

Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil

Intergovernmental cooperation in health policy: the experience with vertical public consortia in Ceará State, Brazil

Cooperación intergubernamental en políticas de salud: la experiencia de los consorcios públicos verticales en Ceará, Brasil

Karine Sousa Julião ¹
Cecília Olivieri ²

doi: 10.1590/0102-311X00037519

Resumo

Este trabalho analisou a primeira experiência de consórcios verticais na saúde, a do Ceará, Brasil, para compreender sua implantação. No campo teórico, o artigo dialoga com os estudos sobre o papel do governo estadual no federalismo e a cooperação intergovernamental na saúde. Realizou-se um estudo de natureza qualitativa mediante entrevistas com gestores vinculados aos consórcios nos níveis municipal, regional e estadual, além de análise documental e bibliográfica. Os resultados apontam que o processo de implantação dos consórcios foi idealizado pelo governo estadual e foi conduzido, no primeiro momento, de maneira centralizada. Uma relação de coordenação se estabelece com a definição do desenho institucional do arranjo. Identificaram-se quatro fatores que favorecem a cooperação vertical no estado: (i) a trajetória da política de saúde do Ceará; (ii) a atuação do governo estadual como ente coordenador do processo de regionalização; (iii) a existência de empreendedores políticos e coesão entre a burocracia; e (iv) a sobreposição entre o desenho institucional dos consórcios e a estrutura decisória do SUS. Os consórcios verticais constituem um passo adiante na superação dos efeitos negativos da descentralização.

Federalismo; Política Pública; Política de Saúde; Consórcios de Saúde

Correspondência

K. S. Julião
Centro de Estudos em Sustentabilidade, Fundação
Getúlio Vargas.
Av. Paulista 542, São Paulo, SP 01310-100, Brasil.
karinejuliao@outlook.com

¹ Centro de Estudos em Sustentabilidade, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, Brasil.

² Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.



Introdução

A discussão central deste artigo diz respeito ao debate sobre arranjos de cooperação intergovernamental na política de saúde como espaços de negociação e/ou gestão entre os entes da federação. No Brasil, o arranjo de cooperação de maior destaque é o consórcio público ^{1,2}.

A estratégia de consorciamento nasceu no Estado do Ceará, Brasil, como uma das ações do Programa Estadual de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde (PROEXMAES), em 2007. O então governador, Cid Gomes, propunha entregar dois equipamentos a cada região de saúde: Policlínicas e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O consórcio público foi escolhido como modelo de gestão desses equipamentos.

O Ceará optou por estimular a formação de consórcios com os municípios localizados numa mesma região, visando facilitar a estruturação de redes ³. Os consórcios têm como membros os municípios da região e o estado, possuem estrutura organizacional diferenciada dos entes e constituem associações públicas de natureza autárquica.

Como o governo cearense é membro dos consórcios, esta pesquisa ilumina uma modalidade de consórcio ainda não estudada na saúde: os consórcios verticais. Tal ausência foi confirmada mediante pesquisa com a expressão-chave “consórcio vertical” nas seguintes bases: SciELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE, Google Acadêmico e Teses e Dissertações Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

Os consórcios verticais são formados por entes governamentais de esferas diferentes. O Ceará foi o primeiro estado a adotar consórcios verticais de saúde logo após a aprovação da Lei dos Consórcios, *Lei nº 11.107* de 2005, que permitiu a formação de consórcios entre estados e municípios ⁴. Outras mudanças que a Lei dos Consórcios trouxe foram maior segurança jurídica para o arranjo e a institucionalização da responsabilidade solidária entre os entes. Recentemente, a Bahia implantou consórcios à luz da experiência cearense ⁴.

Diante disso, este artigo busca responder à questão: quais elementos podem facilitar a opção governamental pelos consórcios verticais? A pesquisa intenta analisar a implantação dos consórcios verticais de saúde no Ceará e os fatores que favoreceram a cooperação vertical no estado.

Do ponto de vista teórico, este trabalho dialoga com estudos sobre influência do arranjo federativo nas políticas sociais, o papel dos estados no federalismo sanitário e os consórcios públicos no Brasil. O recorte analítico destaca o papel dos estados na descentralização das políticas, dialogando com trabalhos que ressaltam a atuação do governo estadual para a adesão municipal ^{5,6,7,8,9}.

A adoção dos consórcios na saúde atrelou-se ao processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo ao processo de descentralização iniciado nos anos 1990 ^{10,11}. O aumento na complexidade dos serviços e o baixo aporte financeiro dos municípios tornaram necessária a busca por soluções para lidar com os efeitos da descentralização ¹². A descentralização acompanhou um processo de experimentação de inovações que tinha como principais objetivos: atração de profissionais e desenvolvimento de novos modelos de gestão ¹³. Os consórcios surgem como uma prática inovadora de gestão do SUS ¹¹, para suprir déficits de municipalização ¹² e contribuir para o planejamento e estruturação dos serviços regionalmente.

A literatura indica que muitas experiências consolidadas de consórcio receberam apoio estadual, especialmente na fase de implantação ¹². Se a existência dessa indução é um consenso entre os autores, o contexto e a forma que os estados incentivaram variaram.

A análise do caso cearense contribuiu para o avanço do conhecimento sobre as estratégias de cooperação na política de saúde, particularmente a lacuna que aponta os estudos de federalismo e políticas públicas ¹: a relação entre as dimensões de articulação intermunicipal e a coordenação vertical.

Além dessa introdução, o artigo está estruturado da seguinte forma: metodologia; análise da implantação dos consórcios no Ceará; análise dos fatores que viabilizam os consórcios verticais no estado; discussão dos resultados; e conclusões.

Metodologia

Realizou-se um estudo de caso qualitativo pela triangulação das seguintes técnicas: análise documental, levantamento bibliográfico e entrevistas semiestruturadas.

Os dados coletados por meio das técnicas foram analisados conforme as seguintes categorias analíticas: (a) coordenação federativa: considera a capacidade de o governo estadual ser um coordenador federativo^{6,7,8}; (b) federalismo sanitário: considera que as peculiaridades da política de saúde interferem na formação de arranjos no setor^{11,13,14}; (c) cooperação intergovernamental: considera que estado e municípios constroem soluções próprias, mesmo que sejam por induções federais^{5,6}; (d) desenho institucional: considera que o desenho institucional de um arranjo pode tornar mais ou menos complexas as relações intergovernamentais; (e) fatores histórico-estruturais: são aqueles ligados às dinâmicas socioeconômicas e às características dos sistemas de saúde no plano loco-regional¹⁵; (f) fatores político-institucionais: “o legado de implantação de políticas prévias de descentralização e regionalização, o aprendizado institucional acumulado pelas instâncias do SUS”¹⁵ (p. 1910); e (g) fatores conjunturais: são “relacionados à ação política, como o perfil e trajetória dos atores sociais, a dinâmica das relações intergovernamentais e a prioridade da regionalização na agenda governamental”¹⁵ (p. 1911).

Para subsidiar a análise documental, realizaram-se 23 entrevistas, entre junho e agosto de 2017, com atores vinculados ao processo de formulação e implantação dos consórcios; às Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES); às Comissões Intergestores Regionais (CIR); às Diretorias dos consórcios e aos equipamentos de saúde.

Selecionaram-se três das 22 regiões de saúde do Estado do Ceará, para realização das entrevistas com atores dos planos regional e municipal: Baturité, Maracanaú e Juazeiro do Norte. A ideia não foi realizar um estudo das regiões em si, mas coletar perspectivas sobre a implantação dos consórcios e os fatores que favorecem a cooperação vertical, no Ceará, de diferentes realidades.

O critério de escolha foi a tipologia da pesquisa *Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil*, que definiu cinco perfis regionais¹⁶: Grupo 1 – baixo desenvolvimento socioeconômico (DS) e baixa oferta de serviços (OS); Grupo 2 – médio/alto DS e baixa OS; Grupo 3 – médio DS e média OS; Grupo 4 – alto DS e média OS; e Grupo 5 – alto DS e alta OS.

A maioria das regiões de saúde do Ceará faz parte do primeiro perfil. Fortaleza é a região com melhor desempenho, mas não está consorciada no molde vertical. Não há nenhuma região classificada no grupo 4. A Região Maracanaú é a única no grupo 3 e a Região Juazeiro do Norte, a única no grupo 2. Para o grupo 1, optou-se pela Região Baturité, por ter sido projeto-piloto na implantação das microrregionais de saúde e, posteriormente, uma das primeiras microrregiões a se consorciar.

Os fatores apresentados nos resultados foram identificados com base em dados categorizados.

Resultados

A primeira subseção analisa a implantação dos consórcios e as seguintes discutem os fatores que favoreceram a cooperação vertical no estado.

A implantação dos consórcios verticais no Ceará: o papel do governo estadual

O processo de implantação dos consórcios foi idealizado pelo governo estadual, destacando-se seu papel na coordenação e sensibilização dos poderes executivo e legislativo municipais quanto à necessidade de tornar mais cooperativa a estrutura da rede de assistência à saúde, e no convencimento dos municípios de que o próprio estado elaboraria a constituição jurídica do arranjo.

A estratégia de consorciamento nasceu como umas das ações do PROEXMAES. O modelo de cooperação foi escolhido para gerenciar uma Policlínica e um CEO em cada região. Os dois estabelecimentos dialogam com a rede de saúde regional por meio do Programa Saúde da Família (PSF), dos estabelecimentos regionais de emergência e dos hospitais de média/alta complexidade do estado¹⁷.

O principal objetivo do estado foi promover a interiorização dos serviços de média complexidade, ambulatoriais e eletivos. A implantação dos consórcios foi realizada entre 2007 e 2008, em

três etapas: (i) formação de uma comissão de implantação; (ii) política; (iii) organização e estruturação dos serviços¹⁸.

Na primeira etapa, a comissão foi formada por representantes jurídicos e administrativos da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e por representantes dos coordenadores regionais. Ela construiu diretrizes técnicas e normativas, realizou seminários, diagnósticos locais e oficinas com as equipes regionais. A consolidação desse trabalho resultou no Manual de Orientação sobre os consórcios³. As entrevistas com atores estaduais mostram que, nessa etapa, não houve nível alto de colaboração intergovernamental, pois não ocorreu participação de representantes municipais.

Nesse primeiro momento, o estado atuou com atitude mais impositiva em relação aos municípios, não caracterizando uma relação de coordenação, caso se considere que a coordenação pode ser definida genericamente como o processo de criação ou uso de regras de decisão pelas quais dois ou mais atores negociam coletivamente de um ambiente de trabalho compartilhado¹⁹.

Na segunda etapa, apareceu a discussão sobre o custo político da cooperação. Segundo gestores estaduais e regionais entrevistados, um dos principais desafios no processo de implementação foi convencer os prefeitos sobre a reestruturação dos serviços, visto que alguns municípios já haviam incorporado custos da saúde especializada nos gastos municipais.

As principais preocupações dos municípios eram perda da autonomia e uma centralização dos serviços no estado. O argumento estadual para rebater tais receios foi colocar a administração financeira do consórcio sob a responsabilidade do próprio consórcio, e a fiscalização nas mãos de órgãos externos, como revelam o modelo de estatuto, de protocolo de intenções e de contrato de gestão dos consórcios.

Os atores municipais também destacam que o estado sensibilizou os municípios com argumentos como: ganho de escala no atendimento, organização sistêmica do SUS e superação da fragilidade das Programações de Pactuação Integrada, que é um instrumento que determina as responsabilidades dos estados e dos municípios na assistência à saúde em um território. Havia desafios quanto ao cumprimento dos acordos, monitoramento e avaliação das ações.

Os prefeitos tinham receio de que a população não reconhecesse o financiamento municipal. As câmaras, especialmente aquelas em que predominava a oposição ao partido do governador ou do prefeito, também temiam ser sobrepujadas pelo estado.

Os entrevistados dos planos estadual, regional e municipal apontam o papel fundamental das CRES no processo de sensibilização. Cada região de saúde conta com uma CRES, que representa um “braço” do estado. Estando mais próximo, o coordenador regional detinha mais conhecimento sobre as realidades municipais, além de uma relação de confiança consolidada com os prefeitos.

Na terceira etapa de implementação dos consórcios, há um retorno ao protagonismo estadual. A concepção gerencial e normativa da proposta foi tratada pela Procuradoria Geral do Estado e pela Assessoria Jurídica da SESA (ASSEJUR). A estruturação dos equipamentos e a organização dos serviços ficaram sob responsabilidade da Unidade de Gestão de Projetos. Essa centralização foi justificada por atores estaduais entrevistados devido à maior capacidade do estado de promover mudanças institucionais.

• Fator 1 – trajetória da política de saúde no estado

O caso cearense corrobora a afirmação de que *“a cooperação federativa não é um dado, mas um processo de construção entre esferas de governo. Como tal, demanda e depende da criação de um ambiente político e institucional que aproxime os interesses dos entes nas arenas que materializam as relações intergovernamentais”*²⁰ (p. 695).

As entrevistas com atores da comissão de implantação dos consórcios revelam que três aspectos foram relevantes para a escolha da modalidade de consórcio vertical no Ceará: o tipo de relação entre o estado e os municípios; o legado negativo das fundações como modelo de gestão; o processo de microrregionalização precoce.

A relação entre o governo estadual e os municípios é caracterizada pela coordenação do estado. Análise comparativa entre os consórcios e outras estratégias de descentralização cearenses, como o PSF e os Sistemas Microrregionais, revela que há um padrão de atuação do estado que pode ser caracterizado como o governo central no local⁹. O legado de uma descentralização em que o estado

permanece próximo aos municípios permitiu que eles recebessem sem grande resistência as formulações para os consórcios.

O segundo aspecto, o legado negativo das fundações, refere-se à atuação da Fundação de Saúde do Estado do Ceará, extinta nos anos 1990. Sua atuação foi marcada pela centralização, baixa autonomia e mau uso dos recursos ²¹. Segundo um ex-secretário de saúde do estado entrevistado, a memória desse fracasso e a incompatibilidade desse modelo com as diretrizes de descentralização e regionalização do SUS criaram a noção de que o modelo de fundação seria um retrocesso.

Questionou-se os entrevistados sobre o porquê da escolha pelos consórcios verticais e não horizontais, que era o modelo adotado pelas experiências mais consolidadas no país. As respostas dos atores estaduais e regionais apontam que um estudo da realidade local mostrou que os municípios cearenses não possuíam condições de manter os equipamentos sem a coparticipação estadual.

O terceiro aspecto, o processo de microrregionalização precoce, refere-se à trajetória institucional pioneira do Ceará. A organização microrregional possibilitou que os municípios já entrassem numa lógica de cooperação regional e levassem esse aprendizado para os consórcios de saúde.

As entrevistas com gestores municipais indicam que os municípios já se organizavam coletivamente e reconheciam a importância da pactuação regional, mas a pactuação não era, de fato, concretizada na oferta de serviços, já que as regiões sofriam com vazios assistenciais.

Foi por esse motivo que os municípios só adotaram os consórcios com a oferta dos equipamentos pelo estado, e com a garantia de sua participação permanente no arranjo. Os consórcios trouxeram uma nova formatação para a pactuação regional, tornando a regionalização efetiva quanto à prestação de serviços de média complexidade.

• Fator 2 – atuação coordenadora do governo estadual

Quatro aspectos da atuação do estado favoreceram a implantação dos consórcios: a continuidade das ações entre os governos; a força do partido do governador na Assembleia Legislativa (ALECE); a estrutura administrativa e financeira dos consórcios; a formação da burocracia gerenciadora dos arranjos.

Sobre o primeiro aspecto, pela análise dos planos estaduais de saúde do governo Tasso Jereissati ao governo Cid Gomes, percebe-se que há incrementalismo no processo de descentralização da saúde no Ceará, sem grandes rupturas, apesar das mudanças de governador. A atualização de novas ações acontece antecipada ou simultaneamente às diretrizes nacionais. As estruturas estaduais no território regional anteriores aos consórcios, as CRE, facilitaram e facilitam o diálogo com os municípios.

O segundo aspecto diz respeito à estrutura de governabilidade. No histórico de governadores cearenses, é característica a força do partido do governador na ALECE ²². Apesar de Cid Gomes ser um dos poucos governadores que não se elegeu com uma maioria de deputados, ele montou uma coalizão de apoio que possibilitou a aprovação do PROEXMAES. Os deputados estaduais também tinham interesse na interiorização de novos equipamentos porque muitos deles atuam em zonas eleitorais interioranas.

O terceiro aspecto se refere à relação de coordenação no desenho institucional do arranjo. Os consórcios têm como membros o estado e os municípios, têm arranjos próprios de negociação e uma estrutura própria de financiamento, que garante a corresponsabilidade entre os entes.

Na implantação, o custo de construção dos equipamentos foi de responsabilidade estadual ¹⁷. Em 2007, os estados estavam se reestabelecendo economicamente, por isso o estado recorreu a um empréstimo do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Os atores da equipe de implantação entrevistados revelam que o BID assumiu papel fundamental para implantação dos consórcios, pois foi o principal financiador do PROEXMAES.

A trajetória de relação sólida entre estado e BID desde o governo Tasso Jereissati foi essencial para aprovação de recursos para implantação de um projeto ainda desconhecido nas experiências de cooperação brasileiras ⁴. O BID realizou um investimento de USD 77.000,00, atrelado a diversas exigências: a constituição de uma Unidade de Gerenciamento de Projetos, a garantia que os gestores da Policlínica e CEO passassem por seleção e cursos de gestão e a submissão da implantação do PROEXMAES a auditorias externas ¹⁷.

O financiamento varia de acordo com os equipamentos de saúde. Para a Policlínica, em tese, 60% dos custos ficam com os municípios e 40% são do estado. Os CEO possuem uma estrutura de financiamento tripartite: os municípios arcam com 35%, o estado assume 40% e o Ministério da Saúde, por intermédio do Programa Brasil Sorridente, arca com 25%³.

No entanto, os atores estaduais e municipais apontam que os valores do custeio do consórcio não são estanques, podendo o estado contribuir mais com consórcios com menor número de participantes ou um valor menor em regiões com condições financeiras favoráveis. Essa informação foi corroborada pela análise dos contratos de rateio dos consórcios.

A contribuição municipal vem do que ele recebe da cota parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS). A mudança na divisão dessa cota, pela *Lei nº 14.023* de 2007, foi fundamental para tornar possíveis os consórcios. Para a saúde, os valores passaram a estar atrelados ao Índice de Qualidade da Saúde, que mede a qualidade das ações municipais com base na Taxa de Mortalidade Infantil, como indica a Cartilha da Cota Parte do ICMS no Ceará.

A estrutura de financiamento dos consórcios é um mecanismo de coordenação estadual que segue um modelo de transferência com metas estabelecidas, *“procurando dar um perfil mais programado e uniforme à descentralização, sem retirar a autonomia dos governos subnacionais em termos de gestão pública”*²³ (p. 53).

De acordo com os entrevistados do plano estadual, o estado criou uma nova lógica de financiamento para amarrar o repasse municipal, a fim de evitar possíveis inadimplências municipais, mas também para garantir aos municípios uma fonte de recursos. A contribuição dos municípios por ano varia de acordo com a arrecadação do ICMS gerado no município, durante o exercício anterior. A participação dos municípios é limitada em até 7,5% da cota do ICMS para o financiamento do CEO, e em até 10% para a Policlínica. Ultrapassados esses limites, o estado arca com o ônus³.

O quarto aspecto que favoreceu os consórcios verticais foi a capacidade de reestruturação institucional da SESA, de acordo com as inovações de políticas públicas, e o interesse em formar a burocracia dos arranjos. Além de formar seu próprio quadro, a SESA, pela Escola de Saúde Pública do estado, foi responsável pela seleção e capacitação dos diretores das Policlínicas e CEO. A SESA receava que interesses políticos municipais tornassem os equipamentos “cabides de emprego”, segundo atores da equipe de implantação.

A escolha dos diretores dos consórcios é realizada pelos prefeitos, o que garante certo grau de controle pelos municípios. Equilibrar a escolha dos dirigentes do Consórcio e seus estabelecimentos de saúde, entre o estado e os municípios, é importante para a dimensão política que é intrínseca à cooperação intergovernamental.

• Fator 3 – papel dos empreendedores políticos e da burocracia

A análise do papel dos políticos e burocratas na implantação dos consórcios indica a importância de empreendedores e de uma burocracia ainda envolvida com ideais do Movimento Sanitarista. O fato de a cooperação estado-municípios estar na agenda do governador abriu as portas para a implantação dos consórcios. Porém, ela não seria suficiente; a relação tecnopolítica foi um dos principais fatores para a implantação.

Foi a burocracia que formulou a estratégia de consorciamento e que a implantou no plano local. A maioria dos relatos dos atores estaduais e regionais entrevistados revela que esses atores burocráticos são indivíduos com forte ativismo sanitário, que participaram do processo de implantação do SUS, e estão ligados à defesa e manutenção do Sistema.

Em relação aos empreendedores políticos, dois atores influenciaram fortemente a escolha do modelo de gestão: o então secretário de saúde do estado e seu secretário executivo. Ambos são médicos, e suas posições podem ser classificadas com o que a literatura chama de empreendedor de políticas públicas²⁴. A literatura aponta que, nas experiências de consórcios no Brasil, sempre foi importante a atuação de empreendedores^{25,26}.

O então secretário possuía veia municipalista e participou do processo de redemocratização. Foi prefeito de Santana do Acaraú, onde implantou o que então eram denominados consórcios administrativos. Quando entrou na SESA, ele articulou seu aprendizado sobre arranjo de cooperação com o conhecimento em gestão de saúde do secretário executivo. No processo de implantação dos

consórcios, enquanto o secretário ficou responsável pelo estabelecimento dos contratos com os municípios, o secretário executivo promoveu a avaliação dos locais e da estrutura dos consórcios junto ao gabinete do governador e a SESA.

A principal peculiaridade dos empreendedores que lideram estratégias de cooperação na política de saúde é o seu envolvimento com o Movimento Sanitário, conforme já indicou Rocha ¹⁴, no caso paranaense.

De acordo com entrevistas com um ex-secretário de saúde e a então coordenadora da ASSEJUR, a defesa tecnopolítica dos empreendedores a favor dos consórcios foi fundamental para o convencimento do governador e da burocracia. Os atores mobilizaram a burocracia em prol dos consórcios, e, em seguida, buscaram persuadir o governador, que solicitou a busca da compreensão de experiências internacionais e nacionais e a definição da fonte de financiamento dos consórcios. Eles apresentaram a ideia dos consórcios verticais ao BID e, somente após a definição do contrato com o Banco, o governador aprovou o modelo dos consórcios.

- **Fator 4 – sobreposição entre os espaços de negociação dos consórcios e a estrutura decisória do SUS**

A territorialidade se relevante para a análise de cooperação entre estado e municípios. A sobreposição geográfica entre o desenho institucional dos consórcios e o das regiões permitiu aproveitar os laços existentes entre os municípios e facilitou a análise da capacidade instalada em cada região, além de facilitar a relação dos consórcios com as redes de saúde. Quando a dinâmica territorial está atrelada ao desenho regional, torna-se mais ágil o processo de implementação e gestão da política ².

Os processos decisórios dos consórcios cearenses se caracterizam pela adoção de diversos instrumentos de gestão que constroem as tomadas de decisões intergovernamentais. A estrutura hierárquica, regionalizada e interdependente do SUS facilita a formação de consórcios verticais, pois promove espaços de discussões interfederativos.

Segundo os relatos dos coordenadores de CRES e os diretores dos consórcios, os principais espaços de articulação decisória dos consórcios são um misto da estrutura organizacional interna dos consórcios, arranjos institucionais do sistema de saúde cearense e arranjos definidos pelo SUS, como: a Diretoria dos Consórcios, da Policlínica e do CEO, a assembleia dos Consórcios, a CIR, as CRES, a Coordenadoria das Regionais de Saúde (CORES) da SESA e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A sobreposição se dá pelo encontro contínuo dos mesmos atores, em espaços de negociações diferentes. Os secretários de saúde se encontram nas assembleias e nas reuniões da CIR. Os diretores dos consórcios e dos equipamentos também participam dos dois encontros. O coordenador regional, que lidera a CIR, possui contato direto com a SESA. A CIB, coordenada pelo estado, possui a participação contínua dos municípios por meio do Conselho das Secretárias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS).

Os diretores dos consórcios revelam em entrevistas que há um fluxo maior de decisão de baixo para cima do que o contrário. Decisões de caráter operacional e que estabelecem procedimentos padronizados são tomadas pelos diretores dos consórcios e pelos diretores dos equipamentos, sob orientação do departamento de procuradoria jurídica de cada consórcio.

Quando surge a necessidade de processos decisórios referentes a alterações no funcionamento dos estabelecimentos de saúde, alterações de quadro de especialidade, desafios de articulação entre os municípios e/ou dificuldades municipais pontuais, tais pautas são levadas pelos diretores à CIR.

Segundo os relatos dos diretores dos consórcios, dos secretários de saúde e dos atores regionais, a CIR é o principal arranjo a fortalecer os processos decisórios. Sua relevância decorre de ela ser composta pelo coordenador da CRES e pelos mesmos membros do conselho de apoio dos arranjos, os secretários municipais de saúde. Enquanto a burocracia estadual foi fundamental para a implantação dos consórcios, a burocracia municipal é decisiva para a execução das atividades. A maioria das decisões é tomada pelos secretários, deixando apenas o voto em assembleia, decisões de caráter político, para os prefeitos. Nesse cenário, o desafio é a alta rotatividade dos secretários.

Todas as decisões passadas na assembleia e validadas na CIR, em tese, são reavaliadas pela CIB, comissão formada por estado e municípios. Isso está disposto no plano formal, mas na prática decisó-

ria, a CIB não tem, de fato, um papel tão central. A análise das atas da CIB, entre 2006 e 2016, revela que as resoluções enviadas para CIB já estão prontas para aprovação.

As entrevistas com os diretores dos consórcios e presidentes da CIR destacam dois aspectos que viabilizam a resolução de questões na CIR: (a) relações no plano informal entre os consórcios e a CORES; (b) atuação do coordenador da CRE. Quando necessário, há diálogo fácil e fluido direto com a SESA, pela CORES.

A CORES é o departamento da SESA que articula todas as 21 CRES do estado. Ela cuida de diversos aspectos do processo de regionalização. Em caso de dúvidas, os gestores antecipam problemas que poderiam vir a ocorrer na CIB entrando em contato informalmente com a CORES.

Apesar de a CIB não ser o locus principal dos processos decisórios dos consórcios, entende-se que ela é o espaço que pode ser acionado para os checks and balances entre o estado e os municípios, e, por isso, precisa ser fortalecida. Na CIR, cada região dialoga individualmente com o estado. Quando uma discussão é levada para a CIB, a voz municipal ganha força, uma vez que o COSEMS é um ator atuante. O COSEMS torna as reivindicações mais coletivas e, com isso, consegue pressionar o estado.

Nesse sentido, a interlocução interfederativa não é garantida tão somente pelas estruturas do consórcio. Também são fundamentais os arranjos de negociação do SUS: CIR, CIB e COSEMS. Esses espaços de arbitragem garantem que exista contínua interdependência nas decisões ¹. Os atores envolvidos nesses espaços internos e externos se sobrepõem, facilitando o constante diálogo, em diferentes espaços.

Discussão

Este trabalho contribuiu para a identificação e análise dos fatores que favorecem a formação de consórcios verticais de saúde no Ceará. A escolha pelos consórcios verticais foi moldada pela trajetória institucional da política de saúde cearense dos últimos 40 anos, pela atuação coordenada de atores políticos e burocráticos no plano estadual e por fatores que vão além da esfera estadual, como a Lei dos Consórcios, o desenho institucional do SUS e o Pacto pela Saúde, sendo os dois últimos fatores específicos da área de saúde.

Por um lado, ocorreu a influência de dinâmicas cearenses (microrregionalização precoce, legado político dos empreendedores, legado negativo das fundações); por outro, o estado aproveitou duas janelas de oportunidade abertas para todos os estados, criando um cenário normativo favorável.

A primeira dessas janelas consistiu na promulgação da Lei dos Consórcios em 2005, que deu solidez à institucionalização dos consórcios e possibilitou a cooperação vertical. Já a segunda foi o Pacto pela Saúde de 2006, que incentivou os estados a coordenar os processos de descentralização e regionalização.

Apesar de este trabalho tratar de uma modalidade de consórcio ainda não estudada pela literatura, os elementos identificados como determinantes para a cooperação vertical no Ceará dialogam com outros estudos sobre cooperação na política de saúde.

A existência de empreendedores políticos e relações informais entre os entes favorecem a cooperação na política de saúde ¹⁴. A experiência cearense mostra que as relações políticas também ditam a dinâmica territorial e, por isso, os municípios fazem cálculos constantes sobre ônus e bônus da cooperação. Nesse sentido, a atuação dos empreendedores também é importante para manutenção da política.

A CIR preserva o debate sobre diferenças territoriais, dilemas políticos entre municípios, e facilita o papel do estado como membro regulador ¹⁵. O caso cearense corrobora a importância dos espaços de negociação do SUS, mas indica a CIR como o espaço fundamental para o incentivo a comportamento cooperativo entre os municípios.

Dois movimentos são cada vez mais relevantes para a dinâmica das relações intergovernamentais no Brasil: a articulação intermunicipal e a coordenação vertical ¹. Os consórcios verticais aliam esses dois movimentos. Na saúde, a coordenação tem origem no governo federal, contudo, conforme a responsabilidade sobre o processo de regionalização, passou para os estados, tornando essencial a busca por modelos de gestão com maior interlocução dos estados com os municípios.

Um dos principais desafios para as relações intergovernamentais é equilibrar os valores da cooperação e, ao mesmo tempo, resguardar a autonomia dos entes ²⁷. A análise das regiões cearenses mostrou que, quanto maior a cooperação entre os municípios, maior a propensão do estado para agir em prol da coordenação estadual. Isso é, as relações horizontais de cooperação implicam as relações verticais de coordenação.

Dessa forma, destaca-se a influência dos governos subnacionais nas políticas sociais frente ao consolidado debate sobre o papel do governo federal ²⁸. O desenho institucional dos consórcios pode ser entendido como o aspecto que torna a construção cearense uma estratégia de coordenação estadual na política de saúde. Ele dá maior previsibilidade às relações de cooperação e institucionaliza conflitos, pois, pelo menos em tese, assegura que ônus e bônus da cooperação sejam repartidos de forma equilibrada.

A atuação do estado como coordenador é determinante para a regionalização dos serviços de saúde ⁶. A partir do caso cearense, reconhece-se que o processo de regionalização ainda está em construção, até mesmo em estados com processos avançados de descentralização de políticas públicas. A cooperação apareceu no Ceará tal como surgiu nacionalmente: como tentativa de superar a fragmentação na prestação dos serviços e garantir o apoio solidário entre os municípios.

Quanto mais o estado consegue se equilibrar entre a capacidade de promover a homogeneização institucional entre as regiões e, ao mesmo tempo, respeitar a heterogeneidade municipal, mais ele ganha confiança e credibilidade dos municípios e, conseqüentemente, promove sua capacidade de coordenar por intermédio dos consórcios.

De acordo com todos os entrevistados, os consórcios apresentaram um grande avanço para as realidades regionais. A implantação de equipamentos de saúde semelhantes em todas as regiões promoveu um avanço na homogeneização institucional e no preenchimento do vazio assistencial de serviços de média complexidade.

Experiências de consórcios intermunicipais podem apresentar maior dificuldade para promover uniformização institucional. Cada região lida com os equipamentos de saúde já instalados ou com a capacidade regional de desenvolver novas infraestruturas. Se, por um lado, os municípios possuem mais autonomia de decisão em consórcios intermunicipais, por outro, as desigualdades regionais podem ser reproduzidas.

Por fim, é necessário salientar o principal desafio dos consórcios cearenses, que é a fragilidade dos serviços de atenção básica, apontado, sobretudo, pelos gestores municipais. Por conta das falhas da política de atenção básica, as estruturas dos consórcios recebem demandas que deveriam ter resolução no plano local. Apesar dos avanços decorrentes dos consórcios, eles se restringem à oferta dos serviços de média complexidade.

A sobrecarga financeira é bastante ressaltada pelos gestores municipais como outro desafio. Os municípios gostariam de canalizar recursos do ICMS para outras pastas. A contribuição financeira do governo estadual já é bastante expressiva. Gestores municipais e estaduais reivindicam maior apoio do governo federal.

Não há conflitos políticos significativos entre os municípios entre si ou com o estado. Observou-se uma relação harmoniosa, assegurada pelos instrumentos institucionais, que estabelecem de forma clara as competências dos entes, os mecanismos de coerção e a avaliação periódica da atuação geral do consórcio.

Conclusão

Este trabalho analisou a primeira experiência de consórcios verticais na saúde, que ocorre no Ceará desde 2007, com objetivo de compreender sua implantação e os fatores que a favoreceram.

Enquanto os consórcios intermunicipais nos anos 1990 buscaram superar efeitos negativos da descentralização, os consórcios verticais constituem um passo adiante nesse esforço. O desenho vertical garante que exista uma articulação entre a coordenação estadual e as articulações horizontais entre os municípios. Os consórcios em que participam o governo estadual têm coerência com a regionalização proposta pelo Pacto pela Saúde. O Pacto coloca o estado como regulador do processo, e os consórcios verticais o constroem a assumir tal papel.

A experiência do Ceará demonstra que, apesar de a União traçar políticas para todos os estados, as respostas que eles darão à diretriz nacional serão diversas e dependerão de seus percursos institucionais, como também das rupturas de inovação que acontecem ao longo do tempo ⁸.

A formação de consórcios intermunicipais pode não ser uma alternativa para todos os municípios. O consorciamento entre municípios caracterizados por carência de estruturas físicas, tecnológicas e de burocracia qualificada pode implicar apenas uma reprodução dessas carências no nível regional e uma cooperação pro forma, sem a melhoria da entrega dos serviços e sem a otimização de custos preconizada pelas experiências de cooperação.

As relações federativas verticais são mais institucionalizadas na política de saúde ¹, por esse motivo, avalia-se que o setor é mais propício para formação de consórcios verticais. O custo para manutenção dos serviços de saúde é alto para os municípios, ao mesmo tempo em que a população precisa ter acesso à maior amplitude de serviços próximos a sua moradia.

Colaboradores

K. S. Julião contribuiu com a concepção do projeto, com a coleta, análise e interpretação dos dados e com a redação do texto. C. Olivieri contribuiu com a redação e revisão crítica do artigo.

Informações adicionais

ORCID: Karine Sousa Julião (0000-0002-3421-0757); Cecília Olivieri (0000-0001-9304-582X).

Referências

1. Abrucio FL, Sano H, Garcia LO, Oliveira NP, Antero AS. Associativismo intergovernamental: experiências brasileiras. Brasília: Editora IABS; 2013.
2. Filippim ES, Abrucio FL. Asociacionismo de base territorial: la alternativa de los consorcios públicos en Brasil. *Revista del CLAD Reforma y Democracia* 2016; 64:79-116.
3. Governo do Ceará. Manual de orientação dos consórcios públicos em saúde no Ceará: estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde. Fortaleza: Governo do Estado do Ceará; 2009.
4. Julião KS. Cooperação intergovernamental na saúde: os Consórcios Públicos de Saúde no Ceará como estratégia de coordenação estadual [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018.
5. Menicucci T, Marques A. Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. *Dados* 2016; 59:823-65.
6. Segatto CI, Abrucio FL. A cooperação em uma federação heterogênea: o regime de colaboração na educação em seis estados brasileiros. *Rev Bras Educ* 2016; 21:411-29.
7. Gomes SC. Políticas nacionais e implementação subnacional: uma revisão da descentralização pós-Fundef. *Dados* 2009; 52:659-90.
8. Gonçalves RR. Políticas habitacionais na Federação brasileira: os estados em busca de seu lugar [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2009.
9. Tandler J. Bom governo nos trópicos: uma visão crítica. Rio de Janeiro: Editora Revan; 1998.
10. Neves LA, Ribeiro JMR. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2207-17.

11. Lima APG. Os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2000; 4:985-96.
12. Gerigk W, Pessali HF. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná. *Rev Adm Pública* 2014; 48:1525-43.
13. Ribeiro JM, Costa, NR. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). *Planej Polit Públicas* 2000; 22:173-220.
14. Rocha CV. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. *Cadernos Metrópole* 2016; 18:377-99.
15. Lima LD, Queiroz LFN, Machado CV, Viana ALD. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17:1903-14.
16. Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos colegiados de Gestão Regional. *Ciênc Saúde Colet* 2010; 15:2317-26.
17. Secretaria de Saúde do Ceará. Regulamento Operativo do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde (PROEXMAES). <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/rede-em-construcao/proexmaes/regulamento-operativo> (acessado em 02/Mar/2016).
18. Silva LA, Nogueira MFN, Santana WWM. Consórcios Públicos de Saúde no Ceará: da implantação à gestão. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora; 2014.
19. Ariznabarret K. Capital social, cultura organizativa y transversalidad en la gestion pública. In: *Anais do VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y la administración pública*. Buenos Aires: Centro Latino Americano de Administración para o Desenvolvimento; 2001. p. 1-10.
20. Grin EJ, Abrucio FL. Quando feds e locais não falam a mesma língua: uma análise sobre dissonâncias na cooperação federativa. *Cadernos EBAPE.BR* 2017; 14:694-719.
21. Montesuma FG, Fé M, Gomes S, Fernandes T, Sampaio J. Saúde Pública no Ceará: uma sistematização histórica. *Cadernos da Escola de Saúde Pública do Ceará* 2006; 2:5-19.
22. Monte C. Os governos Cid Gomes e o Legislativo cearense: alianças, emendas e oposição (2007-2014). In: *Anais do I Seminário Internacional de Ciência Política: estado e democracia em mudanças no século XXI*. <https://www.ufrgs.br/sicp/anais/instituicoes/> (acessado em 02/Mar/2016).
23. Abrucio FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do Governo Lula. *Revista de Sociologia e Política* 2005; 24:41-67.
24. Capella ACN. Um estudo sobre o conceito de empreendedor de políticas públicas: ideias, Interesses e Mudanças. *Cadernos EBAPE.BR* 2016; 14:486-505.
25. Strelec TC. Desafios da adaptação institucional: um estudo do impacto da Lei de Consórcios Públicos no Estado de São Paulo [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas; 2011.
26. Dias SG. Possibilidades jurídico-institucionais dos Consórcios Públicos [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
27. Watts RL. Origins of cooperative and competitive federalism. In: Greer SL, organizador. *Territory, democracy and justice: regionalism and federalism in western democracies*. New York: Palgrave MacMillan; 2006. p. 201-23.
28. Menicucci TM, Costa LA, Machado JÁ. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:29-40.

Abstract

This study analyzed the first experience with vertical health consortia in Ceará State, Brazil, in order to shed light on their implementation. In the theoretical field, the article establishes a dialogue with studies on the state government's role in federalism and intergovernmental cooperation in health. A qualitative study was based on interviews with administrators associated with the consortia at the municipal, regional, and state levels, in addition to document analysis and a literature review. The results indicate that the implementation of consortia was designed by the state government and conducted initially in centralized fashion. A relationship of coordination was established with the definition of the arrangement's institutional design. We identified four factors that favor vertical cooperation in the state: (i) the history of health policy in Ceará; (ii) action by the state government as the coordinating body in the regionalization process; (iii) the existence of policy leaders and cohesion in the bureaucracy; and (iv) juxtaposition between the consortia's institutional design and the decision-making structure of the Brazilian Unified National Health System (SUS). Vertical consortia represent a step forward in overcoming the negative effects of decentralization.

Federalism; Public Policy; Health Policy; Health Consortia

Resumen

Este trabajo analizó la primera experiencia en Ceará de consorcios verticales, dentro del ámbito de la salud, para comprender su implantación. En el apartado teórico, el artículo analiza los estudios realizados sobre el papel del gobierno estatal dentro del sistema federal y la cooperación intergubernamental en la salud. Se realizó un estudio de naturaleza cualitativa, a partir de entrevistas con gestores vinculados a consorcios en los niveles municipal, regional y estatal, además del análisis documental y bibliográfico. Los resultados apuntan a que el proceso de implantación de los consorcios fue idealizado por el gobierno estatal y se llevó a cabo, en un primer momento, de manera centralizada. Se establece, asimismo, una relación de coordinación con la definición del diseño institucional del acuerdo. Se identificaron cuatro factores que favorecen la cooperación vertical en el estado: (i) la trayectoria de la política de salud de Ceará; (ii) la actuación del gobierno estatal como ente coordinador del proceso de regionalización; (iii) la existencia de emprendedores políticos y cohesión entre la burocracia; (iv) la superposición entre el diseño institucional de los consorcios y la estructura decisoria del Sistema Único de la Salud (SUS). Los consorcios verticales constituyen un paso adelante en la superación de los efectos negativos de la descentralización.

Federalismo; Política Pública; Política de Salud; Consorcios de Salud

Recebido em 26/Fev/2019

Versão final reapresentada em 31/Jul/2019

Aprovado em 23/Ago/2019