

**AÇÕES COLETIVAS NA ÁREA DA SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO NO
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE COSTA OESTE DO PARANÁ SOBRE PROVISÃO DE BENS E
SERVIÇOS COLETIVOS**

RESUMO

As ações coletivas correspondem a relações sociais e econômicas entre indivíduos pertencentes a um mesmo grupo e que possuem interesses comuns. Neste contexto, este artigo objetivou analisar como o Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR) tem enfrentado os problemas derivados da ação coletiva na área da saúde, para provisão de bens e serviços coletivos à população dos municípios consorciados. Para tanto, realizou-se um estudo qualitativo, a partir de análise descritiva de informações secundárias provenientes de diferentes bases de dados: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde (MS), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e CISCOPAR. Os dados foram decompostos e analisados em relação à estrutura interna da associação, ao tamanho/heterogeneidade do grupo e aos incentivos seletivos oferecidos. Identificou-se a preocupação do consórcio em inibir a presença dos municípios inadimplentes, os chamados caronas, para assim aferir um maior número de bens coletivos e incentivos seletivos para a população dos municípios consorciados. Os resultados demonstraram ainda que por meio da ação coletiva, o CISCOPAR tem proporcionado melhores condições de saúde à população, facilitando o acesso a recursos de maior complexidade.

Palavras-chave: Ações Coletivas; Consórcio; Saúde.

**COLLECTIVE ACTIONS IN HEALTH SECTOR: A CASE STUDY ON THE HEALTH INTERMUNICIPAL
CONSORTIUM FROM WEST COAST OF PARANA ABOUT COLLECTIVE PROVISION OF GOODS AND
SERVICES**

ABSTRACT

The collective actions correspond to social and economic relations between individuals belonging to the same group and that have common interests. In this context, this article aims to analyze how the Health Intermunicipal Consortium from West Coast of Paraná (CISCOPAR) has faced the problems arisen from collective action in the health sector for the provision of collective goods and services to syndicated municipalities. To do so, we performed a qualitative study with a descriptive analysis of secondary information from different databases: Paraná Institute of Economic and Social Development (IPARDES), Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), Ministry of Health (MH), United Nations Development Programme (UNDP) and CISCOPAR. The data were decomposed and analysed in relation to internal structure of the association, size / heterogeneity of the group and selective incentives. It was identified the concern of the consortium to inhibit the presence of free rider municipalities, so as to measure a larger number of collective goods and selective incentives for the population of intercropping municipalities. The results demonstrated also that through the collective action, CISCOPAR has provided better health for the population, facilitating access to resources of greater complexity.

Keywords: Collective Actions; Consortium; Health.

Gracieli Aparecida Wolfart¹

Geisiane Michelle da Silva²

Carla Maria Schmidt³

¹ Mestranda em Desenvolvimento Regional e Agronegócio pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE. Professora de Matemática da Secretaria Estadual de Educação do Estado do Paraná. Brasil. E-mail: gracieliwolfart@hotmail.com

² Mestre em Desenvolvimento Regional e Agronegócio pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE. Brasil. E-mail: geisiane.michelle@hotmail.com

³ Doutora em Administração pela Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo - FEA/USP. Professora do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Agronegócio da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE. Brasil. E-mail: c.m.schmidt@bol.com.br

1 INTRODUÇÃO

As ações coletivas são relações sociais e econômicas entre indivíduos participantes de um mesmo grupo e que possuem interesses e objetivos comuns. A teoria da ação coletiva busca explicar por que os indivíduos cooperam ao invés de aproveitarem as contribuições de outros (Ostrom, 2007). Mancur Olson, em sua obra *A lógica da ação coletiva*, de 1971, analisa o que motiva os indivíduos a atuarem conjuntamente em vez de suprirem suas necessidades de forma individual (Nassar, 2001).

Considerados como associações voluntárias que visam produzir e distribuir bens públicos, os consórcios de saúde possuem problemas característicos de ações coletivas, como a presença de beneficiários não contribuintes, os chamados caronas ou *free riders*, e a necessidade de incentivos para a participação dos associados (Machado, 2010).

Os consórcios intermunicipais disseminaram-se em diversas áreas, como, por exemplo, na gestão de recursos hídricos. Entretanto, no setor de saúde tiveram impacto mais significativo. Os consórcios difundiram-se, rapidamente, nas regiões que possuíam condições políticas e técnicas favoráveis, como as regiões Sul e Sudeste do Brasil (Machado, 2010).

As formas consorciadas para provisão de recursos à população são formas de cooperação sem fins lucrativos, que podem acontecer entre municípios, entre estados com os municípios e, ainda, entre a União com os estados e municípios. Os consórcios são regulamentados atualmente pela Lei nº. 11.107, de 6 de abril de 2005, denominada Lei de Consórcios Públicos que institui as relações de cooperação entre os entes federados.

Estes tipos de organização na área da saúde representam, para os municípios de pequeno porte, a oportunidade de oferecer aos seus moradores um atendimento de maior complexidade, uma vez que possibilita mais proveito e maximização de seus esforços e recursos. A necessidade de recursos humanos e equipamentos especializados para a área de saúde geralmente implica em significativos montantes financeiros que, muitas vezes não chegam a ser totalmente utilizados por apenas um município, o que leva a um aumento dos custos operacionais e restringe os recursos voltados à proteção e promoção de ações básicas. Neste sentido, a prestação regionalizada dos serviços pelos consórcios evita a sobrecarga de um município na construção de novas unidades, na aquisição de equipamentos de maior montante financeiro e na contratação de recursos humanos especializados (Brasil, 1997).

De acordo com Viana *et al.* (2008) além da otimização da gestão pública municipal e regional, o consórcio possibilita mais “sensibilidade política”, e maior aproximação com a realidade dos cidadãos.

Com base nestas constatações, que se formou em 1993, o Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR). Trata-se de uma associação entre 18 municípios, cuja atribuição é de “cooperação técnica na área de saúde entre os consorciados, visando à promoção em ações de saúde pública assistenciais, prestação de serviços especializados de média e alta complexidade, tal como [...] os princípios e diretrizes do SUS e da Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Paraná” (CISCOPAR, 2012b, p.1).

Neste cenário, o entendimento sobre as formas de organização dos consórcios na provisão de incentivos seletivos exemplificadas aqui por meio do CISCOPAR apresenta-se uma discussão relevante para a gestão pública da saúde. Para tanto, o objetivo central deste estudo é analisar como o CISCOPAR tem enfrentado os problemas derivados da ação coletiva na área da saúde, para provisão de bens e serviços coletivos à população dos municípios consorciados. Para atender este propósito central foram delineados três objetivos específicos, a saber: a) compreender a estrutura organizacional do consórcio; b) verificar a influência do tamanho e heterogeneidade do grupo na ação coletiva; c) analisar a implantação de incentivos seletivos negativos e positivos aos municípios consorciados.

Em termos de estrutura, este artigo está dividido em cinco sessões, incluindo a presente introdução. Na segunda seção é realizada uma breve revisão sobre a teoria da ação coletiva, a teoria dos clubes e a relação entre as economias de escala e os bens públicos, bem como sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde. A terceira apresenta os procedimentos metodológicos utilizados para cumprir os objetivos deste estudo. A quarta sessão mostra as características do CISCOPAR quanto a sua estrutura organizacional e tamanho e heterogeneidade do grupo, além de discutir como o CISCOPAR enfrenta seus problemas de ação coletiva. Por fim, as considerações finais encerram o trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Teoria da Ação Coletiva e a Teoria dos Clubes

As ações coletivas correspondem a relações sociais entre indivíduos pertencentes a um mesmo grupo que buscam interesses comuns. Tais interesses necessitam de ações conjuntas, ou seja, necessitam ser realizadas coletivamente. Em uma ação coletiva, o alinhamento dos interesses decorre do reconhecimento de que os indivíduos possuem necessidades comuns, as quais somente serão atendidas por meio das ações coletivas.

Assim, entende-se que a ação coletiva envolve interações estratégicas em que as escolhas de um ator e suas consequências são dependentes de suas próprias ações e as dos outros (Sandler, 2004). As ações coletivas podem ser compreendidas por diversas formas de associativismo, tais como entidades de representação, de compra e venda, de poupança e crédito, prospecção de vendas nos mercados externos, controle de qualidade, entre outros. Geralmente, as pequenas empresas têm problemas para a obtenção desses aspectos, cuja superação pode ser alcançada por meio de ações coletivas (Sachs, 2003). Dessa forma, uma ação coletiva é decorrente da união entre agentes que possuem interesses comuns, acreditando que, individualmente, é impossível ou mais difícil de obter um determinado objetivo do que em grupo.

Em sua obra *A lógica da ação coletiva*, publicada em 1965 e revisada em 1971, Mancur Olson discute os motivos dos indivíduos atuarem conjuntamente. Olson “[...] estabeleceu pela primeira vez uma explicação econômica para a formação dos grupos” (Nassar, 2001, p. 29). De acordo com ele, “[...] quando há objetivos econômicos envolvidos, [...] grupos de indivíduos com interesses comuns usualmente tentam promover esses interesses comuns” (Olson, 1999, p. 13).

Para Olson, a ação coletiva consiste na perseguição conjunta por benefícios individuais. Assim, “a ideia de que os grupos sempre agem para promover seus interesses é supostamente baseada na premissa de que, na verdade, os membros de um grupo agem por interesse pessoal, individual” (Olson, 1999, p. 13).

Olson aborda o problema do carona, que corresponde ao indivíduo que possui interesse em usufruir o bem coletivo, mas não contribui para sua obtenção, conhecido na literatura como *free rider*. Tal indivíduo possui incentivo para não contribuir, uma vez que o restante do grupo irá prover o bem coletivo de qualquer maneira. Para Brito (2001) o *free rider* é o oposto de cooperação, pois ele não arca com o ônus da promoção de um bem coletivo e consegue usufruir o bem tanto quanto os outros membros do grupo. Assim, a necessidade do bem coletivo não garante que a ação coletiva ocorra devido à presença do carona. A concretização da ação coletiva depende dos incentivos dos indivíduos e do tamanho do grupo (Nassar, 2001).

A participação de cada indivíduo no ganho total do grupo depende de dois fatores: do tamanho do grupo e do benefício individual que o bem proporciona em relação ao total de participantes do grupo. Estes fatores determinarão se o grupo proverá o bem coletivo e seu ganho total (Nassar, 2001).

Para Ostrom (2007), o tamanho dos grupos tem sido uma discussão importante para a efetividade das ações coletivas. Grandori e Soda (1995) também afirmavam que o número de unidades a ser coordenada é uma importante variável e apontaram que há

diferenças entre ações grupais compostas por um baixo ou por um alto número de indivíduos ou organizações. Em sua obra, Olson (1999) argumentou que o aumento do tamanho do grupo reduz a probabilidade da provisão do bem público. Quanto maior o grupo, menor é o benefício individual de cada participante do grupo; maiores os custos de negociação, de organização e de comunicação; e menor a interação para prover o bem coletivo. Em grandes grupos o indivíduo possui menor incentivo para colaborar, pois a saída de um contribuinte não aumenta visivelmente a obrigação dos outros contribuintes. Deste modo, a saída de um indivíduo não influenciará os outros a fazerem o mesmo (Nassar, 2001).

Os grandes grupos, embora homogêneos, possuem elevados custos de negociação e comunicação. Tais custos podem impedir a ação coletiva devido à falta de coordenação entre os participantes. Os grupos pequenos, mesmo heterogêneos, são mais factíveis por possuírem menores custos (Nassar, 2001).

Neste sentido, Sandler (1995) acredita que a ação de um grupo grande dividida em subgrupos menores é de maior efetividade, “[...] se o crescimento da coletividade pode transformá-la em um grupo latente, a ação federal em subgrupos faz sentido, porque a ação individual é melhor reconhecida em nível local” (como citado em Nassar, 2001, p. 41).

Segundo Olson (1971), os grandes grupos necessitam de incentivos seletivos, sejam eles positivos ou negativos, para inibir a atuação do carona. Os incentivos seletivos positivos consistem em benefícios oferecidos apenas aos contribuintes. Os incentivos seletivos negativos representam as punições aos que não contribuem para a provisão do bem coletivo (Nassar, 2001).

A Teoria dos Clubes, formulada por Buchanan (1965), se aproxima da ideia dos incentivos seletivos de Olson. Tal teoria aborda os grupos voluntários que possuem benefícios devido à divisão de “[...] custos de produção, características dos membros e produção de benefícios exclusivos” (Nassar, 2001, p. 29).

O clube pode ser definido como “[...] um agrupamento de indivíduos que partilham os custos de provisão de um bem comum – no caso, o bem público – cujos benefícios possam ser auferidos exclusivamente por seus participantes” (Palos, 2006, p. 5). Deste modo, um bem de clube consiste em um bem público exclusivo. Para que os bens de clube sejam compartilhados, devem existir maneiras de impedir que os não pagadores atuem como caronas (Nassar, 2001).

Para a Teoria dos Clubes, o aumento do tamanho do grupo ajuda a otimizar os custos de congestionamento e a dividir os custos e benefícios. A Teoria dos Clubes não corrobora com os problemas

decorrentes da presença do carona e a exploração do grande pelo pequeno. Isto ocorre porque os participantes do grupo pagam taxas pela utilização do bem, ou seja, sua contribuição aumenta em decorrência da intensidade do uso do bem (Nassar, 2001). Assim, “o esquema de taxa do clube (pedágio pelo uso) internaliza a externalidade do congestionamento e não coloca nenhum peso ou ênfase no tamanho relativo ou nas dotações dos membros” (Sandler, 1995 como citado em Nassar, 2001, p. 39).

Deste modo, “um clube é uma solução institucional para o problema da ação coletiva, pois internaliza uma externalidade por meio de taxas” (Sandler, 1995 como citado em Nassar, 2001, p. 38). Portanto, um clube possui êxito por possuir meios de excluir dos benefícios os indivíduos não contribuintes.

2.2 Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Ciscopar

Os primeiros Consórcios Intermunicipais de Saúde, criados na década de 1980, proporcionaram os fundamentos para sua normatização pela Lei n. 8.080 de 1990 (Ribeiro & Costa, 2000). De acordo com o Artigo 10º desta Lei, “os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam” (Lei n. 8.080, 1990). A Lei n. 11.107 de 2005 que regulamenta os consórcios públicos determina que “os consórcios públicos, na área de saúde, deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde – SUS”.

Para o Ministério da Saúde, o Consórcio Intermunicipal de Saúde é “[...] uma associação entre municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações” (Brasil, 1997, p. 8).

Os consórcios foram criados como uma associação civil de direito privado. Tal forma institucional permite organizar a arrecadação das contribuições, bem como administrar a produção e dividir os benefícios entre os participantes (Machado, 2010).

Os consórcios intermunicipais de saúde são parcerias entre governos municipais de determinadas microrregiões, que têm o objetivo de aumentar a oferta de especialistas médicos e serviços que possuem maior densidade tecnológica e que necessitam de escalas não compatíveis com as prefeituras isoladamente (Ribeiro & Costa, 2000). Assim:

[...] no Brasil, as formas consorciadas na provisão de bens públicos de saúde produziram ganhos em termos de mobilização social e governamental para o enfrentamento de carências comuns, promovendo o acesso a serviços aos quais, isoladamente, entes municipais não estariam

em condições de prover seus cidadãos, senão a custos incompatíveis (Machado, 2010, p. 146).”

De acordo com Maia, Marques, Pereira e Lima (2011) no Brasil, em 2008, a maior parte dos consórcios intermunicipais de saúde estavam concentrados no estado de Minas Gerais, que apresentava 63 consórcios, seguido do estado do Paraná com 24 e o Rio Grande do Sul com 16. Segundo estes autores foi possível constatar que em Minas Gerais houve um maior avanço na disposição de redes articuladas e resolutivas de serviços na área de saúde.

No Paraná, segundo a pesquisa de Nicolleto, Cordoni e Costa (2005) foi possível considerar o consórcio como um meio viável de potencializar os serviços médicos especializados, no entanto, deve ser melhorado os problemas decorrentes do preenchimento de guias de referência e contra-referência.

Já no Rio Grande do Sul destaca-se o trabalho de Provin (2012), o qual conclui que estas estruturas possibilitam reduzir a burocracia, agilizar os projetos regionais, bem como fazer as compras e oferecer os serviços de forma conjunta para viabilizar os recursos financeiros e possibilitar maior acesso à saúde por parte da população. Desta forma, os consórcios “podem ser utilizados como artifício para fortalecer a região perante a união, viabilizando projetos e recursos, que um município sozinho provavelmente nunca alcançaria” (Provin, 2012, p. 31).

Os consórcios permitem aos cidadãos “[...] acesso a serviços de saúde de maior complexidade tecnológica com economia de escala” (Machado, 2010, p. 145). Ao produzirem economias de escala, os consórcios tornam acessíveis à população de municípios de pequeno porte os procedimentos que possuem maior capacidade tecnológica (Machado, 2010).

Os consórcios de saúde, por serem associações voluntárias com o objetivo de produzirem e distribuírem bens públicos convivem com problemas decorrentes de ação coletiva, como a presença de beneficiários não contribuintes, os chamados caronas ou *free riders*, e a necessidade de criarem incentivos para a participação de associados (Machado, 2010).

As soluções institucionais criadas para eliminar a possibilidade da existência de beneficiários não contribuintes buscam excluir os cidadãos dos municípios deficitários do acesso aos bens e serviços providos pelo consórcio. Assim, foram criadas regras para restringir o número de beneficiários ao de contribuintes, de modo a inibir o comportamento de caronas ou *free riders*. Sem tais regras os municípios não participantes ou inadimplentes desfrutariam dos benefícios sem contribuírem, o que reduziria os incentivos à participação e continuidade da

contribuição dos municípios contribuintes (Machado, 2010). Deste modo:

[...] os bens e serviços produzidos pelos consórcios passaram a se restringir àquelas modalidades suscetíveis de alguma forma de controle distributivo, o que se tornou especialmente problemático, considerando a garantia do direito de acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde públicos para qualquer cidadão brasileiro (Machado, 2010, p. 147).

A Lei que regulamenta os consórcios públicos, também possui uma cláusula restritiva para constringer o comportamento do carona ou *free rider*. De acordo com o Artigo 8º “poderá ser excluído do consórcio público, após prévia suspensão, o ente consorciado que não consignar, em sua lei orçamentária ou em créditos adicionais, as dotações suficientes para suportar as despesas assumidas por meio de contrato de rateio” (Lei n. 11.107, 2005).

A formação de consórcios de saúde é motivada por alguns fatores, tais como: “[...] aperfeiçoar recursos tecnológicos e humanos, ganhos de escala, racionalidade técnica e ampliação da oferta de serviços [...]” (Botti, 2010, p. 10).

Os ganhos ou economias de escala ocorrem quando o aumento da produção de um bem diminui seus custos. “A empresa apresenta economias de escala quando ela é capaz de duplicar sua produção com menos do que o dobro dos custos” (Pindyck & Rubinfeld, 2006, p. 201). Deste modo:

O consorciamento intermunicipal pode possibilitar aos municípios atender à demanda pela oferta de bens públicos com economias de escala (um maior volume de produção de bens públicos a um custo minimamente razoável) e economias de escopo (ampliando e diversificando a oferta de bens públicos) (Prates, 2010, p.17).

Os municípios deveriam ser responsáveis por prover bens públicos porque conhecem as preferências de sua população. A oferta descentralizada aumentaria o bem estar social ao ampliar a variedade de bens e serviços ofertados de acordo com as diferentes preferências e custos locais. Entretanto, a provisão pulverizada de alguns bens e serviços podem ocasionar deseconomias de escala (Mattos, Rocha, Novaes, Arvate, & Orellano, 2009). Assim:

[...] a produção de alguns serviços exige escala de produção incompatível com a demanda do município. Por exemplo, a existência de muitos municípios com população pequena faz com que não se justifique a oferta por parte destes de todos

os níveis de complexidade dos serviços de saúde (Mattos et al., 2009, p.359).

A oferta de serviços de saúde por meio de consórcios cria ganhos devido a economias de escala (Teixeira, Dowell, & Bugarin, 2002). Entretanto, o fornecimento de bens públicos deve ser centralizado quando há economias de escala e descentralizado quando tais economias não existem ou a demanda por tais bens for local (Prates, 2010).

A oferta de serviços especializados necessita de uma escala de produção que não é compatível com a demanda da população de municípios de pequeno porte. Deste modo, a união dos municípios pode gerar economias de escala (Teixeira et al., 2002).

O Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR) foi criado com o objetivo de prover as especialidades necessárias na área de saúde aos 18 municípios da 20ª regional de saúde de Toledo, pertencentes à região Oeste do Paraná, quais sejam: Assis Chateaubriand, Diamante do Oeste, Entre Rios do Oeste, Guaíra, Marechal Cândido Rondon, Maripá, Mercedes, Nova Santa Rosa, Ouro Verde do Oeste, Palotina, Pato Bragado, Quatro Pontes, Santa Helena, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguaçu, Terra Roxa, Toledo e Tupãssi.

De acordo com o Artigo 5º de seu Regimento Interno, “são atribuições do CISCOPAR a cooperação técnica na área de saúde entre os consorciados, visando à promoção de ações de saúde pública assistenciais, prestação de serviços especializados de média e alta complexidade [...]” (CISCOPAR, 2012b, p.1).

Esta associação, além do atendimento básico, que inclui atendimento na área clínica, ginecologia e pediatria, oferece os seguintes serviços: consultas, raios-X, ecografias, tomografias, ressonâncias, cateterismo, exames laboratoriais, fisioterapias, eletroneuromiografia, cintilografias, dentre outros exames e terapias. Desta forma, acredita-se que a ação coletiva desenvolvida na área da saúde na Costa Oeste do Paraná possa contribuir com as necessidades da população.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste trabalho desenvolveu-se um estudo de caso sobre o Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR). A metodologia está baseada em uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. Em relação à fonte de dados, trata-se de uma pesquisa com dados secundários, obtidos de sites oficiais, quais sejam: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Ministério da Saúde (MS) e do CISCOPAR.

Os dados foram decompostos nas seguintes variáveis: estrutura interna da associação, tamanho/heterogeneidade do grupo e incentivos seletivos oferecidos. As variáveis foram analisadas através de estatísticas descritivas e com base em análise comparativa.

Os Municípios que pertencem ao CISCOPAR fazem parte de uma mesma configuração geográfica, a Microrregião de Toledo, inserida na Mesorregião Oeste do Paraná e localizada no Terceiro Planalto Paranaense. A Microrregião de Toledo, em 2010, possuía uma área total de 8.754,994 km², com 402.056 habitantes, dividida em 21 municípios (Brasil, 2010). Vale ressaltar que dos 21 municípios que abrangem a Microrregião de Toledo, 18 integram o consórcio (CISCOPAR, 2013b). A área sede do CISCOPAR atualmente está localizada na Cidade e Comarca de Toledo, Estado do Paraná e a área de atuação é coincidente com a área física dos municípios consorciados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em sua grande maioria, os consórcios no Brasil surgiram para dar conta das necessidades específicas de oferta de serviços de saúde nos municípios, ou como forma de regionalizar a assistência à saúde.

A formação de consórcios no Brasil não se restringe a uma única lógica, mas as atribuições e disposições de uma dada região, "[...] conformando diversos modos de atuação e permitindo o seu aprimoramento, inclusão ou não de municípios, agrupamento de municípios que, pela lógica da proximidade, pode não pertencer ao estado/sede do consórcio" (Lima, 2000, p. 986).

Por ser considerado como instrumento de "[...] estímulo ao planejamento local e regional em saúde, o consórcio possibilita, além disso, a viabilização financeira de investimentos e contribui para a superação de desafios locais no processo de implementação do sistema" (Brasil, 1997, p. 9).

4.1 Estrutura Organizacional

Conforme Sandler (1995 como citado em Nassar, 2001, p.41) a organização dos grandes grupos pode propiciar a cooperação, caso organizem-se em estruturas federais, na forma de pequenos subgrupos. A luz desta teoria pode-se dizer que a oferta de serviços de saúde na forma consorciada possibilita a descentralização dos serviços de saúde do âmbito federal para subgrupos a nível municipal.

Estas formas descentralizadas de governança exigem estruturas organizacionais próprias, com regimentos internos, órgãos e unidades específicas de

direção, execução e fiscalização, tal como acontece na organização do CISCOPAR.

Onde a Assembleia Geral é o órgão maior do referido consórcio, formada por lideranças e pelos prefeitos dos municípios consorciados, com caráter deliberativo e normativo. A partir desta é possível definir os assuntos de interesse geral ou compatíveis com as finalidades do consórcio (CISCOPAR, 2014).

O nível de coordenação fica a cargo da diretoria executiva, composta de um Presidente, e um Vice-Presidente, eleitos pela assembleia geral, dentre os chefes do poder executivo dos municípios consorciados, com mandato de dois anos, admitida uma reeleição, conforme o Estatuto (CISCOPAR, 2014). Atualmente o CISCOPAR é presidido pelo prefeito de Palotina, enquanto que a vice-presidência é coordenada pela prefeita de Mercedes, juntamente com seis prefeitos de municípios consorciados formam-se os conselhos fiscais (três titulares e três suplentes) (CISCOPAR, 2013a).

Segundo o Regimento Interno (CISCOPAR, 2012b), o nível de direção fica a cargo da Secretaria Executiva e o nível de controle é dividido em: Conselho Fiscal, CRESEMS e Controladoria Interna. O nível de assessoramento é compartilhado pela Diretoria Jurídica e a Comissão Técnica Consultiva Paritária.

Para a Execução Operacional e Administrativa existe a Diretoria Administrativa subdividida em: Gerência de Informática, Gerência de Compras e Licitação, Gerência de Recursos Humanos, Gerência de Estoques e Patrimônio, e, por fim, a Gerência de Serviços Gerais. A Execução Operacional Financeira e Contábil é formada pela Diretoria Financeira e Contábil com a Gerência Financeira, Gerência Contábil e a Gerência de Faturamento.

A Execução Técnica é organizada pela Diretoria Técnica em Saúde através das gerências de: Produção Médica, Auditoria de Serviços de Saúde, Agendamento, Promoção à Saúde, Serviços Ambulatoriais, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Assistência Especializada (CTA/SAE), Serviços Laboratoriais, Unidade de Coleta e Transfusão (UCT). A Execução Operacional de Urgência e Emergência fica a cargo da Diretoria de Urgência e Emergência com seus gestores de Gerência Médica, Gerência de Enfermagem e Gerência Administrativa.

4.2 Tamanho e Heterogeneidade do Grupo

Tendo em vista que o consórcio tem a finalidade de atender os objetivos de interesse geral do grupo e da sociedade que este representa, é possível afirmar que a demanda por incentivos seletivos está sujeita ao tamanho e a heterogeneidade do grupo de municípios. "Quanto maior e mais heterogêneo o

grupo, mais diferentes tendem ser suas demandas por bens coletivos" (Nassar, 2001, p. 95).

Conforme o estudo de Teixeira (2007), em relação ao efeito da heterogeneidade entre os municípios sobre a formação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, verifica-se que, quando os municípios são homogêneos, o consorciamento trará aumento do fornecimento do bem público. Entretanto,

se houver heterogeneidade, esse aumento nem sempre ocorrerá.

Para análise dos fatores que interferem nas disparidades entre os Municípios, inicialmente serão analisados aspectos demográficos, apresentados na Tabela 1, para posteriormente analisar a condição socioeconômica da população.

Tabela 1 - Aspectos demográficos dos municípios do CISCOPAR – 2010

Municípios CISCOPAR	População Total	Grau de Urbanização (%)	Taxa Geométrica de Crescimento da População (%) 2000/2010	Densidade Demográfica (hab./km ²)	Distância	
					Toledo	Curitiba
Assis Chateaubriand	33.025	87,85	-0,09	34,18	44	577,96
Diamante D'Oeste	5.027	50,94	0,3	16,26	76	576,7
Entre Rios do Oeste	3.926	67,29	1,67	32,63	77	610,55
Guaíra	30.704	91,86	0,69	53,98	106	679,86
Marechal Cândido Rondon	46.819	83,61	1,33	62,57	41	584,52
Maripá	5.684	57,39	-0,35	19,8	47	579,98
Mercedes	5.046	48,34	0,91	25,35	59	605,92
Nova Santa Rosa	7.626	69,7	0,68	36,84	56	582,85
Ouro Verde do Oeste	5.692	70,96	0,39	19,41	22	555,78
Palotina	28.683	85,93	1,08	44,31	61	591,12
Pato Bragado	4.822	62,07	1,76	35,25	63	609,93
Quatro Pontes	3.803	64,08	0,42	33,20	35	578,01
Santa Helena	23.413	53,76	1,34	30,84	85	607,71
São José das Palmeiras	3.830	62,95	-0,68	20,90	49	580,55
São Pedro do Iguçu	6.491	62,47	-1,14	21,07	33	564,77
Terra Roxa	16.759	76,38	0,28	20,86	98	628,17
Toledo	119.313	90,74	1,97	99,54	0	536,6
Tupãssi	7.997	78,6	-0,03	25,72	33	540,33

Fonte: IBGE/IPARDES (2010).

O CISCOPAR contemplava, em 2010, uma população de 358.660 habitantes, representando 95% da população total pertencente à Microrregião de Toledo, segundo dados do Censo Demográfico de 2010.

Em relação à distribuição dessa população, 33% dos municípios apresentaram acima de 20 mil habitantes, com destaque para Toledo, ocupado por 119 mil pessoas, enquanto que 67% dos municípios apresentaram populações inferiores a 20 mil habitantes, indicando o predomínio de cidades menores e de baixa densidade demográfica. Ou seja, a região caracteriza-se principalmente por municípios com poucos habitantes e em sua maioria bem distribuídos.

De modo geral, os Municípios que participam do CISCOPAR apresentaram uma densidade demográfica média de 35 hab./km² em 2010. Toledo apresentou a maior densidade, aproximadamente 100 hab./km², seguido de Marechal Cândido Rondon, com cerca de 63 hab./km², enquanto os demais municípios apresentaram densidades abaixo da média do Estado

de 60 hab./km², valor bem inferior ao da capital, que é de 4.051 hab./km².

As cidades que apresentaram maiores taxas geométricas de crescimento de sua população foram: Toledo, Pato Bragado, Entre Rios do Oeste, Santa Helena, Marechal Cândido Rondon e Palotina. As demais cidades apresentaram crescimento populacional abaixo de 1% ao ano, cinco destas com taxas negativas, conforme a Tabela 1.

Com exceção do município de Mercedes, todos os demais apresentaram taxas de urbanização acima de 50%, com destaque para a cidade de Toledo, na qual apenas 9% da população reside no meio rural, facilitando deste modo a centralização dos serviços na área de saúde.

A distância média dos municípios para a cidade sede do Consórcio é de 55 km, sendo o mais próximo Ouro Verde do Oeste, com cerca de 22 km de percurso até Toledo e o mais distante Guaíra, em aproximadamente 106 km. Já a distância média dos municípios da área do CISCOPAR em relação a

capital Curitiba é de aproximadamente 588 km, sendo o mais próximo Toledo (536,6 km) e o mais distante Guaíra (679,86 km).

Dentre as cidades consorciadas, Toledo concentra o maior Produto Interno Bruto (PIB),

seguido por Marechal Cândido Rondon e Palotina. No entanto, os maiores PIB *per capita* pertencem a Palotina, Maripá e Entre Rios do Oeste respectivamente, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 - Aspectos socioeconômicos dos Municípios do CISCOPAR - 2010

Municípios CISCOPAR	PIB Municipal Preços Correntes (R\$1.000,00)	PIB per Capita (R\$)	Índice de Gini da renda domiciliar <i>per capita</i>	Percentual de Pobres (%)	IDH-M
Assis Chateaubriand	590.220	17.870	0,48	6,34	0,73
Diamante Do Oeste	51.567	10.258	0,50	20,44	0,64
Entre Rios do Oeste	90.032	22.956	0,50	3,07	0,76
Guaíra	408.697	13.326	0,57	11,7	0,72
Marechal Cândido Rondon	1.045.073	22.331	0,54	2,15	0,77
Maripá	161.764	28.425	0,42	2,11	0,76
Mercedes	88.890	17.616	0,42	7,41	0,74
Nova Santa Rosa	131.543	17.252	0,41	2,94	0,73
Ouro Verde do Oeste	72.690	12.775	0,41	5,51	0,71
Palotina	950.605	33.131	0,48	2,85	0,77
Pato Bragado	64.176	13.306	0,43	0,84	0,74
Quatro Pontes	74.354	19.546	0,47	0,93	0,79
Santa Helena	353.951	15.110	0,53	6,48	0,74
São José das Palmeiras	42.936	11.208	0,45	8,35	0,71
São Pedro do Iguaçu	87.594	13.493	0,47	9,55	0,68
Terra Roxa	319.443	19.056	0,43	7,33	0,71
Toledo	2.455.159	20.571	0,47	2,88	0,77
Tupãssi	155.090	19.394	0,48	4,17	0,73

Fonte: IPARDES (2010) PNUD (2013).

Apesar de Marechal Cândido Rondon possuir a segunda maior riqueza em termos de PIB, encontra-se nos piores índices de concentração da distribuição de renda domiciliar *per capita* entre os locais consorciados, com o Índice de Gini de 0,54, menos desigual somente que Guaíra, com 0,57, enquanto o melhor índice encontra-se em Santa Helena (0,41). No entanto, a distribuição da renda *per capita* entre os municípios consorciados é superior à média do Estado do Paraná (0,54).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) médio dos municípios integrantes do consórcio é de 0,73 considerado de alto desenvolvimento. Somente São Pedro do Iguaçu e Diamante do Oeste são considerados de médio desenvolvimento humano, com o IDH-M entre 0,6 e 0,7, as demais cidades foram elencadas como de alto desenvolvimento humano, segundo a classificação do

Atlas de Desenvolvimento Humano Municipal do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2010). O Município de Quatro Pontes apresenta o maior IDH e o segundo menor percentual de pobres da região do consórcio, além de figurar entre os melhores no PIB *per capita*.

A área de abrangência do CISCOPAR teve uma média 21 pessoas com renda familiar mensal *per capita* de até 1/2 salário mínimo, em relação ao total de famílias por município, enquanto o Estado apresentou uma taxa média mais alta, aproximadamente 31 pessoas na linha da pobreza.

Assim como a taxa de pobreza, a taxa de mortalidade infantil na área de abrangência do CISCOPAR reduziu substancialmente nas últimas duas décadas, conforme se pode visualizar na Figura 1.

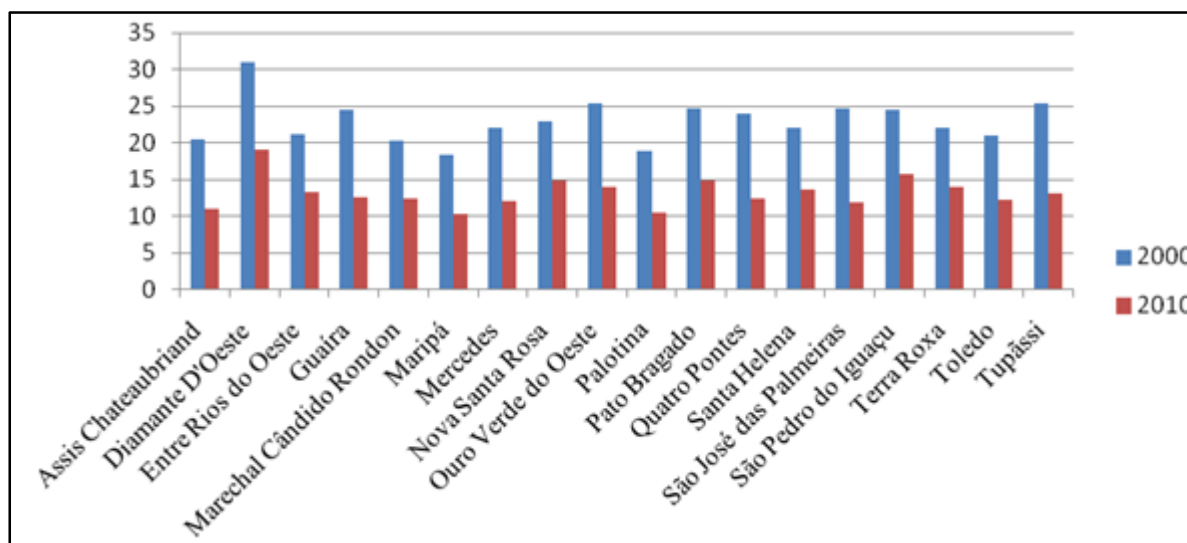


Figura 1 - Taxa de Mortalidade Infantil na área de abrangência do CISCOPAR, 2000/2010.

Fonte: PNUD (2013). [Completar informação sobre a fonte aqui, uma vez que esta citada não consta na lista de referências].

No período de 1991, anterior à formação do CISCOPAR, a taxa de mortalidade infantil na área que hoje abrange os municípios consorciados era em média de 30 óbitos de crianças menores de um ano para cada mil nascidas vivas. Em 2000, se nota pela Figura 1, que esta taxa cai substancialmente em todos os municípios apresentando um valor médio de 23.

Para 2010, a situação melhora significativamente, a região apresenta uma média de 13 mortes de crianças menores de um ano para cada mil nascidas vivas, taxa similar a paranaense, relativamente inferior à brasileira de 17 e abaixo da estipulada pela ONU nos objetivos do Milênio, de no mínimo 17,9. Neste último período, apenas o município de Diamante D'Oeste apresentou uma taxa de 19, os demais municípios estão com taxas inferiores a 17. Onde os menores índices foram encontrados em Maripá e Palotina, com cerca de 10 óbitos de crianças menores de um ano para cada mil nascidas vivas (PNUD, 2013).

A taxa de esperança de vida ao nascer também apresentou resultados satisfatórios nas últimas décadas, era de 72 anos em 2000 e passou para 75 anos em 2010, valor similar a do estado e pouco acima da média brasileira que em 2010 era de 74 anos. Os municípios que apresentaram maiores índices de longevidade na área do consórcio foram Maripá e Palotina, ambos com a esperança em 77 anos (PNUD, 2013).

Outro fator que apresentou melhoria na área consorciada segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) do Ministério da Saúde (Brasil, 2014) foi o número de internações hospitalares, a qual apresentou redução, passou de 26.977 internações em 2000 para 26866 em 2010. Sendo que, a média de internações hospitalares

na área do consórcio em 2010 foi de 1.492 bem abaixo da média estadual de 1.953. O município que apresentou maior redução foi Toledo, sede do consórcio, seguido por Ouro Verde do Oeste e Diamante D'Oeste.

Tendo em vista estas características demográficas, socioeconômicas e de saúde pode-se dizer que a necessidade de incentivos seletivos não é homogênea entre os locais pertencentes à área de abrangência do consórcio. Cada um possui sua curva de preferência, cujos bens têm importância diferenciada. Portanto, o nível de importância para um ou mais atores envolvidos determinará a organização da ação coletiva e o tamanho do grupo (Nassar, 2001).

4.3 A Presença do Indivíduo “Carona”

De acordo com Olson (1971), as ações coletivas são dificultadas pela presença do carona. A ação coletiva somente torna-se possível com a formulação de medidas institucionais que impeçam a provisão de incentivos seletivos aos *free riders* (Nassar, 2001).

Desta forma, em observância à Lei n. 11.107/2005, o Estatuto Social do CISCOPAR, dispõe de critérios quanto aos deveres dos entes consorciados, conforme o Artigo 7º da quarta alteração do Estatuto Social, de 02 de março de 2012:

Art. 7º. São deveres dos Consorciados:

- I - participar, de acordo com cota a ser estipulada em Assembleia de contrato de rateio, destinado a custear as despesas fixas do Consórcio;
- II - pagar pontualmente suas contribuições mensais fixadas por meio de Contrato de Rateio, com base no seu consumo médio mensal;

- III - participar das assembleias, acatar as decisões delas emanadas e dos atos da Diretoria Executiva;
- IV - prestigiar o Consórcio por todos os meios ao seu alcance e propagar o espírito associativo entre os afins;
- V - cumprir as disposições do presente Estatuto;
- VI - exercer o direito de voto;
- VII - oferecer sugestões e auxílios para o desenvolvimento do consórcio (CISCOPAR, 2014).

O Estatuto Social, no Artigo 8º, dispõe sobre as penalidades:

Art. 8º. Os consorciados sujeitam-se às penalidades de advertência, suspensão e eliminação do quadro social.

§ 1º - Serão advertidos os consorciados que pela primeira vez praticarem as faltas previstas no parágrafo seguinte;

§ 2º - Serão suspensos, após advertidos:

I - os que não comparecerem, não se fizerem representar e não se justificarem a 3 (três) Assembleias, a juízo da Diretoria;

II - os que insurgirem contra decisão da Assembleia Geral, da Diretoria Executiva, ou desacatarem os referidos órgãos.

§ 3º - Serão eliminados do quadro social os que:

I - por má conduta pessoal e/ou profissional espírito de discórdia ou falta cometida contra o patrimônio do Consórcio, se mostrarem nocivos e ele;

II - sem motivo justificado deixarem de pagar, por 5 (cinco) meses consecutivos as suas contribuições pecuniárias e que, se advertidos por escrito, não propiciarem a liquidação de seu débito (CISCOPAR, 2014).

De modo a evitar os possíveis *free rides*, o Estatuto Social dispõe de cláusulas restritivas punitivas aos membros que não contribuam de forma adequada, tanto financeira quanto aos que não cooperarem para o espírito associativo.

Neste sentido, entende-se que o CISCOPAR atua em conformidade com a teoria da ação coletiva, uma vez que os incentivos seletivos negativos (punição aos inadimplentes) juntamente com os incentivos seletivos positivos fizeram com que a associação mantivesse o seu quadro de consorciados invicto, desde a fundação.

4.4 Incentivos Seletivos

Conforme a Teoria dos Clubes (1965), a formação dos grandes grupos acontece por que os membros conseguem partilhar de custos de produção e de benefícios exclusivos (Nassar, 2001). Este argumento corrobora com o de Olson (1971) que os grandes grupos somente sobrevivem com o provimento de incentivos seletivos (Nassar, 2001).

De acordo com Olson (1971) "os incentivos seletivos são produtos e serviços prestados por uma associação que podem ser apropriados privadamente. O usufruto desses bens só é autorizado mediante pagamento de seu custo de produção" (Nassar, 2001).

No âmbito do CISCOPAR, os incentivos seletivos positivos provêm das ações para a melhoria da saúde da população dos municípios consorciados, enquanto que o processo de negociação financeira com o governo Estadual e Federal proporciona uma maior oferta de bens coletivos. Estas ações são financiadas de três formas distintas: por meio de repasses dos municípios consorciados (conforme os critérios populacionais e o número de procedimentos utilizados), recursos advindos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) (CISCOPAR, 2012a).

A atuação dos municípios de forma organizada e centralizada em uma unidade gestora possibilita um maior poder de negociação, de forma a obter benesses junto ao Estado e ao Governo Federal.

As transferências da União através do SUS representaram 22% do valor arrecadado, enquanto que as transferências do Estado corresponderam a aproximadamente 1%, cerca de R\$70.000,00. A maior parte da origem dos recursos para o financiamento do CISCOPAR provém de forma direta dos municípios consorciados, cerca de 72%, cujas transferências em 2011 totalizaram R\$ 8.979.970,68 (CISCOPAR, 2012a). As demais receitas (5%) representam as transferências de convênio, indenizações, restituições, receitas de patrimônio e de serviços.

Atualmente o SUS contribui com parte do valor das consultas realizadas, conforme a tabela de valores e procedimentos do consórcio, sendo que o restante do valor fica a cargo dos municípios (CISCOPAR, 2012a), conforme o Figura 2.

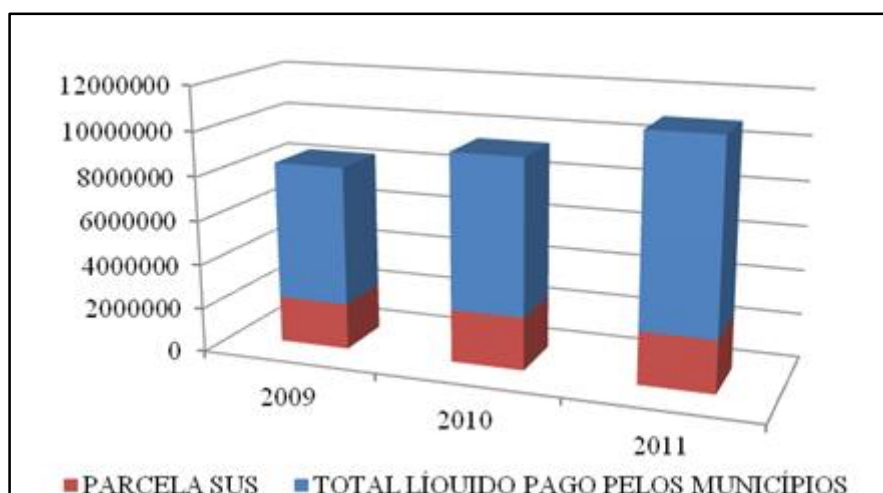


Figura 2 - Total líquido pago pelos municípios e pelo SUS para o CISCOPAR - 2009/2011
Fonte: CISCOPAR (2012a). *Prestação de Contas*. Recuperado em 23 janeiro, 2013, de <http://www.ciscopar.com.br/Siteciscopar/Portal/noticias/portal.html>.

Na Figura 2, é perceptível o crescimento das transferências de recursos por parte dos municípios nos últimos três anos, cerca de 36%, configurando numa crescente promoção de incentivos seletivos a população das cidades do consórcio. A contribuição do governo federal por meio do SUS também apresentou crescimento (13%), embora menor que a realizada pelos municípios beneficiados. Esta maior oferta de bens coletivos oriundos do Governo Estadual e Federal, juntamente com os recursos dos municípios, corrobora para uma maior oferta de procedimentos.

Os incentivos seletivos proporcionados aos municípios consorciados se configuram em uma série de procedimentos, através do Centro Regional de Especialidades (CRE), que de acordo com o CISCOPAR (2013a) são realizados os seguintes programas:

- Programa de Atendimento das Especialidades;
- Programa de Atendimento Fora do Domicílio (TFD);
- Unidade de Coleta e Transfusão (UCT) ou Banco de Sangue;
- Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Assistência Especializada (CTA/SAE), o qual realiza ações de prevenção de DST/HIV/AIDS e hepatites virais bem como o acompanhamento de pacientes com estas doenças;
- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);

- Laboratório de Análises Clínicas e Análises das Águas;
- Programa de Ostomia;
- Programa de Diminuição da Mortalidade Infantil;
- Projeto Olhar Brasil;
- Manutenção de um Ônibus Linha Saúde;
- Linha Saúde Curitiba;
- Programa Pensão CISCOPAR (CISCOPAR, 2013a).

Quando analisadas as despesas anuais do CISCOPAR em 2011, percebe-se que os recursos foram destinados principalmente: aos serviços de atendimento dos municípios (68,5%), atividades administrativas (13%), banco de sangue (5%), atendimento ambulatorial (4%), CTA/SAE (3%), CEO (3%), Laboratório de Análises Clínicas e das Águas (2%), Programa de Diminuição da Mortalidade Infantil (1%) e Manutenção de um Ônibus Linha Saúde entre outros (0,5%).

Para atender a demanda dos 18 municípios consorciados, o CISCOPAR contava, em 2011, com uma equipe de 65 funcionários e aproximadamente 442 prestadores de serviço entre Médicos, Clínicas, Hospitais, Laboratórios e Óticas (CISCOPAR, 2012a).

Dentre os diversos procedimentos que são efetuados através do consórcio, os de maior complexidade foram os que tiveram maior demanda em 2011, isto devido ao alto custo e dificuldade para ser ofertado de forma exclusiva nas cidades menores. Os cinco procedimentos mais demandados no ano de 2011 somaram 75%, sendo: diagnóstico por laboratório clínico (25%); fisioterapia (21%);

consultas especializadas (17%); métodos diagnósticos em especialidades (7%) e diagnóstico por radiologia

(6%). Assim, o total de procedimentos realizados foi de 123.376, conforme a Figura 3.

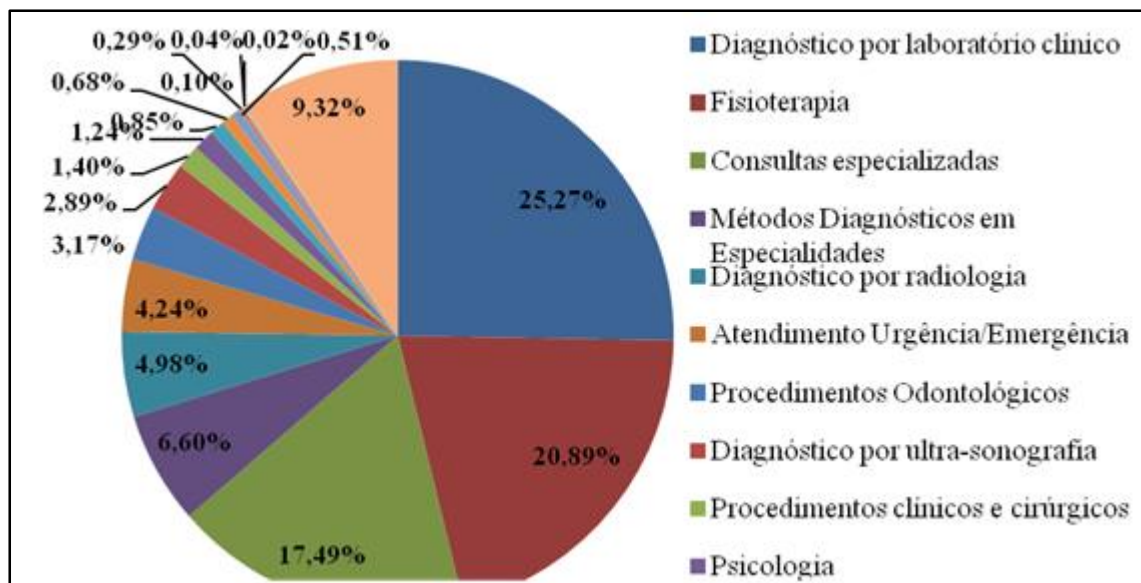


Figura 3 - Quantidade de procedimentos fornecidos pelo CISCOPAR – 2011
Fonte: CISCOPAR (2012a). *Prestação de Contas*. Recuperado em 23 janeiro, 2013, de <http://www.ciscopar.com.br/Siteciscopar/Portal/noticias/portal.html>.

Os procedimentos elencados na Figura 3 tiveram um custo total de R\$ 8.580.382,04, sendo que, conforme já salientado, parte deste valor é compensado pelo SUS e o restante aferido dos municípios. Dentre os procedimentos realizados, os que apresentaram maiores custos de produção foram as consultas especializadas (19%), seguidas dos atendimentos de urgência/emergência (12%), procedimentos clínicos e cirúrgicos (11%), diagnóstico por ultrassonografia (9%), e diagnósticos por laboratório clínico (7%) (CISCOPAR, 2012a).

Pelo exposto, pode-se inferir que a ação coletiva desenvolvida pelo CISCOPAR possibilitou otimizar estruturas físicas e equipamentos, concentrar um maior aporte de capital humano, alocar maiores montantes financeiros e facilitar o acesso aos serviços de saúde para um maior número de pessoas. A viabilização por meio do consorciamento dos municípios aos diversos programas de atendimento a população com parcerias entre o governo federal e estadual representaram efetivas mudanças de ações comprometidas com a população.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados no estudo do consórcio CISCOPAR demonstram que por meio da ação coletiva, os municípios conseguem se estruturar melhor e formar um grupo de pressão para obtenção de benefícios junto ao Estado e ao Governo Federal,

resultando numa maior oferta de incentivos seletivos aos municípios e, de forma direta e indireta, proporcionar melhores índices de qualidade de vida para toda a população da região.

Por meio do consorciamento os municípios conseguem aferir ganhos de escala na provisão dos incentivos seletivos. Isto ocorre porque os municípios de pequeno porte, de forma isolada, não teriam condições para ofertar uma mescla tão grande de serviços, de média e alta complexidade, tal como a necessidade da sua população.

A área de abrangência do Consórcio, de modo geral, apresentou condições socioeconômicas melhores que a média estadual ou nacional, sendo que, as taxas de mortalidade infantil e o número de internações hospitalares vêm se reduzindo, enquanto que a esperança de vida ao nascer vem crescendo. Pode-se inferir, portanto, que estes resultados positivos estão em grande parte vinculados à melhoria das condições de saúde da população atendida pelo CISCOPAR.

A partir dos aspectos demográficos constatou-se que o grupo de municípios não apresenta características homogêneas. Assim, cada município necessita de incentivos seletivos diferenciados, de acordo com as mais diversas necessidades.

Por fim, pode-se dizer que a referida associação é uma ação coletiva que se utiliza dos meios institucionais como forma de eliminar possíveis *free riders*. Tais métodos de retaliação, juntamente com os incentivos seletivos positivos oferecidos,

contribuem efetivamente para inibir a presença dos municípios inadimplentes, fator relevante para a sustentabilidade da ação coletiva no longo prazo.

REFERÊNCIAS

Botti, C. S. (2010) *Avaliação do processo de implementação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da região do Teles Pires*. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília, Brasil.

Brasil (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Recuperado em 02 janeiro, 2013, de <http://censo2010.IBGE.gov.br/>

Brasil (1997). Ministério da Saúde. *O consórcio e a gestão municipal em saúde*. Recuperado em 17 janeiro, 2013, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_14.pdf

Brasil (2014). Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). *Morbidade Hospitalar do SUS*. Recuperado em 08 julho, 2014, de www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203

Brito, Carlos. (2001). *Towards an institutional theory of the dynamics of industrial networks*. *Journal of Business & Industrial Marketing*. v. 16, n. 3, p. 150-166.

Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (2012a). *Prestação de Contas*. Recuperado em 23 janeiro, 2013, de <http://www.ciscopar.com.br/Siteciscopar/Portal/noticias/portal.html>

Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (2012b). *Regimento interno: primeira alteração*. Recuperado em 23 janeiro, 2013, de www.ciscopar.com.br/Siteciscopar/Portal/Arquivos/reg1.pdf

Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (2013a). Recuperado em 05 janeiro, 2013, de <http://www.CISCOPAR.com.br/SiteCISCOPAR/Portal/index.html>

Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (2013b). *Municípios consorciados*. Recuperado em 31 janeiro, 2013, de

<http://www.ciscopar.com.br/Siteciscopar/Portal/Submenu/consorcio.html>

Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (2014). *Estatuto Social: quinta alteração*. Recuperado em 07 julho, 2014, de www.ciscopar.com.br/Siteciscopar/Portal/Arquivos/estatuto5.pdf

Grandori, Anna and Soda, Giuseppe. (1995). *Inter-firm networks: antecedents, mechanisms and forms*. *Organization Studies*. v. 6, n. 2, p. 183-214.

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (2010). Recuperado em 08 janeiro, 2010, de <http://www.IPARDES.pr.gov.br/imp/index.php>

Lei n. 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Brasil. Recuperado em 16 janeiro, 2013, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

Lei n. 11.107, de 6 de Abril de 2005 (2005). Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Brasil. Recuperado em 18 janeiro, 2013, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004/2006/2005/Lei/L11107.htm

Lima, A. P. G. de (2000, Outubro/Dezembro). Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (4) pp. 985-996. Recuperado em 22 janeiro, 2013, de <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v16n4/3602.pdf>

Machado, J. A. (2010, Janeiro/Junho). Ação coletiva e provisão de bens públicos por meio de formas consorciadas entre governos locais: os consórcios intermunicipais de saúde no Brasil. *Revista Teoria e Sociedade*, 18(1), p. 144-165.

Maia L. de A., Marques A. J. de S., Pereira e Lima (2011, 25-27 maio). Os Consórcios Intermunicipais de Saúde como Instrumentos para a Administração Pública: a Experiência do Sus-MG. *Anais do IV Congresso Consad de Gestão Pública*. Brasília, DF, Brasil.

Mattos, E., Rocha, F., Novaes, L., Arvate, P., & Orellano, V. (2009 Maio/Agosto) Economias de escala na oferta de serviços públicos de saúde: um

- estudo para os municípios paulistas. *Economia*, Brasília(DF), v.10, n.2, p.357-386, Recuperado em 30 janeiro, 2013, de http://www.anpec.org.br/revista/vol10/vol10n2p357_386.pdf
- Nassar, A. M. (2001). *Eficiência das associações de interesse privado: uma análise do agronegócio brasileiro*. São Paulo: FEA/USP.
- Nicolleto, S. C. S., Cordon, L. Jr. & Costa, N. do R. (2005, janeiro/fevereiro). Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Brasil, 21(1), 29-38.
- Olson, M. (1999). *A lógica da ação coletiva: os benefícios públicos e uma teoria dos grupos sociais*. São Paulo: Edusp.
- Ostrom, E. (2007) *Collective action and local development processes*. Sociologica. Bologna.
- Palos, A. G. C. e. (2006). *Criação de Municípios, eficiência e produtividade na provisão de serviços públicos locais: um estudo não-paramétrico*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasil.
- Prates, Â. M. Q. (2010, 15-17 de março). Os consórcios públicos municipais no Brasil e a experiência européia: alguns apontamentos para o desenvolvimento local. *Anais do III Congresso Consad de Gestão Pública*. Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 30 janeiro, 2013, de <http://www.consad.org.br/sites/1500/1504/00001831.pdf>
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2013). *Atlas do Desenvolvimento Humano - 2013*. Recuperado em 06 julho, 2014, de <http://www.atlasbrasil.org.br/2013>
- Pindyck, R. S., & Rubinfeld, D. L. (2006). *Microeconomia*. (6a ed.) São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Provin, C. (2012). *Consórcios Intermunicipais: uma alternativa para a gestão pública em saúde no Rio Grande do Sul*. Especialização de Gestão em Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Ribeiro, J. M., & Costa, N. do R. (2000) *Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado em 16 janeiro, 2013, de <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/84/166>.
- Sachs, Ignacy. (2003). *Inclusão social pelo trabalho: desenvolvimento humano, trabalho descente e futuro dos empreendedores de pequeno porte*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Sandler, Todd. (2004). *Global Collective Action*. University of Southern California: Cambridge.
- Teixeira, L. da S. (2007) *Ensaio sobre consórcios intermunicipais de saúde: financiamento, comportamento estratégico, incentivos e economia política*. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007. Recuperado em 22 janeiro, 2013, de http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/3426/ensaios_consortio_teixeira.pdf?sequence=1
- Teixeira, L., Dowell, M. C. M., & Bgarin, M. (2002) *Consórcios intermunicipais de saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos*. [Texto para discussão, n. 893]. Brasília, DF: IPEA. Recuperado em 02 fevereiro, 2013, de http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0893.pdf
- Viana, A., Ibañez, N., Elias, P. E. M., Lima, L. D. de, Albuquerque, M. V. De, & Iozzi, F. L. (2008 janeiro/junho). Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 92-106.