



Descentralização e cooperação intermunicipal no Brasil *

Carlos Vasconcelos Rocha¹
Carlos Aurélio Pimenta de Faria²

Ao longo das décadas de 1980 e 1990, paralelamente aos avanços no processo de descentralização, proliferaram no Brasil, mesmo que de forma incipiente, inúmeras e diversificadas experiências de cooperação intermunicipal, autônomas ou induzidas pelos governos estaduais e federal, que visavam ao planejamento integrado, ao fomento do desenvolvimento regional, à preservação ambiental e à ampliação da capacidade dos municípios de atender às demandas locais e de responder a outros constrangimentos relativos à provisão de bens e serviços públicos. Apesar de sua significativa abrangência e relativa visibilidade, este fenômeno, que denominamos genericamente “desfragmentação” da gestão pública, é ainda subexplorado como objeto de pesquisa pela Ciência Política brasileira e negligenciado na produção de estatísticas oficiais³. O objetivo deste trabalho,

* Este trabalho é parte de uma pesquisa mais abrangente, que ainda está em andamento e que tem financiamento do Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIP) da PUC-Minas, cujo título é “Descentralização e Desfragmentação na Provisão de Saúde Pública: A Experiência dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais”.

¹ Doutor em Ciências Sociais (UNICAMP) e Professor do Mestrado em Ciências Sociais: Gestão das Cidades da PUC-Minas (carocha@pucminas.br).

² Doutor em Ciência Política (IUPERJ) e Professor do Mestrado em Ciências Sociais: Gestão em Cidades da PUC-Minas (carlosf@pucminas.br).

³ Um exemplo disso é o fato de alguns dados do IBGE, como por exemplo da Pesquisa de Informações Básicas Municipais – 2001, serem subdimensionados. São também bastante restritas as modalidades de consorciamento consideradas pelo IBGE, sendo usualmente negligenciadas, por exemplo, aquelas destinadas

além de explicitar os fatores que têm gerado esta pontual e tentativa reversão do que na literatura sobre o tema é designado de “municipalismo autárquico”, é discutir as suas potencialidades e avaliar os elementos que têm dificultado ou facilitado a “cooperação horizontal” para a produção de políticas públicas.

O tema da cooperação intermunicipal ganha relevância, notadamente na agenda local, como resultado das fragilidades e desafios resultantes do processo de descentralização das políticas sociais, especificamente com a transferência de poder de decisão e de recursos, bem como de atribuições, da União e dos estados para os municípios.

As experiências mais relevantes de consorciamento, no Brasil, encontram-se na área da saúde. No contexto nacional, Minas Gerais aparece como o estado em que essas experiências mais se difundiram (Cruz, 2001:60). Este trabalho pretende também discutir o processo de consorciamento na área de saúde em Minas Gerais.

Inicialmente procuraremos avaliar o processo de descentralização e seus impactos nas relações federativas. No caso brasileiro, uma das questões mais relevantes é a possibilidade/necessidade de se passar de um padrão competitivo para um padrão cooperativo de relações intergovernamentais. Finalmente, após uma breve apreciação do processo de descentralização e das relações federativas na área da saúde, são apresentadas algumas hipóteses preliminares sobre o processo de constituição dos consórcios intermunicipais de saúde no estado de Minas Gerais, com o intuito de contribuir para uma maior dinamização do ainda incipiente e muitas vezes normativo debate acerca das relações intergovernamentais no país.

1. A Descentralização e a Federação Brasileira

A discussão sobre a reforma do Estado brasileiro, que entra na agenda política do país a partir da década de 1980, coloca em relevo o tema da descentralização. Como reação ao regime militar, caracterizado pela concentração de poder e por uma tendência à organização hierárquica das relações federativas, setores oposicionistas passam a reivindicar a descentralização como forma de "distribuição de poder" e como requisito para

ao desenvolvimento turístico, dos transportes, à gestão dos recursos hídricos, ao desenvolvimento econômico

uma organização do Estado que privilegiasse a autonomia das instâncias subnacionais. Um aspecto concreto das reformas propostas é o fortalecimento do poder do município como gestor das políticas públicas.

O fato é que, a partir dos anos 80, a descentralização político-administrativa galvaniza o apoio de diversos atores e ganha um lugar central no leque de objetivos que orientaram a redefinição das instituições políticas brasileiras. Descentralização torna-se panacéia, sendo relacionada a uma multiplicidade de objetivos e significados, segundo os interesses e valores dos diversos atores. Para a esquerda ela significaria a democratização do poder político, já que valorizaria as organizações comunitárias e os seus interesses específicos, ao estimular a “criação de mecanismos que possibilitem à população o exercício da cobrança e fiscalização da ação do poder público” (Lobo, 1988:19). Para setores mais conservadores, a descentralização, ao transferir atribuições para os níveis subnacionais de governo, significaria a redução do tamanho e da abrangência do aparelho estatal e a diminuição dos déficits. Além disso, era corrente a expectativa que a descentralização ampliasse a eficácia e eficiência das funções administrativas, devido à maior proximidade entre os problemas sociais e as instâncias locais de decisão. A participação e acompanhamento daqueles diretamente interessados na provisão pública implicariam, segundo essa linha de raciocínio, a maximização da racionalidade na definição das políticas e a maior possibilidade de controle social das ações governamentais, ampliando a *accountability* do setor público.

Pelo exposto depreende-se a possibilidade de se compreender a descentralização tanto como parte de uma estratégia de racionalização técnico-administrativa quanto como uma estratégia de democratização. No primeiro caso, temos uma relação entre descentralização e eficiência; no segundo, a descentralização aparece associada a valores políticos como universalização, equidade e capacidade de controle do Estado pela sociedade.

A empiria tem demonstrado, porém, que a descentralização pode gerar resultados opostos aos esperados. Pode, por exemplo, reforçar a desigualdade entre estados e municípios. Pode também não ser suficiente para garantir uma maior eficácia e eficiência das funções públicas, na medida em que tais resultados dependeriam, igualmente, entre

outros fatores, da capacidade técnica e administrativa, dos recursos financeiros e da escala adequada da oferta dos serviços públicos pelos governos subnacionais (Arretche, 1996). No caso brasileiro, a grande maioria dos municípios padece de uma precariedade técnica, administrativa e financeira, sendo que, em muitos casos, a descentralização acaba por fragilizar ainda mais a provisão pública, comprometendo uma escala adequada da oferta de serviços e desarticulando as ações públicas. Ademais, como se sabe, a superação ou minimização das desigualdades regionais exige do governo central a criação de mecanismos de coordenação e de fomento à cooperação intergovernamental e a implementação de políticas compensatórias.

Em suma, o processo de reforma do Estado, notadamente em países federativos, envolve, como se reconhece amplamente hoje, a necessidade de se equacionar graus e mecanismos diversificados de centralização e descentralização, balanço esse que não pode ser definido de forma abstrata e *a priori*⁴, envolvendo um amplo aprendizado e a criatividade dos atores sociais. Especificamente exige uma sintonia entre os entes federados capaz de produzir uma articulação que possa redundar em formas de cooperação vertical e horizontal. Exige uma articulação de funções e o compartilhamento de recursos entre os níveis de governo, de maneira a se criar condições propícias à ampliação da eficácia e da eficiência das políticas públicas.

Tais observações são corroboradas por muitas das avaliações dos desdobramentos do processo de descentralização do Estado brasileiro, processo esse consagrado pela Constituição de 1988. No país, a descentralização fundamentou-se na crença de que a concessão de uma maior autonomia aos governos subnacionais equacionaria, em ampla medida, os problemas das relações intergovernamentais no Brasil, uma vez que, no contexto da redemocratização, destacava-se a questão da hipertrofia do poder da União, em detrimento dos estados e municípios. Com o tempo, porém, ficou evidenciada toda a complexidade do processo de descentralização, complexidade essa magnificada pela grande heterogeneidade da federação brasileira.

⁴ Na verdade, centralização e descentralização não são conceitos e práticas que se excluem mutuamente. O esforço de descentralização demanda necessariamente um certo grau de centralização. Tal situação é definida por Hommes como o “paradoxo da descentralização”: a descentralização exige mais centralização e mais habilidades políticas no nível nacional (apud Tandler, 1999: 43).

Ademais, como tem destacado Arretche (2000), a descentralização no país foi implementada de forma bastante diferenciada nos distintos setores de políticas públicas. No geral, porém, evidenciou-se a falta de planejamento e de coordenação na transferência de funções aos estados e principalmente municípios, sendo uma exceção o caso da política de saúde, cuja descentralização se fez de forma mais planejada e com uma mais eficaz coordenação por parte da União (ver também Almeida, 1995).

A descentralização das políticas públicas se deu, portanto, de maneira heterogênea. Cada área de política tem suas características próprias, mas um problema comum foi o insuficiente equacionamento dos dilemas federativos. Como aponta Jordana para o caso da América Latina, mas em um comentário que serve bem para o caso específico do Brasil,

(...) Em seu conjunto, podemos assinalar que as relações intergovernamentais não se desenvolveram adequadamente na região para dar resposta às novas exigências produzidas pelo incremento da descentralização de muitas políticas públicas nos países da região. Como resultado da falta de novos equilíbrios entre os níveis de governo, persistem situações de “exploração oportunista”, tanto econômica quanto política, de um nível de governo sobre os outros. Esta situação, inclusive, pode chegar a deslegitimar a descentralização e produzir uma crise com relação ao novo modelo. (2003: 11 – tradução nossa)

A *exploração oportunista* pode se dar em temas econômicos, quando, por exemplo, uma unidade de governo gasta de forma a comprometer demandas, necessidades e/ou acordos feitos com outra unidade, e também no que diz respeito aos recursos políticos (quando há discriminação no atendimento de demandas ou na alocação de recursos segundo afinidades políticas, por exemplo). Isso se explica porque na América Latina os mecanismos institucionais de articulação das relações intergovernamentais se encontram pouco desenvolvidos e também, como ressaltam alguns autores, porque seria insuficiente o *capital social* na região. Assim, quando existem práticas de cooperação horizontal, tendem a predominar regras de decisão hierárquicas; quando existem espaços para ajuste mútuo, é recorrente o aproveitamento oportunista.

Podemos afirmar, contudo, que no Brasil a descentralização produziu efeitos positivos no sentido de uma maior racionalização e democratização das políticas públicas. Mesmo sendo experiências muitas vezes limitadas e problemáticas, como hoje se reconhece com mais clareza, foram implementados conselhos setoriais de políticas públicas,

difundiram-se formas de orçamentação participativa, democratizou-se a gestão das escolas públicas, dentre outros experimentos dignos de nota. Porém, contabilizam-se também efeitos negativos, como o fortalecimento de elites regionais pouco republicanas, o acirramento da competição predatória entre entes federados e a falta de cooperação e coordenação intergovernamentais. Tendo como parâmetro as relações federativas, pode-se dizer que a descentralização no país tendeu para o que é designado como “municipalismo autárquico”, dada a crença inicial, muitas vezes implícita, de que os municípios poderiam (e por vezes deveriam) resolver sozinhos os seus problemas. Todavia, a experiência foi mostrando, na prática, tanto a necessidade de uma maior coordenação de políticas e de se repensar a distribuição de recursos, por parte dos estados e União, como também as potencialidades da estruturação de esquemas cooperativos horizontais, formados pelos próprios municípios. Mostrou-se necessária, portanto, uma melhor articulação das relações horizontais e verticais entre os entes federados.

Em processos de descentralização, o caráter das relações intergovernamentais resultante varia segundo uma diversidade de fatores, como as características e modo de funcionamento do sistema político e de suas instituições. No caso brasileiro, em que o federalismo é caracterizado pela existência de três níveis autônomos de governo, as relações intergovernamentais são particularmente complexas, sendo importante a distinção das três instâncias de articulação no sentido vertical (local-intermediário, intermediário-nacional e local-nacional) e das duas de sentido horizontal (local-local e intermediário-intermediário). Além disso, há também a possibilidade/necessidade da articulação simultânea das relações horizontais e verticais, como, por exemplo, local-local-intermediário, local-local-nacional, entre outras.

Como as autoridades políticas são eleitas nos três níveis de governo, essas relações se revestem de singular complexidade, pois passam a envolver também uma lógica político-eleitoral que freqüentemente acaba por pautar as diversas combinações possíveis de relações verticais-horizontais. É importante ressaltarmos que, com o processo de redemocratização, os prefeitos ganham um poder não negligenciável na Federação, sendo o seu respaldo fundamental na trajetória política de importantes atores, interessados tanto em cargos legislativos como em cargos em outros níveis do Executivo, já que os prefeitos são agentes privilegiados de acesso ao eleitorado local. Prefeitos de municípios próximos, ainda

mais quando filiados a partidos concorrentes, ou mesmo se no mesmo partido mas acalentando projetos políticos próprios, acabam por estabelecer relações de competição político-eleitoral.

Colocada nesses termos a questão, um problema que resulta do processo de descentralização é o de como reverter a fragmentação da ação pública resultante. Dados os efeitos deletérios do viés municipalista da descentralização empreendida no Brasil, os municípios se viram na necessidade de “desfragmentar” suas ações. Diversas modalidades de desfragmentação surgiram, como as câmaras, as redes, as agências, as associações, os fóruns, as empresas e as autarquias intermunicipais (Cruz, 2001; Abrucio e Soares, 2001). No entanto, talvez a experiência mais relevante de ação cooperativa horizontal seja a dos consórcios intermunicipais, notadamente aqueles implementados para a provisão de bens e serviços na área da saúde.

A viabilização da cooperação intermunicipal para a produção de políticas públicas é, porém, buscada num contexto em que os municípios tendem a competir em diversos aspectos como, por exemplo, na esfera político-eleitoral. A problemática das relações federativas, que fornece as bases para a discussão do problema aqui apresentado, é objeto de um amplo debate. A seguir buscamos, a partir desse debate, fazer uma apreciação dos fatores que facilitam ou dificultam a cooperação entre os entes federados.

2. Federalismo, Cooperação e Competição

O debate acerca da organização político-territorial do poder voltou, nas últimas décadas, a ganhar centralidade na ciência política, em grande medida como resultado do processo de discussão e implementação da reforma do Estado em diversos países, a qual, via de regra, envolveu a transferência de poder, de atribuições e de recursos para instâncias, agências e/ou níveis de governo subnacionais. Como vimos, a fragmentação resultante do processo de descentralização coloca na ordem do dia a necessidade de cooperação entre os entes federados.

Para efeito de análise, é possível distinguir, no universo das relações federativas, o modelo ou padrão competitivo, que enfatiza a separação entre os níveis de governo, e o

cooperativo, com ênfase no imbricamento entre os níveis de governo. Há no debate sobre o tema uma disputa entre os proponentes dos dois modelos. Os defensores do modelo federativo competitivo realçam o aspecto salutar da concorrência, tida como forma de controle do processo de distribuição de poder. Argumentam que a concorrência possibilitaria o controle mútuo entre os níveis de governo, evitando centralizações de caráter autoritário. Além disso, afirmam que a competição entre os governos redundaria em mais eficiência na gestão pública e na ampliação da responsividade do Estado aos interesses e demandas dos cidadãos, incentivando a inovação no campo das políticas públicas e possibilitando maior autonomia e *accountability*, na medida em que deixa mais clara a divisão de responsabilidades entre os entes federados. Por outro lado, os críticos ressaltam que, em países heterogêneos econômica, política e socialmente, como é o caso do Brasil, o modelo competitivo tem maximizadas as suas fragilidades. Caso governos subnacionais adotem políticas de bem-estar amplas e eficientes, eles acabam atraindo pessoas de outras localidades (efeito *welfare magnets*). Alguns entes federados poderiam deixar de investir em políticas sociais, incentivando sua população a se servir dos serviços fornecidos por outros estados ou municípios (comportamento *free rider*). A implementação de políticas de redistribuição de renda entre regiões também ficaria dificultada. A competição poderia redundar também em guerra fiscal, já que os entes federados podem se valer da possibilidade de conceder isenção fiscal para atrair investimentos, instaurando assim uma dinâmica que acaba por enfraquecer a todos. Além disso, a fragmentação das políticas poderia implicar a perda de eficiência na provisão pública.

O modelo do federalismo cooperativo, por sua vez, centra-se na percepção que os entes federados devem buscar compartilhar ações de políticas públicas. A cooperação, nessa perspectiva, otimizaria as ações públicas e propiciaria a adoção de políticas redistributivas, estimulando uma maior integração entre as políticas públicas, gerando uma maior difusão de informações e experiências e o compromisso quanto à distribuição mais equitativa de custos e benefícios. No entanto, os críticos ressaltam que muitas vezes a cooperação pode redundar em resultados negativos, como: subordinação dos entes mais fracos aos mais fortes; falta de definição mais clara da distribuição das responsabilidades e conseqüente falta de *accountability* do sistema; e falta de estímulo para a inovação nas formas de atuação dos entes federados.

Parece importante, contudo, evitarmos tal tratamento dicotômico do problema, posto que a cooperação não anula a competição e que a vigência de um modelo competitivo não significa a impossibilidade de cooperação. As relações intergovernamentais envolvem, inevitavelmente, uma combinação de ambas as dinâmicas. Segundo Abrucio e Soares, “a obtenção de um equilíbrio entre cooperação e competição depende da constituição de redes federativas, isto é, da criação de instituições, políticas e práticas intergovernamentais que reforcem os laços de parceria entre os entes, sem que se percam o pluralismo e a autonomia característicos da estrutura federativa” (2001:48). Na verdade, a relação competição/cooperação recoloca a mesma tensão que existe entre centralização/descentralização, na medida em que cada um desses extremos só pode ser tratado em referência ao seu oposto. O processo de construção institucional envolve não a escolha de um ou outro desses extremos, mas a definição de como combinar descentralização com centralização e cooperação com competição. No caso brasileiro, o processo de descentralização acabou por privilegiar relações competitivas entre os entes federados. Como compensação aos problemas criados, surge um movimento que busca articular a provisão cooperativa de bens e serviços públicos.

A cooperação, como se sabe, surge da existência de interesses e de problemas comuns que, na percepção dos participantes, podem ser melhor equacionados conjuntamente. Diversos estudos de casos, tanto nacionais como estrangeiros, procuram discutir os fatores que usualmente incidem sobre o sucesso ou insucesso dos esquemas cooperativos. A seguir, tentaremos ressaltar os principais aspectos apontados.⁵

Primeiramente, parece fundamental a existência de regras institucionais que incentivem a cooperação nos planos horizontal e vertical. Entenda-se por isso tanto mecanismos formais (leis e normas, por exemplo) como práticas não formalizadas estabelecidas nos distintos níveis de governo. Nesse sentido, uma dimensão relevante são as regras eleitorais e aquelas que definem o funcionamento dos partidos políticos, pois podem redundar em maior ou menor possibilidade de articulação entre os atores políticos. No caso brasileiro, como se sabe, essas regras potencializam a competição, inclusive intrapartidária. Aqui os deputados são escolhidos em eleições estaduais, sendo a obtenção de recursos

⁵ Baseamo-nos aqui principalmente nos trabalhos de Abrucio e Soares (2001), que estudam a constituição de redes federativas em São Paulo; Gooch (2000), que trata da constituição de consórcios na Suécia; Jordana (2003), que trata do tema na América Latina; Ribeiro e Costa (1999); e Vaz (1997).

públicos para suas regiões eleitorais um fator fundamental de seu sucesso político. Instaure-se assim uma competição para a obtenção desses recursos. Um exemplo contrário é o da Alemanha, onde os parlamentares são escolhidos a partir de listas partidárias nacionais, o que ajuda a desconectar a atuação parlamentar da obtenção de recursos para as localidades. Essa função fica restrita aos executivos e legislativos locais (Abrucio, 2000).

O reforço da capacidade de coordenação dos governos estaduais e federal também é apontado como fator facilitador da implementação de esquemas cooperativos (Abrucio, 2000). A burocracia é tomada, por alguns autores, como fundamental para a cooperação, sendo que as regras de sua seleção, sua motivação e critérios de promoção podem afetar a dinâmica das relações intergovernamentais. Isso, por exemplo, porque a estabilidade dos funcionários pode garantir uma maior sustentabilidade da ação pública e porque um bom serviço administrativo incide sobre a qualidade e impacto da cooperação.

A existência de uma certa tradição de interação e diálogo entre os municípios pode também redundar em uma maior possibilidade de cooperação. Ao contrário, torna-se difícil a cooperação entre municípios com longa tradição de competição. A homogeneidade das culturas política e administrativa também parece incidir sobre a capacidade de sucesso das iniciativas de cooperação. Por exemplo, quando há convergência na percepção das causas, dos impactos e das melhores formas de enfrentamento dos problemas comuns, torna-se muito maior a possibilidade de atuação conjunta. Porém, as variáveis de ordem cultural, como se sabe, usualmente não podem ser modificadas no curto prazo. No caso da relação entre atores com tradições políticas e administrativas diferenciadas, as regras institucionais ganham especial relevância, dado o papel que podem desempenhar na neutralização dessas diferenças.

Uma certa simetria dos parceiros no tocante às variáveis tamanho, poder político e recursos materiais aumenta as chances de cooperação, posto que ficam reduzidos os temores quanto a uma distribuição desproporcional dos custos e benefícios, o que aflige especialmente os atores mais frágeis. Os parceiros mais fortes, por sua vez, podem entender como mais vantajosa a resolução autônoma de seus problemas. Gooch (2000) dá o exemplo da constituição de um consórcio visando a exploração turística do canal de Gotha, na Suécia, quando apenas os municípios com dificuldade de desenvolvimento aderiram. Os municípios industrializados não viram qualquer incentivo para se articularem com os mais

pobres. Nesse caso, como em outros, também foi ressaltado que quanto mais próximos territorialmente os municípios, mais facilitada é a cooperação.

Gooch chama atenção, ainda, que no caso da Suécia as diferenças partidárias não se constituíram como obstáculo tão relevante à cooperação, ao contrário da centralidade dada a esse fator por diversos outros autores. Fatores circunstanciais como personalidade de políticos e burocratas parecem ter sido mais decisivos. Além disso, Gooch constatou que grupos de interesses privados, interessados na implementação de determinadas políticas públicas, no caso o incentivo ao turismo, acabam concorrendo para a cooperação entre os municípios, na medida em que muitas vezes têm capacidade de influenciar o comportamento dos governantes.

Um aspecto bastante difundido, principalmente por autores que examinam casos de busca de cooperação em contextos de superação de regimes autoritários, é a importância da criação de mecanismos de participação da sociedade civil organizada nos diversos níveis de governo. Especificamente, a criação de tais canais de participação tem o potencial de gerar transparência no funcionamento dos esquemas de cooperação e de aumentar a responsividade dos atores políticos.

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

necessários a cada um dos municípios para realizá-la individualmente; e a realização de ações que seriam inacessíveis a uma única prefeitura, como a aquisição de equipamentos de alto custo ou a implementação de políticas públicas de desenvolvimento regional. A cooperação pode ser, assim, uma maneira de se reunir esforços para suprir a carência individual dos municípios em recursos financeiros, tecnológicos e humanos necessários à execução das atribuições que lhes competem.

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

3. Uma Experiência de Desfragmentação: Os Consórcios Intermunicipais de Saúde

Como discutido anteriormente, os problemas decorrentes da descentralização no Brasil, notadamente a fragmentação das políticas públicas, colocam para os municípios a necessidade de que sejam pensadas alternativas ao “municipalismo autárquico”. Os consórcios intermunicipais são uma forma de associação ou união entre municípios, calcada na percepção de um compartilhamento de interesses e propósitos. Muitos autores afirmam que consórcio é necessariamente uma forma de cooperação entre entes do mesmo nível de governo e de natureza pública (Leite, Gomide & Silva, 2001; Santos, 2003), enquanto as câmaras e agências intermunicipais são acordos firmados entre o poder público – não só municipal – e entidades da sociedade civil⁶.

Os consórcios “exigem que os interessados sejam pessoas jurídicas públicas de igual natureza jurídica ou do mesmo nível de governo” (Meirelles, apud Cruz, 2001:17). Eles se diferenciam dos convênios na medida em que nestes “podem associar-se pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado” (Santos, 2003:2). Contudo, mesmo que os

consórcios intermunicipais sejam constituídos necessária e exclusivamente por municípios, eles podem estabelecer parcerias com outras instituições e atores sociais, tais como universidades, sindicatos, ministérios, secretarias estaduais e municipais, associações de empresários, organizações não-governamentais e outras entidades da sociedade civil organizada.

A constituição dos consórcios intermunicipais se dá nos mais diferentes âmbitos e para o exercício de funções diferenciadas, como, por exemplo: recuperação e proteção ambiental; provimento de serviços públicos, como tratamento e destinação do lixo, cultura, lazer, educação e merenda escolar; realização de obras públicas; agricultura; “atividades-meio”, como capacitação profissional e informática; e desenvolvimento sustentável (Cruz, 2001; Vaz, 1997).

A modalidade de consórcio que mais se difundiu no Brasil é aquela que tem por objetivo a provisão de bens e serviços na área da saúde. Um Consórcio Intermunicipal de Saúde é a união ou associação de dois ou mais municípios visando à resolução de problemas do setor e a busca de objetivos comuns mediante a utilização conjunta dos recursos humanos e materiais disponíveis.

A difusão dos consórcios na área da saúde, no Brasil, se deu de forma heterogênea, apesar das ações de coordenação e fomento implementadas pelo Ministério da Saúde. Isso porque a difusão dos consórcios dependeu, em grande medida, do papel exercido pelos governos estaduais. As experiências de maior relevância foram, em ordem de importância, a de Minas Gerais e a do Paraná, justamente pelo comprometimento que os governos desses estados tiveram com a criação dos consórcios.

Embora se tenha notícia de uma ou outra experiência anterior, pode-se dizer que, de maneira mais significativa, os Consórcios Intermunicipais de Saúde surgiram no Brasil no início da década de oitenta. Nesse período, no estado de São Paulo, o governo iniciou um processo de municipalização da saúde, por meio das Ações Integradas de Saúde, ao transferir para os municípios a responsabilidade pela assistência na área. Em virtude principalmente da insuficiência de recursos para responderem sozinhos a tal desafio, alguns municípios do estado se consorciaram (Junqueira, Mendes & Cruz, 1999). No entanto, vai

⁶ Deve-se registrar que no Paraná há uma experiência de associação entre municípios e o governo do estado que é denominada consórcio (SES-PR, 2003).

ser apenas a partir de 1995 que essa forma de cooperação se difunde no país, em grande medida em função da política de incentivo adotada por alguns governos estaduais.

Em princípio, pode-se pensar que os consórcios normalmente surgem por iniciativa dos municípios, expressando uma decisão autônoma no sentido da busca de cooperação horizontal. Porém, freqüentemente é limitado o papel que cabe aos municípios. Os outros níveis de governo tiveram papel relevante na formação dos consórcios intermunicipais de saúde. Nos casos mais exitosos, o incentivo dos governos estaduais foi fundamental para o estabelecimento e consolidação da cooperação entre os municípios⁷. Por seu turno, o Ministério da Saúde buscou legislar sobre o assunto, no sentido de estabelecer parâmetros para a criação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Porém, tudo indica que as ações federais tiveram importância relativamente menor. Ao que parece, o governo federal acabou, na verdade, tentando organizar uma experiência que surgiu da decisão e iniciativa de estados e municípios.

O Ministério da Saúde caracteriza os consórcios intermunicipais como “uma das estratégias essenciais para a melhoria da qualidade dos serviços (...), por considerá-lo um importante instrumento de articulação entre os sistemas municipais” (Brasil, 1997:5). O Ministério chama atenção para os resultados que podem ser alcançados: “melhor distribuição dos recursos; possibilidade de beneficiar maior número de pessoas; e, sobretudo, elevação do nível de satisfação do usuário” (Brasil, 1997:10). Além disso, vê o consorciamento como “um importante instrumento para a consolidação do SUS, tanto no que diz respeito à gestão quanto no tocante à reorientação do modelo da atenção à saúde prestada à população” (Brasil, 1997:11). Considera a prestação de serviços de saúde e a implementação de ações consorciadas como um meio dos municípios atingirem a gestão plena de seu sistema de saúde:

O consórcio também constitui meio eficiente para o alcance de outra meta prioritária que é a habilitação de municípios às condições de gestão descentralizada, especialmente a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Com isso, o Ministério da Saúde, junto com os gestores estaduais e municipais, soma esforços para vencer o desafio representado pela

⁷ Pesquisa de Lima & Pastrana (2000:14-15) demonstrou que para 53% dos consórcios entrevistados no Brasil, há cooperação com as Secretarias Estaduais de Saúde. Esta cooperação pode tomar formas variadas, sendo as seguintes as mais comuns: “repasso de recursos, (...) cessão de equipamentos, estrutura física, recursos humanos e assessoria técnica”, e ainda “fiscalização de contas, controle e avaliação”. Alguns consórcios entrevistados revelam ter recebido apoio estadual durante a sua fase de implementação. Segundo a pesquisa, todos os entrevistados demandaram uma política estadual de apoio aos consórcios.

descentralização da gestão, o que certamente permitirá ao município oferecer ações dirigidas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde da população (Brasil, 1997: 5).

No entanto, as vantagens seriam mais significativas para os municípios menores. Segundo o Ministério da Saúde, para os municípios de pequeno porte o consórcio viabiliza a possibilidade de oferecer à sua população um atendimento de melhor qualidade e de maior complexidade. Oferecer serviços de saúde em todos os níveis representa, para a maioria dos municípios, encargos superiores à sua capacidade financeira, existindo, porém, casos em que a capacidade de oferta dos serviços de saúde não é plenamente utilizada pelos municípios. A prestação de serviços de forma regionalizada evita a sobrecarga do município na construção de novas unidades de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares, na contratação de recursos humanos especializados e na aquisição de equipamentos de custos elevados. O consórcio possibilita ainda uma melhor utilização da rede disponível.

A partir desse diagnóstico favorável ao consorciamento, foram estabelecidos os parâmetros legais para a constituição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Juridicamente, os municípios, de acordo com o Artigo 18 da Constituição de 1988, gozam da mesma autonomia conferida à União e aos estados, podendo, portanto, celebrar consórcios, ainda que as legislações municipais sejam omissas sobre o assunto. A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990), que define a base institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), especifica, em seu artigo 10, que “os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam”, e define, no seu artigo 18, VII, que compete à direção municipal do Sistema Único de Saúde “formar consórcios administrativos intermunicipais”. A Lei 8.080 especifica ainda as competências dos municípios e uma série de requisitos para a organização e funcionamento dos serviços de saúde. A criação do consórcio deve ser fruto de um acordo formalizado entre os gestores municipais, observados os parâmetros legais, notadamente a atenção aos princípios e diretrizes do SUS.

Mais explícita é a Norma Operacional Básica-SUS 01/93, aprovada pela Portaria 545 do Ministério da Saúde, em 20 de maio de 1993, que, ao conceituar a regionalização dos serviços de saúde, afirma que a articulação e mobilização municipal deve levar “em

consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo”. Ao definir critérios relativos ao grau de autonomia dos estados e municípios na gestão dos serviços de saúde⁸, a NOB 01/93 afirma que “estas condições aplicam-se tão somente a municípios, o que não impede a formação de consórcios ou modalidades afins que visem a ampliação de possibilidades políticas, técnicas e materiais do sistema de saúde”. Porém, no caso, deve-se ressaltar que a autonomia do consórcio depende da autonomia das entidades consorciadas: quanto mais autonomia de gestão os municípios tiverem, maior será a autonomia do consórcio.

Os consórcios em saúde têm sido constituídos como organizações da sociedade civil sem fins lucrativos, salvo raras exceções. Necessitam ser aprovados pelas Câmaras Municipais dos municípios participantes e registrados em cartório. Os prefeitos integrantes do consórcio definem o município-sede da parceria e o valor da contribuição de cada município para a manutenção da rede de provimento. A principal fonte de financiamento são recursos do Fundo de Participação dos Municípios, posto que há legislação respaldando a possibilidade de remanejamento desses recursos entre os municípios (artigo 3^o da Lei 8.080).

Como se vê, os consórcios são também percebidos como um dos instrumentos da descentralização das políticas de saúde, já que possibilitam a gestão municipal da saúde, na medida em que a cooperação potencializa a capacidade de provisão dos municípios. Ao mesmo tempo, eles podem se constituir em um dos instrumentos de viabilização das políticas regionais, articulando e compatibilizando as ações de diversos municípios. Os consórcios devem ser associações de caráter suprapartidário e sem fins lucrativos, sendo associação celebrada a partir dos interesses comuns da saúde.

A relação de igualdade entre os municípios é um princípio que deve ser contemplado em sua organização. O consórcio deve se estruturar da seguinte maneira: a partir da criação de um Conselho de Municípios, em geral composto pelos secretários municipais de saúde, que é o nível máximo de deliberação; de um Conselho Fiscal, responsável pelo controle da gestão financeira do consórcio; e de uma Secretaria Executiva,

⁸ São definidos três níveis de autonomia de gestão, que são concedidos segundo critérios previamente

cujo coordenador é indicado pelo Conselho de Municípios. A participação da comunidade deve ser exercida através dos Conselhos de Saúde dos municípios, no sentido da formulação de propostas, apresentação de reivindicações, controle social e fiscalização da execução das ações e serviços definidos no Plano Municipal de Saúde.

O funcionamento dos consórcios também exige articulação nos planos federal e estadual. Essa articulação foi se institucionalizando ao longo dos anos 90, redundando em uma pluralidade de espaços de representação e coordenação, ocupados por representantes dos três níveis de governo, responsáveis pelas políticas públicas de saúde. Nos estados, as atividades desenvolvidas devem estar contempladas na Programação Pactuada Integrada (PPI), de maneira a permitir ao gestor estadual disciplinar a regionalização. A Programação Pactuada Integrada (PPI) deve ser discutida e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), criada pela resolução 637 do Ministério da Saúde, de junho de 1993, formada por representantes das esferas estadual e municipal de governo, com a função de negociar e decidir sobre as questões operacionais do SUS no âmbito estadual. O objetivo é o estabelecimento de um espaço para a definição do planejamento regionalizado de saúde, compatibilizando os planos municipais com os regionais e possibilitando uma melhor utilização da estrutura de atendimento já instalada, na medida em que permite a articulação entre os sistemas municipais. Tudo isso, no entanto, deve expressar a vontade autônoma de cada um dos municípios consorciados, com a garantia da sua autonomia com relação aos governos estadual e federal, e ao próprio consórcio, na medida em que este não se constitui em uma instância superior aos municípios (Brasil, 1997:17). Outras instâncias de organização da saúde nos estados são o Conselho Estadual de Saúde, que deve defender os interesses dos usuários e organizar as conferências estaduais, e o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

No plano nacional, há também diversos esquemas de representação dos setores envolvidos com a saúde. Há o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), representando os secretários estaduais. Esses dois conselhos formam, paritariamente, com representação também do Ministério da Saúde, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), criada pela portaria 1.180 do Ministério da Saúde, de 22 de julho de 1991, que é uma instância de

definidos: gestão incipiente, parcial e semi-plena, com responsabilidades e prerrogativas crescentes.

negociação entre gestores dos três níveis de governo, visando à regulamentação e operacionalização das políticas públicas de saúde no âmbito do SUS.

4. O Caso de Minas Gerais: algumas reflexões exploratórias acerca das possibilidades da cooperação intermunicipal

Como exposto na seção anterior, o governo federal busca fomentar a cooperação intermunicipal na área da saúde através do incentivo à criação de consórcios, divulgando os seus aspectos positivos, estabelecendo orientações gerais e produzindo legislação específica. No entanto, a difusão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde nos anos 90 deveu-se, em grande medida, à ação dos governos estaduais, que buscam coordenar as ações dos municípios na área. No contexto nacional, Minas Gerais é o estado em que a experiência mais se difunde, justamente pela prioridade que o governo estadual dá à cooperação intermunicipal na área da saúde⁹. Nesta seção do trabalho, buscaremos apresentar as origens do consorciamento na área da saúde no estado e analisar a forma como o governo estadual prioriza a constituição dos consórcios, esboçando também algumas hipóteses, baseadas nas informações levantadas até o momento e informadas pela literatura específica, sobre os fatores que facilitaram ou dificultaram o consorciamento no estado.

A criação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais, no início dos anos 90, tem origem em um programa da Faculdade de Ciências Médicas, entidade privada de ensino localizada em Belo Horizonte, que tinha como propósito ofertar aos seus alunos a possibilidade de cursarem a “residência médica”. Buscando criar condições para tanto, o diretor da Faculdade, e posteriormente secretário de saúde de Minas Gerais, José Rafael Guerra, assume a administração de dois hospitais municipais em cidades do interior de

⁹ Em 1999, por exemplo, Minas Gerais é o estado com maior porcentagem de municípios consorciados na área da saúde, 92,4% do total, sendo seguido pelo Paraná, Santa Catarina e Mato Grosso, com, respectivamente, 77,6%, 73,7% e 62,6%. O Brasil apresentava 31,5% dos seus municípios consorciados (Cruz, 2001:74).

Minas Gerais, transformando-os em hospitais universitários, a partir dos quais se originarão os dois primeiros consórcios do estado (Fundação João Pinheiro, 1996).

Ao assumir a administração de um hospital em Moema, em 1993, a Faculdade de Ciências Médicas iniciou o processo de criação do primeiro CIS em Minas Gerais, denominado Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto São Francisco (CISASF), com a participação de 15 municípios, cujos prefeitos eram filiados a uma diversidade de partidos (PMDB, PT, PFL e PSDB). Na verdade, o CISASF tem origem no que Márcio Moreira Alves, em artigo escrito sobre essa experiência no jornal *O Globo*, em 1995, designou como “um erro de planejamento”. A prefeitura de Moema havia construído um hospital com recursos do governo federal, obtidos através de relações clientelistas entre o prefeito e altos burocratas do Ministério da Saúde, que tinha capacidade de atendimento superior à demanda existente no município. Terminada a obra, não havia recursos para a contratação de profissionais para manter o hospital em funcionamento. A Faculdade de Ciências Médicas, que necessitava de infra-estrutura para o projeto de residência médica de seus alunos no interior, propõe então um acordo com a prefeitura para assumir a administração do hospital. A Faculdade passa, então, a fornecer o pessoal especializado necessário para o funcionamento do hospital, o que começa a atrair pacientes de diversos municípios próximos de Moema. Assim, a demanda acaba superando o planejamento inicial, que considerava como potencial usuária apenas a população do município. Foi então realizada uma pesquisa sobre a origem dos pacientes atendidos. A direção do hospital, o prefeito de Moema e o secretário de saúde do município vizinho de Luz entraram então em contato com os prefeitos dos municípios que estavam usufruindo dos serviços, propondo organizarem conjuntamente a oferta dos serviços.

A proposta apresentada foi a de criação de um consórcio intermunicipal, inspirado na experiência do consórcio de Penápolis, implantado em São Paulo na década anterior. A proposta, no primeiro momento, encontrou resistências em função da falta de conhecimento dos prefeitos sobre o significado dessa experiência e porque houve dificuldade de se articular a cooperação entre prefeitos de partidos diferentes. Apesar disso, foi feita uma reunião no município de Lagoa da Prata, com a participação dos prefeitos e de diversos vereadores da região. Nesse encontro, foi exposta a seguinte situação: os serviços hospitalares que estavam atendendo à demanda das populações daqueles municípios

estavam sob a responsabilidade exclusiva de Moema e da Faculdade de Ciências Médicas. A viabilização da continuidade dos serviços dependeria da cooperação entre os municípios cujas populações se beneficiavam daqueles serviços. Diante dos fatos, os prefeitos assinaram um documento de intenções e iniciou-se a primeira experiência de um CIS em Minas Gerais.

A criação do CISASF teve significativo impacto no país. O seu presidente deu entrevistas no *Globo Ciência* e no *Programa Sem Censura*, e o jornalista Márcio Moreira Alves escreveu no jornal *O Globo* um artigo de grande repercussão sobre a experiência. Isso facilitou a obtenção de apoio do governo estadual, consubstanciado no fornecimento de recursos financeiros e técnicos.

A segunda experiência, a do Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto Rio Grande (CISMARG), iniciou-se de maneira semelhante. Em 1992, a direção da Faculdade de Ciências Médicas propõe uma parceria à prefeitura de Santo Antônio do Amparo para transformar a policlínica municipal ali existente em um hospital universitário. O objetivo, também nesse caso, era criar condições para a abertura de vagas de residência médica destinadas aos seus alunos. Como em Moema, após a criação do hospital universitário o fluxo de pacientes da região passa a ser muito grande, o que ficou evidenciado pela implantação de uma linha de ônibus de um município próximo, Campo Belo, com o objetivo principal de transportar pacientes ao hospital. Tal situação, uma vez mais, deu sustentação à percepção de que, se a população dos municípios próximos estava utilizando os serviços, nada mais natural que eles participassem na cobertura dos seus custos. Assim, a direção do hospital, juntamente com o secretário municipal de saúde de Santo Antônio do Amparo, buscou mobilizar os municípios da região no sentido da formalização de uma parceria para a gestão cooperativa dos serviços de saúde. Foi informado aos representantes dos municípios da região que o hospital e o município de Santo Antônio do Amparo não tinham condições de arcar com os custos do atendimento à população de toda a região. Também nesse caso houve, inicialmente, resistências por parte dos prefeitos dos outros municípios, que alegavam a falta de recursos financeiros e de apoio institucional dos outros níveis de governo, além de dificuldade em respaldar uma experiência cujas implicações não conseguiam avaliar em todas as suas dimensões. Porém, a realidade parecia se impor: fazia-se necessário sustentar a oferta dos

serviços para a população da região, o que demandava cooperação. Assim, em 1993 os prefeitos assinam um termo de intenções para a criação do CISMARG, que contava com 21 municípios consorciados.

A partir destas duas experiências, toma impulso a criação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais, particularmente após a posse de Eduardo Azeredo (PSDB) no governo do estado, em 1995. Na verdade, o governo toma como exemplares as duas experiências relatadas acima ao indicar para secretário de estado da saúde o médico José Rafael Guerra, um dos principais responsáveis, quando diretor da Faculdade de Ciências Médicas, pela formação daqueles dois primeiros consórcios. Logo ao assumir o cargo, o secretário de saúde do novo governo estabeleceu três prioridades para a área: a criação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em todo o estado, o Programa de Saúde da Família e a Descentralização e Organização das urgências/emergências. Segundo diagnóstico do próprio secretário, como o SUS em Minas Gerais estava praticamente municipalizado, o papel do Estado seria incentivar os prefeitos, Câmaras municipais e Conselhos Municipais de Saúde a abordar os problemas da saúde de forma cooperativa. O papel da Secretaria Estadual de Saúde (SES) seria divulgar a proposta de formação dos consórcios, assessorar a sua implantação e apoiá-los financeiramente.

Sendo assim, a SES passa a orientar os municípios sobre os procedimentos para a criação dos consórcios e sobre sua estruturação, através: da promoção de reuniões com os prefeitos; do auxílio na elaboração de legislação municipal específica e na aprovação pelas Câmaras Municipais da participação dos municípios; da sugestão de repasse entre 1% e 3% do Fundo de Participação dos Municípios para a manutenção da estrutura administrativa dos CIS; do amparo na elaboração e aprovação pelos prefeitos do estatuto do CIS, na eleição da cidade-sede e do presidente, vice-presidente e secretário geral do consórcio, bem como na criação do Colegiado de Deliberação e Controle, do Conselho Diretor (constituído pelos prefeitos), do Conselho Técnico-Executivo (constituído pelos secretários de saúde) e do Conselho Curador e Fiscal (constituído por um representante de cada Conselho Municipal de Saúde). Para um mais efetivo compartilhamento dos custos, os CIS poderiam, conforme a orientação da secretaria, criar uma câmara de compensação. O secretário alertava ainda para a possibilidade de que os municípios mais fortes politicamente alocassem em sua jurisdição os recursos obtidos, em detrimento dos interesses e

preferências dos municípios mais fracos, o que seria um fator potencialmente conflitivo. A construção de hospitais e a alocação de equipamentos, serviços e profissionais deveriam ser definidas por critérios técnicos como localização, infra-estrutura e demandas específicas dos municípios, buscando a desconcentração dos recursos e dos benefícios da implantação dos serviços consorciados.

No sentido de fomentar a criação dos consórcios, a SES argumentava que a cooperação entre os municípios seria vantajosa porque:

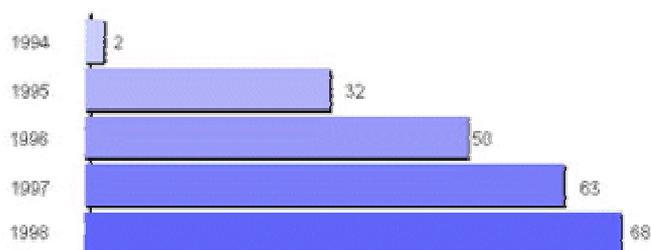
“a) permite que a população seja tratada na própria região, sem a necessidade de deslocamento para os grandes centros; b) viabiliza o acesso dos usuários do SUS à moderna tecnologia médica; c) reduz a ociosidade dos equipamentos, permitindo economia dos recursos financeiros; d) facilita a troca de experiências administrativas, técnicas e científicas entre os municípios; e) auxilia na captação de recursos para a região; f) permite a uniformização na política de pessoal, realizando concursos de admissão conjuntos, com planos de cargos e salários semelhantes, para evitar concorrência regional, além de permitir o treinamento de recursos humanos integrado; g) permite a elaboração de programação orçamentária conjunta e planos municipais de saúde com linhas básicas de ação semelhantes, facilitando a elaboração destes procedimentos; h) facilita o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência; i) permite o desenvolvimento de mecanismos de avaliação e controle comuns; j) maximiza a utilização dos recursos e diminui o custo da compra e contratação de serviços, medicamentos e materiais médico-hospitalares, através da economia de escala, podendo ser feitos processos licitatórios comuns.” (Coelho & Veloso, 1997:37)

Porém, a ação do governo estadual não se limitou à difusão do ideário cooperativo na área e ao fornecimento de informações para a criação dos consórcios. Como forma de pressão, o secretário de saúde acenou com a possibilidade de liberação de recursos estaduais para o setor e definiu que negociaria apenas com municípios consorciados. A alardeada convicção do secretário acerca da importância dos consórcios para a gestão da saúde não obscurece, contudo, os objetivos político-eleitorais de sua atuação. O secretário buscou capitalizar a rápida difusão da experiência de cooperação no estado de Minas Gerais para se eleger deputado federal, no final dos anos 90. Os consórcios apareciam como a marca da sua gestão, viabilizando ainda negociações políticas com blocos de municípios. Na verdade, a liberação de recursos financeiros e materiais foi negociada com os consórcios

no período anterior às eleições, tendo sido, ao que parece, influenciada por objetivos político-eleitorais.

Cabe destacar ainda, como demonstram os dados apresentados abaixo, que a meta do governo estadual de difundir os consórcios foi, pelo menos formalmente, bem sucedida.

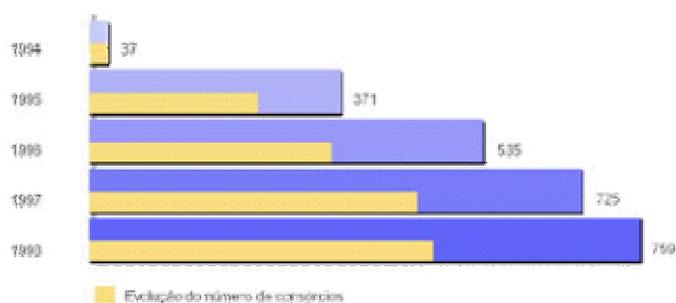
Consórcios implantados em Minas Gerais



Consórcios implantados

1994	2
1995	32
1996	50
1997	66
1998	70 (outubro)

Municípios beneficiados



Municípios Beneficiados

Ano	Municípios	Consórcios implantados
1994	37	2
1995	371	32
1996	535	50
1997	759	66
1998	786	70 (outubro)

População Beneficiada



População Beneficiada

Ano	Habitantes
1994	489.000
1995	6.434.357
1996	8.978.848
1997	11.203.126
1998	12.387.509 (outubro)

Uma avaliação detalhada da experiência de Minas Gerais, que leve em consideração as questões federativas mais abrangentes, ainda está por ser feita. Minas Gerais é um estado fortemente heterogêneo, tendo experimentado a cooperação entre municípios com as mais diversas características. De forma geral, com as informações levantadas até o momento, pode-se afirmar que os resultados alcançados na cooperação intermunicipal na área de saúde são igualmente heterogêneos. Há casos em que a cooperação se institucionalizou e se mantém apesar de todas as dificuldades, e há casos em que o consorciamento limitou-se a uma mera formalidade, não se concretizando em cooperação efetiva. O governador que sucedeu Eduardo Azeredo, Itamar Franco, praticamente ignorou os consórcios, ao que parece por motivos políticos, já que a experiência aparecia como uma forte marca da atuação do governo anterior, seu adversário político no estado. Apesar da postura refratária do governo do estado, algumas avaliações têm mostrado que diversos consórcios continuaram funcionando satisfatoriamente.¹⁰

Uma questão analítica importante é a necessidade de se determinar os fatores que facilitam ou dificultam a implementação de experiências bem sucedidas de cooperação. Com as informações ainda precárias que foram levantadas até o momento, e retomando parte da discussão anterior, buscaremos esboçar algumas hipóteses para a explicação do fenômeno. Seguem-se, portanto, algumas breves reflexões sobre o caso apresentado:

1. Consórcios compostos por municípios mais homogêneos em termos de população, recursos financeiros e poder político parecem ter maiores condições de darem certo. Algumas experiências mostram que a assimetria entre os municípios consorciados acaba levando os municípios mais fortes a tentar submeter os mais fracos, capitalizando para si os efeitos positivos da cooperação. Esse foi o caso, por exemplo, do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (CISMEP), do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Doce (CISDOCE) e do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paraopeba (CISAP), em que, respectivamente, os municípios de Betim, Governador Valadares e Conselheiro Lafaiete acabaram agindo de forma a subjugar os

demais municípios aos seus interesses, gerando relações competitivas no interior dos consórcios. Outro exemplo desse tipo de dificuldade é o do Consórcio Intermunicipal de Saúde das Vertentes (CISVER). Quando das negociações para a sua formação, o município de São João Del Rei tentou fazer prevalecer, ao contrário da disposição dos municípios menores, o seu interesse em indicar o dirigente do consórcio. Tal exigência acabou redundando na exclusão do município do arranjo cooperativo.

2. No geral, o que a experiência mostra é que estabelecer as bases de cooperação é um processo de aprendizado envolvendo tanto políticos como técnicos. Os depoimentos tomados para a pesquisa sugerem que os atores envolvidos no processo vão progressivamente estabelecendo confiança nos seus relacionamentos, constituindo assim um requisito fundamental para a institucionalização e efetivação da cooperação. Há casos em que os políticos se afastam do processo, reforçando a posição dos técnicos (a exemplo do ocorrido no Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto Rio Grande-CISMARG), e outros em que os políticos mantêm a posição preponderante no processo, mas se vêm constrangidos ou incentivados a superar os obstáculos oriundos de suas diferenças político-partidárias. Parecem estar esboçadas, aqui, duas formas distintas de se superar as dificuldades políticas para a cooperação. Em nenhum momento, porém, deve-se pensar que a competição no campo político fique neutralizada. Um fator potencialmente conflitivo continua sendo a possibilidade de partidarização das relações entre as lideranças municipais. A saída é deixar a gestão dos consórcios sob responsabilidade dos técnicos ou então direcionar as disputas políticas para outra esfera, como a da Associação dos Municípios. Em alguns casos, porém, a politização acabou redundando no fracasso da cooperação, como no caso do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto do Rio Verde Grande (CISARVG).
3. A cooperação intermunicipal é problemática na medida em que exige acordo entre atores que, pela lógica político-eleitoral, são concorrentes. Porém, as características objetivas da área de saúde, assim como aquelas da gestão dos recursos naturais, tendem a demandar a cooperação, pois, no caso específico, a adequação da oferta dos serviços e a necessidade de se gerar ganhos de escala em alguns procedimentos envolvem necessariamente questões que extrapolam os limites das divisões político-territoriais. A

¹⁰ Não há uma avaliação mais precisa sobre a continuidade no funcionamento dos consórcios. Porém, técnicos

impossibilidade de se negar acesso à população quando está clara a existência de uma estrutura de oferta é fator que contribui para a busca de neutralização da disputa político-eleitoral. No caso em questão, a incapacidade de cooperação pode produzir situações nas quais todos os principais atores políticos perdem. A título de ilustração, podemos mencionar os seguintes casos: o do CISMEP, do CISMARG e do CISASF. No CISMARG, por exemplo, a população do município de Bom Sucesso fez pressão para que o prefeito entrasse no consórcio, possibilitando à população o acesso aos serviços ofertados.

4. O funcionamento dos consórcios depende das características da política municipal. Em casos mais bem sucedidos, para que o consórcio fique menos vulnerável aos interesses políticos, os seus executivos buscam pautar suas decisões por critérios técnico-instrumentais, visando preservar a experiência contra ingerências político-eleitorais. O fato é que resultados satisfatórios para os usuários/eleitores favorecem a agregação das elites e dos formadores de opinião locais, neutralizando em alguma medida a fragmentação de interesses. O cálculo de custo-benefício informa que uma oferta mais eficiente dos serviços de saúde, e portanto a cooperação, é mais vantajosa que a disputa política. Mesmo assim, o problema da governabilidade dos CIS está na disputa pelo bônus político por parte de alguns municípios, mais especificamente os que sediam o CIS ou que ofertam os principais serviços. Em alguns casos abordados, a solução encontrada foi desconcentrar a oferta, visando distribuir o bônus político.
5. Outro elemento que fomenta a cooperação é a necessidade de se potencializar o poder de negociação dos municípios, geralmente pequenos, com as outras instâncias de governo e com fornecedores privados. Um exemplo desse caso é o CISVER.
6. A ação indutora dos níveis superiores de governo parece extremamente importante, ainda que em Minas Gerais as duas primeiras experiências de consorciamento na saúde (CISASF e CISMARG) tenham sido criadas sem este tipo de respaldo. Nos demais casos, no entanto, o papel do governo estadual foi fundamental. Como vimos, o governo federal dá as coordenadas gerais, mas o papel central na criação dos consórcios foi do governo do estado, que tornou prioritária a difusão pelo estado das experiências de cooperação. Para atingir tal objetivo, o governo estadual atuou difundindo

informações e, principalmente, induzindo a formação dos consórcios ao tomar a sua constituição como requisito para a negociação e repasse de recursos. Com a progressiva consolidação da cooperação na provisão de bens e serviços na área da saúde, é criado o Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (COSECS), em 1997, que tem a função de assessorar e representar o conjunto dos consórcios. Deve-se, no entanto, registrar que a indução dos governos federal e estadual pode ir de encontro à idéia do consórcio como uma forma de cooperação intermunicipal ascendente, que parte dos municípios. Porém, se na maioria dos casos o governo do estado teve papel fundamental, em vários deles a experiência local ganha dinâmica própria, com os municípios assumindo o funcionamento dos consórcios de forma praticamente autônoma.

7. O objetivo dos governos federal e estadual com a criação dos consórcios, vistos como forma de regionalização da política de saúde, tem uma série de outras implicações. O estado regionaliza sua atuação na área de saúde através de delegacias regionais. Porém, os municípios, partindo de suas características locais e do reconhecimento de suas dificuldades, acabam muitas vezes, ao constituir os consórcios, sobrepondo uma outra regionalização à divisão definida pelo governo estadual. A questão passa a ser, então, como compatibilizar os consórcios com as delegacias regionais de saúde. Como a indicação dos delegados é geralmente feita segundo critérios político-partidários, estabelece-se muitas vezes uma competição entre os consórcios e a delegacia na definição das diretrizes regionais para a saúde. Nos casos em que os consórcios são mais coesos, seus dirigentes começaram a agir no sentido de influenciar a própria indicação dos delegados regionais, objetivando criar condições para um trabalho mais harmônico. Além disso, um problema técnico relevante é como estabelecer uma regionalização que contemple efetivamente as necessidades dos municípios, e como adequar essa regionalização à divisão criada pelos consórcios, que são frequentemente constituídos a partir de afinidades “naturais” entre os municípios, nem sempre consideradas pela gestão estadual.
8. Como também apontado por Gooch (2000) para o caso da Suécia, uma questão que parece ter tido grande relevância, na experiência de Minas Gerais, é a centralidade assumida por fatores circunstanciais como o comprometimento pessoal de políticos e

burocratas na constituição dos consórcios. No caso de Minas Gerais, fica evidente o compromisso de alguns funcionários das secretarias estadual e municipais de saúde na constituição dos consórcios, com conseqüências significativas para o seu funcionamento e sustentabilidade. A ação de lideranças políticas, em geral oriundas da área da saúde, também parece ter sido crucial. Um caso exemplar é a formação do CISVER. Diante da orientação do secretário Rafael Guerra no sentido da formação de consórcios, o delegado de saúde da região, um político ligado ao PSDB, numa atitude de descrença com a experiência, repassa a uma técnica a função de cuidar do assunto. Ao mesmo tempo, o prefeito do município de Resende Costa, um médico do PT, assume a idéia e busca aglutinar os outros prefeitos da região para a formação do consórcio. A criação do CISVER se deve, em grande medida, ao empenho de uma técnica da área da saúde e de um prefeito de um partido contrário ao do governo estadual.

9. Na literatura é dada muita ênfase na criação de espaços de representação da sociedade civil junto aos consórcios. Isso implicaria maior transparência das suas atividades e maior controle das suas ações, facilitando assim a cooperação entre os municípios. No caso abordado, as informações apontam para a ausência ou precariedade da institucionalização desses espaços junto aos consórcios.
10. Na relação entre os consórcios, os estados e a União, a existência de organismos colegiados, como as comissões intergestoras bipartite e tripartite, parece favorecer o maior equilíbrio nas relações intergovernamentais. Há indícios de que esses espaços são efetivamente utilizados com o objetivo de compatibilização das ações dos três níveis de governo.

5. Breves Comentários Finais

Alguns comentários podem ser ensaiados a partir das questões sumariamente desenvolvidas na seção anterior. Em primeiro lugar, o desenho das instituições estatais não é algo que possa ser tomado exclusivamente a partir de um modelo pronto. A construção das instituições envolve experimentação criativa, referida às características e peculiaridades de cada caso específico. Como visto, o processo de descentralização no país trouxe

resultados positivos, mas também gerou problemas como fragmentação das políticas e competição predatória entre os entes federados. Os fatos parecem demonstrar que o que deve haver é um equilíbrio entre autonomia municipal e coordenação centralizada. O grande problema, no entanto, é como implementar e sustentar a cooperação entre atores fortemente heterogêneos. Em outras palavras, o problema é como garantir esquemas de cooperação que teoricamente envolvem municípios autônomos, mas que na prática podem redundar na acentuação de assimetrias, posto que os municípios mais fortes tendem a impor seus interesses aos mais fracos. Há também a possibilidade que os estados imponham as suas prioridades e interesses específicos sobre os arranjos cooperativos intermunicipais.

Como vimos, estudos empíricos indicam alguns fatores que podem facilitar ou dificultar a cooperação. No entanto, não se pode cair na tentação da elaboração de fórmulas genéricas, posto que cada caso apresenta suas especificidades. Ademais, fatores circunstanciais têm um papel explicativo importante para o sucesso da cooperação e devem, portanto, ser considerados.

O processo de reestruturação das instituições estatais ou, mais especificamente, de definição de relações federativas que sejam virtuosas, exige experimentação e criatividade dos atores políticos. Exige também o aprofundamento das pesquisas, visando fornecer um conhecimento mais preciso sobre um processo ainda tão pouco explorado.

BIBLIOGRAFIA

- ABRUCIO, Fernando L. *Os Laços Federativos Brasileiros: Avanços, Obstáculos e Dilemas no Processo de Coordenação Intergovernamental*. Tese de Doutorado, Departamento de Ciência Política/USP, 2000.
- ABRUCIO, Fernando L. & SOARES, Márcia M. *Redes Federativas no Brasil: Cooperação Intermunicipal no Grande ABC*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001.
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. "Federalismo e Políticas Sociais". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, No. 28, 1995.

- ARRETCHE, Marta. “Mitos da descentralização. Mais democracia e eficiência nas políticas públicas?” *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, No. 31, ano 11, pp 44-66, 1996.
- _____. *Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização*. Rio de Janeiro, Revan, São Paulo, FAPESP, 2000.
- BRASIL. *O Consórcio e a Gestão Municipal da Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.
- COELHO, José Rafael Guerra Pinto & VELOSO, Cid. “Consórcios intermunicipais de saúde em Minas Gerais”. *Divulgação em saúde para debate*, Vol. 17, mar.1997. pp.36-8.
- CRUZ, Maria do Carmo Meirelles T. *Consórcios Intermunicipais: uma alternativa de integração regional ascendente*. São Paulo: Pólis, 2001.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (FJP). *Avaliação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde dos Municípios das Microrregiões do Alto Rio Grande e do Alto São Francisco*. Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, março de 1996.
- GOOCH, Geoffrey D. “East is East and West is West: Municipal Co-operation and Regional Networks Around the Gotha Canal”. Linköping/Sweden: Linköping University, Living Waterways Conference, 2000.
- JORDANA, Jacint. “Las relaciones intergubernamentales en la descentralización de las políticas sociales”. Barcelona, Universitat Pompeu Fabra, mimeo, 2003.
- JUNQUEIRA, Ana Thereza Machado; MENDES, Áquila Nogueira & CRUZ, Maria do Carmo Meirelles Toledo. “Consórcios Intermunicipais de saúde no estado de São Paulo: situação atual”. *Revista de Administração de Empresas*, Vol. 39, No.4, out./dez. 1999, pp. 85-96.
- LEITE, Carlos Corrêa; GOMIDE, Cristina de Mello & SILVA, Isabete Gabriel da. “Consórcios Intermunicipais: Modelo Organizacional”. In: FUNDAÇÃO PREFEITO FARIA LIMA – CEPAM. *Consórcio Intermunicipal: uma forma de cooperação intermunicipal. Estudos, pareceres e legislação básica*. São Paulo, ano I, No. 2, jan/2001. pp. 48-58.
- LIMA, Ana Paula G. & PASTRANA, Rosa. *Perfil dos consórcios intermunicipais de saúde do estado de Minas Gerais*. Relatório de Pesquisa. Brasil. Ministério da Saúde.

- OPAS, 2000a. Disponível na internet em <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3840.pdf>. Capturado em 28/03/03.
- _____. *Diagnóstico da situação atual de consórcios intermunicipais de saúde no Brasil*. Relatório de Pesquisa. Brasil. Ministério da Saúde. OPAS, 2000b. Disponível na internet em www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3840.pdf . Capturado em 28/03/03.
- LOBO, Thereza. "Descentralização - uma alternativa de mudança". *Revista de Administração Pública*, Vol. 22, No.1, 1988.
- RIBEIRO, José Mendes & COSTA, Nílson do Rosário. **Consórcios Municipais no SUS**. IPEA, *Texto Para Discussão*, No. 669, 1999.
- SANTOS, Lenir. **Consórcio administrativo intermunicipal: aspectos gerais, suas especificidades em relação ao Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas, 2000. Disponível na internet via <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3880.pdf>. Capturado em 22/05/2003.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (SES-PR). *Consórcios Intermunicipais*. Disponível na internet em www.saude.pr.gov.br. Capturado em 22/06/03.
- TENDLER, Judith. "Mitos da Reforma do Estado e da descentralização: conclusões de um estudo de caso no Brasil". In: MELO, M.A. (Org.). *Reforma do Estado e Mudança Institucional no Brasil*. Recife, Ed. Massangana, 1999.
- VAZ, José Carlos. "Consórcios Intermunicipais". *Revista DICAS: Idéias para a Ação Municipal*, No. 97, 1997.