

**INCENTIVOS SELETIVOS POR MEIO DO CONSÓRCIO  
INTERMUNICIPAL DE SAÚDE COSTA OESTE DO PARANÁ**  
SELECTIVE INCENTIVES THROUGH THE INTER-MUNICIPAL HEALTH  
CONSORTIUM OF THE WEST COAST OF PARANA STATE

Gracieli Aparecida Wolfart<sup>1</sup>  
Geisiane Michelle da Silva<sup>2</sup>  
Carla Maria Schmidt<sup>3</sup>

**RESUMO**

Os consórcios, em sua grande maioria, foram criados para suprir as necessidades específicas de oferta de serviços de saúde nos municípios, ou como forma de regionalizar a organização da saúde. Os consórcios intermunicipais de saúde, por meio dos ganhos de escala, permitem aos municípios de pequeno porte proporcionar à população um atendimento de maior densidade tecnológica. O objetivo deste trabalho foi avaliar o impacto do Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR) na provisão de incentivos seletivos aos entes consorciados. Para tanto, foram utilizados dados secundários de *sites* oficiais, tornando-se possível constatar que, por meio de ações coletivas, os municípios conseguem estruturar-se e formar um grupo de pressão para os governos Estadual e Federal para adquirir maiores benesses à população. De forma isolada, os municípios não teriam condições de ofertar uma mescla tão grande de serviços para a população, principalmente em serviços de média e alta complexidade.

**Palavras-chave:** Consórcios; Incentivos Seletivos; Saúde; Municípios.

**ABSTRACT**

Most healthcare consortiums are created in order to be able to provide healthcare services in towns or as a form of regionalizing the organization of healthcare. The formation of consortiums among towns and districts through economies of scale enable small towns to provide more services that require high levels of technology. This study was conducted to evaluate the impact of the Inter-municipal Health Consortium of the West Coast of Paraná State (CISCOPAR) on the provision of selective incentives to its members. For this purpose, secondary data from official websites were used, which showed that, through collective actions, the towns are able to organize themselves and form a pressure group to lobby the State and Federal governments to obtain greater benefits for the population. On their own, these towns would not be able to offer such a wide range of services, especially more complex services.

**Key words:** Consortiums; Selective Incentives; Health; Towns.

Recebido 12/05/2013; Aceito 30/06/2013

---

<sup>1</sup> Mestranda em Desenvolvimento Regional e Agronegócio pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). E-mail: gracieliwolfart@hotmail.com.

<sup>2</sup> Mestranda em Desenvolvimento Regional e Agronegócio pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). E-mail: geisiane.michelle@hotmail.com.

<sup>3</sup> Doutora em Administração pela Universidade de São Paulo (FEAUSP). Professora do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Agronegócio da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE).

## **1 Introdução**

Os consórcios públicos apresentam-se como uma nova forma descentralizada de gestão pública. O consórcio é uma forma voluntária de organização, firmada entre governos, com a finalidade de atingir objetivos comuns, por meio da soma de esforços e articulação de recursos físicos, financeiros e tecnológicos, de forma a proporcionar soluções para os problemas compartilhados (BOTTI, 2010).

Segundo Ribeiro e Costa (2000), 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 com maior densidade tecnológica e que necessitam de escalas não compatíveis com as prefeituras isoladamente.

Para a formação de um consorciamento, é necessária cooperação para atingir um objetivo único. Essa cooperação pode ser organizada de forma horizontal, como é o caso das instituições que estão no mesmo plano, representando a cooperação entre os municípios. E a organização vertical, como é o caso de instituições de planos diferentes que cooperam entre si, como a cooperação entre as instâncias municipal, estadual e federal (BATISTA, 2011).

A cooperação é essencial para a formação e progressão dos consórcios públicos, que se disseminaram em diversas áreas, como, por exemplo, na gestão de recursos hídricos, desenvolvimento sustentável, saúde, etc. Entretanto, no setor de saúde, tiveram um impacto mais significativo. Os consórcios difundiram-se rapidamente nas regiões que possuíam condições políticas e técnicas favoráveis, como as regiões Sul e Sudeste (MACHADO, 2010).

No Paraná, existem cerca de 25 consórcios públicos, sendo 24 na área de saúde e apenas um na área de meio ambiente (BATISTA, 2011). Dentre esses consórcios, destaca-se o Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR), fundado em 1993 e composto por 18 municípios da Região Oeste do Paraná, pertencentes à 20ª regional de saúde de Toledo, com o objetivo de promover ações de saúde pública assistenciais e prestar serviços especializados de média e alta complexidade (CISCOPAR, 2012b).

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é analisar o impacto do CISCOPAR em relação à provisão de incentivos seletivos para a população dos municípios consorciados. Este artigo está dividido em cinco sessões, incluindo a presente introdução. Na segunda sessão, será apresentada uma discussão sobre o processo de descentralização pública e a formação dos consórcios. Na terceira, é realizada uma discussão sobre a Teoria da Ação Coletiva, e o provimento de incentivos seletivos por parte dos grupos. A quarta sessão apresenta a metodologia utilizada para cumprir o objetivo deste estudo, e a quinta mostra os resultados e as discussões quanto à oferta de incentivos seletivos positivos provenientes do consórcio. Por fim, na sexta sessão, as considerações finais encerram o trabalho.

## **2 Descentralização pública e a formação dos consórcios no Brasil**

Como descentralização entende-se um processo político que resulta em transferência e/ou conquista de autonomia em termos de poder decisório, sendo diferente, portanto, da mera delegação de funções administrativas (ABRUCIO; SOARES, 2001).

A partir da reforma do Estado no Brasil, a questão da descentralização política retomou a pauta de discussões, como forma de reação ao antigo regime militar, que preconizava organizações hierárquicas federativas. A proposta da descentralização passou a

ser requisito para a organização do Estado, pautado numa forma distributiva de poder. Nesse sentido, o Município teve sua autonomia fortalecida como gestor das políticas públicas (ROCHA; FARIA, 2004).

Apesar de a descentralização ter sido encarada, após o regime autoritário que se instaurou no país entre 1964 a 1982, como um meio para a efetivação da democratização e de acesso às políticas universais, Abrucio e Soares (2001) alertam que, como muitas outras políticas, apresenta vantagens e desvantagens.

No Brasil, as características favoráveis ao processo de descentralização aparecem numa maior racionalização e democratização das políticas públicas, e por isso foram criados os conselhos setoriais, as maneiras de participação orçamentária, a democratização da gestão escolar, entre outros experimentos. Entre os pontos negativos, destaca-se a formação de elites regionais e a competição por parte dos federados, agindo de forma intergovernamental pouco colaborativa (ROCHA; FARIA, 2004).

Paralelamente aos esforços para promover a descentralização nas décadas de 1980 e 1990, o Brasil passou por algumas experiências de cooperação intermunicipal de forma independente ou induzida pelo governo do estado ou pelo governo federal. Essas formas de cooperação tinham o objetivo de promover o “desenvolvimento regional, a preservação ambiental e a ampliação da capacidade dos municípios de atender às demandas locais e de responder a outros constrangimentos relativos à provisão de bens e serviços públicos” (ROCHA; FARIA, 2004, p. 2).

Cabe ao município, que está mais próximo do cidadão, a autonomia para executar as políticas públicas. O problema maior é que nem todos os municípios possuem condições técnicas e financeiras para executar a contento as suas obrigações. É nesse patamar que é exigida uma cooperação maior entre as mais diversas instâncias governamentais (RIBEIRO, 2007).

Ao lado da defesa da autonomia em si, também se encontra presente no discurso tradicional do federalismo brasileiro a preocupação de que os recursos sejam descentralizados entre os entes da Federação, de forma a que estados e municípios tenham recursos suficientes para executarem a contento suas respectivas competências (RIBEIRO, 2007, p. 12).

Devido à complexidade de atuação das políticas públicas na sociedade moderna, é necessário haver colaboração entre os diferentes entes da federação. Neste caso, o ente federado assume o papel de fornecedor de recursos para o município, enquanto o último assume o papel de executor da política social de acordo com a demanda da população (RIBEIRO, 2007).

A legislação que regulamenta a cooperação entre os entes federados, de modo a fornecer meios legais que viabilizam a formação dos consórcios, foi sendo aprimorada ao longo dos anos. Um estudo realizado por Ribeiro (2007) descreve essa trajetória, cujos principais marcos institucionais foram:

- a) entre 1891 a 1937, os consórcios eram contratos firmados entre os municípios cujo funcionamento dependia da aceitação do Estado;

- b) em 1937, os consórcios (“associações de municípios”) são aceitos pela Constituição como pessoas jurídicas de direito público;
- c) em 1961, forma-se o Banco Regional de Desenvolvimento do Extremo Sul (BRDE), a primeira autarquia interfederativa brasileira;
- d) de 1964 a 1988, foram criados os consórcios administrativos, que não passam de pactos de colaboração sem personalidade jurídica;
- e) de 1988 em diante houve a formação de vários consórcios. Em 2001, já existiam 1969 consórcios no país;
- f) em 1998, a Emenda Constitucional nº 19 deu nova redação ao Art. 241 da Constituição, introduzindo os conceitos de consórcio público e de gestão associada de serviços públicos;
- g) em 2005, cria-se a Lei de Consórcios Públicos;
- h) Em 2007, a Lei de Consórcios Públicos foi regulamentada pelo Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro.

De acordo com Ribeiro (2007), a lei dos consórcios públicos trata-se de um marco das relações institucionais federativas, uma vez que foi a primeira lei que delega instrumentos para a cooperação federativa.

Desta forma, as soluções institucionais possibilitaram um melhor funcionamento dos consórcios, permitindo que, por meio destes, a população possa ter “acesso a serviços de saúde de maior complexidade tecnológica com economia de escala” (MACHADO, 2010, p. 145). Ao serem produzidas economias de escala pelo arranjo institucional em consórcio, torna-se possível aos municípios de pequeno porte oferecerem à população procedimentos com maior densidade tecnológica (MACHADO, 2010).

### **3 A teoria da ação coletiva e os incentivos seletivos**

A formação de um consórcio municipal muitas vezes é impulsionada por uma iniciativa voluntária ou induzida, na qual são construídas condições sinérgicas entre os prefeitos voltadas à cooperação. A cooperação se traduz em esforços para suprir limitações individuais dos municípios, como a obtenção de recursos financeiros, tecnológicos e humanos para a execução das mais variadas funções (ROCHA; FARIA, 2004).

Segundo Hardin (1994 apud NASSAR, 2001), a ação coletiva se refere às atividades que requerem a coordenação de esforços de dois ou mais indivíduos. Podem ser definidas como interações sociais que envolvem um grupo de indivíduos procurando interesses comuns que requerem ações conjuntas e que podem ser alcançadas coletivamente, e não individualmente.

Apesar de a cooperação ser um fator primordial para a formação dos consórcios, o fato de estes 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).

Sandler (1995) e Olson (1971) (apud NASSAR, 2001) propõem duas estratégias para minimizar os problemas da ação coletiva: incentivos seletivos e desenho de arranjos institucionais.

As soluções institucionais criadas para eliminar a possibilidade da existência de beneficiários não contribuintes buscam excluir os cidadãos dos municípios não contribuintes do acesso aos bens e serviços proporcionados pelo consórcio. Assim, foram criadas regras institucionais para que o número de beneficiários seja o mesmo que o de contribuintes, de modo a bloquear o comportamento de caronas ou *free riders*.

Sem tais regras, os municípios não participantes ou inadimplentes desfrutariam dos mesmos benefícios dos participantes que colaboram, o que reduziria os incentivos à participação e continuidade da contribuição dos municípios contribuintes (MACHADO, 2010).

Desta maneira, são criados incentivos seletivos negativos (retaliação aos inadimplentes) e incentivo seletivos positivos (ofertas de bens e serviços para os consorciados que contribuem). De acordo com Olson (1999), o problema das ações coletivas aumenta à medida que o grupo torna-se maior, pois:

quando uma parceria tem muitos membros, o parceiro individual nota que seu próprio esforço ou contribuição não afetará muito o desempenho grupal e espera obter sua parcela preestabelecida dos ganhos tanto se contribuir quanto se não contribuir com tudo o que poderia ter contribuído. Os ganhos de uma parceria em que cada parceiro obtém uma parte preestabelecida do retorno dos esforços grupais são um benefício coletivo para os membros da parceria, e quando o número de parceiros aumenta, o incentivo que cada um deles tem para trabalhar diminui (OLSON, 1999, p. 4).

Segundo Olson (1999), os grupos pequenos são relativamente mais eficientes e mais duráveis que os grupos grandes, de acordo com a lógica da ação coletiva. Os grandes grupos de interesse só vão permanecer se produzirem incentivos seletivos, positivos ou negativos, ambos com o intuito de eliminar o problema do carona. Nesse sentido, os incentivos seletivos positivos são benefícios privados que podem ser oferecidos somente aos contribuintes. Enquanto que os incentivos negativos são retaliações para os indivíduos que não contribuem, ou seja, deixam de arcar com o custo de produção dos bens coletivos (NASSAR, 2001).

Olson (1999) também relata que a pressão social e os incentivos econômicos e sociais (por exemplo, prestígio, moral, etc.) geralmente funcionam com mais eficácia nos grupos pequenos. A não ser nos casos de entes federados que se organizam em pequenos subgrupos, neste caso os incentivos sociais podem ser perfeitamente utilizados para promover uma ação grupal:

[...] se a organização central ou federativa prover algum serviço para as pequenas organizações constituintes, estas poderão ser induzidas a utilizar seus incentivos sociais para fazer com que os membros de cada grupo contribuam para a consecução das metas coletivas do todo

grupal. Portanto, as organizações que empregam incentivos sociais seletivos para mobilizar um grupo latente interessado em um benefício coletivo têm de ser federações de grupos menores (OLSON, 1999, p. 12).

A ação descentralizada em subgrupos é uma forma de obter maior eficiência na provisão dos bens coletivos, o que vai de encontro com a formação dos consórcios nos municípios. As falhas coletivas podem ser superadas por meio de incentivos seletivos (estímulos privados) e desenhos institucionais, que criam regras para eliminar os municípios inadimplentes e incentivem a adesão dos contribuintes.

## 4 Metodologia

Esta pesquisa caracteriza-se por um estudo de caso de caráter descritivo exploratório. Para a realização do estudo, foram utilizados dados secundários, extraídos de referenciais bibliográficos e de *sites* oficiais, como o do Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR), Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

### 4.1 Caracterizações da área de estudo

Os municípios que integram o CISCOPAR fazem parte de uma mesma configuração geográfica, a microrregião de Toledo, inserida na mesorregião do Oeste Paranaense e pertencente ao Terceiro Planalto Paranaense (IBGE, 2002).

Dos 21 municípios que abrangem a microrregião de Toledo, apenas 18 integram o CISCOPAR, integrando também a 20ª Regional de Saúde: 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 (CISCOPAR, 2012a).

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 (IBGE, 2010). Em relação à distribuição dessa população, 33% dos municípios tinham mais de 20 mil habitantes, com destaque para Toledo, sede do consórcio, ocupado por 119 mil pessoas, enquanto que 67% dos municípios apresentaram populações inferiores a 20 mil habitantes, indicando o predomínio de cidades de baixa densidade demográfica (IBGE, 2010). Desta forma, é predominante na região municípios com populações pequenas e dispersas.

Com exceção do município de Mercedes, todos os demais apresentaram taxas de urbanização acima de 50%, com destaque para a cidade de Toledo (90,74%). A distância média desses municípios para a cidade sede do Consórcio é de 55 km. Sendo Ouro Verde do Oeste o mais próximo, com cerca de 22 km de percurso até Toledo, e o mais distante, Guaíra, cuja distância é de aproximadamente 106 km (IPARDES, 2013).

Dentre as cidades consorciadas, Toledo concentra o maior PIB a Preços Correntes (R\$ 2.455.159), seguido por Marechal Cândido Rondon (R\$ 1.045.073) e Palotina (R\$ 950.605)

(IPARDES, 2013). A média da distribuição do Índice de Gini da renda domiciliar *per capita* entre os municípios consorciados (0,47) é inferior à média do Estado do Paraná (0,54) (IPARDES, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio dos municípios integrantes do consórcio (0,796) também é superior ao do Estado do Paraná (0,787) e ao do Brasil (0,76) (PNUD, 2003). O município de Quatro Pontes apresenta o maior IDH-M (0,851) e o menor índice de pobreza (7,92) da região do consórcio, além de estar entre os cinco melhores no PIB *per capita*. A taxa de mortalidade infantil na área de abrangência do CISCOPAR reduziu aproximadamente 50% nos últimos dez anos, de 14,4 em 2000 caiu para 7,2 em 2010, enquanto que a média do Paraná em 2010 foi relativamente superior, aproximadamente 12 óbitos para cada mil nascidos vivos (IPARDES, 2013).

## 5 Incentivos seletivos

Conforme a Teoria dos Clubes (1965 apud NASSAR, 2001), a formação dos grandes grupos acontece porque os membros conseguem partilhar de custos de produção e de benefícios exclusivos, argumento que corrobora com Olson (1971 apud NASSAR, 2001), quando afirma que os grandes grupos somente sobrevivem com o provimento de incentivos seletivos negativos e/ou positivos.

No âmbito dos consórcios, os incentivos seletivos negativos estão, de maneira geral, previstos no Estatuto Social do CISCOPAR, no qual constam cláusulas restritivas, de forma a eliminar a permanência de municípios que não contribuam de forma adequada, tanto financeira quanto aos que não cooperarem para o espírito associativo (CISCOPAR, 2012a). Neste sentido, o CISCOPAR permanece, desde sua fundação até os dias atuais, com o quadro de consorciados invicto, não havendo necessidade de adotar medidas de punição.

Os incentivos seletivos positivos provêm tanto dos bens coletivos, por meio de ações para a melhoria da saúde da população, quanto do processo de negociação financeira com os governos Estadual e Federal.

As transferências da união por meio do SUS representaram 22% do valor arrecadado em 2011, enquanto que as transferências do Estado configuram em cerca de 1%. A maior parte da origem dos recursos para o financiamento do consórcio provém de forma direta dos municípios, cujas transferências em 2011 totalizaram R\$ 8.979.970,68 (CISCOPAR, 2011a). Os demais valores (5%) representam as transferências de convênio, indenizações, restituições, receitas de patrimônio e de serviços.

Dentre os diversos procedimentos que são efetuados pelo consórcio, os de maior complexidade foram os que tiveram maior demanda em 2011 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% dos serviços efetuados: diagnóstico por laboratório clínico (25%), fisioterapia (21%), consultas especializadas (17%), métodos diagnósticos em especialidades (6%) e diagnóstico por radiologia (6%) (CISCOPAR, 2011a).

Para atender à 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, 2011a).

A estrutura organizacional básica do consórcio é composta pela Assembleia Geral (Conselho de Prefeitos), Diretoria Executiva, Conselho Fiscal, Conselho de Secretários Municipais e Secretaria Executiva (CISCOPAR, 2012a). Atualmente, o CISCOPAR é presidido por José Carlos Mariussi, prefeito de Tupãssi, enquanto que a vice-presidência é coordenada por Nelton Brum, atual prefeito de São José das Palmeiras, juntamente com seis prefeitos de municípios consorciados, formando os conselhos fiscais (três titulares e três suplentes).

As formas de incentivos seletivos positivos, por meio das transferências dos municípios, juntamente com as receitas dos governos Estadual e Federal, corroboram para uma maior oferta dos bens coletivos. No âmbito do CISCOPAR, esses bens coletivos se configuram uma série de procedimentos, por meio do Centro Regional de Especialidades (CRE), com o atendimento do(a): Programa de Atendimento das Especialidades, Programa de Atendimento Fora do Domicílio (TFD), Unidade de Coleta e Transfusão (UCT) – Banco de Sangue –, Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Assistência Especializada (CTA/SAE); 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, assim como a Linha Saúde Curitiba e o Programa Pensão CISCOPAR (CISCOPAR, 2011b).

### **5.1 Unidade de Coleta e Transfusão (UCT) – Banco de Sangue**

Para os serviços de Coleta e Transfusão de Sangue (UCT), o CISCOPAR gerencia uma unidade específica de atendimento na cidade de Toledo, em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado (SESA), atendendo aos 18 municípios pertencentes à 20ª Regional de Saúde (CISCOPAR, 2011b).

A UCT de Toledo presta atendimento hematológico e suporte hemoterápico. Em 2011, a UCT realizou 7.831 cadastros de doadores de sangue, dos quais 6.106 foram efetivamente coletados. Entre 2008 e 2011, houve um acréscimo de aproximadamente 32% no número de coletas de sangue (CISCOPAR, 2011b).

Em 2012, o CISCOPAR promoveu o Programa de Captação de Doadores de Sangue, com ações para o Projeto de Formação de Grupos Fidelizados de Doadores de Sangue, assim como o Projeto Doador do Futuro, com a intenção de conscientizar e informar os alunos nas escolas de ensino Fundamental e Médio (CISCOPAR, 2011b).

### **5.2 Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Assistência Especializada**

O Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Assistência Especializada (CTA/SAE) é um programa de ação continuada na área de DST/HIV/AIDS e hepatites virais. O programa está vinculado ao CISCOPAR, atendendo os municípios com a realização de coletas, aconselhamento, acompanhamento, consultas, vacinação, prevenção, tratamento e acompanhamento psicológico, entre outras ações necessárias (CISCOPAR, 2011b).

O CTA/SAE é destinado também ao atendimento e acompanhamento de pacientes que passaram por exposição ocupacional a material biológico, de forma a prevenir o risco de contaminação de profissionais pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e pelos vírus das hepatites B e C. Uma vez que esse tipo de exposição é um dos mais preocupantes dentre



as infecções ocupacionais aos profissionais da saúde. O número de casos de acidentes de trabalho em 2010 chegou a 91 pessoas, e em 2011 esse número já diminuiu cerca de 15% (CISCOPAR, 2011a).

Dentre os serviços prestados pela CTA/SAE, os exames foram os mais procurados, com aproximadamente 120% de crescimento, sendo realizados 2.700 atendimentos em 2011, seguidos pelos atendimentos médicos, com 1.764 consultas em 2011, e atendimentos psicológicos, 1.926 registros nesse mesmo ano. A dispensação de medicamentos permaneceu na média de 200 atendimentos, enquanto que os testes rápidos obtiveram 45% de crescimento entre 2010 e 2011, chegando a 467 testes realizados no último ano (CISCOPAR, 2011a).

Em 2011, o consórcio realizou o acompanhamento de 315 pacientes adultos e 7 crianças para HIV/AIDS, bem como o tratamento de 215 pacientes adultos (CISCOPAR, 2011a). Para hepatite, havia 96 casos em acompanhamento em 2011, sendo 76 casos de hepatite B e 19 de hepatite C, além de 2 pacientes com tratamentos medicamentosos (CISCOPAR, 2011a).

No laboratório clínico, em 2011 o CISCOPAR realizou 54.665 procedimentos, sendo a maior parte para sífilis (21%), HIV (21%), exames de HBsAg (19%) e toxoplasmose (15%). Cerca de 21% dos exames são encaminhados ao Laboratório Central do Estado (LACEN) de Curitiba ou de Foz do Iguaçu para análises de maior complexidade (CISCOPAR, 2011a).

### **5.3 Centro de Especialidades Odontológicas**

A partir da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, com o Programa Brasil Sorridente, intensificou-se a atenção básica para a saúde bucal da família. Além de permitir a qualificação para a atenção especializada, por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Possibilitou também uma maior ação pela adição de flúor nas estações de tratamento de águas e de abastecimento público (BRASIL, 2006).

O Centro de Especialidades Odontológicas, no município de Toledo, iniciou suas atividades no ano de 2006, juntamente com o CISCOPAR, fornecendo serviços de baixa e média complexidade. No primeiro ano, o CEO realizou 1.126 atendimentos, e em 2011 esse número chegou a 14.217 registros. Dos procedimentos realizados, os que apresentaram maior demanda em 2011 foram na área de: endodontia (25%), cirurgia (23%), periodontia (23%), pacientes especiais (15%) e realização de próteses (14%). Os municípios que mais recorreram a esses procedimentos se constituem respectivamente pela sede de Toledo (49%), Guaíra (9%), Palotina (6%), Mercedes (6%) e São Pedro do Iguaçu (5%) (CISCOPAR, 2011a).

Anexo ao CEO encontra-se disponível o Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), que produziu em 2011 cerca de 1088 próteses totais (PT) e 892 próteses parciais removíveis (PPR) aos pacientes dos municípios consorciados de forma gratuita, através de parceria com o SUS (CISCOPAR, 2012)[16].

#### **5.4 Laboratório de Análises de Água**

A partir do Laboratório de Análises de Água do CISCOPAR, sediado na 20ª Regional de Saúde, em Toledo, são realizados serviços de análises clínicas, como coletas da água para consumo humano e análises de Turbidez, Flúor, Coliformes Totais e *Escherichia Coli* (CISCOPAR, 2011b).

Em 2011, o laboratório realizou 4.062 análises, cerca de 63% microbiológicas, 12% de coliformes totais positivos, turbidez 11%, flúor 11% e 3% de *Escherichia Coli* positivo (CISCOPAR, 2011a).

#### **5.5 Ônibus Linha Saúde e Pensão**

Por meio de um convênio com a Secretaria de Saúde do Estado (SESA), o CISCOPAR utiliza dois micro-ônibus para possibilitar uma forma mais rápida de transporte aos pacientes dos municípios até os locais de atendimento especializado.

Os micro-ônibus são cedidos a todas as cidades consorciadas para o transporte de pacientes dentro ou fora da área de abrangência da 20ª Regional de Saúde, no prazo limite de quinze dias para cada cidade (CISCOPAR, 2011b).

O CISCOPAR gerencia também o “Programa Linha Saúde Curitiba”, que consiste no transporte de ida e volta de ônibus aos pacientes e acompanhantes dos 18 municípios consorciados para a capital do Paraná e alguns municípios da região metropolitana, encaminhados via Tratamento Fora do Domicílio (TFD) (CISCOPAR, 2011b).

Nos primeiros nove meses de 2011, o CISCOPAR já havia fornecido 13.372 passagens por meio do programa, sendo a maior parte disponibilizada ao município de Toledo (40%). As demais passagens foram destinadas principalmente a Marechal Cândido Rondon (10%), Santa Helena (10%), Guaíra (8%), Terra Roxa (6%) e São José das Palmeiras (4%), enquanto os demais municípios utilizaram entre 3% a 1% do total de passagens concedidas (CISCOPAR, 2011b).

Complementando o “Programa Linha Saúde Curitiba”, o CISCOPAR criou também o “Programa Pensão CISCOPAR” para as pessoas que chegam para tratamento via Tratamento Fora de Domicílio (TFD) nos municípios de Campo Largo/PR, Campina Grande do Sul/PR e Curitiba/PR. Por meio de contratos terceirizados pelo CISCOPAR, são fornecidos aos pacientes e acompanhantes pensões com serviços de alojamento, alimentação e transporte (ida e volta) para os hospitais e clínicas localizados nessas cidades. A média estipulada pelo programa é de 12.100 pessoas atendidas anualmente (CISCOPAR, 2011b).

#### **5.6 Projeto Olhar Brasil**

O CISCOPAR, de forma conjunta com a 20ª Regional de Saúde, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, elaborou o “Projeto Olhar Brasil”, com o intuito de diminuir as taxas de evasão escolar decorrentes de dificuldades visuais e melhorar a qualidade de vida da população idosa.

Para isso, o CISCOPAR conta com o apoio dos professores da rede pública de educação básica (ensino fundamental), dos alfabetizadores do Programa Brasil Alfabetizado, e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esses profissionais desenvolvem ações de triagem dos alunos e das pessoas com idade igual ou acima de 60 anos para identificação, prevenção e tratamento de problemas visuais (CISCOPAR, 2011b).

A partir desses procedimentos, são distribuídos mensalmente 117 óculos, sendo 66 com lentes monofocais e 51 bifocais, em clínicas especializadas, para os 18 municípios que fazem parte do consórcio. O critério de recebimento dos óculos varia de acordo com o número de habitantes de cada cidade (CISCOPAR, 2011a).

### **5.7 Programa de ostomia e de diminuição da mortalidade infantil (HOESP)**

O CISCOPAR, juntamente com a Associação dos Ostomizados do Núcleo de Toledo, fornece suporte aos pacientes customizados. Em 2011, foram atendidos cerca de 270 pacientes dos 18 municípios. Além disso, são distribuídas em torno de 2,5 mil bolsas mensais (colostomia, ileostomia e urostomia), e dessa quantia o SUS auxilia mensalmente com aproximadamente 1.336 bolsas (CISCOPAR, 2011b).

A partir dos resultados apresentados, entende-se que a ação coletiva desenvolvida na microrregião de Toledo, especificamente na área da saúde, apresenta impactos positivos para a população inserida naquele entorno, ou seja, o CISCOPAR promove incentivos seletivos para a população dos municípios consorciados. Quanto a isso, evidencia-se que, apesar das dificuldades inerentes a uma ação coletiva, tais iniciativas apresentam potencial de ganhos coletivos.

### **6 Considerações finais**

Os resultados apontam que, a partir da ação coletiva desenvolvida, os municípios conseguiram estruturar-se e criar o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR). Coletivamente, conseguiram formar um grupo de pressão, para uma maior aquisição de benesses com os governos do Estado e Federal, o que resultou numa maior oferta de bens coletivos à população dos municípios e melhores índices de qualidade de vida para toda a região.

Após o início dessa ação coletiva em torno da saúde, a região como um todo passou a apresentar melhores condições socioeconômicas que a média estadual, de forma que as taxas de mortalidade infantil diminuíram em aproximadamente 50% nos últimos dez anos. Esses resultados positivos estão em grande parte vinculados à melhoria das condições de saúde, em cuja abrangência atua o CISCOPAR e a 20ª Regional de Saúde.

Por meio do consorciamento, tornou-se possível aos municípios aferirem ganhos de escala na provisão dos bens coletivos. Ressalta-se que estes, de forma isolada, não teriam condições de ofertar uma mescla tão grande de serviços, de média e alta complexidade, de acordo com as necessidades de sua população.

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando L.; SOARES, Márcia M. **Redes Federativas no Brasil: Cooperação intermunicipal no Grande ABC**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001.

BATISTA, Sinoel. **As possibilidades de implementação do consórcio público**. Brasília, DF: Caixa Econômica Federal, 2011. (Guia de Consórcios Públicos. Caderno v. 3).

BOTTI, Cristina Santos. **Avaliação do processo de implementação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da região do Teles Pires**. 2010. 143 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

CISCOPAR – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE COSTA OESTE DO PARANÁ. **Prestação de Contas de 2011**. 2011a. Disponível em: <<http://www.ciscopar.com.br/Siteciscopar/Portal/Arquivos/Apresentacaogeral.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2013.

CISCOPAR – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE COSTA OESTE DO PARANÁ. **Projetos CISCOPAR**, 19 dez. 2011b. Disponível em: <[http://www.ciscopar.com.br/arquivos/eventos\\_agenda\\_ver.php?id=113](http://www.ciscopar.com.br/arquivos/eventos_agenda_ver.php?id=113)>. Acesso em: 28 jul. 2013.

CISCOPAR – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE COSTA OESTE DO PARANÁ. **Estatuto Social: quarta alteração**, 2 mar. 2012a. Disponível em: <<http://www.ciscopar.com.br/Siteciscopar/Portal/Arquivos/estatuto.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2013.

CISCOPAR – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE COSTA OESTE DO PARANÁ. **Regimento interno: primeira alteração**, 9 mar. 2012b. Disponível em: <<http://www.ciscopar.com.br/Siteciscopar/Portal/Arquivos/reg1.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Área Territorial Oficial**. 10 out. de 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/resolucao.shtm>> Acesso em: 28 jul. 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br>> Acesso em: 29 jul. 2013.

IPARDES – INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Base de Dados do Estado**. Disponível em: <<http://www.ipardes.pr.gov.br/imp/index.php>>. Acesso em: 29 jul. 2013.

MACHADO, José Angelo. 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**, Minas Gerais, n. 18, parte 1, p. 144-165, jan./jun. 2010.

NASSAR, André Meloni. **Eficiência das associações de interesse privado**: uma análise do agronegócio brasileiro. São Paulo: FEA/USP, 2001.

OLSON, Mancur. **A lógica da ação coletiva**: os benefícios públicos e uma teoria dos grupos sociais. São Paulo: Edusp, 1999.

PNUD – PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO.

**Ranking do IDH dos Municípios do Brasil - 2003**. Disponível em:

<[http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH\\_Municipios\\_Brasil\\_2000.aspx?indiceAccordion=1&li=li\\_Ranking2003](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH_Municipios_Brasil_2000.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Ranking2003)>. Acesso em: 29 jul. 2013.

RIBEIRO, Wladimir António. **Cooperação Federativa e a Lei de Consórcios Públicos**. Brasília DF: CNM, 2007. 72 p.

RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 22, dez. 2000.

ROCHA, Carlos Vasconcelos; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **Cooperação intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo**: experiência dos consórcios de saúde em Minas Gerais. In: Encontro Nacional da ABCP, Rio de Janeiro, 2004.