


# Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais


Reasons for the expansion of inter-municipal health consortia in Pernambuco: perception of state managers

**Eliane Maria Medeiros Leal<sup>a,b</sup>**

 <http://orcid.org/0000-0002-6052-6501>


E-mail: eliane.medeiros.leal@gmail.com

**Filipe Santana da Silva<sup>c,d</sup>**

 <http://orcid.org/0000-0002-6803-1407>


E-mail: filipe@ufcspa.edu.br

**Sydia Rosana de Araujo Oliveira<sup>a</sup>**

 <http://orcid.org/0000-0002-6349-2917>


E-mail: sydia@cpqam.fiocruz.br

**Hélder Freire Pacheco<sup>a</sup>**

 <http://orcid.org/0000-0001-7710-2337>


E-mail: helderfp1989@gmail.com

**Francisco de Assis da Silva Santos<sup>e</sup>**

 <http://orcid.org/0000-0002-7082-7092>

E-mail: francisco.a.santos@hotmail.com

**Garibaldi Dantas Gurgel Júnior<sup>a</sup>**

 <http://orcid.org/0000-0002-2557-7338>

E-mail: gurgel@cpqam.fiocruz.br

<sup>a</sup>Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Aggeu Magalhães. Departamento de Saúde Coletiva. Recife, PE, Brasil.

<sup>b</sup>Prefeitura de Porto Alegre. Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família. Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>c</sup>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Departamento de Ciências Exatas e Sociais Aplicadas. Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>d</sup>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>e</sup>Universidade Federal de Pernambuco. Centro Acadêmico do Agreste. Caruaru, PE, Brasil.

## Correspondência

Eliane Leal

Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva. Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária. Recife, PE, Brasil. CEP 50670-420.

## Resumo

A cooperação intergovernamental entre municípios de pequeno porte é operacionalizada por meio de consórcios de saúde, historicamente, no Sistema Único de Saúde (SUS). Tais iniciativas favoreceram a descentralização da saúde no contexto da municipalização. Entretanto, pouco se sabe sobre a sua implementação no processo de regionalização. Este estudo objetivou analisar as razões para a expansão dos consórcios intermunicipais de saúde conduzida pela autoridade sanitária estadual como um fenômeno político institucional novo na regionalização da saúde no SUS em Pernambuco. Trata-se de um estudo retrospectivo de caráter analítico com abordagem qualitativa. Realizaram-se quatro entrevistas semiestruturadas com gestores estaduais, as quais foram analisadas mediante técnica de método de condensação de significados proposta por Kvale. A Teoria das Representações Sociais guiou a análise dos dados. As razões para a indução do consorciamento intermunicipal foram: o fortalecimento da regionalização dos serviços de saúde; a ampliação de oferta e cogestão de serviços de saúde; a absorção de experiências exitosas e a necessidade da indução estadual das políticas regionais de saúde. Os consórcios se configuraram como uma possibilidade positiva na percepção dos gestores estaduais na regionalização de ações de saúde no estado; porém, estudos adicionais são necessários no que diz respeito ao impacto dos indicadores de saúde em escala regional.

**Palavras-chave:** Consórcios de Saúde; Regionalização; Políticas de Saúde; Descentralização; Assistência à Saúde.

## Abstract

Intergovernmental cooperation between small municipalities is operationalized through health consortia, historically, in the Brazilian National Health System (SUS). These initiatives favored the decentralization of health in the context of municipalization. However, little is known about its implementation in the regionalization process. The objective of this study was to analyze the reasons for the expansion of intermunicipal health consortia conducted by the state sanitary authority as a new institutional political phenomenon in the regionalization of the SUS in Pernambuco. This is a retrospective analytical study with a qualitative approach. Four semi-structured interviews with state managers were carried out and analyzed using a method of condensation of meanings proposed by Kvale. The Theory of Social Representations guided the data analysis. The reasons for the induction of intermunicipal consortium were: the strengthening of the regionalization of health services; the expansion of supply and co-management of health services; the absorption of successful experiences and the need for state induction of regional health policies. Consortia have become a positive possibility in the perception of state managers in the regionalization of health actions in the state, but additional studies are needed regarding the impact of health indicators on a regional scale.

**Keywords:** Health Consortia; Regionalization; Health Policies; Decentralization; Health Care.

## Introdução

Os problemas de saúde são complexos e demandam ações intergovernamentais que, muitas vezes, vão além das potencialidades de um ente federado isoladamente. A descentralização da gestão da saúde no Brasil fragmentou o território, impondo limites políticos e geográficos municipais ao acesso dos serviços e ações em saúde (Rocha, 2016).

Grande parte dos municípios, sobretudo os de pequeno porte e afastados dos grandes centros, têm apresentado dificuldades técnicas, administrativas e financeiras na operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). O resultado destes obstáculos é a limitação dos municípios para exercer sua função de forma eficiente e efetiva (Morais; Chaves, 2016; Muller; Greco, 2010; Rodrigues, 2012).

A cooperação horizontal tem apontado como uma escolha esperançosa de trabalho para dar respostas aos principais problemas que afligem os entes federados mais frágeis: os municípios (Diniz Filho, 2013). Experiências nesse sentido foram desenvolvidas de forma intermunicipal, com a difusão dos consórcios de saúde por todo o Brasil. Pernambuco foi um dos estados em que esse instrumento de cooperação intergovernamental teve uma expansão significativa, a partir de 2009, com uma indução importante do governo estadual (Leal, 2013).

Este artigo trata do federalismo e cooperações intergovernamentais mediante consórcios de saúde, no contexto de saúde de Pernambuco, pouco explorado na literatura da área. Traz um panorama teórico-conceitual sobre federalismo e a problemática envolvida na descentralização e municipalização da saúde brasileira, a partir do debate nacional e da discussão do caso brasileiro. A seguir, apresenta metodologia da pesquisa acerca do papel do estado de Pernambuco entre os anos de 2009 e 2013, na indução dos consórcios intermunicipais. Após, trata-se dos resultados do estudo e, por fim, são pontuados os desafios de consolidação dos consórcios no contexto das relações interfederativas.

## O federalismo e a descentralização via municipalização na saúde brasileira

O conceito de federação está relacionado à maneira de como o Estado se organiza com seus diferentes entes territoriais dotados de poder. Essa organização é fruto de pactos declarados em legislação própria que permitem autonomia e interdependência ao ente federado. Para ser legítima e efetiva, depende de uma estrutura de relações intergovernamentais consistentes que possibilitem formas de cooperação e coordenação federativas que diferem dependendo dos espaços (Abrucio; Sano, 2013; Cunha, 2004).

Toda federação deriva de desigualdades entre os entes que a compõem, juntamente com a defesa de uma integridade territorial, apesar dessas diversidades. Os entes federados são independentes e compreender as formas como se relacionam na superação de conflitos, competições, implantação e operacionalização de políticas públicas é fundamental para entender a essência do federalismo desse local (Abrucio; Sano, 2013; Marroni, 2017). O federalismo brasileiro convive com problemas de desigualdades sociais e econômicas regionais. Além disso, o desenvolvimento socioeconômico apresenta expressiva heterogeneidade, diversidade e conflitos relacionados às disparidades (Abrucio; Sano, 2013; Cunha, 2004).

A descentralização é um fenômeno marcante nos processos recentes de reforma dos estados, apresentando diferenças que dependem das características do país, do modelo da federação e das áreas das políticas. No Brasil, na década de 1980, a associação entre democracia e descentralização de políticas cresceu, aparecendo na Constituição Federal de 1988, que redesenha a estrutura de Estado em uma lógica de federação descentralizada, com ênfase no papel dos municípios (Viana; Machado, 2009).

O processo de descentralização não trouxe mecanismos efetivos de coordenação e relações intergovernamentais de forma operacional que garantissem aos municípios possibilidades de gerir ações e serviços de saúde com qualidade. Na esfera municipal, as disparidades locais e regionais são intensificadas após o processo de descentralização e muitos municípios dependem, quase que exclusivamente, de transferências federais para sua sobrevivência devido à baixa arrecadação

própria, interferindo diretamente no cumprimento de suas responsabilidades com qualidade (Abrucio; Sano, 2013; Cunha, 2004).

Daniel (2001) denominou esse processo de “municipalismo autárquico”, ou seja, os municípios passaram a ter a responsabilidade de resolver seus problemas de saúde de forma autônoma; porém, com baixa capacidade institucional, dificuldades de ordem técnica, gerencial, financeira e, mesmo, de escala para o desempenho de suas competências, além de pouca ou nenhuma contribuição dos estados e da União. Na prática, a municipalização tendeu a fragmentar o território, impondo limites político-geográficos ao acesso de serviços de saúde (Rocha, 2016) e, ao contrário de relações cooperativas e solidárias, o que se observou foi competição horizontal e vertical entre os entes. Nesse contexto, os mecanismos de coordenação federativa são essenciais.

As relações intergovernamentais não possuem um modelo estático de articulação para gerir políticas e responsabilidades. Os entes federativos se organizam de forma diferente e utilizam diversos instrumentos de gestão que podam operacionalizar essa prática. Tanto as regras formalmente inscritas como as relações informais têm relevância nesses processos de interlocução federativa (Abrucio; Sano; Sydow, 2011; Marroni, 2017).

A cooperação federativa, nos últimos anos, tem sido um tema fundamental na agenda política e de pesquisa no Brasil. A organização político-territorial das relações de poder é um fator crucial na operacionalização da democracia. Dois aspectos estão relacionados a isso: o primeiro é que o processo decisório e a participação popular são delimitadas pela política que as envolvem. Em segundo lugar, a questão da organização territorial do poder fez-se mais importante pela expansão e complexidade do papel do Estado na implantação de políticas públicas (Abrucio; Sano, 2013).

A coexistência de diferentes instâncias de poder na gestão da saúde no Brasil impulsionou várias formas peculiares de relações intergovernamentais, pautadas no conflito de poder e na negociação. Apesar do grau de autonomia de cada ente federativo estar definido na legislação, isso não é suficiente para a resolução de conflitos e entraves. Um ambiente mais cooperativo, ou não, vai depender do padrão das suas relações, instrumentos de gestão e ambientes

de negociação, que irão refletir no melhor ou pior desenho de políticas de saúde (Abrucio; Sano, 2013).

## **O cooperativismo intergovernamental e os consórcios intermunicipais na implantação de políticas públicas de saúde no Brasil**

A dificuldade de os municípios sozinhos não conseguirem executar políticas públicas de forma completa e satisfatória tem os levado a procurar soluções por meio de cooperações, principalmente consórcios de saúde (Abrucio; Filippim; Dieguez, 2013). A necessidade de construir mecanismos de coordenação e parceria entre os níveis de governo para resolver dilemas de ação coletiva e problemas das políticas públicas é essencial para manter viável o federalismo. Nesse sentido, formas de cooperativismo intergovernamental, como consórcios públicos, são importantes para garantir esse processo de forma sistemática e contínua (Abrucio; Sano, 2013; Lima, 2000).

Historicamente, os consórcios públicos no Brasil estão previstos desde a Constituição de 1937. Mas, apenas nas últimas duas décadas, houve crescimento e fortalecimento dos consórcios, principalmente pela formação das redes de cooperação entre os entes na busca de melhorar a relação intergovernamental pós-descentralização. Desde a Constituição de 1988, eles têm crescido pelo país e, hoje, são normatizados pela Lei nº 11.107/2005, a Lei dos Consórcios Públicos (Dieguez, 2011; Gerigk; Pessali, 2014).

Os consórcios intermunicipais de saúde (CIS) se apresentam, historicamente, como uma alternativa de modelo de gestão capaz de dialogar com as dificuldades e propor um caminho para a resolução de problemas coletivos mediante a utilização racional de recursos comuns no processo de municipalização do SUS (Brasil, 1997; Gerigk; Pessali, 2014; Lima, 2000; Muler; Greco, 2010; Neves; Ribeiro, 2006).

Os CIS constituem a experiência de cooperação intergovernamental mais bem-sucedida e com maior número de estudos nesse campo. A relação de municípios via consórcios tem impulsionado a cogestão de serviços de saúde, de forma regionalizada, na busca de um cuidado integral. É importante frisar que mesmo municípios de partidos políticos diferentes têm aumentado a cooperação via consórcios e a relação de compartilhamento

de serviços de saúde entre si (Abrucio; Filippim; Dieguez, 2013; Neves; Ribeiro, 2006).

Os estudos sobre os consórcios estão, em boa parte, voltados a questões relacionadas à sua forma de ampliar a oferta de serviços de saúde, forma de gerenciamento, benefícios gerados pelos consórcios nos municípios e satisfação dos usuários (Amaral; Blatt, 2011; Nicoletto et al., 2005). Em tese, a literatura aponta que a cogestão favorece estratégias para organização e hierarquização da oferta de serviços para além dos limites municipais (Brasil, 1997; Gerigk; Pessali, 2014; Lima, 2000; Muller; Greco, 2010; Neves; Ribeiro, 2006).

Muitos pontos podem atrapalhar ou ajudar a cooperação de municípios via consórcios. Para os que atrapalham, destacam-se comportamento individualista e autárquico dos municípios; ausência de uma identidade regional; brigas político-partidárias entre prefeitos ou destes com o governador; e falta de indução federativa advinda dos outros níveis de governo, especialmente estaduais (Abrucio; Sano; Sydow, 2011).

Em Pernambuco, a iniciativa de implantação de consórcios como modelo de gestão é algo relativamente novo e tardio em relação a outros estados brasileiros (Gerigk; Pessali, 2014; Leal, 2013). A partir de 2009, essa modalidade de gestão pública teve um incentivo importante por parte do governo estadual (Galindo et al., 2014; Leal, 2013) e o desafio deste estudo é responder à curiosidade científica levantada: quais as razões motivacionais dos gestores da saúde de Pernambuco para induzir a expansão dos CIS no estado, no período de 2009 a 2013? Este trabalho teve como objetivo analisar as razões que motivaram a expansão dos CIS conduzida pelo governo estadual no processo de regionalização da saúde no SUS em Pernambuco, no período de 2009 a 2013.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo de caso único com enfoque incorporado de base qualitativa, exploratório e retrospectivo. Estudos afirmam que esse tipo de pesquisa contribui e dá força ao conjunto de conhecimentos produzidos em saúde coletiva, ampliando um “fazer ciência” que seja, de fato, rigoroso e alicerçado em bases teóricas (Gomes et al., 2014). Segundo Minayo (2002), a abordagem qualitativa expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e

técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos, aprofundando-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.

O estudo foi realizado no estado de Pernambuco, que possui uma população de 8.796.448 de habitantes, distribuída em 184 municípios e um distrito estadual (IBGE, 2010). Diante dos casos de consorciamento em outros estados, que se apresentam muito por iniciativa iminente municipal, como no Paraná, o caso de Pernambuco é bastante singular na federação brasileira, pois o crescimento de consórcios se deu por iniciativa e indução estadual (Leal, 2013), além de ser relativamente novo e tardio em relação a outros estados brasileiros (Gerigk; Pessali, 2014; Leal, 2013).

Em 2007, o governo do estado, liderado pelo então governador Eduardo Campos, elaborou um modelo de planejamento e gestão chamado “Todos por Pernambuco - Gestão democrática e regionalizada com foco em resultados”. O objetivo desse documento foi sistematizar de forma contínua e organizada, subsidiando o gerenciamento dos serviços públicos. A melhoria da gestão e operacionalização dos serviços de saúde no estado, foco no atendimento integral mediante regionalização via consórcios

públicos, se encontrava como prioridade no processo de gestão (Galindo et al., 2014; Pernambuco, 2009). Diante da emergência de novos modelos de gestão e execução da política de saúde, é necessário analisar a expansão dos consórcios públicos e a percepção disso pelos próprios gestores estaduais da época.

O Plano Diretor de Regionalização divide o estado em 12 Regiões de Saúde, dentre as quais em 83,3% começaram a existir consórcios (Leal, 2013; Pernambuco, 2009). Os quatro criados na época da expansão, entre os anos de 2009 e 2013 (período de maior crescimento de consórcios induzidos pelo estado), foram: Consórcio dos Municípios da Mata Norte e Agreste Setentrional de Pernambuco (Comanas) - 25 municípios; Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano (Cisape) - 13 municípios; Consórcio Público dos Municípios da Mata Sul Pernambucana (Comsul) - 24 municípios; Consórcio Público para o Desenvolvimento da Região Agreste Meridional de Pernambuco (Codeam) - 24 municípios, conforme ilustrado geograficamente na Figura 1. Optou-se por utilizar dados referentes ao período de janeiro de 2009 a novembro de 2013, em virtude de ter sido o intervalo de tempo de maior crescimento de consórcios em saúde no estado.

**Figura 1 – Distribuição dos consórcios intermunicipais no território do estado de Pernambuco, 2013**



Fonte: Adaptado de Leal (2013)

A coleta de dados primários foi realizada a partir da realização de entrevistas semiestruturadas, segundo um roteiro específico e predeterminado. Foram estabelecidos critérios para a seleção dos sujeitos da pesquisa:

- Ser ou ter sido Secretário Estadual de Saúde de Pernambuco, no período de 2009 a 2013. A opção por esse período coincidiu com a

expansão do novo modelo de gestão no estado de Pernambuco e com o início do governo de Eduardo Campos;

- Ter aceitação voluntária para participar do estudo;
- Ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os participantes das entrevistas foram identificados como S1 a S4, de acordo com a ordem de realização das entrevistas. Esses indivíduos são informantes-chaves, porque estavam diretamente ligados à tomada de decisão em saúde em Pernambuco no período de implantação e operacionalização dos consórcios no estado. É importante destacar que, como as entrevistas foram semiestruturadas, foi possível uma adaptação das perguntas conforme a evolução das conversas. Ressalta-se que apenas uma pessoa entrevistou todos os gestores.

Após a realização das entrevistas, as informações coletadas e posteriormente transcritas foram analisadas por meio do método de condensação de significados (Kvale, 1996). Mediante proposta da análise de conteúdo, foram selecionadas as unidades naturais de análise, por exemplo trechos das entrevistas relacionados à pergunta da pesquisa que fossem comuns nas falas. Após isso, foram extraídos os temas centrais que se sobressaíram das unidades de análise. Essa tarefa é importante pelo fato de determinar o tópico central das perguntas realizadas na pesquisa por meio das respostas comuns. O conteúdo das entrevistas traz o conjunto de temas centrais dos depoimentos, que contêm unidades de análise com características semelhantes. Esse procedimento permite expressar certa opinião ou posicionamento sobre um tema, considerando os aspectos sociais e culturais (Alcântara; Vesce, 2009).

A teoria das representações sociais (Jodelet, 1989, p. 23, tradução nossa), composta por uma “forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”, guiou a análise dos dados. De acordo com essa teoria, a representação de cada pessoa ou grupo social demonstra as faces de sua realidade, permitindo compreender a identidade, personalidade e concepção dos indivíduos, assim como aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais nos quais estão inseridos.

Sêga (2000, p. 38) reforça que a teoria das representações sociais se apresenta como “a maneira de interpretar e pensar a realidade cotidiana, uma forma de conhecimento da atividade mental desenvolvida pelos indivíduos e pelos grupos para fixar suas posições em relação a situações que lhes

concernem”. Este conjunto de ações individuais e coletivas da representação, assim como sua postura, que valoriza o senso comum como fonte de conhecimento científico, torna-se uma teoria necessária para compreender a realidade social.

Este método se mostrou adequado à pesquisa em questão de termos de análise dos dados, uma vez que englobou diferentes depoimentos sintetizados e analisados. Dessa forma, ao recolhermos os diferentes depoimentos, percebemos certos elementos comuns nas representações sociais que caracterizaram os gestores entrevistados.

As respostas dos gestores entrevistados foram organizadas em quadros, os quais pontuam os quatro temas centrais que se destacaram de forma comum nas falas dos entrevistados, facilitando assim a compreensão e o devido aprofundamento dos pontos principais. Em todos os quadros a seguir, optando-se por fidedignidade e não descaracterização dos discursos, os apresentamos na íntegra. Esses temas representam as razões pelas quais os gestores estaduais optaram pelos consórcios de saúde como modelo de gestão, forma de operacionalizar a política de regionalização de serviços de saúde no estado.

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando-se a integridade física e moral dos participantes. Para o sigilo das informações, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A proposta de pesquisa que decorre deste trabalho foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

## Resultados e discussão

A técnica utilizada para análise das entrevistas evidenciou quatro principais razões dos gestores estaduais que se tornaram cruciais para a escolha dos consórcios de saúde na política de regionalização em Pernambuco: (1) o fortalecimento da regionalização dos serviços de saúde; (2) a ampliação de oferta e a cogestão de serviços de saúde; (3) a absorção de experiências exitosas (transferência de políticas); e (4) a indução estadual - o papel do estado em fortalecer políticas regionais. Todas, em conjunto, contribuíram para um cenário perceptivo favorável à implantação dos consórcios no estado.

## O fortalecimento da regionalização dos serviços de saúde

O Quadro 1 representa a primeira razão dos gestores estaduais optarem pelos consórcios: fortalecimento da regionalização. Os gestores relacionaram a necessidade de expansão da implantação de consórcios com o

objetivo de impulsionar a organização de serviços de saúde em âmbito regional como forma estratégica no desenvolvimento de práticas intersetoriais. Esse ponto emerge como um importante fator a ser destacado, com vistas a superar o modelo fragmentado da assistência em saúde após a descentralização dos serviços na década de 1990.

### Quadro 1 – Gestores estaduais e a motivação sobre o fortalecimento da regionalização por meio de consórcios de saúde

*eu acho que consórcio é uma coisa que, com cautela, pode ser organizada. É uma **forma de organização dos serviços na região**, até porque na própria regionalização você pode conseguir distribuir de forma que possa ser não só equilibrada, mas que possa ser exitosa. (S1)*

*Acho que a **regionalização é o caminho fundamental** [...] quando a gente começa a ver arranjos regionais ou loco-regionais, como os consórcios, isso faz com que a gente possa definir melhor a política de investimento, dos equipamentos necessários e a resolução dos problemas daquela região de saúde. (S4)*

A relação entre o “federalismo sanitário brasileiro” e a efetivação das regiões como um terreno fértil na operacionalização das redes de atenção à saúde está tensionada por vários interesses que impedem sua efetivação no território de forma satisfatória. A produção das ações em saúde no SUS é transversalizada por interesses do mercado com disputas institucionais e políticas pelos serviços de saúde ofertados que, muitas vezes, são pautados em proposições de integralidade e universalidade e inviabilizam a proposta constitucional (Goya et al., 2016).

A organização político-territorial das relações de poder é um fator crucial na operacionalização da democracia, seja em virtude do processo decisório e da participação popular, delimitados pela política que os envolvem, seja pela questão da organização territorial, que se faz mais importante pela expansão e complexidade do papel do estado (Abrucio; Sano, 2013; Barbosa, 2012; Rocha, 2016). Apesar de o grau de autonomia de cada ente federativo estar definido na legislação, isso não é suficiente para a resolução de conflitos e entraves. Um ambiente mais cooperativo, ou não, vai depender do padrão das suas relações, que irá refletir no melhor ou pior desenho de políticas de saúde (Abrucio; Sano, 2013; Barbosa, 2012).

As políticas de saúde, por suas características complexas, apresentam aos governantes desafios de operacionalização que muitas vezes perpassam as barreiras geográficas dos municípios. Os

consórcios têm autonomia para construir parcerias, planejamento regional e promover a cooperação intergovernamental, superando os limites políticos e administrativos dos municípios (Morais; Chaves, 2016), o que é imprescindível para uma abordagem integrativa na saúde.

As principais dificuldades de cooperações intergovernamentais, citadas em um estudo realizado no Paraná, trazem pontos relacionados a conflitos que podem ser minimizados com o consorciamento, entre eles: atender demandas distintas dos municípios e conciliar interesses difusos entre os consorciados; lidar com gestores públicos municipais mais preocupados com as questões políticas de seu município do que com a saúde pública com abrangência intermunicipal; a falta de estrutura física e de recursos financeiros para as rotinas executivas e a distância entre os municípios (Gerigk; Pessali, 2014).

Os consórcios ajudam na construção de regiões de saúde vivas e cooperativas, baseadas na cogestão de serviços pactuados a partir das demandas dos entes federados mediante o processo de governança (Neves; Ribeiro, 2006). Um estudo realizado em São Paulo apontou que, do ponto de vista do estado, é muito mais racional investir no desenvolvimento de serviços de saúde de uma região do que auxiliar ações municipais isoladas. O consorciamento seria a garantia de que os recursos serão utilizados

de forma mais ampla e efetiva. Já por parte dos municípios, a forma consorciada aumenta o poder de busca e negociação por recursos estaduais para potencializar a regionalização, principalmente nas situações em que o partido político no poder local é opositor do partido no comando do governo estadual (Oliveira, 2008).

## A ampliação de oferta e a cogestão de serviços de saúde

O Quadro 2 representa o entendimento dos gestores sobre os consórcios de saúde como modelos de gestão que possibilita a ampliação e a cogestão de oferta de serviços pactuada entre os entes federados

consorciados. Esse ponto constitui base para a compreensão de como o estado entendia a participação dos consórcios no processo de operacionalização da cooperação dos serviços de saúde.

Para municípios de pequeno porte, oferecer serviços de saúde tecnologicamente mais complexos demanda valores financeiros superiores à sua capacidade. Os consórcios podem viabilizar a oferta de serviços de saúde por apresentarem custos mais baixos, levando em conta a economia de escala e escopo da região, principalmente pelo melhor aproveitamento dos serviços já existentes. A alocação de recursos se torna mais racional e a rede de serviços regional mais bem utilizada (Diniz Filho, 2013; Oliveira, 2008; Rocha, 2016).

### Quadro 2 – Gestores estaduais e a percepção sobre a ampliação da oferta de serviços e a cogestão desses por meio de consórcios de saúde

*Oferta permanente de consultas de cardiologia e neurologia, que é quase impossível para algumas regiões do estado, já se torna mais possível quando eles [os municípios] trabalham em consórcio e fazem essa oferta aumentar para todos. (S3)*

*o hospital aumentou em 400% a sua produção, mudando o seu modelo de gestão e o estado paga integralmente os recursos. (S2)*

*nós conseguimos algumas melhorias muito interessantes com relação ao funcionamento do Hospital Regional, a maior integração entre os secretários municipais de saúde, as estruturas que já existiam na região e a construção de alguns projetos interessantes, como a criação de uma policlínica, especialidade que foi coordenada pelo próprio consórcio. (S3)*

A incorporação de consórcios no âmbito municipal possibilita o aumento da oferta de serviços de maior densidade tecnológica que exijam escala pouco compatível com cada município isoladamente. Os gestores em saúde dos municípios têm maior possibilidade de discutir e atuar sobre os problemas de saúde regionais com maior liberdade para decidir alternativas em conjunto (Gerigk; Pessali, 2014). Os gestores estaduais de Pernambuco colocaram a ampliação dos consórcios no estado exatamente como um catalisador de articulações entre os gestores municipais em saúde, potencializando a cogestão mais efetiva da rede de serviços disponível, como hospitais regionais.

A cogestão é definida por Campos (2000) como uma forma de exercer a gestão por um conjunto ampliado de sujeitos que compõem o contexto. Significa incluir todos os interessados no processo de gestão de forma a dar função aos coletivos organizados. Cogerir pressupõe um modo interativo/cooperado analítico e

operacional de atuação entre os gestores. A cogestão para os gestores estaduais de Pernambuco com os consórcios tem uma dupla direção: por um lado, a construção de sentido para a ação de forma integrada entre os gestores e, por outro, a garantia das condições de sua operacionalização no contexto da saúde.

Em estudo realizado em Santa Catarina (Amaral; Blatt, 2011), a adesão de municípios à forma consorciada na aquisição de medicamentos possibilitou a redução de gastos e o aumento de oferta atrelada à diminuição de desabastecimento nas unidades de saúde municipais. Este modelo diminui o número de licitações, propiciando redução de preços pela economia em escala; agiliza o processo de aquisição, com maior rapidez na contratação; e permite a redução do estoque físico, facilitando a cogestão do processo de abastecimento de medicamento entre os municípios.

No Paraná, a partir dos anos 1990, os consórcios encontraram condições favoráveis para se



desenvolverem, sobretudo para sanar o déficit do processo de regionalização na atenção à média complexidade e aumentar a oferta de consultas médicas de especialidades, bem como em diagnose, terapia e seu espectro de ação com a instituição de diversos outros serviços. Há alta confiabilidade no sistema de contas do consórcio por parte dos municípios e percepção de uma coordenação eficiente e de transparência na gestão (Neves; Ribeiro, 2006).

Em Pernambuco, entre 2009 e 2013, os consórcios tiveram atuação abrangente em diferentes âmbitos, ampliando serviços e operacionalizando a cogestão de ações em saúde, por exemplo a Cisape, que se responsabilizou pela gestão do Hospital Regional Fernando Bezerra, realizando a cogestão da oferta de cirurgias, consultas e exames especializados na região do Sertão do Araripe. O Comana atuou na realização de diagnósticos de necessidades estruturais e funcionais da rede de serviços dos municípios na região de abrangência e propôs projeto para estruturação do transporte sanitário destinado ao deslocamento de pacientes para realização de procedimentos eletivos no SUS entre os municípios da região. O Codeam realizou a ampliação de oferta de serviços de exames de prevenção ao câncer de mama e de colo de útero por meio da implantação de um laboratório histopatológico disponível para todos os municípios consorciados (Leal, 2013).

Outra possibilidade de cooperação que poderia ter sido utilizada para operacionalizar a regionalização e a cogestão de serviços é o Contrato Organizativo de Ações Públicas (Coap), citado no Decreto nº 7.508/2011 (Brasil, 2011), que judicializa as

pactuações regionais realizadas pelos municípios nas instâncias de governança do SUS. Porém, essa iniciativa, apesar de legalmente regulamentada, teve resultados muito pontuais e limitados. Em 2015, somente três estados tinham aderido a ela: Ceará, Mato Grosso do Sul e Sergipe. Para muitos, a barreira era não existir financiamento novo por parte da União e dos estados. Não há como assumir compromissos regionais de maneira tão formalizada juridicamente. Para outros, os municípios interpretavam essa tentativa de regionalização como ameaça à sua autonomia de poder (Cruz, 2001; Dominguez, 2014).

Na escolha do estado em Pernambuco, os consórcios surgiram como modelo de gestão capaz de ultrapassar limites federativos e interligar as afinidades por meio da cogestão. A potencialidade de ampliação de ofertas e cogestão de serviço é evidenciada em muitos estudos citados anteriormente; porém, poucos deles trazem o impacto dessa ampliação nos indicadores municipais e regionais de saúde.

### **A absorção de experiências exitosas (transferência de políticas)**

O Quadro 3 apresenta a visão de reconhecimento dos gestores sobre a iniciativa do estado de captar experiências exitosas de consorciamento entre municípios de outros locais do Brasil para implantar em Pernambuco. As falas evidenciam existir uma motivação política da gestão em saúde como motivação para a escolha. Isso caracterizou uma forte influência indireta externa sobre a forma estrutural e funcional dos consórcios no estado.

#### **Quadro 3 – Gestores estaduais e a percepção sobre as experiências exitosas de outros estados (transferência de políticas) na implantação dos consórcios em Pernambuco**

*Nesse sentido, estudamos modelos de vários estados que já tinham implantado o modelo de consórcios e estavam bem avançados, como é o caso do Paraná, Minas Gerais e Ceará. (S3)*

*A gente não podia inventar a roda; a gente podia tentar entender e até aprender com os bons resultados e com erros que foram cometidos por outros que implantaram o modelo antes do estado de Pernambuco e nós aprendemos bastante com outros estados. (S4)*

Os gestores, enquanto formuladores de políticas, podem se inspirar no âmbito internacional, nacional e local para executar uma transferência de políticas. Dentro do mesmo país, como observado

nos resultados deste estudo, a transferência de políticas entre os vários âmbitos de governo é uma ocorrência mais comum (Santos et al., 2014). Uma das primeiras decisões de um gestor que está em

busca de resoluções de problemas em seu território é procurar experiências exitosas em outros locais, que servem de norteadoras de suas decisões políticas, técnicas e administrativas, de forma mais ágil. Porém, o êxito irá depender da flexibilidade política do contexto econômico e da ideologia do governo e dos atores que estão envolvidos no processo de transferência de políticas (Turgeon et al., 2008). No caso de Pernambuco, no ano de 2009, havia o alinhamento político-partidário entre o governo do estado e o federal. Segundo Stone (2004), este cenário é favorável e facilita a transferência de políticas em um país.

A literatura define transferência de políticas como um processo de assimilar, intencionalmente, políticas, programas de um local para outro no espaço e tempo (Stone, 2004). O processo de captar ações de outros lugares, por si só, não é interessante. Cada local tem suas peculiaridades e contextos, tornando necessária uma análise mais aprofundada para a adequação a uma nova realidade. Nem sempre experiências exitosas em um local são em outro. Isso dependerá de quanto o governo se propõe a estudar a política e sua regionalidade.

Para Bardach (2004), a replicação rigorosa e fiel de uma prática não é possível nem aconselhável. Para que seja um processo exitoso, as pessoas devem procurar mecanismos de adaptação e personalização de práticas. As experiências de outros locais devem ser analisadas criteriosamente a fim de se compreender como acontecem em seu campo de origem e como podem se desenvolver em seu campo de destino. Daí a importância de uma abordagem sistemática.

O texto traz exemplo adotado na Escola Ford, na Universidade do Michigan, chamado *Integrated Policy Exercise* (Exercício de Políticas Integradas), como uma potencial forma de adaptação. Esse exercício tem dois mecanismos básicos de interesse. Um envolve a motivação emocional e intelectual que ocorre mediante uma demanda que, no nosso estudo, pode estar relacionado à parte política, necessidade de montar algo para resolver um problema rapidamente, que irá gerar uma excitação, um impulso para buscar soluções. O segundo mecanismo estaria relacionado aos pares, ou seja, à existência de pessoas que podem auxiliar com experiências

suas necessidades, considerando o contexto político, econômico e interpessoal envolvido no processo.

É oportuno dizer que os gestores podem se basear em vários tipos de conhecimento para tomar decisões, por exemplo: evidências científicas globais contextualizadas em sua região, valores e preferências individuais de governantes ou do grupo ao qual estão vinculados, além de experiências exitosas de outras localidades, como no caso deste estudo (Oxman et al., 2009). O ideal seria a junção desses pontos, de forma a encontrar um equilíbrio de forças com foco nos resultados efetivos das ações em determinado contexto populacional.

Contudo, em nenhum momento, nas falas dos entrevistados, houve alguma referência ao uso de evidências científicas ou locais que pudessem, juntamente com as experiências práticas de outros estados, completar o processo de decisão de forma mais ampla e consubstanciada. Evidências são fatos que podem vir de experiências práticas e/ou científicas que estão aptos para subsidiarem uma conclusão (Lomas et al., 2005). Segundo Oxman et al. (2009), para que o processo de formulação de políticas seja sistemático e transparente e obtenha melhores resultados na prática, é necessário que o gestor esteja embasado em evidências que esclareçam quais serviços e programas devem ser oferecidos ou incluídos, como prestar tais serviços, os arranjos financeiros e de gestão e como implantar a mudança em seu território.

O fato perceptível nas falas é que o modelo de gestão consorciado adotado em Pernambuco é uma combinação de diversas políticas de outros estados, sendo o resultado de razões políticas dentro da própria gestão para agilizar a expansão do modelo.

A Secretaria de Saúde, por meio da Portaria nº 817, de 15 de setembro de 2009 (Pernambuco, 2009), normatizou a formação de grupos de trabalho para visitar, conhecer e coletar experiências exitosas de consórcios nos estados do Paraná, Minas Gerais e Ceará (Galindo et al., 2014) que tiveram uma expansão significativa, consistente e consolidada de cooperação intergovernamental desde o início dos anos 1990.

O Ceará foi um dos primeiros estados no Nordeste a aderir de forma substancial e abrangente aos consórcios como modelo de gestão de serviços de

saúde em suas regiões (Pinto et al., 2014). Em 2009, o governo do estado lançou o *Manual de orientações para os consórcios públicos em saúde do Ceará* como uma forma de padronizar as informações conceituais, jurídicas e operacionais para municípios, mostrando a sua estratégia de fortalecimento da regionalização do estado (Ceará, 2009), o que possibilitou, pela proximidade com Pernambuco, uma intensa troca de informação sobre o tema.

Apesar da possível existência de poucas evidências além das experiências exitosas para a decisão de inserir os consórcios em Pernambuco, em relação a este ponto, observa-se que existiu uma percepção

positiva pelos resultados e *modus operandi* apontados pelo modelo nos outros estados, possibilitando sua inserção de forma mais rápida como alternativa de cogestão nos serviços e ações regionais.

### **Indução estadual – o papel do Estado em fortalecer políticas regionais**

O Quadro 4 representa, como primeira razão para os gestores estaduais optarem pelos consórcios, a necessidade de indução estadual para que o consorciamento entre municípios tivesse o êxito buscado na regionalização.

#### **Quadro 4 – Gestores estaduais e a percepção sobre a formação dos consórcios em Pernambuco e o papel da indução estadual**

*o estado tem o papel de cofinanciamento de serviços por ser o gestor estadual, auxiliando os municípios na definição da política regional de cada região. (S4)*

*o consórcio é um instrumento, uma ferramenta para prestação de serviço, quem determina a política de saúde é a secretaria estadual, com a gerência dos municípios. (S4)*

*pela primeira vez no estado de Pernambuco nós fizemos um processo de estudo sobre o processo de regionalização para estruturar melhor as redes [...]. Esse estudo subsidiou a discussão de alguns projetos muito focados na questão da regionalização, onde o estado começou a discutir e apoiar a formação de consórcios. (S3)*

A escolha pela implantação dos consórcios na política de regionalização em Pernambuco foi estadual. Como mencionado nas falas, a Secretaria Estadual de Saúde colocou significativos esforços na busca por experiências exitosas sobre consórcios em outros estados brasileiros. A articulação com os municípios e o financiamento de ações regionais fizeram a participação estadual fundamental para implantação, legitimidade e sustentabilidade do modelo no período estudado.

Segundo Rocha (2016), nem sempre essa característica foi preponderante no contexto do consorciamento municipal no Brasil. Em um primeiro momento, na década de 1990, com a descentralização súbita da gestão da saúde, os estados entraram numa crise de identidade, já que os municípios se relacionavam direto com a União. Houve uma fragmentação e fragilização da operacionalização das políticas de saúde nesse período e, como uma das formas de retomar um papel relevante na saúde, os governos estaduais

buscaram coordenar as políticas municipais por meio de ações regionais.

Alguns estados, como o Paraná, passaram a desenvolver mecanismos de indução para a cooperação intermunicipal nas ações de saúde por meio de consórcios. Para isso, investiam no cofinanciamento de ações regionais e no convencimento dos prefeitos para se consorciarem. Na maioria dos casos, o governo do estado teve papel fundamental no momento de criação dos consórcios entre municípios (Rocha, 2016).

Segundo Abrucio, Filippim e Dieguez (2013), o apoio e indução do governo estadual pode incentivar a criação e manutenção de consórcios, reduzindo rivalidades e incertezas que possam existir entre os prefeitos de partidos políticos diferentes. As pactuações políticas entre esses atores e os governadores podem auxiliar na cooperação intergovernamental para cogerir serviços e ações de políticas públicas sociais como a saúde.

Pernambuco tinha algumas experiências pontuais de consórcios anteriores a 2009, mas, realmente, a

política de incentivo à regionalização consorciada se deu durante a gestão do então governador Eduardo Campos. Como forma de operacionalizar a indução, o estado contratou a consultoria acadêmica chamada Instituto de Apoio à Universidade de Pernambuco (Iaupe). O Iaupe, entre os anos de 2009 e 2010, realizou atividades que impulsionaram o fortalecimento da política de regionalização, tendo como base a implantação de consórcios nas regiões.

As principais ações foram: oficinas regionais para construção de consensos da regionalização; produção de documentos técnicos e jurídicos para constituição e instalação dos consórcios; instrumentalização técnica para elaboração do planejamento estratégico das secretarias de saúde dos municípios consorciados; constituição e instalação de consórcios nas regiões do estado; acompanhamento, controle e avaliação dos resultados do consórcio; e criação, implantação e controle dos Núcleos Intermunicipais de Saúde (NIS). Os NIS são equipes especializadas em saúde de cada consórcio responsável pela condução das ações entre os municípios e desses com o estado, além de apoiar os municípios consorciados nas ações pactuadas (Galindo et al., 2014; Leal, 2013).

No Paraná, entre 1995 e 2002, foram criados 17 consórcios sob grande indução estadual. Nesse caso, o estado também disponibilizou recursos financeiros e materiais para impulsionar o consorciamento municipal, além de contribuir em seu funcionamento (Rocha, 2016).

Apesar de Rocha (2016) trazer que muitos municípios, com o passar do tempo, ganham experiência com o modelo de gestão e seus benefícios e têm possibilidade de assumir a autonomia significativa do processo, a manutenção da ajuda estadual se faz sempre fundamental, tanto no âmbito financeiro, ampliando a possibilidade de compra de oferta de serviços - principalmente de municípios de pequeno porte -, quanto no operacional, tendo em vista a sua *expertise* de recursos humanos, auxiliando na coordenação de ações regionais que ainda são um gargalo em muitos municípios.

## Considerações finais

Os consórcios intermunicipais ocuparam uma posição estratégica na estrutura organizacional da

política de regionalização do SUS em Pernambuco, permitindo o desenvolvimento de serviços de saúde de forma cooperada entre os federados. Este estudo, de abordagem qualitativa, propôs uma aproximação analítica da percepção dos gestores estaduais sobre a escolha de induzir consórcios em Pernambuco, uma discussão ainda incipiente no cenário acadêmico atual.

Os resultados obtidos apontam uma percepção positiva dos gestores estaduais em relação aos consórcios - principalmente pela possibilidade de ampliação de oferta e cogestão de serviços de saúde -, o fortalecimento da regionalização e a otimização de recursos, além da ampliação do acesso, especialmente em municípios de pequeno porte. O caso de Pernambuco mostrou que a cooperação depende da aceitação desses em se consorciar, mas, sobretudo, do papel indutor do governo estadual neste processo. A interface com a academia e os incentivos financeiros demonstraram ser estratégias efetivas na operacionalização dessa indução, na medida em que potencializaram a implantação e a sustentabilidade das ações dos consórcios nas regiões. A transferência de política se mostrou uma grande catalisadora de informações sobre os consórcios para os gestores estaduais. Mediante visitas a experiências exitosas em outros estados, houve a captação de embasamento prático, técnico e político para a implantação. Contudo, é importante ressaltar a necessidade da utilização de evidências científicas no processo de tomada de decisão para mudanças nas formulações de políticas ou mecanismos sistemáticos e metodológicos que embasem o processo, não mencionados em nenhuma das falas.

O desafio para se instituir um federalismo mais cooperativo no Brasil está em fortalecer os incentivos à parceria e ao entrelaçamento, mantendo um jogo intergovernamental que dê participação e capacidade de negociação aos estados e municípios. Em poucas palavras: o associativismo territorial precisa garantir a integridade e os direitos federativos dos participantes e os consórcios intermunicipais se colocaram como instrumento para este objetivo em Pernambuco.

Portanto, é fundamental realizar mais estudos sobre a operacionalização de consórcios intermunicipais em outros estados da federação, além de trabalhos mais complexos no Brasil e em Pernambuco que permitam avaliar ou refutar a

existência de um viés decorrente da homogeneidade situacional dos sujeitos entrevistados para este artigo e identificar como o agravamento da crise fiscal e econômica dos municípios influenciou ou pôde influenciar os consórcios nestes contextos.

## Referências

- ABRUCIO, F. L.; FILIPPIM, E. S.; DIEGUEZ, R. C. Inovação na cooperação intermunicipal no Brasil: a experiência da Federação Catarinense de Municípios (Fecam) na construção de consórcios públicos. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 6, p. 1543-1568, 2013.
- ABRUCIO, F. L.; SANO, H. *Associativismo intergovernamental: experiências brasileiras*. Brasília, DF: Fundação Instituto para o Fortalecimento das Capacidades Institucionais, 2013.
- ABRUCIO, F. L.; SANO, H.; SYDOW, T. Radiografia do associativismo territorial brasileiro: tendências, desafios e impactos sobre as regiões metropolitanas. In: KLINK, J. (Org.). *Governança das metrópoles*. São Paulo: Annablume, 2011. p. 193-215.
- ALCÂNTARA, A. M.; VESCE, G. E. P. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 8., 2008, Curitiba. *Anais...* Curitiba: PUCPR, 2009. p. 2208-2220. Disponível em: <<https://bit.ly/2Z3VTG6>>. Acesso em: 6 fev. 2019.
- AMARAL, S. M. S.; BLATT, C. R. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 799-801, 2011.
- BARBOSA, J. F. *Cooperação federativa e responsabilidade solidária no direito à saúde*. 2012. Dissertação (Mestrado em Direito) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- BARDACH, E. Presidential address: the extrapolation problem: how can we learn from the experience of others? *Journal of Policy Analysis and Management*, Hoboken, v. 23, n. 2, p. 205-220, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *O consórcio e a gestão municipal em saúde*. Brasília, DF, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei 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, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CEARÁ. Secretaria de Saúde. *Manual de orientações para os consórcios públicos em saúde do Ceará: estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde*. Fortaleza, 2009.
- CRUZ, M. C. M. T. *Consórcios intermunicipais: uma alternativa de integração regional ascendente*. São Paulo: Pólis, 2001.
- CUNHA, R. E. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. *Revista do Serviço Público*, Brasília, DF, v. 55, n. 3, p. 5-36, 2004.
- DANIEL, C. Autonomia municipal e as relações com os estados e a União. In: HOFMEISTER, W.; CARNEIRO, J. M. B.; KARWINSKY, N. *Federalismo na Alemanha e no Brasil*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. p. 80-98.
- DIEGUEZ, R. C. Consórcios intermunicipais em foco: debate conceitual e construção de quadro metodológico para análise política e institucional. *Cadernos de Desenvolvimento*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 9, p. 291-319, 2011.
- DINIZ FILHO, P. R. D. Federalismo e políticas públicas: indução e cooperação na formação de consórcios intermunicipais de saúde. *Perspectivas em Políticas Públicas*, Belo Horizonte, v. 6, n. 11, p. 131-54, 2013.
- DOMINGUEZ, B. Regionalização é o caminho. *Revista Radis*, Rio de Janeiro, v. 36, p. 22-27, 2014.

- GALINDO, J. M. et al. Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 1545-1566, 2014.
- GERIGK, H.; PESSALI, H. F. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 1525-1543, 2014.
- GOMES, M. H. A. et al. Comentários pertinentes sobre usos de metodologias qualitativas em saúde coletiva. *Interface*, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 469-477, 2014.
- GOYA, N. et al. Regionalização da saúde: (in) visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 902-919, 2016.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/1IgZcXk>>. Acesso em: 15 nov. 2018.
- JODELET, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: JODELET, D. (Org.). *Représentations sociales*. Paris: PUF, 1989.
- KVALE, S. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage, 1996.
- LEAL, E. M. M. *Os consórcios intermunicipais de saúde como modelo organizacional de gestão no estado de Pernambuco*. 2013. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) - Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2WonSmQ>>. Acesso em: 20 maio 2018.
- LIMA, A. P. G. Os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985-996, 2000.
- LOMAS, J. et al. *Conceptualizing and combining evidence for health system guidance*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2005.
- MARRONI, C. H. *Relações intergovernamentais na implementação de políticas públicas: o caso do Samu no Estado do Paraná*. 2017. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2EQ7GQw>>. Acesso em: 21 set. 2018.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- MORAIS, V. S.; CHAVES, A. P. L. Percepção dos gestores municipais de saúde relacionada à saúde ambiental: consórcio intermunicipal de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 349-360, 2016.
- MULLER, E. V.; GRECO, M. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 925-930, 2010.
- NEVES, L. A.; RIBEIRO, J. M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, 2006.
- NICOLETTO, S. C. et al. Consórcios intermunicipais de saúde: o caso do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 29-38, 2005.
- OLIVEIRA, V. E. Municípios cooperando com municípios: relações federativas e consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 107-122, 2008.
- OXMAN, A. D. et al. Support tools for evidence-informed health policymaking (STP) 1: what is evidence-informed policymaking? *Health Research Policy and Systems*, London, v. 7, p. 1-7, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <<https://bit.ly/2HVryDV>>. Acesso em: 21 jul. 2018.
- PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. *Portaria nº 817, de 15 de setembro de 2009*. Recife, 2009.
- PINTO, V. P. T. et al. Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará,

Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2235-2244, 2014.

ROCHA, C. V. A cooperação federativa e a política de saúde : o caso dos consórcios intermunicipais de saúde no estado do Paraná. *Cadernos Metrópole*, São Paulo, v. 18, n. 36, p. 377-399, 2016.

RODRIGUES, M. *Consórcio intermunicipal de saúde da microrregião de São Luiz Gonzaga (COIS): um estudo de caso*. 2012. Dissertação (Especialização em Gestão Pública) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2WaQpr7>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

SANTOS, F. A. S. et al. Razões para expansão de organizações sociais da saúde: percepção de gestores estaduais. *Revista de Enfermagem UFPE online*, Recife, v. 8, p. 2220-2227, 2014. Suplemento 1.

SÊGA, R. A. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. *Anos 90*, Porto Alegre, v. 8, n. 13, p. 128-133, 2000.

STONE, D. Transfer agents and global networks in the “transnationalization” of policy. *Journal of European Public Policy*, Abingdon, v. 11, n. 3, p. 545-566, 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/2KqCOK5>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

TURGEON, J. et al. *Policy transfer and health impact assessment*. Québec: Groupe d’Étude sur les Politiques Publiques et la Santé, 2008. Disponível em: <<https://bit.ly/2QM74QT>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.

---

### Contribuição dos autores

Leal e Gurgel Junior conceberam o projeto, coletaram dados e desenvolveram todas as etapas da pesquisa. Silva, Oliveira, Pacheco e Santos foram responsáveis pelas análises, revisões críticas e orientação em todas as etapas do estudo.

Recebido: 13/03/2019

Aprovado: 22/04/2019