	Minas Gerais	Lavras/MG	10	180.799
12	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste Mineiro (CISSM)	Minas Gerais	São Sebastião do Paraíso/MG	7	122.920

Quadro 18 – Mapeamento dos CIS no estado de Minas Gerais (continuação)

Nome do Consórcio Intermunicipal de Saúde		Estado	Município sede	Entes municipais consorciados* ¹	Soma da população dos municípios* ²
13	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios do Lago de Peixoto (CIS LAP)	Minas Gerais	Cássia/MG	5	50.445
14	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Passos (CISMIP)	Minas Gerais	Passos/MG	20	459.786
15	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Piumhi (CINSC)	Minas Gerais	Piumhi/MG	8	98.184
16	Consórcio Intermunicipal de Saúde das Vertentes (CISVER)	Minas Gerais	São João del Rei/MG	16	129.001
17	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência Centro Sul (CISRU)	Minas Gerais	Barbacena/MG	51	790.973
18	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto das Vertentes (CISALV)	Minas Gerais	Ressaquinha/MG	19	255.620
19	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Triângulo Mineiro (CISTM)	Minas Gerais	Uberlândia/MG	22	1.157.709
20	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião do Triângulo Norte (CISTRN)	Minas Gerais	Uberlândia/MG	26	1.301.740
21	Consórcio Intermunicipal de Saúde Cisvalegran (CISVALEGRAN)	Minas Gerais	Uberaba/MG	13	475.034
22	Consórcio Intermunicipal de Saúde União da Mata (CISUM)	Minas Gerais	Leopoldina/MG	12	191.881
23	Consórcio Intermunicipal de Saúde de Uba e Região (SIMSaúde)	Minas Gerais	Ubá/MG	22* ³	Não informado
24	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Alto Paraopeba (CISAP VP)	Minas Gerais	Conselheiro Lafaiete/MG	13	247.619

Quadro 18 – Mapeamento dos CIS no estado de Minas Gerais (continuação)

Nome do Consórcio Intermunicipal de Saúde		Estado	Município sede	Entes municipais consorciados* ¹	Soma da população dos municípios* ²
25	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do Itapeçerica (CISVI)	Minas Gerais	Divinópolis/MG	9	351.258
26	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Ampliada Oeste para Gerenciamento dos Serviços de Urgência e Emergência Cis-Urg Oeste (CIS URG OESTE)	Minas Gerais	Divinópolis/MG	54	1.300.698
27	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto São Francisco (CISASF)	Minas Gerais	Moema/MG	14	172.283
28	Consórcio Intermunicipal da Saúde da Microrregião do Paranaíba (CIS PARANAÍBA)	Minas Gerais	Patrocínio/MG	9	201.697
29	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da Região Ampliada do Noroeste (CISREUNO)	Minas Gerais	Patos de Minas/MG	33	705.938
30	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba (CISALP)	Minas Gerais	Lagoa Formosa/MG	12	164.200
31	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Centro Oeste Mineiro (CISCOM)	Minas Gerais	Abaeté/MG	4	31.402
32	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Rio Pará (CISPARA)	Minas Gerais	Pará de Minas/MG	12	287.916
33	Instituição de Cooperação Intermunicipal do Médio Paraopeba (ICISMEP)	Minas Gerais	Betim/MG	46	2.541.360
34	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Mata Leste (CISLESTE)	Minas Gerais	Muriae/MG	13	213.581
35	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa (CISMIV)	Minas Gerais	Viçosa/MG	10	145.892

Quadro 18 – Mapeamento dos CIS no estado de Minas Gerais (continuação)

Nome do Consórcio Intermunicipal de Saúde		Estado	Município sede	Entes municipais consorciados* ¹	Soma da população dos municípios* ²
36	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Piranga (CISAMAPI)	Minas Gerais	Ponte Nova/MG	21	217.578
37	Consórcio Intermunicipal de Saúde Verde (CISVERDE)	Minas Gerais	Carangola/MG	17	281.310
38	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Sete Lagoas (CISMISEL)	Minas Gerais	Sete Lagoas/MG	14	376.002
39	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Piracicaba (CISMEPI)	Minas Gerais	João Monlevade/MG	6	144.817
40	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Leste (CISCEL)	Minas Gerais	Itabira/MG	12	231.722
41	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Rio das Velhas (CISMEV)	Minas Gerais	Curvelo/MG	11	185.711
42	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Espinhaço (CISAME)	Minas Gerais	Conceição do Mato Dentro/MG	3	25.643
43	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Caratinga (CISMIRECAR)	Minas Gerais	Caratinga/MG	5	41.761
44	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco (CISMESF)	Minas Gerais	Pirapora/MG	7	146.991
45	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha (CISAJE)	Minas Gerais	Diamantina/MG	22	275.853
46	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Nordeste (CIS/CEN)	Minas Gerais	Guanhães/MG	10	81.642
47	Consórcio Intermunicipal do Médio Rio Doce (CONSARDOCE)	Minas Gerais	Resplendor/MG	5	58.011
48	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Doce (CISDOCE)	Minas Gerais	Governador Valadares/MG	31	182.921

Quadro 18 – Mapeamento dos CIS no estado de Minas Gerais (continuação)

Nome do Consórcio Intermunicipal de Saúde		Estado	Município sede	Entes municipais consorciados* ¹	Soma da população dos municípios* ²
49	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência do Leste de Minas (CONSURGE)	Minas Gerais	Governador Valadares/MG	51	691.136
50	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Suaçuí (CISVAS)	Minas Gerais	Santa Maria do Suaçuí/MG	11	101.236
51	Consórcio Intermunicipal de Saúde Entre Os Vales do Mucuri e Jequitinhonha (CIS-EVMJ)	Minas Gerais	Teófilo Otoni/MG	24	320.999
52	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência Macro Nordeste Jequitinhonha (CISNORJE)	Minas Gerais	Teófilo Otoni/MG	86	1.446.422
53	Consórcio Intermunicipal de Saúde Alto Rio Verde Grande (CISARVG)	Minas Gerais	Montes Claros/MG	9	67.986
54	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas (CISRUN)	Minas Gerais	Montes Claros/MG	86	1.684.710
55	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte de Minas (CISNORTE)	Minas Gerais	Brasília de Minas/MG	16	244.309
56	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Médio São Francisco (CISAMSF)	Minas Gerais	Januária/MG	7	136.639
57	Consórcio Intermunicipal de Saúde Grão Mogol (CIS GRÃO MOGOL)	Minas Gerais	Francisco Sá/MG	6	74.504
58	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Entorno de Salinas (CISNES)	Minas Gerais	Salinas/MG	9	94.085
59	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Rio Pardo (CISARP)	Minas Gerais	Taiobeiras/MG	11	144.220

Quadro 18 – Mapeamento dos CIS no estado de Minas Gerais (conclusão)

Nome do Consórcio Intermunicipal de Saúde		Estado	Município sede	Entes municipais consorciados* ¹	Soma da população dos municípios* ²
60	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Almenara (CISRAL)	Minas Gerais	Almenara/MG	6	94.561
61	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço (CONSaúde)	Minas Gerais	Ipatinga/MG	18	510.817

Legenda: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).

Nota: *¹ – Refere-se aos municípios que integram o consórcio público; *² - Corresponde a soma da população dos municípios consorciados; *³ - Não havia informação sobre os municípios consorciados na plataforma online do Observatório em 11/03/2022. A informação foi obtida mediante consulta ao site do Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (COSECS/MG. Disponível em <https://www.cosecsmg.org.br/consorcio/simsaude/94>. Acesso em 13/03/2022).

Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.

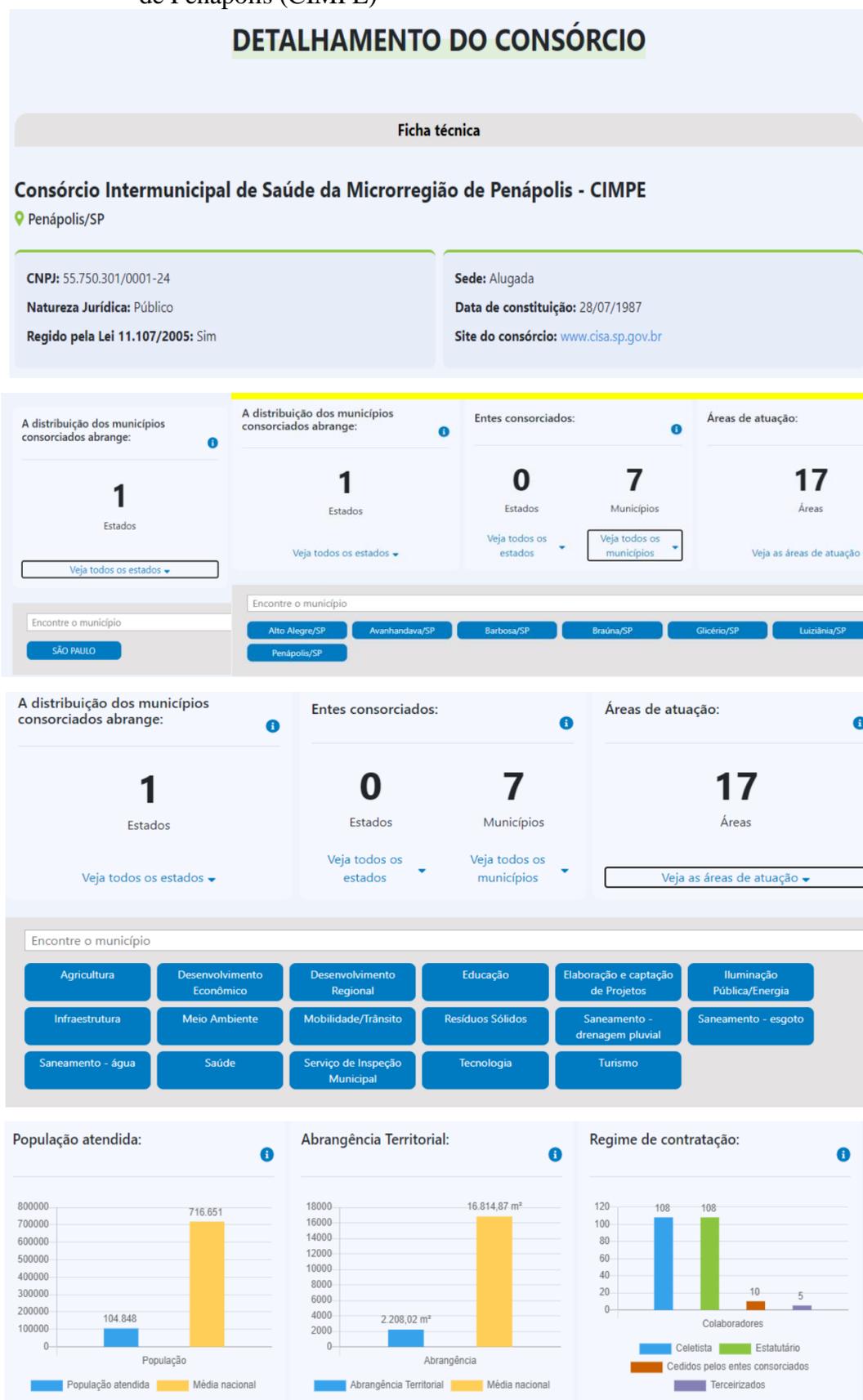
APÊNDICE B – Descrição da Ficha Técnica dos CIS – OMCP

Em consulta ao site do Observatório Municipalista de Consórcios Públicos da CNM, realizada no dia 11 de março de 2022, através do link <https://consorcios.cnm.org.br/>, foi possível identificar que a plataforma disponibiliza um campo de busca a partir da inserção do nome ou sigla do consórcio a ser pesquisado.

Ademais, foram identificados os seguintes filtros para refinar a busca: “Ano início/Ano fim; áreas de atuação; finalidade (finalitário ou multifinalitário); natureza jurídica (direito público ou privado regido pela Lei nº 11.107/2005 ou não regido pela Lei dos Consórcios); estados e municípios”.

A partir da seleção de um consórcio, ficam disponíveis as seguintes informações: município-sede; site; CNPJ; natureza jurídica; distribuição por estado dos municípios consorciados; os entes consorciados; a população atendida; abrangência territorial; o regime de contratação e as áreas de atuação, conforme pode ser observado nas Figura 17, a seguir, extraídas do site do Observatório.

Figura 17 – Ficha técnica do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Penápolis (CIMPE)



Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2022.