



## Cooperação e Territorialização na Produção dos Consórcios de Saúde da Bahia

*Cooperation and Territorialization in the Production of Health Consortia in Bahia*

Carlos Vasconcelos Rocha   
Universidade Católica de Minas Gerais

José Flávio Morais Castro   
Universidade Católica de Minas Gerais

### Resumo |

O objetivo deste trabalho é discutir e avaliar os elementos que têm dificultado ou facilitado a “cooperação horizontal” para a produção de políticas públicas na área da saúde, abordando a difusão dos Consórcios Interfederativos de Saúde no estado da Bahia. Busca verificar como, ao longo do tempo, os atores, seus interesses e suas agendas de problemas têm incidido sobre a cooperação intermunicipal na produção da política de saúde. No caso, pontou a relevância dos mecanismos de indução utilizados pelo governo estadual. Além disso, busca explicar os padrões de territorialização dos consórcios. Nesse aspecto, o efeito path dependence mostrou ter relevante capacidade explicativa. O trabalho envolveu pesquisa bibliográfica, entrevistas semiestruturadas e a comparação das territorialidades da Regiões de Saúde e dos consórcios com a ferramenta Geographic Information System (GIS).

### Abstract |

*The objective of this work is to discuss and evaluate the elements that have hampered or facilitated “horizontal cooperation” for the production of public policies in the area of health. Specifically, it aims to analyze the factors that enabled the dissemination of Interfederative Health Consortia in the state of Bahia. Taking institutionalization of federative cooperation as the stabilization of rules and processes, the question that will guide the work is to verify how, over time, the actors, their interests and their problem agendas have influenced inter-municipal cooperation in the production of health policy. Aspects that contribute to cooperation are pointed out. In addition, it seeks to explain the patterns of territorialization of consortia. In this aspect, the path dependence effect proved to have great explanatory power. The work involved bibliographic research, semi-structured interviews and the Geographic Information System (GIS).*

### Palavras-chave |

relações intergovernamentais; descentralização; cooperação intermunicipal; políticas de saúde; consórcios de saúde.

### keywords |

*intergovernmental relations; decentralization; inter-municipal cooperation; health policies; health consortia.*



## 1. Introdução

No Brasil, para enfrentar os efeitos fragmentadores do processo de descentralização político-administrativa implementado a partir dos anos de 1980, diversas experiências de cooperação interfederativa foram adotadas para a produção compartilhada de múltiplas modalidades de políticas públicas. Essa tendência apresenta dois desafios analíticos inter-relacionados. O primeiro desafio é avaliar os elementos que dificultaram ou facilitaram a “cooperação federativa” na produção de políticas públicas. Nesse caso, a questão é verificar como, ao longo do tempo, os atores, seus interesses e suas agendas de problemas influenciaram as possibilidades de cooperação. O segundo desafio é entender os fatores envolvidos na redefinição de padrões territoriais “adequados” para a produção de cada política pública específica, em contraste com a distribuição político-administrativa do poder federativo brasileiro entre o governo central, os estados e os municípios.<sup>1</sup>

O artigo desvenda os fatores que concorrem para a cooperação federativa e para a constituição de padrões de regionalização na produção da política de saúde. Analisa os padrões de regionalização dos Consórcios Interfederativos de Saúde (CIFS) constituídos no estado da Bahia.

Para isso, realizou-se um exame de ampla bibliografia, legislação e documentos para constituir as características da estruturação do Sistema Único de Saúde (doravante SUS) do Brasil e, especificamente, os aspectos envolvidos com a criação dos Consórcios de Saúde, com ênfase no caso da Bahia. Mapeou-se os atores relevantes nesse processo: os governantes, as burocracias e os movimentos sociais envolvidos com a área da saúde, com ênfase para os sanitaristas,<sup>2</sup> que atuam nos três níveis de governo, mais detidamente os que atuam nos âmbitos do estado e dos municípios baianos.

No caso do consorciamento da área da saúde, o governo federal fornece uma referência institucional geral no contexto em que se desenvolvem os processos de formação dos Consórcios. No entanto, essas iniciativas se

desenvolvem no âmbito dos estados, configurando uma variação de lógicas de cooperação federativa. Sendo assim, o trabalho focou, privilegiadamente, nas relações estabelecidas entre o estado da Bahia e seus municípios.

Realizaram-se 16 entrevistas semiestruturadas com governantes, burocratas e militantes de movimentos sociais ligados à saúde, que atuavam no âmbito estadual e municipal. O objetivo foi recuperar a lógica de ação dos atores em seus contextos institucionais e configurar determinados padrões de relações federativas. As entrevistas captaram as percepções dos entrevistados sobre os fatores que promovem ou dificultam a cooperação, de natureza técnica ou política; sobre como as relações entre os entes federados influenciam a institucionalização da cooperação; e sobre o papel dos atores da sociedade civil relacionados com a política de saúde.<sup>3</sup>

Analisaram-se as estratégias utilizadas pelos diversos atores e seu grau de eficácia dentro de seus contextos de atuação específicos. Houve interesse em delinear a abordagem cognitiva dos diversos atores em relação aos momentos da agenda, formulação e implementação na busca da cooperação. Relevou-se o papel das experiências de outras áreas de políticas ou de outros entes governamentais na área da saúde.

Ao mesmo tempo, numa perspectiva temporal, apontou-se a lógica envolvida na conformação territorial dos CIFS, através da comparação com os padrões territoriais configurados pelas Regionais de Saúde da Secretaria de Saúde da Bahia. Partiu-se do pressuposto da existência dos efeitos de dependência de trajetória (*path dependence*) na configuração territorial da política (Pierson, 1995).

Este trabalho inicia apresentando as características gerais da federação brasileira e a problemática envolvida na descentralização e na cooperação federativa no Brasil. Posteriormente, considera-se o duplo desafio da cooperação e regionalização na construção do SUS. Em seguida, aborda-se o processo de criação dos consórcios de saúde

1 Diga-se de passagem que, apesar de este trabalho abordar o caso de uma federação, países unitários, ainda mais com sistemas descentralizados de políticas públicas, enfrentam seus dilemas específicos de cooperação territorial, especialmente quando apresentam distâncias espaciais significativas em suas fronteiras, como é o caso do Chile. Para uma abordagem do tema da produção de políticas públicas e das tipologias de modelos de Estado, ver Wright (1997).

2 O movimento sanitário surgiu em meados da década de 1970, composto especialmente por profissionais da saúde que atuavam na sociedade civil e ocupavam cargos nas instituições públicas. Eles formularam as ideias da saúde pública e universal que resultaram no SUS.

3 As entrevistas foram definidas com o método “snowball sampling”, uma forma de amostra não probabilística que utiliza cadeias de referência, onde os entrevistados sugeriam pessoas significativas a serem ouvidas. Foram realizadas até que novos elementos deixaram de ser acrescentados, conforme o “critério de saturação”. Tais métodos sugerem que os entrevistados podem ser tomados como representativos do perfil dos atores envolvidos na criação dos consórcios de saúde (Biernacki e Waldorf, 1981).

como uma das formas mais difundidas de cooperação federativa no país. Finalmente, analisa-se os fatores que explicam a cooperação interfederativa e os padrões territoriais configurados pelos consórcios de saúde no estado da Bahia.

## 2. A origem do problema: descentralização e cooperação federativa

A discussão sobre a reforma do Estado brasileiro, que entrou na agenda política do país a partir da década de 1980, destacou o tema da descentralização. Como reação ao regime autoritário instaurado em 1964, caracterizado pela concentração de poder no governo central e por uma tendência à organização hierárquica das relações federativas, diversos setores da sociedade brasileira passaram a reivindicar a descentralização político-administrativa. Essa reivindicação visava adequar o desenho das instituições públicas aos requisitos de uma democracia.

Em termos federativos, esse movimento visou fortalecer a autonomia de estados e municípios em reação ao “federalismo nominal” característico do período autoritário, baseado na centralização do poder no governo federal. Nesse sentido, com a Constituição Federal de 1988, o Brasil avançou na construção de um federalismo “de fato”, em contraposição a um federalismo que só existia formalmente. O poder foi redistribuído em favor dos 26 estados, do Distrito Federal e dos municípios —hoje cerca de 5.670—, que passaram a ser definidos como entes da federação, configurando um federalismo trino.

Uma concepção que teve grande recepção nesse processo foi a de que os municípios deveriam resolver da forma mais autônoma possível os seus problemas, resultando no que Abrucio e Soares (2001: 14) denominaram de “municipalismo autárquico”. Contudo, ao longo da implementação dessas reformas, a experiência mostrou que elas podem gerar resultados opostos aos esperados. No caso brasileiro, a grande maioria dos municípios padece de precariedade técnica, administrativa e financeira.

Nesse contexto, a descentralização tende a fragilizar ainda mais a provisão de serviços estatais, ao repassar prerrogativas para municípios sem condições de exercê-las e fragmentar as ações públicas, comprometendo uma escala adequada da oferta de serviços. Ademais, como se sabe, a superação ou minimização das

desigualdades regionais existentes no Brasil exige que o governo adote mecanismos de coordenação federativa e de fomento à cooperação intergovernamental, além de implementar políticas compensatórias em favor dos entes mais necessitados (Arretche, 1996).

Com a descentralização, afirmou-se a necessidade de uma maior coordenação federativa na produção das políticas públicas, tanto em seu sentido vertical, articulando a União, os estados e os municípios, quanto em seu sentido horizontal, estruturando esquemas de cooperação entre estados e, principalmente, entre municípios. Mostrou-se indispensável, portanto, produzir relações mais complexas e matizadas entre os entes federados.

Nesse processo, diversas modalidades de cooperação federativa surgiram. Especificamente no plano horizontal, instituíram-se câmaras, redes, agências, associações, fóruns, empresas e autarquias intermunicipais. No entanto, a experiência mais relevante de ação cooperativa horizontal foi a dos consórcios intermunicipais, notadamente aqueles relacionados com a provisão de bens e serviços na área da saúde (Cruz, 2001; Abrucio e Soares, 2001; Machado, 2024).

A viabilização da cooperação intermunicipal para a produção de políticas públicas não é, no entanto, algo trivial. Envolve a capacidade de cooperação entre atores potencialmente competitivos no plano político-eleitoral. No seu aspecto territorial, requer a definição de novos padrões de regionalização que, no caso dos consórcios de saúde, são supramunicipais. A cooperação demanda a neutralização dos fatores de competição e a recriação do desenho territorial do federalismo tripartite brasileiro, baseado na União, nos estados e nos municípios.

No entanto, esse esforço encontra obstáculos de diversas naturezas. Os municípios, como entes da federação, são, em última instância, autônomos para adotar ou não esquemas cooperativos em diversas áreas nas quais detêm prerrogativas. Embora encontrem incentivos para a cooperação devido aos requisitos técnicos da produção de políticas públicas (visando ganhos de escala, por exemplo), também são impelidos a competir no contexto federativo em diversos aspectos, especialmente na esfera político-eleitoral.<sup>4</sup>

Essa problemática da cooperação federativa faz emergir duas questões, como apresentado anteriormente: a que diz respeito aos fatores que facilitam ou dificultam

4 Em um sistema eleitoral proporcional de lista aberta, como o brasileiro, a competição entre políticos locais é significativamente acirrada.

a cooperação intergovernamental; e aquela relacionada com os motivos pelos quais determinados padrões de regionalização são adotados no contexto da cooperação intermunicipal.

Antes de abordar o caso da Bahia, o tópico seguinte apresentará as características das políticas de saúde no Brasil, enfatizando seus aspectos federativos e territoriais.

### 3. Políticas de saúde e o duplo desafio da cooperação e regionalização

Com a Constituição Federal de 1988, momento de consolidação do processo de democratização política no Brasil, adotou-se um Sistema Único de Saúde (SUS) inspirado no *National Health Service* da Inglaterra, fundado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, com gestão descentralizada e participativa. A busca por reproduzir esse modelo em uma federação —em comparação a um país unitário— reveste-se de especial complexidade: na produção das políticas públicas, a questão sobre “quem deve fazer” sobrepõe-se à de “o que fazer” (Pierson, 1995). Ainda mais no caso do sistema de saúde brasileiro, com responsabilidades divididas entre os três níveis de governo, os desafios para a estruturação dessa política são imensos.

Coerente com o princípio da descentralização federativa, o primeiro decênio da implantação do SUS priorizou a municipalização da saúde. Instaurou-se, assim, um processo de intensa transferência de competências e recursos, antes concentrados no governo central, em direção aos municípios, através de instrumentos normativos como as Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), utilizados pelo Ministério da Saúde para estruturar o setor. Dessa forma, os municípios passaram a assumir progressivamente a gestão das ações e dos serviços de saúde em seus territórios.

À medida que a descentralização se consolidava, essa ênfase no papel dos municípios começou, no entanto, a demonstrar os problemas mencionados genericamente no tópico anterior. Primeiramente, a heterogeneidade de capacidades financeiras e administrativas dos municípios para assumirem a gestão da saúde conflitou com o princípio da equidade. Além disso, instaurou-se uma tensão entre a lógica da descentralização e os requisitos

técnicos do sistema de saúde. Isso remete ao fato de que, em grande medida, a descentralização responde ao objetivo político de afirmação da autonomia dos estados e municípios, ao mesmo tempo em que a lógica da política de saúde demanda um funcionamento coordenado de relações intergovernamentais para cumprir os objetivos sistêmicos de universalidade, equidade e integralidade.

A fragmentação territorial resultante da afirmação das prerrogativas políticas dos municípios como gestores da saúde conflitou, portanto, com os princípios do SUS, ao demandar outro tipo de organização territorial. Um aspecto dessa inadequação, por exemplo, revela-se no fato de que, no sistema único e universal de saúde do Brasil, as fronteiras político-geográficas não delimitam o fluxo de pacientes, já que o direito ao acesso à saúde cobre todo o território para toda a população, enquanto a oferta dos serviços é fragmentada pelas unidades político-administrativas.

Nesse sentido, tornou-se cada vez mais clara a necessidade de configurar arranjos cooperativos para remapear o federalismo tripartite brasileiro na área das políticas de saúde. Isso demanda uma territorialidade que pode abranger vários municípios, mais de um estado, ou mesmo partes de municípios. Daí a necessidade de acordos políticos para a institucionalização de formas de cooperação horizontal e vertical entre os entes federados.

Na verdade, a consciência da necessidade de regionalização existia antes do surgimento dos efeitos fragmentadores da descentralização: esse pressuposto técnico era parte de um estoque de conhecimento compartilhado há muito tempo, pois constitutivo do modelo de saúde da Inglaterra, inspirador do SUS. No plano da formulação da reforma da saúde, já havia a convicção de que a demarcação territorial na produção da política deveria adotar a concepção estratégica dos distritos sanitários, como denota uma resolução da VIII Conferência Nacional de Saúde,<sup>5</sup> realizada ainda em 1986 (Keinert, 2001: 21).

Consagrando essa concepção, o princípio da regionalização foi inscrito na Constituição Federal de 1988 como mecanismo da descentralização, integralidade e hierarquização da saúde. Tal princípio se desdobrou em toda uma legislação derivada. No entanto, isso foi feito de for-

5 As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas no final dos anos 1930 e representam uma instância de participação de diversos segmentos sociais visando avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde. No período da democratização, nos anos 1980, estabeleceram-se como um importante espaço de ação dos movimentos sociais. A VIII Conferência estabeleceu as bases do SUS.

ma bastante genérica, sem resultados práticos, ao longo de muitos anos. Podemos tomar como exemplos dessas tentativas significativamente malogradas a Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 de 1990, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) – SUS de 01/2001 e o Pacto pela Saúde, de 2006, composto por um conjunto de portarias (Viana et al., 2008; Santos e Andrade, 2009; Lima et al., 2012). Um marco federal que busca estabelecer as bases jurídicas do consorciamento é a Lei dos Consórcios de 2005.

Uma observação relevante a ser reiterada é que, em grande medida, o governo federal estabelece os marcos institucionais dentro dos quais estados e municípios constituem a cooperação interfederativa, em lógicas que variam segundo os casos específicos. Ou seja, no âmbito de cada estado, os processos de cooperação desenvolvem características próprias.<sup>6</sup> Isso justifica privilegiar uma abordagem que enfatiza as relações que se estabelecem no contexto dos governos estaduais.

Assim, o governo federal buscou, de forma crescente e através de ampla legislação, induzir a regionalização da saúde. Contudo, ao mesmo tempo, os municípios buscavam afirmar sua autonomia em diversas áreas de políticas públicas, especificamente na saúde. Esse movimento contraditório resultou nas tentativas do governo central de organizar a regionalização da saúde não alcançarem seus objetivos, pois, na outra ponta, os municípios interpretavam essas tentativas como uma ameaça à sua almejada autonomia.

Em outros termos, essa distância entre as normas e os fatos expressa uma tensão entre os requisitos técnicos inerentes a uma política pública e os imperativos da política como busca de afirmação de autonomia, que é uma questão que baliza toda a problemática da cooperação intergovernamental.<sup>7</sup> Em outros termos, ocorre que “uma visão estritamente normativa sobre o sistema de saúde é facilmente contestada pelo território usado, isto é, pelo território vivo” (Viana et al., 2008: 94).

Um efetivo processo de dupla face de cooperação e regionalização na área da saúde só se consolidou em meados dos anos 1990, com a difusão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), devido a alguns fatores conjugados que criaram as condições para a cooperação.

De um lado, os mecanismos indutores da cooperação se fortaleceram gradualmente, tanto por parte do governo central quanto dos governos estaduais, fruto do convencimento de sua necessidade e do aprendizado acumulado por esses entes. As formas de indução foram implementadas em ritmos diferentes pelo governo central e por cada governo estadual, delineando características próprias.

Por outro lado, do ponto de vista dos municípios, num contexto de crise econômica e restrições fiscais, a incapacidade de fornecer respostas individuais às pressões do eleitorado por acesso aos serviços de saúde induziu à consciência de que diversos problemas de gestão só poderiam ser resolvidos de forma cooperativa. Como será retomado, inúmeras pesquisas mostram a prioridade que o eleitorado dá ao tema da saúde pública. Essa prioridade informa, em grande medida, o comportamento dos políticos visando ganhos eleitorais.

Além disso, quando da criação dos consórcios de saúde, um requisito político para a cooperação já estava dado: a ênfase na “distribuição de poder”, que diz respeito à busca de afirmação da autonomia dos municípios como forma de superar a centralização federativa do regime autoritário, encontrava-se relativamente resolvida. Com suas garantias de autonomia satisfatoriamente consolidadas, os municípios podiam concentrar-se nos requisitos técnicos necessários para a produção de políticas públicas de maior qualidade.

A lógica envolvida é expressa por Scharpf (Pierson, 1995: 459), quando este diz que “eficiência e flexibilidade são subordinadas às garantias procedurais de acomodação política”. As políticas que visam garantir dois objetivos, metas substantivas e proteção de posições institucionais, tendem a ser menos efetivas do que as que visam apenas ao primeiro objetivo (Pierson, 1995).

Assim, os consórcios de saúde surgem no momento em que, arrefecidos os conflitos em torno da “distribuição” do poder federativo e estabelecidos uma série de outros fatores como os citados acima, a cooperação entre os municípios se torna viável. Esse será o tema do próximo tópico, tomando como referência o caso da Bahia.

6 Isso fica claro ao se comparar os casos de Minas Gerais (Rocha e Faria, 2004) e do Paraná (Rocha e Castro, 2016) com o abordado aqui.

7 De forma resumida e simplificadora, pode-se dizer que a decisão técnica é fundada num processo de ordem intelectual, baseada na análise racional, que busca levantar dados e construir uma visão geral de um problema e de suas alternativas, a partir de teorias existentes. As decisões políticas, por outro lado, surgem da interação de objetivos de grupos e indivíduos, que buscam maximizar suas posições de poder, seja competindo, seja cooperando com outros atores. Ver, por exemplo, Lindblom (1981).

#### 4. Os Consórcios de Saúde, as lógicas envolvidas na cooperação e nos padrões de regionalização

Uma das principais formas de cooperação interfederativa para enfrentar os efeitos fragmentadores sobre as políticas públicas, decorrentes da descentralização no Brasil, foi a criação dos consórcios intermunicipais. Esses consórcios foram constituídos nos mais diferentes âmbitos, mas a modalidade que mais se difundiu é aquela que tem por objeto a provisão de bens e serviços na área da saúde (Cruz, 2001; Vaz, 1997).

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) são a união ou associação de dois ou mais municípios visando à resolução de problemas e à busca de objetivos comuns no setor, mediante a utilização conjunta dos recursos humanos e materiais disponíveis. As vantagens apontadas para a criação dos CIS são variadas. O Ministério da Saúde, por exemplo, caracteriza os consórcios intermunicipais como “uma das estratégias essenciais para a melhoria da qualidade dos serviços [...], por considerá-los um importante instrumento de articulação entre os sistemas municipais” (Brasil, 1997: 5), viabilizando uma “melhor distribuição dos recursos; possibilidade de beneficiar maior número de pessoas; e, sobretudo, elevação do nível de satisfação do usuário” (Brasil, 1997: 10).

A difusão dos CIS teve início em meados dos anos 1990 em alguns estados brasileiros. Esse processo ocorreu de forma heterogênea, pois dependeu, em grande medida, de uma conjunção de fatores cuja ocorrência variou na federação brasileira.

Uma derivação dos CIS são os Consórcios Interfederativos de Saúde (CIFS), onde o estado participa formalmente do esquema de cooperação inicialmente composto por municípios. Daí a denominação “consórcios interfederativos”, e não mais “intermunicipais”.

Pode-se afirmar que são múltiplos os fatores que concorrem para a cooperação interfederativa, revelando uma

combinação diversificada de variáveis atuando em cada caso específico. Três tendências principais classificam a variedade das experiências: a capacidade dos municípios de articularem autonomamente esses esquemas cooperativos; a presença da ação indutora exercida pelo governo central e, principalmente, pelos governos estaduais;<sup>8</sup> e a indução efetivada pelos interesses privados.<sup>9</sup>

Ao lado desses, outros fatores aparecem como relevantes para a consolidação dos consórcios de saúde, tais como: a insuficiência material, técnica e financeira dos municípios; a excessiva competição político-eleitoral, que concorre com a eficiência na produção da política; a capacidade de aprender com outras experiências; e a necessidade de cumprir o pressuposto constitucional de direito universal à saúde.<sup>10</sup>

Resumindo o núcleo do argumento, pode-se dizer que a atuação dos atores envolvidos na produção dos consórcios de saúde —dos políticos, das burocracias e de grupos da sociedade— não ocorre num vácuo. Sua ação se baseia em um padrão de institucionalização territorial fornecido pelas formas anteriores de regionalização, expressando uma lógica definida como *path dependence*: ou seja, o efeito “feedback” positivo de regionalizações anteriores influencia a adoção futura de políticas análogas (Pierson, 2004: 21; Skocpol, 1995: 58).

Isso significa que, ao longo do tempo, laços de colaboração estabelecidos entre grupos de municípios, num dado momento, facilitam outras formas de cooperação posteriores, pois diminuem os custos de transação entre os envolvidos. Ou seja, ao partir de esquemas cooperativos consolidados anteriormente, o número potencial de atores envolvidos na barganha pela criação de um CIS se torna limitado, envolvendo pessoas que desenvolveram, ao longo de certo tempo, relações de confiança, gerando, assim, uma expectativa positiva sobre o cumprimento futuro dos acordos celebrados (North, 1994: 11-12).

Consideradas essas premissas, as experiências de maior relevância na criação dos consórcios de saúde no

8 Uma pesquisa de Lima e Pastrana (2000, p. 14-15) demonstrou que diversos gestores de consórcios entrevistados revelaram ter recebido apoio estadual durante a sua fase de implementação. Considerando esse aspecto, fica pouco rigoroso denominar os consórcios como “intermunicipais”, dado o papel crucial dos estados. O caso da Bahia, abordado neste trabalho, exacerba esse problema, já que o estado faz parte do consórcio: daí a denominação “interfederativo”.

9 Tomando resultados de pesquisas anteriores, por exemplo, temos a cooperação resultando do esforço autônomo dos municípios (caso dos CIS do norte do Paraná); da indução de interesses privados (caso do Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto São Francisco - CISASF, primeiro criado em Minas Gerais e que foi responsável pela difusão da experiência em todo estado); e a indução dos governos estaduais (caso predominante na Bahia). Consultar Rocha e Faria (2004) e Rocha e Castro (2016).

10 Essas explicações são fundamentadas especialmente em pesquisas sobre consórcios realizadas em Minas Gerais (Rocha e Faria, 2004), (Diniz Filho, 2006) e no Paraná (Rocha e Castro, 2016).

Brasil se localizam, em ordem de importância, nos estados de Minas Gerais e do Paraná.<sup>11</sup> O caso da Bahia, objeto deste trabalho, é relevante analiticamente por exemplificar de maneira privilegiada uma forma de cooperação fortemente induzida pelo governo estadual, que, sintomaticamente, integra o pacto de cooperação junto com os municípios. Vejamos.

### 5. Os Consórcios Interfederativos de Saúde da Bahia: as bases da cooperação e os padrões de regionalização

O estado da Bahia, localizado na região Nordeste, é um dos 27 estados brasileiros (incluindo o Distrito Federal), sendo o 5º em dimensão territorial (564.600 km<sup>2</sup>), o 4º em população (14.873.064 habitantes), o 21º em PIB per capita (17.508,67 reais — dados do IBGE de 2017) e o 22º em Índice de Desenvolvimento Humano (dados do PNUD, IPEA e FJP de 2017). O estado está dividido em 417 municípios.

Na Bahia, os Consórcios Interfederativos de Saúde (CIFS) começaram a ser formados em 2015, visando articular a ação cooperada de conjuntos de municípios com o governo do estado para unir esforços e dividir os custos com a assistência à saúde de seus habitantes. Esse modelo de gestão visa ampliar a assistência de saúde de média e alta complexidade nos municípios baianos.

Esse processo ainda está em desenvolvimento, conforme um planejamento definido pelo governo estadual para negociação com os municípios.<sup>12</sup> Até o final de 2019, foram constituídos 17 CIFS (Anexo 1), com 297 municípios consorciados, do total de 417, o que abrange cerca de 71% dos municípios baianos, com uma média de 18 municípios por consórcio. O menor CIFS tem 6 municípios e o maior tem 28 (Figura 1).<sup>13</sup>

O processo de constituição dos CIFS envolveu diversos atores que contribuíram para viabilizar a cooperação nas políticas de saúde. Prefeitos, secretários municipais de saúde, técnicos da Secretaria Estadual de Saúde (SES-AB) e, principalmente, os governadores e secretários de

saúde do estado foram atores fundamentais na articulação da cooperação federativa na área. Diversos deles eram profissionais da saúde e, ao mesmo tempo, militantes sociais comprometidos com os princípios do SUS.

A criação dos CIFS envolve necessariamente uma lógica política permeada por conflitos e consensos, dependente, em última instância, da busca de acordos entre os prefeitos. No caso específico da Bahia, esse potencial de conflito foi baixo —em comparação, por exemplo, com o Paraná e Minas Gerais—, dado o papel indutor e a alta capacidade de coordenação exercida pelo governo do estado. Assim, o processo de criação dos consórcios é paulatino, dependendo, em grande medida, mais da agenda do governo estadual do que das dinâmicas relacionais autônomas entre os municípios (Tabela 1).

Como apontado, o processo de criação dos CIFS ainda está em andamento, refletindo fundamentalmente a evolução crescente da capacidade de indução do governo estadual. A meta do governo estadual é incluir o máximo de municípios atuando de forma consorciada. Nesse processo de constituição dos 17 CIFS, dois municípios se recusaram a participar dos consórcios formados até o final de 2019, com motivos bem representativos do que ocorre geralmente. Um deles é o município de Casa Nova, contíguo ao CIFS de Juazeiro. Esse município (em branco no topo do mapa) possui um hospital municipal com capacidade de atender razoavelmente a sua população de forma autônoma, o que resulta potencialmente em créditos eleitorais para o prefeito e seu grupo político. No entanto, esse caso é uma exceção.

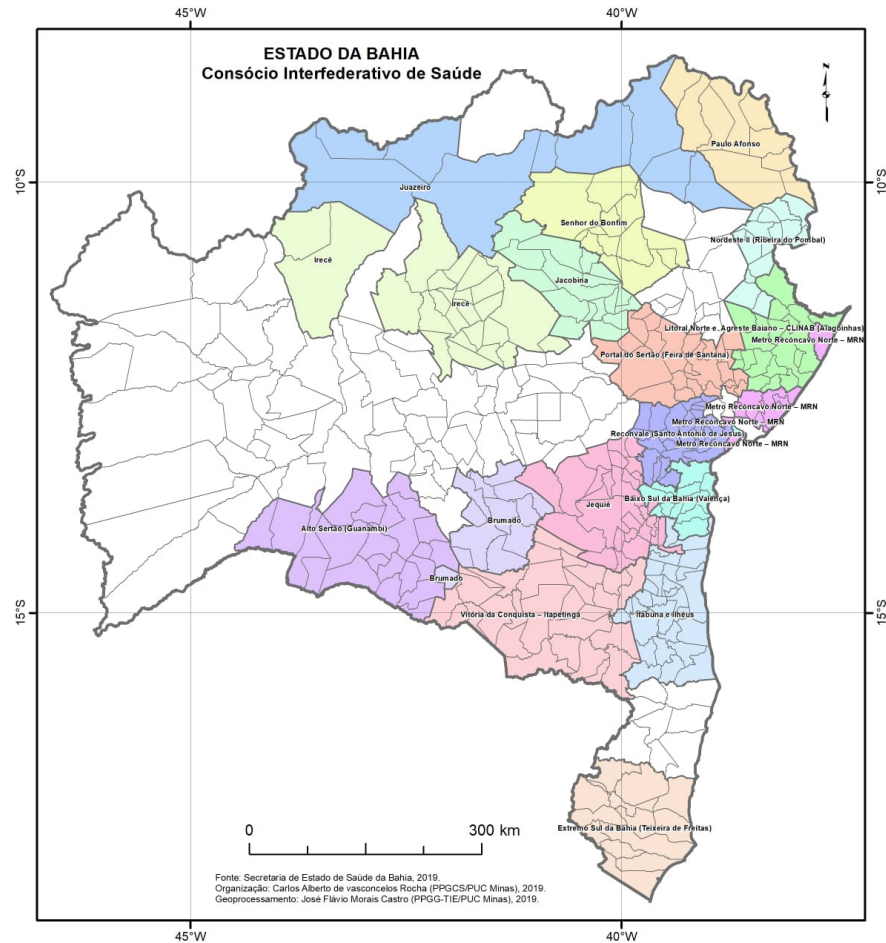
A maioria dos municípios enfrenta significativas limitações para atender de maneira satisfatória a sua população, o que implica custos eleitorais. Essa maioria tem, portanto, incentivos para a cooperação interfederativa visando minimizar suas incapacidades e atender da melhor forma o seu eleitorado. O outro caso, por motivo diverso e pouco representativo no conjunto dos casos,

11 Em 1999, por exemplo, Minas Gerais é o estado com maior porcentagem de municípios consorciados na área da saúde, 92,4% do total, sendo seguido pelo Paraná, com 77,6%. Na Bahia não havia consórcios de saúde nessa época. O Brasil apresentava 31,5% dos seus municípios consorciados (Cruz, 2001, p. 74).

12 A pesquisa realizada no caso da Bahia abordou um caso em andamento. Tal fato muito provavelmente não afetará as conclusões até aqui esboçadas: o processo de criação dos CIFS no estado se mostra bastante estável, na medida em que o controle do governo do estado é bastante significativo. Os casos de Minas Gerais e Paraná, ao contrário, já estão em grande medida estabilizados, pois apenas mudanças menos relevantes sempre estão ocorrendo. Os dados da pesquisa foram levantados até 2019.

13 Foram considerados os CIFS que formalizaram a sua formação, não necessariamente o seu efetivo funcionamento. Em maio de 2018, as Policlínicas — instrumento crucial dos consórcios — efetivamente funcionando eram as de Teixeira de Freitas, Guanambi, Jequié, Irecê, e Feira de Santana.

Figura 1. Consórcios Interfederativos da Bahia



Fonte: Secretaria de Saúde da Bahia

é o município de Xique-Xique, cujo prefeito, adversário do governador, optou pela compra individual de serviços privados. Essa articulação com interesses do mercado, baseada em ação individual e privatizante da política de saúde, pode resultar em ganhos específicos para os governantes do município, mesmo considerando seu custo financeiro mais alto do que a oferta pública.

A forte presença do governo estadual na articulação de formas de cooperação intermunicipal caracteriza de maneira específica a produção das políticas públicas no estado da Bahia. Além das características ideológicas do governo favoráveis a soluções cooperativas —aspecto que será retomado—, duas explicações relacionadas podem ser fornecidas para esse protagonismo da esfera estadual. A primeira reside nas precárias condições econômicas e sociais, especialmente dos municípios menores do estado.

Assim, a cooperação entre os municípios, com o apoio do estado, torna-se uma solução para diversas áreas de políticas públicas. Exemplo disso foi a criação, em 2015, da Federação dos Consórcios Públicos do Estado da Bahia (FECBAHIA), cujo objeto é atuar em diversas áreas relacionadas ao desenvolvimento local. No processo de criação da FECBAHIA, houve consenso de que a área de saúde deveria ser tratada de maneira específica, dada a sua dimensão, em termos financeiros e administrativos, e a especificidade dos seus problemas.

A segunda explicação relaciona-se com a tradição centralista encontrada nas relações entre a esfera estadual e a esfera municipal na Bahia. Esse padrão de centralização do poder nos governos do estado pode ser explicado por diversos fatores. De um lado, a tradição da política na Bahia sempre se caracterizou por uma forte submissão dos municípios ao governo do estado,



**Tabela 1.** CIFS por ano de implantação

ANO	CIS
2015	1
2016	3
2017	5
2018	6
2019	2

**Fonte:** Secretaria de Saúde da Bahia

através de relações hierárquicas e bastante personalizadas,<sup>14</sup> com uma extrema dependência das prefeituras ao governo estadual. O período de hegemonia de Antônio Carlos Magalhães<sup>15</sup> na política estadual —articulada em uma rede de apoio denominada Carlismo— foi caracterizado por um forte controle, pelo grupo liderado por esse político, sobre a quase totalidade dos municípios. Mesmo após a democratização e a promulgação da Constituição Federal de 1988, com forte ênfase na descentralização federativa, esse traço permaneceu. Na outra ponta, concorrendo para essa centralização, temos um conjunto de municípios caracterizados por uma forte carência de recursos materiais.

Nesse sentido, devido à fragilidade material dos municípios e à tradição de mando que o cargo de governador confere, a criação dos CIFS é, em grande medida, fruto de uma decisão do governo estadual de induzir os municípios a se integrem em consórcios, tanto na área da saúde quanto em outras áreas, configurando um padrão predominante *top-down* de tomada de decisões.

Sob a perspectiva dos municípios, é necessário ressaltar que a participação nos consórcios é um ato voluntário. Nenhum ente federativo é obrigado a consorciar-se ou manter-se consorciado. Porém, a possibilidade de maximizar o acesso da população a serviços que, de outra forma, seriam dificilmente ofertados incentiva os municípios ao consorciamento. Quando o governo estadual acena com recursos materiais e administrativos para que os municípios, em conjunto, possam incrementar a oferta dos serviços de saúde, a adesão se torna vantajosa. Se há interesse dos municípios, o governo estadual tam-

**Tabela 2.** Regionais de Saúde por ano de implantação

ANO	RS
2007	28

**Fonte:** SESA BA

bém tem seus incentivos específicos na constituição dos CIFS. Visando viabilizar o atendimento das demandas de serviços de saúde da população por parte dos municípios, o governo do estado passa a participar da oferta dos serviços de média complexidade, mesmo não sendo sua responsabilidade formal, para evitar a alta sobrecarga nos serviços hospitalares que primordialmente deve prover e que demandam comparativamente mais recursos.

Relacionada a essa busca pelos governos, tanto estadual quanto municipais, de responder às demandas da população por saúde pública, está a relevância dos seus impactos sobre o eleitorado. Nas entrevistas realizadas com governantes e burocratas, essa percepção é significativamente explicitada. Essa percepção é coerente com as abundantes e reiteradas pesquisas, realizadas em momentos diferentes, que mostram que a saúde pública frequentemente ocupa o topo das preocupações dos eleitores brasileiros.

Uma pesquisa do Instituto Datafolha, por exemplo, realizada em junho de 2014 —portanto, no período em que foram criados os primeiros CIFS na Bahia— mostrou que a principal preocupação dos eleitores era a saúde pública. Em todas as regiões do Brasil, a população apontava a saúde pública como problema prioritário. Especificamente, 28% no Sudeste, 31% no Norte e Centro-Oeste, 35% no Nordeste e 38% no Sul.<sup>16</sup>

O processo de criação dos CIFS, tardio em relação a outros estados, tem também um componente ideológico. Iniciou-se com a eleição de um grupo progressista para o governo estadual, comprometido com os direitos sociais em geral e, principalmente, com a saúde pública.

14 São vários os trabalhos que ressaltam essa característica das relações federativas na Bahia. Para uma abordagem geral ver Dantas Neto, 2006. Para um exemplo na área de educação ver Borges, 2010.

15 Magalhães foi um político de projeção nacional que dominou a política baiana por um longo período. Sua família era proprietária de veículos de comunicação no estado, cujo uso visava a afirmação do poder do grupo.

16 São vários os dados que confirmam essa prioridade ao longo do tempo. No caso, conferir em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2014/08/pesquisa-revela-que-saude-publica-e-principal-preocupacao-dos-eleitores.html>. Acesso em 05.set.2022.

Em 2009, no governo de Jaques Wagner (PT),<sup>17</sup> a Secretaria Estadual de Planejamento da Bahia, através da sua Diretoria de Planejamento Territorial, levantou um debate sobre estratégias de formação de consórcios públicos visando ao enfrentamento de diversos problemas no estado. Essas estratégias envolviam temáticas como planejamento urbano e gestão, cultura, saneamento, estradas vicinais, políticas de apoio ao desenvolvimento econômico e saúde, o que mais tarde resultou na criação da FECBAHIA, citada anteriormente.

Nesse processo, avaliou-se a viabilidade de incluir a área da saúde. Assim, diversos prefeitos, percebendo uma “janela de oportunidade” para criar condições de enfrentamento da precária situação da oferta de serviços na maioria dos municípios, apoiaram paulatinamente o consorciamento. No entanto, instaurou-se um amplo debate sobre como estruturar o setor da saúde.

Na busca de formular a reestruturação do sistema de saúde, o conhecimento das experiências de outros estados foi fundamental. Em 2013, o secretário de saúde Jorge Solla, ao tomar conhecimento sobre o modelo de consorciamento da saúde desenvolvido no estado do Ceará, colocou seus técnicos em contato com a secretaria de planejamento daquele estado para avaliar a possibilidade de replicar na Bahia a experiência cearense. Diagnosticaram, em conjunto, que no Nordeste o pacto federativo se caracterizava por menor capacidade de ação autônoma dos municípios, que teriam um grau maior de subordinação aos estados comparado com a realidade das regiões Sul e Sudeste. Disso resultou um intercâmbio em que o secretário de saúde do Ceará, João Ananias, forneceu suporte técnico ao governo da Bahia na montagem dos CIFS,<sup>18</sup> resultando em um exemplo de “mimetismo de políticas públicas”.<sup>19</sup>

*Tendo como modelo o caso do Ceará, policy entrepreneurs,*<sup>20</sup> oriundos do movimento sanitário e ocupando cargos de direção na Secretaria de Saúde da Bahia, ativaram mecanismos direcionados verticalmente (*top-down*), induzindo o consorciamento dos municípios baianos.

O principal instrumento de indução, articulado pelo governo do estado —e semelhante ao modelo cearense—, desenvolveu-se com a criação das Policlinicas, que fornecem uma multiplicidade de serviços de saúde. Essas estruturas modernas e bem equipadas são montadas pelo estado para atender a população de um grupo de municípios, que devem conformar um CIFS, com um custo de cerca de R\$ 25 milhões (a preços de 2018). Na manutenção dos consórcios, o estado contribui com 40% do custeio e os municípios com 60%, divididos entre os municípios participantes, com valor proporcional à população de cada um. O estado ainda colabora com o pagamento do transporte para os pacientes se deslocarem para os municípios-sede dos consórcios, onde geralmente se localizam as Policlinicas, com custo de manutenção compartilhado também em 40% e 60%.

No mesmo sentido, como forma de atrair os municípios para os esquemas de cooperação, o governo do estado deu suporte, através dos consórcios, para a recuperação de hospitais em estado precário. Dois exemplos ilustram essa ação: um, na Região de Saúde de Ribeira do Pombal, de um hospital estadual; outro, de um hospital municipal com sede em Santa Maria da Vitória, que era muito mal gerido pelos municípios. No processo de recuperação desses hospitais, buscava-se articular a cooperação dos municípios da região como requisito para acessarem os serviços. Por exemplo, o hospital de Santa Maria da Vitória passou a atender uma região de saúde com dez municípios, dos quais nove aceitaram participar de um CIFS, assinando um protocolo de intenções elaborado pelo governo estadual. Esse hospital foi adaptado para ser uma Policlinica.

Esse processo de cooperação federativa configura, portanto, um modelo vertical, baseado no poder de indução do plano estadual, através das oportunidades criadas para os municípios, inspirado pelo modelo adotado anteriormente pelo estado do Ceará.

Em relação aos padrões de regionalização definidos pelos CIFS, pode-se apontar alguns fatores explicativos.

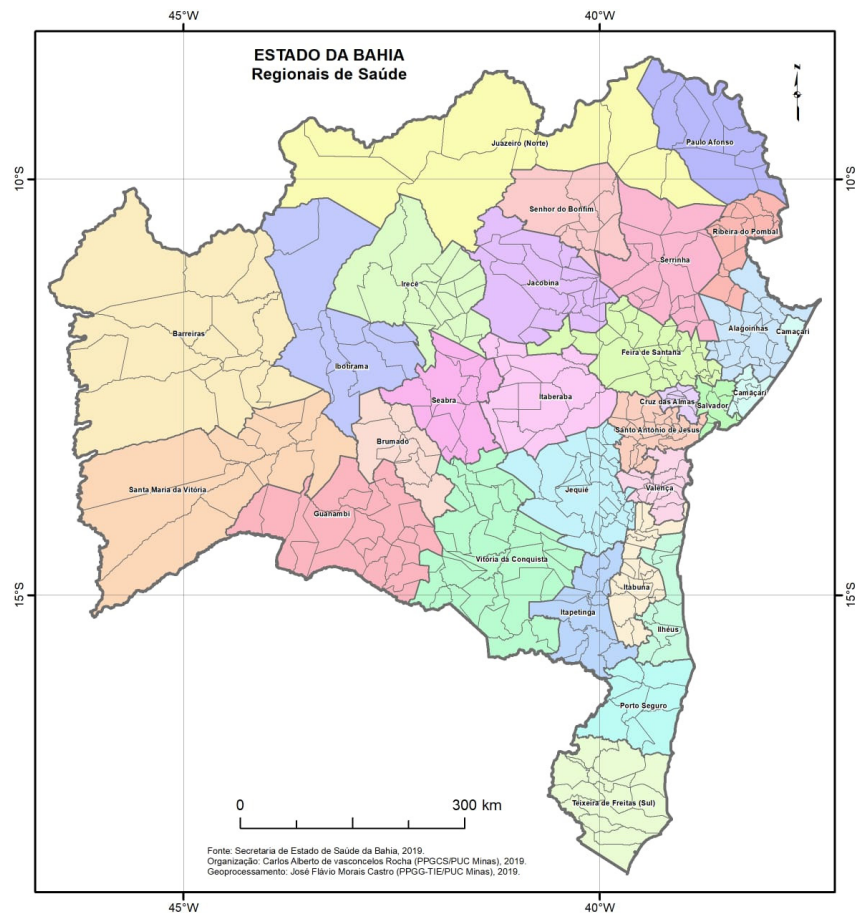
17 Esse governo (2007 a 2014) foi ideologicamente destoante da tradição conservadora dos governos estaduais baianos que prevaleceram durante quase toda a República. Exceção, até então, foi Waldir Pires, político progressista que governou o estado de 1987 a 1989.

18 Solla e Ananias, médicos sanitários, têm origem no movimento sanitário e, portanto, comprometidos com a construção do SUS.

19 Ver, por exemplo, para a temática de difusão de políticas públicas Faria, Coêlho e Silva (2016). Como no caso da Bahia esse processo de difusão de modelos de consórcios de saúde é encontrado também nos casos de Minas Gerais e Paraná.

20 Policy entrepreneurs é uma definição relacionada com atores com as seguintes características: são mobilizadores sociais em vista de determinados objetivos; têm ideias definidas sobre políticas públicas; difundem essas ideias influenciando a tomada de decisões. No caso mencionado, militam no “movimento sanitário”. Ver Mintrom (1997, p. 739).

Figura 2. Regionais de Saúde das Secretaria Estadual de Saúde da Bahia



Fonte: Secretaria de Saúde da Bahia

Partindo da abordagem *path dependence*, aludida anteriormente, os padrões de configuração territorial dos consórcios de saúde da Bahia serão analisados a partir da hipótese de que os padrões de regionalização dos CIFS mimetizam, em grande medida, os das Regionais de Saúde (RS).

Como apontado, os municípios desenvolvem sistemas de cooperação na área da saúde visando viabilizar a oferta de serviços especializados de média complexidade, junto com a atenção básica e hospitalar à população, compatibilizando as especialidades ofertadas com o perfil epidemiológico de suas regiões. Nesse sentido, os municípios conformam os CIFS em torno de uma Policlínica padrão, que deve atender a uma região de cerca de 500 mil pessoas, conforme parâmetro estabelecido pela SESAB.

Esse esquema articula cooperativamente os sistemas municipais de saúde com os CIFS, distribuindo funções. Os municípios devem garantir o funcionamento

de seus Postos de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). E, caso necessário, seus pacientes devem ser encaminhados para as Policlínicas —geridas pelos CIFS— após uma triagem realizada por médicos dos equipamentos municipais.

Vendo esse arranjo pela perspectiva da territorialidade da política de saúde, parte dos municípios articula-se cooperativamente em uma territorialidade específica, expressa pelos 17 CIFS constituídos no momento da elaboração desta pesquisa. Assim, sob a perspectiva da política de saúde, são conformados três tipos de territorialidades no estado: a dos 417 municípios, a dos 17 CIFS e a das 28 Regionais de Saúde (RS). A territorialidade dos municípios é definida constitucionalmente como entes que compõem a federação brasileira, com prerrogativas de gestão de suas políticas de saúde. A dos CIFS resulta de um acordo político entre municípios e entre estes e o governo estadual, através de negociações políticas. A territorialidade das RS é definida, por critérios pre-

ponderantemente técnicos, pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

Como no caso do Ceará, na Bahia os consórcios foram territorializados considerando, em grande medida, o padrão territorial das RS. A definição da territorialidade, nesses termos, em ambos os casos, foi uma variante importante para a criação dos consórcios, na medida em que aproveitava uma base já vigente de cooperação intermunicipal, com uma estrutura de apoio a grupos de municípios já consolidada.

Isso potencializou a capacidade de instalação dos CIFS, pois o processo de cooperação já encontra referência em um desenho territorial já estabelecido. Governantes, burocratas e atores da sociedade civil trazem alguma experiência de cooperação com outros municípios, na área da saúde ou mesmo em áreas distintas. A utilização dessa regionalização anterior diminui os “custos de transação” da cooperação na área da saúde, tanto para o governo estadual quanto para os próprios municípios, pois aproveita uma estrutura de relações entre governantes e burocratas instalada anteriormente.<sup>21</sup>

Assim, um fator que concorreu para a definição do padrão territorial adotado pelos CIFS e, ao mesmo tempo, para a atitude cooperativa dos municípios, foi a anterior definição e implementação das 28 RS pela SESAB (Santos e Assis, 2017: 412) (Figura 2).

As RS foram definidas, em 2007, principalmente por critérios técnicos, a partir de indicadores sanitários, mobilidade da população, adensamento populacional, entre outros. Cada RS englobava um grupo de municípios a serem considerados pelo governo estadual no planejamento de suas ações de saúde; e eram organizadas em torno de cidades-polo, geralmente aquelas com mais infraestrutura na região.

Como expresso pela Tabela 2, as RS foram criadas em um mesmo momento, a partir de decisão balizada em informações e indicadores definidos por uma burocracia especializada, o que evidencia seu caráter técnico.

Em contraste, a criação dos CIFS tem uma lógica política, que envolve barganhas e negociações entre os governos municipais e entre estes e o governo estadual. Isso reflete um processo que se desenvolve de forma mais lenta, como demonstra o Tabela 1 apresentado anteriormente.

Como salientado, o governo estadual estabeleceu como parâmetro da base territorial dos CIFS o conjunto de municípios que formam as Regionais de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Como os municípios têm a prerrogativa de decidir com quem cooperar, o governo estadual partia dessa referência inicial, mas tinha que negociar. Em alguns casos, tinha que considerar a preferência de alguns municípios de se articularem com outros grupos de municípios. Ou seja, o padrão territorial dado pelas RS era o ponto de partida da negociação. Na maioria dos casos, foi o padrão que prevaleceu.

No entanto, em situações específicas, o governo estadual flexibilizou esse padrão inicial pela reivindicação de alguns prefeitos de integrarem um consórcio com municípios de RS diferentes. Essa flexibilidade deve obedecer a certos procedimentos: quando um município solicita participar de um CIFS de outra região, deve fundamentar os motivos, que são examinados por uma Comissão Intergestora Regional (composta por secretários de saúde de uma RS). Isso aconteceu com seis municípios.

Além disso, em alguns casos, para definir a territorialidade de um CIFS, o governo estadual propõe a agregação de Regiões de Saúde. Isso visa fornecer uma dimensão mais adequada para o consórcio, segundo aspectos técnicos e mesmo políticos, e escolhe como município-polo aquele de maior estrutura (mais população, mais estrutura urbana: serviços de saúde, restaurantes, incentivos para atração de médicos).

Na verdade, todo o processo que orientou as propostas de configuração dos CIFS pelo governo estadual para negociação com os municípios envolveu motivações políticas e técnicas. Em relação a esse segundo aspecto, havia, durante todo o processo, um esforço centralizado no governo estadual para a produção, tratamento, análise, disseminação e uso de informações, através do Observatório Baiano de Regionalização do SUS.<sup>22</sup>

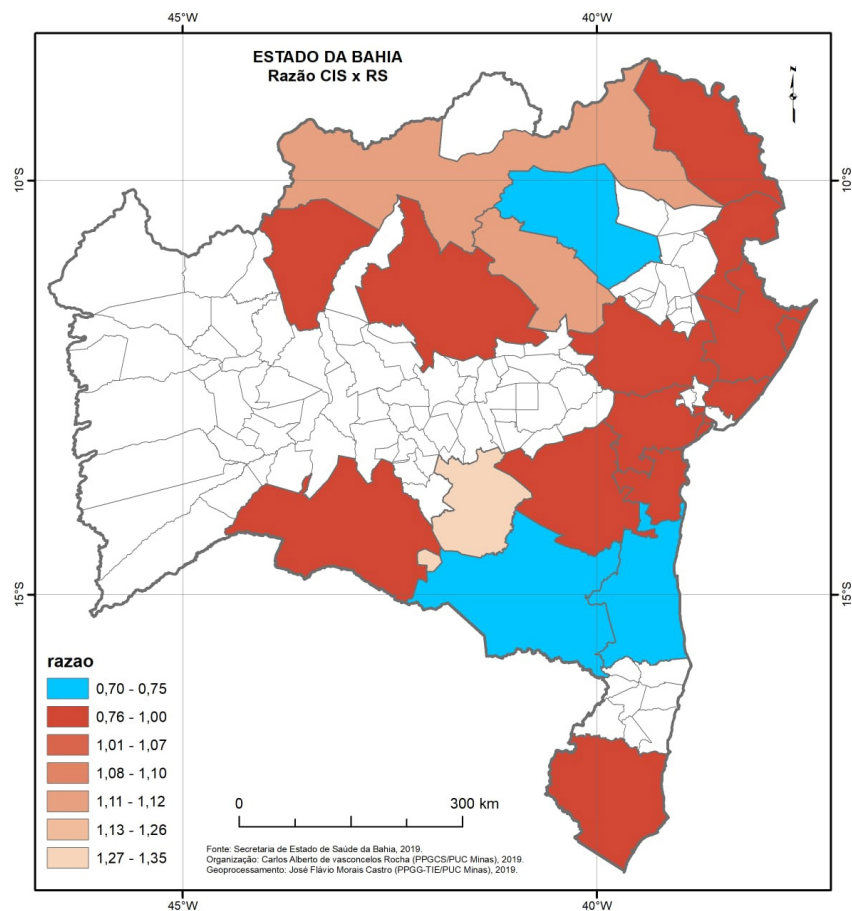
Enfim, corroborando os argumentos tratados, os padrões de regionalização adotados pelos CIFS reproduziram semelhança significativa aos padrões de territorialização das RS. Como se pode notar na Figura 3 apresentado a seguir, os padrões de regionalização dos CIFS e das RS têm uma semelhança considerável.<sup>23</sup>

21 Ver o conceito de path dependence em Pierson (2004, Cap. 1, especialmente p. 21).

22 Parte do aparato administrativo estadual, ver informações em <https://obr.saude.ba.gov.br>

23 Visando comparar os padrões territoriais dos CIFS com as RS, buscou-se estabelecer uma razão entre eles da seguinte forma: os CIFS valem 1, considerando o número de seus municípios, e a partir daí calculou-se uma razão de relação de proporção com os padrões de regionalização

Figura 3. Razão CIFS X RS



Fonte: SESA BA

Como indicado na Figura 3, cinco CIFS têm a mesma composição das RS correspondentes. Mais quatro variam menos de dez por cento dos municípios que conformam as RS afins.<sup>24</sup> Se excluirmos variações de até dez por cento dos municípios que conformam as duas formas de regionalização, nove dos dezessete CIFS reproduzem o padrão territorial das RS. Ou seja, a territorialidade dos CIFS replica de maneira significativa a das RS.

## 6. Considerações Finais

Este trabalho buscou apontar os fatores que concorreram para a formação dos CIFS na Bahia, bem como a lógica envolvida na configuração de seus padrões territoriais.

O processo de cooperação federativa e de regionalização da área da saúde ocorre no contexto de uma

configuração político-territorial estabelecida pelo federalismo tripartite brasileiro. Nesse contexto, a política de saúde exige necessariamente a definição de determinadas relações horizontais e verticais entre os entes federados, envolvendo aspectos cooperativos e competitivos. Essa política vai sendo construída a partir de uma adequação tensa entre os imperativos técnicos das políticas e os objetivos políticos dos atores.

Essa construção se desenvolve de forma incremental, onde a distribuição das responsabilidades constitucionais envolve todos os entes de forma vagamente definida. Assim, o processo de definição de relações federativas é algo dinâmico, que vai se construindo ao longo de um horizonte temporal, e não resultado de um modelo pronto e acabado.

das RS. Como as duas formas de territorialização são significativamente semelhantes, essa razão demonstra em que grau a regionalização das RS se aproxima da regionalização dos CIFS. Esse critério foi base para a construção do Mapa 3, relacionando a territorialidade dos CIFS com as das RS. Ver Anexo 2.

<sup>24</sup> Visando descartar discrepâncias territoriais pequenas, desprezamos uma variação de número de municípios de 10%. Como há uma sobreposição significativamente simétrica entre os padrões territoriais das três formas de regionalização, é possível fazer referências entre elas como correspondentes ou afins. Notar que essa correspondência aparece até na denominação que adotam.

No caso da Bahia, a análise da formação dos CIFS mostra um padrão de relações *top-down*, em que o governo do estado é o ator protagonista, desde o início, do processo de criação dos consórcios de saúde, estabelecendo incentivos para a cooperação entre os municípios. Incentivos como suporte técnico e material vão mediando as relações políticas entre os governos municipais.

O principal fator de indução foi a criação das Policlínicas, que viabilizaram a oferta de serviços de saúde de qualidade para as populações de conjuntos de municípios. Da perspectiva dos políticos locais, o provimento desses serviços atende às demandas de suas populações, com consequências positivas na esfera político-eleitoral. Dessa forma, a adesão a um consórcio acena com vantagens bastante concretas, principalmente para uma grande maioria de municípios carentes de recursos técnicos e materiais.

Como se tentou demonstrar neste trabalho, os padrões de regionalização definidos pelos CIFS dependeram de configurações territoriais constituídas para outros fins. As decisões que se cristalizaram nas RS deram suporte para ações cooperativas posteriores. Os atores relevantes na articulação dos CIFS (*policy entrepreneurs*) utilizaram as RS como suportes institucionais visando diminuir os custos de transação entre autoridades municipais e entre estas e o governo do estado, na articulação da cooperação na área de saúde. Ao longo do tempo, padrões de regionalização anteriores foram se reproduzindo, configurando um efeito *path dependence*. Os CIFS reproduzem de forma significativa, em termos territoriais, as RS.

Nesse sentido, os resultados aqui expostos pretendem jogar luz sobre a temática do federalismo e das relações intergovernamentais na produção das políticas públicas. Em caráter mais geral, tomando como referência o estudo em questão e ainda os relativos aos casos de Minas Gerais (Rocha e Faria, 2004) e Paraná (Rocha e Castro, 2016), pode-se afirmar que as características políticas variam entre os estados brasileiros, num contexto federal compartilhado.

Ou seja, a lógica das relações federativas no Brasil apresenta características diferenciadas segundo os estados e regiões. Dessa forma, considerar tais diferenças torna-se fundamental para entender a política brasileira em geral e a produção de políticas públicas em particular.

## 7. Referências

- Abrucio, F. L., & Soares, M. M. (2001).** Redes Federativas no Brasil: Cooperação Intermunicipal no Grande ABC. Fundação Konrad Adenauer.
- Arretche, M. T. S. (1996).** Mitos da descentralização. Mais democracia e eficiência nas políticas públicas? Revista Brasileira de Ciências Sociais, 31(11), 44–66.
- Biernacki, P., & Waldorf, D. (1981).** Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chains Referral Sampling. Sociological Methods & Research, 141–163.
- Borges, A. (2010).** Dinâmica político-eleitoral, burocracia e gasto social estadual. Caderno CRH, 23, 91–109.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1997).** O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde. Ministério da Saúde. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_14.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_14.pdf)
- Cruz, M. do C. M. T. (2001).** Consórcios Intermunicipais: Uma alternativa de integração regional ascendente. Pólis.
- Dantas Neto, P. F. (2006).** Tradição, Autocracia e Carisma: A política de Antonio Carlos Magalhães na modernização da Bahia (1954-1974). Ed. UFMG.
- Diniz Filho, P. R. (2006).** Federalismo, indução estadual e cooperação intermunicipal: A experiência de dois Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais [Dissertação de Mestrado]. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
- Keinert, T. M. M. (2001).** Gestão Estratégica de Políticas Públicas pelos Governos Subnacionais: Análise da Experiência “Municípios Saudáveis” e “Consórcios de Saúde” no Estado do Paraná (Relatório de Pesquisa No. 20). ESESP/FGV.
- Lima, A. P. G., & Pastrana, R. (2000).** Diagnóstico da situação atual de consórcios intermunicipais de saúde no Brasil [Relatório de Pesquisa]. Ministério da Saúde/OPAS.
- Lima, L. D., Queiroz, L. F. N., Machado, C. V., & Viana, A. L. (2012).** Descentralização e regionalização: Dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. Ciência e saúde coletiva, 17(7).
- Lindblom, C. E. (1981).** O processo de decisão política. Editora UnB.
- Machado, J. A. (2024).** Custos de Transação e Cooperação Seletiva: Um Estudo dos Consórcios de Saúde Brasileiros. Anais do 14 Encontro Nacional da ABCP.
- Mintrom, M. (1997).** Policy entrepreneurs and the diffusion of innovation. American Journal of Political Science, 41(3), 738–770.

- North, D. C. (1992).** Custos de Transação, Instituições e Desempenho Econômico. Instituto Liberal.
- Pierson, P. (1995).** Fragmented Welfare State: Federal institutions and the development of social policy. *Governance*, 8(4).
- Pierson, P. (2004).** Politics in time: History, institutions, and social analysis. Princeton University Press.
- Rocha, C. V., & Castro, J. F. (2016).** Dilemas da territorialização na produção de políticas públicas: Reflexões a partir do caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em um estado brasileiro. En C. A. P. Faria, C. V. Rocha, C. Filgueiras, & L. G. Souki (Eds.), *Políticas Públicas na América Latina: Territorialidades e interações com a sociedade* (pp. 66–94). CEGOV/UFRGS.
- Rocha, C. V., & Faria, C. A. P. (2004).** Cooperação Intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo. *Cadernos Metr pole*, 11, 73–105.
- Rufino Filho, E., Simoni Junior, S., & Vettorato, P. (2024).** A Incipiente Cooperação Interestadual no Federalismo Brasileiro. *Revista do Serviço Público*, 266–289.
- Santos, A. M. dos, & Assis, M. M. A. (2017).** Processo de regionaliza o da saúde na Bahia: Aspectos político-institucionais e modelagem dos territórios sanitários. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*, 13(22), 400–422.
- Santos, L., & Andrade, L. O. M. de. (2009).** SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. Saberes Editora.
- Skocpol, T. (1995).** Protecting soldiers and mothers: The political origins of social policy in the United States. Harvard University Press.
- Vaz, J. C. (1997).** Consórcios Intermunicipais. Dicas Polis Ildesfes: a o administrativa – idéias para a a o municipal, 97. <http://bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/1432/448.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Viana, A. L., Iba ez, N., Elias, P. E. M., Lima, L. D., Albuquerque, M. V., & Iozzi, F. L. (2008).** Novas perspectivas para a regionaliza o da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, 22(1), 92–106.
- Wright, D. S. (1997).** Para Entender las Relaciones Intergubernamentales. Fondo de Cultura Econ mica.

## 8. Anexos

### Anexo 1. *Consórcios Interfederativos de Saúde da Bahia e número de municípios integrantes (até 2019)*

---

Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Extremo Sul da Bahia ( 13 Municípios)
Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Jequié (28 Municípios)
Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Irecê (24 Municípios)
Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Portal do Sertão (28 Municípios)
Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Alto Sertão (22 Municípios)
Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Metro Recôncavo Norte – MRN (6 Municípios)
Consórcio Público Interfederativo de Saúde Reconvale (28 Municípios)
Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Litoral Norte e Agreste Baiano – CLINAB (19 Municípios)
Consórcio Público Interfederativo de Saúde do Baixo Sul da Bahia (13 Municípios)
Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Brumado (12 Municípios)
Consórcio Público Interfederativo de Saúde Nordeste II (15 Municípios)
Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Jacobina (17 Municípios)
Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Senhor do Bonfim (11 Municípios)
Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Vitória da Conquista – Itapetinga (27 Municípios)
Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Paulo Afonso (9 Municípios)
Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Itabuna e Ilhéus (25 Municípios)
Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Juazeiro (9 Municípios)

---

**Nota:** Alguns municípios são integrantes de mais de um consórcio, motivo pelo qual a soma supera os 297 consorciados.

Anexo 2

<i>CIS</i>	<i>RS</i>
CIS Extremo Sul da Bahia (13) 1.0 Teixeira de Freitas	Teixeira de Freitas (13) 1.00
CIS Região de Jequié (28) 1.0	Jequié (26) 0.93
CIS Região de Irecê (24) 1.0	Irecê (19) 0.79
CIS Portal do Sertão (28) 1.0 Feira de Santana	Feira de Santana (28) 1.0
CIS Alto Sertão Guanambi (22) 1.0	Guanambi (22) 1.0
CIS Metro Recôncavo Norte (11) 1.0 Salvador	Camaçari (6) 0.55
CIS Metro Recôncavo Norte (11) 1.0 Salvador	Salvador (10) 0.9
CIS Reconvale (28) 1.0 Santo Antônio de Jesus	Santo Antônio de Jesus (22) 0.79
CIS Reconvale (28) 1.0 Santo Antônio de Jesus	Cruz das Almas (9) 0.32
CLINAB (19) 1.0 Alagoinhas	Alagoinhas (18) 0.95
CLINAB (19) 1.0 Alagoinhas	Camaçari (6) 0.32
CIS Baixo Sul (13) 1.0 Valença	Valença (12) 0.92
CIS Baixo Sul (13) 1.0 Valença	Salvador (10) 0.77
CIS Região de Brumado (14) 1.0	Brumado (21) 1.5
CIS Região de Brumado (14) 1.0	Vitória da Conquista (19) 1.35
CIS Nordeste II (15) 1.0 Ribeira do Pombal	Ribeira do Pombal (15) 1.0
CIS Região de Jacobina (17) 1.0	Jacobina (19) 1.12
CIS Senhor do Bonfim (12) 1.0	Senhor do Bonfim (9) 0.75
CIS Senhor do Bonfim (12) 1.0	Serrinha (19) 1.58
CIS Vitória da Conquista-Itapetinga (27) 1.0	Vitória da Conquista (19) 0.7
CIS Vitória da Conquista-Itapetinga (27) 1.0	Itapetinga (12) 0.44
CIS Paulo Afonso (9) 1.0	Paulo Afonso (9) 1.0
CIS Juazeiro (9) 1.0	RS Juazeiro (10) 1.11
CIS Itabuna e Ilhéus (31) 1.0	Itabuna (22) 0.71
CIS Itabuna e Ilhéus (31) 1.0	Ilhéus (8) 0.26
CIS Itabuna e Ilhéus (31) 1.0	Itapetinga (12) 0.39