



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIAIS APLICADAS - ICSA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

GLAUCIANE DA SILVA SOUZA

**CONSÓRCIOS PÚBLICOS: IMPLEMENTAÇÃO DO FEDERALISMO
COOPERATIVO NA MICRORREGIÃO DE MARACANAÚ**

REDENÇÃO CE

2016



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIAIS APLICADAS - ICSA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

GLAUCIANE DA SILVA SOUZA

**CONSÓRCIOS PÚBLICOS: IMPLEMENTAÇÃO DO FEDERALISMO
COOPERATIVO NA MICRORREGIÃO DE MARACANAÚ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Administração Pública da UNILAB, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

**ORIENTADOR:
PROF. CARLOS AIRTON UCHOA SALES GOMES**

REDENÇÃO CE

2016

**Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira
Direção de Sistema Integrado de Bibliotecas da UNILAB (DSIBIUNI)
Biblioteca Setorial Campus Liberdade
Catalogação na fonte**

Bibliotecário: Gleydson Rodrigues Santos – CRB-3 / 1219

S713c Souza, Glauciane da Silva.

Consórcios públicos: implementação do federalismo cooperativo na microrregião de Maracanaú. / Glauciane da Silva Souza. – Redenção, 2016.

55 f.; 30 cm.

Monografia apresentada ao curso de Administração Pública do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas – ICESA da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira – UNILAB.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Airton Uchoa Sales Gomes.

Inclui referências.

1. Serviço público - Brasil - Concursos. I. Título.

CDD 354.81076

GLAUCIANE DA SILVA SOUZA

**CONSÓRCIOS PÚBLICOS: IMPLEMENTAÇÃO DO FEDERALISMO
COOPERATIVO NA MICRORREGIÃO DE MARACANAÚ**

Monografia julgada e aprovada para obtenção do Diploma de Graduação em Administração Pública da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Data: 09/08/2016

Nota: _____

Banca Examinadora:

Prof. Carlos Airton Uchoa Sales Gomes

Prof.^a Maria Aparecida da Silva

Prof.^a Márcia Zabdiele Moreira

Aos meus pais Maria e José, fontes
inesgotáveis de sabedoria.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos aos docentes da UNILAB, em particular do ICESA, e aos colegas de turma do curso de graduação em Administração Pública, que contribuíram de forma direta e indireta para minha formação profissional. A minha trajetória até aqui não seria possível sem o apoio de todos vocês.

RESUMO

O federalismo orgânico possibilitou a origem dos consórcios públicos, pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, na forma da Lei nº 11.107/2005, para estabelecer relações de cooperação federativa. Para o gestor público entender os mecanismos de cooperação envolvidos na constituição dos consórcios permite que se vislumbre novos métodos de se relacionar com os pares, enquanto ente federado, trazendo para a realidade local potenciais oportunidades de oferta e ampliação de serviços públicos. O estudo examinou sob a óptica institucional o CPSMM, observando as etapas de criação da associação estabelecidas no Decreto nº 6.017/2007, para identificar as responsabilidades assumidas pelos entes consorciados e a consecução do objetivo consorcial: a ampliação da oferta e o acesso da população aos serviços de saúde. Utilizou-se o arcabouço metodológico, baseado nos métodos e técnicas da pesquisa qualitativa e quantitativa, ajustáveis a natureza do problema e a análise dos dados. A interpretação ocorreu simultaneamente à coleta de dados, com técnicas inerentes ao tipo de pesquisa realizada. Os consórcios representam um arranjo institucional relativamente novo, o que o expõe a experiências de êxito e oportunidades de melhoria. A associação pública de Maracanaú, até o corrente ano não cumpriu todas as finalidades e objetivos programados, apenas uma das unidades de saúde programadas foi construída e encontra-se operando.

Palavras-chave: Federalismo Cooperativo; Consórcios Públicos; Serviços Públicos de Saúde;

ABSTRACT

The organic federalism has enabled the origin of public consortium, legal entity formed exclusively by Federate state, according to law nº. 11,107/2005 to establish relations of federative cooperation. For the public managers understand the cooperation mechanisms involved in the formation of consortium allows glimpse new ways to relate with his fellow, while Federal state, bringing to the local reality opportunities potential of offer and enlargement public services. The research inquire into from the institutional perspective the CPSMM, analyzing the creation phase association established in decree nº 6.017/2007, for to identify the responsibilities assumed by state associates and the achievement consortium objective: offer enlargement and population access for the health services. Was used the methodological framework, based on the methods and techniques of qualitative and quantitative research, adjustable of the problem nature data. The interpretation happened simultaneously with data collect, with techniques inherent to research done. The consortium is a relatively new institutional arrangement, this exposes the successful experiences and opportunities for improvement. The public association of Maracanaú, until this year did not perform all the programmed purposes and objectives, only one unity built and is operating.

Key words: Federalism Cooperative; Public Consortium; Health Public Services;

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Programação pactuada consorcial mensal	44
Tabela 2: Oferta de Serviços em 2014	45
Tabela 3: Rateio das obrigações financeiras	47

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

CEO – Centro de Especialidades de Odontológicas

CIR – Comissão Intergestora Regional

CPSMM – Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Maracanaú

CRES – Coordenadoria Regional de Saúde do Ceará

Decreto – Decreto nº 6.017

EC – Emenda Constitucional

FUNDES – Fundo Estadual de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços

IOF – Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguro, ou relativas a Títulos ou Valores Mobiliários

IPTU – Imposto sobre a Propriedade e Territorial Urbana

IPVA – Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores

IRPJ – Imposto de Renda Pessoa Jurídica

ISS – Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza

Lei – Lei nº 11.107 de 2005

MUNIC - Pesquisa de Informações Básicas Municipais

PDI – Plano de Desenvolvimento e Investimento

PDR – Plano de Desenvolvimento Regional

PPC – Programação Pactuada Consorcial

PROEXFAES – Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada em Saúde no Estado do Ceará

SEPLAG – Secretaria do Planejamento e Gestão do Ceará

SESA – Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

SUS – Sistema Único de Saúde

TCAT – Termo de Cooperação e Assistência Técnica

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 ESTADO.....	15
1.1 Elementos do Estado	16
1.1.1 Nação, população e povo.....	16
1.1.2 Território.....	17
1.1.3 Poder soberano	17
1.2 Formas de Estado	18
1.3 Federação brasileira.....	20
1.3.1 Federalismo tripartite.....	21
1.4 Federalismo cooperativo	21
2 CONSÓRCIOS PÚBLICOS	23
2.1 Personalidade jurídica.....	25
2.2 Protocolo de intenções.....	26
2.3 Contrato de consórcio	27
2.4 Contrato de rateio	28
2.5 Contrato de programa	29
2.6 Extinção do contrato de consórcio público.....	30
2.7 Vantagens operacionais da gestão associada.....	30
3 GESTÃO ASSOCIADA DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.....	32
3.1 Princípios dos serviços públicos.....	33
3.2 Oferta regionalizada de saúde pública.....	34
3.3 Rede de assistência à saúde consorciada do Ceará.....	36
3.3.1 CEO's e Policlínicas.....	37
3.4 Financiamento dos consórcios de saúde do Ceará	38
4 METODOLOGIA.....	40
5 CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE MARACANAÚ	42
5.1 CEO Regional de Maracanaú	43
5.2 Oferta e utilização dos serviços de saúde bucal	44
5.3 Acompanhamento e avaliação dos serviços	46
5.4 Responsabilidades financeiras dos consorciados	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS	51
ANEXOS	55

INTRODUÇÃO

O Brasil ao instituir a República adotou através da Constituição 1891, a forma de Estado Federado, constituído de dois polos de poder, a União (Soberana) e os Estados-membros. Na Carta Magna de 1988 elevou-se à categoria de membro da Federação os Municípios, com prerrogativas e competências próprias. *A organização política e administrativa do país compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos* (art. 18).

As organizações políticas locais tornaram-se diretamente responsáveis pela execução de políticas públicas, em particular as de cunho social e de prestação de serviços. As atribuições de interesse local e a concorrência na execução das competências comuns onerou significativamente a frágil estrutura financeira dos pequenos Municípios.

Relatório do IBGE (2012, p.30) revelou que 73% dos Municípios brasileiros têm até 20 mil habitantes, pequenas Comunas que ainda não se adequaram completamente às legislações obrigatórias estabelecidas pela Carta Magna, ofertando poucos serviços e programas de sua competência.

Uma alternativa aos governos locais tem sido a adoção da gestão associada, prestação de serviços de modo integrado e com colaboração interfederativa, por meio dos consórcios públicos e convênios de cooperação.

A integração consorcial permite que determinados entes com interesse na oferta de determinados serviços públicos, ou que busquem presta-los de maneira eficiente e com somatória de esforços, reúnam-se sob um contrato, comprometidos e voltados para a consecução dos objetivos que lhe são comuns.

Na maioria dos casos os consórcios são criados para a gestão de políticas públicas, como saúde, educação, habitação, assistência e desenvolvimento social, meio ambiente, saneamento básico, desenvolvimento urbano, turismo, transporte, cultura, emprego e trabalho.

De acordo com o IBGE (2012, p.45) a área de saúde pública chama a atenção com o percentual de Municípios que declararam fazer parte de consórcio intermunicipal. Já os que possuem consórcio público com a participação do Estado, se destacam as áreas de habitação, saúde e educação, com 43,3%, 41,1% e 39,0%, respectivamente.

No Ceará, a gestão associada é largamente utilizada na execução do PROEXFAES. Os Municípios agrupados em microrregiões constituem consórcios públicos interfederativos de saúde, com a participação do Governo do Estado, para construção e operacionalização de

policlínicas e CEO's. A gestão das unidades de saúde é transferida ao consórcio para oferta de serviços especializados de saúde pública de média e alta complexidade.

A iniciativa do Governo Estadual de se organizar e transferir a gestão de serviços de saúde ao consórcio público é apontada nos princípios de regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (art. 7º, IX, b, Lei nº 8.080/1990), e na forma de organização, direção e gestão do SUS. *Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam* (art. 10, Lei nº 8.080/1990), obedecendo aos princípios, diretrizes e normas que regulam o SUS.

A microrregião de Maracanaú é formada por 08 Municípios vizinhos, Acarape, Barreira, Guaiúba, Maracanaú, Maranguape, Pacatuba, Palmácia e Redenção. Junto ao Governo do Estado os entes políticos constituíram o CPSMM. A associação construiu e pôs em operação o Centro de Especialidades Odontológicas Neusa Prado Gondim de Oliveira- CEO Regional de Maracanaú para prestação de serviços de saúde bucal à toda população da microrregião.

O estudo examinou sob a óptica institucional a formação do CPSMM, e foram observadas as etapas de criação da associação estabelecidas no Decreto nº 6.017/2007, com o objetivo de identificar as responsabilidades assumidas pelos entes consorciados, e a consecução do objetivo consorcial proposto no art. 6º, VI do estatuto: ampliação da oferta e o acesso da população aos serviços de saúde.

Para isto foi analisado o estatuto do consórcio, o contrato de programa, os contratos de rateio e relatórios de atendimentos no primeiro ano de funcionamento.

No estatuto identificou-se as finalidades e objetivos do CPSMM, prazo de duração, a área de atuação, a sede do consórcio, e a previsão de que o consórcio público é uma associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou pessoa jurídica de direito privado.

O contrato de programa contém informações acerca do objeto, condições de prestação dos serviços à população regional, avaliação institucional, e o quantitativo de serviços na PPC, em posse dessas informações comparou-se o número de serviços ofertados e efetivamente utilizados em 2014.

Em cada um dos contratos de rateio dos consorciados, identificou-se as obrigações econômicas e financeiras que os entes federados dispuseram-se a cumprir, para a execução dos serviços propostos.

Durante o desenvolvimento da pesquisa utilizou-se um arcabouço metodológico, baseado nos métodos e técnicas da pesquisa qualitativa e quantitativa, ajustáveis a natureza do problema, e a análise dos dados.

Na abordagem qualitativa utilizou-se a pesquisa bibliográfica e pesquisa descritiva. A primeira foi realizada com o intuito de recolher informações prévias de base teórica através da doutrina e apreciação da legislação infraconstitucional vigente que trata das normas gerais e específicas dos consórcios públicos.

Foram usadas duas formas de pesquisa descritiva: o estudo de caso, dada à natureza do trabalho, que estuda dados e fatos colhidos da realidade e a pesquisa documental usada em praticamente todas as ciências sociais, e aplicada principalmente em estudos organizacionais.

Os dados numéricos colhidos durante o desenvolvimento da abordagem quantitativa são secundários, ou seja, classificados, sumarizados e organizados na fonte, e apresentados em tabelas.

As técnicas utilizadas na coleta de dados correspondem ao tipo de pesquisa realizada. Todas as informações reunidas nas fases anteriores foram analisadas e interpretadas de acordo com o tipo de pesquisa executada.

O estudo dos consórcios públicos colabora para o entendimento da complexidade e variedade de aplicação dos institutos, enquanto instrumentos de efetivação do pacto federativo, desenvolvimento regional, e articulação entre unidades territoriais. Do mesmo modo, contribui para as discussões e aprofundamento do tema, trazendo ao campo de públicas, novos instrumentos de gestão passíveis de ser implementados na realidade local.

São inúmeras as potenciais áreas de utilização da associação interfederativa nas regiões menos desenvolvidas e subfinanciadas, em particular do interior do país. Dessa forma para o administrador público entender os mecanismos envolvidos na instituição dos consórcios permite que se vislumbre novos métodos de prestar serviços públicos com otimização e economicidade de recursos.

O estudo está dividido em quatro partes. No primeiro capítulo são tratados os elementos e as formas do Estado moderno. A Federação deu origem ao federalismo cooperativo, uma forma de relação entre as unidades subnacionais que adota instrumentos de cooperação e compartilhamento de recursos para consecução de objetivos comuns.

O segundo capítulo aborda os elementos que compõem a criação e gestão dos consórcios públicos. A Lei nº 11.107 de 2005 dispõe sobre as normas de contratação dos consórcios previsto na EC nº 19/1998. O dispositivo superou a lacuna que existia no ordenamento jurídico, antes da Lei não havia distinção concreta entre os consórcios administrativos, convênios de cooperação e os consórcios públicos. A regulamentação e as etapas de constituição dos consórcios aparecem no Decreto nº 6.017 de 2007.

A terceira parte versar sobre a implantação e operacionalização dos consórcios

públicos de saúde nas microrregiões do Ceará. As policlínicas e os centros de especialidades odontológicas, construídos e geridos no âmbito dos consórcios de saúde são custeados pelos Municípios associados e pelo Governo do Estado através da SESA.

Na última parte são apreciadas as etapas de constituição do CPSMM, onde são analisadas e discutidas as informações obtidas nos documentos jurídicos, e o quantitativo de atendimentos realizados no CEO Regional.

1 ESTADO

A concepção de Estado é fruto de várias interpretações e idealizações propostas ao longo do tempo. Desde sua formação, o ente passou por intensas transformações conceituais e estruturais. Convém citar o Estado absoluto de Hobbes, a Monarquia Parlamentar de Locke, o Estado limitado de Montesquieu, a Monarquia Constitucional de Hegel.

De Estado primitivo ou familiar à monarquia absolutista, o instituto social assumiu gradualmente o aparato administrativo e jurídico que lhe serviu de base para a formação do Estado Moderno.

Todos os estados, todos os governos que houve e que imperam sobre os homens, foram ou são republicas ou principados (MAQUIAVEL, 2012 p. 49). A notória frase de Maquiavel deu-lhe o conhecido prestígio de ser o primeiro a usar o termo Estado como sociedade política organizada. A partir de “O Príncipe”, o termo substituiu gradativamente o *civitas* dos gregos, e *res publica* dos romanos, e passou a designar a organização de um grupo de indivíduos em um território, sob o qual se exerce a soberania.

Nas palavras de Kelsen (2000, p. 261), a variedade de objetos que o Estado comumente denota torna difícil sua definição.

Às vezes, a palavra é usada em um sentido bem amplo, para indicar a “sociedade” como tal, ou alguma forma especial de sociedade. Mas a palavra também é com frequência usada com um sentido bem mais restrito, para indicar um órgão particular da sociedade, por exemplo, o governo, ou os sujeitos do governo, uma “nação”, ou o território que eles habitam.

Sob o prisma da sociologia jurídica, Max Weber atribuiu ao Estado consistência e autonomia. A instituição foi definida como titular de poder, composto por estrutura administrativa com finalidade de prestar serviços públicos. Esta nova percepção trouxe a perspectiva de racionalização e legitimação do poder.

Weber (2012, p.35) recomenda que se defina Estado em seu tipo moderno. O autor observa que a característica formal do instituto social atual, é a existência de uma ordem administrativa e jurídica, a qual orienta o funcionamento da ação associativa realizada pelo quadro administrativo.

O Estado Moderno adotou características próprias distintas daquelas presente nas classificações precedentes. A unidade de poder político e a instauração da soberania nos limites da circunscrição do território estatal marcou a transição do Estado Medieval para o Estado Moderno.

1.1 Elementos do Estado

As transformações, resultado de um processo histórico e dinâmico, afastou o conceito genérico de Estado, dando-lhe um significado específico: *condição de posse permanente e exclusiva de um território e de comando sobre os seus habitantes* (BOBBIO, 2012, p. 67). Habitantes/povo, território e comando/poder soberano são objetos considerados pela doutrina como elementos imprescindíveis à existência do Estado Moderno.

O grupo de indivíduos, componente humano, que possui vínculo jurídico e político com o Estado de origem, independente de residirem ou não no próprio território constitui o povo.

O território configura toda a extensão territorial, aérea e marítima, em que se exerce a soberania e onde se determina os limites do exercício do poder.

A soberania intrínseca a formação do Estado Moderno, tem atuação paralela. O poder soberano posiciona todos os Estados em nível de igualdade no âmbito internacional, enquanto exerce internamente, igual poder sobre seu território e população.

1.1.1 Nação, população e povo

Entendidos como sinônimos, nação, população e povo têm conceitos e aplicações jurídicas distintas.

O termo nação, com uma forte conotação emocional, ligado a identidade, tradições e costumes, já foi frequentemente usado para designar o Estado. Hoje se aceita a diferenciação entre Estado e Nação, reconhecendo no primeiro uma sociedade, e no segundo uma comunidade.

População, expressão demográfica ou quantitativa, refere-se a coletividade de indivíduos. O número total dos habitantes no território estatal, incluindo os nacionais e estrangeiros, porém apesar de residirem dentro dos limites do país, a população não possui vínculo jurídico com o Estado.

No sentido jurídico, povo são as pessoas que coexistem sob um sistema de organização política e administrativa. Dentro da mútua relação desses indivíduos, prevalece a condição de cidadãos, qualidade que implica a titularidade de direitos públicos.

Deve-se compreender como povo o conjunto dos indivíduos que, através de um momento jurídico, se unem para constituir o Estado, estabelecendo com este um vínculo jurídico de caráter permanente, participando da formação da vontade do Estado e do exercício do poder soberano (DALLARI, 2015, p. 104).

O vínculo jurídico e político que os indivíduos mantêm com o Estado enquanto povo configura a nacionalidade. Dessa relação derivam direitos e obrigações. Mesmo quando os nacionais residem em outro país, o Estado tem o dever de proteger diplomaticamente o seu povo, ainda que fora do seu território de jurisdição.

1.1.2 Território

Não há regra que determine a porção mínima de territorial de um Estado, por outro lado não há Estado sem território. A ação de intervenção advinda do poder soberano dos Estados limita-se a sua porção territorial, onde se exerce a jurisdição e suas competências de atuação.

Rezek (2008, p. 161-162) destaca que o Estado soberano tem sobre seu território, jurisdição geral e exclusiva. A generalidade de jurisdição diz respeito às competências legislativas, administrativa e jurisdicional. No exercício dessas competências, os Estados exercem jurisdição exclusiva, à medida que não concorre com outro poder soberano internamente.

Em Kelsen (2000, p.229) o território recebe a concepção de esfera territorial de validade da ordem jurídica nacional. Objeto de direitos, o território estatal é o espaço dentro do qual, é permitido a prática de atos próprios, e os órgãos estatais estão autorizados pela ordem internacional a exercer a ordem jurídica nacional.

A demarcação territorial ocorre em face de um processo de determinação limítrofe, por meio de tratados, respeitando as fronteiras pré-estabelecidas e compreende a terra firme, o subsolo, mar territorial, bem como o espaço aéreo.

1.1.3 Poder soberano

Weber (2012, p. 141), ensina que nas associações políticas como o Estado ocorre monopólio de poder, exercido por coação, característica que lhe é tão essencial quanto o caráter racional.

O poder do Estado se sustenta na legitimidade, dominação de caráter racional baseada na crença e na validade das ordens estatuídas e no direito de mando daqueles que, em virtude dessas ordens, estão nomeados para exercer a dominação legal.

Na doutrina, com variações conceituais e formais, o poder estatal está consubstanciado na soberania. O elemento apresenta aspecto incondicional e absoluto, não se reconhece poder igual internamente.

A soberania traduz o poder político máximo e normativo de que dispõe o Estado, para comandar e controlar o território nacional, sem submeter-se a interesses exteriores.

O poder soberano regulamenta as relações do povo dentro do território nacional, e adquire determinadas características que o torna único, indivisível, inalienável e imprescritível.

Ela é una porque não se admite num mesmo Estado a convivência de duas soberanias. Seja ela poder incontestável, ou poder de decisão em última instância sobre a atributividade das normas, é sempre poder superior a todos os demais que existam no Estado, não sendo concebível a convivência de mais de um poder superior no mesmo âmbito. É indivisível porque, além das razões que impõem sua unidade, ela se aplica à universalidade dos fatos ocorridos no Estado, sendo inadmissível, por isso mesmo, a existência de várias partes separadas da mesma soberania. [...] A soberania é inalienável, pois aquele que a detém desaparece quando ficar sem ela, seja o povo, a nação, ou o Estado. Finalmente, é imprescritível porque jamais seria verdadeiramente superior se tivesse prazo certo de duração (DALLARI, 2015, p. 87).

Não é possível destituir o Estado de sua soberania, tal poder é originário, atributo inseparável, só este o possui. A extinção da soberania ocorre somente com a extinção do próprio Estado.

1.2 Formas de Estado

A estrutura e organização territorial da soberania nos Estados modernos empreendem distintas formas de organização do poder interno, dando origem ao conceito de forma de Estado, conhecidas contemporaneamente por Estado Unitário e Federação.

Das formas de Estado, a unitária é a mais simples. *A ordem jurídica, a ordem política e a ordem administrativa se acham aí conjugadas em perfeita unidade orgânica, referidas a um só povo, um só território, um só titular do poder público de império* (BONAVIDES, 2015, p. 160).

O unitarismo estatal exprime a vontade soberana centralizadora, voz única e ativa das decisões políticas nacionais. É uma das formas mais típicas de organização política,

estabelecida sob a unicidade de legislação, autoridade de governo com poderes extensivos a todo o componente territorial.

A Federação, do latim *foedus* pacto, aliança ou associação, como forma de Estado foi instituída originalmente nos Estados Unidos, após a libertação territorial das colônias inglesas da subjugação da Grã-Bretanha no século XVIII.

Na Federação convive no mesmo território dois polos de poder, os Estados-membros e o Estado Federal sem dependência hierárquica.

Esta forma de governo é uma convenção segundo a qual vários corpos políticos consentem em se tomar cidadãos de um Estado maior que pretendem formar. É uma sociedade de sociedades, que formam uma nova sociedade, que pode crescer com novos associados que se unirem a ela (MONTESQUIEU, 2000, p. 154).

Ao organizarem-se em um Estado Federal os Estados-membros concedem a União o poder soberano, e estabeleceram o compartilhamento do poder político, administrativo e jurídico, fazendo coexistir dentro de uma mesma circunscrição diferentes entes autônomos, com divisão de funções e poderes.

O processo histórico e as transformações de ordem política acabaram por definir o Estado federal como forma de descentralizar não somente a função administrativa, mas também o poder político, com o que gerou a criação de várias esferas dotadas desse poder. É, com efeito, o que classicamente se denomina “*Estado de Estados*” (CARVALHO FILHO, 2013, p. 02).

A cerca da natureza da Federação, Baracho (1986, p. 08) destaca que o princípio federal consiste no método de dividir os poderes, de modo que o governo central, regional e local, seja cada um dentro de sua esfera de poder, coordenados e independentes.

A Federação assume características próprias que a distingue do Estado Unitário. A união faz nascer um novo Estado e, concomitantemente, aqueles que aderiram à Federação perdem a condição de Estado; a base jurídica da Federação é uma Constituição e não um tratado; e não existe o direito de secessão.

A Federação adotada por vários países¹, comumente é usada como sinônimo de federalismo. Souza (2005, p. 170) leciona que os institutos são distintos, o primeiro emerge da teoria, e o segundo é a aplicação concreta. O federalismo é a implementação prática da Federação.

¹ Canadá, México, Argentina, Alemanha, Suíça, Austrália, Índia, Rússia, África do Sul, Iugoslávia, Venezuela, Estados Unidos da América e Brasil.

1.3 Federação brasileira

A prática federativa adotada em cada Estado foi moldada conforme as características nacionais próprias. Na Federação estadunidense ocorreu um processo conhecido como centrípeto, ou seja, agregação dos Estados confederados. No Brasil, ocorreu o processo contrário, houve a desagregação ou divisão do Estado Unitário.

O Decreto nº 01 de 15 de novembro de 1889, adotou como forma de governo do país a República e a forma Federativa de Estado e estabeleceu as normas de governo dos Estados Federais. As antigas províncias receberam o título de Estados-membros com direitos e obrigações, inclusive de manter a segurança pública, e garantir a liberdade e os direitos dos cidadãos.

Os Estados organizados sob o conceito da Federação têm por base os princípios da autonomia e independência no desenvolvimento das atividades estatais. As unidades subnacionais adquirem autonomia no exercício dos poderes próprios determinados pelas competências constitucionais.

A descentralização política e administrativa é tema tratado na Carta Magna nacional de 1988. Em seus artigos estão elencados a competência de cada ente na governança nacional, delimitando suas atribuições e esfera de atuação, de acordo com o princípio da predominância de interesse.

Onde prevalece o interesse nacional, a competência é atribuída à União (arts. 21, 22, e 24), onde prepondera o interesse regional, a competência é concedida aos Estados-membros (arts. 24 e 25, § 1º), onde predomina o interesse local, a competência é dada aos Municípios (art. 30), o Distrito-Federal acumula competências dos Estados-membros e dos Municípios (art. 32, § 1º).

Em paralelo com as competências privativas, há as competências comuns de interesse geral, atribuídas a União, Estados-membros e Municípios (art. 23. CF/88), fundamental para federalismo cooperativo.

As competências definem a autonomia e configura a área de atuação das entidades políticas. *A descentralização política é a característica essencial do federalismo, isto denota que, não há apenas um poder central, as entidades políticas são titulares de poder* (PESTANA, 2010, p. 33). Isto importa aos entes descentralizados a capacidade de se auto-organizarem politicamente, administrativamente e financeiramente.

1.3.1 Federalismo tripartite

A Federação brasileira se organiza mediante a divisão de poder e de competências entre a esfera nacional, regional e local. Com efeito, a Federação no Brasil é tripartite, diversa de qualquer outro Estado Federal. *No país há concorrentemente três círculos de poder no mesmo plano hierárquico, em nenhuma outra nação se encontra o Município constitucionalmente reconhecido como peça do regime federativo* (MEIRELLES, 1971, p.197).

A dimensão territorial do Brasil condiciona um cenário, onde a maioria da população se encontra longe do poder central. Do mesmo modo muitas políticas públicas nacionais e regionais não atendem as especificidades emergenciais dos habitantes locais.

O *status* de entidade federativa reconhece o Município como membro da Federação², em condição de igualdade com os Estados-membros em relação a direitos e deveres. O governo local passou a assumir um papel de substancial importância na prestação dos serviços de interesse social e local.

Nesse desenho estrutural, os desafios gerenciais são significativos, sobretudo porque a estrutura das unidades federativas não é igual. Os Municípios, diferente dos Estados-membros e do Distrito Federal não tem representação no Senado, não usufruí Poder Judiciário, nem de Ministério Público próprio. Ademais, as receitas dos governos locais estão limitadas a repasses e arrecadações tributárias³, nem sempre suficientes para atender as demandas sociais.

1.4 Federalismo cooperativo

A doutrina federalista apresenta duas concepções distintas, o federalismo clássico e o federalismo orgânico. O federalismo clássico ou dualista divide o poder entre o governo central e os governos estaduais de forma rígida, com pouca interferência nos ciclos de ação. Em contraponto o federalismo orgânico ou cooperativo assume elementos que propiciam um ambiente favorável às relações interfederativas.

Na Federação brasileira em constante processo de aperfeiçoamento ocorreram as duas posições opostas. *O duplo federalismo de 1889 a 1934, e o federalismo orgânico, deste último ano até os dias atuais* (BITAR, 1974, p. 47).

² A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal (art. 1º, CF/88).

A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição (art. 18, CF/88).

³ Imposto de Predial Territorial Urbano, Imposto de Transmissão *inter vivos*, Imposto de Serviços de qualquer Natureza (art. 156, I a III, CF/1988).

A sociedade brasileira apresenta aspectos pluralistas visíveis, há variações de raça, nacionalidade, língua, religião e classes. Diferenças econômicas e financeiras expressivas ocorrem dentro das linhas geográficas, produzindo um ambiente, em que cada unidade territorial tende a demandar acertos políticos que preservem valores e interesses típicos locais.

O federalismo cooperativo oferece uma alternativa para atenuar as desigualdades regionais estabelecendo um padrão mínimo para alcançar o equilíbrio entre os entes federados. Entende-se que nem a União, nem qualquer unidade subnacional deve atuar isoladamente, ou submeter a vontade ou o direito de outro ente.

Relações intergovernamentais e colaboração estão no centro do federalismo orgânico. O regime favorece a articulação de ações de interesse comum e a utilização de recursos de natureza distinta, viabilizando a execução de serviços públicos essenciais.

A União detentora de poder soberano e de grande parte dos recursos financeiros intervém junto aos Estados-membros e Municípios para dar-lhes condições para exercer plenamente as atribuições estabelecidas constitucionalmente.

O texto constitucional prevê no art. 23 os serviços, objeto da cooperação interfederativa. São as competências comuns, ações que para seu melhor desempenho devem ser desenvolvidas em conjunto.

Leis complementares fixarão normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional (art. 23, parágrafo único, CF/88). Em complemento e proporcionando amplitude ao dispositivo, o art. 241 previu a gestão associada dos serviços públicos.

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos (art. 241, EC nº 19/1998, CF/88).

A emenda constitucional trouxe ao campo da cooperação intergovernamental os consórcios públicos e os convênios de cooperação. O valor estratégico desses instrumentos de gestão para a consolidação do pacto federativo se funda na cooperação e na capacidade de se criar mecanismos onde os entes políticos colaboram na execução de políticas públicas.

2 CONSÓRCIOS PÚBLICOS

A associação de entes políticos, embora relativamente recente, é substancialmente representativa. Resultados da MUNIC de 2011 mostram que dos 4.497 Municípios brasileiros que declararam realizar algum tipo de articulação interinstitucional, 73,3% estão associados em algum tipo de consórcio público.

A configuração consorcial interfederativa alcança o segundo lugar com 1.421 associações entre Município e Estado-membro e 964 compostos pelos três entes da Federação, enquanto os consórcios públicos intermunicipais totalizam 2.903 associações.

Promulgada em 2005, a Lei nº 11.107, regulamentada pelo Decreto nº 6.017 de 2007, estabeleceu as normas gerais de contratação e parâmetros jurídicos de constituição dos consórcios públicos. A norma sanou a lacuna que existia no ordenamento jurídico, acerca da institucionalização da gestão associada entre os entes da Federação brasileira.

Di Pietro (2013, p. 537) ressalta que antes da promulgação da Lei, havia certo consenso doutrinário em considerar o convênio e o consórcio como acordos de vontades. O termo consórcio era utilizado quando os entes associados eram do mesmo nível (consórcio entre Municípios ou entre Estados-membros), enquanto o convênio referia-se de entidades de níveis diferentes.

Hoje prevalece o entendimento da natureza distinta entre convênios de cooperação, consórcios administrativos e consórcios públicos.

Os convênios, acordos entre entidades públicas ou entre aquelas e particulares com as mesmas pretensões, não gera personalidade jurídica de qualquer espécie, trata-se apenas de cooperação associativa. O consórcio administrativo se assemelha aos convênios. Nos dizeres de Carvalho Filho (2013, p. 21) no consórcio administrativo clássico, forma-se um pacto de cooperação mútua sujeita ao regime jurídico aplicável aos convênios em geral. Os consórcios públicos, por sua vez, podem ser regidos pelo Direito público ou pelo Direito Privado.

O Decreto nº 6.017/2007 conceituou termos, expressões e definiu as etapas para a criação dos consórcios: Protocolo de Intenções (arts. 4º e 5º), Contrato de Consórcio (art. 6º), Contrato de Rateio (arts. 13 a 17), Contrato de Programa (arts. 30 a 35), e a extinção do Contrato de Consórcio (art. 29).

Conforme art. 2º do Decreto considera-se:

Consórcio Público: pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive a realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos (I);

Gestão associada de serviços públicos: exercício das atividades de planejamento, regulação ou fiscalização de serviços públicos por meio de consórcio público ou de convênio de cooperação entre entes federados, acompanhadas ou não da prestação de serviços públicos ou da transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos (IX);

Prestação de serviço público em regime de gestão associada: execução, por meio de cooperação federativa, de toda e qualquer atividade ou obra com o objetivo de permitir aos usuários o acesso a um serviço público com características e padrões de qualidade determinados pela regulação ou pelo contrato de programa (XIII);

Área de atuação do consórcio público: área correspondente à soma dos territórios, independentemente de figurar a União como consorciada (II).

A área de atuação abrange todo o território nacional. Seus participantes são todos os integrantes da Federação, sem distinção quanto à espécie. *Podem participar entes federativos diversos, como por exemplo, a União, os Estados A e B e os Municípios C, D e F, como da mesma esfera, na hipótese de o ajuste ser celebrado apenas entre Estados e Municípios* (CARVALHO, 2013, p. 22).

Vetou-se à União a associação direta com Municípios. *A União somente participará de consórcios públicos em que também façam parte todos os Estados em cujos territórios estejam situados os Municípios consorciados* (art. 1º, § 2º, Lei nº 11.107/2005). A resolução obedece ao princípio de não intervenção estadual, a União não pode intervir em Municípios situados em Estados-membros, por falta de previsão constitucional nesse sentido.

Um mesmo ente político pode participar de vários consórcios públicos. Pode ainda constituir consórcio com objetivos distintos dos dispostos em Lei, atuando em uma região delimitada.

O objetivo primordial que justifique a criação de um consórcio público é o que os consorciados que dele venham a tomar parte possuam, entre si, interesses comuns voltados à prestação do serviço público, não limitando, a lei em apreço, que interesses seriam estes (PESTANA, 2010, p. 471).

Ajustes entre os consorciados determinam os objetivos da associação. *Os consórcios públicos poderão ter um ou mais objetivos e os entes consorciados poderão se consorciar em*

relação a todos ou apenas a parcela deles (art. 3º, § 1º, Decreto nº 6.017/2007), respeitados os limites legais.

Para fins da consecução de seus objetivos, os consócios podem firmar convênios, acordos de qualquer natureza, promover desapropriações, receber auxílios, contribuições, subvenções sociais ou econômicas de outras entidades e órgãos do governo, e ser contratado pela Administração Direta ou Indireta dos entes subnacionais consorciados dispensada a licitação.

2.1 Personalidade jurídica

Consórcios Públicos são dotados de personalidade jurídica própria. As entidades políticas consorciadas dão origem a uma nova personalidade jurídica, distinta das suas, para assumir direitos, obrigações e exercer a autoadministração, definidas em estatuto. *Os estatutos disporão sobre a organização e o funcionamento de cada um dos órgãos constitutivos do consórcio público* (art. 7º, Lei nº 11.107/2005).

Carvalho Filho (2013, p. 28) analisa a natureza jurídica dos consórcios públicos no sentido objetivo e subjetivo.

Sendo assim, a natureza jurídica dos consórcios é a de **acordo plurilateral de acordo de cooperação recíproca** e, por tal motivo será errôneo afirmar que se trata de modalidade de negócio jurídico mais assemelhado ao *convênio*, tomado esse instrumento em seu sentido mais amplo: o de ajustes celebrado por pessoas para alcançar fim comum. Essa é a natureza jurídica considerando a *sentido objetivo* do instituto. O *sentido subjetivo*, em outra vertente, decorre da personalização exigida para cumprir o referido ajuste. Nesse aspecto, então, o consórcio público ostenta a natureza de pessoa jurídica, composta de entes públicos em regime de cooperação mútua, com o objetivo de implementar atividades de seu interesse comum (grifo do autor).

Considerando a natureza jurídica em sentido subjetivo, os consórcios podem adquirir personalidade jurídica de Direito Público ou Privado.

Consórcio de Direito Público constitui associação pública, mediante leis de ratificação do protocolo de intenções. As associações públicas, nas palavras Carvalho Filho (2013, p. 34) referem-se a modalidade de autarquia, de caráter associativo, resultante da formação de consórcio. Nestes termos, a associação integra a Administração Pública Indireta, de todos os entes consorciados.

Por outro lado, apesar de ser uma entidade autárquica, o Poder Público não outorga, ou seja, não transfere a titularidade do serviço público ao consórcio. *Trata-se, portanto, de*

modalidade de delegação de serviços públicos distinta de autorização, permissão ou concessão, por meio de contrato (MEIRELLES, 2012, p. 423).

Consórcio Público de Direito Privado constitui uma associação civil, sem fins econômicos. Contudo, o instituto está sujeito as normas do regime jurídico público no que concerne à realização de licitação, celebração de contratos, prestação de contas e admissão de pessoal por concurso público, em caráter de emprego público.

Desse modo, se tiver personalidade de direito privado, reger-se-á pelo direito civil, em tudo o que não for expressamente derogado por normas de direito público, tal como ocorre com as fundações governamentais instituídas com personalidade de direito privado e com as empresas estatais (DI PIETRO, 2013, p. 538).

Associações civis não tem a faculdade de celebrar convênios com a Administração Federal. *A partir de 1º janeiro de 2008 a União somente celebrará convênios com consórcios públicos constituídos sob a forma de associação pública ou que para essa possa ter se convertido* (art. 39, Decreto nº 6.017/2007).

Como associação civil, o consórcio não pode exercer todas as competências que uma associação pública. Por se revestir do direito privado, encontra-se em posição de igualdade com os demais particulares, não podendo sobre eles exercer supremacia.

2.2 Protocolo de intenções

Os entes subnacionais que desejam associar-se elaboram e subscrevem o protocolo de intenções, após processos de negociações, estudos e planejamento.

O consórcio público será constituído por contrato cuja celebração dependerá da prévia subscrição de protocolo de intenções (art. 3º, Lei nº 11.107/2005). O protocolo de intenções como documento inicial antecede a celebração do contrato de consórcio, e seu conteúdo mínimo obedece ao previsto em Lei.

O ajuste formaliza a vontade dos potenciais associados, em negócio jurídico preliminar, onde estão pré-fixados direitos e obrigações que se pretende assumir no contrato principal.

Os chefes do Poder Executivo subscrevem o protocolo de intenções, e em seguida procede a publicação na Imprensa Oficial, de forma resumida, com indicação do local para obter o texto integral.

Encontram-se elencadas no art. 5º do Decreto nº 6.017/2007 as cláusulas indispensáveis ao ajuste preliminar. Sob pena de nulidade, o protocolo de intenções deve conter entre outras

disposições, a denominação do consórcio, as finalidades, o prazo de duração, a sede, admitindo-se a fixação de prazo indeterminado e a previsão de alteração da sede mediante decisão da Assembleia Geral (I); a identificação de cada um dos entes da Federação (II); área de atuação (III) personalidade jurídica (IV); a previsão de que a Assembleia Geral é a instância máxima do consórcio público e o número de votos para as suas deliberações (VII), assegurado a cada membro ao menos um voto; serviço objeto da associação (XII, b);

Inclui-se no caráter obrigatório, as normas de convocação e funcionamento da Assembleia Geral, inclusive para a elaboração, aprovação e modificação dos estatutos, assim como a forma de eleição e duração do mandato do representante legal do consórcio. Obrigatoriamente, um chefe do Poder Executivo associado.

O mandato do representante legal, fixado em um ou mais exercícios financeiros, cessa automaticamente no caso do eleito não mais ocupar a Chefia do Executivo. Hipótese em que, salvo previsão em contrário no estatuto, o sucessor eleito na entidade política, passa a ocupar o cargo de representante legal.

2.3 Contrato de consórcio

A subscrição do protocolo de intenções não oficializa o acordo consorcial. A celebração do contrato de consórcio público ocorre mediante ratificação do ajuste preliminar. *O protocolo de intenções, ratificado pelos entes da Federação interessados, converte-se em contrato de consórcio público (art. 2º, III, Decreto nº 6.017/2007).*

A ratificação configura aprovação ou confirmação do Poder Legislativo por lei específica promulgada no âmbito de cada um dos entes da Federação interessados em participar do consórcio.

Podem os signatários do protocolo de intenções aderir ao ajuste em momentos diferentes, sabido os entraves burocráticos das pessoas públicas (CARVALHO, 2013, p. 75). A recusa ou demora na ratificação não submete o signatário a qualquer tipo de pena.

Somente o contrato de consórcio, obriga os signatários. Sendo assim, o contrato, caso assim esteja previsto no protocolo de intenções, poderá ser celebrado por apenas uma parcela dos seus signatários, sem prejuízo de que os demais venham a integrá-lo posteriormente.

Dispensa-se da ratificação, o ente que, antes de subscrever o protocolo de intenções, disciplinar por lei a sua participação no consórcio.

O pactuante do protocolo de intenções que não concorda integralmente com os termos do ajuste tem a possibilidade de editar lei de ratificação com reserva, aceita pelos demais

subscritores, implicando consorciamento parcial ou condicional. Neste caso, faz-se necessário que a lei ratificadora exponha claramente suas reservas, preferencialmente vinculada à vigência de cláusula, parágrafo, inciso ou alínea do protocolo de intenções.

Em regra, subscrever e ratificar o protocolo de intenções constitui etapas necessárias para integrar o consórcio. Mas, o Decreto nº 6.017/2007 reconhece o ingresso de ente da Federação não mencionado no protocolo de intenções como possível integrante do consórcio, frente à alteração do contrato (art.6º, § 6º).

2.4 Contrato de rateio

O custeio dos serviços públicos, objeto do consórcio, é tratado no contrato de rateio. Nele os consorciados comprometem-se a fornecer recursos financeiros para a realização das despesas da associação. *Os entes consorciados somente entregarão recursos ao consórcio público mediante contrato de rateio* (art.13, Decreto nº 6.017/2007), observadas as normas previstas em Lei.

Diferente do protocolo de intenções e do contrato de consórcio, onde os consorciados consolidam um pacto entre si, o contrato de rateio celebra acordo entre a entidade política e o consórcio. Individualmente, cada Chefe do Executivo firmar seu próprio contrato de rateio, formalizado em cada exercício financeiro.

As cláusulas contratuais tratam de matéria econômica-financeira, comprometendo recursos públicos, por isso deve-se observar os instrumentos de gestão orçamentária: Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual.

Celebrar contrato de rateio sem suficiente e prévia dotação orçamentária que suportem o pagamento das obrigações contratadas ou que não atendam as formalidades previstas em Lei constitui ato de improbidade administrativa.

O prazo de vigência do contrato não deve ser superior ao das dotações que o comportam, com exceção dos contratos que tenham por objeto exclusivamente projetos e ações contemplados em plano plurianual ou a gestão associada de serviços públicos custeados por tarifas ou outros preços públicos.

Os entes consorciados, isolados ou em conjunto, bem como o consórcio público, são partes legítimas para exigir o cumprimento das obrigações previstas no contrato de rateio (art. 13, § 4º, Decreto nº 6.017/2007).

Na eventual impossibilidade do associado cumprir as obrigações financeiras assumidas em contrato, exige-se notificação escrita do contratante ao consórcio público, apontando

medidas para regularizar a situação. Admite-se ainda, que o consórcio adote medidas para adaptar o orçamento a nova realidade.

A execução das receitas e despesas obedecem às normas de direito financeiro aplicáveis às entidades públicas, e os princípios constitucionais da Administração Pública, em particular a publicidade.

As associações de Direito Público ou Privado fornecem as informações financeiras necessárias para consolidação das contas públicas.

O consórcio público está sujeito à fiscalização contábil, operacional e patrimonial pelo Tribunal de Contas competente para apreciar as contas do Chefe do Poder Executivo representante legal do consórcio, inclusive quanto à legalidade, legitimidade e economicidade das despesas, atos, contratos e renúncia de receitas, sem prejuízo do controle externo a ser exercido em razão de cada um dos contratos de rateio (art. 9º, *parágrafo único*, Lei nº 11.107/2005).

A Lei veda cláusula no contrato de rateio que possam afastar, ou dificultar a fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo ou dos demais entes da Federação consorciados.

2.5 Contrato de programa

As obrigações e direitos que os associados assumem para com outro e com o consórcio no âmbito de gestão associada, vige sob o regulamento do contrato de programa. O vínculo contratual coordena as atividades administrativas resultado do processo de cooperação, sem o qual a gestão associada perde a licitude.

Constitui ato de improbidade administrativa celebrar contrato ou outro instrumento que tenha por objeto a prestação de serviços públicos por meio de cooperação federativa sem a celebração de contrato de programa (art. 30, § 2º, Decreto nº 6.017/2007).

A prestação de serviços e a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e de bens necessários à continuidade dos serviços transferidos ao consórcio são os objetos do contrato de programa.

São cláusulas necessárias ao contrato de programa (art. 33, Decreto nº 6.017/2007) o objeto, a área e o prazo da gestão associada de serviços públicos (I); modo, forma e condições de prestação dos serviços (II); os critérios, indicadores, fórmulas e parâmetros definidores da qualidade dos serviços (III); o atendimento à legislação de regulação dos serviços objeto da gestão associada (IV); os direitos e deveres dos usuários para obtenção e utilização dos

serviços (VII); a forma de fiscalização das instalações, dos equipamentos, dos métodos e práticas de execução dos serviços, bem como a indicação dos órgãos competentes para exercê-las (VIII).

O contrato de programa continua vigente mesmo quando o contrato de consórcio que autorizou a gestão associada de serviços públicos se extinguir. Do mesmo modo a extinção do contrato de programa não prejudica as obrigações já constituídas.

2.6 Extinção do contrato de consórcio público

A alteração ou a extinção do contrato de consórcio público está sujeito à aprovação de instrumento pela Assembleia Geral, posteriormente ratificado por lei por todos os entes consorciados.

A retirada de um ente da Federação do consórcio público constituído por apenas dois entes implicará a extinção do consórcio (art. 25, § 3º, Decreto nº 6.017/2007).

Em caso de extinção, os bens, direitos, encargos e obrigações decorrentes da gestão associada de serviços públicos custeados por tarifas ou preço público retornarão aos titulares dos respectivos serviços.

O pessoal cedido ao consórcio público retorna aos seus órgãos de origem, e os empregados públicos terão automaticamente rescindidos os seus contratos de trabalho com o consórcio.

Até que haja decisão que indique os responsáveis por cada obrigação assumida pelo consórcio, os entes consorciados respondem solidariamente pelas obrigações remanescentes.

2.7 Vantagens operacionais da gestão associada

Com prerrogativas de autarquia, os consórcios assumem o caráter de serviço autônomo, com patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da Administração Pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada, peculiaridades que proporcionam maior flexibilidade em relação à Administração Direta.

Essas características permitem que os consórcios tenham autonomia para desenvolver atividades e execute projetos de modo menos burocrático e oneroso às entidades políticas. Sob o ponto de vista operacional, obtém-se consideráveis vantagens na celebração de contratos de obras e serviços, como contratante e contratado, ampliação dos limites licitatórios e flexibilização na gestão dos recursos.

É possível celebrar contrato de gestão, nos termos e limites da legislação estadual pertinente, contrato de programa ou termo de parceria, firmar convênios ou acordos, respeitados, no último caso, os critérios e disposições da legislação federal aplicável.

O consórcio usufrui de prerrogativas para celebrar concessões, permissões e autorizações de serviços públicos, e maior valor nos limites de licitação. Os valores são contados em dobro quando o consórcio é constituído por até três entes federados, ou em triplo, se formado por mais de três consorciados. Além disso, as associações têm imunidade de tributação para o IRPJ, IOF, IPTU, IPVA, ISS e ICMS.

O financiamento não é exclusivamente dos integrantes, autoriza-se ao consórcio receber auxílio, contribuição ou subvenção. Há maior flexibilidade na gestão de recursos: poder de compra, remuneração de pessoal e de pagamento de incentivos.

Em processos o prazo para contestar é quadriplicado e dobrado para recorrer nos processos jurídicos, e uso de precatório para satisfazer obrigação com credor.

Os consórcios não são diretamente afetados pela ruptura das ações, tão comuns, em virtude de eleições ou reeleições governamentais. Em regra, as atribuições e compromissos assumidos, perante o consórcio, independem do ocupante do cargo de Chefe do Executivo.

Na área da saúde, o modelo de gestão democrático é adequado à regionalização e descentralização das ações no âmbito do SUS. Credita-se a gestão associada a possibilidade de melhorar o acesso aos serviços de saúde de maior complexidade, ampliação da oferta, maior resolubilidade e qualidade, bem como ganho de escala na compra de medicamentos, equipamentos e material de consumo.

3 GESTÃO ASSOCIADA DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

A expressão serviço público originária da França, costuma ser conceituada com base em classificações que consideram o elemento material, a predominância do interesse geral e própria organização do serviço.

No Direito Administrativo brasileiro, o conceito é considerado em sentido amplo e em sentido restrito. A apreciação genérica ou ampla designa sob o mesmo título, as atividades e serviços prestados pela Administração Pública, ou por quem lhe represente para promover o bem-estar da sociedade. Não obstante, nem toda atividade administrativa do Poder Público é serviço público.

As especificidades dos serviços os caracterizam e os distinguem das demais atividades do Estado. Bandeira de Mello (2009, p. 665) apresenta o conceito de serviço público considerando o elemento material ou restrito.

Serviço Público é toda atividade de oferecimento de utilidade ou comodidade material destinada à satisfação da coletividade em geral, mas fruível singularmente pelos administrados, que o Estado assume como pertinente a seus deveres e presta por si mesmo ou por quem lhe faça as vezes, sob um regime de Direito Público – portanto, consagrador de prerrogativas de supremacia e de restrições especiais –, instituído em favor dos interesses definidos como públicos no sistema normativo.

O doutrinador distingue requisitos que constituem o substrato material e formal, sob o qual se constrói a noção jurídica de serviço público. Atividades estatais despidas destes elementos são apenas atividades administrativas. Segundo Bandeira de Melo (p. 668-770), os serviços apresentam as seguintes características:

- *Prestação de uma atividade*: ação que se desenvolve continuamente, com um comportamento dinâmico, seguida ou não de obra;
- *Prestação de atividade material*: trata-se do objeto da atividade;
- *Satisfação de uma necessidade coletiva*: é imprescindível que o serviço atenda a conveniência ou a necessidade geral, em contrário faltaria ao serviço público característica essencial;

- *Satisfação do interesse geral pelo Estado*: acolhe-se a relevância para a sociedade ter à disposição serviços variados e empreendimentos econômicos de todo gênero;
- *Pertinência ao Estado*: atividade assumida pelo Poder Público como própria, na qualidade de titular, considerada campo de ação típico;
- *Disciplina específica do Direito Público*: elemento formal que confere caráter jurídico a noção de serviço público.

Embora seja titular, o serviço público não é exclusivo do Estado. A iniciativa privada é livre para oferta-los, seja por concessão, permissão ou autorização, e ainda por conta própria. Esses são os serviços de utilidade pública ou impróprios, eles não afetam substancialmente as necessidades da comunidade, isto é, não são essenciais. Normalmente são rentáveis e são prestados sem privilégios, mas sempre sob a regulamentação e controle do Poder Público.

Já os serviços próprios não são objetos de delegação, em virtude de sua essencialidade, são prestados diretamente pela União, Estados-membros e Municípios de modo centralizado. *Relaciona-se intimamente com as atribuições do Poder Público e para a execução dos quais a Administração usa da sua supremacia sobre os administrados* (MEIRELLES, 2012, p. 376).

Esses serviços compõem as funções típicas estatais ligadas ao poder dever de agir do Poder Público, a omissão importa em responsabilidade judicial por danos. Isto porque é dever do Estado atuar em face de sua finalidade institucional e competência legal.

3.1 Princípios dos serviços públicos

A oferta e execução dos serviços próprios ou impróprios estão sujeitos aos princípios contemplados em legislação específica, e aos direitos dos administrados. *É direito do usuário, receber serviço adequado* (art.7º, I) *que satisfaça as condições de regularidade, continuidade, eficiência, segurança, atualidade, generalidade, cortesia na sua prestação e modicidade das tarifas* (art. 6º, § 1º, Lei nº 8.987/95).

Em complemento a legislação, a doutrina traz princípios que asseguram a defesa e a garantia da disponibilidade dos serviços públicos para os usuários. São eles:

- *Inafastabilidade da prestação*: o Estado não pode recusar-se a disponibilizar o serviço que lhe compete, sob pena de responsabilização pela omissão;
- *Permanência/ continuidade*: uma vez posto à disposição da sociedade, o serviço deve ser prestado de modo contínuo e ininterrupto;

- *Universalidade/generalidade/impressoalidade*: impõe ao Estado o dever de ofertar serviços iguais e franqueados a todos indistintamente;
- *Contemporaneidade*: refere-se à utilização de padrões e técnicas contemporâneas que permitam prestação adequada dos serviços;
- *Transparência*: o impositivo de liberação mais amplo possível ao público em geral de tudo que concerne ao serviço e a sua prestação;
- *Motivação*: dever de fundamentar legalmente com largueza todas as decisões atinentes ao serviço;
- *Controle* (interno e externo): observância das condições da prestação;

A observância dos princípios é inerente a prestação dos serviços. Em caso contrário, a sociedade recebe serviços inadequados que não satisfazem as demandas, e o Estado paga por uma atividade inútil.

3.2 Oferta regionalizada de saúde pública

A Saúde, direito de todos e dever do Estado, está inserida nos Direitos Sociais (art. 6º *caput*, CF/88), elemento dos Direitos e Garantias Fundamentais da pessoa humana, conceituada como serviço relevante nos moldes do art. 197 da Carta Magna.

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (art. 197, CF/88).

Conforme a orientação constitucional, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990 regulamenta em todo o território nacional as ações e serviços de saúde.

Segundo o dispositivo, é dever do Estado garantir a saúde, mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (art. 2º, § 1º).

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas de todos os integrantes da Federação, por meio da Administração Direta e Indireta, constitui o SUS, uma rede regionalizada e hierarquizada.

Tal definição implica em um modelo diferenciado de gestão federativa. *Requerendo que a Administração Pública seja dotada de mecanismos que permitam aos entes autônomos se*

organizarem de modo a executar uma gestão regionalizada e compartilhada (PLANO NACIONAL DA SAÚDE, 2011, p. 61).

A assistência à saúde, em norma constitucional, aparece como competência comum (art. 23, II) e privativa dos Municípios (art. 30, VII). Orienta-se que o serviço seja prestado com cooperação técnica da União e do Estado-membro, e financiado pela Seguridade Social.

A gestão do Sistema Único de Saúde é descentralizada. Cada esfera de governo possui gestores designados para o desenvolvimento das atividades de gestão do SUS, responsáveis pelas atribuições comuns (art.15), competências da União (art.16), dos Estados (art.17) e dos Municípios (art.18) em sua respectiva esfera de atuação, conforme Lei Orgânica da Saúde.

No entanto, a descentralização de uma política nacional complexa como a da saúde, em um país imenso, diverso, desigual e de modelo republicano federativo, tem evidenciado, em diferentes momentos, a absoluta dificuldade da necessária articulação permanente das três esferas de governo, visando a superação dos problemas estruturais do sistema, com vistas ao fortalecimento da capacidade institucional dos entes federativos na garantia da efetividade do direito à saúde, com redução das desigualdades regionais e das iniquidades em saúde (OPAS, 2014, p. 29).

De acordo com o Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação de 2013 (2014, p. 29), a persistência de conflitos e indefinições do fortalecimento de estruturas que consolidem o papel dos Municípios e dos Estados-membros como entes federativos com competência constitucional para cuidar da saúde, tem evidenciado a necessidade da busca contínua de melhor definição de responsabilidades das três esferas de gestão no SUS. Daí a necessidade de se ter um modelo cada vez mais avançado de gestão compartilhada entre os três entes federativos, como modelo organizativo dos serviços de saúde.

Para apoiar o desenvolvimento e o aprimoramento dessa responsabilidade regimental foi assinado, em 22 de dezembro de 2004, com a Organização Pan-Americana da Saúde o 39º TCAT. O objetivo do TCAT é apoiar o fortalecimento da gestão descentralizada do SUS, visando o implemento de um novo modelo de gestão e instrumentos de relação interfederativa, baseada na cooperação entre os entes.

A adoção de instrumentos que permitam que entes autônomos se organizem para executar uma gestão regionalizada do SUS, de forma qualificada, e que garanta, de fato, o direito da população a saúde, por meio de ações articuladas para atender às demandas sociais, das esferas estaduais e municipais, certamente contribui para o aperfeiçoamento dos serviços de saúde.

3.3 Rede de assistência à saúde consorciada do Ceará

A articulação interfederativa para oferta e ampliação dos serviços de saúde, com prerrogativa de cooperação federativa, sob o regime de gestão associada, tem sido cada vez mais adotada. Os consórcios públicos na área da saúde ocupam um papel significativo na consecução dos objetivos do SUS, destacando-se como instrumentos de execução de políticas públicas.

Os consórcios de saúde são os mais comuns entre os Municípios brasileiros. Dados do IBGE (2012, p.45) mostram que os consórcios intermunicipais de saúde representam 80,1% das associações, já a categoria interfederativa com a participação de Estados-membros destaca-se com 41,1%, atrás apenas da educação que alcança 43,3%.

Nas palavras de Carvalho Filho (2013, p. 20), a saúde como direito fundamental da população, constitui, como regra, serviço de péssima qualidade, deficiente e muito dispendioso até mesmo para os que podem pagar. Dessa forma, continua o autor, os consórcios podem ser uma forma de instituir uma nova mentalidade para os órgãos públicos, para prestar serviços de saúde dignos da coletividade.

Os consórcios públicos interfederativos são uma realidade no Estado do Ceará desde 2007. *O Governo estadual estabeleceu entre as atribuições da Secretaria das Cidades e Secretaria da Saúde, a responsabilidade de incentivar a constituição de Consórcios Públicos nas áreas de saneamento básico (resíduos sólidos) e saúde* (SEPLAG, 2013, p. 06).

As secretarias desenvolveram junto aos Municípios cearenses, um trabalho de suporte técnico para constituição jurídica dos consórcios, bem como suporte financeiro à estruturação dos objetivos consorciais.

No âmbito da SESA, criou-se através da Portaria nº 2.061 de 2007, a Comissão de Fomento e Implantação de Consórcios Públicos de Saúde no Estado do Ceará. *Com a finalidade de propiciar benefícios à população e ampliar a resolubilidade da Rede de Saúde do SUS-CE* (art. 1º, PORTARIA nº 2.061/2007).

A comissão compete estabelecer diretrizes políticas e operacionais em consonância com os princípios normativos e técnicos do SUS, bem como, planejar e coordenar, o processo de fomento, implantação e efetivação dos consórcios públicos de saúde. Cabe ainda, elaborar relatórios bimensais de acompanhamento e avaliação do processo de implantação de consórcios no Estado do Ceará.

A distribuição do plano de implantação dos consórcios tem por base os Municípios localizados numa mesma microrregião, uma divisão geográfica estabelecida pelo Governo

Estadual, em que os Municípios são agrupados em 22 microrregiões de Saúde⁴, onde a Secretaria de Saúde do Ceará é representada pelo CRES.

O formato, de acordo com a SESA-CE (2009, p. 10), facilitar o processo de estruturação de redes de atenção à saúde e tem como referência o PDR. *A regionalização é a diretriz do Sistema Único de Saúde-SUS que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (PACTO PELA SAÚDE/ PORTARIA nº 399/2006).*

Os critérios que delimitaram as microrregiões de Saúde, em geral são aspectos estruturais e geográficos como: malha viária, proximidade dos Municípios, deslocamento da população, e a capacidade máxima dos serviços de saúde locais.

A regionalização dos serviços de saúde, concretizada pelos consórcios cearenses faz parte do PROEXFAES. Conforme a Portaria nº 6.493/2009 SESA-CE, o objetivo geral do programa é contribuir para melhorar as condições de saúde da população do Ceará, mediante a expansão do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços especializados de saúde, promovendo a integração entre os distintos níveis de atenção.

O primeiro componente do PROEXFAES corresponde à estruturação de novos serviços de saúde, com a construção de 02 Hospitais Regionais, 21 policlínicas, 16 CEO's Regionais, e aquisição de equipamentos médicos hospitalares para essas unidades.

A construção e operacionalização das policlínicas e dos centros de especialidades odontológicas são objetos do consórcio interfederativo implantando nas microrregiões de Saúde. Quase todos os Municípios cearenses são associados, dos 184 Municípios somente dois não aderiram ao consórcio.

3.3.1 CEO's e Policlínicas

Atualmente, há no Ceará 18 CEO's, 11 policlínicas do tipo I e 08 policlínicas do tipo II, em pleno funcionamento, dispendo à população serviços de urgência e emergência hospitalar e extra-hospitalar, ambulatórios especializados e assistência farmacêutica. *Promovem ações de saúde pública assistencial e prestação de serviços especializados de média e alta complexidade (SEPLAG, 2013, p. 08).*

⁴ 1ª Fortaleza; 2ª Caucaia; 3ª Maracanaú; 4ª Baturité; 5ª Canindé; 6ª Itapipoca; 7ª Aracati; 8ª Quixadá; 9ª Russas; 10ª Limoeiro; 11ª Sobral; 12ª Acaraú; 13ª Tianguá; 14ª Tauá; 15ª Crateús; 16ª Camocim; 17ª Iço; 18ª Iguatu; 19ª Brejo Santo; 20ª Crato; 21ª Juazeiro e 22ª Cascavel (SEPLAG, 2013, p. 9).

As ações de média complexidade visam atender os problemas e agravos à saúde da população nos quais a prática depende da disponibilidade de profissionais especializados e do uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Os serviços de alta complexidade são caracterizados por um conjunto de procedimentos, cujo objetivo é propiciar à população o acesso a serviços de alta densidade tecnológica e alto custo, com necessidade de pessoal especializado, integrando-se aos demais níveis de atenção à saúde. (PLANO NACIONAL DA SAÚDE, 2011, p. 42-43).

Os centros de especialidades odontológicas, implementam a rede especializada de saúde bucal no Brasil, criado no âmbito do Brasil Sorridente⁵. Os centros oferecem serviços de referência para realizar procedimentos especializados de diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer bucal, além de periodontia, cirurgia oral, endodontia, e atendimento aos portadores de necessidades especiais.

Informações do Ministério da Saúde (2011, p.42) mostram que o número de centros de especialidades odontológicas cresceu 770% entre 2004 a setembro 2011. Naquele ano, já existiam 870 CEO's habilitados pelo Ministério da Saúde, com a maior concentração na região Nordeste.

Na policlínica tipo I oferta-se as especialidades médicas de oftalmologia, otorrino, clínica geral, cardiologia, ginecologia, mastologia, cirurgia geral, gastroenterologia, urologia, traumatologia. Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, como radiologia convencional, mamografia, ultrassonografia, endoscopia digestiva, ecocardiografia, ergometria, eletrocardiograma, eudiometria e coleta de patologia clínica. Com apoio técnico de enfermagem, farmácia clínica, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, assistência social e ouvidoria.

A policlínica tipo II instalada nas microrregiões de maior densidade populacional, oferecem todos os serviços da policlínica tipo I, acrescidas de endocrinologia, angiologia e neurologia, bem como os serviços de tomografia computadorizada, eletroencefalograma e endoscopia respiratória.

3.4 Financiamento dos consórcios de saúde do Ceará

O financiamento dos consórcios de saúde do Ceará constitui-se de recursos provenientes do Estado do Ceará e Municípios consorciados, conforme contrato de rateio. *É de inteira responsabilidade do governo estadual assegurar parte dos recursos financeiros estaduais,*

⁵ O Brasil Sorridente constitui-se de uma série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013, p. 03).

previstos no PDI (Plano de Desenvolvimento e Investimento), para o desenvolvimento, implantação e manutenção do consórcio (SESA-CE, 2010, p.18).

Cabe ao Estado a captação de recursos federais, junto ao Ministério da Saúde e a outros órgãos financiadores, e o estabelecimento de procedimentos administrativos que assegurem o repasse sistemático de recursos de custeio do Tesouro Estadual.

Aos Municípios atribui-se a responsabilidade de assegurar parte dos recursos financeiros municipais ao consórcio de saúde, despesa inserida no orçamento e plano municipal.

As obras e equipamentos dos CEO's e policlínicas são custeados integralmente pelo Governo Estadual em parceria com Banco Interamericano de Desenvolvimento, enquanto os terrenos, para a instalação das unidades é doado pelo Município sede do consórcio.

Os custos de operacionalização das atividades são rateados entre a União através de repasses de 25% parcela fixa do Programa Brasil Sorridente ao FUNDES, o Governo do Estado custeia 40% também via FUNDES, e os Municípios em conjunto custeiam 35%. Essa dotação assegura o desenvolvimento das atividades, e manutenção dos consórcios.

4 METODOLOGIA

A delimitação do CPSMM como objeto de estudo considerou os entes associados, em particular o Município de Redenção. Cidade com pouco mais de 26 mil habitantes, localizado no Maciço de Baturité e integrante da microrregião de saúde de Maracanaú.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, que abordou a institucionalização da gestão associada entre os entes da Federação, sob a forma de Consórcio Público interfederativo, bem como o quantitativo de oferta e utilização de serviços de saúde no CEO Regional de Maracanaú, utilizou-se um arcabouço metodológico, baseado nos métodos e técnicas da metodologia qualitativa e quantitativa, ajustáveis a natureza do problema, e a análise dos dados.

A pesquisa quantitativa se mostrou apropriada por possibilitar medidas quantificáveis de variáveis e inferências a partir de dados numéricos. Esse tipo de pesquisa usa medidas numéricas para testar constructos científicos e hipóteses, ou busca padrões numéricos.

Em contrapartida, a pesquisa qualitativa se caracteriza, principalmente, pela ausência de medidas numéricas e análises estatísticas, examinando aspectos mais intensos e subjetivos do tema em estudo.

A pesquisa voltada para uma investigação prática, porém pura, com ênfase na obtenção do conhecimento aprofundado do tema, desenvolveu-se com abordagem qualitativa, por meio da pesquisa bibliográfica e pesquisa descritiva.

A pesquisa bibliográfica, uma das fontes mais relevante da pesquisa constitui passo prévio a ser feito em um processo de pesquisa, seja qual for o tema ou problema estudado. Isto ocorre porque é necessário um conhecimento do assunto, quais os estudos iniciais e o estágio atual que se encontra o tema. Esta fase foi essencial para obter informações prévias, para fundamentar a pesquisa descritiva.

Qualquer espécie de pesquisa, em qualquer área, supõe e exige uma pesquisa bibliográfica prévia, quer para levantamento do *estado da arte* do tema, quer para fundamentação teórica, ou ainda justificar os limites e as contribuições da própria pesquisa (CERVO, et al, 2007, p. 60).

Na segunda parte do estudo utilizou-se duas formas de pesquisa descritiva: o estudo de caso, dada a natureza do trabalho, que estuda dados e fatos colhidos da realidade; e a pesquisa documental usada em praticamente todas as ciências sociais, e aplicada principalmente em estudos organizacionais.

A pesquisa bibliográfica se constituiu de levantamento de informações de base teórica através da doutrina, apreciação do arts. 23, 197 e 241 da Constituição Federal de 1988. Os dispositivos legais supracitados versam respectivamente acerca das competências comuns dos entes políticos, a essencialidade dos serviços de saúde e prevê a gestão associada.

Serviu como fonte essencial para a compreensão do tema a legislação infraconstitucional vigente que trata das normas gerais e específicas dos consórcios públicos, a Lei nº 11.107/2005 e o Decreto nº 6.017/2007.

Empregou-se no estudo de caso e na pesquisa documental a técnica de observação sistemática, cujos registros advindos das mensurações realizadas podem demonstrar a relação entre a gestão associada, a ampliação da oferta e o acesso da população aos serviços de saúde na microrregião de Maracanaú, para isto os recursos aplicados na pesquisa buscaram retratar os cenários observados de modo fidedigno.

Em um estudo de caso a análise e interpretação ocorrem simultaneamente à coleta de dados, para obtenção de correlações, categorias, informações relevantes, que serviram de base para as significações posteriores.

A pesquisa documental foi realizada acessando os documentos públicos, amparados pela Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Foi objeto de análise o estatuto do CPSMM, o contrato de programa, contrato de rateio de todos os consorciados e os indicadores de atendimento dos usuários do CEO Regional de Maracanaú. Não foi possível acessar o Protocolo de Intenções/Contrato de Consórcio, pois não foi disponibilizado pelos órgãos solicitados.

Serviu de fonte nesta fase o portal do IBGE, site do Consórcio Público de Saúde de Maracanaú; Diário Oficial dos Municípios do Ceará; Diário Oficial do Estado do Ceará; Base de dados do CEO Regional de Maracanaú; Portal do Governo do Estado do Ceará, e o Consórcio Público de Saúde de Maracanaú.

Os dados numéricos colhidos durante o desenvolvimento da abordagem quantitativa são secundários, ou seja, classificados, sumarizados e organizados na fonte, e apresentados em tabelas. A análise e interpretação teve como base estatística a medida de posição da média aritmética.

Todas as informações reunidas nas fases anteriores foram analisadas e interpretadas de acordo com o tipo de pesquisa executada.

5 CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE MARACANAÚ

O consórcio público interfederativo formada pela associação do Estado do Ceará, através da SESA e os integrantes da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, denominado Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Maracanaú, com sede administrativa e foro em Maracanaú, institui-se nos termos da Lei estadual nº 14.491 de 2009 e respectivas leis municipais⁶ de ratificação do protocolo de intenções.

O consórcio constituiu-se sob a forma de associação pública, de natureza autárquica, com personalidade jurídica de Direito Público, tornando-se parte da Administração Pública Indireta de todos os consorciados.

A área de atuação da associação é formada pelos territórios dos Municípios que integram o consórcio, neste caso, Acarape, Barreira, Guaiuba, Maracanaú, Maranguape, Pacatuba, Palmácia e Redenção. Juntas as entidades políticas constituem a unidade territorial, inexistindo limites intermunicipais no que se relaciona à finalidade a que se propõe, sendo totalmente respeitadas as autonomias municipais.

A estrutura do CPSMM segue as seguintes instâncias organizacionais:

-Direção Superior: Assembleia Geral, Presidência, Conselho Constitutivo de apoio a gestão do consórcio e Conselho Fiscal;

-Direção e Assessoramento: Diretoria Executiva, Diretoria Administrativa-Financeira e Procuradoria Autárquica.

Quanto às finalidades, o Estatuto dispõem no art. 5º que a associação desenvolverá 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, em especial: serviços de urgência e de emergência hospitalar e extra-hospitalar; policlínica; unidades de pronto atendimento; programa de regulação intermunicipal, com a participação dos hospitais credenciados pelo SUS, dentro e fora do consórcio; troca de experiência e ajuda mútua entre os consorciados; centros de especialidades odontológicas; assistência farmacêutica, entre outros serviços relacionados à saúde pública, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e o PDR do Ceará.

⁶ Acarape nº 410, de 18 de maio de 2010; Barreira nº 449, de 18 de maio de 2010; Guaiuba nº 565, de 14 de maio de 2010; Maracanaú nº 1.569, de 24 de maio de 2010; Maranguape nº 2260, de 19 de maio de 2010; Palmácia nº 268, de 09 de novembro de 2009; Pacatuba nº 1026, 26 de março de 2010; Redenção nº 1.361, de 14 de maio de 2010 (art.10, ESTATUTO DO CPSMM).

Os objetivos específicos visam fortalecimento das instâncias locais e regionais, o compartilhamento de recursos, cooperação técnica, e ampliação da oferta e acesso da população aos serviços de saúde, em face da construção de um CEO Regional e uma policlínica tipo II (art. 6º, ESTATUTO DO CPSMM), para o estabelecimento de vínculo de cooperação e articulação de esforços, com vista a criar condições de viabilidade, eficiência, eficácia e melhores resultados na gestão descentralizada das ações e serviços de saúde.

O CPSMM tem prazo de duração indeterminado, sendo assegurado pelos consorciados, o cumprimento das responsabilidades assumidas em relação aos financiamentos concedidos durante a vigência do consórcio.

A retirada ou a exclusão do consórcio, não prejudica as obrigações já constituídas, inclusive nos contratos de programa e contratos de rateio, já a extinção depende de prévio pagamento de indenizações das obrigações já cumpridas.

Coube ao Governo Estadual prover condições estruturais e financeiras iniciais para a instalação da sede do consórcio, do CEO e da policlínica.

O Centro de Especialidade Odontológica Regional iniciou as atividades em janeiro de 2014, ofertando serviços de saúde bucal especializados de média complexidade. Enquanto a policlínica tipo II encontra-se em fase de construção com 85% das obras concluídas, a inauguração estava prevista para junho de 2014, contudo até o final do período de desenvolvimento deste estudo as obras encontravam-se paralisadas.

Uma das particularidades dos consórcios públicos seria a ininterrupção das atividades da associação por período indeterminado, salvo disposto em contrário no contrato, mesmo em face do início de um novo programa de governo em virtude processo eleitoral.

Isto porque o contrato de consórcio é firmado entre as entidades políticas, não entre os governantes. O que significa que as obrigações assumidas com o consórcio, não cessão mediante um novo ocupante do cargo de Chefe do Executivo. As associações prezam pelo princípio da permanência/continuidade do serviço público.

Em face das circunstâncias os dados analisados seguir refere-se apenas ao Centro de Especialidades Odontológicas.

5.1 CEO Regional de Maracanaú

O Centro de Especialidades Odontológicas Neusa Prado Gondim de Oliveira - CEO Regional de Maracanaú integra a Rede Própria da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, para o desenvolvimento das ações de saúde no fortalecimento do PROEXFAES.

O CEO disponibiliza serviços exclusivamente para usuários do SUS um público de 517.454 habitantes distribuídos entre 08 circunscrições administrativas em dias e horários previamente definidos, com escala de profissionais, previamente publicada em cada unidade de saúde.

O CPSMM é responsável por informar às secretarias municipais mensalmente, via 3º CRES, o quantitativo de serviços à disposição da comunidade, bem como a agenda de atendimento dos profissionais.

O contrato de programa subscrito por todos os associados transferiu a gestão para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde bucal ao CEO Regional, conforme a PPC.

Tabela 1: Programação Pactuada Consorcial Mensal

Município	PNE	Endodontia	Periodontia	Cirurgia	Prótese	Ortodontia	Total
Acarape	01	06	03	02	03	22	37
Barreira	02	07	04	03	03	28	47
Guaiúba	02	09	05	04	04	34	58
Maracanaú	17	76	42	34	38	295	502
Maranguape	09	42	23	19	21	163	277
Pacatuba	06	27	15	12	14	105	179
Palmácia	01	04	03	02	02	17	29
Redenção	02	09	05	04	05	36	61
Total	40	180	100	80	90	700	1.190

Fonte: Contrato de Programa CPSMM (2014, p. 14).

Conforme a programação pactuada consorcial apresentada na tabela 1, para cada Município é disponibilizado um número mensal fixo de especialidades odontológicas, totalizando 1.190 vagas distribuídas entre os entes políticos, beneficiando cerca de 2,7% da população da regional, um total de 14.280 potenciais atendimentos por ano.

A distribuição das vagas para atendimento corresponde ao contingente populacional. Os Municípios maiores, com mais de 100 mil habitantes Maranguape e Maracanaú, reserva-se respectivamente 23,27% e 42,11%, enquanto os menores com 12 mil a 99 mil habitantes têm entre 2,44% e 15,02% das vagas.

5.2 Oferta e utilização dos serviços de saúde bucal

A implantação do CEO Regional possibilitou a ampliação dos serviços de saúde bucal de modo considerável, ofertando à população procedimentos odontológicos essenciais de forma contínua. Contudo, observa-se que há uma variação significativa entre a PPC e o número de atendimentos efetivamente disponibilizados.

No primeiro ano de funcionamento, o CEO operou abaixo do programado, uma diferença de 9.703 tratamentos a menos que o disposto no PPC. Apenas determinadas especialidades como periodontia teve 100% de oferta conforme o programado, cirurgia oral teve oferta de 92% e ortodontia fechou o ano disponibilizando 5% do previsto.

Tabela 2: Oferta de Serviços em 2014

Mês	Oferta	Utilização	% Utilização
JAN	286	167	58%
FEV	456	316	69%
MAR	305	190	62%
ABR	466	328	70%
MAI	311	230	74%
JUN	352	226	64%
JUL	346	193	56%
AGO	379	290	77%
SET	418	291	70%
OUT	428	305	71%
NOV	410	325	79%
DEZ	420	264	63%
Total	4.577	3.125	68,3%

Fonte: CEO Regional de Maracanaú

Durante o ano de 2014, conforme o objetivo consorcial, o CEO Regional ampliou a oferta de serviços públicos foram disponibilizados 4.577 novas vagas para a população regional. Por outro lado, a análise da relação entre número de serviços ofertados e efetivamente utilizados em 2014 mostra uma significativa discrepância. Em média foi posto à disposição da população e não usufruídas 121 vagas por mês, 31,7% de vagas ociosas por ano.

De acordo com a tabela 2 os tratamentos iniciados em todas as especialidades, incluindo ortodontia somaram 3.125, pouco mais de 60% do total disponibilizado. Agosto, outubro e novembro foram os meses em que a demanda alcançou uma percentagem superior a 70%.

A observação do cenário isolado poderia indicar que a oferta foi maior que a demanda. Em contrapartida, se examinar de modo mais preciso nota-se que podem existir outros fatores que levam a esta realidade.

Dentre outras possíveis explicações, está a falta de transporte, contrário a recomendações do Governo do Estado, o consórcio de saúde de Maracanaú não dispõe de transporte sanitário, isto dificulta o acesso da população aos serviços ofertados.

5.3 Acompanhamento e avaliação dos serviços

Compete aos entes consorciados, constituir junto ao CPSMM em um prazo de até 02 meses após a assinatura do contrato de programa, a Comissão de Avaliação, composta por membros indicados pelos associados. A comissão tem o dever de reunir-se semestralmente para proceder o acompanhamento e a avaliação do cumprimento das metas e indicadores definidos em contrato. A publicação oficial dos relatórios pela comissão é de responsabilidade dos membros do consórcio.

Cabe a Diretoria Executiva do CPSMM, elaborar mensalmente relatório das atividades, e anualmente relatório de gestão (art. 31, IV, ESTATUTO DO CPSMM). O Relatório de Gestão quadrimestral pertinente a execução dos serviços estabelecidos em contrato, contendo comparativos específicos das metas propostas com os resultados alcançados e iniciativas desenvolvidas pelo consórcio, deve ser apresentado aos Conselhos Municipais de Saúde consorciados e ao Conselho Estadual de Saúde.

As metas e resultados são sistematizados e periodicamente apresentados nas reuniões da CIR que acontece mensalmente com a presença dos Secretários de Saúde e demais técnicos da área. Os relatórios de atendimento e desempenho também encontra-se disponíveis do site do consórcio.

5.4 Responsabilidades financeiras dos consorciados

A transferência de recursos dos contratantes ao contratado da gestão do Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Maracanaú, bem como a manutenção das demais atividades de funcionamento da entidade, nos termos do estatuto do CPSMM, são autorizados pelo contrato de rateio.

A autorização dos valores na forma disposta nas cláusulas e subcláusulas do contrato são de caráter irrevogável até seu cumprimento total, salvo mediante distrato e/ou rescisão do contrato de rateio, com anuência de ambos os partícipes. As alterações nos cronogramas de desembolso, não são permitidas e nem promovidas, salvo mediante termo aditivo, com a anuência de ambas as partes.

Outras fontes de custeio são permitidas. Os recursos financeiros podem ser obtidos através de receitas auferidas por serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações financeiras, ficando facultado contrair empréstimos, desde que aprovado pela Assembleia Geral.

Os recursos repassados ao consórcio correspondem ao plano de prestação de serviços e obedecem ao cronograma de desembolso.

O plano de desembolso de 2014 ilustrado na tabela 3 mostra que juntos os consorciados entregaram ao consórcio de saúde R\$ 2.724.767,63 (Dois milhões setecentos e vinte e quatro mil setecentos e sessenta e sete reais e sessenta e três centavos) em 12 parcelas, durante os meses de janeiro a dezembro. O valor estipulado refere-se a cota parte do Estado Ceará e dos Municípios, destinado ao custeio do CEO Regional.

Tabela 3: Rateio das obrigações financeiras

Contratante	Cota parte anual	Repasso mensal
Ceará/SESA/FUNDES	1.763.107,07	146.925,58
Acarape	29.755,56	2.479,63
Barreira	37.858,44	3.154,87
Guaiúba	47.037,24	3.919,77
Maracanaú	404.996,40	33.749,70
Maranguape	223.766,28	18.647,19
Pacatuba	144.444,00	12.037,00
Palmácia	23.461,08	1.955,09
Redenção	50.341,56	4.195,13
Total	2.724.767,63	227.063,96

Fonte: Contratos de Rateio do CPSMM (2014, p. 02).

O governo do Estado, através da SESA custeou 64,7% da operacionalização do CEO, e os demais consorciados financiaram o restante.

Palmácia, Acarape e Barreira Municípios com até 20 mil habitantes juntos representam 3,34% dos repasses, Guaiúba e Redenção desembolsaram em 2014 quase o mesmo valor que os três Municípios supracitados cerca de 3,57%, já Pacatuba, Maranguape e Maracanaú com população entre 70 mil a 210 mil habitantes custearam 28,38% dos serviços de saúde bucal.

O custeio não é simétrico, bem como a disponibilidade de serviços. À exemplo da distribuição das vagas verifica-se uma relação entre o número de habitantes e o valor repassado ao consórcio. Reserva-se para cada associado oferta baseada na população e assim determina-se o desembolso.

Os associados destinaram ao consórcio a dotação suportada em seu orçamento. O valor transferido ao consórcio pelos associados é irrisório se comparado ao financiamento dos mesmos serviços por uma única unidade subnacional.

Os recursos repassados ao consorcio podem ser aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados da aplicação sejam apropriados, integralmente para a gestão das ações e serviços de saúde do CEO Regional.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na Federação brasileira concorrem três esferas de poder, dotadas de competências privativas e concorrentes. A articulação das unidades subnacionais para a consecução de demandas sociais comuns é uma realidade no âmbito da gestão associada.

As relações intergovernamentais possíveis no federalismo cooperativo favorecem o diálogo, a troca de experiências políticas, e a execução de políticas públicas locais, que de outro modo, não seria realizável.

Os Municípios pequenos atingidos pela gestão muitas vezes inadequadas de recursos, beneficiam-se da cooperação federativa à medida que traz para o gestor municipal uma agenda de alocação de recursos eficiente e favorável ao cumprimento de suas competências constitucionais.

A previsão constitucional da gestão associada recebeu regulamentação infraconstitucional com a promulgação da Lei dos Consórcios Públicos. A indicação dos convênios de cooperação e dos consórcios públicos, como instrumentos de gestão associada firmou a distinção entre os dois acordos de cooperação.

A exigência legal de etapas para instituição dos consórcios, bem como a definição dos termos, conceitos e elementos essenciais às associações lançaram luz a acordos de cooperação, que apesar de não se configurarem consórcio público, estavam sob o mesmo título.

A saúde pública recebeu atenção particular no Ceará. O programa desenvolvido pelo Governo do Estado implantou consórcios públicos de saúde em todo o território, e ampliou a oferta de serviços à população regional.

Na microrregião de Maracanaú, o CPSMM se dispôs a ampliar a oferta e o acesso da população aos serviços de saúde. Desse modo a associação deveria construir e pôr à disposição dos cidadãos serviços de saúde, ou seja, exames, tratamentos médicos e odontológicos, através da policlínica e do centro de especialidades odontológicas.

No entanto, ocorreu uma ruptura no processo de implantação das unidades de saúde, tanto a policlínica quanto o CEO Regional deveriam iniciar as atividades em 2014, este não foi o caso. Apenas o Centro Odontológico está operando regularmente.

A policlínica em fase de construção durante a transição do Governo estadual não foi concluída. O mesmo observa-se no contexto geral, as publicações, manuais e relatórios de implantação e funcionamento elaborados pelo Governo do Ceará datam até 2013.

A interrupção da construção da policlínica privou a população da região de indispensáveis especialidades médicas, clínica e cirurgia geral, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, apoio técnico de enfermagem, farmácia clínica, assistência social, bem como os serviços de tomografia computadorizada.

A falta desses serviços no interior do Estado provoca superlotação nos centros e unidades de saúde da capital. Cenário instável onde a demanda supera a oferta e a saúde pública declina.

A oferta de serviços não garantiu o acesso. A subdivisão geográfica das microrregiões, no primeiro olhar, parece facilitar o deslocamento dos cidadãos até a unidade de saúde regional. Entretanto, não é difícil constatar que há entre os Municípios da microrregião de Maracanaú uma considerável distância, isto exige o emprego do transporte sanitário.

Outro motivo para a defasagem na utilização dos serviços pode ser a falha na transmissão das informações. A comunicação institucional não assegura que o cidadão esteja ciente dos serviços a sua disposição.

Os consórcios representam um arranjo institucional relativamente novo, o que o expõe a experiências de êxito e oportunidades de melhoria. Conforme o explicitado, o objetivo consorcial do CPSMM foi apenas parcialmente cumprido, ampliou-se a oferta de serviços odontológicos, por outro lado o acesso da população encontra-se limitada por falta do transporte sanitário e possíveis falhas na transmissão de informações à população regional.

Para solucionar esses problemas, seria viável a contratação conjunta de transportes sanitários para fazer o deslocamento da população de cada um dos Municípios em dias e horários pré-definidos, bem como orientar as secretarias de saúde municipais a utilizar meios de disseminação de informações mais eficazes.

Embora não tenha sido possível acessar o protocolo de intenções/contrato de consórcio, por questões alheias, encontrou-se no estatuto do consórcio, no contrato de programa e nos contratos de rateio dados relevantes e pertinentes ao estudo.

Os documentos jurídicos e institucionais do CPSMM examinados mostraram que houve estrita observância à legislação pertinente. As etapas de constituição foram seguidas e as responsabilidades assumidas pelos consorciadas permitiu o funcionamento do CEO Regional.

O consórcio é uma ferramenta promissora, mas por si só não sana a deficiência política e administrativa enraizada na prática da gestão pública brasileira. Para que a gestão associada alcance seu propósito é necessária adequada preparação do gestor que assume o cargo de Chefe de Executivo.

A singularidade dos consórcios públicos abriu espaço para o desenvolvimento de atividades estatais essenciais à população. O gestor público é convidado a conciliar estrategicamente a gestão associada com a efetiva viabilização das ações de cooperação interfederativa, não apenas para ofertar os serviços, mas garantir o acesso, a eficiência, a universalidade e a continuidade.

A iniciativa de se associar não partiu dos Municípios. O Governo do Estado foi o responsável por desenvolver a política de prestação de serviços de saúde pública através da Rede de Assistência à Saúde Consorciada, organizou as regionais e implantou os consórcios de saúde.

Isto mostra que os gestores municipais, em particular da região, podem não está familiarizados com o conceito de gestão associada e com o campo de atuação que os consórcios públicos oferecem.

As diferentes áreas de aplicabilidade da gestão associada abrem uma série de oportunidades de execução e melhoria da qualidade dos serviços públicos, em particular na região do Maciço de Baturité, composta por 13 Municípios relativamente próximos e com demandas sociais parecidas.

A gestão associada se mostra eficaz para atender a demandas latentes como saneamento básico, tratamento de resíduos sólidos, transporte coletivo, habitação, desenvolvimento urbano, turismo e emprego, áreas visivelmente desassistidas pelo Poder Público local.

REFERÊNCIAS

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **Organização do poder**: A institucionalização do poder. Brasília: Revista de Informação Legislativa, nº 90 abr/jun de 1986.

BITAR, Orlando. **Federalismo solidário e desenvolvimento**. Brasília: Revista de Informação Legislativa. Abr/jun de 1974.

BOBBIO, Norberto. **Estado, Governo, Sociedade**: Para uma teoria geral da política. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

BONAVIDES, Paulo. **Ciência Política**. 22ª ed. – São Paulo: Malheiros Editores, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao> Acesso em 21 de jan. de 2016.

BRASIL. **Decreto nº 01, de 15 de novembro de 1889**. Proclama provisoriamente e decreta como forma de governo da Nação Brasileira a República Federativa, e estabelece as normas pelas quais se devem reger os Estados Federais. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1-15-novembro-1889-532625-publicacaooriginal-14906-pe.html>> Acesso em: 10 de mar. de 2016.

BRASIL. **Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007**. Regulamenta a Lei no 11.107, de 06 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Brasília, 17 de janeiro de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20072010/2007/decreto/d6017.htm> Acesso em: 16 de fev. de 2016.

BRASIL. **Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Brasília, 06 de abril de 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20042006/2005/lei/111107.htm> Acesso em: 16 de fev. de 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8987cons.htm> Acesso em: 15 de mar. de 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995**. Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8987cons.htm> Acesso em: 15 de mar. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a passo das ações do Brasil sorridente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga pacto pela saúde 2006, a consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt039922022006.html>> Acesso em: 23 de mar. De 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde: 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Consórcios Públicos**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2013.

CEARÁ. **Contrato de Programa de 02 de janeiro de 2014**. Contrato de programa, que transfere a gestão para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde no Centro de Especialidades Odontológicas Regional – Neusa Prado Gondim de oliveira – CEO Regional de Maracanaú, que entre si celebram o Estado do Ceará, através da Secretaria da Saúde – SESA, os Municípios de Acarape, barreira, Guaiuba, Maracanaú, Maranguape, Pacatuba, Palmácia e Redenção, e o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Maracanaú – CPSMM. Disponível em: <<http://consorciosaudemaracanau.com.br/wp-content/uploads/DocsCPSMM/contrato.programa.pdf?95e56d>> Acesso em: 26 de fev. 2016.

CEARÁ. **Contrato de Rateio nº 01**. Definição das regras e critérios de participação do Município de Acarape (contratante) junto ao CPSMM (contratado). Disponível em: <<http://consorciosaudemaracanau.com.br/wp-content/uploads/DocsCPSMM/contrato.rateio01.2014.ceo.pdf?95e56d>> Acesso em: 25 de mar. 2016.

CEARÁ. **Contrato de Rateio nº 02**. Definição das regras e critérios de participação do Município de Barreira (contratante) junto ao CPSMM (contratado). Disponível em: <<http://consorciosaudemaracanau.com.br/wp-content/uploads/DocsCPSMM/contrato.rateio02.2014.ceo.pdf?95e56d>> Acesso em: 25 de mar. 2016.

CEARÁ. **Contrato de Rateio nº 03**. Definição das regras e critérios de participação do Município de Guaíba (contratante) junto ao CPSMM (contratado). Disponível em: <<http://consorciosaudemaracanau.com.br/wp-content/uploads/DocsCPSMM/contrato.rateio03.2014.ceo.pdf?95e56d>> Acesso em: 25 de mar. 2016.

CEARÁ. **Contrato de Rateio nº 04**. Definição das regras e critérios de participação do Município de Maracanaú (contratante) junto ao CPSMM (contratado). Disponível em: <<http://consorciosaudemaracanau.com.br/wp-content/uploads/DocsCPSMM/contrato.rateio04.2014.ceo.pdf?95e56d>> Acesso em: 25 de mar. 2016.

CEARÁ. **Contrato de Rateio nº 05**. Definição das regras e critérios de participação do Município de Maranguape (contratante) junto ao CPSMM (contratado). Disponível em: <<http://consorciosaudemaracanau.com.br/wp-content/uploads/DocsCPSMM/contrato.rateio05.2014.ceo.pdf?95e56d>> Acesso em: 25 de mar. 2016.

CEARÁ. **Contrato de Rateio nº 06**. Definição das regras e critérios de participação do Município de Pacatuba (contratante) junto ao CPSMM (contratado). Disponível em: <<http://consorciosaudemaracanau.com.br/wp-content/uploads/DocsCPSMM/contrato.rateio06.2014.ceo.pdf?95e56d>> Acesso em: 25 de mar. 2016.

CEARÁ. **Contrato de Rateio nº 07**. Definição das regras e critérios de participação do Município de Palmácia (contratante) junto ao CPSMM (contratado). Disponível em: <<http://consorciosaudemaracanau.com.br/wp-content/uploads/DocsCPSMM/contrato.rateio07.2014.ceo.pdf?95e56d>> Acesso em: 25 de mar. 2016.

CEARÁ. **Contrato de Rateio nº 08**. Definição das regras e critérios de participação do Estado do Ceará (contratante) junto ao CPSMM (contratado). Disponível em: <<http://consorciosaudemaracanau.com.br/wp-content/uploads/DocsCPSMM/contrato.rateio08.2014.1.pdf?95e56d>> Acesso em: 25 de mar. 2016.

CEARÁ. **Contrato de Rateio nº 08**. Definição das regras e critérios de participação do Município de Redenção (contratante) junto ao CPSMM (contratado). Disponível em: <<http://consorciosaudemaracanau.com.br/wp-content/uploads/DocsCPSMM/contrato.rateio08.2014.ceo.pdf?95e56d>> Acesso em: 25 de mar. 2016.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Consórcios Públicos em Saúde no Ceará**: Estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde. Fortaleza: SESA, 2009.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 2.061, de 08 de novembro de 2007**. Cria, no âmbito desta Secretaria, a Comissão de Fomento e Implantação de Consórcios Públicos de Saúde no Estado do Ceará. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/portaria_2061-2007%20.pdf> Acesso em: 26 de mar. de 2016.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 6.493, de 25 de novembro de 2009**. Aprova o Regulamento Operativo que estabelece a organização, procedimentos, termos e condições a serem observadas na execução do Programa de Expansão e Fortalecimento da Atenção Especializada a Saúde no Estado do Ceará. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Documents/Desktop/portaria_6493_2009%20.pdf> Acesso em: 26 de mar. de 2016.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado do Ceará**. SESA-CE. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/redeemconstrucao/proexmaes/perfildoprogrma>> Acesso em: 24 de mar. de 2016.

CEARÁ. Secretaria do Planejamento e Gestão. Secretaria da Saúde. **Relatório de Acompanhamento dos Consórcios Públicos 2012**. Fortaleza: SEPLAG, 2013.

CEARÁ. **Estatuto do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Maracanaú**. 10 novembro 2010. Disponível em: <<http://consorciosaudemaracanau.com.br/wp-content/uploads/Leis/Estatuto - CPSMM.pdf?a64e8c&95e56d>> Acesso em: 26 de fev. 2016.

CERVO, Amado L; BERVIAN, Pedro A.; DA SILVA, Roberto. **Metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos da teoria geral do Estado**. 32ª ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 25ª ed. São Paulo: Atlas, 2012.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais**: Perfil dos Municípios Brasileiros 2011. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

KELSEN. Hans. **Teoria Geral do Direito e do Estado**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MAQUIAVEL, Nicolau. **O Príncipe**. São Paulo: Martin Claret, 2012.

MEIRELLES, Hely Lopes; *et al.* **Direito Administrativo Brasileiro**. 38ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2012.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 26ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2009.

MONTESQUIEU. **O espírito das leis**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

OPS. Organização Mundial Da Saúde. Unidade Técnica de Doenças Transmissíveis e Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. **Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação 2013**. Governo Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

PESTANA, Marcio. **Direito Administrativo Brasileiro**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

REZEK, Francisco. **Direito Internacional Público**: curso elementar. 11ª ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

SOUZA, Adalberto Pimentel Diniz de. **A mecânica do federalismo**. Brasília: Revista de Informação Legislativa, nº 165 jan/mar de 2005.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade**. vol. 1, 4ª ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2012.

ANEXOS

ANEXO A – Estatuto do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Maracanaú.

ANEXO B – Contrato de Programa de 02 de janeiro de 2014. Contrato de programa, que transfere a gestão para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde no Centro de Especialidades Odontológicas Regional – Neusa Prado Gondim de oliveira – CEO Regional de Maracanaú, que entre si celebram o Estado do Ceará, através da Secretaria da Saúde – SESA, os Municípios de Acarape, barreira, Guaiuba, Maracanaú, Maranguape, Pacatuba, Palmácia e Redenção, e o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Maracanaú – CPSMM.

ANEXO C - Contrato de Rateio nº 08. Definição das regras e critérios de participação do Município de Redenção (contratante) junto ao CPSMM (contratado).

ANEXO D – Indicadores de falta dos usuários do CEO Regional de Maracanaú em 2014.