UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

FACULDADE DE ECONOMIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA

MESTRADO E DOUTORADO EM ECONOMIA

DANIEL SUZARTE SILVA

CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA BAHIA:

TRAJETÓRIA E ASPECTOS COMPARATIVOS

SALVADOR

2022

DANIEL SUZARTE SILVA

CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA BAHIA:
TRAJETÓRIA E ASPECTOS COMPARATIVOS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Economia da Faculdade de Economia da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Economia.

Área de concentração: Economia Aplicada

Orientador: Prof. Dr. Hamilton de Moura Ferreira Jr.

Coorientador: Prof. Dr. Leonardo Bispos de Jesus Jr.

SALVADOR

2022

Ficha catalográfica elaborada por Valdinea Veloso CRB 5/1092

Silva, Daniel Suzarte
S586 Consórcios públicos de saúde na Bahia: trajetória e aspectos comparativos / Daniel Suzarte Silva. _ Salvador, 2022

129f. tab.; fig.; graf.

Dissertação (Mestrado em Economia) - Faculdade de Economia, Universidade Federal da Bahia, 2022

Orientador: Prof. Dr. Hamilton de Moura Ferreira Jr.

1.Consórcio público de saúde 2. Políticas públicas. 3. Governança I. Ferreira Jr., Hamilton de II.Título III. Universidade Federal da Bahia

CDD 338.433621

Universidade Federal da Bahia
Faculdade de Economia
Programa de Pós-Graduação em Economia
Mestrado e Doutorado em Economia

TERMO DE APROVAÇÃO

DANIEL SUZARTE SILVA

"CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA BAHIA: TRAJETÓRIA E ASPECTOS COMPARATIVOS"

Dissertação de Mestrado aprovada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Economia no Programa de Pós-Graduação em Economia da Faculdade de Economia da Universidade Federal da Bahia, pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Hamilton de Moura Ferreira Júnior
(Orientador – UFBA)

Prof. Dr. Leonardo Bispo de Jesus Junior
(Coorientador - UFBA)

Profa. Dra. Bernardo Pereira Cabral
(UFBA)

Prof. Dr. Cláudio Damasceno Pinto
(FIOCRUZ)

Aprovada em 24 de fevereiro de 2022

Dedico *in memorian* minha tia Angélica.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Hamilton de Moura Ferreira Junior por ter me aceitado como orientando e pelo direcionamento afiado na elaboração da dissertação.

Ao Prof. Leonardo Bispo de Jesus Junior por ter me aceitado como coorientando e pela paciência e dedicação junto à construção da dissertação.

A todos os Professores da PPGE, em especial aos professores Henrique Tomé, Raimundo Garrido, Vinícius de Araújo e Lielson Coelho.

A Thiago Xavier e Daiane Celestino pelo auxílio na pesquisa e seminário.

Aos professores Cláudio Damasceno Pinto e Bernardo Pereira Cabral por terem aceitado o convite de participar da banca examinadora.

Aos meus pais, Raimundo da Cunha Silva e Jailda Suzarte Silva, meu irmão David Suzarte Silva, pela força, paciência e apoio incondicionais. A todos amigos, que me ajudaram e apoiaram nesta jornada árdua. E a todos meus colegas de pesquisa da UNES.

RESUMO

A descentralização federativa, ocorrida, inicialmente, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, deu autonomia e independência administrativa aos municípios, mas ocasionou dificuldades financeiras, principalmente a de subfinanciamento da atenção à saúde. Para enfrentar essa realidade, estados e municípios estão fazendo uso da cooperação federativa, por meio dos consórcios públicos de saúde para prestarem serviços públicos de saúde de média e alta complexidade. Logo, este trabalho busca entender como os consórcios públicos de saúde contribuem para a regionalização e o financiamento das políticas públicas dos serviços de saúde de média e alta complexidade na Bahia, tomando as experiências anteriores em Minas Gerais e Ceará como casos comparativos. A metodologia da pesquisa utilizada é qualitativa descritiva, usando-se da pesquisa bibliográfica e documental como instrumentos de coleta de dados e, para analisar as informações extraídas, utiliza-se da análise de conteúdo, como técnica de sistematização. Através disso, pôde-se observar que, os Consórcios Públicos de Saúde da Bahia atendem ao processo de regionalização da saúde e são uma alternativa ao subfinanciamento da atenção à saúde na Bahia. Em termos de padronização institucional, os CIS baianos são semelhantes aos mineiros e cearenses, só apresentando diferenças pequenas em relação às leis estaduais e municipais. Quanto a estrutura organizacional, apresenta-se, também, semelhanças em termos de funcionamento dos consórcios em si, sendo que isso é mais forte entre os cearenses e os baianos. Os CIS baianos apresentam capacidade estatal, refletida nas Policlínicas Regionais. Na governança pública, os consórcios públicos de saúde baianos formam uma parceria-pública pública entre o estado e os municípios consorciados da região de saúde, são consórcios interfederativos (verticais), semelhante ao do Ceará e diferente dos de Minas Gerais (consórcios intermunicipais – horizontais).

Palavras-chaves: SUS. Consórcios Públicos. Isomorfismo Institucional. Capacidades Estatais. Governança Pública. Bahia.

ABSTRACT

The federative decentralization, which initially occurred with the promulgation of the Federal Constitution of 1988, gave autonomy and administrative independence to the municipalities, but caused financial difficulties, especially the underfunding of health care. To face this reality, states and municipalities are making use of federative cooperation through public health consortia to provide public health services of medium and high complexity. Therefore, this work seeks to understand how the public health consortia contribute to regionalization and financing of public policies of medium and high complexity health services in Bahia, taking the previous experiences in Minas Gerais and Ceará as comparative cases. The research methodology used is qualitative descriptive, using the bibliographic and documental research as instruments of data collection and, to analyze the information extracted, it is used the content analysis, as a systematization technique. Through this, it could be observed that, the Public Health Consortia of Bahia meet the process of regionalization of health and are an alternative to the underfunding of health care in Bahia. In terms of institutional standardization, the Bahia CIS are similar to those of Minas Gerais and Ceará, only presenting small differences in relation to the state and municipal laws. As to the organizational structure, similarities are also presented in terms of the functioning of the consortia themselves, and this is stronger between the Ceará and Bahia CISs. The Bahian CIS present state capacity, reflected in the Regional Polyclinics. In public governance, the Bahian public health consortia form a public-public partnership between the state and the consorted municipalities of the health region, they are interfederative consortia (vertical), similar to that of Ceará and different from that of Minas Gerais (intermunicipal consortia - horizontal).

Key-words: SUS. Public Consortia. Institutional Isomorphism. State Capacities. Public Governance. Bahia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Diagrama 1 - Estrutura institucional e decisória do SUS 18

Figura 1 - Linha do Tempo dos eventos relevantes no processo político em saúde 2016-2018 27
Figura 2 - Blocos de Financiamento para ações e serviços públicos de saúde a partir da Portaria 3.992/2017 28
Figura 3 - Bloco de Custeio para ações e serviços públicos de saúde a partir da Portaria 3.992/2017 29
Figura 4 - Consórcios Públicos: nível de cooperação horizontal ou vertical 38
Figura 5 - Nível básico (ontológico), secundário (constitutivo) e indicativo (realista) do conceito de capacidade estatal 55
Figura 6 - Mapa da distribuição espacial dos clusters 66
Figura 7 - Distribuição dos 21 Consórcios Públicos de Saúde no Estado do Ceará 76
Figura 8 - Organograma das etapas de implantação dos consórcios públicos no Ceará 81
Figura 9 - Distribuição das regiões de saúde no Estado da Bahia até 2020 95
Figura 10 - Distribuição dos 20 Consórcios públicos de Saúde implementados na Bahia até 2020 96

Gráfico 1 - Proporção de atendimentos com diagnóstico (CID-10) não preenchido por mês entre novembro de 2017 e dezembro de 2019 para todas as policlínicas. 102
Gráfico 2 - Estatísticas descritivas controladas dos principais atendimentos de diagnóstico, considerando o período de inauguração de cada policlínica. 103

Quadro 1 - Categorias de análise 16
Quadro 2 - Descrição das Ações e Serviços de Saúde 19
Quadro 3 - Uso dos recursos referentes ao Bloco de Custeio para ações e serviços públicos de saúde a partir da Portaria 3.992/2017 29
Quadro 4 - Sumário de avaliação de relação das redes ou networks 60
Quadro 5 - Principais características da cooperação intermunicipal e parcerias-públicas públicas 61
Quadro 6 - Clusters criados e suas composições 66
Quadro 7 - As Leis estaduais de criação dos CIS no estado do Ceará 80
Quadro 8 - Características das Policlínicas Tipo I 85
Quadro 9 - Características das Policlínicas Tipo II 86
Quadro 10 - Características dos Centros De Especialidades Odontológicas (CEOs) 88

Tabela 1 - Despesas em ações e serviços públicos de saúde (Asps) – R$ bilhões 27
Tabela 2 - Consórcios existentes no Brasil por dimensão do governo local 64
Tabela 3 - Municípios mineiros participantes de consórcios, por área e classe populacional, 2019 67
Tabela 4 - Total de atendimentos e variação percentual dos atendimentos por ano das policlínicas, 2017 à 2019 101
Tabela 5 - Síntese do Custeio e Investimento em reais (R$) 106

LISTA DE SIGLAS

ACIS - Assessoria de Cooperação Intermunicipal em Saúde

ALECE - Assembleia Legislativa do Ceará

Asps - Ações e serviços públicos de saúde

CEOs - Centros De Especialidades Odontológicas

CF - Constituição Federal

CIB - Comissão Intergestora Bipartite

CIR - Comissão Intergestora Regional

CIS - Consórcios Interfederativos de Saúde

CIT - Comissão Intergestora Tripartite

CNM - Confederação Nacional dos Municípios

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretário de Saúde

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

COSECS - Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde

COSEMS - Conselho das Secretárias Municipais de Saúde

CRES - Coordenadorias Regionais de Saúde

DACI - Diretoria de Articulação de Consórcios Interfederativos

EC - Emenda Constitucional

ESP - Escola de Saúde Pública

FCM/MG - Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais

FNS - Fundo Nacional da Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

IPEA - Instituto de Pesquisa de Economia Aplicada

MAC - Média e Alta Complexidade

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

PACS - Programa Agente Comunitário de Saúde

PDI - Plano de Desenvolvimento e Investimento

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PPC - Programação Pactuada Consorcial

PPI - Programação Pactuada e Integrada

PRDNE - Plano Regional de Desenvolvimento do Nordeste

PRI - Planejamento Regional Integrado

PROCIS - Programa Estadual de Cooperação Intermunicipal em Saúde

Proexmes - Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde no estado do Ceará

PSF - Programa Saúde da Família

RCL - Receita Corrente Líquida

RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES/MG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SESA/CE - Secretaria Estadual de Saúde do Ceará

SESAB - Secretaria Estadual de Saúde da Bahia

SUS - Sistemas Único de Saúde

UGP - Unidade de Gerenciamento de Programa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12

2 METODOLOGIA 14
2.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA 14
2.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS 14
2.3 INSTRUMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS 15

3 SUS – REGIONALIZAÇÃO E O SUBFINANCIAMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE 17
3.1 ASPECTOS E QUESTÕES DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS 20
3.2 O SUBFINANCIAMENTO MUNICIPAL DA ATENÇÃO À SAÚDE PÚBLICA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE 26

4 CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE: EVOLUÇÃO, CONCEITO E CARACTERÍSTICAS 32
4.1 FEDERALISMO, FEDERALISMO BRASILEIRO, FEDERALISMO COOPERATIVO E SOBERANIA COMPARTILHADA 33
4.2 CONSÓRCIOS PÚBLICOS: DEFINIÇÃO, NATUREZA JURÍDICA, CARACTERÍSTICAS E MODELOS 35
4.3 OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DA SAÚDE: UMA ALTERNATIVA AO SUBFINANCIAMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE 42

5 REFERENCIAL TEÓRICO: ISOMORFISMO INSTITUCIONAL, CAPACIDADE ESTATAL E NOVA GOVERNANÇA PÚBLICA 45
5.1 ISOMORFISMO INSTITUCIONAL: HOMOGENEIZAÇÃO E ESTRUTURA ORGANIZACIONAL 45
5.2 CAPACIDADES ESTATAIS: O PAPEL DO ESTADO E O PODER DE EXECUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS 53
5.3 A (NOVA) GOVERNANÇA PÚBLICA: REDES DE COOPERAÇÃO PÚBLICA, COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL E PARCERIAS-PÚBLICA PÚBLICA 56
5.3.1 Enquadramento contextual e conceitual do debate 58
5.3.2 Prestação de serviços púbicos por rede ou networks 61
5.3.3 A cooperação intermunicipal 62
5.3.4 As parcerias-públicas públicas 63
5.3.5 A cooperação pública em rede através dos consórcios públicos 63

6 CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM MINAS GERAIS E CEARÁ 65
6.1 MINAS GERAIS – CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE 65

6.2 CEARÁ – CONSÓRCIOS INTERFEDERATIVOS DE SAÚDE 75

7 BAHIA – CIS E SUAS PARTICULARIDADES 93

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 107

REFERÊNCIAS 111

1 INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 instituiu o pacto federativo, estabelecendo as responsabilidades da União, dos Estados e dos Municípios. Na saúde pública, a lei maior criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que definiu as obrigações de cada ente federativo, forçando-os a atender ao artigo 196, em que consta que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

Nesse sistema, descentralizado, o município é o ente em que as políticas públicas de saúde do SUS tem contato mais próximo com os cidadãos. Porém, a maioria dos municípios brasileiros apresenta pouca capacidade técnica e financeira para ofertar serviços de saúde pública mais complexos.

Então, os consórcios públicos surgem como alternativa para resolver essa limitação municipal. Eles são usados para coordenação e execução de qualquer política pública de interesse comum. Assim, a Confederação Nacional dos Municípios (CNM) afirma que:

> [...] os consórcios públicos intermunicipais despontam como uma alternativa de fortalecimento e integração dos governos locais a partir da colaboração recíproca para a consecução de fins convergentes que não se solucionariam pela atuação isolada dos Municípios. Os consórcios públicos intermunicipais trazem consigo inovações na gestão que propiciam a execução de serviços e políticas públicas com maior eficiência, agilidade, transparência, assim como racionaliza e otimiza o uso dos recursos públicos (CNM, 2016, p. 10-11).

Dessa forma, a questão da regionalização e do subfinancimento do SUS, este último mais crítico nos municípios, são desafios para a descentralização das ações e serviços de saúde pública. Para resolver questões como essas, os estados e os municípios brasileiros fazem uso dos consórcios públicos para realizar políticas públicas coordenadas entre si. No caso da Bahia, por exemplo, o governo estadual coordena e incentiva a criação de Consórcios públicos Interfederativos de Saúde (CIS) desde 2015, ofertando serviços de média e alta complexidade por meio de Policlínicas Regionais.

Então, o objetivo geral do trabalho é analisar como os consórcios públicos de saúde se estruturam e funcionam na Bahia para atender a diretriz de regionalização da saúde pública e lidar com o subfinanciamento do SUS na promoção de políticas públicas de saúde na atenção de média e alta complexidade no Estado e nos municípios.

Como objetivos específicos, tem-se: i) apresentar a trajetória dos CIS baianos; ii) apresentar o ambiente institucional que regula os CIS baianos; iii) analisar a capacidade estatal na saúde pública dos CIS baianos; e iv) explicar porque os CIS baianos se organizam como consórcios públicos interfederativos.

A metodologia da pesquisa é qualitativa descritiva, usando-se da pesquisa bibliográfica e documental como instrumentos de coleta de dados e, para analisar as informações extraídas, utiliza-se da análise de conteúdo como técnica de sistematização, tendo as experiências anteriores de consorciamento dos estados de Minas Gerais e Ceará como estudo de casos múltiplos.

Com isso, o presente trabalho se constituirá deste capítulo introdutório, seguido do capítulo dois, que apresentará a metodologia. No terceiro capítulo, faz-se a apresentação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus problemas relacionados a regionalização da saúde e o seu subfinanciamento nos municípios, principalmente quando o quesito é a atenção à saúde de média e alta complexidade. No quarto capítulo, apresenta-se o que é um Consórcio Interfederativo da Saúde (CIS) e como ele é entendido como alternativa para solucionar as questões da regionalização e subfinanciamento do SUS a nível local. No quinto, apresenta-se a base teórica da análise, por meio dos conceitos de Isomorfismo Institucional, Capacidade Estatal e Nova Governança Pública. No sexto, apresenta-se os CIS implantados nos estados de Minas Gerais e Ceará como casos comparativos. No sétimo, faz-se a análise da experiência dos consórcios públicos de Saúde na Bahia. E, finalmente, no último capítulo, apresentam-se as considerações finais.

2 METODOLOGIA[1]

Este capítulo é sobre a metodologia adotada neste trabalho. Divide-se em classificação da pesquisa, instrumentos de coleta e de análise dos dados.

2.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

A classificação da pesquisa é a qualitativa quanto a sua natureza, compreendida como um fenômeno no contexto em que ocorre, sendo analisado numa perspectiva integrada (GODOY, 1995). Pois, "[...] em função da natureza do problema que se quer estudar e das questões e objetivos que orientam a investigação, a opção pelo enfoque qualitativo muitas vezes se torna a mais apropriada (GODOY, 1995, p. 63)."

No âmbito dos fins/objetivos, pode-se classificá-la como uma pesquisa descritiva (LASTA, 2018; VEGARA, 2005), pois tem por objetivo analisar os Consórcios Interfederativos de Saúde da Bahia, tendo as experiências anteriores em outros estados (MG e CE) como estudo de casos múltiplos. A escolha dos estados de Minas gerais e Ceará são pelos motivos que: no primeiro, encontra-se o maior número de municípios de pequeno porte e de consórcios intermunicipais de saúde do país; no segundo, o estado é pioneiro na implantação dos consórcios interfederativos de saúde, ou seja, com participação direta do governo estadual na composição dos consórcios.

2.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Utilizou-se da pesquisa bibliográfica e documental para a revisão de literatura e coleta dos dados. A bibliográfica se baseou na busca de artigos, periódicos científicos, monografias, dissertações, teses e outros estudos sobre o tema com o objetivo de realizar uma revisão de literatura cinza, buscando referencial teórico, dados secundários e outras informações específicas para todos os estados aqui analisados. As fontes utilizadas foram órgão governamentais (IPEA, IBGE, CNM e Secretárias de Saúde estaduais e municipais e outros),

[1] Esta metodologia foi organizada tomando como base a dissertação de mestrado de Silva (2018).

repositórios acadêmicos, Web of Science (Reuters), Scielo, Plataforma Sucupira e Google Acadêmico (LASTA, 2018).

Na pesquisa documental, buscou-se em dados que ainda não tinha recebido tratamento analítico, entretanto podem se constituir em fontes de consultas importantes, possibilitando reunir informações dispersas, dando um novo entendimento às mesmas quando agrupadas (LASTA, 2018; RAUPP; BEUREN, 2003). Nesta metodologia se focou mais nos CIS da Bahia. Estes documentos foram emitidos pelos próprios consórcios da Bahia e organizado pela SESAB, no site, Observatório Baiano de Regionalização[2]. Os documentos usados foram: Estatutos Constitutivos, Contratos de Rateio, Contratos de Programa, atas e legislações relacionados aos 23 CIS baianos implementados, de 2015 à 2021.

2.3 INSTRUMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A Análise de Conteúdo é usada para analisar e interpretar os dados adquiridos. Esse tipo de metodologia pode ser entendido como: conjunto de técnicas com o objetivo de extrair o conteúdo das mensagens e indicadores (quantitativos ou não), por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos (BARDIN, 2016).

Com o intuito de estruturar, compreender e sistematizar melhor os dados, a organização destes se deu por alguns critérios da seguinte grade. Isto é, as categorias prévias de análise foram criadas, motivadas pela possibilidade de serem inseridas no decorrer do trabalho. As categorias de análise são descritas e subcategorizadas no Quadro 4, a seguir.

[2] https://obr.saude.ba.gov.br/

Quadro 1 - Categorias de análise

Categorias de análise	Descrição	Subcategorias
Isomorfismo Institucional	Corresponde à padronização institucional e as estruturas organizacionais que são refletidos em: fatores e forças que moldam e mantêm os consórcios; as leis, normas, expectativas, estruturas e mecanismos de governo; arranjos institucionais como o ambiente institucional, as estruturas comportamentais e organizacionais específicas; coleção de procedimentos previsíveis, especificável e culturalmente compartilhados, sem eliminação das escolhas no decorrer da execução.	Padronização institucional (coercitivo) Estruturas organizacionais (mimético)
Capacidade Estatal	Corresponde à habilidade para mobilizar, articular e compatibilizar interesses diversos em torno de políticas públicas. Habilidade que tem um Estado de estabelecer objetivos e poder cumpri-los, que rementem à dimensão político-burocrática, definindo políticas em sua implementação e acompanhamento e analisando o aspecto de coordenação entre os diferentes segmentos e iniciativas envolvidas até ao longo do tempo.	Técnico-administrativas Político-relacional
Nova Governança Pública	Corresponde os tipos de redes ou *networks* para prestação de serviços públicos assumido pelos CIS.	Cooperação intermunicipal Parcerias-pública pública

Fonte: Elaboração própria com base em Silva (2018) e Martins (2015).

3 SUS – REGIONALIZAÇÃO E O SUBFINANCIAMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Neste capítulo, aborda-se aspectos e questões do processo de regionalização do SUS e o subfinanciamento municipal da atenção à saúde pública de média e alta complexidade, introduzindo, assim, o debate que motiva a implementação dos consórcios públicos de saúde no gerenciamento regional dos serviços públicos mais complexos. Mas antes é necessário fazer uma breve caracterização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a Constituição Federal de 1998, no art. 196, a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado Brasileiro, ofertando serviços de saúde por meio de políticas sociais e econômicas, visando reduzir os riscos de doença e outros agravos. Assim, cria-se o SUS como uma estrutura de planejamento, elaboração e execução de políticas públicas de saúde.

O SUS é fruto do processo de redemocratização no Brasil, tendo como origem o movimento de Reforma Sanitária em 1970 (FIOCRUZ, 2018; BERTONI et al., 2020). O SUS é considerado um dos maiores e mais complexos sistema de saúde pública do mundo, atendendo desde dos serviços de saúde básica como a avaliação da pressão arterial até os procedimentos mais complexos como cirurgias ou transplantes de órgãos (BRASIL, 2020). Este sistema tem três princípios básicos para garantir a segurança social: universalidade, equidade e integralidade.

O princípio da universalização do acesso aos serviços de saúde define que o acesso aos serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais (BRASIL, 2020; BERTONI et al., 2020). No art. 194, da Constituição de 88, determina o princípio da universalidade da cobertura e do atendimento em conformidade com o princípio da equivalência. A equivalência tem como objetivo diminuir a desigualdade num contexto brasileiro, tendo em vista que a população é heterogênea e possui necessidades distintas, ou seja, por mais que todas as pessoas tenham direto aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas, logo, o Estado deve tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (BRASIL, 2020; BERTONI et al., 2020).

E para atender todas a necessidades das pessoas na saúde, o princípio da integralidade também rege o SUS, definindo a atenção integral, ou seja,

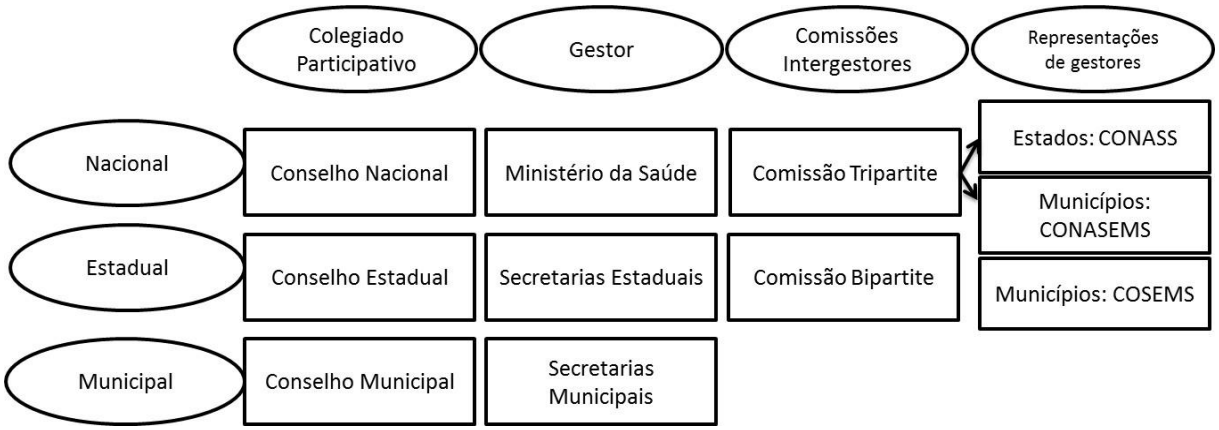
> este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da

> saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2020, p. 3).

O financiamento do SUS é proveniente integralmente com recursos públicos de acordo com o art. 198, da Constituição de 88. A organização do SUS é regionalizada e hierarquizada, isto é, "os serviços de saúde de uma região são articulados entre si para que respondam a um comando único. São também hierarquizados em níveis crescentes de complexidade, para garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso (BERTONI et al., 2020, p. 3)." As esferas do governo federal, estadual e municipal compõem a gestão descentralizada e hierarquizada do SUS (CAVALCANTI, I. T. N, 2019); e nos Conselhos Nacional (CNS), Estadual e Municipais de Saúde ocorrem a participação da população, onde se "formulam estratégias, e controlam e avaliam a execução da política de saúde (BERTONI et al., 2020, p. 3)."

Os entes da federação dividem entre si as responsabilidadesde de atendimento das ações e programas do SUS. No âmbito da União, o planejamento, a elaboração de normas, avaliação e controle do SUS é funcionalidade do Ministério da Saúde, responsável também pela formulação das políticas pública nacionais de Saúde, mas não realiza ações. (CAVALCANTI, 2019; BRASIL, 2020). "Elas ficam a cargo de seus parceiros (além de estados e municípios, podem ser feitas por ONGs, fundações e empresas) (BERTONI et al., 2020, p. 3)." A estrutura institucional e decisória do SUS é apresenta do Diagrama 1:

Diagrama 1 - Estrutura institucional e decisória do SUS



Fonte: BRASIL(2018a) *apud* Cavalcanti (2019).

Nos Estados e Distrito Federal, as secretárias de saúde fazem a gestão da saúde, aplicando as políticas nacionais de saúde, elaborando suas próprias políticas de saúde e organizando o atendimento à saúde em seu território (BERTONI et al., 2020; CAVALCANTI, 2019). As ações e serviços de saúde são executadas pelos municípios, financiados com recursos próprios e repasses estaduais e federais. "As secretarias municipais também formulam suas próprias políticas de saúde e estabelecem parcerias com outros municípios para garantir à população procedimentos de complexidade que não oferecem (BERTONI et al., 2020, p. 3)."

Quadro 2 - Descrição das Ações e Serviços de Saúde

Serviços de Saúde	Descrição
Atenção Básica	Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.
Média e alta complexidade	Composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.
Serviços de urgência e emergência	Atendimento aos casos de emergência, aqueles em que há risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente; e aos casos de urgência, aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações na gravidez.
Atenção à saúde	Envolve o cuidado com a saúde do cidadão, incluindo atenção básica e especializada, ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.
Atenção hospitalar	Objetiva garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado, assegurando a equidade e a transparência, sempre de forma pactuada com os Colegiados do SUS.
Promoção da saúde	Conjunto de ações sanitárias integradas, inclusive com outros setores do governo e da sociedade, que busca o desenvolvimento de padrões saudáveis de: qualidade de vida, condições de trabalho, moradia, alimentação, educação, atividade física, lazer entre outros.
Regulação	Poder exercido pelo Estado para fiscalizar e estabelecer padrões, normas e resoluções para serviços, produtos, estabelecimentos e atividades públicas ou privadas em prol do interesse coletivo.
Vigilância em Saúde	Conjunto de atividades que proporcionam conhecimento, detecção, análise e monitoramento de doenças decorrentes, inclusive, de fatores ambientais, com a finalidade de controlar e prevenir problemas na saúde humana.
Vigilância Epidemiológica	Objetiva a observação e análise permanente da situação epidemiológica das infecções sexualmente transmissíveis, do HIV/AIDS, das hepatites virais e coinfecções**,** articulando-se em um conjunto de ações destinadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde e subsidiando com informações relevantes os processos de formulação, gestão e avaliação das políticas e ações públicas de importância estratégica.
Vigilância Sanitária e Ambiental	Ações de controle, pesquisa, registro e fiscalização de medicamentos, cosméticos, produtos de higiene pessoal, perfumes, saneantes, equipamentos, insumos, serviços e fatores de risco à saúde e ao meio ambiente.
Assistência Farmacêutica	Processo de planejamento, aquisição, distribuição, controle da qualidade e uso de medicamentos voltados para proteção e recuperação da saúde.
Saúde Suplementar	Sistema privado de assistência à saúde das operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços aos beneficiários, sob a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Fonte: Adaptado do BRASIL (2018a) *apud* Cavalcanti (2019).

As definições de alguns serviços de saúde são apresentadas no Quadro 2. Nota-se que o SUS é formado por uma ampla rede de ações e serviços de saúde. Este sistema se divide em três níveis de complexidade de atenção à saúde: básica, média e alta complexidade. Os serviços de urgência e emergência caracterizam os atendimentos. Existe a atenção básica, a atenção hospitalar e a assistência farmacêutica. E dividido entre epidemiológico, sanitário e ambiental se encontra os serviços de vigilância (CAVALCANTI, 2019).

O próximo tópico irá tratar da regionalização do SUS de forma mais aprofundada, pois essa diretriz organizativa tem muita importância para o debate sobre os consórcios públicos de saúde devido o papel que as regiões de saúde assumem no planejamento da saúde.

3.1 ASPECTOS E QUESTÕES DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS

O sistema de saúde brasileiro é um advento de um longo processo de reformar sanitária que culminou na sua formulação na Constituição Federal (CF) de 1988. Este sistema possui dois segmentos: um público, conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS), cujo o acesso é universal e gratuito, e outro privado autônomo, em que planos e seguros de saúde predominam com serviços custeados particularmente pelas famílias ou empresas (TEIXEIRA, 2007).

Essencialmente, as ações e serviços de saúde proferida pelos órgãos e instituições públicas (federais, estatuais e municipais) formam o SUS. Também, faz-se necessário citar que a iniciativa privada participa do SUS prestando serviços por meio de contratos.

O processo de transferência da gestão das ações de saúde para estado e municípios se deu com a Norma Operacional Básica nº 01/93, sendo aprofundado pela Norma Operacional Básica do SUS nº 01/96 (NOB-SUS 01/96). Diretrizes novas foram estabelecidas para o processo de descentralização em meio ao processo de regionalização assistencial, em 2001, com a Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde do SUS nº 01/01 (NOAS-SUS 01/01) há ampliação das competências dos municípios na Atenção Básica, definindo o processo de regionalização da assistência, criando instrumentos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procedendo à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. E com a edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS no 01/02 (NOAS-SUS 01/02), além do que foi citado acima, se estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

A participação da sociedade no SUS também é um enfoque importante deste sistema. Os Conselhos de Saúde são o *accountability* (mecanismo de controle e participação da sociedade) a nível federal, estadual e municipal, que contém participação de 50% de representantes dos usuários e 50% compostos pelo Estado, prestadores dos serviços e trabalhadores da saúde (BRASIL, 1990a). As Conferências Nacionais de Saúde ocorrem de quatro em quatro anos, composta de participação paritária entre os representantes de cada esfera da sociedade (BRASIL, 1990a).

O SUS tem uma necessidade de descentralização de suas ações baseada na gestão interfederativa. A gestão pública da saúde, em termos estruturais, dá-se por: uma organização do SUS, por meio de uma mediação entre os entes da federação; assim, a construção de sistemas locais, regionais e estaduais advindo da interação federativa tem efeitos nas ações e serviços de saúde somente se constituírem um sistema em que haja integração com regiões de saúde. Então, para aperfeiçoar o funcionamento do SUS, necessita-se de novos arranjos administrativos (federativos e intergovernamentais), como a capacidade de distribuição de competências comuns na saúde pública entre os entes federados (SANTOS *et al*., 2012).

Desse modo, segundo Santos *et al*. (2012), a administração pública da saúde poderá ter um caráter instrumental que possibilite a cooperação, definindo responsabilidades federativas na saúde e integrando recursos financeiros além de outros pontos. Logo, uma estratégia de qualidade para fortalecer a regionalização do SUS tem ligação com os consórcios públicos de saúde, principalmente, na integração de determinados serviços que, a interação e desenvolvimento realizada por vários entes, podem levar ao ganho econômico de escala e escopo na prestação dos serviços públicos de saúde, além de outros ganhos como economia processual, compartilhamento de conhecimentos e práticas e proximidade dos interesses, reunindo condições ao somar diferentes recursos vindo dos entes para execução das finalidades comuns.

Mas, antes de apresentar o papel dos consórcios públicos de saúde no SUS, é importante saber como se dá a descentralização e regionalização da saúde em termos de princípios e diretrizes.

Descentralização e regionalização: do direito à saúde

O acesso a saúde é dever do Estado e direito de todos de acordo com a CF de 88. Então, para que haja uma rede regionalizada e hierarquizada, formando um sistema único, que atenda as ações e serviços de saúde, é de interesse organizacional as seguintes diretrizes:

> I – *Descentralização*, com direção única em cada esfera de governo;
> II – *Atendimento integral*, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III – *Participação da comunidade* (BRASIL, 1988, art. 198)

Os princípios e diretrizes que orientam todas as ações e serviços públicos de saúde, mesmo quando são feitos pelos consórcios, estão dispostos na Lei nº 8.080, ao qual apresenta as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde e organização do SUS. Veja a seguir:

> I. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
> II. Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema;
> III. Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
> IV. Igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
> V. Direito à informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
> VI. Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
> VII. Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
> VIII. Participação da comunidade;
> **IX. Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:**
> **a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;**
> **b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.**
> X. Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
> XI. Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
> XII. Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; XIII. Organização dos serviços públicos, de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990b, art. 7).

Desses princípios e diretrizes citados acima, este trabalho irá se ater, principalmente, ao de descentralização político-administrativa, pois tem a regionalização como um dos pilares, sendo que, esse conceito serve de base para organização das regiões de saúde e, consequentemente, para formação dos CIS.

Dessa maneira, o sistema deve "ser uno, conceitualmente, e descentralizado, em sua execução, a fim de cumprir os princípios da subsidiariedade que pauta os estados contemporâneos" (SANTOS *et al*., 2012, p. 112). Pois, entende-se que a essência do SUS se baseia na sua interação federativa, que com base na Lei nº 12.466/2011, acrescenta à Lei 8.080, o uso das comissões intergestoras do SUS, às quais podem ser divididas em: regionais (Comissões Intergestores Regional - CIR), estadual (bipartite) e nacional (tripartite) (BRASIL, 2011a). As comissões intergestoras têm poder para realizar fóruns de negociação e pactuação entre os diferentes gestores público da saúde, com a capacidade de definir as diretrizes nacionais, regionais e municipais relacionadas à organização das redes de ações de saúde e sua governança

institucional, por exemplo, as diretrizes sobre as regiões de saúde (SANTOS *et al*., 2012). A Lei nº 12.466 também define o papel institucional do Conselho Nacional de Secretário de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Para o fortalecimento do processo de gestão do SUS, o Decreto nº 7.508/2011 passou a regular um conjunto de dispositivos estratégicos, preenchendo lacunas jurídicas do SUS na Lei nº 8.080. Estes dispositivos são considerados assim no decreto:

> Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:
> **I - Região de Saúde – espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde**;
> II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;
> III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;
> **IV - Comissões Intergestores – instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS**;
> V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;
> VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;
> Art. 21. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011b).

Então, neste trecho acima, apresenta-se as Regiões de Saúde e as Comissões Intergestoras, instrumentos importantes para a organização e gestão da regionalização da saúde nos estados e municípios para a implementação dos consórcios públicos de saúde.

Ainda em acordo com o Decreto nº 7.508/2011, o planejamento da saúde é obrigatório aos entes públicos e indutor de políticas para a iniciativa privada. O Conselho Nacional de Saúde estabelece por meio das diretrizes nacionais a orientação do planejamento da saúde. Nos estados, a orientação é feita de forma regionalizada, pelo fato da gestão ser compartilhada no sistema, partindo-se das demandas dos municípios e com base no estabelecimento das metas de saúde.

Desse modo, segundo Santos *et al*. (2012, p. 114), "um desafio permanente da gestão do SUS é fortalecer os vínculos interfederativos necessários à sua consolidação, para dar respostas

frente às necessidades de saúde da população brasileira". Com base no fortalecimento dos vínculos interfederativos para a gestão do SUS, o próximo tópico aborda como os consórcios público se inserem nas regiões de saúde.

Consórcios Públicos e Regiões de Saúde

Como já foi definido no tópico anterior, as Regiões de Saúde são importantes recortes territoriais do SUS. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é quem define as diretrizes gerais para se instituir uma Região de Saúde nos Estados. Assim, as diretrizes para a organização das Regiões de Saúde são:

> **Instituir um processo de avaliação do funcionamento** das atuais regiões de saúde, pelos estados e municípios, a ser pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite (**CIB**), para o cumprimento do art. 5º do Decreto nº 7.508/11, devendo ser informado à Comissão Intergestores Tripartite (**CIT**);
> **Instituir a Região de Saúde como o espaço geográfico contínuo**, constituído por municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, de modo a **imprimir uma unicidade ao território regional**;
> **Constituir a Comissão Intergestora Regional (CIR)** na Região de Saúde, como o foro de negociação e pactuação dos aspectos de organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. A CIR deve ser composta por todos os gestores municipais da região de saúde e o gestor estadual ou seu representante;
> **Observar as políticas de saúde, na organização e execução das ações e serviços** de saúde de atenção básica, vigilância em saúde, atenção psicossocial, urgência-emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além de outros que venham a ser pactuados para garantir o acesso resolutivo e em tempo oportuno;
> Pactuar os fluxos assistenciais e reconhecer as necessidades econômicas, sociais e de saúde da população na região;
> Reconhecer que a Região de Saúde, no que se refere à sua **composição político-administrativa**, é uma **Região Intraestadual**, quando os **municípios** que a compõem são todos de um **mesmo estado**; ou uma **Região Interestadual**, quando os **municípios integrantes** são de **estados diferentes** (SANTOS et al., 2012, p. 115).

Com as diretrizes das Regiões de Saúde apresentadas acima, os consórcios intermunicipais ou interfederativos de saúde tendem a ser organizados com base nesse tipo de divisão territorial do SUS. Pois, o SUS tem como estrutura um sistema regionalizado. As redes de atenção devem integrar-se entre regiões onde o direito à saúde deve se concretizar, implementando-se políticas públicas. Por meio desse arcabouço organizacional do sistema, os arranjos institucionais estabelecidos entre os diferentes entes federativos podem–se efetivar, por exemplo, nos consórcios públicos de saúde.

Mas, é importante diferenciar o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) em relação aos consórcios públicos de saúde. Então, no artigo 1º, II, do Decreto nº 7.508, de 2011, define-se o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) como:

> Acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução, e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b, art 1º, II).

A elaboração do COAP será realizada pelos entes federativos em cada região de saúde, instituída com base no art. 5º do Decreto nº 7.508/2011, cabendo à Secretária Estadual de Saúde coordenar a sua implementação de acordo com a Resolução nº 1, da CIT de 2011 (BRASIL, 2011).

O COAP tem como objetivo, segundo Santos *et al*. (2012), a organização e a integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos de uma região de saúde, em redes de atenção à saúde, cuja as suas finalidades estão interligadas a tais aspectos:

> i) organizar os serviços e ações de saúde, no âmbito de uma Região de Saúde [...] ii) compartilhar responsabilidades sanitárias de forma solidária e cooperativa [...] iii) garantir segurança jurídica; iv) garantir a efetividade do direito à saúde da população brasileira, por intermédio de novos arranjos organizacionais no âmbito do SUS [...] v) Buscar um financiamento integrado e adequado às necessidades [...] vi) politizar o debate na saúde e trazer o comprometimento dos chefes do Executivo [...] vii) assegurar maior transparência e publicidade [...] viii) forma do Estado se relacionar no interior da própria administração pública com o intuito de torná-la mais eficiente (SANTOS et al., 2012, p. 116).

Embora Consórcio Público de Saúde e o Contrato Organizativo de Ação Pública sejam da saúde, o primeiro não tem interferência sobre o segundo (SANTOS et al., 2012), pois são contratos com finalidades diferentes. Os consórcios públicos de saúde são criados comumente com a finalidade de unir os esforços de entes federativos, que necessariamente não precisam ser da mesma região de saúde, para organizar a oferta de bens e serviços públicos; o COAP tem por finalidade organizar o sistema de saúde da região de saúde (SANTOS et al., 2012), só os municípios da região de saúde podem participar desse tipo de contrato, diferente dos consórcios públicos de saúde. Portanto, percebe-se que ambos os instrumentos apresentados (COAP e consórcios públicos) ajudam no fortalecimento das relações interfederativas, o COAP só com os municípios que compõe uma região de saúde, já os consórcios públicos podem ser formados com municípios de diferentes regiões de saúde. Tomando isso como base, esse estudo focará nos consórcios públicos de saúde, pois estes são instrumentos de gerenciamento da coisa pública que podem ajudar no problema de subfinanciamento municipal dos SUS, sem que esses municípios sejam necessariamente da mesma região de saúde para se associarem. O próximo tópico aborda com mais detalhe a questão do subfinanciamento.

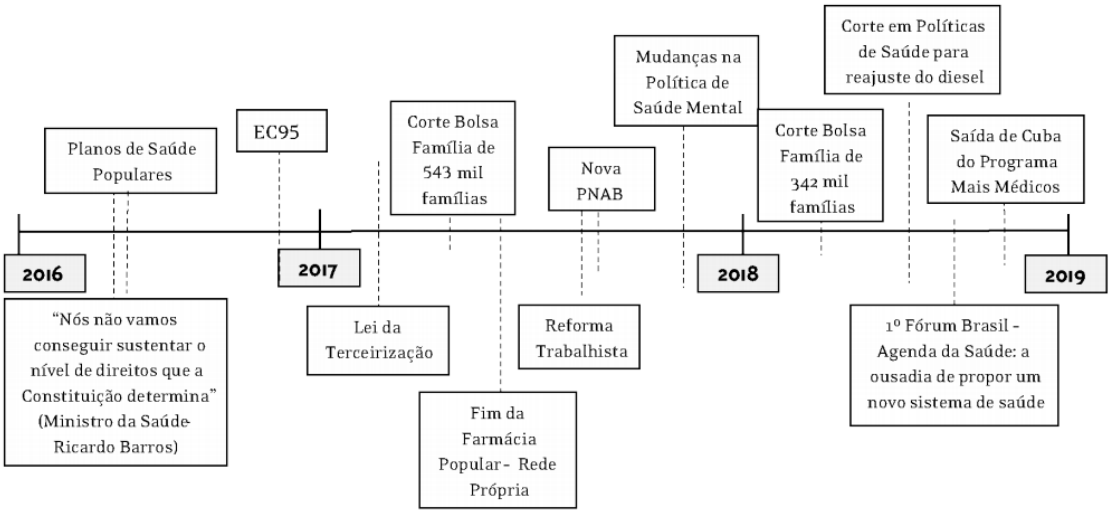
3.2 O SUBFINANCIAMENTO MUNICIPAL DA ATENÇÃO À SAÚDE PÚBLICA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

A partir da Constituição Federal de 1988 e pela legislação infraconstitucional, os municípios passaram a ter responsabilidades próprias referentes à oferta de ações e serviços de saúde. A partir da década de 90, com o processo de descentralização municipal, principalmente, o aumento de pequenos municípios com pouca capacidade financeira e administrativa, houve a necessidade de formar Consórcios Intermunicipais de Saúde para executar algumas políticas públicas da área. Com base no estudo do IBGE (2019), 3.853 municípios declaram participar de algum consórcio público, e constam 83,4% de municípios em consórcios públicos na área de saúde.

Na Literatura, o subfinanciamento do SUS é histórico (DAIN, 2001, 2007; DAIN; CASTRO, 2016; MARQUES, 2009; PIOLA et al., 2013). Com a Emenda Constitucional 95/2016 (EC 95/2016), o subfinanciamento do SUS ganhou caráter constitucional, isto é, os gastos federais passaram a ser corrigidos com base na inflação do ano anterior, limitados por 20 anos. No caso dos gastos com a saúde, não há mais correção com base da Receita Corrente Líquida (RCL) (CNM, 2018). Esse processo se constitui num desfinanciamento federal do SUS, causando perdas significativas de recursos decorrentes da implementação da EC 95/2016 até 2036, e, por meio das emendas parlamentares, elevar-se ainda mais esse desfianciamento, pois, reduz-se a capacidade de financiamento para implementação do orçamento previsto pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde (MS) (DWECK; MORETTI; MELO, 2021). Ou seja, analisando-se pela visão orçamentária-financeira, há um processo acelerado de desmonte do SUS pela restrição orçamentária e pela ‘asfixia’ financeira decorrentes da EC 95/2016 (SOUZA, 2020).

Isso quer dizer que, na área de políticas sociais, o Estado passa a diminuir seu papel (VIRGENS; SILVEIRA, 2016), logo, as políticas ligadas ao SUS passam a ter dificuldade para aplicar seus princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção (PAIM, 2018). Na Figura 1, encontra-se a linha do tempo dos eventos relevantes no processo político em saúde 2016-2018.

Figura 1 - Linha do Tempo dos eventos relevantes no processo político em saúde 2016-2018



Fonte: De Morais e Teixeira (2021).

Com o desfinanciamento causado pela limitação do piso constitucional em ações e serviços públicos de saúde (Asps) por 20 anos de acordo com a PEC do Teto, estimou-se perdas de R$ 22,5 bilhões entre 2018 e 2020 (MORETTI et al., 2020). Na Tabela 1, essas perdas estão mais detalhadas, aponta que desde 2018 há perdas de gastos em Asps de R$ 3,98 bilhões, o mesmo acontece com em 2019 (R$ 13, 58 bilhões) e 2020 (R$ 4,97 bilhões).

Tabela 1 - Despesas em ações e serviços públicos de saúde (Asps) – R$ bilhões

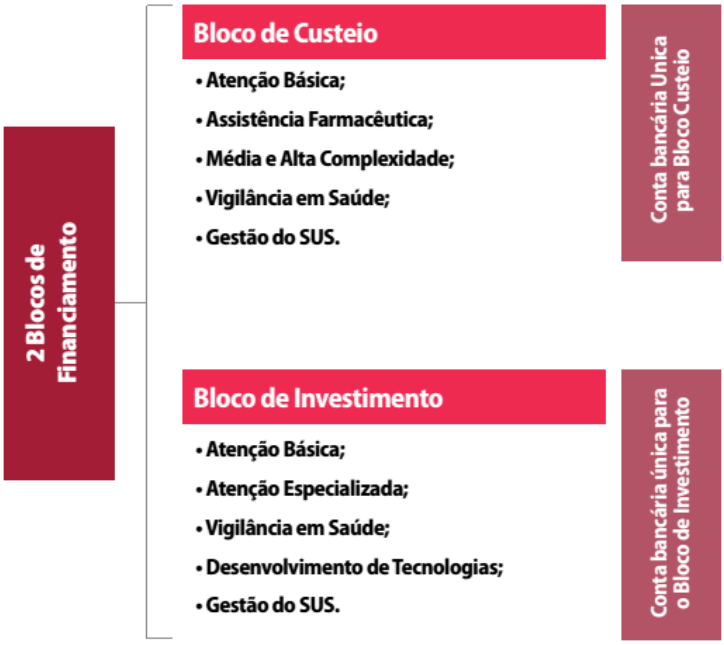
Ano	Despesas ASPS - A*	RCL B**	EC 86 (15% da RCL) C	Perdas (C – A)
2018	116,82	805,35	120,8	3,98
2019	122,27	905,66	135,85	13,58
2020	125,23	868	130,2	4,97
TOTAL	364,33	2.579,01	386,85	22,53

Fontes: Dweck, Moretti e Melo (2021). *Siop, para 2018 e 2019, empenho; para 2020, LOA. Não considera recursos de roalties do pré-sal e reposição de restos a pagar. Considera valores condicionados à regra de ouro. **STN(2018 e 2019) e Relatório final da LOA (2020).

Em 2000, os gastos com saúde eram quase 60% dos gastos federais, ao final do Novo Regime Fiscal, estes podem ser cerca de 30% (SOTER; MORETTI, 2016). Esse desfinanciamento do SUS, causado pelo Teto do Gastos, podem agravar o subfinanciamento municipal da saúde, pois muitos municípios dependem dos repasses de recursos federais para financiar seus serviços de saúde pública, em um contexto no qual, os gastos com a atenção de média e alta complexidade tendem a se elevar devido ao envelhecimento da população, podendo levar ao crescimento de patologia crônicas.

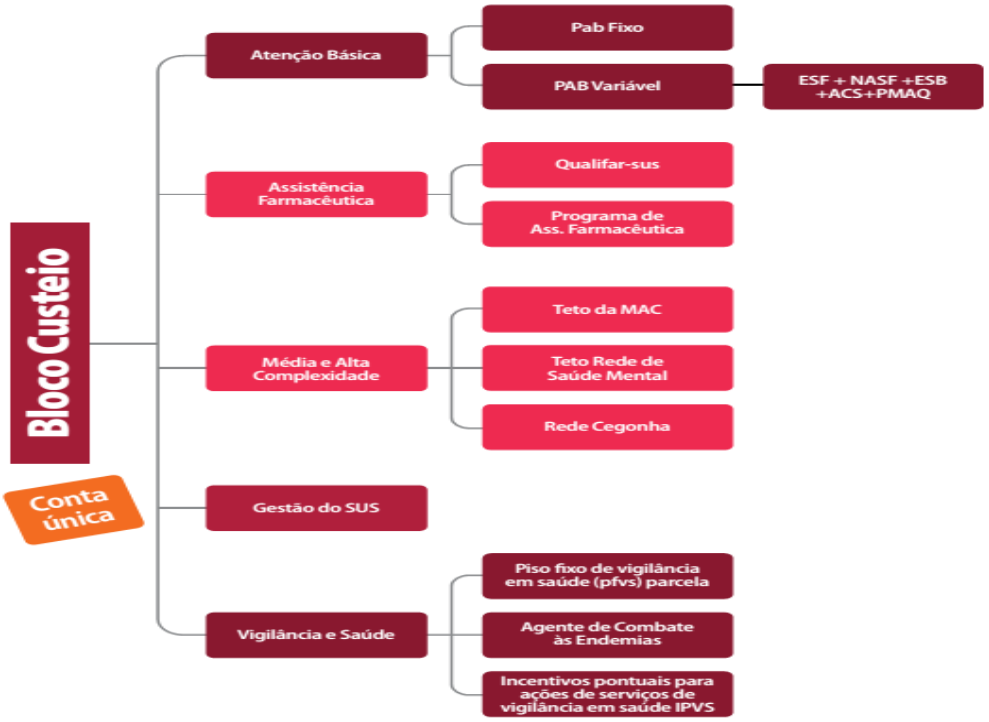
Assim, de acordo com a Portaria do Ministérios da Saúde nº **3.992/2017,** que objetiva maior autonomia aos gestores da saúde no controle financeiro das recursos transferências federais, modificando os regramentos sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS (MORETTI et al., 2020), os repasses federais fundo a fundos destinados aos estados e municípios, a partir de 2018, "[...] passam a ser organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: **Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde** e **Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde** (CNM, 2018, p. 13)." Veja a seguir como ficam organizados estes blocos de financiamentos na Figura 2.

Figura 2 - Blocos de Financiamento para ações e serviços públicos de saúde a partir da Portaria 3.992/2017



Fonte: Brasil (2017a); CNM (2018).

Figura 3 - Bloco de Custeio para ações e serviços públicos de saúde a partir da Portaria 3.992/2017



Fonte: Brasil (2017a); CNM (2018).

Portanto, de acordo com a Figura 3 e o foco deste de trabalho, no Bloco de Custeio, os repasses federais, em atenção à saúde de média e alta complexidade, é entre Teto da Média e Alta Complexidade (MAC), Teto Rede de Saúde Mental e Rede Cegonha. O financiamento dos consórcios públicos de saúde é influenciado pelo Teto da MAC, pois a maioria dessas associações públicas prestam serviços de saúde de média e de alta complexidade, por exemplo,

Quadro 3 - Uso dos recursos referentes ao Bloco de Custeio para ações e serviços públicos de saúde a partir da Portaria 3.992/2017

Manutenção da prestação das ações e dos serviços públicos de saúde.	✓
Funcionamento dos órgãos e dos estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e dos serviços de saúde.	✓
Servidores inativos.	✗
Servidores ativos, exceto aqueles previstos no Plano de Saúde.	✗

Gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados à saúde e previstos no Plano de Saúde.	✗
Pagamento de Assessorias e consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio Município.	✗
Obras de construções novas para a saúde.	✗
Ampliações e adequações de imóveis já existentes, ainda que utilizados para a saúde.	✗

Fonte: LC 141/2012 e Portaria 3.992/2017; CNM (2018).

Segundo De Morais e Teixeira (2021), os representantes dos usuários no conselho estadual de saúde da Bahia em 2016-2018 entendem que:

> [...] há um subfinanciamento no SUS [...] tal processo é crônico e já acontece há um tempo, dando a entender que isso já existia e que, na conjuntura atual, tem piorado... é feita uma correlação entre as mudanças no acesso aos serviços a partir do congelamento de gastos, ou seja, o entrevistado atribui o que chama de "retrocessos" e dificuldades na oferta de serviços à redução do volume de recursos financeiros disponíveis devido a EC95 (DE MORAIS; TEIXEIRA, 2021, p. 6).

E com a pandemia, os aspectos de financiamento da saúde pública e as questões federativas da oferta dos serviços de saúde deixaram evidenciado as dificuldades estruturais do SUS, devido ao choque entre sua organização institucional fiscal e suas demandas reais (DWECK; MORETTI; MELO, 2021).

Então, fica mais evidente, a busca dos municípios por ações para lidar com os efeitos da descentralização federativa, devido a elevação da complexidade dos serviços e as dificuldades financeiras municipais (GERIGK; PESSALI, 2014). Apresenta-se os seguintes objetivos para serem alcançados: atração de profissionais e desenvolvimento de novos modelos de gestão (RIBEIRO; COSTA, 2000). E, como uma prática de gestão inovadora do SUS, os consórcios de saúde surgem (LIMA, 2000) com o intuito de atender aos déficits de municipalização (GERIGK; PESSALI, 2014) e ajudar no planejamento e organização dos serviços regionalmente.

Dessa forma, a formação de um consórcio público na área de saúde perpassa pelos seguintes objetivos:

> [...] estruturação de redes regionais integradas para assistência em diversas especialidades, envolvendo os equipamentos municipais e estaduais das regiões; planejar, capacitar e avaliar as ações básicas de saúde; gerir equipamentos complexos

> de saúde (hospitais, laboratórios etc.); ampliar a oferta de leitos públicos e o acesso às redes de alta complexidade; fortalecer o sistema de regulação municipal e regional; aprimorar os sistemas de vigilância em saúde; oferecer programas regionais de formação e educação permanente para os profissionais da saúde (CNM, 2016, p.50).

Perceber-se, então, que os consórcios são mais utilizados para prover a oferta dos serviços de saúde de média e alta complexidade. Desse modo, no próximo capítulo será descrito a evolução, o conceito e caracterização dos Consórcios Públicos de Saúde.

4 CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE: EVOLUÇÃO, CONCEITO E CARACTERÍSTICAS

Cabe aqui, de forma breve, antes de apresentar o que são os consórcios públicos de saúde e sua origem, saber o que é uma organização pública e como essas caracterizam os consórcios públicos de saúde.

As organizações públicas podem ser entendidas como estruturas hierárquicas que ofertam bens e serviços no âmbito estatal, segundo Moe (1995). De acordo com Mello (2007), a composição das organizações públicas é um conjunto de instituição (formais ou informais) que direcionam os modos pelos quais as diversas unidade de execução e tomada decisão (dentro da burocracia estatal) se estruturam, competem ou cooperam, com o objetivo de implantar uma dada política ou ação pública. O surgimento das organizações pública "são de decisões políticas com finalidades previstas em lei e são supervisionadas por seus criadores (políticos e grupos de poder) (PINTO, 2017, p. 54)." Os consórcios públicos, por exemplo, surgem de decisões políticas regimentada em lei e fiscalizada pelos atores políticos e os grupos de interesse envolvidos. Então, nesse sentido, os consórcios públicos podem ser considerados como uma organização pública, no formato associação pública autarquia entre entes federativos, mas isso será melhor detalhado nos próximos tópicos deste capítulo.

A presença de elevados custos de transação é outra justificativa para a existência de organizações públicas, pois o monitoramento e controle da administração dos contratos é exigido em um ambiente de elevada incerteza (PINTO, 2017). Ou seja, em um cenário de incerteza, há problemas de informação assimétrica, custo de monitoramento e de agência, assim, a hierarquia pública, mesmo que de forma transitória, se mostra como uma estrutura de governança alternativa mais eficiente do que os mercados ou outras modelos de organização. (MOE, 1984). Assim, as organizações publicas podem ser vistas como uma estrutura específica com o potencial de apresentar maior adaptação a promoção de determinadas atividades e menos adequadas à administração de outras (WILLIANSON, 1999a). Esta parte dialoga com o problema de pesquisa deste trabalho, pois a questão aqui é: como ofertar acesso a atenção de saúde de média e alta complexidade em municípios de pequeno porte (isolados) que não apresentam capacidade técnica-financeira e nem economia de escala para atrair o setor privado possa oferecer estes serviços à preços módicos? Então, como implementar, coordenar e avaliar os diferentes agentes envolvidos nesse problema?

A organização pública no formato de consórcios públicos de saúde surge para lidar com esse ambiente de incerteza, promovendo a oferta de serviços de atenção de saúde, entendendo os consórcios de saúde como uma forma de organização do SUS no âmbito regional/territorial.

Com isso, antes de começar a apresentar os conceitos e características dos consórcios públicos de saúde, precisa-se conhecer os conceitos de Federalismo, Federalismo Brasileiro, Federalismo cooperativo e Soberania compartilhada. Pois, estes conceitos são base para pensar a origem e evolução dos consórcios públicos.

4.1 FEDERALISMO, FEDERALISMO BRASILEIRO, FEDERALISMO COOPERATIVO E SOBERANIA COMPARTILHADA

O Federalismo é conhecido como um modelo de organização do Estado, no qual, diferentes esferas territoriais munidas de poder coexistem. A Constituição Federal Brasileira de 1988 é baseada nesse pacto inscrito entre os diferentes entes do poder estatal (União, Estados e Municípios) e mecanismos que permitem equilíbrio entre autonomia e interdependência (CUNHA, 2004). A citação a seguir define o Federalismo da seguinte forma:

> Federal significa pacto (em latim) [...] um arranjo federal é uma parceria, estabelecida e regulada por um pacto, cujas conexões internas refletem um tipo especial de divisão de poder entre os parceiros, baseada no reconhecimento mútuo da integridade de cada um e no esforço de favorecer uma unidade especial entre eles (ELAZAR *apud* CUNHA, 2004, p. 5).

Algumas condições específicas são necessárias para que haja um pacto federal, estas são: i) as desigualdades[3] que se conformam em determinada nação e ii) a "condição federalista", ou seja, a defesa de uma unidade apesar da diversidade, com a autonomia[4], especificidades locais/regionais e integridade territorial (CUNHA, 2004).

Assim, a partir dessas condições, tem-se a base para o surgimento de Estados Federais com seus entes federados dispondo de autonomia e interdependência por meio de relações intergovernamentais que devem ser direcionadas por uma construção de redes de controle e

[3] "étnicas, linguísticas, socioeconômicas locais/regionais, culturais, políticas e mesmo a extensão ou diversidade física do seu território (CUNHA, 2004, p.5)."

[4] A autonomia pode ser "materializada em organização administrativa própria, em competência tributária específica, em responsabilidades por determinadas políticas públicas, em poder para editar leis em suas esferas de competência de forma simultânea", respeitando os limites constitucionais (CUNHA, 2014, p. 5)."

cooperação, diferente da dicotomia entre centralização e descentralização. Logo, o terreno para o uso da soberania compartilhada está posto. Segundo Abrucio,

> A **soberania compartilhada** só pode ser mantida ao longo do tempo caso se estabeleça uma relação de equilíbrio entre a autonomia dos pactuantes e a interdependência entre eles[...] É preciso estabelecer, então, um relacionamento intergovernamental que evite a desagregação, a descoordenação e a competição selvagem entre os entes federativos, construindo um ambiente de cooperação sob um marco pluralista (ABRUCIO apud CUNHA, 2004, p. 6).

Através disso, a Constituição de 1988 apresentou uma revisão do pacto federativo brasileiro. Modificou-se alguns pontos da ordem anterior. Um destes pontos é a proibição da União intervir nos tributos dos governos subnacionais e condicionar as transferências de recursos constitucionais com o intuito de equilibrar a federação, tentando atender a nova correlação de forças (eleições diretas e maior poder aos governos estaduais), levando ainda a participação de estados e municípios a uma maior participação na receita tributária[5]. O outro ponto foi a ampliação da oferta de direitos sociais, apontando a falta de um estado de bem-estar social e o problema da desigualdade de renda. E, por último, os gastos com saúde e educação passaram a ter indicações de descentralização (LOPREATO, 2020). Em síntese, ressalta-se:

> A proposta atendeu a duas das principais demandas em discussão: suprir a ausência do estado de bem-estar social e reequilibrar as relações dos entes federativos, devolvendo aos governos subnacionais a receita tributária e os direitos usurpados na era militar. O esforço, no entanto, não veio acompanhado da definição da arquitetura institucional, com a delimitação dos direitos e encargos de cada esfera de governo, essenciais à escolha do modelo de gestão das políticas sociais e do formato das relações intergovernamentais. A situação em aberto gerou impasses. Os conflitos cresceram com a postura da União de lutar contra a perda de arrecadação e a obrigação de arcar com os encargos dos programas sociais, dando lugar a um período de transição, de progressivo afastamento do modelo criado no regime militar, sem definir, de imediato, outra configuração do pacto federativo (LOPREATO, 2020, p. 21).

Com isso, a partir de 1988, a carta Magna passou a constituir o Estado brasileiro na forma de uma República Federativa com a união indissolúvel dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, inovando o desenho federativo brasileiro. Esse tipo de federação é conhecido como Federação Trina, onde os municípios têm status de entes da federação semelhante aos dos estados e da União (CUNHA, 2004).

Nota-se, também, que com a CF de 88 houve uma descentralização fiscal e de políticas públicas nunca vista antes no país. Porém, o Federalismo brasileiro ainda apresenta problemas de desigualdades sociais, econômicas e regionais. Isso é refletido entre os municípios. Logo,

[5] Criação do ICMS (Estados) com partilha entre os municípios e elevação dos valores distribuídos ao FPE e ao FPM.

observa-se um amplo processo de desmembramento depois da CF de 1988, aprofundando as diferenças locais e regionais. Pois, com um excessivo número de municípios constituídos a partir de 1988, a maioria deste dependendo quase que unicamente das transferências para manter sua própria máquina pública funcionando devido a sua baixa arrecadação (CUNHA, 2004).

Assim, essas desigualdades entre os entes federados passam a causar competição entre estes. Por exemplo, as guerras fiscais para atração de investimentos privados para o próprio território, ou seja, disputas locais ou regionais em torno de algum benefício público ou privado. Entretanto, esse tipo de comportamento não é o ideal para o tipo de federação com tantos problemas. O comportamento ideal deveria ser o de cooperação mútua entre os entes na forma de um Federalismo Cooperativo.

Essa fragmentação de municípios gerou uma grande quantidade de cidades brasileiras com baixa capacidade institucional, problemas de ordem técnica, de gestão e financiamento e, também, de escala para o desempenho de suas competências na década de 1990 (CUNHA, 2004).

Percebe-se, então, a necessidade de uma agenda governamental que atenda a demanda de trabalho cooperado e coordenado para implementação de política pública com responsabilidade compartilhada a níveis de políticas de desenvolvimento regional e urbano ou políticas que funcionam de modo sistêmico, como o SUS ou, até, a proposta do Sistema Único de Segurança Pública (CUNHA, 2004). Assim,

> a criação de ambiente normativo favorável à formação de consórcios públicos, bem como à gestão associada de serviços públicos, entendidos como instrumentos de cooperação e coordenação federativa, foi identificada como prioridade do Governo Federal (CUNHA, 2004, p. 12).

Aqui, têm-se a ligação para se tratar dos consórcios públicos e da gestão associada de serviços públicos como instrumentos na ajuda da resolução dos problemas de coordenação e cooperação federativa gerados pela fragmentação municipal em 1990. Os detalhes sobre a questão acima serão mostrados no próximo tópico deste capítulo.

4.2 CONSÓRCIOS PÚBLICOS: DEFINIÇÃO, NATUREZA JURÍDICA, CARACTERÍSTICAS E MODELOS

O papel do instrumento de consórcios público tem muita relação com a redefinição do Estado em um ambiente de descentralização do poder. Partindo-se desta visão, compreende-se a necessidade da criação destes para fins de execução de políticas públicas de forma descentralizada, com mais eficiência e precisão, há por exemplo dos consórcios intermunicipais ou interfederativos de saúde. Mas antes de abordar esse tipo específico, é necessário definir o que é um consórcio público.

Definição

A primeira menção sobre consórcio público foi feita na Constituição Federal de 1937. Mas só com a Constituição de 1988, com a atribuição de status de ente federativo e prerrogativas aos municípios, o consórcio público ganhou força. Entretanto, sua regulamentação só teve estabilidade em 2005, com a edição da Lei 11.107/2005 e do Decreto 6.017/2007.

No corpo da lei, os consórcios públicos são conceituados como:

> [...] pessoa jurídica formada exclusivamente por Entes da Federação, na forma da Lei no 11.107, de 2005, para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive a realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos (BRASIL, 2007, art. 2).

Dessa maneira, os consórcios públicos podem ser vistos como instrumentos de gestão de política pública de forma cooperada e coordenada entre os entes federativos (instrumento de cooperação federativa). Ou seja,

> [...] os consórcios públicos podem ser uma forma de superar a inexistência ou precariedade dos mecanismos de coordenação de políticas públicas de responsabilidade partilhada entre o Governo Federal, os estados e os municípios. Os consórcios públicos seriam instrumentos que contribuiriam para a ampliação do alcance e da efetividade das políticas e dos recursos nelas aplicados, uma vez que poderão permitir ação cooperada e maior (CUNHA, 2004, p. 21-22).

Tradicionalmente, os consórcios são instrumentos utilizados pelos municípios, principalmente, os de interior ou de pequeno porte, ou seja, apenas e tão somente por entes de natureza semelhante, com o objetivo de atender demandas específicas de seus habitantes (CUNHA, 2004).

Salles (2019) afirma que foi necessário um novo modelo de administração pública a partir da década de 80, que pudesse consolidar, mantendo o núcleo estratégico do estado e sua descentralização, através de agências executivas e organizações sócias controladas pela Administração, em que, uma das vias apresentada pelo autor, é o consórcio público para o

fortalecimento da administração pública e a elevação da eficiência na execução dos bens e serviços públicos pelo Estado.

> Diante disto, fica a reflexão sobre a instrumentalidade para implementação de políticas públicas que o Consórcio adere em sua identidade institucional [...] os Consórcios públicos podem constituir-se como elemento de intervenção do Estado, na busca do bem-estar social, através do gerenciamento conjunto das políticas de interesse nacional, pelos entes da federação, tudo consolidado no princípio constitucional da Gestão Associada (SALLES, 2019. p. 56-58).

O instituto de consórcio público é definido também como pessoa jurídica de direito público ou privado formado por um contrato assinado entre os entes da federação, com intuito de firmar gestão associada de serviços ou de interesse comum, por meio de delegação e sem fins lucrativos (MEIRELLES, 2016).

Em outra perspectiva, argumenta-se que o convênio e o consórcio eram entendidos como acordo de intenções e a formação dos consórcios só era concretizada entre entes semelhantes (associação horizontal) antes da promulgação da lei 11.107/2005. Diante disso, a autora afirma que a lei desvirtuou o instituto, dando-lhe, não só nova conceituação, mas modificando sua personalidade jurídica (DI PIETRO, 2006).

Pode-se entender que a Lei dos consórcios trouxe uma inovação institucional, tornando o instituto mais amplo e possibilitando, além da associação municipal, a vertical (entre União, Estados e Municípios) também. Partindo-se desse ponto, Bandeira de Mello (2010) define os consórcios público da seguinte forma:

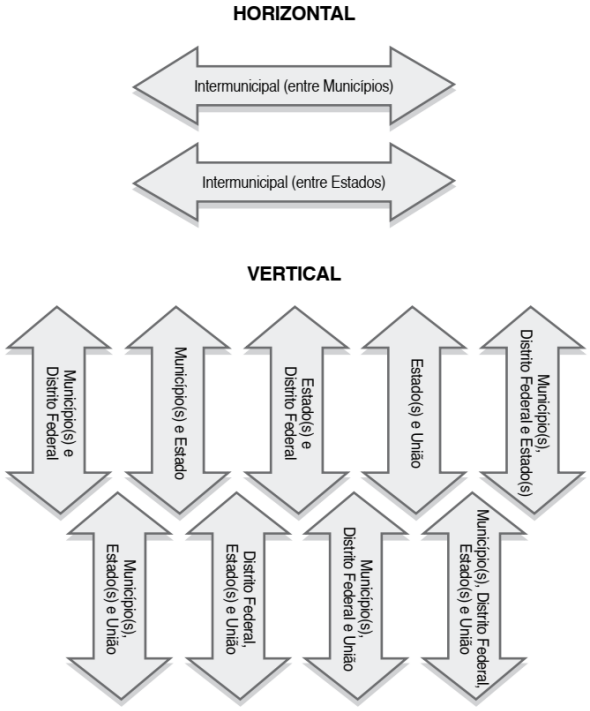
> [...] são contratos realizados entre pessoas de direito público de capacidade política, isto é, entre União, Estados, distrito Federal e Municípios, em vista da realização de atividades públicas de interesse comum, e dos quais resultará uma pessoa jurídica que os congregará. (MELLO, 2010, p. 664).

Portando, esta nova definição de consórcio público posta na lei deu mais potencial de ação à entidade, dando-lhe personalidade jurídica com capacidade para realização de objetivos comuns dos entes consorciados (SALLES, 2019).

Características

Na Figura 4, os consórcios públicos podem ser formados a nível de cooperação horizontal ou vertical, apresentando uma diversidade de associações entre os entes federativos de forma cooperativa.

Figura 4 - Consórcios Públicos: nível de cooperação horizontal ou vertical



Fontes: CNM (2016).

Os consórcios públicos formados entre municípios (intermunicipal) e os entre Estado e municípios (interfederativo) são o foco deste estudo.

E de acordo com o Decreto 6.017/2007, o território de atuação dos consórcios públicos são:

> a. dos **Municípios**, quando o consórcio público for constituído somente por Municípios ou por um Estado e Municípios com territórios nele contidos; b. dos **Estados ou dos Estados e do Distrito Federal**, quando o consórcio público for, respectivamente, constituído por mais de um Estado ou por um ou mais Estados e o Distrito Federal; e c. **dos Municípios e do Distrito Federal**, quando o consórcio for constituído pelo Distrito Federal e por Municípios (BRASIL, 2007, art. 2º, II).

Portanto, o território de atuação dos consórcios aqui é o dos municípios e seu Estado. Pois, o processo de regionalização do SUS tem como base o Estado, os municípios e as regiões de saúde.

Natureza jurídica

Com base na Lei 11.107/2005, definiu-se a personalidade jurídica dos consórcios públicos, configurando-os como uma **associação pública ou pessoa jurídica de direito privado** (art. 1º, § 1º). Assim, a personalidade jurídica dos consórcios públicos pode ser: "I - de **direito público**, no caso de constituir associação pública, mediante a vigência das leis de ratificação do

Protocolo de Intenções; II - de **direito privado**[6], mediante o atendimento dos requisitos da *legislação civil* (BRASIL, 2005, art. 6)."

Os consórcios públicos de direito público (associação pública) passam a fazer parte da administração indireta[7] de todos os Entes da Federação consorciados (art. 6º, § 1º, Lei 11.107/2005). Logo, o consórcio passa a ser entendido como uma autarquia, segundo a Lei 11.107/2005, de acordo com a verificação do art. 16, modificando a redação do art. 41, IV, Código Civil: "as autarquias, **inclusive as associações públicas**".

A natureza jurídica do consórcio de direito público permite que estes tenham **imunidade tributária**, impenhorabilidade de bens e processos especial de execução como prerrogativas inerentes às pessoas jurídicas de direito público (CNM, 2016).

Segundo Miguel Reale, o projeto de Lei dos consórcios públicos apresenta inconstitucionalidade, pois "o consórcio público que se pretende estabelecer vem criar, por vias transversas, uma nova entidade da administração indireta, ao lado da autarquia e da sociedade de economia mista instituída por lei (REALE, [s.d.])." Assim, atualmente, de acordo com essa peculiaridade indicada acima, argumenta-se que quando firmado como pessoa jurídica de direito público, o consórcio público passa-se a configura como autarquia associativa (CARVALHO FILHO, 2009).

Assim, independente da natureza jurídica (seja pública ou privada), os consórcios apresentam alguns privilégios que a lei oferece:

> a) poder de promover desapropriações e instituir servidões nos termos de declaração de utilidade ou necessidade pública, ou interesse social, realizada pelo Poder Público (art. 2º, § 1º, inciso II);
> b) possibilidade de ser contratado pela administração direta ou indireta dos entes da Federação consorciados, com dispensa de licitação (art. 2º, § 1º, inciso III);
> c) limites mais elevados para fins de escolha da modalidade de licitação (§ 8º do artigo 23 da Lei nº 8.666, de 23-6-93, acrescentado pela Lei nº 11.107/05);
> d) poder de dispensar a licitação na celebração de contrato de programa com ente da Federação ou com entidade de sua administração indireta, para a prestação de serviços públicos de forma associada nos termos do autorizado em contrato de consórcio público ou em convênio de cooperação (art. 24, XXVI, da Lei nº 8.666/93, acrescentado pela Lei nº 11.107/05);

[6] Como o foco deste trabalho são os consórcios públicos de saúde, os de direito privado serão pouco abordados aqui.

[7] A administração pública indireta decorre da descentralização por serviços que consiste na instituição pelo Estado, por meio de lei (para criar ou autorizar), de uma Pessoa Jurídica de direito público ou privado a qual se atribui a titularidade e a execução de determinado serviço público (BIT- TENCOURT, 2005). Nos termos do art. 4º, II, do Decreto Federal 200/1967, a Administração Indireta compreende as seguintes categoriais dotadas de personalidade jurídica própria: a) Autarquias; b) Empresas Públicas; c) Sociedades de Economia Mista; d) Fundações públicas. (CNM, 2016)

> e) valores mais elevados para a dispensa de licitação em razão do valor, prevista no artigo 24, incisos I e II, da Lei nº 8.666/93, conforme alteração introduzida no parágrafo único do artigo 24 pela Lei nº 11.107/05 (DI PIETRO, 2017, p. 660-661).

Base legal dos consórcios públicos

A Constituição Federal, a legislação infraconstitucional e outras normas infralegais dão base legal e amparo na lei para sustentar os consórcios público. Veja a seguir, elaborado pela CNM (2016) a legislação e normas aplicáveis aos consórcios públicos:

> **Constituição Federal** - Art. 241. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os Entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos. (Redação dada pela Emenda Constitucional 19, de 1998);
> **Lei 11.107/2005** - Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências;
> **Decreto 6.017/2007** – Regulamenta a Lei 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos;
> **Portaria 72/2012 do Ministério da Fazenda - Secretaria do Tesouro Nacional (STN)** - Estabelece normas gerais de consolidação das contas dos consórcios públicos a serem observadas na gestão orçamentária, financeira e contábil, em conformidade com os pressupostos da responsabilidade fiscal;
> **Portaria 860/2005 do Ministério da Fazenda – Secretaria do Tesouro Nacional (STN)** - Dispõe sobre os procedimentos contábeis a serem utilizados pelos consórcios públicos;
> **Portaria 163/2001 do Ministério da Fazenda** – Secretaria do Tesouro Nacional (STN) - Dispõe sobre normas gerais de consolidação das Contas Públicas no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e dá outras providências;
> **Manual de Receitas Públicas da Secretaria do Tesouro Nacional (STN)** - Editado pela Portaria Conjunta STN/SOF 2/2007, que estabelece os Consórcios Públicos como entidade multigovernamental e disciplina as transferências a esses Entes (CNM, 2016, p. 21-22).

Os consórcios públicos (de personalidade jurídica público ou privado) atentam as normas de direito público no que está relacionado a: realização de licitação, celebração de contratos, prestação de contas, admissão de pessoal (que será regido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT); de acordo com o art. 6º, § 2º, da Lei 11.107 e art. 7º, § 1º.

Partindo-se disso, é necessário saber, também, das outras legislações aplicáveis aos consórcios públicos:

> **Constituição Federal** - Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: […]II – a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração;
> **Lei 8.666/1993** - Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

> **Lei 10.520/2002** - Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências.
> **Decreto 5.504/2005** - Estabelece a exigência de utilização do pregão, preferencialmente na forma eletrônica, para Entes públicos ou privados, nas contratações de bens e serviços comuns, realizadas em decorrência de transferências voluntárias de recursos públicos da União, decorrentes de convênios ou instrumentos congêneres, ou consórcios públicos.
> **Lei Complementar 101/2000** - Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.
> **Lei 4.320/1964** - Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.
> **Lei Complementar 131/2009 (Lei da Transparência[8])** - Acrescenta dispositivos à Lei Complementar 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.
> **Lei 12.527/2011** - Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no§ 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências.
> **Decreto-Lei 5.452/1943** - Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho (CNM, 2016, p. 23-25).

É importante lembrar do Protocolo de Intenções, do Estatuto Social, dos Contratos de Rateio e eventuais Convênios e dos Contratos de Programa e demais avenças que venham a ser acordadas como leis que ratificam os consórcios (CNM, 2016).

O Protocolos de intenções é o primeiro documento constitutivo dos consórcios públicos, nele constam as intenções comuns dos entes participantes que justificam se associarem para formar o consórcio. Esse documento é ratificado na primeira Assembleia Geral dos consórcios, passando pela aprovação das diferentes câmaras legislativas dos entes constitutivos e transformando-se no Estatuto que rege o consórcio, possibilitando que este possa ter personalidade jurídica, podendo assim abrir contas bancárias (BRASIL, 2005, 2007).

O Contrato de Programa determina quais atividades o consórcio vai executar, traçando-se o planejamento, o orçamento, as metas e os critérios de avaliação das atividades. Com o Contato de Programa aprovado, cria-se o Contrato de Rateio, que se complementa com o de Programa, pois esse específica o rateio dos custos de manutenção da estrutura e funcionamento dos consórcios divido por cada ente consorciado (BRASIL, 2005, 2007).

[8] Para saber mais sobre a Lei da Transparência acesse o portal de publicações da CNM: < http://www.leida-transparencia.cnm.org.br/ >.

Em termos contratuais, portanto, os Protocolo de Intenções, o Estatuto e os Contratos de Programa e de Rateio são os principais documentos para a formação e funcionamento dos consórcios públicos.

Modalidades de Consórcios Públicos

Há duas modalidades de consórcio público: o consórcio administrativo e o consórcio público. O primeiro é constituído antes da Lei 11.107/2005, no qual, representa um mero pacto de colaboração sem vínculo contratual, sem personalidade jurídica ou formatação de associação civil, não exige compromissos recíprocos e de punição por inadimplência e ampla liberdade para participar ou se retirar entre os entes. A segunda modalidade passa a ser válida depois da Lei 11.107/2005, composta especificamente por Entes federativos, com direitos e obrigações recíprocas entre os participantes, quando se passa a possuir personalidade jurídica (pública ou privada) e depende de autorização legislativa e celebração de vínculo contratual (CNM, 2016).

Os consórcios administrativos podem ser convertidos em consórcios público de direitos público ou privados (CNM, 2016). Essa conversão tem vantagem, pois estabiliza as relações, imprescindível para receber recursos da União.

Estrutura organizacional

A estrutura organizacional básica dos consórcios púbicos é formada por Assembleia Geral, Conselhos de Apoio (ou de Prefeitos) e Fiscal, Presidência e vice-presidência, Secretaria Executiva e outras diretorias. Este ponto é detalhado nos tópicos de tecnologia social de cada experiência aqui apresentada, pois existem especificidades em cada estado e modelo.

E a seguir, apresenta-se os consórcios públicos de saúde como uma alternativa para o subfinanciamento municipal da atenção à saúde de média e alta complexidade.

4.3 OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DA SAÚDE: UMA ALTERNATIVA AO SUBFINANCIAMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) surgem na década de 1980, como uma forma de superar as dificuldades impostas pela transferência de responsabilidades, especialmente no que

se refere à execução de funções sociais, da União para estados e, principalmente, para municípios (TEIXEIRA, 2007). A descentralização das ações e serviços de saúde representou um dos pilares da reforma sanitária brasileira - materializada na Constituição de 1988 e aprofundada pela Lei Orgânica da Saúde – e buscava a adaptação dos serviços às condições locais, com aumento da participação popular na tomada de decisões e o incremento da eficiência alocativa. Isso causou perdas de escala e de escopo decorrentes da excessiva fragmentação dos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2007). A perda de escala produtiva foi resultado do incremento do número de estabelecimentos e equipamentos - que operavam, muitas vezes, com capacidade ociosa – aumentando a ineficiência e reduzindo a qualidade dos serviços prestados à população. Nesse sentido, os CIS representam um subproduto do processo de municipalização da saúde no Brasil (TEIXEIRA, 2007).

Os CIS são organizações públicas que favorecem a construção de sistemas regionais pactuados, facilitando a implementação das estratégias de descentralização para a regionalização e hierarquização do SUS na oferta de serviços, e, que por isso, tem sido objeto frequente de avaliação de resultados, impactos e mecanismos de implementação na comunidade acadêmica (NEVES; RIBEIRO, 2006).

A partir da soma de esforços e a articulação de recursos físicos, financeiro e tecnológicos na procura de soluções dos problemas compartilhados, os CIS visam a resolução de problemas de gestão e prestação de serviços numa região específica. Estes têm se apresentado como inovações no setor público[9] para melhoria de eficiência na gestão, para provisão de serviços públicos especializados e de maior densidade tecnológica à população, gerando, adicionalmente, ganhos ambientais e econômicos na provisão desses serviços, e viabilizando financeiramente os investimentos e contribuindo para a otimização da rede de assistência (FLEXA; BARBASTEFANO, 2020).

As principais vantagens dos CIS são: (i) além do fortalecimento do sistema de regulação regional, a possibilidade de maior integração de redes regionais de assistência à saúde, com a ampliação da oferta de leitos e de acesso a redes de média e alta complexidade (BATISTA, 2011); (ii) dada a possibilidade de serem pessoas jurídicas de direito privado, aumentam a flexibilidade administrativa, possibilitando a contratação de pessoal com pagamentos de

[9] Umas dessas inovações são: a gestão pública compartilhada do aparelho público (por exemplo, Policlínicas Regionais), o uso efetivo da cooperação federativa diferente da competição entre os entes federativos e a constituição de uma pessoal jurídica capaz de garantir segurança jurídica de recursos financeiros, administrativos e técnicos, formando uma burocracia estatal em locais que tinham insuficiência ou inexistência desta.

salários competitivos (DE MORAIS; CHAVES, 2016); e (iii) por vigorar a lógica de federalismo cooperativo, otimização e integração das ações públicas e adoção de políticas redistributivas. Já como desvantagens, podem-se citar: (i) submissão dos entes mais fracos aos mais fortes; (ii) a inexistência de uma definição clara sobre a distribuição de responsabilidades; e (iii) a consequente falta de *accountability* do sistema (ROCHA; AURÉLIO; FARIA, 2004).

Por isso, as experiências dos consórcios públicos de saúde têm se multiplicado nas unidades da federação brasileiras como uma alternativa ao subfinanciamento da saúde pública para serviços mais complexos. Em Minas Gerais, a maioria dos municípios são de pequeno porte (até 20.000 habitantes) e sofrem com o subfinanciamento municipal do SUS, principalmente, para prestarem serviços de exames diagnóstico e consultas médica especializadas, por este motivo, os Consórcios Intermunicipais de Saúde surgem como uma alternativa para o estado. No Nordeste do país, onde a escassez de recursos para investimentos é ainda mais grave, os municípios têm apostado nesta estratégia para solucionar os vazios da rede de atenção à saúde. No Ceará e na Bahia, o governo do estado e dos municípios se organizam para constituírem Consórcios Interfederativos da Saúde, para executarem políticas públicas de atenção à saúde de média e alta complexidade.

5 REFERENCIAL TEÓRICO: ISOMORFISMO INSTITUCIONAL, CAPACIDADE ESTATAL E NOVA GOVERNANÇA PÚBLICA

Nesta parte, os conceitos de Isomorfismo institucional, Capacidade Estatal e Nova Governança Pública serão explorados. Aqui, o arcabouço teórico será dado para análise das experiências de consórcios públicos de saúde da Bahia.

De início, mostra-se como a ideia de isomorfismo institucional interage com as concepções de instituições, seus arranjos, homogeneização e estrutura organizacional e a inter-relação com os consórcios públicos. Em seguida, o conceito de capacidade estatal será abordado para analisar a ideia do papel do estado e sua capacidade de execução de políticas públicas. E, finalmente, a (Nova) Governança Pública servirá para ligar os conceitos acima e interrelacioná-los de forma direta com a organização e gestão dos consórcios públicos intermunicipais e interfederativos.

5.1 ISOMORFISMO INSTITUCIONAL: HOMOGENEIZAÇÃO E ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Antes de apresentar o que é isomorfismo institucional, precisa-se entender resumidamente o que são instituições, ambiente institucional e arranjos institucionais, pois estes conceitos servirão de base para analisar o objeto de pesquisa deste trabalho.

Logo, entende-se instituições como "**as regras básicas do jogo**" (NORTH, 1990), compreendidas como o amplo regime jurídico e suas formas de aplicação, normas que já são aceitas pela maioria e restringem o comportamento dos agentes, por exemplo, a legislação e as normas que regulamentam os consórcios públicos. Compreende-se, também, como "estruturas de governo" que direcionam características da atividade econômica, por exemplo, as "instituições", ou o Estado organizado no formato federativo e usando-se da cooperação federativa para executar políticas públicas mais complexas e de interesse comum. Também há os costumes, padrões estabelecidos ou esperados de comportamentos em situações particulares, ou seja, a moeda como meio de troca de bens e serviços (HODGSON, 1988, 2006; VEBLEN, 1899, 1915), ou no contexto da cooperação federativa, em algumas regiões brasileiras (Sudoeste e Sul), a cooperação pública entorno de um interesse comum (compras públicas conjuntas de remédio, por exemplo) eram feitas de forma cooperada entre os municípios antes mesmo da

regulamentação dos consórcios públicos no país, ou seja, nessas regiões já havia uma cultura cooperativa entre os entes públicos.

Muitos estudiosos associam as instituições a variáveis abstratas (por exemplo, a consistência e a percepção da justiça do Estado de direito em uma sociedade ou o uso geral do dinheiro) e outros **associam** o termo a **entidades mais concretas**, como a Suprema Corte dos Estados Unidos, o sistema de pesquisa agrícola da Universidade da Califórnia ou o Banco da Inglaterra (NELSON, 2008). **Os consórcios públicos podem ser incluídos como uma instituição concreta também**, como uma organização pública de natureza autárquica, descrita no capítulo anterior. Mas, há uma diversidade de definições sobre instituições na literatura, em que a maioria dos escritos são orientados para explicar as características e os fatores que sustentam os modelos geralmente usados para realizar coisas em contextos em que há ações e interações de uma gama variada de atores, determinando o que deve ser alcançado (NELSON, 2008; NELSON; SAMPAT, 2001). Com isso, faz-se necessário definir e diferenciar o que é ambiente institucional e arranjo institucional.

Para Willianson (1991a), o ambiente institucional se apresenta como um agregado de parâmetros em que um arranjo institucional opera, isto é, o ambiente institucional é tratado "*as a set of parameters, changes in which elicit shifts in the comparative costs of governance*" (WILLIAMSON, 1991a, p. 287). Em Fiani (2013), partindo-se do pensamento de Williansom também, ele entende o ambiente institucional como regras gerais que direciona e fundamentam o funcionamento dos sistemas político, econômico e social, dando base institucional (regramentos) para o funcionamento dos arranjos institucionais de políticas públicas. Mas então, o que são os arranjos institucionais?

Com base em Davis e North (1971), uma série de regras que direcionam o modelo pelo qual atores econômicos podem cooperar e/ou competir seria um arranjo institucional, por exemplo, uma estrutura de mercado e seus regramentos específicos – como o mercado financeiro refletido na bolsa de valores ou bolsa de cereais -, ou as regras que definem a associação pública entre entes federativos – como os consórcios públicos de saúde. Por meio disso, pode-se definir os arranjos institucionais como regras que dão forma específica e coordenada para um conjunto particular de atividades econômicas em uma sociedade (FIANI, 2011, p. 4). Assim, partindo-se do conceito de custos de transação, Williamson estabeleceu o arcabouço teórico sobre os arranjos institucionais (WILLIAMSON, 1991b). Pois, com base na teoria dos custos de transação,

> em vez de supor que é possível solucionar antecipadamente os conflitos que podem surgir, admite que em circunstâncias de elevada complexidade e incerteza, dada a racionalidade limitada dos agentes, os contratos são gravemente incompletos. Em presença de ambientes complexos e de elevada incerteza, dada a mesma racionalidade limitada dos agentes, os contratos são gravemente incompletos. Isso não apresenta maiores problemas se for possível substituir a contraparte na transação, pois neste caso a pressão competitiva entre as partes inibirá qualquer atuação oportunista, que é a manipulação de assimetrias de informação com o objetivo de realizar ganhos indevidos.
>
> Ocorre, porém, que caso a transação envolva ativos específicos, a substituição da contraparte na transação não é mais possível, ou somente é possível a um custo elevado. Isso reduz significativamente a competição entre as partes, ou seja, configura-se uma situação de transações em "pequenos números". Neste contexto, a incompletude dos contratos se torna um problema grave, pois a continuidade da transação é fundamental para a realização dos ganhos projetados (FIANI, 2013, p. 24-25).

Isso decorre se houver especificidades dos ativos envolvidos na transação, pois estes podem vincular as partes envolvidas, e para que a transação seja preservada, faz-se necessário a constituição de um arranjo institucional que ofereça flexibilidades "e ajuste entre as partes *ex post*, ou seja, durante o desenvolvimento da transação, frente a qualquer mudança significativa nos parâmetros do ambiente em que se processa a transação (FIANI, 2013, p. 25)". Assim, de modo geral, um arranjo institucional detalha quais são os atores habilitados que podem "realizar uma determinada transação, o objeto (ou os objetos) da transação e as formas de interações entre os agentes, no desenvolvimento da transação, estando o arranjo sujeito aos parâmetros mais gerais do ambiente institucional (FIANI, 2013, p. 24)".

Os consórcios públicos podem ser um exemplo de arranjo institucional de políticas públicas, pois a constituição desse se dá na escolha de quais agentes podem participar de uma dada atividade/transação, que neste caso, são os entes federativos (União, Estados e Municípios) para promover algum serviço público, que fornecidos de forma isolada por cada participante poderia apresentar elevados custos econômicos, políticos e sociais. E este arranjo pode ser padronizado por regras mais gerais do ambiente institucional, como a Constituição Federal de 1988 e o Marco Legal dos Consórcios Públicos.

Mas como esses arranjos se tornam homogêneos e estruturam sua organização? Nesse sentido, a teoria do isomorfismo institucional aborda essas questões. O isomorfismo pode ser definido como um caminho de delimitação que induz uma homogeneidade em uma população, que se

defrontam com o mesmo conjunto de condições ambientais (HAWLEY, 1968). Assim, Hannam e Freeman (1977) desenvolvem consideravelmente os pensamentos de Hawley. Segundo DiMaggio e Powell (2005, p. 77), Hannam e Freeman "demonstram que o isomorfismo pode acontecer porque as formas não-ótimas são excluídas de uma população de organizações, ou porque os tomadores de decisões nas organizações aprendem respostas adequadas e ajustam seus comportamentos de acordo com elas." Isto se apresenta quase como um critério de seleção (HANNAM; FREEMAN, 1977).

O isomorfismo pode se apresentar em dois tipos, segundo Meyer (1979) e Fennel (1980): o competitivo e o institucional. O primeiro dá foco em uma racionalidade sistêmica da "competição no mercado, a mudança de nichos e medidas de adequação" (DIMAGGIO; POWELL, 2005, p. 77). Já o segundo, o isomorfismo institucional é introduzido por Kanter (1972) por meio do debate feito por ele "sobre as forças que pressionavam as comunidades em direção a uma adaptação ao mundo exterior" (DIMAGGIO; POWELL, 2005, p. 77). Assim, com base na argumentação de Aldrich (1979), as outras organizações são as principais forças que as organizações devem levar em consideração. Indo além da competição por recursos entre as organizações, o poder político e de legitimidade institucional, aprovação social e econômica que dão o tom (DIMAGGIO; POWELL, 2005). Logo, "o conceito de isomorfismo institucional constitui uma ferramenta útil para se compreender a política e o cerimonial que permeiam parte considerável da vida organizacional moderna" (DIMAGGIO; POWELL, 2005, p. 77).

Pode-se identificar três mecanismos de mudança isomórfica institucional, estes são: i) o coercitivo, ii) o mimético e o iii) normativo. O primeiro advém do poder político e da questão da legitimidade; o segundo deriva das reações padronizadas à incerteza; e o último, refece-se à profissionalização (DIMAGGIO; POWELL, 2005). A nível de detalhamento e uso analítico neste trabalho, o foco será nos isomorfismos institucionais coercitivos e os miméticos, pois um apresenta o aspecto da padronização institucional balizada pelo ambiente institucional e o outro traz as características de imitação de estruturas organizacionais que já deram certo frente à incerteza.

O isomorfismo coercitivo pode ser entendido como um resultado de pressões formais e informais por organizações sobre outras organizações, formando uma relação de dependência, e pelas influências culturais e sociais em quem estas organizações estão inseridas (DIMAGGIO; POWELL, 2005). Por exemplo, os consórcios públicos de saúde são influenciados pelos entes federativos que os compõem, como o Estado e os municípios, além de ser regimentado pelas

diretrizes regionais do SUS, adequando-se as necessidades locais das regiões de saúde com aspectos epidemiológicos, culturais e sociais particulares.

Um ambiente legal também impacta aspectos do comportamento e da estrutura das organizações (DIMAGGIO; POWELL, 2005). A CF de 88, o Marco Legal do Consórcio Públicos e as Leis Orgânicas dos SUS afetam o comportamento e a estrutura organizacional dos consórcios públicos de saúde, garantindo um sistema racionalizado e complexo de leis contratuais com controles organizacionais que asseguram a segurança jurídica desses arranjos institucionais. O resultado do isomorfismo coercitivo é: "as organizações se tornam cada vez mais homogêneas dentro de determinados domínios e cada vez mais organizadas em torno de rituais em conformidade com a instituições maiores" (DIMAGGIO; POWELL, 2005, 78).

Mas o isomorfismo institucional pode resultar para além de uma autoridade coercitiva. Uma força poderosa pode estimular a imitação, esta é a incerteza (DIMAGGIO; POWELL, 2005). Pela incompreensão das tecnologias organizacionais, segundo March e Olsen (1976), os objetivos passam a ser confusos ou o meio desenvolve uma incerteza simbólica, logo, outras organizações mais bem sucedidas/líderes passam a servir de modelo para organizações mais novas/seguidoras. "Tomar outras organizações como modelo, como denominamos, constitui uma resposta à incerteza. A organização imitada pode não estar consciente de que está sendo imitada ou pode não ter o desejo de ser imitada" (DIMAGGIO; POWELL, 2005, 78).

Nesse sentido, alguns consórcios públicos de saúde passam a tomar como base de constituição as experiências anteriores. Há exemplo dos CIS baianos, que tomaram como base os CIS cearenses, que são no formato interfederativo (governo estadual-municipal) na composição associativa, e os consórcios intermunicipais de desenvolvimento do próprio território, que tomam como base o território de identidade como unidade de planejamento, semelhante as regiões de saúde que são unidades básicas de organização do SUS.

Dessa forma, "as organizações tendem a tomar como modelo em seu campo outras organizações que elas percebem ser mais legítimas ou bem-sucedidas" (DIMAGGIO; POWELL, 2005, 79). Isso se traduz no que é entendido como isomorfismo mimético.

Através disso, como um reforço conceitual, aqui se fará uso de algumas estruturas conceituais da tecnologia social proposta por Nelson e Sampat, pois utiliza-se de uma forma de pensar complementar aos conceitos de isomorfismo institucional aqui apresentados (NELSON, 2008; NELSON; SAMPAT, 2001). Mas, é importante ressaltar que o conceito de tecnologias sociais

é mais usado para analisar a inovação tecnológica. Com isso, aqui se fará uma adaptação deste conceito.

Desse modo, o conceito de tecnologia social envolve uma ampliação na forma como os economistas entendem uma "atividade" (forma de produzir algo - uso padrão do conceito) (NELSON, 2008; NELSON; SAMPAT, 2001).

Assim, o termo "tecnologia", usado pelos economistas, é para denotar procedimentos que necessitam ser executados para chegar ao resultado desejado, pode-se entender como uma "receita de bolo". Entretanto, esta ideia de "receita" não é adequada para muitas atividades econômicas que incluem diversos atores econômicos, pois exigem algum meio de coordenação para dá segurança em muitos aspectos da "receita" e em sua realização em si (NELSON, 2008). Este aspecto de "receita" poderia ser entendido como uma atividade de tecnologia "física", e a sua forma de execução, organização e coordenação seria a tecnologia "social" (NELSON, 2008; NELSON; SAMPAT, 2001).

As tecnologias sociais são amplamente empregadas na economia. Elas são habilitadas e condicionadas pelas leis, normas, expectativas, estruturas e mecanismos de governo, modos habituais de organização e de transações, servindo de base e padronização (NELSON, 2008). Ou seja, entende-se o termo "instituições" como estruturas e forças que moldam e mantêm em vigor as tecnologias sociais prevalecentes (NELSON, 2008). Então, a abordagem analítica sobre instituições aqui foca "*on the prevalent social technologies of interest and to be eclectic and inclusive about the "institutions" that support them* (NELSON, 2008, p. 3)".

Por meio disso, percebe-se que há vários modos de auto-institucionalização das tecnologias sociais, estes são: i) por meio dos **comportamentos habituais** – formas de interação, organização que tendem a se auto-reforçar de formas esperadas e familiares, ou seja, ir de encontro com o que já está estabelecido pelo hábito e costumes é dificultado, o habitual tende a ser reforçado; ii) a **estruturação em sistemas** – as tecnologias sociais tendem à interligarem-se de forma autossustentável, formando sistemas, podendo gerar dificuldades em ir contra uma tecnologia social já estabelecida; iii) a **progressão acumulativa e compartilhada** – é a semelhança com as tecnologias físicas, pois estas tem a capacidade de progredir ao longo do tempo acumulando e compartilhando experiências, modelos e aprendizados deliberadamente ou inadvertidamente (NELSON, 2008). Porém, "[...] *trying a new social technology, like pioneering a new physical technology, is risky, and involves abandoning the fruits of what may*

be considerable prior experience" (NELSON, 2008, p. 4). Logo, é necessário adicionar o seguinte complemento à afirmação acima:

> The emergence and adoption of new social technologies can occur quickly and fruitfully if there is a reasonably well-defined problem that needs some solution, a new social technology can be readily identified that solves that problem at least broadly, and the necessary institutional supports for it social technologies are relatively obvious. Under these conditions, the necessary new institutions can be established relatively quickly, at least if those who are in a position to make the institutional changes have an interest in doing so (NELSON, 2008, p. 9).

De certo modo, os consórcios públicos de saúde têm uma certa sintonia com ao ideia de uma tecnologia social alternativa à falta de capacidade técnica e de subfinanciamento da atenção à saúde de média e alta complexidade dos municípios de pequeno porte no Brasil. Mas aqui, este conceito será usado só em partes, cujo o foco será: a ideia de padronização institucional e a ideia de rotina organizacional, pois esses termos serão adicionados para a análise dos isomorfismos institucionais coercitivo e mimético.

Assim, passa-se a utilizar tecnologias sociais amplamente aceitas, mas necessitando de uma certa adaptabilidade. Por exemplo, os consórcios públicos de saúde têm que se adequar as necessidades regionais e locais, prestando serviços relacionados ao perfil epidemiológico da região de saúde em que está inserido.

Mas, ainda sim, necessita-se de tecnologias sociais institucionalizadas para que os custo de transações possam ser reduzidos, pois é muito caro ou impossível realizar algo na ausência de uma tecnologia social institucionalizada, isto é, aceita de modo habitual no contexto que ela se insere (NELSON, 2008; NELSON; SAMPAT, 2001)**.** Por isso, a necessidade da criação do marco legal dos consórcios públicos, em que se regulamentou e padronizou a atuação dos consórcios públicos, tornando-os um **arranjo institucional/organizacional padronizado** e balizado por força políticas e pela legalidade, seguindo uma **padronização institucional (coercitiva),** reduzindo os custos de transação para implementação de políticas públicas à nível local e regional.

Com isso, o conceito de tecnologias sociais abordado por Nelson (2001) é considerado, por ele, como um generalização útil da noção de North, partindo-se das particularidades da noção de arranjos institucionais que são permitidos pelo ambiente institucional, apresentando, assim, estruturas comportamentais (e organizacionais) específicas, com forças de modelagens mais gerais, isto é, as tecnologias sociais padronizadas (de comportamento institucionalizado) é o foco na análise, com o ambiente institucional direcionando e as moldando em segundo plano.

Desse modo, faz-se necessário a apresentação da relação entre a **linguagem das rotinas** como veículo útil para caracterização das tecnologias sociais (NELSON; WINTER, 1982), pois a rotinas são consideradas como o DNA das organizações. Para entender uma rotina, é necessário vê-la como uma coleção de procedimentos, vistos em conjunto, apresentando resultados previsíveis e especificáveis, sem a eliminação das escolhas no decorrer da execução. Outro aspecto das rotinas se associa a classificação, a descrição escritas ou codificadas e explicações de como são feitos os procedimentos, a manualização destas de modo que possam ser facilmente apreendidas e compartilhadas; assim, as rotinas são amplamente utilizadas, sendo estas importantes para entender o funcionamento das tecnologias sociais (NELSON; SAMPAT, 2001).

Quando as rotinas são amplamente conhecidas e empregadas, apresentam a seguinte característica: "*are culturally shared ... for activities requiring effective interaction among different parties, mutual knowledge about and use of the standard appropriate meshed routines may be essential for coordination the be achieved* (NELSON; SAMPAT, 2001, p. 43 - 44)."

Assim, um motivo importante para ter confiança em tecnologias sociais padronizadas "[...] is that actors can draw on cumulative public knowledge useful for the operation of these routines." (NELSON; SAMPAT, 2001, p. 45). Ou seja, as tecnologias sociais padronizadas são capazes de eleger as rotinas eficazes dentro de organizações, assumindo, portanto, o caráter de normas. Logo, o autor continua:

> In many cases, prevailing social technologies need to be understood as reflecting a kind of truce between different interests. Names, and shared understandings, clearly are vital aspects of social technologies. So too, in many cases, are rationales for what is done... But given that they are institutions define and provide low transaction cost ways of doing things that require coordinated interaction with other parties [...] Developing an institutionalized way of doing something may be the only way to achieve low transaction cost (NELSON; SAMPAT, 2001, p. 46).

Então, as rotinas organizacionais dos consórcios públicos são um dos aspectos abordados neste trabalho, pois, para caracterizá-los como um arranjo institucional/organizacional padronizado, é necessário compreender suas rotinas de funcionamento através de sua estrutura organizacional. Por exemplo, como funciona a Assembleia Geral, os Conselhos Consultivos e a Secretaria Executiva do consórcio. Pois, de forma mimética, pode-se observar semelhança na estrutura organizacional dos consórcios públicos de saúde aqui estudado.

Desse modo, os consórcios públicos de saúde podem se relacionarem com os conceitos aqui descritos, entendendo-os como um **arranjo institucional/organizacional padronizado (isomorfizado coercitivamente),** que pode reduzir custos de transações para execução de

políticas públicas, apresentando **rotinas organizacionais (isomorficamente miméticas)**, ou seja, semelhante a outros modelos anteriores dessas organizações.

A seguir, o próximo tópico aborda os conceitos de capacidades estatais e relacionando-os com os consórcios públicos, pois estes tipos de associações públicas são considerados como instrumentos de execução de políticas públicas.

5.2 CAPACIDADES ESTATAIS: O PAPEL DO ESTADO E O PODER DE EXECUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Geralmente, a discussão que gira entorno das capacidades estatais está fortemente ligada ao desenvolvimento (Intervenção Estatal), ou seja, quais os atributos do Estado são necessários e quais são seus limites para a promoção de bens e serviços; e o quão útil é a criação de mecanismos capazes de viabilizar o poder estatal (AGUIAR; LIMA, 2019).

Há uma variedade conceitual sobre o tema de capacidades estatais. Mas hoje, a centralidade das análises se dá na efetividade do Estado no sentido da "boa governança" (CINGOLANI, 2013; GOMIDE, 2016). Estudos recentes sobre as capacidades estatais no Brasil são focados em políticas de: "desenvolvimento, burocracia, inovação, industrial, infraestrutura energética, ambiental, trabalho e seguridade social, social, comércio exterior, cooperação internacional e internacionalização econômica (AGUIAR; LIMA, 2019, p. 4)". O foco aqui serão as políticas de desenvolvimento e burocracia.

Ressalta-se a importância das políticas desenvolvimento de coalizões de entes federados na elaboração de um projeto de desenvolvimento socioeconômico, sendo estas instrumento de apoio e sustentabilidade ao longo do tempo de políticas públicas, direcionando para uma agenda nacional de desenvolvimento prospera e sustentável (GAITÁN; BOSCHI, 2016). Gomes (2016) apresenta como se poderia ter uma ampliação das capacidades estatais na interlocução entre o Estado e a sociedade civil por meio de instituições de representação extraparlamentares, dando a possibilidade da criação de novas políticas de desenvolvimento.

Também, é interessante entender, o cruzamento entre o ambiente democrático e a burocracia, partindo-se de dois eixos: o técnico-administrativo (burocracia estatal) e o político (habilidade dos atores do Estado de interlocução com a sociedade civil e atores do sistema político-representativo na elaboração e execução de políticas públicas) (GOMIDE; PIRES, 2012). Pois,

há ausência de uma burocracia autônoma e competente que atendam às necessidades brasileiras (NUNES, 2018) e considera-se que o desenvolvimento é um objetivo compartilhado pelos agentes e que o alcance depende de ações sintonizadas entre eles (EVANS, 1995).

Na análise da qualidade da burocracia, observa-se a profissionalização, a qualificação e o modo de recrutamento da burocracia brasileira, com o intuito de analisar a capacidade de implementação de políticas e concluiu que as agências governamentais não tinham uma capacidade burocrática uniformemente distribuída, apresentando dependência da trajetória (SOUZA, 2016). Grin *et al.* (2018) avaliaram a estrutura organizacional, as habilidades para elaborar e administrar políticas e a qualificação dos recursos humanos e do planejamento municipal, por exemplo, a gestão fiscal municipal teria uma maior qualidade se houvesse mais capacidades estatais em seu território, assim os atores municipais poderiam ter maior interlocução entre si e de suas demandas socias por meio de conselhos de políticas públicas e consórcios intermunicipais.

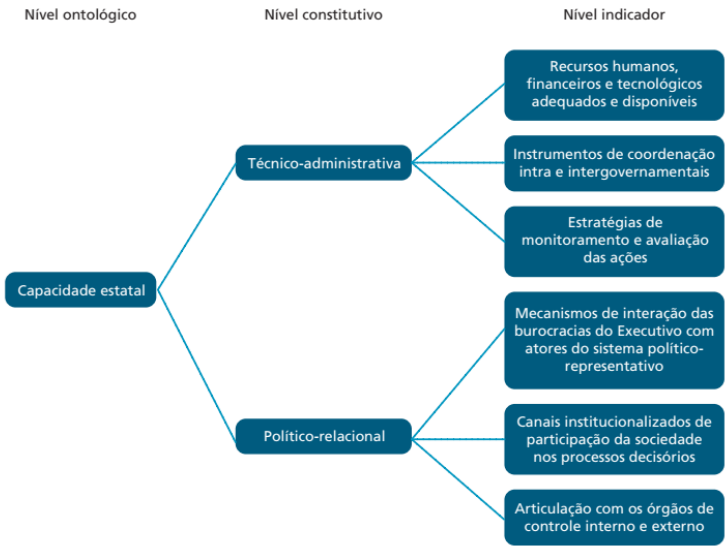
As dimensões das capacidades estatais são de interesse para este trabalho também, pois, por meio delas pode-se entender como a capacidade estatal atua a nível de política pública e de atendimento dos interesses sociais. Então, segundo Mann (2010), o autor apresenta algumas fontes de poder social, em uma delas, a **infraestrutural**, vista como a capacidade do Estado de se inserir na sociedade civil e implementar ações por todo o seu território. Outra dimensão de importância para este estudo é a **fiscal**, que é a capacidade de retirar recursos da sociedade (impostos) e de eficiência dos gastos governamentais (CINGOLANI; THOMSSON; CROMBRUGGHE, 2013). E atrelado a dimensão anterior, está a **administrativa ou de implementação**, isto é, se há uma burocracia profissional e com certa autonomia (EVANS; RAUCH, 1999; SOUZA, 2016). Na dimensão **relacional ou de alcance territorial**, é possível entender até que limite o Estado adentra na sociedade sendo capaz de absorver as dinâmicas sociais de suas decisões. Pela dimensão **legal**, o papel do Estado é assegurar acordos firmados e a execução e segurança contratual. No nível **político**, é o poder adquirido nas eleições pelos líderes para direcionar as prioridades políticas entre os diversos atores institucionais.

A nível de contexto brasileiro, aqui se focará nas dimensões ***legais/regulatórias*** (capacidade de garantir segurança jurídica e contratual entre os atores), ***fiscais*** (recursos e aplicação destes) e ***político ou de coordenação*** (condução ou poder de agenda), isto é, capacidade dos governos eleitos de determinar e alcançar suas prioridades (GOMIDE, 2016).

Avançando na apresentação do conceito de Capacidades Estatais, pode-se definí-las de forma resumida como: poder de ação do Estado, da produção de políticas públicas pelas burocracias públicas (PIRES; LOTTA; OLIVEIRA, 2018). Assim, as capacidades são resultado do fortalecimento da legitimidade da ação estatal, indicando o surgimento de instrumentos consorciativos, habilitados para mobilizar, articular e compatibilizar interesses diversos em torno de políticas públicas.

Logo, para uma análise mais didática, as capacidades estatais serão mostradas da seguinte forma na Figura 5, a seguir:

Figura 5 - Nível básico (ontológico), secundário (constitutivo) e indicativo (realista) do conceito de capacidade estatal



Fonte: Pires e Gomide (2016); Pires, Lotta e Oliveira (2018).

Os níveis analíticos são três e podem ser entendidos da seguinte forma:

> [...] **ontológico (básico ou teórico)**... foca no que é cognitivamente central do fenômeno...**constitutivo (secundário ou dimensional)** [...] identifica os atributos ou as dimensões que desempenham papel nas explicações e de seus mecanismos causais [...] **indicativo (realista ou observável)** [...] operacionaliza as variáveis mobilizadas para a análise do fenômeno em questão (PIRES; LOTTA; OLIVEIRA, 2018, p. 91).

Este trabalho transita entre estas ferramentas analíticas para buscar entender como os consórcios funcionam em diferentes localidades e modelos a nível de elaboração, execução e avaliação de políticas públicas.

Então, com o foco de analisar as políticas públicas implementadas nos consórcios públicos, é possível entender as capacidades estatais como a habilidade que tem o Estado de estabelecer objetivos e poder cumpri-los, que rementem à dimensão político-burocrática, definindo

políticas em sua implementação e acompanhamento e analisando o aspecto de coordenação entre os diferentes segmentos e iniciativas envolvidas até ao longo do tempo (BOSCHI, 2018).

As capacidades de coordenação são entendidas por Boschi (2018) como mecanismos de consulta e articulação de diversos setores envolvidos em determinada política e "atuação de diferentes esferas do aparelho estatal e os vínculos e redes que se estabelecem entre elas sob a ótica da eficácia das políticas". Portanto, pode-se compreender as capacidades estatais a níveis de:

> [...] **alcance regional e sistêmico**, já que o **desenvolvimento**, hoje, envolve necessariamente a definição e **implementação de políticas públicas** [...] em todos esses níveis, que se interligam de forma complexa. No nível **regional**, importa verificar, ademais, **as capacidades referidas à integração regional e ao exercício da liderança** (BOSCHI, 2018, p. 383)**.**

Assim, tem-se o gancho para entender como se daria a governança dos consórcios públicos, pois estes tendem a operar em rede para obter ganho de escala e escopo na utilização da infraestrutura física, política, burocrática e organizacional para elaborar, implementar e acompanhar políticas públicas em determinada região ou localidade como um todo. Então, para analisar a governança dos consórcios públicos, é necessário entender o conceito de (Nova) Governança Pública a seguir.

5.3 A (NOVA) GOVERNANÇA PÚBLICA: REDES DE COOPERAÇÃO PÚBLICA, COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL E PARCERIAS-PÚBLICA PÚBLICA

A (Nova) Governança Pública surge como alternativa aos modelos anteriores de governança pública, a hierárquica, baseada na **Administração Pública Tradicional,** e a **Nova Gestão Pública**, baseada na concepção privada de gerenciamento e maior participação deste setor na esfera do setor público (SILVESTRE, 2019).

No primeiro modelo de governança, a Administração Pública Tradicional, tem uma maior centralização das decisões com maior hierarquização das tomadas de decisão objetivando manter a tradição de intervenção Estatal (RHODES, 2016). Opera-se mais em um sistema fechado que não considera a influência externa, cabendo a burocracia a implementação das políticas públicas alinhadas às normas e regramentos com controle e supervisão destas. Esse modelo foi tido como ideal (POLLITT, CHRISTOPHER BOUCKAERT, 2017), era vinculado ao Estado unitário, em que não havia a separação entre as decisões de quais bens ou serviços

públicos deveriam ser ofertados. Essa forma foi vigente até o final da década 1970, período coincidente com as crises petrolíferas de 1973 e 1979 (POLLITT, 1990). Porém, a demanda por serviços públicos prestados continuou crescendo em um ambiente de conflitos distributivos pelos recursos econômico-financeiro, assim tornou-se urgente repensar este modelo (SILVESTRE, 2019).

É na reorganização do modelo anterior que surge a Nova Gestão Pública, utilizando-se dos mercados e sua estrutura de gestão na prestação de serviços públicos. Ou seja, a partir da reforma institucional feita no início da década de 80, deu-se espaço para a atuação dos operadores do setor privado em setores que antes eram lhe vedados, como os da telecomunicação, por exemplo. Assim, foi-se feito uma reforma administrativa, cujos elementos chaves se baseavam, segundo Hood (1991), em: 1) poder na gestão profissional atuante; 2) padrões de desempenho e medidas de avaliação; 3) controle dos resultados; 4) desagregação das grandes unidades do setor público; 5) uma maior competição no setor público; 6) adoção dos estilos de gestão praticados pelo setor privados (proximidades com os clientes); e 7) maior disciplina na utilização dos recursos públicos.

Mas, com o passar do tempo, a Nova Gestão Pública passou a apresentar problemas também, um deles seria as dificuldades de implantação em prefeituras de pequeno e médio porte. Segundo Zafra-Gómez *et al*. (2012), municípios de médio e pequeno porte tinham dificuldades para atrair os operadores privados na oferta de serviços locais com uma diminuição dos custos operacionais, ou seja, a baixa densidade demográfica não contribuiria para o ganho de escala que esses serviços necessitam para serem barateados - custos médios de produção diminuindo, enquanto o nível de produto aumenta (ZAFRA-GÓMEZ *et al*., 2012). Com isso, surge o ambiente para repensar este modelo de governança pública para atender à necessidade dos municípios de pequeno e médio porte.

5.3.1 Enquadramento contextual e conceitual do debate

A (Nova) Governança Pública se dá pelas seguintes formas de participação de redes ou *networks* para a prestação de serviços públicos: a cooperação intermunicipal e as parcerias-pública pública. Estas formas de organização se enquadram no debate a partir da década de 1960, sendo "discutida como um possível arranjo para que os serviços públicos sejam realmente prestados, mas de um modo eficiente e pelo qual seja possibilitada a redução de custos (SILVESTRE, 2019, p. 47)."

A concepção e os níveis de participação ocorrem na integração e coordenação do exercício de vários integrantes, significativamente, ao nível de governo local e porque são eles que prestam a maioria dos serviços às comunidades, por meio da relação de cooperação entre as organizações e quando avançam em direção aos interesses comuns que permeiam o desenvolvimento de programas conjuntos (SILVESTRE, 2019).

Existe uma diversidade de conceitos e ideias criadas pela sociologia organizacional e a teoria das *networks* (FATTORE; DUBOIS; LAPENTA, 2012), cujas premissas são apresentadas assim: 1) **organizações** – onde se presta os serviços públicos de forma cooperativa entre elas, indo de encontro à competição; 2) **virtudes do mercado e da hierarquia** – ou seja, aproveita-se na cooperação pública alguns dos aspectos principais da Administração Pública Tradicional e, também, da Nova Gestão Pública, apresentando-se como uma alternativa a estas como virtude de uma concepção diferenciada (JING, 2015).

Por meio disso, os atores envolvidos são introduzidos nas novas dinâmicas sociais, em que Koppenjan e Koliba (2013) apontam a disseminação de ideias entre os entes sociais, demandando uma capacidade de mediação por parte dos agentes dinamizadores na oferta de serviços públicos. Ou seja, isso leva a uma complexidade organizacional, as fronteiras físicas da própria estrutura e desenhos organizacionais sofrem influência multinível na determinação da execução de políticas públicas e da movimentação e concentração das informações existentes.

Então, a governança pode apresentar significados e compreensões como: coordenação, participação, coprodução, ênfase nos efeitos dos serviços prestados aos cidadãos, entre outros (TORFING; TRIANTAFILLOU, 2013). No sentido da cooperação, passa-se a observar a coletividade na tomada de decisões balizada por valores e crenças sequenciadas pelos atores responsáveis pela prestação dos serviços, englobando agentes do setor público nos seus diversos níveis (federal, estadual e municipal), com os entes privados e, também, a sociedade civil.

As ações desse tipo de governança podem assumir características formais ou informais através das prioridades de interesses comuns idealizadas e demandadas por um compartilhamento de recursos ao seu alcance (CONTEH, 2013). Ou seja, pela partilha de custos, riscos e benefícios, pode-se alcançar uma concreta e sustentável cooperação. Assim, a cooperação passa a unir esforços de vários participantes sociais em torno de objetivos comuns por meio dessas organizações públicas executoras das políticas públicas demandadas.

Osborne (2006) elabora o termo Nova Governança Pública, sendo um novo modelo e arranjo institucional e organizacional para provisionar e prestar serviços públicos. Nesse modelo, alguns elementos o compõem:

1) a **fragmentação das necessidades na sociedade pós-moderna** – os serviços públicos acrescentam valor público por meio da natureza e das dimensões associadas a eles, mostrando um real sentido aos diversos atores inseridos, equilibrando entre valores públicos e privados, com a participação significativa dos agentes públicos na mediação, participação e negociação de tais valores observando os interesses coletivos sentidos individualmente (OSBORNE, 2018).

2) a **evolução plural e pluralista das abordagens à prestação de serviços públicos** – múltiplas organizações envolvidas na prestação de serviços públicos, relacionando-se de forma interdependente, apresentando uma multiplicidade de processos, formando um sistema de políticas pública visando objetivamente o aprimoramento das relações intraorganizacionais para alcançar o máximo de utilidade para os demandantes dos serviços (OSBORNE, 2018).

3) **Necessidade de focar os sistemas de prestação de serviços para além da relação interorganizacional** – ampla descentralização no arranjo utilizado na execução das políticas públicas (PETERS, 2004) com os múltiplos valores e interesse intermediando o processo de modo consensual (JING, 2015).

4) **Mudanças nas habilidades de gestão na prestação dos serviços** – privilegiando a governança e as consequentes necessidades de negociação, entrega de serviços, e efeitos de elaboração e execução das políticas públicas, isto é, introdução de diversos saberes, perceptivas e recursos na base da negociação, possibilitando uma arquitetura de serviços com resultados diretos no bem-estar dos usuários (TORFING; TRIANTAFILLOU, 2013).

5) **Aumento do foco nos utilizadores dos serviços enquanto coprodutores** – os usuários passam a assumir um engajamento mais ativo na estrutura e prestação dos serviços públicos, indo além das suas estabelecidas obrigações e passando a exercer seus direitos (TORFING; TRIANTAFILLOU, 2013).

6) **Alteração do paradigma da lógica do negócio baseado no produto, para a lógica de negócio de serviço** – a abordagem utilizada deveria ser a da Teoria dos Serviços, pois aqui se trata da prestação de serviços, introduzindo a lógica coletiva e o valor público para analisar os serviços públicos (OSBORNE, 2006, 2010). Portanto, a governança pública deveria se ater a forma como os políticos e os demais agentes se relacionam para a geração de governabilidade e implementação de políticas públicas (EVANS; SAPEHA, 2015).

Os três níveis desta governança são a **comunidade**, a **rede ou networks** e a organização na relação com **utilizador/participante** (PROVAN; MILWARD, 1999). O primeiro nível, é entendido pela participação dos vários atores para o ordenamento do desenho das políticas públicas (co-construção), isto se dá pela definição da população-alvo, recursos, meios e indicadores, efeito práticos e reais (OSBORNE, 2010). A rede é baseada na construção de políticas desenhadas na distribuição de poderes na tomada de decisão (PETERS, 2004), incluindo atores não-governamentais no processo, ampliando a ação participativa na elaboração e implementação das políticas públicas (TORFING; TRIANTAFILLOU, 2013), promovendo o valor público dentro de um ambiente complexo (KOPPENJAN; KOLIBA, 2013). O Quadro 2, mostra-se um sumário da avaliação dos três nível aqui desenvolvidos:

Quadro 4 - Sumário de avaliação de relação das redes ou networks

Níveis de análise	***Stakeholders* chave**	**Critérios de efetividade**
Comunidade	Principais e Clientes	
	Grupo de defesa de clientes Financiadores Políticos Reguladores Público em geral	Custos para a comunidade Construção do capital social Percepção pública de que o problema está a ser resolvido Mudanças no incidente do problema Indicadores agregados do bem-estar do cliente
Redes ou Networks	Principais e agentes	
	Financiadores primários Organização administrativa da rede Membros das organizações	Crescimento dos membros da rede Amplitude dos serviços prestados Ausência de duplicação do serviço Força da relação (*multiplexidade*) Criação e manutenção da organização administrativa da rede Integração/coordenação de serviços Custos da manutenção da rede Compromisso dos membros com os objetivos da rede
Organização / participante	Agentes e clientes	
	Membro da direção e gestão Colaboradores da agência Clientes individuais	Sobrevivência da agência Legitimidade reforçada Aquisição de recursos Custos dos serviços Acesso aos serviços Efeitos para o cliente Mínimo de conflito para agências multiprogramas e para múltiplas redes

Fonte: Provan e Milward (2001); Silvestre (2019).

Assim, a Nova Governança Pública passa a ser caracterizada pela existência de múltiplos valores e pela distribuição das tomadas de decisão (JING, 2015). Nisso, as regras formais e informais são levadas em consideração, como também, as consultas e tomadas de decisão baseadas nos processos existentes, sendo as estruturas organizacionais focadas na promoção dos serviços públicos necessários (BOVAIRD; LÖFFLER, 2001). Com isso, a organização da relação com o usuário visa um arranjo organizacional para prestação de serviços públicos dentro da cooperação pública.

5.3.2 Prestação de serviços púbicos por rede ou networks

As redes ou *networks* para prestação de serviços públicos assumem "o padrão de duas ou mais unidades, nas quais nem todas as componentes estão inseridas numa mesma hierarquia (O'TOOLE; MEIER, 2004, p. 470)." Esse tipo de cooperação cria sinergias que almejam a oferta de serviços a custos reduzidos e com melhor qualidade (FEIOCK, 2007). As formas desse modelo de cooperação pode se dá por meio de consórcios, alianças, gestão conjunta e vários outros modos (FERRO; SORRENTINO, 2010). Aqui, o interesse é na propriedade e na gestão de modo compartilhado ou associado para a prestação de um ou mais serviços públicos locais (BEL; HEBDON; WARNER, 2018). Assim, poderão compartilhar recursos financeiros e não-financeiros (aprendizagem acumulada no setor) e, também, dos meios de operacionalização eficiente dos serviços (SILVESTRE, 2019), por meio disso a governança em rede ou networks incentiva a governança interorganizacional (BOVAIRD, 2014).

Dessa forma, as redes ou *networks* podem apresentar dois tipos de arranjos possíveis: 1) por **cooperação intermunicipal** (o mais utilizado) e 2) o conhecido como **parceria-pública pública** (SILVESTRE; MARQUES; GOMES, 2018). O Quadro 3 apresenta as principais características da cooperação intermunicipal e parceria-pública públicas:

Quadro 5 - Principais características da cooperação intermunicipal e parcerias-públicas públicas

Rede ou *network*	**Cooperação intermunicipal**	**Parcerias-Públicas públicas**
Unidades	Governos locais	Governos locais com os governos estadual e/ou federal; entre os governos estadual e federal
Objetivos	Ultrapassar as dificuldades de financiamento público; e reduzir custos	Redução de custos para o governo local; serviços integrados para os governos local, estadual e federal
Serviços	Serviços comuns às unidades	Serviços complementares

Acordo	Cooperação	Coordenação
Hierarquia	Singular (fusão de estruturas) ou múltiplas	Múltiplas
Financiamento	Governos locais	Governos locais com os governos estadual e/ou federal; entre os governos estadual e federal
Controle	Governos locais	Local, estadual e/ou federal

Fonte: Silvestre *et al.* (2020).

5.3.3 A cooperação intermunicipal

Geralmente, o intuito para organizar-se em torno de uma governança estruturada na cooperação intermunicipal é para superar os entraves financeiros que normalmente atingem os governos locais. De forma conceitual, a cooperação municipal é entendida como um contrato entre dois ou mais órgãos públicos municipais, visando atender tarefas (com interesses em comum) de um modo eficiente, levando qualidade aos serviços oferecidos e fomentando o desenvolvimento regional (SILVESTRE; MARQUES; GOMES, 2018, p. 6).

A cooperação pública faz com que as organizações do setor público possam ter uma mudança significativa da execução, deixando simplesmente de executar (*hand-on*) para direcionar a execução dos serviços públicos (*hand-off*) (RHODES, 2016). Com isso, os objetivos passam a compartilhar-se comumente por (BEL; WARNER, 2015; FEIOCK, 2007; SPICER, 2015):

- *Reduzir a duplicação* – eliminação de tarefas comuns (duplicadas) na prestação de serviços, concentrando-se em um único espaço;
- *Elevação da visibilidade internacional* – tem relação com credibilidade e otimização dos gastos municipais, elevando o grau de confiança à nível nacional e internacional, dando também maior segurança e motivação aos olhos de setor privado com interesse de investimento;
- *Suprimento da falta de serviços* – aumento da oferta dos serviços públicos por meio da cooperação pública sem a elevação dos gastos públicos;
- *Acesso às transferências federais e estaduais* – pela área abrangida, possivelmente, maior a propensão de garantia de investimento por outras esferas de governo se tornar maior;
- *Melhoria da qualidade dos serviços* – elevação da qualidade dos serviços prestado através da organização baseada em ação conjunta, alocando recurso de forma mais eficiente;
- *Promoção de serviços em regiões fragmentadas* – por meio de esforço coordenados, o orçamento e recursos humanos dos governos municipais são agregados de forma includente,

com o intuito de promover as condições econômicas e sociais das regiões onde se inserem. Isso se apresenta como um novo dinamismo regional, sendo que, a participação de vários governos possibilita isso.

5.3.4 As parcerias-públicas públicas

O conceito de parceria-pública pública é entendido como um acordo entre dois ou mais parceiros públicos para implementação de políticas públicas (BOAG; MCDONALD, 2010), diferencia-se da cooperação intermunicipal (horizontal), porque os entes envolvidos são de níveis hierárquicos diferentes na esfera pública, apresentando-se como uma relação interfederativa (vertical – União e Estados, União e municípios ou Estado e munícipios).

A existência das parcerias-públicas públicas serve e se constitui uma coordenação de ações entre os parceiros com a motivação de complementar serviços correlatos. O foco primordial é a coordenação nesse tipo de arranjo para implementação efetiva das políticas públicas. Ou seja, é uma estrutura criada e motivada por interesses em comum ou pela intenção de compartilhamento de esforços originados de diversas organizações do setor público, sem que, necessariamente, criem-se novas estruturas (CITRONI; LIPPI; PROFETI, 2013). Logo, os objetivos principais deste arranjo organizacional é alcançar o ganho de economias de escala e escopo dos serviços públicos, potencializando sua entrega e qualidade (DA CRUZ; MARQUES, 2012; SILVESTRE; MARQUES; GOMES, 2018). Assim, "[...] esses arranjos se mostram promissores para a diminuição dos custos para a prestação de serviços e através dos quais os vários níveis de governo se engajam para a sua prossecução (SILVESTRE, 2019, p. 78)."

5.3.5 A cooperação pública em rede através dos consórcios públicos

Um tipo de cooperação pública são os consórcios públicos. Ou seja, os consórcios públicos são entes públicos que se associam para compartilhar voluntariamente a prestação de serviços públicos exclusivamente (PUEY; FERRAN; MUSSONS, 2018). A tipologia dos consórcios públicos se enquadra em termos legais em: de direito privado, de direito público e os consorciais (ABRUCIO; SANO; SYDOW, 2010). O foco aqui será os de direto público.

Os **consórcios intermunicipais (cooperação intermunicipal)** possibilitam entre os municípios associados, em tese, melhor uso dos recursos dos entes envolvidos, de forma que possam executar seus objetivos em comum (MACHADO; ANDRADE, 2014). Os governos estaduais também passam a integrar alguns consórcios, envolvendo outras esferas hierárquicas para coordenar ações de políticas públicas de interesse em comum entre os atores, chamados **consórcios interfederativos (parceria-pública pública),** interagindo com governos locais e com participação direta do governo estadual (ABRUCIO; SANO; SYDOW, 2010). Mostra-se, na Tabela 2, os consórcios existentes no Brasil por dimensão local. Percebe-se que a maioria é intermunicipal, seguido pela participação estadual. E que os municípios de até 20.000

Tabela 2 - Consórcios existentes no Brasil por dimensão do governo local

	Intermunicipal	Estado	União	Total
Brasil	3.571	342	64	3.691
Até 5.000	859	44	9	861
5.001 – 10.000	796	57	8	808
10.001 – 20.000	900	90	18	939
20.001 – 50.000	642	84	16	677
50.001 – 100.000	203	27	5	221
100.001 - 500.000	151	35	8	165
Mais de 500.000	20	5	-	20

Fonte: IBGE (2018).

Com o referencial teórico apresentado, no próximo capítulo se apresenta a metodologia utilizada para coleta de informações e dados para se fazer análise das particularidades dos consórcios públicos de saúde na Bahia, usando-se como as experiências anteriores em Minas Gerais e Ceará como casos comparativos.

6 CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM MINAS GERAIS E CEARÁ

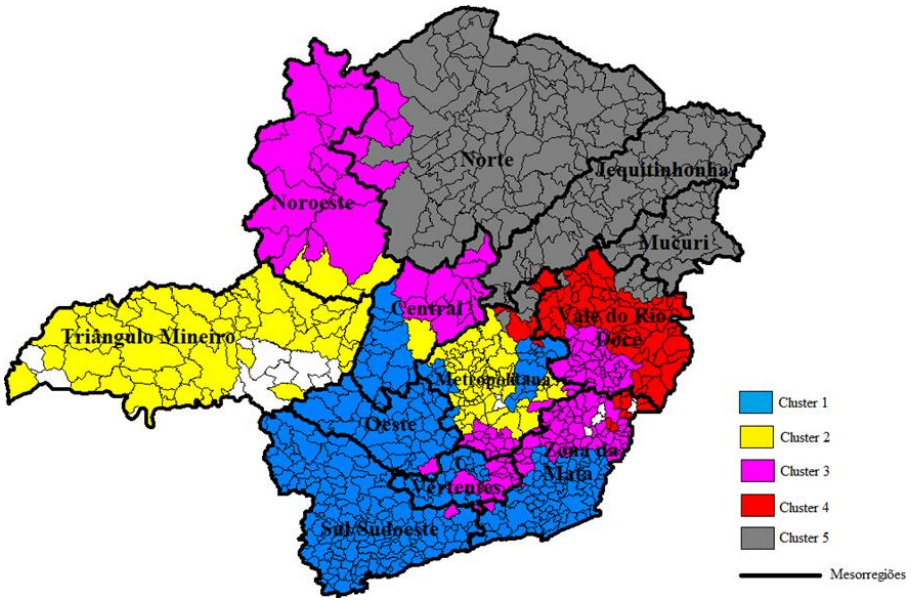
Esse capítulo tem o objetivo de apresentar como se organizam os consórcios públicos de saúde em Minas Gerais e Ceará para usá-los como estudo de casos múltiplos para analisar com os da Bahia. O motivo da escolha desses dois estados é pelo fato de que: Minas Gerais é o que apresenta o maior número de municípios e o maior número de consórcios públicos intermunicipais de saúde do país; já o Ceará se destaca por ser pioneiro no uso dos consórcios verticais, ou seja, constituição de consórcios públicos com o estado e os municípios integrando a estrutura organizacional e institucional. Com isso, analisar-se-á as semelhanças e as diferenças dessas experiências na organização nos consórcios públicos da Bahia.

6.1 MINAS GERAIS - CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE[10]

Segundo a Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais e o Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COSECS) de Minas Gerais, o estado tem 74 consórcios intermunicipais de saúde, ou seja, dos 853 municípios, 90% são nestes consórcios, o que representa 20 milhões de habitantes, sendo 64 generalistas e 10 temáticos (SAMU) (MINAS GERAIS, [s.d.]). Logo abaixo, na Figura 6 e no Quadro 5, tem-se a distribuição dos consórcios do estado em formato de *clusters*.

[10] É importante ressalta que os estudos sobre os consórcios públicos mineiros são poucos.

Figura 6 - Mapa da distribuição espacial dos clusters



Fonte: Silva (2018)

Quadro 6 - Clusters criados e suas composições

Clusters	Consórcios	%Consórcios
Cluster1	ACISPES;CIESP;CINSC;CISAMESP;CISASF;CISCAXAMBÚ;CISCEL; CISCIRCUITODASÁGUAS;CISCOM;CISDESTE;CISLAGOS; CISLAP; CISLESTE; CISMARPA; CISMAS; CISPARÁ;CISSM;CISSUL-SAMU;CISUM;CISURGOESTE;CISVER;CISVI; SIMSAÚDE	29,8
Cluster2	CIAS;CISALP;CISAMVAP;CISLAV;CISMARG;CISMEP;CISMEPI; CISMISEL;CISPARANAÍBA;CISPONTAL;CISREC;CISREUNO;CISSUL;CISTM; CISTRI;CISVALEGRAN	20,8
Cluster3	CIDESLESTE;CISAJE;CISALV;CISAMAPI;CISAPVP;CISARVG;CISMESF;CISMEV;CISMIV;CISPORTAL;CISRUCENTROSUL; CISVALES;CISVERDE;CONSAÚDE;CONSONORTE;CONVALES	20,8
Cluster4	CISCAPARAÓ;CISCEN;CISDOCE;CISLESTE–GV;CISVAS; CONSARDOCE;CONSURGE	9,1
Cluster5	CIMBAJE; CISAMSF; CISARP; CISEVMJ; CISGRÃOMOGOL;CISMEJE;CISMEM;CISMIRECAR; CISMMA;CISNES;CISNORJE; CISNORTE;CISRUN;CISUNIÃOGERAL;IPER	19,5

Fonte: Silva (2018)

Desses 853 municípios mineiros, os que se enquadram como pequenos (até 20.000 habitantes) em 2010, são 79,1% (SILVA, 2018). Segundo as ideias de Diniz Filho (2014), geralmente, os consórcios intermunicipais são mais propícios para municípios pequenos, o que torna Minas gerais um estado muito favorável para a formação dos consórcios intermunicipais de saúde; os

municípios se consorciam tentando obter soluções para a oferta descentralizada dos serviços de saúde.

De acordo com a Secretaria de Saúde de Minas Gerias, em termos de consorciados, o maior é o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macrorregião do Sul de Minas para Gerenciamento dos Serviços de Urgência e Emergência (CISSUL-SAMU) com 153 municípios consorciados. O considerado menor, com apenas 10 municípios, é o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Piumhi (CINSC) (SILVA, 2018).

Na Tabela 4, encontra-se a distribuição de municípios participantes de consórcios em Minas Gerais, por área e classe populacional em 2019:

Tabela 3 - Municípios mineiros participantes de consórcios, por área e classe populacional, 2019

Área de atuação	Número	% de MG	Até 5000 hab.	5001 a 10000 hab.	10001 a 20000 hab.	20001 a 50000 hab.	50001 a 100000 hab.	100001 a 500000 hab.	Maior que 500000 hab.
Saúde	754	88,39	199	213	178	103	34	24	3
Manejo dos res. sólidos	209	24,5	61	62	46	25	9	6	-
Desenvolvimento urbano	143	16,76	30	41	39	21	10	2	-
Meio ambiente	131	15,36	31	44	28	21	4	2	1
Saneamento básico	117	13,72	24	38	27	20	8	-	-
Assistência e desen. social	66	7,74	15	20	16	7	3	3	2
Turismo	51	5,98	9	15	12	11	3	1	-
Gestão das águas	46	5,39	9	17	8	7	4	1	-
Cultura	39	4,57	9	12	8	7	3	-	-
Educação	39	4,57	9	13	7	7	3	-	-
Habitação	31	3,63	7	11	7	4	2	-	-
Transporte	24	2,81	3	9	7	3	2	-	-

Fonte: Leão, Bastos e Ribeiro (2019), a partir dos dados do IBGE.

Nesta Tabela 4, nota-se que os municípios com até 20.000 habitantes são os mais favoráveis para consorciar-se, principalmente, na área da saúde, pois se apresentam em maior quantidade (MACIEL, 2016).

Isomorfismo Institucional

Em termos institucionais, encontra-se a atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - **SES/MG** como o principal ator responsável pela implantação e integração dos CIS mineiros, principalmente, no quesito de adequação aos critérios da administração pública vigente. Mas, historicamente, os CIS mineiro, os primeiros, foram constituídos por iniciativa dos próprios municípios na década de 1990, constituindo-se em consórcios administrativos (MACIEL, 2016). Essa motivação é explicada pelo fato que o estado é constituído em sua maioria por pequenos municípios com problemas de financiamento e capacidade técnica para fornecer serviços públicos de maior complexidade.

Com o objetivo de facilitar o elo entre os Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais e as Esferas Estadual e Federal, em 1997, criou-se o **Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COSECS)** (MINAS GERAIS, [s.d.]), órgão de representação e apoio importante para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde em nível regional, buscando viabilizar a sustentabilidade dos projetos relacionados aos consórcios de saúde do estado.

A **Resolução SES/MG nº 0353/2003** regulamentou a cooperação entre a SES/MG e os consórcios (MINAS GERAIS, 2003). Em seguida, a **Lei Federal nº 11.107**, de 6 de abril de 2005 regulamenta os consórcios públicos, sendo considerada o marco legal (padronização institucional) deste mecanismo de administração pública.

Por meio da **Resolução n° 1.886/2009**, a SES/MG lançou o **Programa Estadual de Cooperação Intermunicipal em Saúde (PROCIS)**, objetivando auxiliar financeiramente e tecnicamente o aumento e melhoria dos serviços por meio dos CIS no estado. Esse programa dá apoio jurídico para os consórcios se enquadrarem nos quesitos da Lei Federal 11.107/2005 e às diretrizes do **Plano Diretor de Regionalização do estado** (PDR) (MINAS GERAIS, 2009a, 2014, 2020). Observa-se aqui um processo de padronização institucional nesses consórcios públicos de saúde mineiros.

Pela **Lei Estadual nº 18.036, de 12 de janeiro de 2009**, o Estado de Minas Gerais passa a apresentar normas para a constituição dos consórcios públicos dentro do seu território, como as cláusulas dos protocolos de intenções, a personalidade jurídica e outras providências. Assim, deu-se a regulamentação dos consórcios no estado. Ou seja, esta lei veio com o objetivo de solucionar dificuldades e regulamentações de especificidades em relação ao amparo legal dos consórcios no âmbito estadual. É de interesse também ressaltar que, o **art. nº14** foi revogado

em 1º janeiro de 2010, no qual estabelecia que "[...] o Estado somente celebrará convênios com consórcios públicos constituídos sob a forma de associação pública ou que para essa forma se tenham convertido (MINAS GERAIS, 2009b, p. 5)." Como consequência, os consórcios administrativos não se sentiram incentivados a se tornarem públicos. Logo, os repasses estaduais dos recursos não apenas foram permitidos para os consórcios públicos (de direito público e privado), como também para os consórcios administrativos, isto é, não registrados na Lei Federal 11.107/05 (MACIEL, 2016).

A **Resolução SES/MG Nº 3903/2013** aprova os procedimentos para remanejamento, alteração cadastral do tipo de gestão, contratação, processamentos da produção e pagamentos específicos dos consórcios Intermunicipais de Saúde (MINAS GERAIS, 2013). No **Art. 5°, da Resolução SES n° 3.577/2012**, tais procedimento já estavam inclusos, relacionando-se aos processos de credenciamento dos serviços dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2012).

A **Resolução SES/MG nº 5173/2016** estabeleceu os pré-requisitos para a consolidação de parcerias entre o estado e os CIS, em que a organização é lastreada com base nos princípios: da administração pública e nos princípios e diretrizes dos SUS; compatível com os objetivos da Rede de Atenção à Saúde; em consonância com os termos da Lei Federal nº 11.107/2005, regulamentando a personalidade jurídica; aprimoramento e qualificação com os compromissos da gestão; os regramentos e procedimentos submetidos aos do~~s~~ SUS; e a organização e produção das informações de acordo com os sistema do DATASUS (MINAS GERAIS, 2016).

Atualmente, uma diretoria vinculada a Superintendência de Desenvolvimento, Cooperação e Articulação Regional\Subsecretaria de Gestão Regional, a **Diretoria de Articulação de Consórcios Interfederativos (DACI),** tem como função desenvolver, executar e monitorar as ações relacionadas aos consórcios intermunicipais de saúde, cuja as atribuições são:

> I – Promover e fomentar, junto aos consórcios, os processos e projetos que visem o adequado alinhamento ao SUS e aos objetivos das redes de atenção à saúde;
> II – Fortalecer a articulação intra e intersetorial estimulando a formulação e implementação de políticas públicas para o desenvolvimento dos Consórcios Interfederativos de Saúde – CIS;
> III – subsidiar, com estudos e informações, os processos decisórios da SES em assuntos relacionados ao consorciamento em saúde;
> IV – Fomentar ações que ampliem e aperfeiçoem os serviços assistenciais ofertados à população pelos CIS para o fortalecimento da regionalização da assistência à saúde e potencialização das redes de atenção à saúde;
> V – Induzir a alimentação dos sistemas de dados e informações do SUS-MG pelos CIS, monitorando e avaliando os resultados;

> VI – Executar e fiscalizar os contratos ou instrumentos congêneres no âmbito de sua atuação (MINAS GERAIS, [s.d.], p. 2).

Através da **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.513/2017**, o Estado de Minas Gerais pactuou com os municípios, a Resolução SES/MG nº 5.819/2017**,** que ordena a metodologia de alimentação da produção no Sistema de Informação Ambulatorial (MINAS GERAIS, 2017a, 2017b).

Os estudos referentes ao papel dos CIS na Rede de Atenção à Saúde de Minas Gerias são poucos, mas observa-se estudos relacionados à adequação dos CIS ao **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**, o estado tem buscado integrar à gestão do SUS (MATHIAS; OLIVEIRA, 2019).

Basicamente, a **estrutura organizacional** dos consórcios mineiros segue um certo padrão, de acordo com a Lei Federal nº 11.107/2005, em que se encontra nos protocolos de intenções destas autarquias (SILVA, 2018), organizando-se como uma relação de agência entre a Assembleia-Presidente e Presidente-Secretário executivo. Por meio de voto, os representantes do Chefe do Poder executivo na Assembleia Geral escolhem o Presidente para dirigir o consórcio por dois anos subsequentes. Ou seja, cada membro representante dos municípios consorciados tem direito a dois votos tendo como quórum mínimo de 3/5 (três quintos) dos votantes para eleger o presidente, assim, o secretariado executivo deve ser nomeado ou exonerado pelo presidente eleito. Então, o Secretário geral dos consórcios é indicado pelo presidente, ocorrendo a relação Presidente-Secretário a partir daí. Mas, é importante ressaltar que, a nomeação do Secretário Geral passa pelo crivo do Conselho de Prefeito, sendo requisitado critério para ocupação do cargo, como conclusão de curso superior e experiência comprovada na administração pública ou de saúde (SILVA, 2018).

O Secretário Executivo é responsável pela contratação dos profissionais comissionados e dos de confiança, mas outros cargos nos consórcios consistem em cargos admitido via concursos públicos, a saber: farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de radiologia, assistentes administrativos e outros (SILVA, 2018).

Há, também, outras subcategorias de órgãos, os de controle, como Conselho Fiscal e Conselho de Prefeitos nas estruturas organizacionais dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais. A nível de controle externo aos CIS/MG, apresenta-se o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (SILVA, 2018).

O conselho Fiscal é entendido como um órgão que fiscaliza as atividades dos consórcios, estando vinculado à Assembleia Geral, e sendo eleito pela própria assembleia para um mandato

de dois anos, permitindo-se reeleição. A composição é de um presidente, um vice-presidente e secretários escolhidos, sendo que, em alguns consórcios, os Secretários Municipais de Saúde dos municípios associados são quem fazem parte do conselho, mas em outros, não exclusivamente. As deliberações feitas pelo Conselho Fiscal são averiguadas à homologação da Assembleia Geral (SILVA, 2018).

O Conselho de Prefeitos (ou Conselho Diretor) é eleito por voto pela Assembleia Geral, sendo composto por prefeitos dos municípios consorciados. As responsabilidades deste órgão são:

> I – atuar junto às esferas políticas do Poder Público, em todos os seus níveis, buscando apoio às ações do CONSÓRCIO; II – estimular, na área de abrangência do CONSÓRCIO, a participação dos demais municípios; III – estabelecer metas ao Conselho Técnico-Consultivo e aos demais setores do CONSÓRCIO no intuito de fazer cumprir os objetivos da instituição; IV – autorizar a alienação dos bens móveis declarados inservíveis; V – aprovar a requisição de servidores públicos para servirem na entidade; VI - fixar o âmbito de atuação da entidade, para consecução do seu objeto; VII - aprovar a proposta de orçamento da entidade, o plano e o relatório anual de atividades, bem como o programa de investimentos; VII – indicar o Secretário-Executivo, bem como determinar o seu afastamento, a sua demissão ou a sua substituição, conforme o caso; IX – prestar contas ao órgão público ou privado concedente dos recursos que venha a receber. (R27)(SILVA, 2018, p. 65).

Com isso, os CIS em Minas Gerais são regulamentados com base no Marco Legal dos Consórcios Públicos, pelas diretrizes e normas do SUS e pelas legislações e normas estaduais e municipais, apresentado assim padronização institucional (coercitiva), pois estas instituições moldam o comportamento e organização dos CIS mineiro. Em termos de estrutura organizacional (mimética), percebe-se que existe uma composição organizacional dividida entre Assembleia Geral (órgão máximo), Presidência, Secretária Executiva (órgão de executivo das políticas públicas) e Conselhos Fiscal e de Prefeitos (órgãos de controle interno), apresentando a gestão dos serviços públicos de saúde de interesse comum de cada ente consorciado. Assim, os consórcios públicos de saúde mineiros podem ser considerados arranjos institucionais/organizacionais definido por um isomorfismo institucional, pois, mostra padronização institucional (coercitivas) e estruturas organizacionais (miméticas) na execução e coordenação de suas atividades.

Capacidades Estatais

A criação dos dois primeiro CIS mineiros, em 1994, foi fruto de um dos diretores da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais FCM-MG, em que, depois, assumiu o cargo de Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais. Por meio deste novo secretário, o tema associação intermunicipal da saúde foi introduzida no âmbito estadual. Com isso, inicia-se a política estadual de promoção à consorciação entre municípios mineiros em 1995 (SILVA, 2018). Entre 1995 e 1998, criou-se 65 Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais (DINIZ FILHO, 2014). Isso pode ser entendido como capacidades estatais técnico-administrativas (burocracia) promovendo o estímulo à formação do consorciamento no estado, pois se partiu

da iniciativa de técnicos envolvidos com o ensino e atuação na saúde, que se engajaram na elaboração e execução de políticas públicas.

Observado no estudo de Cunha (2014), nota-se os CIS como instrumento de cooperação e alternativa para os municípios ofertarem serviços de saúde (SILVA, 2018). Ou seja, estes passam a ampliar a capacidade estatal mineira no quesito tanto de infraestrutura física e, também, institucional (organizacional) para execução de políticas públicas de saúde no estado e municípios mineiros.

Logo, conhece-se, atualmente, 64 CIS Generalistas objetivando a oferta de serviços assistenciais nas Regiões de Saúde, principalmente, na prestação de procedimentos de média complexidade ambulatorial (consultas e exames), no qual, 49 desses consórcios tem personalidade jurídica de direito público e 06 de direito privado, todos em acordo com a Lei Federal 11.107/2005, porém, 09 ainda se encontram como consórcios administrativos, não adequado a referida lei. Os CIS Temáticos são dez, cuja finalidade é gerenciar o programa de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) nas macrorregiões de saúde (MINAS GERAIS, [s.d.]).

Em termo de gestão, segundo Gomes (2017), em um consórcio mineiro, o aspecto que mais influência na percepção de qualidade dos serviços prestados aos usuários é a demora no atendimento. Mas faz-se necessário estudos futuros para melhor avaliar os casos dos CIS mineiros, para que a qualidade notada tenha influência na satisfação, confiança e recomendação dos usuários (MATHIAS; OLIVEIRA, 2019).

Em termos de serviços prestados, mostram-se insuficientes ou incipientes a atenção à saúde das populações dos municípios consorciados. Mas, Freitas (2014) aponta que a ampliação e implementação dos serviços prestados tem sido buscados pelos CIS mineiros.

A situação financeira, em certa medida, tem sido o motivo de impedimento de melhorias do consórcio, principalmente, para ampliação para o número de consultas (GOMES, 2017). Com isso, se faz necessário a criação de novos meios de captação de recursos junto a outras esferas (FREITAS, 2014).

O **Programa de Fortalecimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde** foi criado em 2006 pela SES/MG, com a ordem de incentivos de **R$ 18 milhões** para **aquisição de equipamentos pelos CIS**, objetivando fortalecer a atenção de média complexidade. Em 2008, a SES/MG lançou o **Edital de Custeio e de Investimento distribuindo R$ 6 milhões para os**

consórcios e, além disso, reeditou o Manual de Contratos e Convênios, colocando no documento a possibilidade da realização do credenciamento dos serviços prestados nos CIS. Vale ressaltar que, no mesmo ano, a SES/MG estabeleceu parceria com os consórcios na gestão de programas estaduais (MACIEL, 2016; MAIA *et al*., 2011).

Por meio de um edital, em 2010, foi **distribuído R$ 10 milhões pela SES/MG com a finalidade de equipar os CIS e permitir a execução de obras de melhorias em suas sedes administrativas** (MACIEL, 2016). Ainda em 2010, a SES/MG criou a **Assessoria de Cooperação Intermunicipal em Saúde (ACIS),** atrelada ao gabinete do secretário e executando ações para o aprimoramento da gestão e da coordenação dos consórcios. Assim, percebe-se um outro ator importante na interrelação entre os consórcios e a SES/MG, o **Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (COSECS/MG)**. Com isso, pode-se notar que a criação da ACIS teve como **objetivo o aprimoramento da relação institucional entre a SES/MG, o COSECS e os CIS do estado**, buscando orientar a implementação, sustentabilidade e controle dos serviços prestados nos consórcios; então, desenvolvia-se um indicador de qualidade de gestão para analisar as especificidades regionais e estruturais da eficiência dos serviços público e da capacidade administrativa dos CIS (MACIEL, 2016).

Por meio dessas constatações, observa-se as várias finalidades dos recursos repassados. Esses valores são transferidos de acordo com a necessidade e demanda de cada CIS relacionada à esfera estadual, ou um fator externo de interesse comum entre os entes, como o caso de dengue que ocorreu em 2013, no estado, que procurou junto aos CIS, resolver tal questão (MACIEL, 2016). Portanto, na questão da capacidade estatal relacionada ao apoio financeiro, até 2014, as ações foram voltadas para o combate ao surto de dengue (21,54%), investimentos em obras das sedes dos consórcios (11,96 %) e obtenção de material permanente (21,42%). Mas, é importante registrar, que uma parcela relativamente significativa não foi possível identificar, apontando um problema de qualidade nos registros administrativos (MACIEL, 2016).

Em 2020, os Editais 1 e 2 tiveram como objeto permitir aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) Públicos, em acordo com a Lei Federal 11.107/2005, prestarem de modo complementar as ações e serviços diante de situações ou casos suspeitos e/ou confirmados de doenças e agravos que constituem emergências em saúde pública no estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, [s.d.]). A Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.359, DE 17 de Março de 2021 aborda o credenciamento dos CIS, com o objetivo de ampliação de serviços de saúde de média

complexidade ambulatorial, especificamente, consultas e exames, em acordo com as necessidades do SUS/MG (MINAS GERAIS, [s.d.]).

Nova Governança Pública

Pode-se observar, como já foi dito mais acima, que os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) em Minas Gerais, iniciaram-se no ano de 1993, sendo iniciativa dos próprios municípios cooperando entre si, como o caso da criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto do Rio São Francisco (CISASF), sede na cidade de Moema, fruto da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG) e, por influência dessa experiência, no mesmo ano, surge o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto Rio Grande (CISMARG), partindo das mesmas condições estruturante do anterior (DINIZ FILHO, 2014). A constituição dos consórcios intermunicipais de saúde é exclusivamente entre os municípios (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 1996). Logo, percebe-se que a rede ou *network* (cooperação pública) para prestação de serviços públicos de saúde teve como base de formação e iniciativa os próprios municípios de Minas Gerais, que pode ser reconhecido como uma cooperação intermunicipal (ou consorciamento intermunicipal), em que os municípios se reúnem entorno de um interesse comum para oferecer um serviço público com mais qualidade e eficiência, diferentemente se os serviços fossem oferecidos por cada participe isolado.

Porém, por tais experiências pioneiras serem autônomas e não-planejadas adequadamente, apresentou-se problemas: não houve melhoria significativa na integração da rede de serviço de saúde da microregião que sediariam o consórcio, ou seja, constituiu-se somente como mais um prestador de serviço público. Os municípios-sede, principalmente, ficaram sobrecarregados com o custo do sistema; gerou-se ineficiência alocativa em relação as esferas estadual e regional (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 1996). Assim, num contexto, em que o estado não participou da coordenação da criação dos CIS mineiros, não integrando-os a rede de atenção da região de saúde, em alguns casos, observou-se concorrência e não-complementariedade entre os serviços prestados (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2008).

Ao longo dos anos de 1990 e dos anos 2000, a esfera estadual assumiu o papel de indutor na coordenação e fortalecimento dos CIS mineiros, visando contribuir para regionalização da atenção da saúde pelo estado, ou seja, deixando de lado o modelo de organização de estruturas paralelas visto nos anos 1990 (MACIEL, 2016).

Assim, os CIS de Minas Gerais têm adotado o modelo de cooperação intermunicipal (horizontal), com apenas municípios participando da estrutura gerencial dos consórcios. E o

governo estadual participando por meio da indução através de convênios, editais e outros mecanismos de promoção de políticas públicas para fortalecer e dar sustentabilidade aos consórcios intermunicipais de saúde de Minas Gerais. Portanto, os CIS mineiros se apresentam como meios para solucionar os problemas gerados pela descentralização da administração pública e da regionalização do SUS no estado, focando no combate às desigualdades regionais, principalmente, no quesito do acesso/utilização dos serviços de saúde de média e alta complexidade.

6.2 CEARÁ – CONSÓRCIOS INTERFEDERATIVOS DE SAÚDE

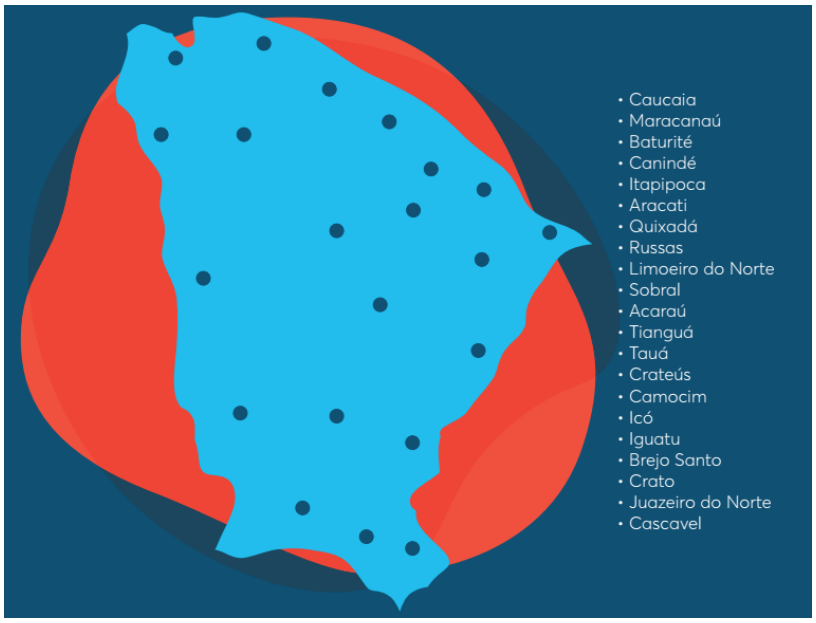
A reforma no modo de gestão da saúde pública no Ceará, em termo de idealização e prática, iniciou-se no ano de 2007, promovida pelo Secretário de Saúde da época. O objetivo foi corrigir lacunas e distorções observadas no modo e estrutura da assistência médica e odontológica dos serviços oferecidos à população cearense (NETO, 2018). Foi previsto a construção de dois hospitais de grande porte para atender a macroregiões (norte e sul do estado), tendo estes como instrumentos de correção do desequilíbrio assistencial da atenção terciária (NETO, 2018).

Desde 1987, o estado cearense tem adotado uma política satisfatória na atenção primária, por meio do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), política anterior ao Programa Saúde da Família (PSF), iniciado em 1992 (NETO, 2018). Porém, problemas de acesso e resolutividade de demandas da atenção de média complexidade (especialidades médica-odontológicas e unidades hospitalares de nível secundário) não encontravam solução, devido à falta de oferta de serviços públicos no interior do estado (NETO, 2018).

Para atender a essas necessidades, foi criado o Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde no estado do Ceará, objetivando integrar os diferentes níveis de atenção, com a ampliação da cobertura de assistência médica especializada e odontológica. Partindo-se deste foco, instrumentalizou-se o programa, a partir de dois elementos: um de **ordem estrutural** – construção de 21 policlínicas e 16 centros de especialidades odontológicas (CEOs) nas regiões de saúde do estado, definidas pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR), atendo 179 dos 184 municípios cearenses; e o outro de **ordem gerencial** – o fortalecimento institucional da gestão e a melhoria continua da oferta de serviços públicos da saúde no estado; com isso, **escolheu-se os consórcios públicos interfederativos da saúde para gerenciar as**

infraestruturas físicas aqui mencionadas (NETO, 2018). Na Figura 7, a seguir, está a distribuição dos 21 Consórcios Públicos de Saúde do Estado do Ceará:

Figura 7 - Distribuição dos 21 Consórcios Públicos de Saúde no Estado do Ceará



Fonte: Diário Oficial do Estado do Ceará, DOE/CE; Marcia e Eloy (2019).

Isomorfismo Institucional

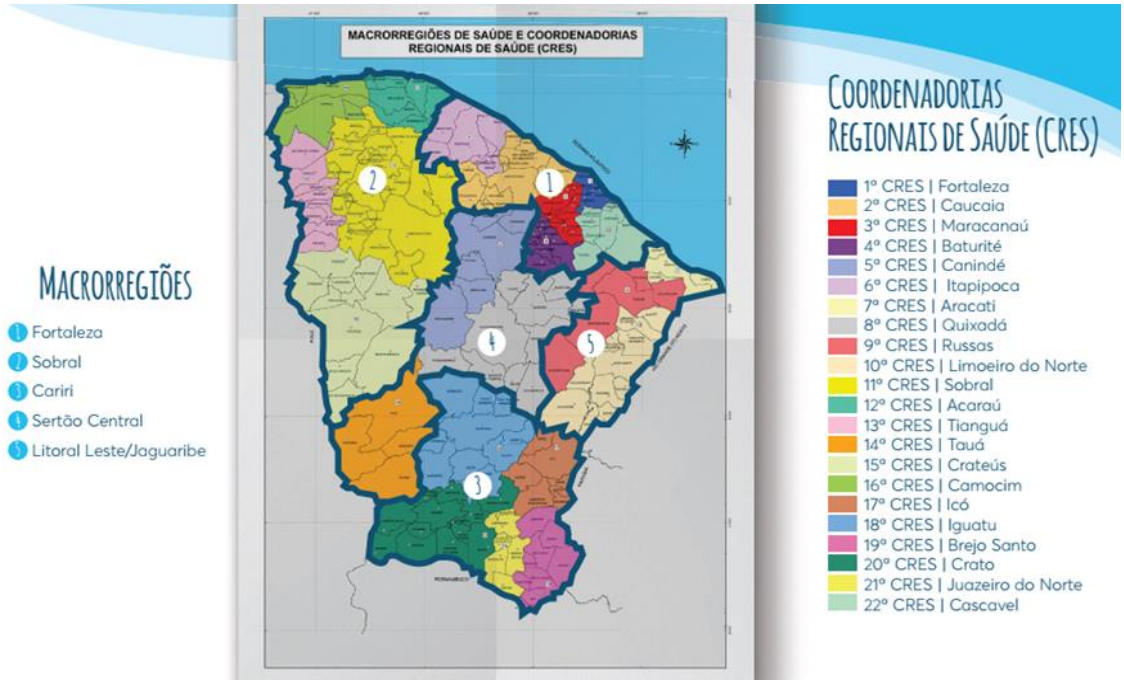
A nível de padronização institucional (coercitiva) dos Consórcios Interfederativos de Saúde cearenses, encontra-se a **Secretaria Estadual de Saúde do Ceará** (SESA/CE) como a principal instituição fomentadora destes instrumentos de gerenciamento da coisa pública. A SESA/CE usa dos mecanismos de planejamento do SUS, como o **Plano Diretor de Regionalização** (PDR), por meio das **regiões de saúde,** para organizar e executar as políticas públicas contidas no **Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde no estado do Ceará** (Proexmes). As **Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs)**, em seus plano e metas, materializaram o acesso à atenção especializada nos serviços prestados nas policlínicas e pelos CEOs regionais (NETO, 2018).

Em concordância com o **Plano Regional de Desenvolvimento do Nordeste** (PRDNE), o modelo de regionalização da saúde do Ceará é organizado em sintonia com as programações pactuadas entre gestores e integradas entre as esferas governamentais por meio da **Programação Pactuada e Integrada** (PPI) (NETO, 2018).

Com a promulgação da **Lei dos Consórcio de 2005**, houve solidez à institucionalização dos consórcios público, possibilitando a cooperação vertical. Em seguida, por meio do Pacto Pela Saúde de 2006, os estados tiveram incentivo para coordenar os processos de descentralização e regionalização (JULIÃO; OLIVIERI, 2020).

Então, em 2006, no PDR, registrou-se a regionalização da Saúde no Ceará, em conformidade com as exigências da **Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001** (BRASIL, 2001). Assim, a regionalização ficou subdivida em 22 regiões e cinco macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/-Jaguaribe e Cariri), constituindo o **Sistema Estadual de Saúde**, descrito no **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011** (BRASIL, 2011d). Por meio das microrregiões de saúde, direcionou-se a formação das redes de atenção secundária (serviços de média complexidade) e, nas macrorregiões, constituída por um conjunto de microrregiões, organizam-se a atenção terciária (MARCIA; ELOY, 2019). Na Figura 8, a seguir, encontram-se as macros e micros regiões de saúde do estado do Ceará:

Figura 8 - As macros e micros regiões de saúde do estado do Ceará



Fonte: Ipece - Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará, 2007

Logo, a SESA, de acordo com as diretrizes estaduais e do SUS, começou as ações de fomento à sensibilização de outros agentes políticos e administrativo responsáveis pela implementação do modelo consorcial (NETO, 2018). E com a **Comissão de Fomento e Implantação de**

Consórcios Públicos Interfederativos da Saúde no estado do Ceará, através da **Portaria da SESA nº 2.061/2007** [11] se estabeleceu:

> [...] diretrizes políticas e operacionais para a implantação de tal modelo no âmbito do estado do Ceará, em consonância com os princípios normativos e técnicos do SUS e considerando o PDR e o Plano de Desenvolvimento e Investimento (PDI) do estado do Ceará (NETO, 2018, p. 105).

E por meio de recursos do **Tesouro do Estado** (em sua maioria) e empréstimo tomado junto ao **Banco Interamericano de Desenvolvimento** (BID) (CEARÁ, 2008), foi investido na construção e obtenção da maioria dos equipamentos das policlínicas e dos CEO no estado do Ceará (NETO, 2018). Com a **Portaria nº 6.493, de 25 de novembro de 2009** (CEARÁ, 2009), aprova-se o Regulamento Operativo, estabelecendo a organização, procedimento, termos e condições a serem observadas na execução do Proexmes, parcialmente financiado pelo BID. Ou seja, além da atuação da SESA, o governo do Estado foi convencido a investir recursos no projeto dos CIS-CE e, junto a isso, com a boa relação construída ao longo dos governos estaduais anteriores, atraiu-se investimentos do BID também. Como se observa, os mecanismos de elaboração e execução de planos e projetos da SESA, atraiu instituições internas e externas para consolidar os CIS no estado cearense.

Com isso, a **Assembleia Legislativa Estadual**, as **prefeituras** e **câmaras legislativas dos municípios** do Ceará ratificaram (em forma de lei) os **protocolos de intenção**, transformando-os em contratos (**Estatutos Constitutivos**) dos consórcios públicos, em conformidade com o art. 5 da **Lei Federal 11.107/2005**, constando essa a etapa final à implantação destas tecnologias sociais de gestão pública (NETO, 2018). Nota-se, por meio disso, que os consórcios interfederativos de saúde do Ceará foram balizados e regulamentados após o marco legal dos consórcios públicos.

Através da **Programação Pactuada Consorcial** (PPC), mais robusto que a PPI, submete-se à força de obrigação dos entes consorciados os contratos de programa e de rateio, sob a ordem de sanções caso haja descumprimentos contratuais (NETO, 2018).

É importante ressaltar, que as **associações públicas de natureza autárquica** adotadas no Ceará são pioneiras no país, conhecidas como **consórcios verticais**, isto é, o governo estadual tem participação direta na constituição, formação e sustentabilidade com os municípios em cada

[11] Conforme informações obtidas no sítio da Sesa, disponível em: < https://bit.ly/2Iv1LlW >. Acesso em: 6 de janeiro 2019.

consórcio (JULIÃO, 2018). Esta relação será melhor detalhada no tópico de governança. Mas, é importante notar a interação institucional entre o estado e os municípios; o primeiro, como indutor - papel mais de coordenação e incentivos para integração regional da saúde pública nas regiões de saúde, e o segundo, responsável pelo gerenciamento dos equipamentos públicos (policlínicas e CEO's).

As **Coordenadorias Regionais de Saúde** (**CRES**) assumem um papel fundamental no processo de sensibilização dos gestores e outros atores municipais, inserida em cada região de saúde ("braço" do estado). Estas coordenadorias têm conhecimento das especificidades dos municípios de cada região, além de uma forte relação de confiança entre os prefeitos (JULIÃO, 2018).

O principal arranjo institucional responsável pelo fortalecimento dos processos decisórios é a **Comissão Intergestora Regional** (CIR), constituída pelo coordenador do CRES (representantes da SESA/CE - o coordenador da regional e seus assessores) e os secretários municipais de saúde da região (JULIÃO; OLIVIERI, 2020). O espaço de *check and balances* entre estado e os municípios é a CIB, mesmo que esta não seja o *lócus* principal dos processos decisórios. O diálogo individual de cada região com o estado se dá pela CIR. Na CIB, quando a discussão é apresentada a voz municipal ganha mais força, pelo fato que o **Conselho das Secretárias Municipais de Saúde** (COSEMS) do Ceará é um ator importante. Assim, os arranjos institucionais interfederativos de negociação dos SUS, para além das estruturas consorciais, também se fundamenta na CIR, CIB e COSEMS, apresentando-se com uma interpendência contínua nas decisões (ABRÚCIO; SANO, 2013).

A **Unidade de Gerenciamento de Programa** (UGP), criada dentro da SESA, ficou responsável pela execução do Proexmaes, assim, por meio de outras secretárias e órgãos governamentais do estado, fez-se a "gestão técnica, administrativa e financeira, nos aspectos de planejamento, coordenação, supervisão, monitoramento e avaliação do programa, assegurando o cumprimento fiel das atividades programadas (MARCIA; ELOY, 2019, p. 35)".

O regime de direito público rege os consórcios públicos de saúde do Ceará, isso aponta

> [...] o compromisso estatal no sentido de manter, sob a égide da sua tutela direta e inalienável, as ações garantidoras da universalização, da integralização, da equidade e da democratização do acesso aos serviços de saúde pública, ações estas restringíveis, caso os consórcios em questão se revestissem do regime de direito privado (NETO, 2018, p. 109).

No Quadro 6, encontra-se as Leis estaduais de criação dos CIS no estado do Ceará:

Quadro 7 - As Leis estaduais de criação dos CIS no estado do Ceará

	Lei Estadual	Consórcios
2009	Lei nº 14.457, de 15 de setembro de 2009	Acaraú, Baturité, Crateús, Itapipoca, Tianguá e Vale do Curu (Caucaia
	Lei nº 14.458, de 15 de setembro de 2009	Aracati, Brejo Santo, Crato, Juazeiro do Norte e Limoeiro do Norte
	Lei nº 14.459, de 15 de setembro de 2009	Canindé, Iguatu e Russas
	Lei nº 14.491, de 29 de outubro de 2009	Maracanaú
	Lei 14.534, de 21 de dezembro de 2009	Quixadá e Sobral
2010	Lei nº 14.622, de 26 de fevereiro de 2010	Cascavel
	Lei nº 14.627, de 26 de fevereiro de 2010	Icó
	Lei nº 14.628, de 26 de fevereiro de 2010	Tauá
	Lei nº 14.692, de 30 de abril de 2010	Camocim

Fonte: Diário Oficial do Estado do Ceará, DOE/CE; Marcia e Eloy (2019).

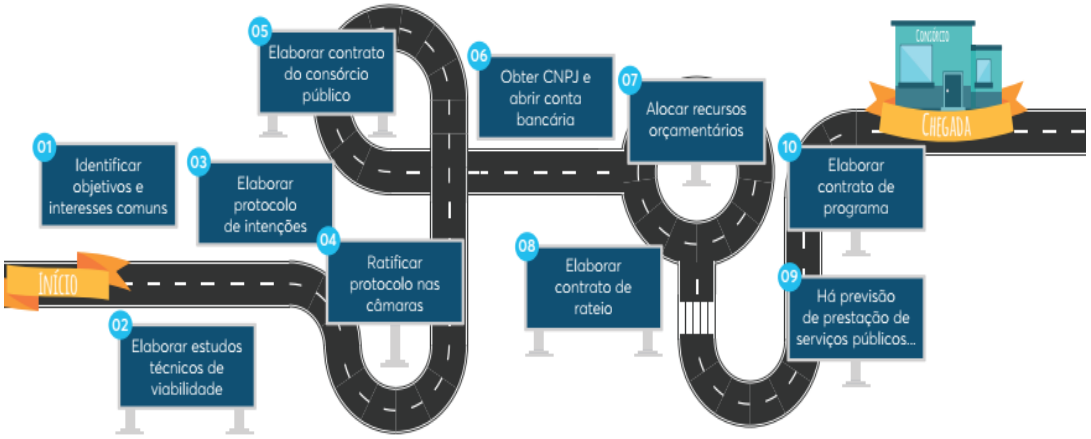
Portanto, a padronização institucional (coercitiva) dos CIS cearense é baseada por essas leis estaduais descritas no Quadro 6, os marcos legais do Consórcios Públicos e dos SUS. Percebe-se também a forte atuação da SESA/CE como a principal instituição indutora da criação dos CIS cearenses, por meio de programas relacionados ao processo de regionalização da saúde pelo estado.

A implantação dos consórcios se dá por uma série de etapas constituídas por documentos previstos nas Leis dos consórcios públicos. Primeiramente, elabora-se o **Protocolo de Intenções**, um dos principais documentos constitutivos dos consórcios, em que se encontra as condições de funcionamento da autarquia como: a denominação, a finalidade, a sede e o prazo de duração do Consórcio (podendo ser indeterminado); a identificação dos entes constitutivos; e a área de atuação. Em seguida, este documento é ratificado pelo Poder Legislativo de cada ente consorciado, depois, passa-se a ser o contrato de constituição do referido consórcio publicada no Diário Oficial.

Em **Assembleia Geral**, o **Estatuto** do consórcio é aprovado e publicado em Diário Oficial. Nele se encontra a forma de organização, estrutura administrativa, os cargos, as funções, atribuições e competências, forma da eleição e demais regras para sua finalidade. Assim, escolhe-se o **local da sede administrativa do consórcio**, normalmente, nos **municípios-polo** de cada região de saúde, registra-se o **CNPJ** e abre-se a conta corrente para receber recursos

para pagar suas despesas. Na Figura 9, encontra-se um organograma das etapas de implantação dos consórcios:

Figura 8 - Organograma das etapas de implantação dos consórcios públicos no Ceará



Fonte: Marcia e Eloy (2019)

O início do consórcio se dá com a primeira Assembleia Geral, essa, ordinariamente, reúne-se, no Ceará, a cada três meses para falar de assuntos relacionados às finalidades, objetivos e interesses, principalmente, prestação de contas do consórcio, sendo convocada dez dias antes pela Diretoria Executiva. O presidente do consórcio convoca a Assembleia Geral Extraordinária, por iniciativa própria ou solicitação de 30% dos consorciados ativos do grupo, com antecedência mínima de 72 horas, para abordar assuntos não tratados na Ordinária (MARCIA; ELOY, 2019).

A organização e estrutura do Consórcios no Ceará se dá basicamente pela **Assembleia Geral, Presidência e Diretoria Executiva**. A Assembleia Geral é constituída pelos municípios integrantes do consórcio (na representação dos prefeitos) e pelo representante do Estado. Vale ressaltar, que esta é a instância máxima do Consórcio, é nela que se escolhe o Presidente (representante legal do Consórcio, não remunerado), em voto secreto e de maioria absoluta, para mando de dois anos, com direito a uma reeleição consecutiva. O presidente é quem tem o poder de indicar a Diretoria Executiva, passando pela aprovação da Assembleia Geral, composta por um secretário ou diretor executivo, um diretor administrativo-financeiro, um procurador autárquico e recursos humanos – técnicos e pessoal administrativo (MARCIA; ELOY, 2019).

A gestão diária das atividades é conduzida por essa Diretoria, fazendo-se, pelo diretor executivo, o planejamento, a coordenação, o controle e a execução das rotinas administrativas. O planejamento dos investimentos e do orçamento anual, gestão patrimonial (estrutura física, documento e informação), gestão de pessoal e publicações oficiais é responsabilidade do diretor administrativo em parcerias com o diretor executivo. O assessoramento jurídico do presidente e do diretor executivo é feito pelo procurador, buscando-se a legalidade dos atos administrativos do consórcio, junto também, à Procuradoria Geral do Estado e das procuradorias dos municípios consorciados, em acordo com as leis e normas relativas ao serviço público. Ainda assim, por meio de delegação do presidente: "pode e tem delegado à diretoria executiva, o ordenamento das despesas, a assinatura de convênios, acordos ou contratos, a subscrição dos relatórios de gestão do Consórcio e a prestação de contas da gestão junto aos órgãos de controle (MARCIA; ELOY, 2019, p. 54)".

O Consórcio responde, diretamente, a atos e omissões relacionados à suas obrigações no regime jurídico de direito público. Subsidiariamente, os entes consorciados respondem pelas obrigações do consórcio, os dirigentes, pessoalmente, caso pratiquem ações em desacordo com a lei, os estatutos ou a decisão da Assembleia Geral.

A constituição do **Conselho Fiscal** prevê maior participação da sociedade e transparência na gestão dos consórcios. Este é composto por representantes livremente indicados por cada ente, e levado para apreciação e homologação pela Assembleia Geral. Os secretários de saúde dos municípios consorciados e o coordenador regional da CRES formam o **Conselho Consultivo de Apoio à Gestão**, com as finalidades e responsabilidades definidas em regimento interno. Na prática, é semelhante à CIR, pois representa a mesma composição.

Ainda a nível de estrutura organizativa, o **Contrato de Programa**, de vigência anual e celebrado pelo contratante (entes) e contratado (Consórcio), é um instrumento relacionado ao funcionamento da policlínica e CEOs, que tem as seguintes funcionalidades:

> 1) Estabelecem o modo, forma e condições de prestação dos serviços, incluindo a Programação Pactuada Consorcial (PCC) - estipulada sobre as demandas regionais da população, considerando a capacidade instalada das unidades (CEOs e Policlínicas); 2) regulam as obrigações e responsabilidades do contratado (o Consórcio) e as obrigações dos contratantes (os entes); 3) relacionam os indicadores de desempenho e de monitoramento, com suas respectivas metas; 4) responsabilizam os contratantes pela auditoria, controle e avaliação do cumprimento do contrato, bem como pela supervisão do desempenho do contrato; 5) preveem a prestação de contas, semestralmente, por meio de comissão de avaliação formada por representantes designados pelo consórcio e por seus entes, que devem, em reunião, acompanhar e avaliar o cumprimento parcial dessas metas; e 6) por fim, vinculam o repasse dos recursos financeiros dos contratantes ao desempenho mensal do contratado na

> prestação dos serviços, que deve ser avaliado pela respectiva coordenadoria regional (MARCIA; ELOY, 2019, p. 55).

O **Contrato de Rateio** é o instrumento que complementa o Contrato de Programa, pois ele estabelece os repasses de recursos de cada ente consorciado, definindo as responsabilidades financeiras de cada um. Sua vigência é anual, com previsibilidade no orçamento participativo anual (PPA). Assim, o custeio mensal e anual das unidades (policlínicas e CEOs) é rateado, seguindo critérios populacionais e de arrecadação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) de cada município (MARCIA; ELOY, 2019a).

O **acesso ao serviço** se dá pelo sistema de referência e contrarreferência, ou seja, constitui-se na articulação entre os níveis de atenção em saúde, sendo a referência o trânsito do cidadão entre os níveis de menor para o de maior complexidade, enquanto a contrarreferência compreende o trânsito inverso, do nível de maior para o de menor complexidade (MARCIA; ELOY, 2019a).

Quanto à questão do transporte, o deslocamento ainda se apresenta como um obstáculo de acesso da população, apesar da regionalização. Assim, faz-se necessário que o consórcio apresente uma proposta de investimento e custeio dos transportes até os equipamentos de saúde (MARCIA; ELOY, 2019).

A contração dos empregados dos consórcios públicos de saúde cearense é regida pela Consolidação das Lei Trabalhistas (CLT), com todas as garantias que o regime prevê. Porém, ressalta-se a importância do recrutamento por meio dos concursos públicos para "[...] impedir a ocupação dos cargos por simples indicação, sem obedecer às legislações vigentes e os requisitos do contrato operativo do Proexmaes, evitando que a vontade política confunda-se com a vontade e interesse coletivos (MARCIA; ELOY, 2019, p. 61)."

Portanto, observa-se que em termos padronização institucional (coercitiva) e de estrutura organizacional (mimética), os consórcios públicos de saúde do Ceará estão em conformidade com os marcos legais dos regramentos federais, estaduais, municipais e do SUS.

Capacidades Estatais

No processo de implementação dos CIS do Ceará, observou-se iniciativa da SESA/CE na implementação dos consórcios no estado. Destaca-se o papel fundamental do secretário que ocupou o cargo no período, a burocracia estatal e o grande poder de articulação do Governador

da época (JULIÃO, 2018; JULIÃO; OLIVIERI, 2020; NETO, 2018). Isso denota a importância das capacidades estatais do Estado do Ceará para elaboração e execução de políticas públicas, partindo-se de componentes técnico-administrativos (burocracia, intra e interrelações governamentais e recursos financeiro) e político-relacional (forte poder de articulação do executivo).

Com a implementação dos CIS cearense, o acesso aos serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade pelos municípios foi ampliado por meio das policlínicas (consultas médicas especializadas) e CEOs (atendimento odontológico), reduzindo-se custos pelo ganho de escala que as compras conjuntas oferecem (NETO, 2018) e, também, o ganho de escopo, pois com a mesma estrutura física e organizacional é possível oferecer serviços diferentes. Isso pode simbolizar a ampliação das capacidades estatais, no sentido de infraestrutura física e oferta de serviços mais complexos na área da saúde pelo estado, com a integração entre os municípios e o governo do estado na sistematização da rede de atenção à saúde estadual, com as experiências exitosas e soluções em conjunto e com a racionalização dos recursos humanos e financeiros (NETO, 2018).

Em média, a demanda assistencial estadual é de 15% a 20% recaindo sobre a atenção secundária e terciária (NETO, 2018). Na prática, no interior cearense, esse percentual se refletia na oferta de consultas e exames médico-odontológicos, além de outros serviços como fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição e etc. Estes podendo ser prestados por Policlínicas e CEOs regionais, geridas por consórcios da saúde (NETO, 2018).

Por meio dessa política dos consórcios públicos de saúde, os municípios têm uma maior autoridade na tomada das decisões locais, favorecendo a redistribuição do poderes, promovendo mais ainda o desenvolvimento regional em termos de regionalização do SUS, tendo acesso mais direto as necessidade da população e dos conselhos de saúde municipais, elevando, assim, as capacidades estatais locais no quesito de articulação e integração com a comunidade e o controle social (NETO, 2018). Logo, tem-se a maximização da organização da demanda e da oferta dos serviços públicos de saúde, pois promove a qualificação e fortalecimento da "sistemática de regulação, profissionalizando o referenciamento da alocação e da distribuição das vagas em consultas, exames, etc. (NETO, 2018, p. 119)".

Por se configurarem como autarquias públicas, com orçamento autônomo, os consórcios adquirem mais independência e agilidade administrativa se comparado com a administração

pública municipal ou estadual agindo de forma isolada, podendo, então, garantir firmamento de convênios com o poder público na alocação de recursos, isso pode acontecer devido a sua natureza jurídica ser regida pelo direito público (NETO, 2018).

A capacidade estatal de financiamento dos CIS-CE varia conforme os equipamentos de saúde. O custeio médio das Policlínicas são 60% rateado pelos municípios e 40% pelo estado (CEARÁ, 2014). Das 21 policlínicas regionais prevista, 12 são do Tipo I e nove são do Tipo II, de acordo com o Ministério da Saúde. A diferença entre elas é pela disponibilidade de tomógrafo nas policlínicas do Tipo II, (MARCIA; ELOY, 2019). Nos Quadro 8 e 9, a seguir, indica-se as características das Policlínicas Tipo I e II:

Quadro 8 - Características das Policlínicas Tipo I

Poli Regional	Tipo	Inauguração
Poli Itapipoca	I	25/05/2012
Poli Brejo Santo	I	29/06/2012
Poli Russas	I	02/12/2013
Poli Tauá	I	24/09/2010
Poli Baturité	I	28/09/2010
Poli Camocim	I	29/09/2010
Poli Pacajus	I	11/08/2011
Poli Acaraú	I	10/05/2013
Poli Campos Sales	I	17/05/2013
Poli Aracati	I	04/08/2012
Poli Icó	I	01/11/2013
Poli Canindé	I	não concluída

Perfil da Unidade
Nível de Atenção:
Secundária
Tipo:
Serviço Ambulatorial Médico
Modelo de Gestão:
Consórcio Público
Classificação MS:

10 Especialidades médicas
Cardiologia
Clínica geral
Cirurgia geral
Gastroenterologia
Ginecologia
Mastologia
Otorrinolaringologia

Tipo I - 08 Consultórios
Atendimento Eletivo Regulado

Oftalmologia
Traumato-ortopedia
Urologia

Serviços Técnicos Especializados
Assistência Social
Enfermagem
Farmácia Clínica
Fisioterapia
Fonoaudiologia
Nutrição
Psicologia
Serviço Social
Terapia Ocupacional

Exames Especializados
Exames Audiológicos
Biópsia/Punção
Colposcopia
Ecocardiograma
Eletroencefalograma
Endoscopia Digestiva
Mamografia
Raio X
Ultrassonografia

Outros Serviços
Posto de Coleta
Sala de Gesso
Sala do Pé Diabético
Sala de Procedimentos Invasivos
Leitos de Observação

Custeio mensal, em média:	R$ 545.000,00 (quinhentos e quarenta e cinco mil reais)
Rateio mensal, em média:	40% - Governo do Estado / 60% - municípios
Valor investido, em média:	R$ 8.000.000,00 (oito milhões de reais)

Fonte: Marcia e Eloy (2019)

Quadro 9 - Características das Policlínicas Tipo II

Poli Regional	**Tipo**	**Inauguração**
Poli Caucaia	II	26/11/2013
Poli Tianguá	II	06/12/2013
Poli Iguatu	II	12/12/2013
Poli Quixadá	II	04/11/2013
Poli Sobral	II	04/07/2012
Poli Limoeiro	II	03/04/2014
Poli Crateús	II	13/03/2014
Poli Barbalha	II	17/12/2013
Poli Maracanaú	II	não concluída

Perfil da Unidade
Nível de Atenção:
Secundária
Tipo:
Serviço Ambulatorial Médico
Modelo de Gestão:
Consórcio Público
Classificação MS:
Tipo II - 10 Consultórios*
Atendimento Eletivo Regulado

* o que diferencia da Tipo I

13 Especialidades médicas
angiologia (*)
cardiologia
clínica geral
cirurgia geral
endocrinologia (*)
gastroenterologia
ginecologia
mastologia
neurologia (*)
otorrinolaringologia
oftalmologia
urologia
traumato-ortopedia

Serviços Técnicos Especializados
Assistência Social
Enfermagem
Farmácia Clínica
Fisioterapia
Fonoaudiologia
Nutrição
Psicologia
Serviço Social
Terapia Ocupacional

Exames Especializados
Exames Audiológicos
Biópsia/Punção
Colposcopia
Ecocardiograma
Eletroencefalograma
Endoscopia Digestiva
Mamografia
Raio X
Tomografia Computadorizada (c/ e s/ contraste) *
Ultrassonografia

Outros Serviços
Posto de Coleta
Sala de Gesso
Sala do Pé Diabético
Sala de Procedimentos Invasivos
Leitos de Observação

Custeio mensal, em média:	R$ 624.000,00 (seiscentos e vinte e quatro mil reais)
Rateio mensal, em média:	40% - Governo do Estado / 60% - municípios
Valor investido, em média:	R$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais)

* o que diferencia da Tipo I

Fonte: Marcia e Eloy (2019)

Porém, a estrutura de financiamento dos CEOs é diferente, ela é tripartite: 35% os municípios consorciados arcam, 40% o estado e 25%, através do Programa Brasil Sorridente, o Ministério da Saúde (CEARÁ, 2014). Os CEOs são 21 distribuídos pelas regiões de saúde, sendo 15 construídos e equipados pelo governo estadual (Tipo III, segundo o MS); as outras seis unidades eram originalmente municipais. No Quadro 10, a seguir, tem-se as características dos CEOs:

Quadro 10 - Características dos Centros De Especialidades Odontológicas (CEOs)

CEO Regional Tipo III	**Inauguração**
CEO Cascavel	01/04/2013
CEO Maracanaú	19/12/2013
CEO Juazeiro	21/12/2009
CEO Ubajara	08/10/2009
CEO Sobral	27/09/2010
CEO Limoeiro	26/05/2012
CEO Caucaia	01/09/2012
CEO Itapipoca	25/05/2012
CEO Brejo Santo	24/06/2011
CEO Quixeramobim	04/11/2013
CEO Iguatu	01/06/2014
CEO Camocim	30/06/2012
CEO São Gonçalo	15/10/2012
CEO Icó	01/11/2013
CEO Crateús	04/11/2011
CEO Baturité	08/04/2010
CEO Russas	23/03/2010
CEO Acaraú	25/05/2010
CEO Tauá	01/08/2010
CEO Aracati	03/08/2015
CEO Crato	28/07/2008

Perfil da unidade
Nível de Atenção:
Secundária
Tipo:

Serviços
Diagnóstico do câncer de boca
Biópsias/Punção
Laudo histopatológico

Serviço Ambulatorial Odontológico
Modelo de Gestão:
Consórcio Público
Classificação MS:
Tipo III - 11 Consultórios
Atendimento Eletivo Regulado

Aparelhos ortodônticos fixos
Aparelhos ortopédicos removíveis
Laudos radiográficos
Tratamento e retratamento endodôntico
Cirurgias periodontais
Avaliação de dor orofacial
Prótese oclusal total
Prótese oclusal parcial
Placa oclusal

06 Especialidades Odontológicas
Cirurgia bucomaxilofacial
Endodontia
Ortodontia
Pacientes com Necessidades
Especiais (PNE)
Periodontia
Prótese

Serviço Técnico
Laboratório Regional
de Prótese Dentária (LRPD)
Exames radiográficos digitais

Custeio mensal, em média:	R$ 227.000,00 (duzentos e vinte e sete mil reais)
Rateio mensal, em média:	40% - Governo do Estado/24% - governo Federal/36% - municípios
Valor investido, em média:	R$ 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais)

Fonte: Marcia e Eloy (2019)

Mas, caso haja problemas de financiamento nos municípios, o estado pode contribuir mais com os consórcios que tenham um menor número de participantes e menos com os que têm um maior número de participantes (MARCIA; ELOY, 2019). Observa-se, também, que a origem da contribuição que os municípios repassam vem da cota recebida do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS). Essa nova lógica de financiamento amarrar o repasse municipal, com a finalidade de impedir a inadimplência dos entes participantes. Assim, essa contribuição dos municípios por ano gira em torno da arrecadação do ICMS colhido pelo município, no exercício anterior. Então, essa participação é de, até, 7,5% da cota de ICMS para financiamento do CEO e, até, 10% para Policlínica. O Estado arca com o ônus, se esses limites forem ultrapassados (CEARÁ, 2010).

A SESA, junto a Escola de Saúde Pública (ESP) do estado, foi capaz de estruturar a capacidade técnico-administrativa dos consórcios para formar uma burocracia. A seleção e capacitação dos diretores das Policlínicas e CEOs eram realizadas pela SESA e ESP, pois a SESA receava que interesses políticos municipais tornassem os equipamentos "cabides de emprego" (JULIÃO; OLIVIERI, 2020). A seleção se dá por provas escritas, análise curricular e avaliação comportamental, curso de formação em gestão de serviços de saúde, de acordo com os critérios legais, previstos e financiados pelo Proexmaes. Assim, os cargos são ocupados por profissionais de nível superior e médio, "incluindo técnicos e auxiliares em suas respectivas áreas, provendo todas as unidades de saúde, sejam CEOs ou policlínicas construídas no projeto(MARCIA; ELOY, 2019ª, p. 60)."

Espera-se abranger a experiência, por exemplo, para hospitais regionais como uma forma de continuidade e evolução do sistema. O principal obstáculo para que isso aconteça é o subfinanciamento crônico do SUS no Ceará e no Brasil (NETO, 2018).

Portanto, com a experiência do Ceará, entende-se a importância do papel das capacidades estatais técnico-administrativas e político-relacionais na implantação e condução dos consórcios no estado (CAPELLA, 2016; DIAS, 2006; STRELEC; FONSECA, 2012).

Nova Governança Pública

A literatura indica que muitas experiências consolidadas de consórcio receberam apoio estadual, especialmente na fase de implantação (GERIGK; PESSALI, 2014). Se a existência dessa indução é um consenso entre os autores, o contexto e a forma que os estados o incentivaram varia.

O apoio estadual tem forte influência na consolidação de várias experiências de consorciamento público, principalmente, na fase de formação, segundo a literatura (GERIGK; PESSALI, 2014). O contexto e a forma como ocorrem varia de acordo com os estados. Minas Gerais, por exemplo, é um modelo que a iniciativa partiu dos municípios, mas foi fortalecida pela coordenação do governo estadual, incentivando o consorciamento horizontal (municípios-municípios). Já o caso dos consórcios públicos cearenses teve formas de incentivos e participação do Estado diferentes das experiências até o momento realizadas, pois esta contribuiu para a ampliação do conhecimento em termos de estratégias para cooperação das políticas de saúde, primordialmente os *déficits* que indicam os estudos de federalismo e políticas

públicas (ABRÚCIO; SANO, 2013), a interação entre as dimensões de articulação intermunicipal e a coordenação vertical. Ou seja,

> [...] a cooperação federativa não é um dado, mas um processo de construção entre esferas de governo. Como tal, demanda e depende da criação de um ambiente político e institucional que aproxime os interesses dos entes nas arenas que materializam as relações intergovernamentais (GRIN; ABRUCIO, 2017, p. 695).

Os aspectos que mais favoreceram a atuação do estado na formação dos CIS-CE foram: a continuidade das ações entre os governos – as políticas públicas do estado se mantiveram mesmo com os ciclos eleitorais; a força do partido do governador na Assembleia Legislativa (ALECE) – mesmo com minoria, o executivo tem um poder de diálogo com a câmara estadual, capaz de construir e convencer maioria ampla para atender projetos conjuntos; a estrutura administrativa e financeira dos consórcios – a participação de estado e municípios na composição do consórcios, com o primeiro coordenando e fazendo investimentos inicias e gastos com custeios e, os municípios, também, custeando e gerenciando o equipamento público; e a formação de uma burocracia altamente engajada e capaz de ampliar os serviços de saúde pública no estado (JULIÃO; OLIVIERI, 2020).

De acordo com Julião e Oliveira (2020, p. 5), o motivo pelo qual foi escolhido os consórcios verticais e não horizontais é: "os municípios cearenses não possuíam condições de manter os equipamentos sem a coparticipação estadual." Logo, apresentando outro aspecto importante,

> [...] o processo de microrregionalização precoce [...] à trajetória institucional pioneira do Ceará... possibilitou que os municípios já entrassem numa lógica de cooperação regional e levassem esse aprendizado para os consórcios de saúde... os municípios já se organizavam coletivamente e reconheciam a importância da pactuação regional (JULIÃO; OLIVIERI, 2020, p. 5).

No campo da gestão compartilhada, a experiência de implantação dos CIS-CE passou a ser vista como exitosa, dando legitimação "[...] aos arranjos federativos como alternativas e soluções às problemáticas das gestões individualizadas (NETO, 2018, p. 107)."

Com isso, em conformidade com o conceito da Nova Governança Pública, pode-se definir que a cooperação pública na saúde implementada no Ceará é de caráter de parceria-pública pública (consórcios verticais), isto é, o estado e os municípios compondo a organização dos consórcios, operando com uma rede ou *network* para prestar serviços públicos de atenção à saúde de média e alta complexidade.

Até aqui, a realidade dos consórcios públicos de saúde nos estados de Minas Gerais e Ceará foi apresentada. Então, com base no que foi feito neste capítulo, no próximo, apresenta-se um comparativo com os consórcios públicos de saúde baianos.

7 BAHIA – CIS E SUAS PARTICULARIDADES

Nesta parte do trabalho se concentra no principal objetivo do estudo, que é mostrar como os consórcios públicos de saúde se estruturam e funcionam na Bahia para atender as diretrizes de regionalização da saúde pública e lidar com o subfinanciamento do SUS na promoção de políticas públicas de saúde na atenção de média e alta no estado e nos seus municípios. Para isso, usa-se das às experiências anteriores (Minas gerais e Ceará) como estudos de casos múltiplos para a análise dos conceitos de Isomorfismo institucional, Capacidade Estatal e da Nova Governança pública.

Inicialmente, faz-se necessário entender o processo de regionalização da saúde da Bahia, levando a criação das regiões de saúde estaduais e, por conseguinte o uso dos consórcios públicos como instrumento de gerenciamento de infraestruturas e equipamentos (Policlínicas) que ofertam serviços públicos de saúde de atenção de média e alta complexidade. Pois, segundo o que foi observado, os consórcios públicos de saúde possibilitam que o cidadão tenha acesso à um atendimento de qualidade de média e alta complexidade, com a oferta de consultas de diversas especialidades médicas e a realização de exames de imagem e outros em policlínicas.

Antes de começar a falar do processo de regionalização da saúde no estado, é importante entender o processo de implementação de consórcios públicos multifinalitários no Estado, desde 2007 (CARVALHO; XAVIER; BITENCOURT, 2016; XAVIER, 2021), cuja finalidade é a promoção do desenvolvimento territorial a nível local, com intuito de atendimento da política territorial do estado.

Com o objetivo de combater as desigualdades regionais baianas, o governo estadual promoveu o planejamento territorial, buscando, como enfoque regional, a escala que melhor atenderia a formulação/execução de políticas públicas. O planejamento e monitoramento desse tipo de política territorial se deu com ampla participação social (XAVIER, 2021).

Essa Política Territorial teve como um dos instrumentos a subdivisão do Estado em Territórios de Identidade, para melhor planejar as ações de políticas públicas. O território de identidade se entende segundo o fundamento de território, definido como:

> [...] um espaço físico, geograficamente definido, geralmente contínuo, caracterizado por critérios multidimensionais, tais como o ambiente, a economia, a sociedade, a cultura, a política e as instituições, e uma população com grupos sociais relativamente distintos, que se relacionam interna e externamente por meio de processos específicos,

> onde se pode distinguir um ou mais elementos que indicam identidade, coesão social, cultural e territorial (BAHIA, 2017a).

E, através do mapeamento e subdivisão dos territórios de identidade, fez-se a estratégia de implantação dos consórcios públicos multifinalitários na Bahia. Ou seja, os Territórios de Identidade serviram como referência espacial para implantação dos consórcios no estado. Assim, essa experiência de consorciamento foi a primeira no estado, depois do marco legal dos consórcios públicos, cujo foco inicial é gestão de resíduos sólidos, saneamento e desenvolvimento urbano junto aos municípios consorciados.

Essa experiência se desenvolveu ao longo dos anos e ganhou força maior em 2013, apresentando o maior número de criação destes consórcios no território baiano, 15 (CARVALHO; XAVIER; BITENCOURT, 2016). Esta experiência deu base para a implementação da política pública dos consórcios público de saúde na Bahia também (XAVIER, 2021).

Os consórcios públicos de saúde na Bahia tiveram como base espacial as regiões de saúde, instrumento de organização e planejamento da regionalização do SUS no estado. Ou seja, o processo de regionalização da saúde na Bahia se traduz pela necessidade de formar redes de atenção à saúde nos diversos espaços geográficos do estado, tratando-se, portanto, de um complexo processo político, pois envolve diferentes sujeitos sociais com interesses, muitas vezes, conflitantes, com graus variados de governabilidade e distintos recursos (simbólico, técnico ou financeiro) (SANTOS; ASSIS, 2017). Na Figura 9, está a distribuição das regiões de saúde no Estado da Bahia[12]:

[12]As regiões listadas no site da SESAB como uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) e um eixo estruturante do Pacto de Gestão.

Figura 9 - Distribuição das regiões de saúde no Estado da Bahia até 2020

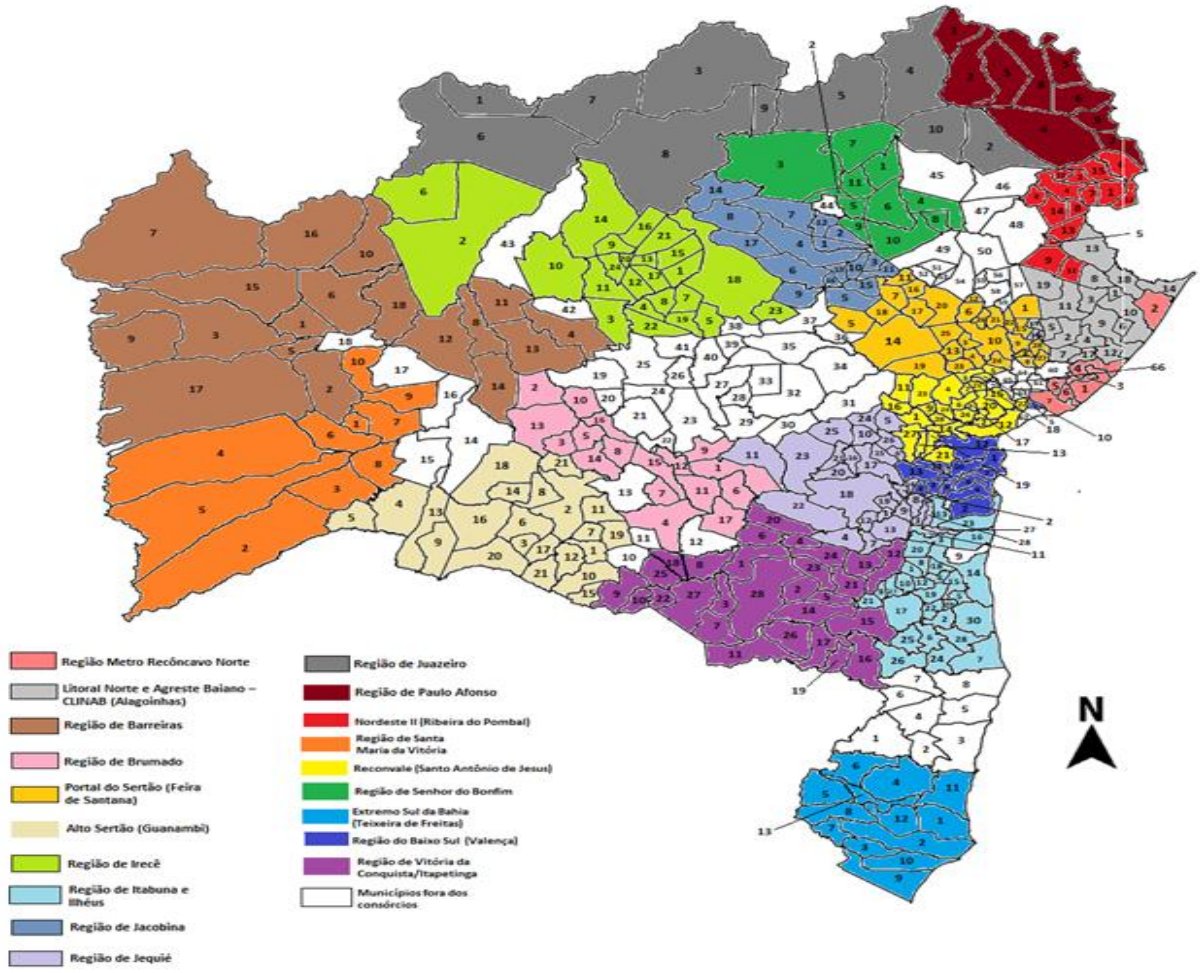
Fonte: Elaboração própria com bases nos dados do Observatório Baiano de Regionalização.

Logo, no estado da Bahia, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) divide o espaço geográfico do estado em 28 Regiões de Saúde que se aglutinam em nove Macrorregiões de Saúde.

Na Figura 10, está a Distribuição dos Consórcios públicos de Saúde implementados na Bahia. O objetivo desse mapa é diferenciar os municípios que fazem parte dos consórcios de saúde e como esses se interrelacionam com suas respectivas regiões de saúde. Observa-se que alguns consórcios são formados por municípios de regiões de saúde diferentes, devido à proximidade com a sede destes, o que significa dizer que nem todo consórcio é formado puramente com os municípios da mesma região de saúde, o critério de deslocamento à policlínica (distância) influi

na participação dos municípios no consórcio. Nota-se, que as faixas em branco, são os municípios que, ainda, não fazem parte por um consórcio ou não houve ainda implementação destes.

Figura 10 - Distribuição dos 20 Consórcios públicos de Saúde implementados na Bahia até 2020



Fonte: Elaboração própria.

Atualmente, tem-se 21 consórcios públicos de saúde instalados e funcionando, isto é, 21 policlínicas instaladas (em 28 regiões de saúde), sendo gerenciadas por estes instrumentos de cooperação federativa e de execução de políticas públicas (XAVIER, 2021).

Outro ponto importante, que é preciso ressaltar, os consórcios públicos de saúde baianos são constituídos pela participação direta do estado e dos municípios. Porém, é diferente em relação aos consórcios multifinalitários formados no estado, pois são constituídos somente por municípios do território de identidade e sem a inclusão do estado na composição do consórcio.

Portanto, os consórcios de saúde na Bahia são interfederativos, compostos pelo estado e municípios (cooperação federativa vertical). Este ponto será explorado mais adiante.

Isomorfismo Institucional

Aqui, irá se apresentar as instituições/organizações que regulamentam (padronizam) os Consórcios Interfederativos de Saúde (CIS) do Estado da Bahia. Sabe-se que os CIS na Bahia são constituídos no formato associação pública entre o Estado e os Municípios baianos com o objetivo de desenvolver ações compartilhadas e regionalizadas em sintonia com as políticas e diretrizes do SUS (BAHIA, [s.d.]).

A sustentabilidade jurídica, base para formação dessas autarquias, vai desde o **Art. 241, da Constituição Federal de 1988**, que versa sobre a possibilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios se associarem em consórcios públicos para a gestão associada de serviços, dando o *status* constitucional a esse tipo de instrumento de política pública; as **Leis Orgânicas da Saúde**, como a **Lei Federal nº 8080**, de 19 de setembro de 1990 e a **Lei Federal nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990, que falam da possibilidade dos municípios em constituírem consórcios, utilizando recursos da saúde para execução de políticas públicas de serviços de saúde; o próprio marco legal, compreendido na forma da **Lei Federal nº 11.107/05** e do **Decreto Federal n° 6.017/07**, disciplina e regulamenta as normas gerais dos consórcios públicos para os entes das diferentes esferas federais (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) e para a execução da lei. Até aqui, não há diferenças na formação e na regulamentação dos consórcios públicos de saúde baianos em relação aos mineiros e cearenses.

A participação do Estado nos consórcios interfederativos da Bahia é regulamentada pela **Lei Estadual n° 13.374, de 22 de setembro de 2015**, que, também, disciplina a implementação, partindo da iniciativa do interesse comum entre os municípios circunvizinhos em atuação conjunta, visando a maximização do uso dos recursos públicos na prestação dos serviços de saúde à população. Assim, segundo o Observatório Baiano de Regionalização da SESAB:

> Para a conformação dos Consórcios Interfederativos de Saúde no Estado foram desenvolvidas as seguintes etapas:
> - Aprovação das **Leis autorizativas nas câmaras municipais**;
> - Assinatura do **Protocolo de Intenções** entre estado e municípios da região que vão compor o consórcio;
> - Definição da dotação orçamentária (planejamento e orçamento financeiro) pelos entes consorciados;
> - Realização da **Assembleia estatuinte** para escolha de **presidente** e aprovação do **Estatuto**;
> - Pactuação e aprovação do **Contrato de Programa**;
> - Aprovação do **Contrato de Rateio** (obrigações financeiras dos entes consorciados);

- **Estruturação e organização da gestão Consórcio** (BAHIA, [s.d.], p. 1).

Como já foi dito mais acima, a gestão das Policlínicas Regionais de Saúde é o enfoque dos CIS da Bahia, garantindo a oferta de serviço de atenção à saúde de média e alta complexidade, portanto, qualificando a integralização da assistência à saúde no estado.

Então, percebe-se que a formação dos CIS baianos vem da iniciativa do governo do estado, por meio da **Secretaria Estadual de Saúde da Bahia**, usando-se dos instrumentos de planejamento e regionalização da saúde no estado. As negociações se dão no âmbito do **Planejamento Regional Integrado** (PRI) (BRASIL, 2011d, 2012, 2013, 2017b, 2020, 2021), pois, por meio desse instrumento de planejamento, mostra-se a Regionalização da Saúde no território baiano como uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do **Pacto de Gestão (Pacto pela Saúde)** (BRASIL, 2006a, 2006b), que deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o **Plano Diretor de Regionalização** (PDR), o **Plano Diretor de Investimento** (PDI) e a **Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde** (PPI) (BAHIA, 2003, 2010, 2017b, 2019a, 2019b; BRASIL, 1996, 2003, 2006c, 2010); enquanto o primeiro tem o papel de dividir o estado em regiões de saúde e seus perfis epidemiológico; o segundo direciona os investimentos da saúde; e o terceiro, na integração da gestão no âmbito interfederativo. O papel das **Comissões Intergestoras (Tripartites, Regionais e Bipartites)** surge como um espaço de negociação e deliberação da gestão compartilhada entre as diferentes esferas de governo (BAHIA, 2004, 2007, 2012, 2013, 2015a, 2015b, 2017c; BRASIL, 1993, 2011b).

De acordo com os 21 Protocolos de Intenções e Estatutos pesquisados (BAHIA, [s.d.]), a estrutura organizacional dos CIS-BA se divide nos níveis de Direção Superior (**Assembleia Geral, Presidência, Conselho de Apoio à Gestão e Conselho Fiscal**) e Direção Executiva e Operacional (**Diretoria Executiva, Diretoria Administrativa e Assessoria Especial**). Essas instâncias organizacionais dos CIS-BA são semelhantes aos do Ceará, tanto na estrutura e funcionamento, quanto nas competências de cada uma.

Na gestão de pessoas, os consórcios de saúde baianos dispõem da seguinte forma nos protocolos de intensões e estatutos[13]:

[13] O modelo de estatuto usado é do Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Oeste, mas só como representação, pois todos seguem o mesmo padrão. Todos outros se encontram no site do Observatório Baiano da Regionalização.

> Art. 38 – As atividades do Consórcio poderão ser executadas por profissionais com vinculo público, cedidos pelos entes Consorciados em função das especificidades requeridas, pelos empregados pertencentes ao quadro do Consórcio, e pessoal contratado por tempo determinado. Art. 39 – Somente poderão prestar serviços remunerados ao Consórcio os contratados para os empregos públicos, funções comissionadas e de direção previstos neste instrumento, ou os servidores que a ele tenham sido cedidos. Parágrafo único. A atividade de Presidente, de membro do Conselho Fiscal e Conselho Consultivo e Comissões, bem como a participação dos representantes dos entes consorciados na Assembleia Geral e em outras atividades do Consórcio não será remunerada, sendo considerado serviço público relevante (CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO OESTE, 2021).

O regimento Jurídico dos empregos públicos é baseado na CLT.

> [...] os servidores cedidos permanecerão no seu regime laboral originário, celetista ou estatutário...realizando-se a compensação de créditos pela cessão de servidores com ônus de acordo com critérios estabelecidos no Estatuto da associação pública, observado o disposto nos respectivos Contratos de Programa e/ou Rateio (CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO OESTE, 2021, art. 45-46).

A admissão se dará por concurso público de provas ou de provas e títulos. As contratações temporárias serão feitas em comum acordo com o inciso IX, do Art. 37, da Constituição Federal, com o intuito de atender à necessidade temporária de excepcional interesse público.

Quanto ao regime contábil e financeiro, as normas de direito financeiro aplicáveis às entidades públicas serão usadas para reger a execução das receitas e das despesas dos consórcios. Esse regime servirá para a finalidade de prestações de contas, de publicidade e de transparência da gestão fiscal.

Assim, como os CIS-CE, os CIS-BA respondem, diretamente, por problema judicial em relação as suas obrigações e os entes consorciados respondem subsidiariamente pelas mesmas, segundo os protocolo e estatutos pesquisados.

Com base no que foi apresentado aqui, os CIS-BA mostram padronização institucional (coercitiva) - instituições, leis, normas e outros regramentos - e estrutura organizacional (mimética) capaz de prestar serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade.

Capacidades Estatais

Nesta parte, usou-se dos contratos de rateio e de programa dos 21 CIS implantados de 2015 à 2020[14] e de um estudo da avalição das policlínicas (SILVA et al., 2021) para analisar as capacidades estatais dos CIS-BA.

[14] Que se encontram no Observatório Baiano da regionalização: https://obr.saude.ba.gov.br/consorcios/implantados .

Na Bahia, o objetivo inicial e principal para implementação dos consórcios públicos de saúde é ofertar serviços de atenção à saúde de média e alta complexidades (consultas especializadas, exames de imagem e apoio diagnóstico, biopsia e pequenas cirurgias) pelas Policlínicas Regionais (MELO et al., 2017). Com base da análise documental e de notícias relacionadas a criação dos consórcios, o governo estadual arcaria com os investimentos da construção das Policlínicas; em média, esses valores giram em torno de R$ 23 milhões para cada Policlínica, o menor investimento foi superior a R$ 11,7 milhões para a Policlínica Regional de Brumado e o maior foi de R$ 49 milhões para a Policlínica Regional de Santa Maria. O valor total das inauguradas é da ordem de R$ 537.130.067,47, compreendendo o repasse mensal Estadual de 40% (ALAGOINHAS, 2018; BAHIA, 2017d, 2018e, 2019d, 2019c, 2020b, 2020d, 2020a, 2020c, 2021a, 2021b, 2021c, 2017e, 2021d, 2021e, 2017f, 2018d, 2018g, 2018b, 2018c, 2018a, 2018f; MOURA, 2017).

Em termos de atendimentos, as Policlínicas Regionais de Saúde implantadas no Estado contabilizaram um total de 2.036.497 atendimentos (consultas e exames) até junho de 2021, com um número de 18 policlínicas implantadas, com disponibilidade, em média, de 14 micro-ônibus por cada policlínica para a locomoção dos pacientes, com custo-médio de R$ 13 milhões em equipamentos e de R$10 milhões em obras, em que cada policlínica tem área construída de 2.848,32 m², com capacidade de cobertura populacional de 500 a 750 mil pessoas (BAHIA, 2021a). Isso pode ser um indicativo de ampliação das capacidades estatais, em termos de infraestrutura física e técnica no Estado da Bahia para ofertar serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade.

Os serviços prestados são nas seguintes especialidades: anestesiologia, angiologia, cardiologia clínica, cirurgia geral, coloproctologia, dermatologia, gastroenterologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia e obstetrícia, hematologia, infectologia, mastologia, nefrologia, neurologia, neuropediatra, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, radiologia, reumatologia e urologista (BAHIA, 2021a). E, em termos de exames, são prestados os seguintes: biópsias, colonoscopia, colposcopia, ecocardiograma, eletrocardiograma, eletroneuromiograma, eletroencefalograma, endoscopia digestiva alta, ergometria, espirometria, histeroscopia, Holter, mamografia, mapa, pequenos procedimentos, procedimentos oftalmológicos, punção de mama, Raio-X, ressonância magnética, tomografia, tonometria, tratamento do pé diabético, videolaringoscopia, videonasofriboscopia, ultrassonografia (BAHIA, 2021a).

Atualmente, há 19 policlínicas regionais já em funcionamento. O governo do estado pretende ter 24 implantadas e gerenciadas por consórcio até 2022 (BAHIA, 2021a). O governo do Estado da Bahia, juntamente com os prefeitos vem discutindo a eficiência na gestão das policlínicas regionais baianas (BAHIA, 2021f). Segundo o governador Rui Costa,

> Nós estamos refinando para melhorar ainda mais a resolutividade, produtividade e eficiência das policlínicas. Nós tivemos o primeiro desafio, que foi a implantação de 23 unidades, e chegaremos a 26, mas agora nós estamos na segunda etapa, ou seja, de ir cuidando da qualidade, da produtividade dos atendimentos, equalizando e buscando ter um padrão para todas as policlínicas. Vamos continuar essas reuniões para ir aprimorando, resolvendo eventualmente problemas de profissionais que faltem nessa ou naquela região, conversando com os prefeitos para a cada dia mais oferecer um serviço de qualidade à população (BAHIA, 2021f)

Segundo a secretária de Saúde do Estado à época, Tereza Paim, a melhoria da eficiência do atual modelo de gestão perpassam também pela colaboração efetiva dos profissionais médicos, isto é:

> Lembramos que o atendimento é de atenção primária de alta e média complexidade e, principalmente, ter como foco a linha de cuidado dos pacientes que estão inseridos na policlínica. Aproveitar ao máximo esse espaço que tem uma excelente capacidade instalada e convocar os médicos que possam participar dessa nossa condução com excelência. Eu convoco os profissionais que busquem essa excelência tão estudada, tão bem colocada hoje para a atenção primária e participem desse processo junto com os pacientes. Todos vão sair ganhando (BAHIA, 2021f).

As principais práticas positivas e dificuldades apresentadas pelos presidentes dos consórcios foram, segundo o presidente do Consórcio Público Interfederativo de Saúde Nordeste II, prefeito de Nova Soure, Cássio Andrade, gestor da unidade de Ribeira do Pombal: “As policlínicas estão aí com excelência de serviços. Nós temos uma dificuldade de contratação de médicos [...] (BAHIA, 2021f)”.

Há dados importantes para a análise das capacidades estatais proporcionadas pelos CIS-BA, no *Relatório de Avaliação de Custo e Efetividade das Policlínicas Regionais de Saúde implantadas pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia* (*SESAB), a partir de 2017*. As Policlínicas estudadas são as implantadas em: Alagoinhas, Feira de Santana, Guanambi, Irecê, Jequié, Santo Antônio de Jesus, Teixeira de Freitas e Valença entre os anos de 2017 e 2019. Na Tabela 4, apresenta-se o total de atendimentos e variação percentual dos atendimentos por ano destas policlínicas:

Tabela 4 - Total de atendimentos e variação percentual dos atendimentos por ano das policlínicas, 2017 à 2019

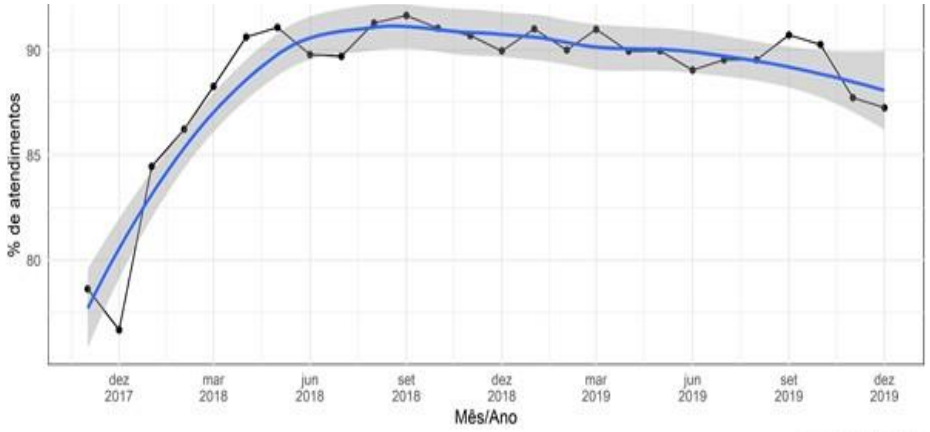
Policlínicas	**Atendimentos**					
	2017	Var (%)	2018	Var(%)	2019	Total

Alagoinhas	-	-	25.595	182	72.096	97.691
Feira de Santana	-	-	33.548	142	81.320	114.868
Guanambi	484	9.480	46.365	43	66.261	113.110
Irecê	484	9.728	47.566	17	55.414	103.464
Jequié	34	-	46.750	38	64.475	111.225
Santo Antônio de Jesus	-	-	24.381	183	69.059	93.440
Teixeira de Freitas	1.154	4.476	52.807	17	61.821	115.782
Valença	-	-	24.026	178	66.879	90.905
Total	**2.156**		**301.038**		**537.325**	**840.519**

Fonte: SIGES/SESAB; Silva et al. (2021).

Em 2017, ano de implementação das policlínicas, observa-se que o número de atendimentos era de 2.156; em 2019, os atendimentos foram para 537.325, apresentando um aumento de 13.862,6% no período. Houve também aumento de 78,5% no volume de atendimento entre 2018 e 2019. No Gráfico 1, mostra-se a proporção de atendimentos com diagnóstico (CID-10) não preenchido (sem detalhamento) por mês para todas as policlínicas:

Gráfico 1 - Proporção de atendimentos com diagnóstico (CID-10) não preenchido por mês entre novembro de 2017 e dezembro de 2019 para todas as policlínicas.



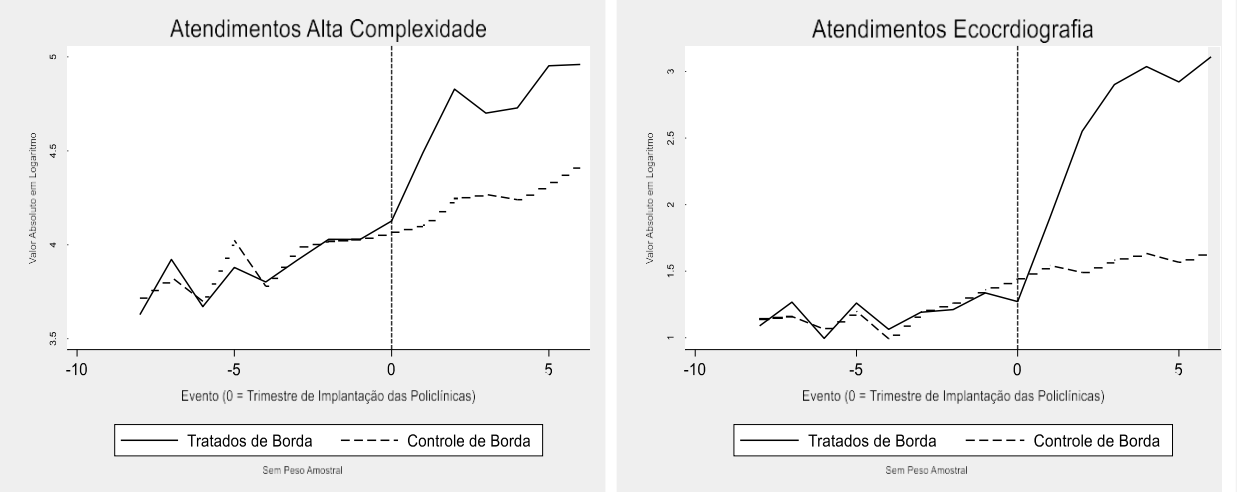
Fonte: SIGES/SESAB; Silva et al. (2021).

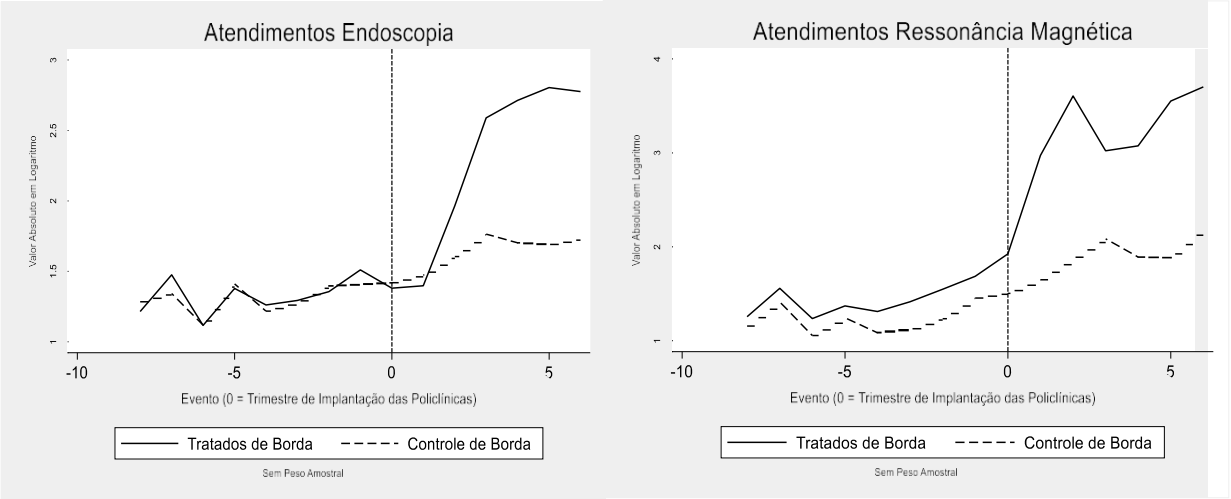
De acordo com gráfico acima, de 80% para mais de 90% foi o crescimento nos primeiro seis meses de funcionamento das 8 policlínicas (mesmo que em datas diferentes). Percebe-se que um certo nível de estabilidade foi alcançado em junho de 2018, com tendência de redução deste valor ao longo do tempo. Tanto a Tabela 4 quanto e o Gráfico 1 são indicativos de ampliação

da capacidade estatal na prestação de serviços de saúde de média e alta complexidade na Bahia nestas regiões, onde existem polínicas gerenciadas por consórcios interfederativos da saúde. Ou seja, os consórcios públicos de saúde da Bahia podem indicar ampliação da capacidade estatal do estado e dos municípios consorciados na saúde pública. Neste caso, a capacidade estatal se expressa na capacidade administrativa de formular e implementar políticas públicas através de uma burocracia profissionalizada.

No Gráfico 2, a seguir, encontra-se as estatísticas descritivas controladas dos principais atendimentos de diagnósticos, considerando o período de inauguração de cada policlínica, de acordo com os dados obtidos em Silva et al. (2021). A linha de tratados na borda representa os municípios que têm policlínicas (consorciados) e a linha pontilhada do Controle de Borda representa os municípios que não tem policlínicas (não consorciados), mas fazem limite com a região dos consórcios. Dito isso, a nível comparativo, de acordo com a tendência paralela observada, os principais exames e o grupo de atendimentos de alta complexidade nos municípios consorciados têm alta significativa após a implantação das Policlínicas, caso comparado com os não consorciados (limítrofes à região dos consórcios).

Gráfico 2 - Estatísticas descritivas controladas dos principais atendimentos de diagnóstico, considerando o período de inauguração de cada policlínica.





Fonte**:** Silva et al. (2021) a partir dos dados do SIA (2017 à 2020) e CNES.

Observação**:** O período zero (0) representa a data de abertura das Policlínicas nos municípios tratados. Os municípios de controle estão pareados com os tratados. Unidade de tempo em trimestre e, portanto, -5 significa 5 trimestres antes da abertura das policlínicas (municípios tratados de borda) e 5 significa 5 trimestres após a abertura das policlínicas (municípios tratados). Atendimentos, no eixo vertical, está em logaritmo natural.

Portanto, esses gráficos podem indicar ampliação das capacidades estatais dos municípios consorciados nos serviços prestados pelas policlínicas em funcionamento.

Assim, segundo Silva et al. (2021), comparando-se os municípios consorciados e os não consorciados (limítrofes aos consórcios), houve um aumento de 14,8% nos atendimentos de média complexidade para os municípios consorciados em relação aos não consorciados. O tamanho do aumento nos atendimentos de alta complexidade foi duas vezes maior que os atendimentos de média complexidade, isto é, os municípios consorciados tiveram elevação de 32,2% (45 atendimentos/trimestre) nos atendimentos de alta complexidade (SILVA et al., 2021). Logo, entende-se que:

> Consórcios de Policlínicas Regionais de Saúde aumentaram os atendimentos de média complexidade em 43% na região de saúde e reduziram deslocamentos em 12% para fora da respectiva região de saúde. Já os atendimentos em alta complexidade aumentaram 63% na região de saúde e não tiveram impacto estatisticamente significativo fora da região de saúde, como consequência da implantação dos consórcios de PRS. Para a totalidade dos exames com finalidade de diagnóstico analisados, o impacto na região de saúde é muito superior ao encontrado fora da região de saúde (SILVA *et al*., 2021, p. 57).

O impacto da implantação das Policlínica no perfil epidemiológico foi

> [...] uma redução nas internações urgentes (-4,5%, ou -14 internações/trimestre), internações de doenças com causa de morte evitável (-3%, ou -6 internações/trimestre)

> e sua respectiva com filtro para internações urgentes por doenças com causa de morte evitável (- 3,4%, ou -5 internações/trimestre) (SILVA *et al*., 2021, p. 58).

Logo, de acordo com os seguintes dados: houve redução nas mortalidades, em -7,7%, por neoplasias e, em -5,5%, por hipertensão nos municípios consorciados em relação aos não consorciados (limítrofes). Isso evidência que a política é eficaz, mesmo que em um período curto desde a implantação da primeira Policlínica Regional de Saúde no estado (SILVA et al., 2021). Com isso, observa-se a habilidade dos CIS-BA em executar políticas públicas de saúde com efetividade, ou seja, estas associações públicas constituíram capacidades estatais técnico-administrativas capazes de atender a demanda por serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade nas regiões de saúde baianas.

Voltando aos custos e investimentos feitos pelos CIS-BA, de acordo com notícias oficiais, os Estatutos e os contratos de rateio, a construção de policlínicas de múltiplas especialidades médicas é custeada integramente pelo Governo Estadual ou em parceria com os municípios consorciados (BAHIA, 2021f). Em média, os custos de manutenção das policlínicas são rateados entre os Estado (40%) e os municípios consorciados (60%, proporcionalmente à sua população). Essa é a capacidade estatal de recursos financeiros para executar às políticas públicas relacionadas aos CIS. Normalmente, esses recursos são oriundos do tesouro estadual e municipal e, também, dos Fundo Nacional da Saúde (FNS), parte direcionada, principalmente, a atenção de média e alta complexidade.

De acordo com Silva *et al.*, 2021, o custeio global das polínicas pode ser divido em consórcios constituídos com 15 municípios ou mais. Este custeio é para manutenção e funcionamento dos serviços dessas infraestruturas, nela consta contratação de recursos humanos, materiais de consumo, serviços de terceiros, passagens e diária e despesas gerais. Na Tabela 5, a seguir, estão os custos globais de uma policlínica com abrangência de até 15 municípios, R$ 6,75 milhões, e uma policlínica com abrangência acima de 15 municípios, R$ 8,95 milhões. Em que, 80,98% dos custos são referentes a despesas com pessoal (66,26%), de água, luz, telefone, internet, despesas financeiras, aluguéis etc. para as policlínicas de até 15 municípios e 81,56% para as policlínicas acima de 15 municípios (60,37% despesa com pessoal) (SILVA *et al*., 2021). As despesas com pessoal se encontram no limite recomendado, considerando-se o valor máximo de 70% estabelecido nos editais da SESAB, comparando-se com a iniciativa privada que é entre 40% e 45% (SILVA *et al*., 2021).

Tabela 5 - Síntese do Custeio e Investimento em reais (R$)

	POLICLÍNICA COM ABRANGÊNCIA DE ATÉ 15 MUNICÍPIOS	POLICLÍNICA COM ABRANGÊNCIA ACIMA DE 15 MUNICÍPIOS
CUSTEIO/ANO	6.759.936,32	8.951.917,68
INVESTIMENTO EQUIP. MÉDICO	8.961.895,84	8.961.895,84
INVESTIMENTO VEÍCULO	2.367.000,00	3.945.000,00
TOTAL	**18.088.832,16**	**21.858.813,52**

Fonte: Silva et al. (2021). Dados provenientes das PRS e Sesab.

Nova Governança Pública

Em termo de governança, entende-se que os consórcios públicos de saúde baianos são uma parceria-pública pública, ou seja, entes de hierarquias diferentes (Estado e municípios) se associam para cooperarem juntos entorno de um interesse comum. A cooperação pública passa a ser interfederativa para a formação dos consórcios públicos.

A motivação para o território baiano adotar esse tipo de modelo de organização de cooperação federativa pode estar associado aos seguintes: i) a pouca capacidade estatal técnica e financeira da maioria dos municípios no estado, para executar de políticas públicas mais complexas; ii) a falta de cultura cooperação federativa entre os municípios, em que a cultura de competição federativa entre eles ainda tem forte influência na capacidade estatal de política-relacional; e iii) a necessidade, do Estado, de coordenação das políticas públicas regionais e locais com mais eficiência pelo território, pois com os consórcios públicos se pode ter economia de escala e escopo na promoção de serviços públicos.

Portanto, pode-se compreender que os Consórcios Interfederativos de Saúde da Bahia operam com governança baseada em rede ou *networks* para prestação de serviços público, chamada de parceria-pública pública. Esta estrutura de governança pública também é encontrada nos CIS-CE, mas os consórcios mineiros usam da cooperação intermunicipal na sua constituição e operacionalização, com participação do estado por meio de outros mecanismos institucionais já discutidos aqui.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho apresentado, descreveu a experiência dos Consórcios Públicos de Saúde na Bahia, apresentando as semelhanças e diferenças em relação à Minas Gerais e Ceará. Para isso, utilizou-se do instrumento de análise de dados baseado nos conceitos de Isomorfismo Institucional, Capacidades Estatais e Nova Governança Pública para categorizar e organizar as informações coletadas e estudando casos múltiplos das experiências anteriores (MG e CE).

Por meio disso, percebeu-se que os consórcios públicos de saúde baianos atendem à diretriz de regionalização do SUS e surgem como alternativa à questão do subfinanciamento da atenção à saúde de média e alta complexidade, por meio do gerenciamento das Policlínicas Regionais, ofertando consultas e exames especializados para a população dos entes consorciados. A trajetória dos CIS baianos começa em 2015, com a criação do Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Extremo Sul da Bahia. Mas, antes disso, o estado tinha experiência na implementação de consórcios públicos voltados para a política territorial, que serviu de base para implantação dos de saúde.

Em termos de isomorfismo institucional, o marco legal e institucional, que padronizam institucionalmente (coercitivamente) os CIS baianos, é semelhante aos mineiros e cearenses, só apresentando diferenças pequenas em relação as leis estaduais e municipais, devido as diferentes realidades estaduais; a estrutura organizacional (mimética) apresenta semelhanças em termos de funcionamento dos consórcios em si, sendo que isso é mais observável entre os cearenses e os baianos, pois as composições associativas são muito similares, devido a participação direta do governo estadual nos consórcios. Na Bahia, a capacidade estatal dos CIS é materializada nas Policlínicas Regionais, mostrando ampliação do acesso aos serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade. E a governança dos consórcios públicos baianos é uma parceria-pública púbica entre estado e os municípios consorciados da região de saúde, são consórcios interfederativos (verticais), semelhante aos do Ceará e diferente dos de Minas Gerais.

Quanto à iniciativa de implementação dos CIS, a Bahia tem diferenças com Minas Gerais, pois os consórcios mineiros foram constituídos pela própria iniciativa dos seus municípios, evidenciando certo nível de cooperação intermunicipal antes do marco legal dos consórcios públicos no Brasil. Os CIS baianos tiveram base na Política Estadual Territorial e no processo

de regionalização do SUS no Estado, pois o governo estadual atua como principal incentivador do consorciamento público.

De acordo com esse contexto, a padronização institucional (coercitiva) dos CIS baianos se ancora na Constituição Federal de 1988, nas Leis Orgânicas da Saúde, na Lei e Decreto Federal dos Consócios Públicos e nas leis estaduais e municipais. Estas últimas com pequenas diferenças em relação a Minas Gerais e Ceará, por causa das realidades regionais de cada território, por exemplo, perfil epidemiológico e cultura político-cooperativa diferentes. Em termos da atuação das Secretarias de Saúde, na Bahia, a atuação do governo estadual é primordial na coordenação e implementação dos CIS, tanto na formação, como na implementação dessas autarquias, assim como em Minas Gerais e no Ceará.

Na estrutura organizativa (mimética), o governo estadual da Bahia compõe a Assembleia Geral de cada CIS, com poder de 1/3 dos votos nos órgãos máximos de seus consórcios e no rateio dos custos, semelhante ao que ocorre com o Ceará. O contrário ocorre em Minas Gerais, cujos consórcios são formados somente pelos municípios da região de saúde do estado. Assim, os CIS-BA apresentam padronização institucional – leis, normas e instituições os condicionando – e estrutura organizacional para prestação de serviços de saúde, reduzindo os custos de transação intra e intergovernamentais, através de ganho de escala, proporcionado por uma população atendida maior nas regiões, e de escopo, pois a mesma infraestrutura física das Policlínicas Regionais oferece diversos tipos de serviços de saúde pública em termos de consultas especializadas e exames de diagnóstico.

No âmbito de capacidades estatais, a Bahia tem em seus consórcios públicos de saúde a gerência das Policlínicas Regionais, com infraestrutura física e técnica para prestar serviços de saúde, algo semelhante ao que ocorre no Ceará, mas com diferenças. Pois, além dos consórcios públicos cearenses gerenciarem as Policlínicas Regionais, também administram os Centro Especializados Odontológicos (CEOs). Assim, as Policlínicas Regionais baianas e cearenses oferecem serviços de consultas médicas e exames especializados. Em Minas Gerais, os textos e artigos pesquisados apresentam poucos detalhes sobre a infraestrutura física e técnica dos serviços prestados pelos seus consórcios. Sabe-se, então, que os consórcios intermunicipais mineiros prestam serviços de exames e consultas médico-especializados pelos Consórcios Generalistas e o serviço de SAMU pelos Consórcios Temáticos. Portanto, em termos de capacidade estatais técnico-administrativas, os CIS baianos se assemelham mais com os cearenses e se diferem dos mineiros.

Quanto as capacidades estatais relacionadas aos recursos financeiros, a participação do governo estadual na coordenação e manutenção dos custeios é primordial à formação e sustentabilidade dos CIS-BA. Pois, o estado arca com o investimento na construção das policlínicas regionais e participa do rateio dos custos de manutenção e do transporte (locomoção) para estas, de forma semelhante ao que ocorre no Ceará, porém, com diferenças em relação aos equipamentos utilizados (Policlínicas e CEOs) e a adição do critério de arrecadação mínima do ICMS no rateio dos municípios cearenses. Em Minas Gerais, o estado incentiva, por meio de editais, convênios e outros mecanismos de financiamentos, mas não com participação direta das decisões dos consórcios.

O papel de coordenação, controle e negociação dos CIS-BA pode se dá por meios internos e externos. Os internos são a Assembleia Geral e os Conselhos fiscais e de Apoio aos consórcios. E os externos são as Comissões Intergestoras Regionais e Bipartites, os Conselhos de Saúde e os Tribunais de contas (estadual e municipal). Ou seja, os diversos atores envolvidos na saúde pública que coordenam, gerenciam, participam, controlam e acessam os CIS-BA interagem por meio desses órgãos, evidenciando-os como instrumentos políticos relacionais das capacidades estatais dos consórcios públicos de saúde da Bahia. A maioria desses órgãos na Bahia são semelhantes aos de Minas Gerais e Ceará, pois boa parte dessas organizações remete as regulamentações da regionalização do SUS e do marco legal dos consórcios.

E, por fim, a governança dos CIS baianos é uma cooperação pública de parceria-pública pública, ou seja, o governo estadual e os municípios da região consorciada se associam para constituir um consórcio interfederativo (vertical) de saúde para prestar serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade. Pois, a maioria dos municípios baianos, por serem de pequeno e médio porte, sofrem com o problema de falta de capacidade técnica e financeira para arcar com serviços públicos de saúde mais complexos. Por esse motivo, a cooperação pública é feita em rede entre os municípios e com participação direta do governo do estado para oferecer maior sustentabilidade e continuidade aos consórcios. O Ceará foi o pioneiro neste tipo de cooperação federativa. Pois, assim como na Bahia, a falta de capacidade técnica e o subfinanciamento do SUS são problemas dos municípios cearenses. Em Minas, a cooperação federativa é cooperação intermunicipal, formando consórcios intermunicipais de saúde no estado, com o governo do estado atuando indiretamente.

Dessa forma, os Consórcios Interfederativos de Saúde (CIS) da Bahia podem ser reconhecidos como arranjos institucionais/organizacionais padronizados. Pois, eles se encaixam em um marco legal e institucional amplamente aceito e com uma estrutura organizacional capaz de

gerar ganho de escala e de escopo por meio da gestão pública compartilhada, gerenciando e mantendo Policlínicas Regionais, ofertando serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade, em municípios incapazes de mantê-los sozinhos, com capacidade estatal estadual e municipal de ofertar serviços de média e alta complexidade para a população baiana. Logo, faz-se necessário uma governança pública de cooperação federativa do tipo parceria-pública pública (Estado-municípios), com o governo estadual dando maior sustentabilidade a esta política pública. Assim, os CIS baianos ajudam no processo de regionalização do SUS e são uma alternativa ao subfinanciamento municipal da atenção à saúde de média e alta complexidade no estado.

A nível de sugestão de estudos futuros, os instrumentos de análise de dados usados aqui podem servir para analisar outros consórcios públicos no país, pois trazem uma perspectiva mais econômica, no âmbito organizacional e institucional. Além disso, faz-se necessário estudos mais aprofundados sobre as compras públicas municipais e como estas podem ser gerenciadas pelos consórcios públicos na promoção do crescimento econômico em um contexto pós-pandemia. Mas, para isso, recomenda-se um estudo aprofundado dos dados dos consórcios públicos, direcionando-os para um levantamento de dados primários (surveys com especialistas, aplicação de questionários semiestruturados ou na percepção de grupos de interesse), de modo a ampliar a validade interna dos resultados, e dados secundários digitalizados no modelo *e-goverment*, pois, em muitos consórcios aqui pesquisados, em seus próprios *sites* não apresentavam algumas informações atualizadas ou não tinham, por exemplo, as informações de suas contas públicas.

REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, F. L.; SANO, H. **Associativismo intergovernamental:** experiências brasileiras. Brasília-DF: Editora IABS, 2013.

ABRUCIO, F. L.; SANO, H.; SYDOW, C. T. Radiografia do associativismo territorial brasileiro: tendências, desafios e impactos sobre as regiões metropolitanas. *In*: KLINK, J. (Org.). **Governança das Metrópoles Conceitos, Experiências e Perspectivas**. São Paulo: Annablume, 2010, p. 21-48.

AGUIAR, R. B.; LIMA, L. L. Capacidade estatal: definições, dimensões e mensuração. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, n. 89, p. 1–28, 2019.

ALAGOINHAS. Secretaria de Saúde. **Policlínica Regional de Alagoinhas é inaugurada e já começa o atendimento nesta segunda**. Prefeitura de Alagoinhas, Alagoinhas, 8 jun. 2018. Disponível em: https://www.alagoinhas.ba.gov.br/index.php/policlinica-regional-de-alagoinhas-e-inaugurada-e-ja-comeca-o-atendimento-nesta-segunda/. Acesso em: 18 dez. 2021.

ALDRICH, H. **Organizations and Environments**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1979.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Consórcios Públicos Interfederativos de Saúde**. Disponível em: https://obr.saude.ba.gov.br/consorcios. Acesso em: 27 jan. 2022.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Consórcios Públicos Interfederativos de Saúde Implantados**. Disponível em: https://obr.saude.ba.gov.br/consorcios/implantados. Acesso em: 8 fev. 2022b.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB nº 051, de 12 de setembro de 2003.** Aprova a Programação Pactuada Integrada-PPI do Estado da Bahia de Média e Alta Complexidade. Salvador: Secretaria de Estadual de Saúde**,** 12 set. 2003. Disponível em: https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/PPI-Sobre/PPI-ResolucaoCIB-BA051-2003.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB nº 068, de 10 de agosto de 2004.** Aprova a regulamentação das CIB Macro regionais, definindo suas microregiões e respectivas sedes. Salvador: Secretaria de Estadual de Saúde, 10 ago. 2004. Disponível em: https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/CIR-Sobre/CIR-ResolucaoCIB068_2004.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB nº 143, de 09 de outubro de 2007.** Aprova a criação de trinta colegiados de gestão regional para o Estado da Bahia. Salvador: Secretaria Estadual de Saúde, 09 out 2007. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2007/Resolucao_CIB_143_2007.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB Nº141, de 28 de maio de 2010.** Aprova a nova Programação Pactuada e Integrada do estado da Bahia - PPI-BA 2010 - e dá outras providências. Salvador: Secretaria Estadual de Saúde, 28 mai. 2010. Disponível em: https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/PPI-Sobre/PPI-ResolucaoCIB-BA141-2010.pdf.

Acesso em: 8 fev. 2022.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB Nº 275, de 15 de agosto de 2012.** Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. Salvador: Secretaria Estadual de Saúde, 15 ago. 2012. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/RESOLU%C3%87%C3%83O%20275_15.08.2012_Aprova%20Regi%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20CIR.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB nº 088, de 10 de abril de 2013.** Aprova o Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite e das Comissões Intergestores Regionais do Estado da Bahia. Salvador: Secretaria Estadual de Saúde, 10 abr. 2013. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/obr/download/RESOLU%C3%87%C3%83O%20CIB%20088%20-%2011.04.2013.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB Nº 011, de 11 de fevereiro de 2015**. Aprova Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite e das Comissões Intergestores Regionais do Estado da Bahia. Salvador: Secretaria Estadual de Saúde, 11 fev. 2015a. Disponível em: http://imgsgc.tmunicipal.org.br/files/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CIB%2011_2015.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB Nº 180, de 17 de dezembro de 2015.** Aprova a alteração da Resolução CIB n. 011/2015 sobre o Regimento da CIB/CIR, no que concerne à Coordenação da CIR. Salvador: Secretaria Estadual de Saúde**,** 17 dez. 2015b. Disponível em: https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/CIR-Sobre/CIR-ResolucaoCIB180_2015.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

BAHIA. Secretaria de Desenvolvimento Rural. **Territórios de identidade**. Disponível em: http://www.bahiater.sdr.ba.gov.br/servicos/territorios-de-identidade. Acesso em: 8 fev. 2022a.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB nº 021, de 21 de fevereiro de 2017.** Aprova a revogação da Resolução CIB nº. 180/2015, de 18 de dezembro de 2015 e dá outras providências. Salvador: Secretária Estadual de Saúde, 21 fev. 2017b. Disponível em: https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/CIR-Sobre/CIR-ResolucaoCIB_BA021_2017.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Inauguração da Policlínica em Guanambi**. Disponível em: http://cdsaltosertao.ba.gov.br/noticias/inauguracao_da_policlinica_em_guanambi-106%201/1 . Acesso em: 18 dez. 2021d.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Obras da policlínica de Irecê chegam a 70 % de conclusão**. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/2017/04/29/obras-da-policlinica-de-irece-chegam-a-70-de-conclusao/ . Acesso em: 18 dez. 2021e.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Autorizada construção de policlínica em Valença**. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/2017/04/27/autorizada-construcao-de-policlinica-em-valenca/. Acesso em: 18 dez. 2021f.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Policlínica Regional de Saúde é inaugurada em Feira de Santana**. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/2018/05/28/policlinica-regional-de-saude-e-inaugurada-em-feira-de-santana/. Acesso em: 18 dez. 2021a.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Autorizado início de obras de Policlínica Regional**

de Saúde em Itabuna. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/2018/06/18/autorizado-inicio-de-obras-de-policlinica-regional-de-saude-em-itabuna/. Acesso em: 18 dez. 2021b.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Governo autoriza obras de policlínica para região de Jacobina**. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/2018/04/14/governo-autoriza-obras-de-policlinica-para-regiao-de-jacobina/. Acesso em: 18 dez. 2021c.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Autorizada construção de policlínica regional em Simões Filho**. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/2018/03/12/autorizada-construcao-de-policlinica-regional-em-simoes-filho/. Acesso em: 18 dez. 2021d.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Inaugurada Policlínica Regional em Santo Antônio de Jesus**. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/2018/06/15/inaugurada-policlinica-regional-em-santo-antonio-de-jesus/. Acesso em: 18 dez. 2021e.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Autorizada construção de policlínica regional em Senhor do Bonfim**. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/2018/06/14/autorizada-construcao-de-policlinica-regional-em-senhor-do-bonfim/. Acesso em: 18 dez. 2021f.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Autorizada construção de policlínica regional em Vitória da Conquista**. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/2018/04/06/autorizada-construcao-de-policlinica-regional-em-vitoria-da-conquista/. Acesso em: 10 dez. 2021g.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB Nº 008, de 24 de janeiro de 2019.** Aprova a Repactuação da Programação Pactuada e Integrada do estado da Bahia - PPI-BA 2010 - e dá outras providências. Salvador: Secretaria Estadual de Saúde, 24 jan. 2019a. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2019/RES_CIB_008_2019.pdf. Acesso em: 10 dez. 2021.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB nº 034, de 27 de fevereiro de 2019.** Aprova *ad referendum* as alterações no limite financeiro federal de média e alta complexidade dos Municípios e do Fundo Estadual de Saúde da Bahia, de acordo com a aprovação da Repactuação da Programação Pactuada e Integrada do estado da Bahia. Salvador: Secretaria Estadual de Saúde, 27 fev. 2019b. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2019/RES_CIB_034_2019.pdf. Acesso em: 10 dez. 2021.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Policlínica Regional em Juazeiro será inaugurada no dia**. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/2019/07/22/policlinica-regional-em-juazeiro/. Acesso em: 18 dez. 2021c.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Nona Policlínica Regional de saúde é entregue em Paulo Afonso**. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/2019/07/17/nona-policlinica-regional-de-saude-e-entregue-em-paulo-afonso/. Acesso em: 18 dez. 2021d.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Governo do Estado inaugura policlínica e ampliação do HO em Barreiras**. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/2020/02/10/governo-do-estado-inaugura-policlinica-e-ampliacao-do-ho-em-barreiras/. Acesso em: 18 dez. 2021a.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Autorizadas obras da Policlínica Regional de Saúde em Brumado**. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/2020/03/16/autorizadas-obras-da-policlinica-regional-de-saude-em-brumado/. Acesso em: 18 dez. 2021b.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Autorizado início das obras de Policlínica em Ribeira**

do Pombal. Disponível em: www.bahia.ba.gov.br/2020/03/noticias/saude/autorizado-inicio-das-obras-de-policlinica-em-ribeira-do-pombal/. Acesso em: 18 dez. 2021c.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Mais de R$ 70 milhões serão investidos na construção de policlínica e do Hospital Regional em Santa Maria da Vitória**. Disponível em: www.bahia.ba.gov.br/2020/11/noticias/saude/mais-de-r-70-milhoes-serao-investidos-na-construcao-da-policlinica-e-do-hospital-regional-em-santa-maria-da-vitoria/. Acesso em: 18 dez. 2021.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Policlínicas Regionais de Saúde contabilizam mais de 2 milhões de atendimentos**. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/2021/07/06/policlinicas-regionais-de-saude-contabilizam-mais-de-2-milhoes-de-atendimentos/. Acesso em: 18 dez. 2021a.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Bahia ganha 19ª Policlínica Regional de Saúde , em Ribeira do Pombal Notícias relacionadas**. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/2021/07/09/bahia-ganha-19-a-policlinica-regional-de-saude-em-ribeira-do-pombal/. Acesso em: 18 dez. 2021b.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Com mais de 2 milhões de atendimentos, Bahia ganha 20ª Policlínica Regional de Saúde**. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/2021/07/23/com-mais-de-2-milhoes-de-atendimentos-bahia-ganha-20a-policlinica-regional-de-saude/. Acesso em: 18 dez. 2021c.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Com investimento de R $ 29,1 milhões, Serrinha ganha nova Policlínica Regional de Saúde**. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/2021/09/13/com-investimento-de-r-291-milhoes-serrinha-ganha-nova-policlinica-regional-de-saude/. Acesso em: 18 dez. 2021d.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Sul do Estado contará com mais uma Policlínica Regional de Saúde**. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/2021/11/16/sul-do-estado-contara-com-mais-uma-policlinica-regional-de-saude/. Acesso em: 18 dez. 2021e.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Governador reúne prefeitos e discute eficiência na gestão das policlínicas regionais**. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/2021/12/01/governador-reune-prefeitos-e-discute-eficiencia-na-gestao-das-policlinicas-regionais/. Acesso em: 18 dez. 2021f.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1º ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATISTA, S. **O papel dos prefeitos e das prefeitas na criação e na gestão dos consórcios públicos**. Brasília, DF: Caixa Econômica Federal, 2011.

BEL, G.; HEBDON, R.; WARNER, M. Beyond privatisation and cost savings: alternatives for local government reform. **Local Government Studies**, v. 44, n. 2, p. 173–182, 2018.

BEL, G.; WARNER, M. E. Inter-municipal cooperation and costs: Expectations and evidence. **Public Administration**, v. 93, n. 1, p. 52–67, 2015.

BERTONI, E.; FALCÃO, G.; LOPES, C.; e BEVILACQUA, I.C. O que é, de onde veio e para onde vai o SUS? **Nexo Jornal**. Abril 2020. Disponível em: https://www.nexojornal.com.br/especial/2020/04/28/O-passado-o-presente-e-o-futuro-do-SUS-para-ler-guardar-e-consultar>. Acesso em: 28 mar. 2022.

BOAG, G.; MCDONALD, D. A. A critical review of public-public partnerships in water

services. **Water Alternatives**, v. 3, n. 1, p. 1–25, 2010.

BOSCHI, R. R. Capacidades estatais como desafio para políticas públicas. *In*: CASTRO, A. C.; FILGUEIRAS, F. **O Estado no Século XXI**. Brasília: ENAP, 2018, p. 365–397.

BOVAIRD, T. Efficiency in Third Sector Partnerships for Delivering Local Government Services: The role of economies of scale, scope and learning. **Public Management Review**, v. 16, n. 8, p. 1067–1090, 2014.

BOVAIRD, T.; LÖFFLER, E. Emerging trends in public management and governance. **BBS – Teaching and Research Review**, n. 5, p. 1–9, 2001.

BRASIL. [Constituição (1998)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Presidência da República, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 8 fev. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 29 dez. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 8 fev. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 20 set. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 8 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília: Ministério da Saúde, 20 mai. 1993. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 2 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.003, de 17 de outubro de 2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 17 out. 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1893_02_10_2003.html. Acesso em: 8 fev. 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 6 abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm. Acesso: 2 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 22 fev de 2006a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 2 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699, de 30 de março de 2006**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 30 mar. 2006b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 2

fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 148p. 2006c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf. Acesso em: 2 fev. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007.** Regulamenta a Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 17 jan. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm. Acesso em: 2 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 280, de 16 de junho de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 16 jun. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0280_16_06_2010.html. Acesso em: 2 fev. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011.** Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 25 ago. 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12466.htm. Acesso em: 2 fev. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 29 jun. 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%207.508%2C%20DE%2028,interfederativa%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias. Acesso em: 2 fev. 2022.

BRASIL. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 16 jan. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso: 2 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 25 set. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 2 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o

financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 28 dez. 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 2 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017**. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 17 ago. 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html. Acesso em: 2 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 28 set. 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 2 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 22 mar. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html. Acesso em: 2 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Resolução de Consolidação CIT n° 1, de 30 de março de 2021**. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 30 mar. 2021. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-consolidacao-cit-n-1-de-30-de-marco-de-2021-323572057. Acesso em: 2 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS):** estrutura, princípios e como funciona. 24 nov. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona. Acesso em: 28 mar. 2022.

CAPELLA, A. C. N. Um estudo sobre o conceito de empreendedor de políticas públicas: Ideias, Interesses e Mudanças. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 14, n. spe, p. 486–505, 2016.

CARVALHO, S. M. L. DE; XAVIER, T. DOS S.; BITENCOURT, F. L. P. Trajetória dos consórcios públicos baianos: oportunidades e desafios para uma política de desenvolvimento territorial. *In*: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 9, 2016, Brasília-DF. **Anais** [...]. Disponível em: http://consad.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Painel-36-02.pdf. Acesso em: 2. fev. 2022.

CARVALHO FILHO, J. S. **Consórcios Públicos.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

CAVALCANTI, I. T. N. **Aspectos selecionados sobre a formulação de políticas de saúde no Brasil: fundamentos do debate atual**. 2019. 166 f. Tese (Doutorado em Economia) – Faculdade de Economia, UFBA, Salvador, 2019.

CEARÁ. **Lei nº 14.239, 11 de novembro de 2008**. Altera a Lei n° 13.946, de 31 de julho de 2007, que autoriza o Poder Executivo a contratar empréstimo junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento — BID, e dá outras providências. Governo do Estado, Fortaleza-CE, 13 nov. 2008. Disponível em: https://belt.al.ce.gov.br/index.php/legislacao-do-ceara/organizacao-

tematica/orcamento-financas-e-tributacao/item/434-lei-n-14-239-de-11-11-08-d-o-13-11-08. Acesso em: 2 fev. 2022.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Portaria nº 6.493, de 25 de novembro de 2009**. Aprova o Regulamento Operativo que estabelece a organização, procedimentos, termos e condições a serem observadas na execução do Programa de Expansão e Fortalecimento da Atenção Especializada à Saúde no Estado do Ceará, parcialmente financiado pelo BID e seus anexos. Diário Oficial do Estado, Fortaleza, Caderno 2, p. 75; 3 dez. 2009. Disponível em: http://imagens.seplag.ce.gov.br/PDF/20091203/do20091203p02.pdf. Acesso em: 2 fev. 2022.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Consórcios Públicos em Saúde no Ceará:** estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde. Fortaleza, 2010. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/manual_consorcios_publicos_saude_ceara_030310.pdf. Acesso em: 2 fev. 2022.

CINGOLANI, L. **The State of State Capacity**: a review of concepts, evidence and measures. UNU-MERIT Working Paper Series, 2013. Disponível em: https://cris.maastrichtuniversity.nl/ws/portalfiles/portal/978997/guid-25cb727f-2280-41f0-a1da-ecf3ac48230f-ASSET1.0.pdf. Acesso em: 11 dez. 2021.

CINGOLANI, L.; THOMSSON, K.; CROMBRUGGHE, D. DE. Minding Weber more than ever? The impacts of State Capacity and Bureaucratic Autonomy on development goals. **UNU-MERIT Working Paper Series**, n. 31, p. 40, 2013.

CITRONI, G.; LIPPI, A.; PROFETI, S. Remapping the State: Inter-Municipal Cooperation through Corporatisation and Public-Private Governance Structures. **Local Government Studies**, v. 39, n. 2, p. 208–234, 2013.

CNM. **Consórcios Públicos Intermunicipais:** Uma Alternativa à Gestão Pública. Brasília, 2016.

CNM. **Mudanças no Financiamento da Saúde**. Brasília, 2017.

CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DO OESTE. **Estatuto Consolidado**, 2021. Disponível em: <http://www5.saude.ba.gov.br/obr/consorcios/arquivos/estatuto/290320/ESTATUTO.pdf>

CONTEH, C. Strategic Inter-Organizational Cooperation in Complex Environments. **Public Management Review**, v. 15, n. 4, p. 501–521, 2013.

CUNHA, R. E. DA. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. **Revista do Serviço Público**, v. 55, n. 3, p. 5–36, 2004.

DA CRUZ, N. F.; MARQUES, R. C. Mixed companies and local governance: No man can serve two masters. **Public Administration**, v. 90, n. 3, p. 737–758, 2012.

DAIN, S. O financiamento público na perspectiva da política social. **Economia e Sociedade**, Campinas, n. 17, p. 113–140, 2001.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1851–1864, 2007.

DAIN, S.; CASTRO, K. P. DE. Alternativas para o financiamento da saúde pela União: espaço fiscal e oportunidades para as próximas duas décadas. In: GADELHA, P., NORONHA, J.C., DAIN, S., AND PEREIRA, T. (Ed.). **Brasil Saúde Amanhã:** população, economia e gestão

[online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016. p. 1–52.

DAVIS, L. E.; NORTH, D. C. **Institutional change and American economic growth**. Cambridge: Cambridge University Press, 1971.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W**.** A gaiola de ferro revisitada: isomorfismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 2, p. 74–89, 2005.

DI PIETRO, M. S. Z. **Curso de direito administrativo**. 20. ed. [s.l.] Atlas, 2006.

DIAS, S. **Possibilidades jurídico-institucionais dos Consórcios Públicos**. [s.l.] USP, 2006.

DINIZ FILHO, P. R. **O abraço do afogado**: cooperação técnica e disputa política nos consórcios intermunicipais de saúde em Minas Gerais. Uberlândia: EDUFU, 2014.

DWECK, E.; MORETTI, B.; MELO, M. F. G. C. DE. Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas. **Cadernos de Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento, v. 16, p. 239–265, 2021. Disponível em: http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/559/pdf. Acesso em: 2 fev. 2022.

EVANS, B.; SAPEHA, H. Are non-government policy actors being heard? Assessing New Public Governance in three Canadian provinces. **Canadian Public Administration**, v. 58, n. 2, p. 249–270, 2015.

EVANS, P. **Embedded autonomy:** states and industrial transformation. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1995.

EVANS, P.; RAUCH, J. E. Bureaucracy and growth: A cross-national analysis of the effects of "weberian" state structures on economic growth. **American Sociological Review**, v. 64, n. 5, p. 748–765, 1999.

FATTORE, G.; DUBOIS, H. F. W.; LAPENTA, A. Measuring New Public Management and Governance in Political Debate. **Public Administration Review**, v. 72, n. 2, p. 218–227, 2012.

FEIOCK, R. C. Rational choice and regional governance. **Journal of Urban Affairs**, v. 29, n. 1, p. 47–63, 2007.

FENNELL, M. L. The effects of environmental characteristics on the structure of hospital clusters. **Administrative Science Quarterly**, v. 25, n. 3, p. 484-510, 1980.

FERRO, E.; SORRENTINO, M. Can intermunicipal collaboration help the diffusion of E-Government in peripheral areas? Evidence from Italy. **Government Information Quarterly**, v. 27, n. 1, p. 17–25, 2010.

FIANI, R. Arranjos institucionais e desenvolvimento: o papel da coordenação em estruturas híbridas. **Texto para discussão**, v. 1815, p. 1689–1699, 2013.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **Antes do SUS:** como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz – CEE, 2018. Pesquisa, Política e Ação em Saúde Pública. Disponível em: http://www.cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus. Acesso em 21 de agosto de 2021.

FLEXA, R. G. C.; BARBASTEFANO, R. G. Public health consortia: A literature review. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 325–338, 2020.

FREITAS, B. R. DE. **Estruturas, Estratégias e Consolidação dos Consórcios Intermunicipais da Saúde da Zona Da Mata de Minas Gerais**. [s.l.] Universidade Federal de Viçosa, 2014.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Avaliação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde dos Municípios das Microrregiões do Alto Rio Grande e do Alto São Francisco.** Belo Horizonte, 1996. Disponível em: <www.bibliotecadigital.mg.gov.br/consulta/verDocumento.php?iCodigo=46972&codUsuario=0>. Acesso em : 09 fev. 2022.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção**. Belo Horizonte, 2008.

GAITÁN, F.; BOSCHI, R. R. Estado, atores predominantes e coalizões para o desenvolvimento: brasil e argentina em perspectiva comparada. *In*: GOMIDE, A. Á.; BOSCHI, R. R. **Capacidades Estatais em Países Emergentes:** o Brasil em perspectiva comparada. Brasília: Ipea, 2016, p. 473-506.

GERIGK, W.; PESSALI, H. F. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 6, p. 1525–1543, 2014.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas - FGV**, v. 35, n. 2, p. 57–63, 1995.

GOMES, E. Relações Estado-Sociedade e novas capacidades estatais para o desenvolvimento entre os países do BRICS: O Brasil em perspectiva comparada com a África do Sul e a Índia. *In*: GOMIDE, A. Á.; BOSCHI, R. R. **Capacidades Estatais em Países Emergentes:** o Brasil em perspectiva comparada. Brasília: Ipea, p. 105-136, 2016.

GOMES, M. DE F. DA S. **Avaliação da qualidade em serviços públicos de saúde:** um estudo no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa - MG. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Administração) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2017.

GOMIDE, A. Á. Capacidades estatais para políticas públicas em países emergentes: (des)vantagens comparativas do Brasil *In*: GOMIDE, A. Á.; BOSCHI, R. R. **Capacidades Estatais em Países Emergentes:** o Brasil em perspectiva comparada. Brasília: Ipea, 2016, p. 15–47.

GOMIDE, A. Á.; PIRES, R. R. C. Capacidades Estatais para o Desenvolvimentismo do Séc. XXI. **Rede Desenvolvimentista, Texto para discussão 7**, 2012, p. 353–354.

GOMIDE, A. Á.; PIRES, R. R. C. Capacidades estatais e democracia: a abordagem dos arranjos institucionais para análise de políticas públicas. *In*: GOMIDE, A. Á.; PIRES, R. R. C. (Ed.). **Capacidades Estatais e Democracia:** arranjos institucionais de políticas públicas. Brasília: Ipea, 2014. p. 15–28.

GRIN, E. J. et al. Sobre desconexões e hiatos: uma análise de capacidades estatais e finanças públicas em municípios brasileiros. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 23, n. 76, p. 312–336, 2018.

GRIN, E. J.; ABRUCIO, F. L. Quando "feds" e "locals" não falam a mesma língua: uma análise sobre dissonâncias na cooperação federativa. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 15, n. 3, p. 694–719, 2017.

HANNAN, M. T.; FREEMAN, J. H. The population ecology of organizations. **American Journal of Sociology**, v. 82, n. 5, p. 929-64, 1977.

HAWLEY, A. Human ecology. In: SILLS, D. L. (Ed.). **International Encyclopedia of the Social Sciences**. New York: Macmillan, 1968. p. 328-337.

HODGSON, G. **Economics and Institutions**: a manifesto for a modern institutional economics. Cambridge, Cambridgeshire: Polity Press, 1988.

HODGSON, G. What Are Institutions. **Journal of Economic Issues**, v. 40, n.1, 2006, p. 1-25.

HOOD, C. A Public Management for al Seasons? **Public administration**, v. 69, n. 1, p. 3–19, 1991.

IBGE. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais Perfil - Perfil dos Municípios Brasileiros: 2018**. Brasília, 2018.

IBGE. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais - Perfil dos municípios brasileiros : 2019**. Brasília, 2019.

JING, Y. New public governance: A regime-centered perspective. **International Review of Public Administration**, v. 20, n. 3, p. 325–327, 2015.

JULIÃO, K. S. **Cooperação intergovernamental na saúde:** os Consórcios Públicos de Saúde no Ceará como estratégia de coordenação estadual. 2018. 202f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, USP, São Paulo, 2018. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/100/100138/tde-04072018-183138/publico/DISSERTACAO_Karine_Sousa_Juliao.pdf. Acesso em: 2 fev. 2022.

JULIÃO, K. S.; OLIVIERI, C. Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 1–12, 2020.

KOPPENJAN, J.; KOLIBA, C. Transformations towards new public governance: Can the new paradigm handle complexity? **International Review of Public Administration**, v. 18, n. 2, p. 1–8, 2013.

LASTA, T. T. **Metodologia e Técnicas de Pesquisa em Economia**. Indaial: UNIASSELVI, 2018.

LEÃO, L.; BASTOS, S. Q. DE A.; RIBEIRO, H. M. D. A influência das redes municipais (em consórcios públicos) no indicador de desenvolvimento dos municípios de minas gerais. *In*: ENABER, Online, 19, p. 105–112, 2019. **Anais** [...] Disponível em: https://brsa.org.br/wp-content/uploads/wpcf7-submissions/5248/oi.pdf. Acesso em: 2 fev. 2022.

LIMA, A. P. G. DE. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 4, p. 985–996, 2000.

LOPREATO, F. L. C. **Federalismo Brasileiro**: origem, evolução e desafios. Campinas: Unicamp, n. 388, 2020.

MACHADO, J. A.; ANDRADE, M. L. C. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 3, p. 695–720, 2014.

MACIEL, B. A. **Consórcios intermunicipais de saúde em minas gerais e atuação da esfera estadual no período 2011-2014**. Belo Horizonte: Escola de Governo Professor Paulo Neves

de Carvalho, Fundação João Pinheiro, 2016.

MAIA, L. DE A. et al. Os consórcios intermunicipais de saúde como instrumentos para a administração pública: a experiência do SUS-MG. *In*: CONSAD**,** 4, Brasília-DF. **Anais** [...] v. 52/185, n. Maio, p. 66, 2011. Disponível em: http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2011-06/painel_52-183_184_185.pdf. Acesso em: 2 fev. 2022.

MANN, M. The sources of social power: Globalizations, 1945–2011. **The Sources of Social Power: Globalizations, 1945-2011**, v. 4, n. 2003, p. 1–492, 2010.

MARCIA, H.; ELOY, B. **O SUS e os consórcios públicos em saúde:** da teoria à pratica. A experiência do Ceará. Fortaleza: INESP, 2019.

MARCH, J. G.; OLSEN, J. P. **Ambiguity and Choice in Organizations**. Bergen, Norway: Universitetsforlaget, 1976.

MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 841–850, 2009.

MARTINS, F. J. DE O. **Accountability nas unidades gestoras do regime próprio de previdência dos servidores públicos municipais:** um estudo de caso no IPREVI-Viçosa/MG. Viçosa/MG: UFV, 2015.

MATHIAS, D. C.; OLIVEIRA, D. R. DE. Consórcios intermunicipais de saúde: agenda mineira para estudos futuros. *In*: EnAPG, 8, UNIFOR, Fortaleza/CE. **Anais** [...]. Fortaleza: ANPAD, 2019. Disponível em: http://www.anpad.org.br/abrir_pdf.php?e=MjYxNTE=. Acesso em: 2 fev. 2022.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasil**. São Paulo: Malheiros, 2016.

MELLO, C. A. B. DE. **Curso de Direito Administrativo**. 27. ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

MELLO, M. T. Direito E Economia Nas Organizações Públicas – Uma análise da perspectiva dos custos de transação aplicada aos laboratórios públicos nacionais produtores de imunobiológicos. **Economic Analysis of Law Review**, Brasília-DF, v. 09, nº 3, p. 03-16, set-dez. 2018. Disponível em: https://portalrevistas.ucb.br/index.php/EALR/article/view/8364. Acesso em: 05 mar. 2022.

MELO, D. C. et al. **Manual de acesso aos serviços de apoio diagnósticos e tratamentos das Policlínicas Regionais de Saúde do Estado da Bahia**. Salvador: Secretária da Saúde do Estado, 2017.

MEYER, J. W. **The impact of the centralization of educational funding and control on state and local organizational governance**. Stanford, CA: Institute for Research on Educational Finance and Governance, Stanford University, Program Report n. 79-B20, 1979.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS)**. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/consorcios. Acesso em: 29 nov. 2021a.

MINAS GERAIS. Colegiado de Secretarias Executivas dos Consórcios Intermunicipais de Minas Gerais/Agência de Políticas Públicas. **História do COSECS-MG**. Disponível em: https://www.cosecsmg.org.br/historia. Acesso em: 7 fev. 2022b.

MINAS GERAIS. Secretária de Estado de Saúde. **Resolução nº 0353, de 19 de dezembro de 2003**. Regulamenta as bases de cooperação entre a SES/MG e os Consórcios Intermunicipais de Saúde no âmbito do SUS/MG. Belo Horizonte: Secretária de Estado de Saúde, 19 dez. 2003.

Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLUCaO%20SES%200353.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

MINAS GERAIS. Secretária de Estado de Saúde. **Resolução nº 1886, de 27 de maio de 2009**. Dispõe sobre o Programa Estadual de Cooperação Intermunicipal em Saúde – PRO-CIS. Belo Horizonte: Secretária de Estado de Saúde, 27 mai. 2009a. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_1886.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

MINAS GERAIS. **Lei nº 18.036, de 12 de janeiro de 2009**. Dispõe sobre a constituição de consórcios públicos no estado e dá outras providências. Belo Horizonte: Governo do Estado, 2009b. Disponível em: https://leisestaduais.com.br/mg/lei-ordinaria-n-18036-2009-minas-gerais-dispoe-sobre-a-constituicao-de-consorcios-publicos-no-estado-e-da-outras-providencias. Acesso em: 8 fev. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução nº 3.577, de 26 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre o processo de credenciamento dos serviços dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 26 dez. de 2012. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolu%C3%A7%C3%A3o_3577.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução nº 3903, de 06 de setembro de 2013**. Aprova os procedimentos para remanejamentos, alteração cadastral do tipo de gestão, contratação, processamento da produção e pagamento dos Consórcios previstos no Art. 5º da Resolução SES Nº 3.577, de 26 de dezembro de 2012. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 06 set. 2013. Disponível em: https://saude.mg.gov.br/images/documentos/resolu%C3%A7%C3%A3o_3903.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Síntese do Histórico dos documentos editados referentes à elaboração do PDR-SUS / MG**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2014. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/Sntese%20do%20Histrico%20da%20elaborao%20reviso%20e%20ajustes%20do%20PDR-SUS-MG.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução nº 5173, de 08 de março de 2016**. Estabelece os pré-requisitos a serem observados por Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) que intencionem potenciais parcerias com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), e dá outras providências. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 08 mar. 2016. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolu%c3%a7%c3%a3o_5173.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.513, de 19 de julho de 2017**. Aprova a metodologia de Alimentação da Produção Assistencial no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 19 jul. 2017a. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202513%20-%20SUBGR_CONS%C3%93RCIO%20-%20CIB%20PRODUCAO%20ASSISTENCIAL%20versao%2013.07.17%20(1).pdf. Acesso

em: 8 fev. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução nº 5.819, de 19 de julho de 2017**. Estabelece a metodologia de Alimentação da Produção Assistencial no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 19 jul. 2017b. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Resolu%c3%a7%c3%a3o_5819.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Gestão Regional. **Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. 1. Ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2020. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/10_2020/2_out-nov-dez/28-10_PLANO-DIRETOR-DE-REGIONALIZACAO-DA-SAUDE-DE-MINAS-GERAIS_PDRMG.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

MOE, T. The new economics of organization. **American Journal of Political Science**, v. 28, n. 4, p. 739-777, nov., 1984.

MOE, T. The Politics of Structural Choice: toward a theory of public bureaucracy. *In*: WILLIAMSON, O. (ed.). **Organization Theory – From Chester Barnard to the Present and Beyond**. New York, Oxford, Oxford University Press, p 116-153, 1995.

MORAIS, A. S de.; TEIXEIRA, C. F. Positioning of user representatives in the state health council of bahia in view of the worsening of sus sub-financing in 2016-2018. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 1, p. 1–12, 2021.

MORAIS, V. S de.; CHAVES, A. P. L. Percepção dos gestores municipais de saúde relacionada à saúde ambiental: Consórcio intermunicipal de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 349–360, 2016.

MORETTI, B. et al. **Mudar a política econômica e fortalecer o SUS para evitar o caos**. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/mudar-a-politica-economica-e-fortalecer-o-sus-para-evitar-o-caos/46220/>. Acesso em: 09 fev. 2022.

MOURA, A. **Policlínica Regional do Extremo Sul é inaugurada em Teixeira de Freitas**. Disponível em: https://atarde.com.br/portalmunicipios/portalmunicipiossul/policlinica-regional-do-extremo-sul-e-inaugurada-em-teixeira-de-freitas-915176 2/9 . Acesso em: 18 dez. 2021.

NELSON, R. R. What enables rapid economic progress: What are the needed institutions? **Research Policy**, New York, v. 37, n. 1, p. 1–11, 2008.

NELSON, R. R.; SAMPAT, B. N. Making sense of institutions as a factor shaping economic performance. **Journal of Economic Behavior and Organization**, New York, v. 44, n. 1, p. 31–54, 2001.

NELSON, R. R.; WINTER, S. **An Evolutionary Theory of Economic Change**. Cambridge: Harvard University Press, 1982.

NETO, J. A. V. A experiência dos arranjos interfederativos da saúde no estado do Ceará: os consórcios públicos como instrumentos de fortalecimento da gestão compartilhada. In: MELLO, J. et.al. (org.). **Implementação de políticas e atuação de gestores públicos**. Brasília: IPEA, 2018. Disponível em:

http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9876/1/Implement_politicas_Cap4.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

NEVES, L. A.; RIBEIRO, J. M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2207–2217, 2006.

NORTH, D. **Institutions, Institutional Change, and Economic Performance**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

NUNES, W. **Uma estratégia desenvolvimentista sem um "Estado Desenvolvimentista":** o caso dos governos Lula. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2018.

O'TOOLE, L. J.; MEIER, K. J. Public management in intergovernmental networks: Matching structural networks and managerial networking. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 14, n. 4, p. 469–494, 2004.

OSBORNE, S. P. The new public governance? **Public Management Review**, v. 8, n. 3, p. 377–387, 2006.

OSBORNE, S. P. **The new public governance:** emerging perspectives on the theory and practice of public governance. London: Routlegle, 2010.

OSBORNE, S. P. From public service-dominant logic to public service logic: are public service organizations capable of co-production and value co-creation? **Public Management Review**, v. 20, n. 2, p. 225–231, 2018.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1723–1728, 2018.

PETERS, B. G. Governance and Public Bureaucracy: New Forms of Democracy or New Forms of Control? **Asia Pacific Journal of Public Administration**, v. 26, n. 1, p. 3–15, 2004.

PINTO, C. D. **Estruturas de governança e competências dos laboratórios públicos nacionais produtores de imunobiológicos:** uma análise do arranjo organizacional. 2017. 366 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento) - Instituto de Economia, UFRJ, Rio de Janeiro, 2017.

PIOLA, S. F. et al. **Financiamento público da saúde:** uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: IPEA, 2013. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1846.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. DE ÁVILA. Governança e capacidades estatais: Uma análise comparativa de programas federais. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 58, p. 121–143, 2016.

PIRES, R. R. C.; LOTTA, G. S.; OLIVEIRA, V. E. Burocracia e capacidade estatal na pesquisa brasileira. *In*: PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. E. (org.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil:** intersecções analíticas. Brasília: IPEA, p. 85–104, 2018.

POLLITT, C.; BOUCKAERT, G. **Public Management Reform**: a comparative analysis-Into the age of austerity. Oxford: Oxford University Press, 2017.

POLLITT, C. **Managerialism and the public services:** the Anglo-American experience. Oxford: Blackwell, 1990.

PROVAN, K. G.; MILWARD, H. B. Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. **Academy of Management Proceedings**, v. 1, p. 105–

112, 1999.

PROVAN, K. G.; MILWARD, H. B. Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. **Public Administration Review**, v. 61, n. 4, p. 414–423, 2001.

PUEY, E. P.; FERRAN, J. M.; MUSSONS, C. P. Beyond size: Overcoming fragmentation by inter-municipal associations in Spain? The case of Catalonia1. **International Review of Administrative Sciences**, v. 84, n. 4, p. 639–658, 2018.

RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. *In*: BEUREN, I. M. (ed.). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade:** teoria e prática. 3ª ed. São Paulo: Atlas, p. 76–97, 2003. Disponível em: http://www.geocities.ws/cienciascontabeisfecea/estagio/Cap_3_Como_Elaborar.pdf. Acesso em: 8 fev. 2022.

REALE, M. **Parecer**. Disponível em: <www.miguelreale.com.br/parecer.htm>. Acesso em: 3 fev. 2022.

RHODES, R. A. W. Recovering the Craft of Public Administration. **Public Administration Review**, v. 76, n. 4, p. 638–647, 2016.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. DO R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). **PPP - Planejamento e Políticas Públicas**, n. 22, p. 173–220, 2000.

ROCHA, C. V.; AURÉLIO, C.; FARIA, P. DE. Cooperação intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo: a experiência dos Consórcios de Saúde de Minas Gerais. **Cadernos Metrópole.**, v. 0, n. 11, p. 73–105, 2004.

SALLES, A. S. **Consórcio público:** instrumento de capacidade estatal. 2019. 148 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Estratégicos Internacionais) Faculdade de Ciências Econômicas, UFRS, Porto Alegre, 2019.

SANTOS, A. M. DOS; ASSIS, M. M. A. Processo de Regionalização da Saúde na Bahia: aspectos políticos-institucionais. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, 2017.

SANTOS, L. et al. Consórcio Público e o Sistema Único de Saúde: Uma abordagem jurídico-administrativa e situacional. In: CHERUBINE, M.; TREVAS, V. (orgs.). **Consórcios públicos e as agendas do estado brasileiro**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, p. 102–121, 2012. Disponível em: https://bibliotecadigital.fpabramo.org.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/223/Consorcios-Trevas-ok.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 8 fev. 2022.

SILVA, J. N. **Accountability e Teoria da Agência no setor público:** análise dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais. 2019. 129f. Dissertação (Mestrado em Administração) Programa de Pós-Graduação em Administração, UFV, Viçosa, 2018.

SILVA, S. A. L. et al. **Avaliação de custo e efetividade das policlínicas**. Salvador, 2021.

SILVESTRE, H. C. **A (Nova) Governança Pública**. Brasília: Enap, 2019.

SILVESTRE, H. C. et al. Is cooperation cost reducing? An analysis of public–public partnerships and inter-municipal cooperation in Brazilian local government. **Local Government Studies**, v. 46, n. 1, p. 68–90, 2020.

SILVESTRE, H. C.; MARQUES, R. C.; GOMES, R. C. Joined-up Government of utilities: a meta-review on a public–public partnership and inter-municipal cooperation in the water and wastewater industries. **Public Management Review**, v. 20, n. 4, p. 607–631, 2018.

SOTER, A.P.; MORETTI, B. Análise preliminar dos efeitos da vedação do crescimento real das despesas federais e o comprometimento da universalidade do SUS. ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIADA SAÚDE, 12, 2016, Salvador, BA. **Anais [...]** Salvador: ABRES, 2016.

SOUZA, C. Capacidade burocrática no Brasil e na Argentina: quando a política faz a diferença. **Texto para Discussão**, v. 2035, n. 2015, p. 73, 2016.

SOUZA, D. DE O. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 1–6, 2020.

SPICER, Z. Cooperation, coordination and competition: Why do municipalities participate in economic development alliances? **Canadian Public Administration**, v. 58, n. 4, p. 549–573, 2015.

STRELEC, T.; FONSECA, F. Alcances e Limites da Lei dos Consórcios Públicos-um balanço da experiência consorciativa no estado de São Paulo. **Cadernos Adenauer**, v. 4, p. 145–140, 2012.

TEIXEIRA, L. S. **Ensaios sobre consórcios intermunicipais de saúde:** Financiamento, Comportamento Estratégico, Incentivos e Economia Política. Brasília: Câmara dos Deputados, 2007. Disponível em: https://bd.camara.leg.br/bd/handle/bdcamara/3426?_ga=2.248466055.184417193.1655477161-1543337022.1654540013. Acesso em: 8 fev. 2022.

TORFING, J.; TRIANTAFILLOU, P. What's in a name? grasping new public governance as a political-administrative system. **International Review of Public Administration**, v. 18, n. 2, p. 9–25, 2013.

VEBLEN, T. **The Theory ofthe Leisure Class:** An Economic Study of Institutions. New York; Macmillan, 1899.

VEBLEN, T. **Imperial Germany and the Industrial Revolution**. New York: Macmillan, 1915.

VEGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. 1° ed. São Paulo: Atlas, 2005.

VIRGENS, J. H. A.; SILVEIRA, P. Análise do processo da reforma sanitária brasileira no período de 2007 a 2016: participação social em 2016. *In*: TEIXEIRA, C. F. (org.). **Observatório de análise política em saúde:** relatório de acompanhamento de políticas**.** Salvador: EDUFBA. 2016.

WILLIAMSON, O. **Markets and Hierarchies:** Analysis and Antitrust Implications. New York:The Free Press, 1975.

WILLIAMSON, O. **The Economic Institutions of Capitalism**: Firms, Markets, Relational Contracting. New York, The Free Press, 1985.

WILLIAMSON, O. E. Comparative economic organization of discrete structural alternatives. **Administrative Science Quarterly**, v. 36, n. 2, p. 269–296, 1991a.

WILLIAMSON, O. E. A comparison of alternative approaches to economic organization. In: FURUBOTN, E. G.; RICHTER, R. (Ed.). **The new institutional economics:** a collection of

articles from the journal of institutional and theoretical economics. Texas: Texas A&M University Press, 1991b.

XAVIER, T. **Política Estadual de Apoio e Incentivo aos Consórcios Públicos da Bahia**. Consórcios Públicos e Regionalização da Saúde na Bahia - Seminário UNES. Salvador: UNES, 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=RSygA7pMa0s&t=42s>. Acesso em: 09 fev. 2022.

ZAFRA-GÓMEZ, J. L. et al. Reducing costs in times of crisis: Delivery forms in small and medium sized local governments' waste management services. **Public Administration**, v. 91, n. 1, p. 51–68, 2012.