

# MUNICÍPIOS COOPERANDO COM MUNICÍPIOS

## relações federativas e consórcios intermunicipais de saúde no Estado de São Paulo

---

VANESSA ELIAS DE OLIVEIRA

**Resumo:** O trabalho analisa o Consórcio de Saúde do Alto Vale do Ribeira, descrevendo seu desenho institucional e analisando os resultados e as principais transformações ocorridas na rede de serviços dos municípios consorciados, após sua implementação.

**Palavras-chave:** Municípios. Consórcios intermunicipais de saúde. Relações intergovernamentais.

**Abstract:** This work analyses the "Alto Vale do Ribeira" Health Consortium, describing its institutional design and analyzing the outcomes and transformations occurred in the health services' net of the involved municipalities, after its introduction.

**Key words:** Municipalities. Inter-municipal health consortia. Intergovernmental relations.

tema do federalismo ganhou grande importância na ciência política brasileira a partir da Constituição de 1988, em função da descentralização promovida por aquela Carta e da elevação dos municípios ao *status* de ente federado, num desenho institucional inédito entre os países federativos. Entretanto, ainda que tenham ganhado proeminência no cenário nacional, os municípios não têm recebido grande destaque pela literatura acadêmica, e os trabalhos que tratam da descentralização e do federalismo no Brasil tendem a voltar sua atenção apenas para os dois níveis de governo analisados pela literatura internacional sobre federações, isto é, governo central e governos subnacionais – entendidos como os governos estaduais. Por sua vez, a parca literatura existente sobre poder local foca-se mais na dinâmica interna dos municípios do que nas suas relações com as demais esferas de governo. No mesmo sentido, as relações intergovernamentais não têm merecido destaque e, conseqüentemente, as formas de cooperação intergovernamentais, tais como consórcios, agências e câmaras setoriais, não são temas analisados em profundidade no Brasil, principalmente no que se refere aos resultados obtidos pelas experiências existentes. Embora haja alguns trabalhos inovadores e relevantes, como o de Abrucio e Soares (2001) e o de Rocha e Faria (2004), os poucos existentes não se aprofundaram na questão dos resultados obtidos pelas experiências de consorciamento ou outras formas de cooperação intergovernamental, atendo-se à descrição dos consórcios em termos de sua estrutura administrativa e jurídica, ou das questões políticas que envolveram suas institucionalizações.

Todavia, considerando que um dos aspectos centrais dos sistemas federativos é justamente a cooperação entre os níveis de governo, somada à sua independência, conforme apontou Wheare (1964), a questão da co-

ordenação intergovernamental torna-se crucial para o entendimento do funcionamento dos sistemas federativos, sendo que os tipos de cooperação existentes e os resultados alcançados são peças-chave para a compreensão das federações.

O presente trabalho<sup>1</sup> objetiva trazer uma contribuição à literatura sobre federalismo e relações intergovernamentais no Brasil, através do estudo de caso do Consórcio de Saúde do Alto Vale do Ribeira (Cisavar),<sup>2</sup> chamado de Consórcio de Apiaí, procurando compreender os resultados alcançados no provimento dos serviços de saúde da região e demonstrando que o principal ganho gerado pela introdução do consórcio não foi apenas a *ampliação da oferta dos serviços especializados*, através do melhor aproveitamento dos serviços já existentes (diminuição da ociosidade do hospital-sede), mas também a *diminuição do comportamento free-rider* por parte dos municípios vizinhos, menores e com menos serviços disponíveis, que passaram a contribuir com recursos financeiros para o hospital ao qual já encaminhavam pacientes, mas não recursos, e o *aumento do poder de barganha dos municípios envolvidos junto ao governo estadual*, levando recursos à região que dificilmente seriam obtidos caso os solicitassem isoladamente.

Justifica-se a escolha desse consórcio pelo fato de estar inserido em uma das regiões mais pobres do Estado e, portanto, onde a escassez de serviços, principalmente os especializados, deve ser minorada. Tendo em vista que um dos principais objetivos dos consórcios é justamente superar essa carência, considerou-se ser essa uma região propícia para o estudo dos efeitos da utilização desse instrumento.

Com isso, busca-se introduzir ao debate os efeitos reais produzidos pela cooperação intergovernamental entre municípios, os quais podem alterar os alcances das políticas públicas locais e, portanto, gerar diferenças significativas nos resultados dessas políticas no contexto da descentralização brasileira pós-1988.<sup>3</sup> Enfim, pretende-se demonstrar como a variável “cooperação intergovernamental” é relevante e deve ser levada em consideração nos trabalhos sobre os efeitos da descentralização das políticas públicas/sociais no Brasil.

O intuito deste trabalho não é analisar o desenho federativo brasileiro em todos os seus aspectos (so-

cial, fiscal, político, etc.), mas sim apenas no que se refere à cooperação intergovernamental e aos resultados dela decorrentes no caso estudado. Para tal, analisam-se, primeiramente, aspectos gerais das federações e o modelo de federalismo adotado pela Constituição de 1988, em especial a descentralização. Em seguida, são descritos os Consórcios Intermunicipais de Saúde em seus aspectos legais, estruturais e organizacionais, bem como suas formas de financiamento e principais objetivos. Na seqüência, apresenta-se um mapeamento dos consórcios no Estado de São Paulo para, por fim, focalizar o caso do Consórcio de Saúde do Alto Vale do Ribeira – Cisavar, analisando os resultados no provimento de serviços públicos de saúde à população da região.

## FEDERAÇÕES E O FEDERALISMO BRASILEIRO PÓS-1988

Existem hoje no mundo 25 países federativos,<sup>4</sup> além de outras “quase federações”, ou seja, países amplamente descentralizados, mas que não são federações formais, constitucionalizadas. Todas essas nações apresentam como característica comum a ampla heterogeneidade, seja cultural, religiosa, lingüística ou socioeconômica, sustentada pela capacidade de manter a unidade na diversidade, conforme sugere Elazar (1987), o que significa a capacidade de manter a unidade territorial com a preservação da autonomia local e, portanto, das diferenças regionais existentes.

De acordo com Elazar (1987, p. 5, grifo nosso), um dos principais teóricos do federalismo:

*um arranjo federal é uma parceria, estabelecida e regulada por um pacto, cujas conexões internas refletem um tipo especial de divisão de poder que deve prevalecer entre os parceiros, baseada no reconhecimento mútuo da integridade de cada um e no esforço de desenvolver uma unidade especial entre eles.*

Sendo assim, apreende-se que as federações são sistemas que dependem fortemente de mecanismos de coordenação e cooperação entre os níveis de governo, e a grande dificuldade a ser superada encontra-se no compartilhamento de funções e responsabilidades en-

tre entes federativos, que, dada sua natureza autônoma, só cooperam com os demais se assim o desejarem, nas circunstâncias que lhes forem convenientes.

No Brasil, tal dificuldade é agravada pelo fato de que, ao contrário das demais federações existentes, não são apenas dois os entes federados autônomos – Estados e governo federal, mas sim três, somando-se a estes os municípios. Esse “federalismo tri-no” brasileiro não apenas descentralizou as políticas públicas, repassando aos municípios recursos financeiros e responsabilidades sobre o provimento de serviços sociais, como também lhes concedeu autonomia decisória, cabendo-lhes a escolha sobre as políticas a serem implementadas e os recursos que a elas serão alocados, ainda que dentro de certo limite constitucional, nos casos da saúde e educação.<sup>5</sup> Nesse contexto, em concordância com Abrucio e Soares (2001, p. 26, grifo nosso), por descentralização entende-se:

[um] *processo político que resulta em transferência e/ou conquista de autonomia em termos de poder decisório, sendo diferente, portanto, da mera delegação de funções administrativas.*

Embora a descentralização tenha sido percebida, no momento de sepultamento do longo regime autoritário brasileiro que vigorou de 1964 a 1982, como uma fórmula mágica de democratização e geração de acesso a políticas sociais universais, a literatura sobre o tema a discute como um mecanismo que apresenta vantagens e desvantagens. Entre as primeiras, estão: a chamada “democratização do poder local”, ou seja, a proximidade dos governos em relação aos cidadãos, resultando (teoricamente) em crescimento da participação política; o aumento da eficácia e da eficiência da ação governamental, através da diminuição dos custos de transação que envolve a centralização excessiva de recursos e atribuições, como, por exemplo, a compra centralizada de medicamentos, para posterior distribuição aos 5.560 municípios;<sup>6</sup> e o incentivo a inovações administrativas, com base na idéia de que os governos locais seriam mais responsivos às políticas adotadas localmente, em função de interesses eleitorais, o que os levaria a encontrar novos cami-

nhos e soluções criativas aos problemas locais. Por outro lado, a descentralização pode gerar o aumento do poder das oligarquias locais, ou ainda agravar as desigualdades regionais, principalmente em países que não possuem mecanismos compensatórios, de transferências de recursos das regiões mais ricas para as mais pobres, como a Índia e o Brasil (ABRUCIO; SOARES, 2001). Deve-se ainda acrescentar às desvantagens da descentralização, embora a literatura não aprofunde essa questão, o mau uso dos recursos públicos em países com pouca ou nenhuma capacidade de auditoria e fiscalização das ações dos governos subnacionais.

No Brasil, a descentralização tem promovido resultados diversos, conforme a política social em questão. Arretche (2000, 2002) demonstrou que, enquanto a saúde e a educação alcançaram um alto grau de descentralização, políticas como habitação e saneamento básico ainda não conseguiram o mesmo desempenho. Esse fato explica, ao menos em parte, a razão pela qual a saúde é a área em que as experiências de cooperação intergovernamental mais se desenvolveram, em especial os Consórcios Intermunicipais de Saúde: amplamente descentralizada, alguns gestores municipais do SUS encontraram no consorciamento uma forma de superar as dificuldades enfrentadas na provisão local (e “individualizada”) dos serviços públicos de saúde.

### AS (ESCASSAS) EXPERIÊNCIAS DE COOPERAÇÃO INTERGOVERNAMENTAL NO BRASIL

A década de 1990 presenciou um aumento no número de experiências de cooperação intermunicipal, sejam estas autônomas, iniciadas pelos próprios governos municipais, ou induzidas pelos governos estaduais. Embora sem demonstração empírica, Rocha e Faria (2004) apontam, como efeitos positivos da cooperação, o aumento da capacidade de realização e o alcance das políticas públicas; a maior eficiência no uso dos recursos públicos; e maior poder de negociação dos municípios diante dos demais níveis de governo e a de outras instituições, públicas ou privadas. Nas palavras dos autores:

*a cooperação pode ser, assim, uma maneira de reunir esforços para suprir a carência individual dos municípios em recursos financeiros, tecnológicos e humanos necessários à execução das atribuições que lhe competem* (ROCHA; FARIA, 2004, p. 16).

Os Consórcios Intermunicipais são apenas uma das formas existentes de cooperação intergovernamental, podendo citar ainda as Câmaras Setoriais, as Associações, as Agências e as Redes de Cooperação. Entre os consórcios existentes no Brasil, os de saúde são os mais difundidos, conforme apontou o Instituto Polis (apud BNDES):<sup>7</sup>

*A operação conjunta da rede pública de serviços de saúde tem sido o motivo da criação de vários consórcios municipais nos últimos anos. Isto porque é um tipo de serviço que exige grandes investimentos e que naturalmente é hierarquizado em rede por demanda: um município de pequena população não terá condições (nem fará sentido que o faça) para oferecer todo o leque de serviços possíveis e necessários.*

Neste artigo, os Consórcios Intermunicipais de Saúde – CIS serão tratados como:

*a união ou associação de dois ou mais municípios visando a resolução de problemas do setor e a busca de objetivos comuns, mediante a utilização conjunta de recursos humanos e materiais disponíveis* (ROCHA; FARIA, 2004, p. 17).

Os CIS estavam previstos na Lei Orgânica da Saúde – LOS, de 1990, segundo a qual os municípios podem estabelecer consórcios com o objetivo de desenvolver ações e serviços de saúde, competindo à administração municipal do SUS a formação do que a LOS chama de “consórcios administrativos intermunicipais”. Em seguida, através da Norma Operacional Básica da Saúde de 1993 (NOB 01/93), a formação de consórcios entrou novamente em questão, ficando estipulado que os municípios deveriam levar em consideração, na formação dos consórcios,

*[as] 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.*

Todavia, nenhuma norma ou lei especificava o tipo de regime jurídico, a natureza ou obrigações dos municípios consorciados, e esses eram os únicos instrumentos legais que tratavam do consorciamento. Portanto, cabia aos municípios que firmavam o consórcio o estabelecimento das regras que o regeriam.

A primeira experiência de CIS surgiu em 1985, no Estado de São Paulo, com o Consórcio de Saúde de Penápolis, o qual serviu de modelo para outros que surgiram posteriormente. Dada a ausência de regulamentação específica, os consórcios que foram criados ao longo dos anos 1990, em geral, reproduziam modelos já existentes, sem grandes inovações estruturais, contando apenas com pequenas adaptações locais, em especial quanto ao escopo, ou seja, quanto à finalidade última do consorciamento e, paralelamente, com a delimitação dos recursos que seriam abrangidos pelo consorciamento. Grosso modo, a maioria dos consórcios tem como principais aspectos legais:

- a necessidade de aprovação pelas Câmaras Municipais de todos os municípios participantes e o posterior registro em Cartório;
- a definição, pelos prefeitos, do município-sede e do valor da contribuição de cada parceiro para sua manutenção;
- a principal fonte de financiamento é proveniente do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), visto que a Lei n. 8.080/90 (LOS) possibilita a utilização de recursos do Fundo para esse fim (artigo 3º);
- em geral, os CIS acordam que o município-sede do consórcio, quase sempre o maior e com mais recursos instalados, contribua com o dobro do percentual do Fundo de Participação destinado pelos demais municípios (por exemplo, o município sede contribui com 2% do seu FPM e os demais com 1%), mas esses valores variam de consórcio para consórcio, ficando a critério dos gestores municipais, no momento em que o CIS é criado.

Com relação à *estrutura administrativa*, os consórcios possuem:

- Conselho de Municípios, responsável pela condução da política do consórcio;
- Conselho Fiscal, responsável pela gestão financeira do consórcio;

- Secretaria Executiva, voltada para implementação das ações acordadas, cujo coordenador é indicado pelo Conselho dos Municípios;
- participação da comunidade, através dos Conselhos de Saúde dos municípios.

Entretanto, a difusão desse mecanismo ocorreu somente dez anos depois da experiência pioneira de Penápolis, com o envolvimento dos governos estaduais do Paraná e de Minas Gerais, a partir de 1995. Os governadores tiveram um papel relevante nesse processo, incentivando técnica e financeiramente o consorciamento entre os municípios de seus respectivos Estados. De acordo com pesquisa realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde – Opas –, em conjunto com o Ministério da Saúde, para o mapeamento dos consórcios no Brasil, 53% dos dirigentes de CIS entrevistados afirmavam contar com a cooperação das Secretarias Estaduais de Saúde.

O caso de Minas Gerais é emblemático, pois tratou-se de uma política estadual, durante o governo Azeredo (1995-1998), e a Secretaria de Saúde criou um repasse de recursos específicos para os municípios consorciados, gerando um incentivo adicional à formação de CIS no Estado (ROCHA; FARIA, 2004). Já a importância do governo federal foi relativamente menor, ainda que este considere os CIS “uma das estratégias essenciais para a melhoria dos serviços” (BRASIL, 1997, p. 5), e que esse quadro venha se alterando no governo Lula, com a aprovação da Lei Federal n. 11.107, de 6 de abril de 2005, que regulamenta os consórcios públicos, além da demonstração da intenção do governo federal em cooperar financeiramente com os municípios para a expansão do consorciamento no país.<sup>8</sup>

Ainda assim, o mecanismo de consorciamento não se difundiu igualmente entre os Estados e municípios do Brasil. Dados da Opas/MS demonstram que, em 2000, menos de 30% dos municípios brasileiros integravam algum Consórcio Intermunicipal de Saúde, ainda que 71,8% dos 5.560 municípios brasileiros possuam menos de 20.000 habitantes (IBGE, 2005), considerados de pequeno porte e que, portanto, poderiam se beneficiar desse mecanismo. Ademais, percebe-se que existe não apenas uma grande concentração de consórcios e municípios deles integran-

**Tabela 1**

Consórcios Intermunicipais de Saúde – CIS – Existentes e Número de Municípios Consorciados  
Brasil – 2000

Estados	CIS existentes	Municípios consorciados
<b>Total</b>	<b>141</b>	<b>1.618</b>
Pará	1	8
Bahia	2	15
Rio Grande do Norte	1	12
Paraíba	7	60
Goiás	1	12
Mato Grosso	8	57
Espírito Santo	10	69
Minas Gerais	70	748
Rio de Janeiro	4	46
São Paulo	7	74
Paraná	18	289
Rio Grande do Sul	3	89
Santa Catarina	9	139

Fonte: Lima e Pastrana (2000).

**Tabela 2**

Principais Objetivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – CIS, Apontados pelos seus Integrantes  
Brasil – 2000

Objetivos	%
Especialidades	95,7
Assessoria técnica	63,8
Atenção hospitalar	35,7
Atenção básica	24,8

Fonte: Lima e Pastrana (2000).

tes nos Estados cujos governadores transformaram o consorciamento numa política de governo, como também uma maior utilização desse instrumento nos Estados do Sul e Sudeste, regiões que concentram 86% das experiências de CIS existentes no país e 90% dos municípios envolvidos.

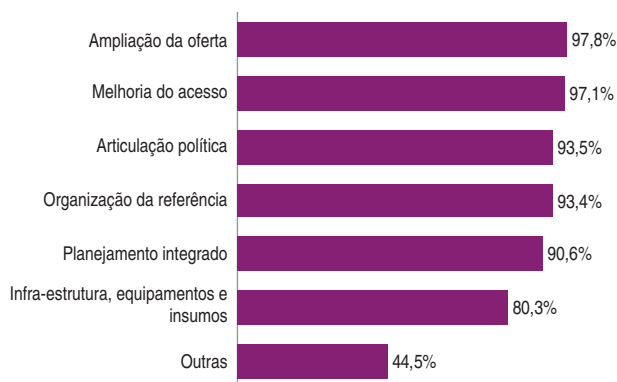
Esse dado torna-se ainda mais curioso quando se analisam os principais objetivos dos consórcios. Segundo pesquisa da Opas/MS, 95,7% dos consórcios têm por objetivo o acesso a serviços de especialidades, em geral muito dispendiosos, em função tanto da tecnologia envolvida quanto dos recursos humanos necessários para sua implementação, 63,8% buscam assessoria técnica através do consorciamento, beneficiando-se dos recursos humanos especializados dos municípios maiores envolvidos, 35,7% objetivam ter acesso a recursos hospitalares, uma vez que municípios pequenos não possuem hospitais equipados e com serviços de média e alta complexidade, e apenas um quarto dos municípios consorciados visa o aprimoramento da atenção básica através do CIS, o que é compreensível, já que a atenção básica está sob responsabilidade municipal, e todos os municípios recebem recursos do SUS diretamente no Fundo Municipal para esse fim.

Assim, surpreende o fato de que as regiões Norte e Nordeste, que são as que têm menores recursos de serviços de especialidades, hospitais e assessoria técnica especializada, não utilizem amplamente esse mecanismo como instrumento para resolução dos problemas de provimento de serviços públicos de saúde à população.

Considerando os bons resultados apontados pelos municípios consorciados, no que se refere às inovações geradas na rede de saúde local, conforme mostra o Gráfico 1, pode-se depreender que, embora ainda não seja um mecanismo disseminado, principalmente devido à dificuldade de se firmarem acordos entre municípios que são autônomos e com frequência politicamente rivais, o Consórcio Intermunicipal de Saúde deve ser percebido e incentivado como uma forma eficaz de solução dos problemas de escassez de serviços e de capacidade técnica especializados enfrentados pelos municípios e regiões mais carentes do país.

Gráfico 1

Principais Inovações Geradas pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde – CIS (1), segundo seus Integrantes  
Brasil – 2000



Fonte: Lima e Pastrana (2000).

(1) Questionário de múltipla escolha.

Nas regiões Norte e Nordeste, dois fatores podem ser citados como inibidores da cooperação intermunicipal. Em primeiro lugar, especialmente no caso da região Norte, os municípios são muito grandes, distantes entre si e de difícil acesso, o que torna ineficaz o consorciamento: se este é um instrumento que visa facilitar o acesso das pessoas aos serviços da região, não há muito sentido criar um consórcio para municípios muito distantes entre si, pois os munícipes teriam dificuldade em acessar os serviços disponíveis. Em segundo lugar, regiões muito pobres podem não contar com um patamar mínimo de serviços desejável para firmarem consórcios, uma vez que, por não possuírem os mínimos equipamentos e recursos de saúde, o consorciamento não produziria ganhos adicionais para os municípios envolvidos em termos de serviços disponibilizados aos cidadãos.<sup>9</sup> Ainda assim, o consorciamento poderia servir, nesses casos, como uma forma desses municípios aumentarem seus poderes de barganha junto aos governos estaduais e federal, já que, ao se unirem, teriam mais chances de obterem recursos para as suas regiões. Foi justamente o que ocorreu no caso do Cisavar, conforme será visto adiante.

## COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL PARA A SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

O Estado de São Paulo conta atualmente com 14 CIS,<sup>10</sup> o dobro da quantidade apresentada em 2000, na época do levantamento realizado pela Opas/MS. Assim como no restante do país, a maioria dos consórcios encontra-se em pequenos municípios, abrangendo 139 municipa-

lidades e uma população de 2.244.766 habitantes, o que corresponde apenas a 6% da população total do Estado (CPS-SES/SP, 2005). Os consórcios e respectivos municípios envolvidos são apresentados no Quadro 1.

De acordo com o levantamento dos CIS, realizado pela Secretaria Estadual de Saúde, os consórcios podem ser assim distribuídos, de acordo com seus objetivos principais:

**Quadro 1**

### Consórcios Intermunicipais de Saúde Estado de São Paulo – 2005

Consórcios	Municípios consorciados	Ano de Formação	População	Municípios
CIMSA	Nova Canaã Paulista, Rubinéia, Santa Clara d'Oeste, Santa Fé do Sul, Santa Rita d'Oeste, Três Fronteiras.	1995	42.817	6
Cisa	Alto Alegre, Avanhandava, Barbosa, Braúna, Glicério, Luiziânia, Penápolis.	1985	89.225	7
Cisavar	Adrianópolis (Paraná), Apiaí (1), Barra do Chapéu (1), Iporanga (1), Itaóca (1), Itapirapuã Paulista (1), Ribeira (1).	2001	46.750	7
Cisnap	Dracena, Flora Rica, Irapuru, Junqueirópolis, Monte Castelo, Nova Guataporanga, Ouro Verde, Panorama, Paulicéia, Santa Mercedes, São João do Pau d'Alho, Tupi Paulista.	1998	117.354	12
Civap	Assis, Borá, Campos Novos Paulista, Cândido Mota, Cruzália, Echaporã, Florínia, Ibirarema, Iepê, Lutécia, Maracá, Nantes, Oscar Bressane, Palmital, Paraguaçu Paulista, Pedrinhas Paulista, Platina, Quatá, Rancharia, Tarumã.	2001	299.323	20
Conderg	Aguai, Águas da Prata, Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Espírito Santo do Pinhal, Itobi, Mococa, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antonio do Jardim, São João da Boa Vista, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma, Tambaú, Tapiratiba, Vargem Grande.	1985	473.142	16
Conisca	Águas de Lindóia, Lindóia, Serra Negra, Socorro.	2004	82.963	4
CIS Birigui	Birigui, Brejo Alegre, Buritama, Clementina, Coroados, Gabriel Monteiro, Lourdes, Piacatu, Santópolis do Aguapeí, Turiúba.	2000	146.618	10
CIS Capivari	Capivari, Elias Fausto, Mombuca, Rafard.	1997	71.844	4
CIS Conchas	Anhembi, Bofete, Conchas, Pereiras, Porangaba.	1986	44.048	5
CIS Itanhaém, Peruíbe, Itariri, Pedro de Toledo	Itanhaém (1), Itariri (1), Pedro de Toledo (1), Peruíbe (1).	2000	170.850	4
Consaúde	Apiaí, Barra do Chapéu, Barra do Turvo, Cajati, Cananéia, Eldorado, Iguape, Ilha Comprida, Iporanga, Itanhaém, Itaóca, Itapirapuã Paulista, Itariri, Jacupiranga, Juquiá, Juquitiba, Miracatu, Mongaguá, Pariquera-Açu, Pedro de Toledo, Peruíbe, Registro, Ribeira.	1989	549.299	26
Consirj	Aparecida d'Oeste, Aspásia, Dirce Reis, Dolcinópolis, Jales, Marinópolis, Mesópolis, Palmeira d'Oeste, Paranapuã, Pontalinda, Santa Albertina, Santa Salete, Santana da Ponte Pensa, São Francisco, Urânia, Vitória Brasil.	2001	102.578	16
Ummes	Bernardino de Campos, Canitar, Chavantes, Espírito Santo do Turvo, Ipauçu, Manduri, Óleo, Ourinhos, Ribeirão do Sul, Salto Grande, Santa Cruz do Rio Pardo, São Pedro do Turvo, Timburi.	1994	225.555	13

Fonte: CPS-SES/SP (2005).

(1) Município pertencente a mais de um consórcio.

- oito (57%) envolvem a prestação de atendimento de média complexidade em prontos-socorros, hospitais e maternidades;
- oito (57%) envolvem atendimento em clínica médica especializada, como, por exemplo, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, cardiologia, neuroclínica, dermatologia e oncologia;
- sete (50%) prestam serviço de apoio diagnóstico, envolvendo a realização de exames laboratoriais;
- quatro consórcios (29%) possuem UTI móvel e prevêm a remoção de pacientes graves para atendimento no pólo regional;
- três consórcios (21%) prevêm a contratação de pessoal, já que este se tornou um problema para os gestores, após o limite de gastos imposto pela lei de responsabilidade fiscal.

Entretanto, ainda que o consorciamento tenha aumentado nos últimos anos no Estado de São Paulo, esse é um instrumento pouco utilizado pelos gestores municipais como forma de ampliação dos serviços disponibilizados aos cidadãos, abrangendo apenas 21% dos municípios do Estado, ou mesmo como mecanismo de aumento do poder de barganha destes junto ao gestor estadual. Mas o governo, embora não tenha adotado o consórcio como uma política pública para o aprimoramento da rede SUS estadual, tem ajudado financeira e tecnicamente alguns consórcios que se firmaram no Estado,<sup>11</sup> como é o caso do Consórcio de Saúde do Alto Vale do Ribeira.

### O CONSÓRCIO DE SAÚDE DO ALTO VALE DO RIBEIRA – CISAVAR

O Consórcio de Apiaí, município-sede do Consórcio do Alto Vale do Ribeira – Cisavar, foi formado em 2001, após uma dissidência dos municípios envolvidos no grande consórcio existente na região do Vale do Ribeira, o Consaúde.<sup>12</sup> O principal escopo do Cisavar é a manutenção do Hospital de Apiaí (CPS-SES/SP, 2005), que é um hospital filantrópico (Santa Casa de Misericórdia) e foi reformado após a cooperação estabelecida entre os municípios envolvidos e ajuda financeira do governo estadual, que repassou, em 2002, recursos na ordem de R\$ 480.000,00 para investimentos em saúde em Apiaí.<sup>13</sup>

O Cisavar engloba sete municípios da região, sendo um deles no Estado do Paraná. São eles: Adrianópolis (Paraná), Apiaí, Barra do Chapéu, Iporanga, Itaóca, Itapirapuã Paulista e Ribeira. Ao todo, o consórcio abrange uma população aproximada de 46.700 pessoas. Apenas o município-sede, Apiaí, possui mais de 20.000 habitantes (27.621),<sup>14</sup> sendo todos os demais de pequeno porte, com uma população que varia de 3.000 a 6.000 habitantes, aproximadamente, fortemente SUS-dependente. De acordo com dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), apenas 2,2% da população desses municípios, em média, possui assistência médica privada de saúde, sendo que em municípios, como Itapirapuã Paulista, esse valor não chega a 0,5%.

A análise do consórcio levará em consideração apenas os municípios do Estado de São Paulo, uma vez que Adrianópolis, pertencente ao Paraná, passou a integrar o consórcio somente em 2003 e sua inclusão na análise poderia gerar uma distorção nos resultados. Além disso, dado o pequeno tempo de participação desse município no consórcio, acredita-se que sua exclusão não afetará os resultados encontrados.

### RECURSOS FINANCEIROS

O Cisavar é financiado com recursos provenientes dos municípios envolvidos e do governo estadual. Apiaí, que é a sede do consórcio, destina 4% do Fundo Municipal de Saúde à manutenção do CIS, e os demais municípios contribuem com 2% de seus Fundos. O município-sede contribui com uma parcela maior visto que os recursos vão para a manutenção do Hospital de Apiaí e são os munícipes dessa cidade os que mais utilizam os serviços por ele prestados. Esses valores são descontados, por Lei Municipal, dos Fundos de Saúde de cada município e creditados na conta bancária do consórcio. O Estado, por sua vez, contribui com uma parcela mensal semelhante àquela dos municípios envolvidos que não são sede, repassando os recursos diretamente ao Hospital de Apiaí (CPS-SES/SP, 2005).

Analisando as despesas totais em saúde no período 2001 a 2003, pode-se perceber que houve uma ampliação dos gastos com saúde por habitante em

Tabela 3

Despesas por Habitante e Transferências do SUS  
Município de Apiaí –2001-2004

Dados e indicadores	2001	2002	2003	2004
Despesa total com saúde por habitante (R\$)	105,07	133,61	141,10	148,83
Despesa com recursos próprios por habitante	70,98	110,93	109,20	109,97
Transferências SUS por habitante	34,10	22,68	31,89	38,86
Despesa total com saúde	2.858.983,89	3.646.724,33	3.859.260,79	4.079.909,57
Despesa com recursos próprios	1.931.197,33	3.027.684,93	2.986.886,94	3.014.615,80
Transferências SUS	927.786,56	619.039,40	872.373,85	1.065.293,76
Despesa com pessoal	1.485.553,52	1.899.805,97	2.153.890,07	2.294.606,10

Fonte: Datasus.

Apiaí, independentemente dos repasses de recursos SUS. Segundo dados do Datasus, houve aumento da despesa *per capita* e da despesa com recursos próprios, ainda que com a manutenção dos mesmos patamares de transferências SUS, como demonstra a Tabela 3.

Assim, embora não se possa afirmar que foi a introdução do consórcio que gerou tal ampliação – até porque a Emenda Constitucional n. 29 já estava em vigor<sup>15</sup> –, o fato é que ela ocorreu sem que houvesse aumento dos recursos SUS, demonstrando um pequeno crescimento dos *recursos próprios* destinados à saúde no município-sede do consórcio.

## PRODUÇÃO DE SERVIÇOS

A literatura existente sobre o consorciamento no Brasil aponta como um dos principais objetivos desse mecanismo o aumento do acesso a serviços, especialmente em municípios onde este é baixo, em função da escassez tanto de profissionais quanto de equipamentos especializados (NICOLETTO; CORDONI JR.; COSTA, 2005; RIBEIRO; COSTA, 1999). Da mesma forma, entre as principais inovações dos consórcios, segundo os gestores entrevistados pela pesquisa Opas/MS, anteriormente apresentada, está justamente a ampliação da oferta de serviços (Gráfico 1).

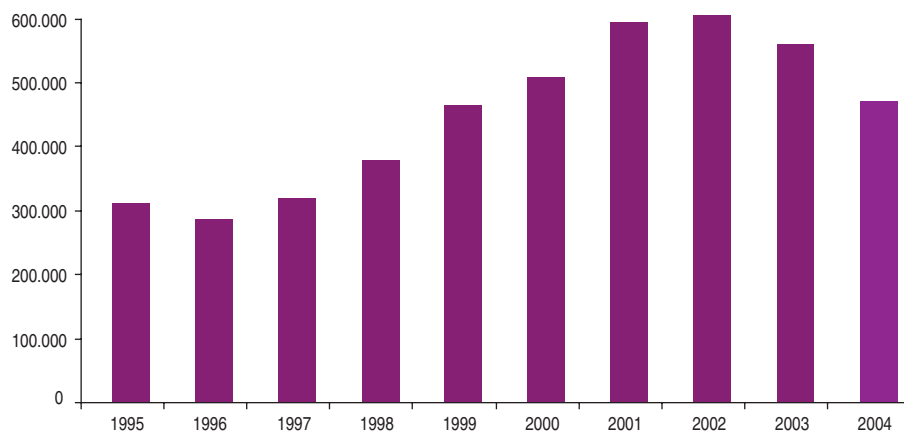
Entretanto, ao se analisarem os dados da produção de serviços ambulatoriais nos municípios do Cisavar, considerados em conjunto, percebe-se que não houve aumento significativo no número de atendimentos ambulatoriais totais ao longo dos anos, havendo inclusive decréscimo na produção ambulatorial, até mesmo após a introdução do consórcio, como pode ser verificado no Gráfico 2.

Esses dados mostram que a criação do consórcio não gerou, na região de Apiaí, um aumento na produção ambulatorial *total*.<sup>16</sup> O pico de produção de serviços em 2001 e 2002 foi resultante de um aumento gradativo, que vinha ocorrendo ano a ano, e não de uma elevação brusca, a partir da criação do Cisavar.

Considerando apenas a produção ambulatorial para o município de Apiaí, para o qual os recursos do consórcio são canalizados, os dados continuam apresentando uma pequena variação ao longo dos anos, oscilando gradualmente, entre 1996 e 2004, sem nenhuma queda ou elevação brusca no número de consultas, tal como no caso do conjunto de municípios do Cisavar. Similarmente, não houve aumento na produção ambulatorial *total per capita* em Apiaí após a criação do consórcio, conforme demonstra o Gráfico 3.

Gráfico 2

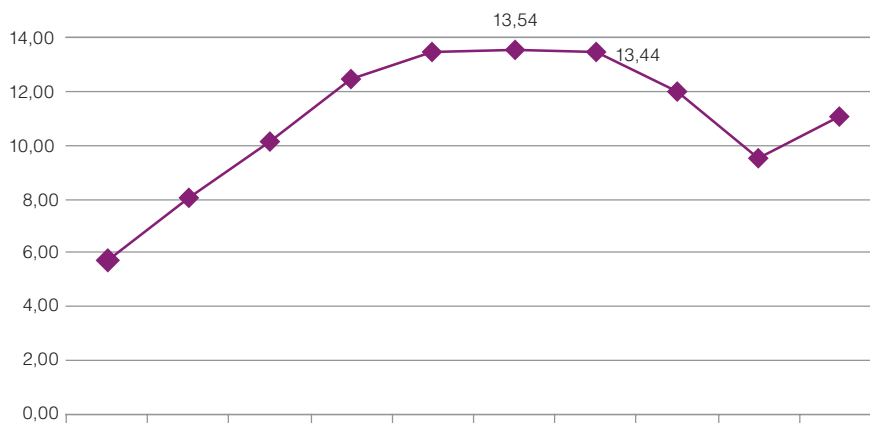
Varição na Produção Ambulatorial do Cisavar  
Brasil – 1995-2004



Fonte: Datasus.

Gráfico 3

Produção Ambulatorial *per Capita*  
Município de Apiaí – 1996-2005



Fonte: Datasus.

Também não houve ampliação no número de leitos hospitalares na região com a implantação do consórcio. Apiaí, que apresentava 74 leitos hospitalares de gestão municipal e/ou filantrópica<sup>17</sup> antes do consórcio, mantém esse número até o presente. Iporanga, o único que também possui leitos hospitalares entre os municípios do Cisavar, além de Apiaí, registrava, entre 1994 e 2001,<sup>18</sup> os mesmos 14 leitos, segundo dados do Datasus.

Todavia, a introdução do consórcio parece ter gerado resultados positivos em termos de *produção de serviços especializados*, justamente aqueles mais escassos em regiões pobres e com muitos municípios de pequeno porte, como no Vale do Ribeira. Analisando os dados da produção ambulatorial de maneira desagregada separando consultas médicas básicas de exames e cirurgias ambulatoriais, percebe-se que, no período anterior ao Cisavar, a média de consultas básicas era próxima à verificada após a sua criação, mas as médias de exames e pequenas cirurgias eram bem inferiores, apresentando aumento da ordem de 30,5% e 47%, respectivamente (Tabela 4).

Assim, o consórcio parece ter produzido bons resultados no que diz respeito ao acesso a serviços mais especializados, como cirurgias ambulatoriais, e de maior complexidade, como internação hospitalar, o que pode ser comprovado pelo número de consultas prestadas a pacientes de municípios da área de abrangência do Cisavar, que não de Apiaí – que serão chamados aqui de “pacientes externos”.

O Gráfico 4 demonstra a diferença entre os números de pacientes internados em Apiaí que residem no município e os que não residem. Até 1998, Apiaí apresentava predomínio de invasão de pacientes de outros municípios e, por isso, recebia o pagamento de Autorização de Internação Hospitalar – AIH por pacientes que eram internados no seu hospital, mas que não residiam na cidade. De 1999 a 2001, entretanto, o município passou a apresentar predomínio de evasão de pacientes para hospitais de outras localidades, o que demonstra a alteração na capacidade do hospital em receber e atender pacientes. Somente a partir de 2002, coincidindo com o período de formação do consórcio e de investimentos estaduais no hospital, é que o Hospital de Apiaí voltou a ter invasão de pacientes, sendo que a diferença entre o total de AIHs pagas e o número de AIHs pagas aos pacientes do município de Apiaí voltou a ser positiva, indicando que o hospital retomou o atendimento a pacientes de outros municípios. A partir de então, o número de procedimentos externos prestados aumentou gradativamente. A reforma do hospital parece ter ajudado sua reestruturação e a retomada do seu papel de hospital “regional”, no sentido de ser um estabelecimento de referência para aqueles municípios, ainda que de pequeno porte.

Esse fato pode ser entendido como um dos efeitos do consorciamento e da conseqüente reforma do Hospital de Apiaí, uma vez que o aumento de atendimentos a municípios externos ocorreu justamente

**Tabela 4**

Média de Atendimentos, segundo Grupo de Procedimentos  
Município de Apiaí – Out. 1999-2004

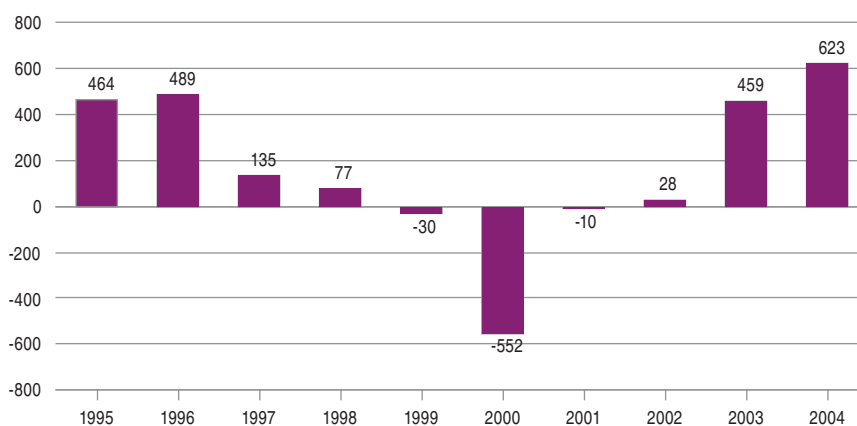
Grupo de procedimentos (após out./1999)	Média por mês (out./1999-2001)	Média por mês (2002-2004)	Aumento (%)
Ações médicas básicas	3.926,5	4.099,2	4,40
Cirurgias ambulatoriais especializadas	44,8	65,9	47,10
Exames (1)	2.593,4	3.383,9	30,50

**Fonte:** Datasus.

(1) Inclui exames da categoria “procedimentos especializados”, que são: patologia clínica, radiodiagnóstico, exames ultrassonográficos e diagnose.

Gráfico 4

Diferença entre o Total de Autorizações de Internação Hospitalar – AIHs Pagas e o Número de AIHs Pagas a Pacientes do Município  
Município de Apiaí – 1995-2004



Fonte: Datasus.

no período posterior à instituição do consórcio. Ademais, os dados corroboram a afirmação do secretário estadual de Saúde sobre o Consórcio de Apiaí:

*A gente tem um consórcio aqui em São Paulo, o consórcio de saúde de Apiaí, que tem a cidade de Apiaí como sede do consórcio e mais seis outras cidades. A cidade de Apiaí, que é a maior, tem 30 mil habitantes; todas as outras juntas dão mais uns vinte mil habitantes. Dá um total de 50 mil habitantes no consórcio. O Hospital do consórcio é uma Santa Casa que fica na cidade de Apiaí. Quando começou, o Hospital de Apiaí estava precisando de reformas. Nós repassamos um recurso para a reforma do Hospital. Ele é a sede do consórcio. [...] E ele [o consórcio] funciona muito bem. Todos participam igualmente, todos mandam no hospital e a direção do hospital é contratada, é um profissional, e o presidente do consórcio cada ano é um dos sete [prefeitos]; eles vão mudando (Dr. Luiz Roberto Barradas Barata).<sup>19</sup>*

Dessa forma, pode-se afirmar que o Cisavar, embora não tenha gerado aumento no número de consultas médicas básicas prestadas, ou na quantidade

de leitos hospitalares disponibilizados, criou uma reestruturação e organização dos serviços especializados de saúde prestados pelo hospital-sede do consórcio, em Apiaí, proporcionando o crescimento da produção de serviços especializados, como exames e cirurgias ambulatoriais. Ou seja, o consórcio gerou um melhor aproveitamento dos recursos instalados já existentes. Ao ser questionada<sup>20</sup> sobre os principais ganhos alcançados pela criação do consórcio, a atual secretária municipal de Saúde de Apiaí, Sra. Márcia de Jesus da Silva, afirma que:

*Com a implantação do Cisavar, o principal ganho [para a prefeitura] foi o da minimização de gastos com transportes, sendo que anteriormente os pacientes eram encaminhados para Sorocaba para [os serviços de] especialidades. [Para a população, houve] diminuição no tempo de espera por uma consulta especializada, agilidade e resolutividade a nível local.*

Além disso, Apiaí passou a receber recursos pelos serviços prestados aos pacientes externos, através dos repasses do Cisavar, e assim passou a ter incen-

tivos – ou, ao menos, deixou de ter “desincentivos” – para prestar o atendimento aos munícipes das cidades parceiras, minorando o comportamento *free-rider* por parte daqueles municípios, nos termos de Olson (1999). Ao mesmo tempo, os residentes das cidades consorciadas receberão o tratamento necessário no hospital de Apiaí, diminuindo o risco de ter o atendimento negado, como ocorre freqüentemente com pacientes de municípios que “pegam carona” nos serviços prestados pelas cidades de maior porte circunvizinhas, ou de ter que realizar um longo deslocamento, para um hospital de município mais distante. Ademais, o comportamento do tipo carona também foi minorado com a diminuição do envio de munícipes de Apiaí para Sorocaba, conforme salientou a secretária municipal.

Enfim, ganhou-se na eficiência dos serviços da região, trazendo economia de escala, questão relevante a ser considerada, conforme afirmaram Teixeira, Mac Dowell e Bugarin (2002, p. 1), analisando os consórcios de uma perspectiva econômica:

*Em municípios de pequeno porte, a oferta de serviços especializados exige, muitas vezes, escala de produção incompatível com a demanda daquela população. A possibilidade de agregação dos municípios pode, portanto, trazer significativas economias de escala. Além disso, em várias regiões, há concentração de leitos hospitalares nos municípios maiores, como no caso de Penápolis [...]. O consórcio teria o potencial de reduzir a capacidade ociosa nesses municípios grandes ao disponibilizar leitos aos municípios menores que aderissem à parceria.*

Foi exatamente o que ocorreu em Apiaí. Houve uma reestruturação dos recursos já existentes, através da concentração de recursos no hospital do município-sede, de forma a dar maior racionalidade ao sistema, minorando a ociosidade do mesmo e aumentando a prestação de serviços especializados e, ao mesmo tempo, diminuindo o comportamento *free-rider*, tanto por parte dos municípios vizinhos, menores e com menos serviços disponíveis, que passaram a contribuir financeiramente para a prestação de serviços especializados pelo hospital de Apiaí, quanto por parte de Apiaí, que diminuiu o envio de pacientes para serviços especializados em Sorocaba.

## CONCLUSÃO

O tema das formas de relacionamento intergovernamental e, mais especificamente, dos Consórcios Intermunicipais, é ainda pouco explorado pela ciência política em suas análises sobre políticas públicas. Ainda que relevante, os estudos sobre os Consórcios de Saúde encontram grande dificuldade em aprofundar os seus achados em função da falta de dados históricos no Brasil, em especial para os pequenos municípios, que são os que mais se consorciam – o que dificulta a demonstração dos efeitos gerados na rede SUS após a introdução dos consórcios.

Ainda assim, algumas aferições podem ser feitas com base nos dados existentes. Os resultados encontrados para o caso de Apiaí mostraram que, embora não tenha havido aumento no número de serviços prestados na região, o Hospital de Apiaí passou (ou voltou) a atender pacientes externos, recebendo recursos do SUS e do próprio Cisavar para isso. A instituição do consórcio, portanto, tornou-se um facilitador para a recepção de pacientes das cidades consorciadas pelo município-sede, organizando, assim, a prestação de serviços na região – dado que esses pacientes seriam encaminhados para um hospital da região de qualquer forma, já que a maioria dos demais municípios integrantes do Consórcio de Apiaí não possui hospital próprio, mas sem que repassassem dinheiro por esse encaminhamento, ou seja, pegando carona nos serviços prestados por Apiaí.

Um dos principais problemas enfrentados hoje pelo SUS é justamente a dificuldade em promover a regionalização, isto é, a integração dos diferentes tipos de serviço existentes em uma região, de forma a possibilitar o acesso universal aos serviços. Não é raro encontrar menções às ambulâncias de pequenos municípios que chegam diariamente aos grandes centros urbanos de suas regiões, levando pacientes para receberem atendimento e serviços que não são prestados nos seus municípios de origem.

Entretanto, deve-se considerar que não é viável economicamente pequenos municípios terem certos tipos de serviço, em especial os de média e alta complexidade, com equipamentos, caros e profissionais especializados para atender apenas

pouquíssimos casos graves por ano. Seria um desperdício de recursos públicos. Enfim, trata-se de um problema de escala, conforme apontou o secretário estadual de Saúde:<sup>21</sup>

*Um município de 5.000 habitantes querendo ser gestor pleno de saúde. Gestor pleno do quê? Em torno de 50 partos, faz o quê? Por ano, dá um parto por semana... Fazer uma maternidade para atender um parto por semana? Vai ser a maternidade mais cara do mundo! [...] Uma maternidade que só faz um parto por semana não pode ser uma boa maternidade. Então, não compete a um município de 5 ou 10 mil habitantes ter uma maternidade. Isso deve ficar para uma região de 40 a 50 mil pessoas. Ai comporta você ter uma maternidade, porque aí você vai ter pelo menos um parto por dia. Assim você consegue montar uma maternidade (Dr. Luiz Roberto Barradas Barata).*

Considerando-se as questões expostas anteriormente, pode-se afirmar que, embora não tenha gerado um aumento na rede de serviços públicos de saúde, o consórcio produziu, na região de Apiaí, uma organização do acesso aos serviços existentes, algo que vem sendo buscado, sem grandes avanços, pelo processo de regionalização do SUS. Por isso, pode-se dizer que a organização do sistema, em termos de encaminhamento de pacientes e de pagamentos pelos municípios pela utilização do Hospital de Apiaí, foi o principal avanço obtido pelo consórcio.

Somado a isso, cita-se, ainda, algo que parece ter sido consequência do consorciamento, que é o aumento do poder de barganha dos municípios junto ao governo estadual, o que pôde ser verificado pelos repasses para investimento e custeio do governo estadual ao Hospital de Apiaí, auxiliando a manutenção do consórcio. Assim como afirmou o ex-secretário adjunto da Secretaria Estadual de Saúde:<sup>22</sup>

*Ele [o consórcio] pode ser apenas um meio de racionalização administrativa para aumentar o poder de barganha no mercado, seja no mercado público ou no mercado de oferta (Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka).*

Ainda que não se possa afirmar que sem o consórcio os municípios não conseguiriam o apoio estadual

para a reforma e manutenção do Hospital de Apiaí, o fato de terem se comprometido formalmente, através do consorciamento, a investir e manter o hospital parece ter gerado um incentivo ao gestor estadual. Do ponto de vista do Estado, é muito mais racional para a Secretaria Estadual de Saúde investir no desenvolvimento dos serviços de uma região do que apenas de um município. O consorciamento é, de certa forma, uma garantia de que os recursos investidos serão utilizados e aproveitados por toda a região englobada pelo consórcio, e daí o maior interesse estadual em investir e colaborar.

Por outro lado, os municípios consorciados sentem-se fortalecidos, aumentando o seu poder na busca por recursos estaduais para a região. Certamente, terão maior poder de negociação unidos do que teriam caso fossem isoladamente em busca dos recursos estaduais. A probabilidade de terem seu pedido negado é muito maior quando isolados, principalmente nas situações em que o partido político no poder local é opositor do partido (ou da coalizão) no comando do governo estadual.

Aliás, a questão partidária também deve ser considerada em análises sobre relações intergovernamentais, ainda mais no caso do consorciamento, uma vez que a ajuda estadual aos municípios pode ou não ocorrer, de acordo com a “vontade” (ou interesse) do gestor. No caso do Consórcio de Apiaí, esse dado não deixa de ser relevante: das seis prefeituras que formaram o consórcio, três eram governadas por partidos da base aliada do governador (PFL, PPB e PTB) e outras três pelo próprio partido do governador, o PSDB. Ou seja, todas as prefeituras envolvidas eram da base do governo estadual.

Embora apenas análises comparadas possam mostrar se a cooperação Estado-municípios, para a manutenção de consórcios, se dá única ou majoritariamente entre partidos aliados, o fato é que a “concordância partidária” esteve presente no caso do Consórcio de Apiaí e pode ter sido um fator facilitador da cooperação intergovernamental. Mas, reafirma-se, apenas análises comparadas poderão verificar o peso efetivo dessa variável.

Enfim, ainda que a “ampliação da oferta” apareça como a principal inovação trazida pela instituição dos

consórcios, segundo a pesquisa da Opas/MS com os gestores do SUS nos municípios (LIMA; PASTRANA, 2000), ela não parece ter sido a grande inovação no caso de Apiaí. A “articulação política”, que também surge como uma das principais inovações apon-

tadas pelos gestores, mostrou-se um ganho importante gerado pela criação do Cisavar na região. E este é um benefício substancial, dada a dificuldade que o SUS vem encontrando para a promoção da regionalização proposta pela Constituição de 1988.

## Notas

1. A primeira versão deste trabalho foi apresentada na 2006 *Meeting of Latin American Studies Association – LASA*, em março de 2006, em Porto Rico, com o título Consórcios Intermunicipais: mecanismos de cooperação intergovernamental e de integração dos serviços de saúde.

2. Agradeço a José Dínio Vaz Mendes, assessor do secretário estadual de Saúde, por todas as informações fornecidas e comentários à versão final, bem como a Maria Luíza Stucchi e Olímpio Nogueira Bittar, coordenador da Coordenadoria de Planejamento em Saúde da SES/SP, pela disponibilização do Relatório sobre Consórcios no Estado de São Paulo. Agradeço também aos pareceristas anônimos da Revista São Paulo em Perspectiva pelas relevantes sugestões, que contribuíram enormemente à versão final do artigo.

3. Os resultados alcançados pelo Consórcio de Apiaí serão analisados no tocante à rede de serviços, e não aos resultados de saúde produzidos por ela. Isso porque os indicadores de saúde variam não apenas em função de políticas públicas locais, mas também de políticas mais amplas, como a melhoria da educação, da rede de saneamento e das condições socioeconômicas da população. Assim, não se pode afirmar que o consorciamento foi a causa da diminuição, por exemplo, da mortalidade infantil nos municípios analisados, ainda que a melhora na rede de serviços possa ter contribuído para essa diminuição.

4. Dados do *Forum of Federations*. Disponível em: <[www.forumfed.org/federalism/cntrylist.asp?lang=en](http://www.forumfed.org/federalism/cntrylist.asp?lang=en)>. Acesso em: 18 nov. 2005.

5. Estão definidas constitucionalmente as obrigatoriedades de gastos mínimos de 25% dos recursos municipais próprios em educação e 15% em saúde.

6. Dados do IBGE (2005) para 2002.

7. Retirado do *site* do BNDES.

8. O que, no entanto, não parece ter se convertido em ação, ao menos até o momento.

9. Agradeço a Cláudio Couto por ter chamado atenção para essa questão.

10. Excluindo o Consórcio do ABC, que, apesar de abarcar também a área da saúde, está mais voltado para o tratamento do lixo e outras questões atinentes aos serviços públicos.

11. De acordo com matéria publicada no jornal *Expresso Popular*, de Santos, em 19/12/2006, há possibilidade de ajuda financeira, por parte do Estado, para que seja criado um consórcio entre as cidades de Itanhaém, Mongaguá e Peruíbe voltado para a plena utilização dos leitos de um hospital público já em funcionamento em Itanhaém.

12. Os municípios do Cisavar ainda estão legalmente vinculados ao Consaúde, embora não estejam mais contribuindo financeiramente para a manutenção deste consórcio.

13. De acordo com informação fornecida pela Secretaria Estadual de Saúde.

14. Dados de 2006, utilizados pelo TCU para determinação das cotas do Fundo de Participação dos Municípios (Fonte: Datasus).

15. A Emenda Constitucional n. 29, de 2000, obriga que Estados e municípios gastem no mínimo 12% e 15%, respectivamente, dos recursos próprios em saúde.

16. Ribeiro e Costa (1999), analisando o Consórcio de Penápolis (Cisa), no Estado de São Paulo, mostraram que também nesse caso não houve aumento no número de procedimentos ambulatoriais, assim como no número de consultas médicas, inclusive *per capita*.

17. Contabilizaram-se apenas os leitos hospitalares de natureza municipal ou filantrópica, uma vez que o intuito é captar a transformação ocorrida na rede municipal do SUS. Os filantrópicos entram nessa conta porque, em grande parte dos pequenos municípios, são os únicos hospitais locais existentes, e as prefeituras repassam recursos a estes para o atendimento dos pacientes do SUS. Historicamente, as Santas Casas prestam serviços gratuitos à população e, por isso, recebem recursos públicos pelos serviços prestados.

18. Último ano para o qual o Datasus disponibiliza informação sobre leitos hospitalares em Iporanga.

19. Secretário de Saúde do Estado de São Paulo, entrevista em janeiro de 2005.

20. Entrevista concedida à autora em janeiro de 2007, via meio eletrônico.

21. Dr. Luiz Roberto Barradas Barata, secretário de Saúde do Estado de São Paulo, entrevista em janeiro de 2005.

22. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka, ex-secretário adjunto da Saúde do Estado de São Paulo, entrevista em março de 2005.

## Referências Bibliográficas

- ABRUCIO, F.; SOARES, M. *Redes Federativas no Brasil: Cooperação intermunicipal no Grande ABC*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001.
- ARRETCHE, M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma dos programas sociais. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Estado Federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro/São Paulo: Revan/Fapesp, 2000.
- BNDES. Disponível em: <<http://federativo.bndes.gov.br/dicas>>. Acesso em: 18 nov. 2005.
- BRASIL. *O consórcio e a Gestão Municipal de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- COELHO, J.R.; VELOSO, C. Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais. *Divulgação em saúde para debate*, v. 17, p. 36-38, mar. 1997.
- CPS-SES/SP. Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de São Paulo. *Relatório*. São Paulo, set. 2005. (Produzido por Olímpio Nogueira Bittar e Maria Luiza Stucchi).
- ELAZAR, D. *Exploring Federalism*. Alabama: The University of Alabama Press, 1987.
- IBGE. *Brasil em síntese – dados geográficos*. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/brasil\\_em\\_sintese/](http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/)>. Acesso em: 29 nov. 2006.
- LIMA, A.P.; PASTRANA, R. Diagnóstico da situação atual dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil. *Relatório de Pesquisa*, Opas/MS, 2000.
- NICOLETTO, S.C.; CORDONI Jr., L.; COSTA, N.R. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 29-38, jan./fev. 2005.
- OLSON, M. *A lógica da ação coletiva*. São Paulo: Edusp, 1999.
- RIBEIRO, J.M.; COSTA, N.R. *Consórcios Intermunicipais no SUS*. Brasília: Ipea, 1999. (Texto para discussão, n. 669).
- ROCHA, C.A.; FARIA, C.A. Cooperação intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo: experiência dos consórcios de saúde em Minas Gerais. In: Encontro Nacional da ABCP, 4., Rio de Janeiro, 2004.
- TEIXEIRA, I.; MACDOWELL, M.C.; BUGARIN, M. *Consórcios Intermunicipais de Saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos*. Brasília: Ipea, jul. 2002.
- WHEARE, K.C. *Federal Government*. 4<sup>th</sup> Ed. New York: Oxford University Press, 1964.

**VANESSA ELIAS DE OLIVEIRA**

*Doutora em Ciência Política pela Universidade de São Paulo e Pesquisadora da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo*  
([van.elias@uol.com.br](mailto:van.elias@uol.com.br))

---

Artigo recebido em 29 de novembro de 2006.  
Aprovado em 26 de junho de 2008.

---

### Como citar o artigo:

OLIVEIRA, V.E. Municípios cooperando com municípios: relações federativas e consórcios intermunicipais de saúde no Estado de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 107-122, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>; <<http://www.scielo.br>>.