



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

KARINE SOUSA JULIÃO

**COOPERAÇÃO INTERGOVERNAMENTAL NA REGIÃO DO
MACIÇO DE BATURITÉ: O CASO DO CONSÓRCIO PÚBLICO DE
SAÚDE**

**REDENÇÃO
2015**



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

KARINE SOUSA JULIÃO

**COOPERAÇÃO INTERGOVERNAMENTAL NA REGIÃO DO
MACIÇO DE BATURITÉ: O CASO DO CONSÓRCIO PÚBLICO DE
SAÚDE**

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

ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria Vilma Coelho Moreira Faria

**REDENÇÃO
2015**

**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

J89c Julião, Karine Sousa.

Cooperação intergovernamental na região do maciço de Baturité: o caso do consórcio público de saúde. / Karine Sousa Julião. – Redenção, 2015.

62 f.; 30 cm.

Monografia apresentada ao curso de Administração Pública da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira – UNILAB.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Vilma Coelho Moreira Faria.
Inclui Figuras, Quadro, Tabela e Referências.

1. Sistema único de Saúde – Brasil. 2. Consórcio público – Saúde. I. Título.

CDD 362.10981

KARINE SOUSA JULIÃO

**COOPERAÇÃO INTERGOVERNAMENTAL NA REGIÃO DO
MACIÇO DE BATURITÉ: O CASO DO CONSÓRCIO PÚBLICO DE
SAÚDE**

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

Data: ___ / ___ / ___

Nota: _____

Banca Examinadora

Prof^ª. Dra. Maria Vilma Coelho Moreira Faria (Orientadora)

Prof^ª. Dra. Maria Aparecida da Silva

Prof^º. Esp. Carlos Airton Uchoa Sales Gomes

Dedico este trabalho a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que eu pudesse chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu bom Deus por ser minha rocha e fortaleza.

À minha família, em especial meus pais, que não pouparam esforços para realização desta conquista, sem vocês esta conquista não teria o mesmo valor.

Ao Milton Neto, pela paciência e o apoio constante e incondicional nos momentos de dificuldades. Obrigada pela atenção especial e carinho.

À Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e ao Instituto de Ciências Sociais Aplicadas (ICSA) pelas oportunidades oferecidas. Estudar na UNILAB foi um escolha decisiva para meu futuro profissional e formação humana.

À Professora Maria Vilma Coelho, pelo conhecimento, apoio e carinho como orientadora.

A todos os professores que me entusiasmaram no percurso formativo, que será eterno. Aos senhores, meu profundo respeito e admiração!

A todos que formaram a primeira turma de Administração Pública da UNILAB, em especial meus amigos Greg Jordan, Ylane Araújo, Raiane Kelly, Soraya Figueiredo, Marcela Ribeiro e Lídia Gomes. Com vocês não só amadureci na construção do conhecimento, como vivi momentos de muita alegria.

Ao Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité (CPSMB), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), a Policlínica de Baturité e os secretários municipais de saúde, que forneceram informações cruciais para o desenvolvimento deste trabalho.

Enfim, meu muito obrigada!

*“Avance para águas mais profundas, e lancem as
redes para a pesca”*

(Lucas, 5:4)

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi construído para ser operado através da gestão compartilhada. Todavia, a descentralização posterior a Constituição Federal de 1988 concentrou-se na municipalização dos serviços, fortaleceu o poder normativo na União e provocou a subvalorização estadual (KEINERT, ROSA, MENEGUZZO, 2006). Assim, a cooperação intergovernamental aparece como um instrumento capaz de superar esses dilemas. Neste sentido, o objetivo desta pesquisa é analisar a experiência de cooperação intergovernamental na Região do Maciço de Baturité, por meio da atuação do Consórcio Público de Saúde. Este estudo de caso constituiu-se numa investigação de caráter qualitativo, com o auxílio da pesquisa bibliográfica e documental. Foram coletadas informações junto a atores-chave do processo de gestão do CPSMB, por meio de entrevistas semiestruturadas. Os resultados mostram que toda a estrutura administrativa do CPSMB foi pensada em função de um trabalho colaborativo e participativo entre os entes governamentais. A regionalização com o suporte estadual foi e ainda é crucial para execução do consórcio, que propicia maior economia ao sistema, bem como o benefício de um maior número de pessoas. Elucida-se aqui o alcance de uma relação positiva de custo/benefício, tão essencial para o SUS. Foram identificadas três motivações para criação e manutenção do Consórcio: o princípio da integralidade pregado pelo SUS; a pressão social sofrida pelos municípios por serviços de saúde satisfatórios e a carência de recursos enfrentada pelos municípios. Constatou-se que a formatação das relações intergovernamentais não se constitui em um único desenho, mas se diferencia entre as Dimensões Gerencial e Política. Por fim, os municípios evoluíram na ideia de ação cooperada, mas ainda necessita da ação direta de um motivador da ação coletiva. Portanto, faz-se necessário considerar a construção de uma rede híbrida de cooperação, com abertura para a sociedade civil organizada e iniciativa privada.

Palavras-chave: Cooperação Intergovernamental. Consórcio Público. Saúde.

ABSTRACT

The Sistema Único de Saúde (SUS) was built to be operated by a shared management. However, the decentralization after the Federal Constitution of 1988 focused in the municipalization of services, enforced the normative power of the Union and caused the state sub valorization (KEINERT, ROSA, MENEGUZZO, 2006). Thereby, the intergovernmental cooperation appears as an instrument capable of overcome those dilemmas. Therefore, the goal of this research is to analyze the experience of intergovernmental cooperation in the Maciço de Baturité Region, through the operation of the Public Healthy Consortium. This case study was an investigation of qualitative character, with bibliographic and documental research aid. Information were collected with key actors of the management process of CPSMB, through semi structured interviews. The results showed that all the administrative structure of the CPSMB was though in function of collaborative and participative work between governmental entities. The regionalization, with the state support, was and still is crucial for the accomplishment of the consortium that results in greater economy to the system, as well as in benefits for a greater number of people. It is clarified here the reach of a positive relation of cost/benefit, very essential to the SUS. Three motivations were identified for the creation and maintenance of the Consortium: the principle of integrality proposed by SUS; the social pressure suffered by the counties for satisfactory healthy services and the lack of resources faced by the counties. It has been found that the intergovernmental formatting is not made in a unique layout, but it differs between Managerial and Political dimensions. Lastly, the counties evolved the idea of cooperative action, but it still needs the direct action of collective action motivator. Therefore, it is necessary to consider building a hybrid network cooperation, with open mind for the organized civil society and private initiative.

Key words: Intergovernmental Cooperation. Public Consortium. Healthy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 - Consórcios na forma horizontal	24
Figura 2 - Consórcios na forma vertical	24
Figura 3 - Etapas para constituição dos consórcios públicos	26
Figura 4 - Mapa das Microrregiões de Saúde do Ceará e da 4ª Microrregião de Saúde	31
Figura 5 - Instâncias de Planejamento do Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité	39
Figura 6 - Desenho das relações intergovernamentais na Dimensão Gerencial	42
Figura 7 - Desenho das relações intergovernamentais na Dimensão Política	43

QUADRO

Quadro 1 - Fundamentação legal dos consórcios públicos	25
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cobertura populacional do CPSMB total e por município	32
Tabela 2 - % Receita própria investida em saúde por município e ano (2009-2014)	37

LISTA DE SIGLAS

ADR MACICO - Agência de Desenvolvimento Regional do Maciço
ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde
CEIMAB - Consórcio Intermunicipal de Energia e Iluminação Pública do Maciço de Baturité
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIR - Comissão Intergestores Regional
CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde
COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COMARES BATURITÉ - Consórcio Municipal para Aterro de Resíduos Sólidos Baturité
CONSAD Baturité - Consórcio de Segurança Alimentar, Desenvolvimento Local
CRES - Coordenadoria Regional de Saúde
CPS - Consórcios Públicos de Saúde SMSS - Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde
CPSMB - Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LC - Lei dos Consórcios
LOA - Lei Orçamentária Anual
PDRA - Plano de Desenvolvimento Regional
PPA - Plano Plurianual
PPC - Programação Pactuação Consorciada
PSF - Programa Saúde da Família
SESA - Secretário de Saúde do Estado do Ceará
SISREG - Sistema Nacional de Regulação do SUS
SUS - Sistema Único de Saúde
TCE - Tribunal de Contas do Estado do Ceará
TCM - Tribunal de Contas dos Municípios

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 Federalismo, Relações Intergovernamentais e Políticas Públicas.....	17
2.2 Novas responsabilidades municipais e o papel da cooperação intergovernamental ..	19
2.3 Consórcios públicos: um novo contexto a partir da Lei federal nº 11.107	21
3 METODOLOGIA.....	28
3.1 Classificação da pesquisa	28
3.1 Coleta de dados	28
3.4 Análise dos dados.....	29
4 ANÁLISE DA ESTRUTUTURA DE FUNCIONAMENTO DO CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DO MACIÇO DE BATURITÉ (CPSMB).....	30
5 PROCESSO DECISÓRIO, DESENHO DAS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS E RESULTADOS ALCANÇADOS PELO CPSMB	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE A - Instrumento de coleta aplicado ao secretário executivo do Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité (CPSMB)	52
APÊNDICE B - Instrumento de coleta aplicado aos secretários de saúde de cada um dos oito municípios que compõem o CPSMB.	54
ANEXO A - Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005.	55

1 INTRODUÇÃO

O sistema federativo brasileiro, a partir do texto constitucional de 1988, reconheceu os municípios como entes da federação, junto aos estados e a União, estabelecendo um federalismo tridimensional para a República Federativa do Brasil. O novo desenho da organização político-administrativa também contribuiu para um cenário de descentralização fiscal e de políticas públicas para os governos subnacionais (CUNHA, 2004).

Dentre as políticas afetadas pelo fenômeno da descentralização, destacou-se a política de saúde, onde este processo mais avançou, seguida da educação (KEINERT, ROSA, MENEGUZZO, 2006). A luta do chamado “partido da saúde”, formado por sanitaristas, profissionais da saúde, lideranças locais e movimentos sociais, culminou no projeto do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado na Constituição de 1988 (ABRUCIO, 2005).

“O modelo institucional do SUS, foi construído para ser operado pela trina federativa. Os entes federados mantêm, entre si, diretamente ou através da mediação de instituições de gestão compartilhada e de controle social, complexas inter-relações”. Todavia, a descentralização concentrou-se na municipalização dos serviços de saúde, fortaleceu o poder normativo na União e provocou a subvalorização do papel do governo estadual (KEINERT, ROSA, MENEGUZZO, 2006, p.31)

A fragilidade financeira municipal, acompanhada pela ausência de articulação regional e pela ineficiência do modelo municipalista autárquico na gestão de políticas públicas de saúde, mostrou a relevância do papel do governo estadual na coordenação de ações no nível regional e microrregional. Assim, a cooperação intergovernamental aparece como um instrumento capaz de superar esses dilemas, através de ações integradas entre os municípios, os estados e a União.

Foi nesse contexto, que o Governo do Estado do Ceará conduziu no primeiro momento a implantação dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde (SMSS), em 2000, e a partir de 2007, incentivou a criação de Consórcios Públicos de Saúde (CPS), a fim de promover a descentralização e a regionalização dos serviços especializados em seu território. A iniciativa faz parte do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde no Estado do Ceará. Ambos atendem a diretriz de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), celebrada no Pacto pela Saúde 2006.

O Estado do Ceará optou por estimular a formação de Consórcios em saúde tomando por base os municípios localizados numa mesma microrregião de saúde, visando facilitar o processo

de estruturação de redes de atenção à saúde e tendo como referência o Plano de Desenvolvimento Regional – PDRA (CEARÁ, 2009).

A relevância desta pesquisa sustenta-se nas seguintes questões: i) concentração da literatura sobre a gestão de políticas públicas, via consórcios públicos, no eixo sul-sudeste; ii) ineditismo do caso cearense e seu potencial de inspiração para outros estados; iii) alta onerosidade das políticas públicas de saúde para o tesouro público municipal *versus* insuficiência de recursos; iv) capacidade de articulação dos consórcios intergovernamentais como redes regionais integradas de implementação de políticas públicas.

A literatura que versa sobre a cooperação intergovernamental iniciou com foco no eixo sul-sudeste, o que até então é simples de compreender, visto que as primeiras experiências de cooperação nasceram nestas regiões. Todavia, percebe-se que mesmo com o surgimento de iniciativas em outras regiões do país, ainda persiste nos últimos tempos a concentração de pesquisas. Um breve levantamento da bibliografia empírica, com recorte temporal entre os anos 2000 e 2015, corrobora esta afirmação: Abrucio e Soares (2001) em São Paulo; Rocha e Faria (2004) em Minas Gerais, Nicoletto, Cordoni Jr e Costa (2005) no Paraná; Cruz (2009) em São Paulo; Dallabrida e Zimmermann (2009) no Rio Grande do Sul; Matos e Dias (2012) em Minas Gerais; Barbosa e Dias (2012) no Rio de Janeiro; Abrucio, Filippim e Dieguez (2013) em Santa Catarina e Gerik e Pessali (2014) no Paraná.

Trazer a discussão acadêmica para a realidade nordestina permitirá o conhecimento de um contexto diverso de institucionalização de políticas públicas a partir de arranjos federativos. Obviamente, com similaridades à realidade sul-sudeste, afinal segue-se instrumentos legais semelhantes em todo território nacional. No entanto, deve se considerar que não há fórmulas genéricas de cooperação (ROCHA e FARIA, 2004), uma vez que as estratégias de trabalhar de forma cooperada variam conforme a área de atuação, a região atendida, a data de sua criação, a forma de cooperação, a parceria com o estado, entre outros elementos. São iniciativas nas quais as soluções nascem a partir da realidade local (CRUZ, 2011).

O trabalho de Gerik e Pessali (2014) mostrou que o número de municípios que passaram a integrar algum Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) no país, cresceu 20% no período de 2005 a 2011. Analisando de forma isolada as grandes regiões, houve reduções nos números de municípios consorciados na região Norte (-26,5%) e na Centro-Oeste (-20,5%). Nas demais regiões houve aumento de participação, que chegou a 60% no Nordeste. Este último dado revela a importância de investigar os fatores que contribuíram para a expansão dos arranjos institucionais cooperativos nos estados nordestinos e o impacto que teve na gestão das políticas de saúde.

O Ceará se destaca dentre os estados nordestinos na implantação e gestão de Consórcio Públicos de Saúde. O resultado da Pesquisa de Informações Básicas Municipais e Estaduais (2014), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostrou que dos municípios nordestinos com estabelecimento de saúde de responsabilidade da gestão municipal, administrado por consórcios públicos, 80% estão localizados no estado do Ceará.

A solidez da experiência cearense chamou a atenção de gestores e profissionais de outros estados, de diferentes regiões do país, como: Alagoas, Bahia, Goiás, Maranhão Pernambuco, Sergipe e Tocantins, que visitaram o estado em busca de compreender o “novo” modelo de gestão e execução de políticas públicas de saúde (CEARÁ, 2014).

Cumprir com as exigências da Lei nº 8.080/1990, que trata da organização e funcionamento do SUS, é uma tarefa árdua para a maioria dos municípios brasileiros. O Art. 18 institui que à direção municipal compete: I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde. Os municípios enfrentam diversos dilemas acarretados pela insuficiência de recursos técnicos, humanos e financeiros, frente ao aumento da demanda e da pressão social por maior cobertura e eficiência.

Para ressaltar o potencial dos consórcios públicos na gestão de políticas públicas, Rocha e Faria (2004) avalia que a cooperação pode ser o caminho para suprir as carências municipais. Carências ainda mais visíveis na área da saúde. O consórcio pode ser constituído para solucionar problemas que transcende as fronteiras municipais e permitir o alcance da escala ótima de implementação de uma política, com melhores resultados e menores custos individuais.

O estado do Ceará conta com 21 Consórcios Públicos de Saúde. Das 22 microrregiões de saúde, apenas a microrregião formada pelos municípios de Fortaleza, Itaitinga, Euzébio e Aquiraz não está consorciada. Por esse motivo, dos 184 municípios que compõe o estado, 180 participam de algum CPS.

Das 21 experiências cearenses, se sobressai o Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité (CPSMB). A Região do Maciço de Baturité foi pioneira na implantação dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde (SMSS), e posteriormente foi uma das primeiras microrregiões a se organizar na forma de consórcio público para prestação dos serviços públicos de saúde.

O Maciço de Baturité possui outras iniciativas de cooperação, a saber: Agência de Desenvolvimento Regional do Maciço (ADR MACICO), Consórcio Municipal para Aterro de Resíduos Sólidos Baturité (COMARES BATURITÉ), Consórcio de Segurança Alimentar, Desenvolvimento Local (CONSAD Baturité) e mais recentemente e ainda em estruturação, o

Consórcio Intermunicipal de Energia e Iluminação Pública do Maciço de Baturité (CEIMAB). Contudo, o Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité (CPSMB) é a experiência mais consolidada na Região e a única em pleno funcionamento desde sua criação.

Diante do exposto e partindo-se da hipótese que a estratégia de consorciamento pode contribuir positivamente para o planejamento e operacionalização de políticas públicas no nível local, como espaço de articulação e cooperação territorial, questiona-se: como o Consórcio Público de Saúde, existente na Região do Maciço de Baturité, colabora na operacionalização das políticas públicas de saúde?

No intuito de responder tal questionamento, o objetivo desta proposta de pesquisa é analisar a experiência de cooperação intergovernamental na Região do Maciço de Baturité, por meio da atuação do Consórcio Público de Saúde.

Além deste Capítulo introdutório, o trabalho está estruturado da seguinte forma:

No capítulo 2 é apresentada a fundamentação teórica, dividida em três subseções. Parte-se do conceito de estado federalista e das relações intergovernamentais decorrentes desta forma de organização de estado. No decorrer do debate, consolida-se a ideia de cooperação intergovernamental, com foco na modalidade consórcio.

No capítulo 3 são apresentados os procedimentos metodológicos que utilizou-se no presente trabalho, a classificação da pesquisa, bem como as técnicas de coleta e análise de dados que foram empregadas.

Do capítulo 4 ao 8 são expostos os resultados da pesquisa, com base nas categorias analíticas determinadas na metodologia: motivações para criação do consórcio e breve apresentação, estrutura administrativa do consórcio, processo decisório e planejamento, desenho das relações intergovernamentais em dimensões e resultados e desafios na gestão do CPSMB.

Por fim, são tecidas breves considerações finais sobre a relevância da cooperação entre os entes governamentais e o papel do governo estadual como agente articulador das redes cooperativas intermunicipais.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Nesta seção será apresentada a fundamentação teórica deste trabalho. Parte-se do conceito de estado federalista e as relações intergovernamentais decorrentes desta forma de organização de estado e consolida-se a ideia de cooperação intergovernamental, com foco na modalidade consórcio.

2.1 Federalismo, Relações Intergovernamentais e Políticas Públicas

Compreender a estrutura do estado federalista é fundamental para o entendimento das relações intergovernamentais e suas implicações na gestão de políticas públicas. A federação pode ser definida como forma particular de organização do Estado, em que diferentes esferas governamentais podem coexistir, dotadas de autonomia política. A relação entre essas esferas é regulada por um pacto inscrito em Constituição Federal e mecanismos que permitem equilíbrio entre autonomia e interdependência. Para ser efetiva, se faz necessário não somente o respeito a autonomia de cada instância de poder, como também, “a construção de instituições, regras, culturas e relações entre os governos, de maneira a permitir formas de cooperação e coordenação federativa” (CUNHA, 2004, p.05).

Silva (2010), Keinert, Rosa e Meneguzzo (2006) e Abrucio (2005) apontam como justificativa para adoção da solução federalista, por parte de alguns países, a resposta ao que denominam “situação federalista”, que pode decorrer, por exemplo, de heterogeneidades socioeconômicas, políticas (predominante nos países com grande extensão territorial), étnicas, linguísticas, culturais (predominante nos países de menor porte), entre outras razões. A estrutura federativa garante a unidade nacional, frente às diversidades, porém resguarda as autonomias regionais e locais (ABRUCIO, 2005; KEINERT, ROSA, MENEGUZZO, 2006).

Há consenso acerca da existência de dois modelos de federalismo: o federalismo competitivo, encontrado nos Estados Unidos, que incentiva a competição entre as esferas territoriais; e o federalismo cooperativo, que valoriza ações cooperadas entre os entes, localizado, por exemplo, na Alemanha e Canadá. O Brasil adota predominantemente o federalismo cooperativo e, neste sentido, guarda competências comuns e concorrentes entre seus entes. Se a guerra fiscal entre os estados membros indica uma competição predatória no federalismo brasileiro, por sua vez, o SUS elucida uma proposta de política a ser operada com estratégias de cooperação (KEINERT, ROSA E MENEGUZZO, 2006; SILVA 2010)

Na sua forma ideal e normativa, o federalismo é caracterizado pela não-centralização, ou seja, pelo equilíbrio entre difusão e concentração de poder. É exatamente esta característica que molda formas peculiares de relações intergovernamentais nos sistemas federais, “constitutivamente competitivas e cooperativas, e modalidades de interação necessariamente baseadas na negociação entre instâncias de governo” (ALMEIDA, 1995, p.03).

Abrucio (2005, p.41) considera que a “estrutura federativa é um dos balizadores mais importantes do processo político no Brasil. Ela tem afetado a dinâmica partidário-eleitoral, o desenho das políticas sociais e o processo de reforma do Estado”. Afora sua significativa influência, a federação vem passando por intensas mudanças desde a redemocratização do país.

Souza (2005, p.109) complementa que a “redemocratização trouxe como uma de suas principais bandeiras a “restauração” do federalismo e a descentralização por meio da elaboração de uma nova constituição”. Para além da redemocratização, Almeida (1995) também assinala a crise fiscal como condicionante para as modificações no sistema federativo, com forte impacto na redefinição de competências na área das políticas sociais.

Arretche (2002) resgata que durante o golpe militar, as relações intergovernamentais no Brasil eram muito parecidas com relações de um estado unitário e, portanto, diferentes de relações que caracterizam estados federados. Cargos como de governadores e prefeitos de capitais e de grades cidades eram ocupados por indicação do comando militar. Estados e municípios não detinham autonomia fiscal, pois a reforma fiscal de 1960 concentrou os principais tributos no governo federal.

No início da década de 80, o debate sobre o processo de democratização se sobrepunha as restrições econômicas, mas a partir de 88, as limitações econômicas ganharam notoriedade. Por um lado, os governadores possuíam papel de destaque na transição para democracia e a descentralização era vista como condicionante para seu alcance.

No que diz respeito às políticas sociais, a proposta descentralizadora indicava a correção das distorções do sistema de proteção social, redução das desigualdades sociais e a universalização do acesso aos serviços sociais. Por outro lado, a descentralização deveria implicar na “transferência de competências e atribuições de outras esferas para os municípios, nos quais se supunha ser mais fácil o controle democrático exercido pelos cidadãos” (ALMEIDA, 1995).

A Constituição de 1988 deu aos municípios o mesmo status dos estados e da União, reforçou o processo de descentralização fiscal e de políticas públicas, o que passou a exigir maior interação e articulação entre os entes federados e, pelo menos em tese, inaugurou o federalismo cooperativo no país (SILVA, 2010).

No entanto, o período pós-CF/88 mostrou a carência de mecanismos de coordenação das relações intergovernamentais. De tal forma, que se intensificaram as relações de competição horizontal e vertical, ao contrário do que se esperava. A questão é que mesmo com a superação do modelo autoritário, as finanças públicas de país continuaram com numa lógica centralizadora.

No âmbito das políticas sociais, “o principal problema da descentralização ao longo da redemocratização foi a conformação de um federalismo compartimentalizado, em que cada nível de governo procurava encontrar o seu papel específico e não havia incentivos para o compartilhamento de tarefas e a atuação consorciada (ABRUCIO, 2005, p.49)”. Desta forma, ao contrário de relações cooperativas, predomina a competição predatória por recursos públicos. Cada ministério e setor, ora centralizava ações que poderiam ser melhor executadas por governos subnacionais, ora repassava encargos, desconsiderando custos de transição. Para Almeida (1995), estados e municípios, não eram capazes de definir seus papéis com clareza, desejando a “descentralização sempre e quando ela for financiada pelo governo federal”.

Ocorre que a Constituição Federal de 1988 não alterou a estrutura institucional de gestão das políticas sociais herdada do regime militar. Mesmo as medidas de reforma aprovadas e implementadas pelos sucessivos presidentes – posteriormente à Constituição Federal de 1988.

Fruto disso, Abrucio (2005, p.48) aponta como obstáculo para o bom desempenho dos municípios na gestão de políticas públicas, entre outros fatores, o municipalismo autárquico, que defende a ideia que o município isoladamente poderia resolver todos seus problemas. Os municípios apresentavam fragilidade financeira e não havia incentivos para o consorciamento, visto que não existia “nenhuma figura jurídica de direito público que desse segurança política para os governos locais que buscarem criar mecanismos de cooperação”.

Nesta mesma linha de pensamento, Souza (2005) conclui que o federalismo cooperativo, celebrado na constituição, não é alcançado por dois principais motivos: i) a baixa capacidade dos governos subnacionais de implementarem políticas públicas, dadas as diferenças financeiras, técnicas e de gestão e ii) a ausência de mecanismos constitucionais ou institucionais que estimulem a cooperação. É no intuito de preencher estas lacunas que surge a Lei federal nº 11.107 de 2005, conhecida como Lei dos Consórcios (LC).

2.2 Novas responsabilidades municipais e o papel da cooperação intergovernamental

Cruz (2009) relata que, com a descentralização, os municípios assumiram novas responsabilidades, principalmente no que diz respeito às políticas sociais de saúde, educação e assistência social. Contudo, isto aconteceu no contexto em que a maioria dos municípios

brasileiros não possuí estrutura técnica e física para o cumprimento de suas competências, ou em outras situações não era viável implementar ações isoladas, devido à baixa demanda.

Nesse quadro, a participação dos municípios nas ações do Estado tornou-se mais visível. Entretanto, os municípios, apesar de seu novo papel e das novas receitas com as quais passaram a contar, não desenvolveram um projeto de inserção na federação que privilegiasse seu papel de articuladores e protagonistas do desenvolvimento local. Ao contrário, as pressões por atendimento às demandas reprimidas de infraestrutura urbana básica, serviços públicos e políticas sociais consumiram a maior parte da energia dos governantes municipais e dos recursos disponíveis nos municípios (MARTINS, VAZ, CALDAS, 2010, p.566)

Houve uma grande expansão no número de municípios após a Constituição de 1988. Este aumento pós-CF/88 se deu pelas difíceis condições para criação de um novo município durante a ditadura militar. A descentralização tributária incidiu da mesma forma sobre todos municípios. Para alguns proporcionou certa saúde financeira, para outros a situação foi distinta. “Não têm possibilidades de arrecadar recursos próprios. As razões para essa impossibilidade estão na inexistência de atividade econômica significativa e no tamanho da sua população pobre” (SOUZA, 2002, p. 437).

Apesar da descentralização exigir a discussão da democratização e eficácia do Estado, primeiramente deveriam ser construídos mecanismos que dessem condições equânimes mínimas aos municípios de executarem as políticas públicas que lhes foram repassadas (ABRUCIO e COUTO, 1996)

Segundo Cruz (2009, p. 1 e 2), a incapacidade de auto sustentação faz com que os municípios de pequeno porte sejam dependentes de municípios maiores (municípios-pólo). A consequência para autora é a necessidade de reaver os poderes locais e ações estatais, uma vez que, “muitos dos problemas municipais transcendem o território municipal, tornando necessário que a sua atuação seja discutida com os municípios vizinhos”.

Abrucio e Couto (1996, p.46) também ressaltam a importância de se estabelecer cooperação entre as esferas federativas, frente ao que considera os “dois primeiros parâmetros da reforma do Estado no âmbito municipal: a questão fiscal federativa e a desigualdade econômica entre os municípios”. Para os autores, a cooperação é o único caminho para superar a escassez e a competição de recursos e com isso implementar projetos com o mínimo de eficiência.

O relacionamento de forma cooperada entre os atores políticos relevantes é umas das condições para o alcance da autonomia financeira municipal. A relação não somente entre o

Poder Executivo e o Poder Judiciário, como também entre as autoridades governamentais municipais e a sociedade civil (ABRUCIO e COUTO, 1996).

Para Filippim e Abrucio (2010, p. 217),

Uma saída à visão municipalista autárquica da descentralização é a proposta de redes de articulação regional. Ela também se constitui num contraponto à ação centralizada do governo estadual, incorporando não só os municípios e as regiões dentro das unidades federativas, como também outras formas de articulação e cooperação regional entre atores públicos e privados.

As redes de cooperação intergovernamentais podem ser estruturadas tanto verticalmente, quanto horizontalmente. A cooperação vertical acontece quando esferas diferentes da federação atuam em conjunto, já a cooperação horizontal, ocorre quando entes da mesma esfera compartilham ações em torno de uma ou mais política pública.

São elementos que podem influenciar o sucesso ou insucesso dos arranjos cooperativos, com base em Rocha e Faria (2004): a existência de regras institucionais, de certa simetria dos parceiros, de certa tradição de interação e diálogo entre os participantes e a capacidade de coordenação dos governos estaduais.

Rocha e Faria (2004) assinala que as experiências de cooperação surgem para reverter o processo de fragmentação da ação pública, que resultou da descentralização municipalista. São modalidades de desfragmentação: as câmaras, as redes, as agências, as associações, os fóruns, as empresas e as autarquias intermunicipais (CRUZ, 2011).

2.3 Consórcios públicos: um novo contexto a partir da Lei federal nº 11.107

Apesar de não existir um modelo universal de arranjos de cooperação a ser implantado no país (CRUZ, 2011, p. 123), o consórcio é considerado um dos “principais instrumentos de articulação federativa para a produção de políticas e a provisão de serviços públicos”.

De acordo com Cruz (2011), a cooperação intermunicipal, via consórcios, ocorre no Brasil desde de 1970 por meio do chamado consórcio administrativo. Os consórcios administrativos possuíam personalidade jurídica própria, em sua maioria de associação civil sem fins econômico e de direito privado, porém era celebrado entre duas ou mais pessoas jurídicas de direito público de uma mesma instância governamental ou entre entidades da administração indireta, que possuíssem objetivos comuns. Essa modalidade de cooperação era regida pelo Código Civil.

A autora ressalta que embora esse arranjo organizacional proporcionasse certa margem de flexibilidade na prestação dos serviços, os partícipes enfrentavam os seguintes problemas:

- a) fragilidade jurídica;
- b) natureza jurídica;
- c) relação com outros entes federados;
- d) falta de compromisso e responsabilidade de pagamento das contribuições municipais, gerando déficits;
- e) descompromisso com os acordos firmados entre os municípios;
- f) uso político;
- g) irresponsabilidade fiscal;

A Lei dos Consórcios Públicos (LC), Lei federal nº 11.107, foi promulgada em 2005 para superar estes problemas e suprir a necessidade de instrumentos formais para induzir a cooperação e coordenar as relações federativas, dentro deste arranjo institucional (LINHARES, 2011).

A LC regulamenta o artigo 241 da Constituição Federal, inserido com a edição da Emenda Constitucional nº 19 em 1998, que estabelece:

Art. 241. 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

O consórcio público pode ser definido como a união entre dois ou mais entes da federação, sem fins lucrativos, com a finalidade de prestar serviços e desenvolver ações conjuntas que visem o interesse coletivo e benefícios públicos (CEARÁ, 2009). Pode atuar em diversas áreas, desde que vise o aprimoramento do serviço prestado a população, como: educação, saúde, pesquisa e estudos técnicos, cultura, esporte, turismo, transporte público e segurança pública, resíduos sólidos, saneamento básico e gestão ambiental, desenvolvimento regional, urbano, rural, agrário e obras públicas, bem como manutenção de equipamentos e informática, entre outras.

Apesar se verificar experiências de cooperação antes da LC, estas se fundamentavam em um instrumento jurídico considerado muito frágil. Os consórcios de saúde, por exemplo, eram

instituídos por meio de convênios e adotavam a forma da associação civil de direito privado (LINHARES, 2011).

Cruz (2011) assinala que para superar este problema, a LC estabelece que os consórcios públicos pode ser instituído das seguintes formas:

- a) pessoa jurídica de direito público: neste caso, deverá constituir uma associação pública de natureza autárquica, novo arranjo institucional criado pela Lei, e integrará a administração indireta;
- b) pessoa jurídica de direito privado: podem adotar o formato de uma associação ou de uma fundação. Atenderá requisitos da legislação civil e obedecerá as regras do direito público, quanto à realização de licitação, celebração de contratos, prestação de contas e admissão de pessoal, regida pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

O Manual de orientação dos consórcios públicos no Ceará (2009, p.09) apresenta algumas prerrogativas dos consórcios públicos frente à Administração Direta, que lhes proporcionam maior flexibilidade, são elas:

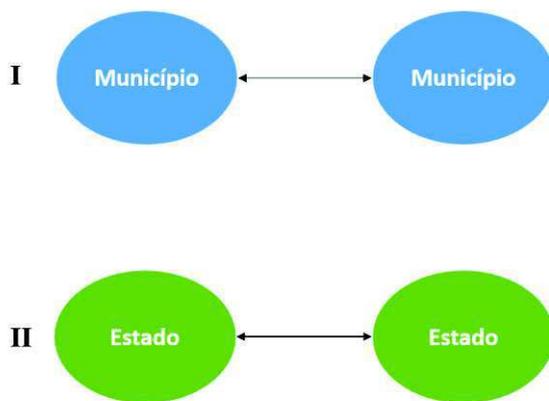
- a) celebrar contrato de gestão, nos termos e limites da legislação estadual pertinente, contrato de programa ou termo de parceria, respeitados, no último caso, os critérios e disposições da legislação federal aplicável;
- b) licitar serviços e obras públicas visando a implementação de políticas de interesse comum dos entes consorciados, desde que aprovado pela assembleia geral;
- c) dispor de maiores valores nos limites de licitação. Os valores são contados em dobro quando o consórcio é constituído por até 03 entes federados, ou o triplo, se formado por um número acima de três (03) consorciados;
- d) firmar convênios, contratos e acordos;
- e) receber auxílio, contribuição ou subvenção;
- f) celebrar concessões, permissões e autorizações de serviços públicos;
- g) gozar de maior flexibilidade no poder de compra, na remuneração de pessoal e de pagamento de incentivos;
- h) ser contratado pela administração direta ou indireta, sem necessidade de licitação.

Por se revestir do direito privado, os consórcios públicos de direito privado não possuem todas prerrogativas dos consórcios públicos de direito público, uma vez que deve está em posição de igualdade com demais particulares, sem poder ferir seus direitos particulares. E desde de 2008, com a promulgação do Decreto nº 6017 de 2007, não podem celebrar convênio

com a União, como se ver no art. 39: “a partir de 1º de janeiro de 2008 a União somente celebrará convênios com consórcios públicos constituídos sob a forma de associação pública ou que para essa forma tenham se convertido”. A legislação recomenda que os novos consórcios assumam a personalidade de direito público (RIBEIRO, 2007, p. 22).

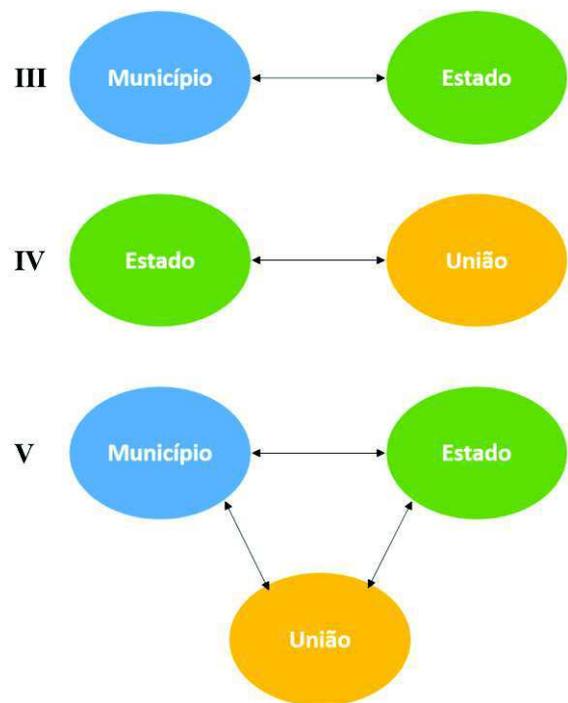
A Lei dos Consórcios estabeleceu que o consorciamento entre os entes da federação pode incidir de maneira horizontal ou vertical, dessa forma pode originar-se cinco tipos de associação, como mostram as Figuras 1 e 2:

Figura 1 – Consórcios na forma horizontal



Fonte: elaborado pela autora (2015)

Figura 2 – Consórcios na forma vertical



Fonte: elaborado pela autora (2015)

O Art. 1º, § 2º da Lei dos Consórcios institui que a União somente participará de consórcios públicos em que também façam parte todos os Estados em cujos territórios estejam situados os Municípios consorciados.

A LC promoveu avanços, de acordo com Cruz (2011) e Linhares (2011), quando institucionalizou a relação entre os entes participantes, permitiu o consorciamento entre esferas governamentais distintas, estabeleceu a responsabilidade solidária, o compromisso com o rateio das despesas e a possibilidade de licitação compartilhada, bem como a ampliação dos valores licitatórios, entre outras questões.

Apesar dos significativos avanços acarretados pela LC, outros instrumentos legais foram e são importantes para gestão dos consórcios públicos, ver Quadro 1.

Quadro 1 - Fundamentação legal dos consórcios públicos

Instrumento Legal	Impacto na gestão dos consórcios
Constituição Federal de 1988	Art. 25. § 3º - Os Estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamento de municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum.
Emenda Constitucional 19/88	A Emenda Constitucional nº 19, de 4/6/98 conferiu nova redação ao art. 241 da Constituição Federal, que passou a prever expressamente os consórcios públicos e os convênios de cooperação. Art. 241 - 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, bens, serviços e pessoal necessários à continuidade dos serviços transferidos.
Lei Orgânica da Saúde - nº 8.080/90	Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. § 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.
Lei nº 8.142/90	Trata da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. § 3º - Os municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do Art. 2º desta lei. Art. 2º - Cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.
Lei nº 8.666/93	Art. 24, inciso XXVI - É dispensável a licitação na celebração de contrato de programa com ente da federação ou entidade da administração indireta, para prestação de serviços públicos de forma associada nos termos do autorizado em consórcio público ou em convênio de cooperação.
Lei Complementar 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)	A Lei dos Consórcios Públicos expressa: Art. 8º, § 4º - Com o objetivo de permitir o atendimento dos dispositivos da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000, o consórcio público deve fornecer as informações necessárias para que sejam consolidadas, nas contas dos entes consorciados, todas as despesas realizadas com os recursos entregues em virtude de contrato de rateio, de forma que possam ser contabilizadas nas contas de cada ente da Federação na conformidade dos elementos econômicos e das atividades ou projetos atendidos.

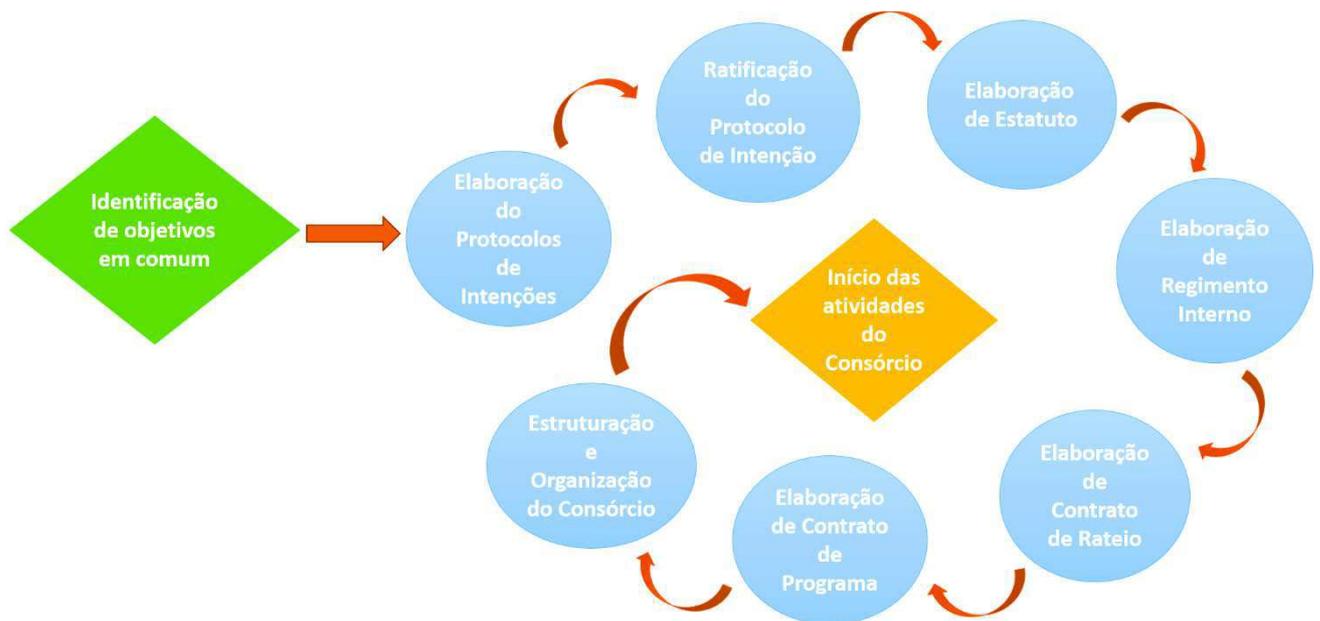
Quadro 1 - Fundamentação legal dos consórcios públicos (continuação...)

Lei n.º 11.107, de 06 de abril de 2005 – Lei de Consórcios Públicos (LC)	Disciplinou os instrumentos de cooperação federativa, estabeleceu normas gerais para a contratação de consórcios públicos em todos os níveis de Governo, autorizou celebração de contrato de programa entre os entes da federação e da Administração Indireta, entre outras providências.
Decreto n.º 6.017, de 17 de janeiro de 2007.	Regulamenta a Lei n.º 11.107/05, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos.

Fonte: Elaborado pela autora com base no Manual de Orientação – Consórcios Públicos em Saúde no Ceará – Estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde (2009).

Algumas etapas devem ser obedecidas pelos partícipes para constituição de um consórcio público, como ilustra a Figura 3:

Figura 3 – Etapas para constituição dos consórcios públicos



Fonte: elaborada pela autora (2015)

Por fim, o Governo do Estado do Ceará (2010, p. 8) apresenta vantagens da organização dos entes federados em forma de consórcio público:

- a) no campo gerencial, os consórcios agilizam a execução de projetos, barateiam custos e atendem mais direta e adequadamente às demandas locais e regionais;

- b) os consórcios são instrumentos de descentralização de recursos técnicos e financeiros;
- c) garantem maior cooperação, maior descentralização e mais prestígio para os municípios;
- d) garantem ganhos de escala, melhoria da capacidade técnica, gerencial e financeira de grupos de municípios;
- e) permitem alianças em regiões de interesse comum, como bacias hidrográficas ou em espaços regionais e territórios, melhorando a prestação dos serviços públicos colocados à disposição dos cidadãos;
- f) contribuem para a transparência das ações das esferas de poder envolvidas e para a racionalização e otimização na aplicação dos recursos públicos.

Especificamente no campo da saúde, segundo Rocha e Faria (2004) a modalidade de consórcio que mais se difundiu no Brasil foi nesta área. Essa difusão foi heterogênea e em grande medida dependeu dos governos federal e estadual. Todavia, a influência do governo federal foi relativamente menor e concentrou-se no âmbito normativo, com a atuação do Ministério da Saúde no estabelecimento de parâmetros para criação dos consórcios. Já o governo estadual teve grande papel na motivação, cooperação técnica e coordenação da articulação entre os municípios.

Rocha e Faria (2004, p. 88) salienta o reconhecimento do próprio Ministério da Saúde da importância do consórcio como instrumento de consolidação do Sistema Único de Saúde, que ainda identifica os resultados positivos advindos de sua criação: “melhor distribuição dos recursos; possibilidade de beneficiar maior número de pessoas; e, sobretudo, elevação do nível de satisfação do usuário”.

Neves e Ribeiro (2006, p. 2208) destacam que os consórcios favorecem o alcance das premissas de regionalização e hierarquização do SUS na oferta dos serviços de saúde. Neste sentido, são inovações que colabora com o município, que é centro das responsabilidades pela execução da política de saúde, e afasta-se do tradicionalismo da administração direta. “Favorecem a construção de sistemas regionais pactuados, respeitando o fluxo natural da demanda existente, facilitando o acesso e buscando conferir maior eficiência no uso dos serviços”.

3 METODOLOGIA

Nesta seção serão apresentados os procedimentos metodológicos que utilizou-se no presente trabalho, a classificação da pesquisa, bem como as técnicas de coleta e análise de dados que foram empregadas.

3.1 Classificação da pesquisa

Esta pesquisa constituiu-se em uma investigação de caráter qualitativo. A escolha dessa abordagem justifica-se como apresenta Fraser e Gondim (2004, p. 8), no fato de que, “o que se pretende, além de conhecer as opiniões das pessoas sobre determinado tema, é entender as motivações, os significados e os valores que sustentam as opiniões e as visões de mundo”.

Quanto à natureza, aproximou-se de uma pesquisa aplicada. Isto tomando a classificação posta por Gil (2002, p. 17) das duas principais razões para se realizar uma pesquisa: “razões de ordem intelectual”, quando objetivo é simplesmente a geração do conhecimento (pesquisa pura); e “razões de ordem prática”, quando almeja-se tornar algo mais eficiente a partir dos conhecimentos gerados (pesquisa aplicada).

Quanto aos objetivos, encaminhou-se para pesquisa exploratória-descritiva. No primeiro momento, foi realizada a pesquisa exploratória com a finalidade de obter uma visão geral sobre o objeto de estudo, uma vez que existe uma carência de literatura sobre o fenômeno do Consorciamento no estado do Ceará e suas especificidades locais. Após uma sistematização maior do estudo, buscou-se realizar uma pesquisa descritiva, a fim de alcançar além do objetivo geral, os seguintes objetivos específicos do trabalho:

- a) compreender a construção, estruturação e gestão dos Consórcios Públicos de Saúde;
- b) identificar os atores envolvidos, quais as políticas públicas gerenciadas;
- c) averiguar os resultados já alcançados pelo CPS ou que ainda estão em andamento.

Quanto aos procedimentos, aproximou de um estudo de caso, com o auxílio da pesquisa bibliográfica e documental. Nas palavras de Yin (2001, p. 32), o estudo de caso é uma “investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

3.1 Coleta de dados

A pesquisa bibliográfica foi realizada com o objetivo de coletar subsídios para o embasamento teórico do estudo proposto, assim como realizar a cobertura dos apontamentos que os estudos empíricos vêm assinalando. O levantamento bibliográfico teve como foco as seguintes temáticas: federalismo e descentralização; relações intergovernamentais; políticas sociais (política de saúde e o SUS); e cooperação intergovernamental, com ênfase na modalidade consórcio.

O emprego da pesquisa documental justifica-se pelo uso de fontes de dados no estudo, como: a legislação que incide sobre a cooperação intergovernamental no país, no estado do Ceará, bem como os estatutos, os atos, os contratos, as agendas, as pautas e os calendários de reuniões dos Consórcios públicos de saúde que estavam disponíveis o acesso.

Além dos dados documentais, foram coletadas informações junto a atores-chave do processo de gestão do Consórcios Públicos de Saúde do Maciço de Baturité (CPSMB), sendo eles:

- a) o secretário executivo do Consórcio;
- b) os secretários de saúde de cada um dos oito municípios que compõem o CPSMB.

Para isso, foi utilizada como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada. A utilização dessa técnica fundamentou-se na necessidade de entender em profundidade as percepções destes atores em relação ao objeto de estudo. Nos casos em que não foi possível a realização da entrevista, enviou-se o questionário por *e-mail*.

3.4 Análise dos dados

Os dados coletados por meio da entrevista foram transcritos e junto aos dados secundários foram agrupados, sistematizados e analisados com base nas seguintes categorias analíticas: motivações para criação do consórcio e breve apresentação, estrutura administrativa do consórcio, processo decisório e planejamento, desenho das relações intergovernamentais em dimensões e resultados e desafios na gestão do CPSMB.

Para análise dos dados recolhidos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que de acordo com Bardin (1977, p. 42): “constitui em um conjunto de técnicas para análise de comunicação que se dá por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, com o objetivo de obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de mensagens, procurando ir além das mensagens concretas”.

4 ANÁLISE DA ESTRUTUTURA DE FUNCIONAMENTO DO CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DO MACIÇO DE BATURITÉ

A criação dos consórcios públicos de saúde foi uma iniciativa do governo do Estado do Ceará. O governo estadual necessitava de uma alternativa para expandir os serviços especializados de média complexidade, tanto da área médica, quanto na área odontológica, da capital cearense para as microrregiões de saúde. Fortaleza já não atendia a grande demanda, as filas de espera eram imensas. Contudo, afora a espera, o não acesso da população aos serviços era o maior agravante. A solução encontrada foi regionalizar os serviços de saúde.

O estado optou por estimular a formação de Consórcios em saúde tomando por base os municípios localizados numa mesma microrregião de saúde, visando facilitar o processo de estruturação de redes de atenção à saúde e tendo como referência o Plano de Desenvolvimento Regional – PDRA (CEARÁ, 2009).

A motivação para constituição do consórcio partiu do governo estadual, mas foi acolhida pelos municípios sem resistência. A justificativa para o acolhimento reside na necessidade do governo municipal complementar os serviços prestados pelo Programa Saúde da Família (PSF). Entretanto, ressalta-se que a Constituição Federal de 1988 estabelece que é de competência dos municípios a execução da atenção básica. Neste sentido, a saúde especializada já excederia suas responsabilidades.

Diante disso, constatou-se três principais motivações para os municípios consentirem com a iniciativa do consorciamento na 4ª microrregião, proposta pelo governo estadual:

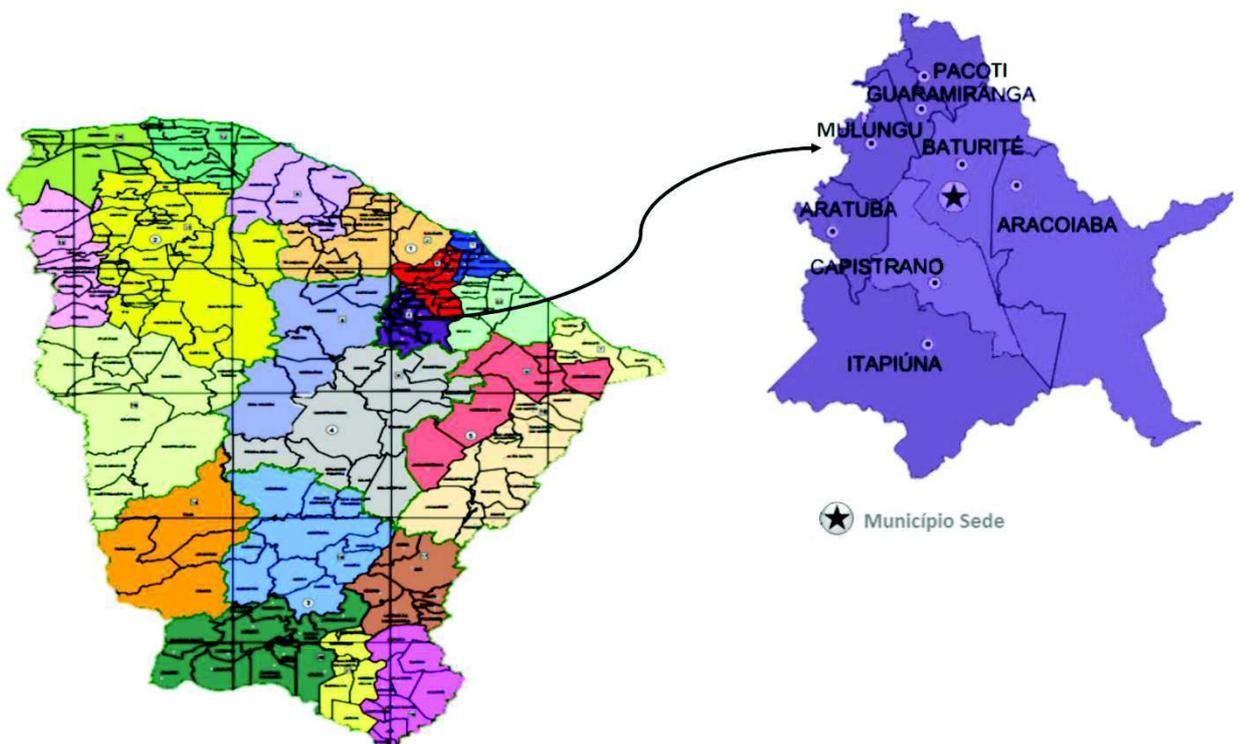
- a) o primeiro, de cunho legal, consiste no princípio da integralidade pregado pelo Sistema Único de Saúde após a Reforma Sanitária, que exige do Estado que a prestação dos serviços de saúde contemple desde ações preventivas até ações de alta complexidade. A partir da organização sistêmica do SUS e visão cooperativa, estados e municípios tem obrigação de honrar essa diretriz e garantir que a assistência não seja interrompida na atenção básica.
- b) o segundo, de cunho político, reside na pressão social sofrida pelos municípios por serviços de saúde qualitativamente e quantitativamente satisfatórios. O município é a instância política mais próxima do cidadão, o que facilita, pelo menos em tese, a comunicação direta entre governo e sociedade. A maioria dos cidadãos desconhece a divisão de competências entre os entes políticos, logo, apesar de exceder suas

reponsabilidades, contribuir para o fornecimento de serviços especializados acarreta melhor imagem política frente a sociedade.

- c) o terceiro, de cunho financeiro, tem relação com a carência de recursos técnicos/financeiros enfrentadas pelos municípios. Nenhum deles teria condições de manter uma estrutura que oferecesse várias especialidades isoladamente. Mesmo organizados em nível regional, por serem municípios de pequeno porte, também não teriam viabilidade financeira sem o apoio estadual.

O Consórcio Público de Saúde do Maciço De Baturité – CPSMB foi criado em 2009, após ampla discussão na região, em consonância a decisão do Estado do Ceará, através do Secretário Estadual de Saúde, e de todos os oito municípios integrantes da 4ª microrregião de saúde, por meio dos prefeitos municipais dos respectivos municípios: Aracoiaba, Aratuba, Baturité, Capistrano, Guaramiranga, Itapiúna, Mulungu e Pacoti. O CPSMB é classificado como consórcio público, e não consórcio intermunicipal, por não ser composto exclusivamente de municípios, mas também contar com a participação do governo estadual.

Figura 4 – Mapa das Microrregiões de Saúde do Ceará e da 4ª Microrregião de Saúde



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde (2011). Adaptado pela autora (2015).

Tabela 1 – Cobertura populacional do CPSMB total e por município

Município	População assistida
Aracoiaba	26.134
Aratuba	11.358
Baturité	34.949
Capistrano	17.573
Guaramiranga	3.720
Itapiúna	19.724
Mulungu	12.526
Pacoti	11.910
Cobertura populacional total	137.894

Fonte: Estimativa IBGE (2015)

O CPSMB constitui uma associação pública, de natureza autárquica e interfederativa, com personalidade jurídica de direito público. Destaca-se a adequação a Lei dos Consórcios de 2005, que tornou obrigatória a constituição de uma nova pessoa jurídica para criação de um consórcio público. O Consórcio também obedece a Lei Estadual nº 14.457, de 15 de setembro de 2009, e Leis Municipais.

A sede administrativa do CPSMB está situada no município de Baturité, cujo foro é no mesmo município. O governo do Estado forneceu condições estruturais e financeiras iniciais para a instalação da sede do Consórcio, porém a Assembleia do Consórcio tem autonomia para decidir a alteração da localização sede do consórcio.

Segundo seu o Estatuto (2009), o CPSMB tem como finalidade a cooperação técnica na área de saúde entre os entes consorciados, a fim de promover ações assistenciais, prestação de serviços especializados de média e alta complexidade, em especial: serviços de urgência e de emergência hospitalar e extra-hospitalar; ambulatórios especializados, Policlínicas; Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS); assistência farmacêutica, entre outros serviços relacionados à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e o Plano Diretor de Regionalização (PDR) estadual.

O Estatuto informa detalhadamente os objetivos do consórcio, quais sejam:

I - Planejar, programar e executar programas, projetos, ações, atividades e serviços na área da saúde, de acordo com os objetivos previstos na presente cláusula.

II - Fortalecer as instâncias colegiadas locais e regionais e o processo de descentralização das ações e serviços de saúde.

III - Compartilhar recursos financeiros, tecnológicos e de gestão de pessoas, e o uso em comum de equipamentos, serviços de manutenção, tecnologia da informação, de procedimentos de licitação, de unidade prestadoras de serviços, instrumentos de gestão, em especial programação assistencial e plano de gerenciamento do consórcio, entre outros, obedecendo as normas da regionalização.

IV - Prestar cooperação técnica, realizar treinamento, estudos técnicos e pesquisa e executar ações conjuntas de prestação de serviços assistenciais e de vigilância em saúde.

V- Estabelecer vínculo de cooperação e articular esforços com vistas a criar condições de viabilidade, eficiência, eficácia e melhores resultados na gestão da saúde dos municípios consorciados.

VI- Promover a capacidade resolutiva, ampliar a oferta e o acesso da população aos serviços de saúde.

VII - Representar os entes da Federação consorciados perante outras esferas de governo, mediante deliberação da Assembleia Geral.

Notou-se que as ações do CPSMB ainda está limitada ao gerenciamento da Policlínica e do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), equipamentos de saúde que serão melhor apresentados a seguir. A execução de outros projetos ou serviços não foram identificados com a pesquisa.

O Centro de Especialidades Odontológicas Dr. José Marcelo de Holanda faz parte de um conjunto de unidades que foram construídas e equipadas pelo Governo do Estado do Ceará, dentro do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado do Ceará. O Centro está localizada em Baturité e atende todos os municípios da 4ª Microrregião de saúde.

Foi inaugurado em 08 de abril de 2010 e foi entregue ao Consórcio totalmente pronto para iniciar o funcionamento. A unidade conta com 11 consultórios odontológicos, nos quais trabalham 52 funcionários. São ofertados tratamentos em seis especialidades: periodontia, endodontia, atendimento a pacientes com necessidades especiais, cirurgia buco-maxilo-facial/estomatologia, ortodontia e prótese dentária/distúrbios da articulação têmporo-mandibular.

O CEO recebe financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde, onde os municípios da microrregião e o governo estadual arcam com o custeio mensal. No entanto, além desses repassamentos municipais e estaduais, o CEO recebe recursos do Ministério da Saúde, através do Programa Brasil Sorridente.

A Policlínica de Baturité, denominada Policlínica Dr. Clovis Amora Vasconcelos, iniciou suas atividades em 04 de abril de 2011. Também foi construída e equipada pelo Governo do Estado do Ceará e entregue ao Consórcio para início de suas atividades. Fornece atendimento

médico especializado nas seguintes áreas: clínica geral, cardiologia ginecologia, pré-natal de alto risco, otorrinolaringologista, oftalmologia, mastologia, cirurgia geral, gastroenterologia, urologia e traumato-ortopedia. As especialidades de dermatologia e neurologia não estavam previstas inicialmente, mas foram incorporadas pela demanda na região.

A policlínica conta ainda com quatro consultórios setorizados que destinam-se aos atendimentos de apoio em fisioterapia/terapia ocupacional, psicologia, nutrição, fonoaudiologia, assistência farmacêutica e consultório do pé diabético.

A Unidade também executa serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Dispõe de estrutura física destinada para a realização de raio x, mamografia, ultrassonografia, endoscopia digestiva alta, colonoscopia, ecocardiograma, ergometria, eletrocardiograma, audiometria. Os serviços de laringoscopia, eletroencefalograma e tomografia foram incorporados posteriormente.

O equipamento de saúde não recebe financiamento da União. Desta forma, apenas o estado do Ceará e os municípios arcam entre si com a manutenção da Policlínica.

Destaca-se que tanto a Policlínica e o CEO só realizam atendimento eletivo, ou seja, oferecem serviços programados e em que o paciente pode esperar pelo atendimento. Portanto, a existência destes não exclui a necessidade de hospitais municipais e de referência, em Fortaleza, para atendimentos de urgência e emergência.

No custeio da Policlínica, os municípios rateiam 60% dos custos de manutenção e os outros 40% são financiados pelo governo estadual. Para o CEO, os municípios arcam com 35%, o governo do estado assume 40% e o Ministério da Saúde, através do Programa Brasil Sorridente, arca com 25%.

A contribuição dos municípios por ano variam de acordo com a arrecadação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) gerado no município, no exercício anterior. Isto é, ele irá pagar 2016 de acordo com a arrecadação de 2015. A participação dos municípios é limitada em até 7,5% da cota do ICMS gerado no município para o financiamento do CEO regional, já no caso da policlínica regional, o limite aumenta para 10%. Ultrapassados estes limites, o governo estadual arca com o ônus.

O número populacional não influencia no valor a ser investido por cada governo municipal, porém é determinante para o número de vagas reservadas para o município em todas as especialidades e atendimentos. Neste caso, há municípios de menor porte que pagam mais que municípios maiores, devido sua arrecadação.

A Situação financeira do Consórcio é favorável. Um dos fatores que colabora para isso consiste no fato de todos os recursos serem debitados automaticamente do tesouro municipal e

estadual mensalmente. Dessa forma, não há margem para inadimplência. Apesar de favorável, os municípios reivindicam a participação direta da União no financiamento do Consórcio. As justificativas são que por um lado, mesmo rateando os custos entre os municípios, o Consórcio ainda é um peso muito grande para o tesouro municipal, e por outro, a demanda por serviços está crescendo e já é visível o surgimento de filas de espera para algumas especialidades. A população começou a conhecer seus direitos no Consórcio e os médicos da atenção básica sabem que podem contar com esse apoio de consulta especializada.

A Constituição Federal de 88, regulamentada pela LC 141/2012, instituiu o percentual mínimo aplicado em Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS pelo Município. Foi estabelecido o percentual obrigatório de 15% de aplicação de recursos próprios e transferências vinculadas à ASPS. A Tabela 2 corrobora a afirmação dos gestores públicos de saúde dos municípios consorciados, de que os municípios da 4ª Microrregião estão investindo bem acima do percentual mínimo.

Tabela 2 - % Receita própria investida em saúde por município e ano (2009-2014)

Município	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Aracoiaba	17,45	16,98	18,69	17,47	24,49	16,52	20,27	22,28	22,04	24,89	34,43
Aratuba	23,03	18,81	19,71	22,45	24,36	24,65	30,89	21,83	28,36	23,37	30,77
Baturité	17,89	20,04	18,41	18,21	26,72	20,88	25,92	19,24	21,73	27,01	34,64
Capistrano	15,05	16,8	16,02	15,67	23,23	25,41	23,04	21,97	21,08	28,5	25,78
Guaramiranga	15,59	16,3	16,73	15,66	15,95	19,71	18,48	26,67	25,12	24,43	26,89
Itapiúna	15,78	15,91	15,81	16,45	18,47	16,7	17,17	22,54	22,71	23,75	32,66
Mulungu	15,44	16,51	21,88	18,23	18,04	15,5	17,12	22,44	26,36	28,01	23,62
Pacoti	17,57	15,21	19,34	16,95	17,91	17,39	17,98	21,51	22,42	24,92	28,6

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde - SIOPS (2015)

Desca-se que os percentuais de investimento, a partir do ano de criação do Consórcio Público de Saúde na Região, 2009, aumentou em todos os municípios, de forma ainda mais expressiva nos dois últimos anos.

A estrutura administrativa do consórcio conta com dois níveis organizacionais, são estes níveis que moldam as relações intergovernamentais institucionalmente.

I - Nível de direção superior:

- a) Assembleia Geral;
- b) Presidência;
- c) Conselho Consultivo de Apoio a Gestão do Consórcio;
- d) Conselho Fiscal.

II - Nível de direção executiva e operacional:

- a) Diretoria Executiva;
- b) Diretoria Administrativo-Financeira.

A assembleia geral é o órgão máximo de deliberação do consórcio. É composta por todos os municípios consorciados, representados por seus prefeitos, e por representantes do governo estadual. À assembleia compete alterar as finalidades do Consórcio, eleger ou destituir o presidente; nomear ou destituir membros da Diretoria Executiva e operacional ou outros membros do quadro de pessoal do Consórcio; tratar de matéria orçamentária, patrimonial, financeira e a relacionada às operações de crédito do Consórcio; aprovar os Contratos de Programa e de Rateio do Consórcio, bem como a deliberação sobre dissolução do Consórcio.

A assembleia é presidida pelo Presidente do Consórcio, prefeito de um dos municípios consorciados, eleito pelos membros integrantes para mandato de 02 anos, sendo permitida a reeleição uma única vez.

O Presidente do Consórcio exerce a representação legal e administrativa da associação pública, de forma voluntária, isto é, sem nenhuma remuneração. Deve assegurar o cumprimento do Estatuto, ordenar despesas, firmar convênios, acordos ou contratos, subscrever os relatórios de gestão do Consórcio e prestar contas da gestão junto aos órgãos de controle; gerenciar o patrimônio do consórcio, com vistas a serviços eficientes e eficazes, além de convocar a assembleia, formar comissões de trabalhos com finalidades específicas e encaminhar as decisões para execução pela Diretoria Executiva.

O Conselho Fiscal deve ser formado por um representante de cada ente consorciado. Acompanha e fiscaliza permanentemente a contabilidade do Consórcio e suas atividades econômicas e financeiras. O Conselho Fiscal verifica possíveis irregularidades de escrituração

contábil, de atos de gestão financeira ou patrimonial, inobservância legais, estatutárias ou regimentais e emite parecer, quanto a prestação de contas e contratos firmados.

O Conselho Consultivo de Apoio a Gestão do Consórcio está vinculado a Assembleia Geral e constituído pelos Secretários Municipais de Saúde dos entes consorciados e pela Coordenadora da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde de Baturité.

A Diretoria é a responsável pela gestão cotidiana das atividades do Consórcio. É composta pela Diretoria Executiva e a Diretoria Administrativo-financeira. A Diretoria Executiva é o órgão responsável pelo planejamento, coordenação, controle e execução das atividades administrativas do Consórcio. O Diretor Executivo é indicado e nomeado pela Presidência, de comum acordo com assembleia geral, sendo livre também sua exoneração. A Diretoria Executiva deve divulgar as decisões da assembleia, atos e documentos, elaborar relatórios mensais e anuais, bem como a prestação de contas.

A Diretoria Administrativo-Financeira é responsável pela administração dos recursos materiais, humanos e financeiros do Consórcio. O Diretor Administrativo também é indicado pela Presidência e lhe compete elaborar a proposta do plano plurianual de investimentos e do orçamento anual do Consórcio, praticar atos necessários à execução do orçamento, cooperar na gestão patrimonial, guardar adequadamente documentos e informações, praticar atos relativos à área de recursos humanos e promover a publicação de atos e contratos do Consórcio.

5 PROCESSO DECISÓRIO, DESENHO DAS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS E RESULTADOS ALCANÇADOS PELO CPSMB

O Consórcio abrange quatro principais espaços de articulação entre os atores envolvidos nas atividades de planejamento e decisão: a Câmara Técnica, a Comissão Intergestores Regional (CIR), a Assembleia e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Constatou-se que os secretários de saúde e os técnicos concretizam o planejamento, já o processo decisório fica a cargo dos prefeitos municipais e representante estadual. No entanto, percebe-se que todos estes espaços são constituídos com essência colaborativa e participativa entre gestores, técnicos e políticos.

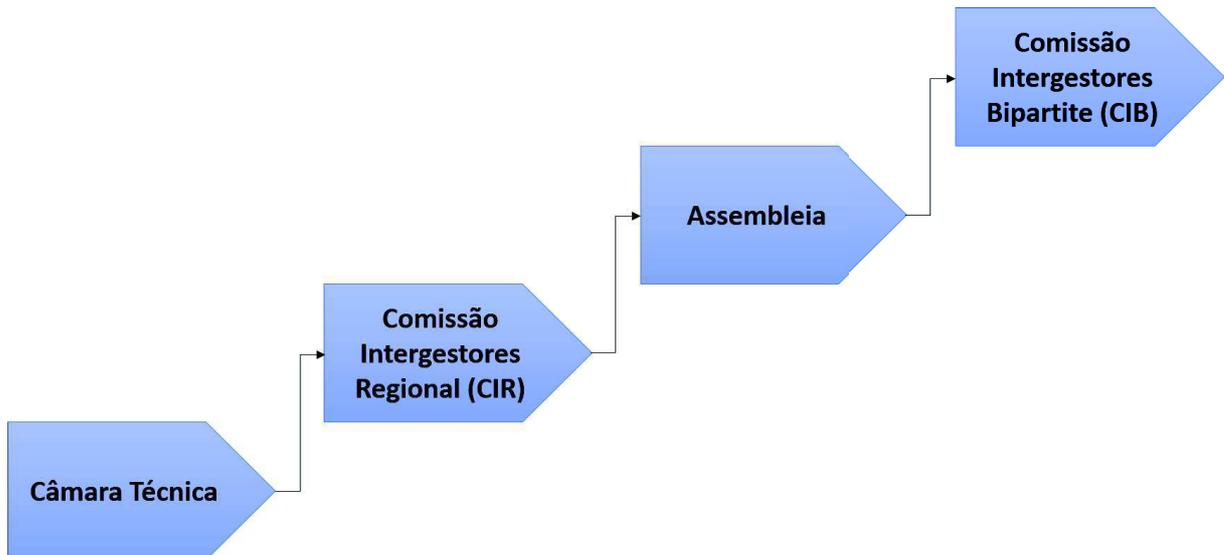
Existe certa hierarquia entre estas instâncias que define o fluxo de planejamento e o processo decisório. As primeiras decisões são tomadas na Câmara Técnica para levantamento de demandas e sugestões, estas decisões possuem caráter mais operacional. A figura 5 elucida a hierarquização.

Concretizado o levantamento, este é repassado para a Comissão Intergestores Regional (CIR), espaço de negociação e pactuação dos secretários municipais de saúde, mas aberto a participação de técnicos, coordenadores e diretores de hospitais na região. A CIR toma decisões de nível tático e as repassa para a Assembleia.

Na Assembleia são consolidadas as decisões pelos prefeitos de cada município consorciado. Decisões no âmbito estratégico. Apesar do poder de decisão ser exclusivo dos líderes do executivo municipal, a Assembleia conta com ajuda dos secretários e apoio técnico dos profissionais da saúde, que são os executores diretos da política de saúde e neste sentido, possuem as informações necessárias para o planejamento das ações do Consórcio.

Por fim, todas as decisões são reavaliadas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Para alguns entrevistados a CIB, por vezes, pode ser considerada superior à Assembleia no processo decisório, visto que, neste espaço, decisões podem ser alteradas ou reformuladas pela Secretaria de Saúde do Estado (SESA). A CIB tem o papel de acompanhar, avaliar e deliberar sobre a operacionalização do serviço de saúde em todo território cearense.

Figura 5 – Instâncias de Planejamento e decisão do CPSMB



Fonte: elaborada pela autora, com base nas falas dos entrevistados (2015)

O Consórcio também funciona sob diversos instrumentos de planejamento que facilitam a tomada de decisão, sendo eles:

- a) Plano Plurianual (PPA): instrumento de planejamento governamental que estabelece as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para um período de 4 anos. As atividades e despesas do Consórcio Público de Saúde devem estar previstos no PPA estadual e dos municípios consorciados, como também no PPA regional
- b) Lei Orçamentária Anual (LOA): é necessário garantir que a programação orçamentária da LOA de cada ente consorciado esteja em conformidade com os Planos Plurianuais e os Contratos de Programa.
- c) Contrato de Gestão: “instrumento firmado entre a administração pública e autarquia ou fundação qualificada [...] por meio do qual se estabelecem objetivos, metas e respectivos indicadores de desempenho da entidade, bem como os recursos necessários e os critérios e instrumentos para a avaliação do seu cumprimento” (BRASIL, 2007)
- d) Contrato de Programa: “documento que estabelece as obrigações de prestação de serviços pelo Consórcio, forma de transferência total ou parcial dos encargos, de pessoal ou bens necessários ao seu funcionamento. Exige uma Programação Pactuação Consorciada (PPC) das demandas locais, baseada nas necessidades reais e do perfil epidemiológico da população” (CEARÁ, 2009, p.7)

- e) Contrato de Rateio: “instrumento jurídico formal que define as responsabilidades econômico-financeiras por parte de cada consorciado e a forma de repasse de recursos de cada participante, para a realização das despesas do Consórcio Público” (CEARÁ, 2009, p 9). O instrumento deve ser formalizado anualmente, para cada exercício financeiro, com base nas dotações orçamentárias vigentes.
- f) Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP): “é um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos, no âmbito de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na Região, para garantir a integralidade da assistência à saúde da população” (BRASIL, 2011).
- g) Sistemas de Gerenciamento de Processos: O município, através do Sistema Nacional de Regulação do SUS (SISREG) agendava diretamente via internet o dia e horário para o cidadão ser atendido na Policlínica e no CEO. O operador municipal pode controlar por meio do sistema o preenchimento do número de vagas disponíveis para seu município. Desde 2014, esse gerenciamento é realizado pelo UNISUS WEB, ferramenta que faz a integração de todos estabelecimentos da rede do SUS com o Complexo Regulador do Ceará, composto por centrais Macros, Micros e Municipais. O uso de sistemas de gestão ameniza possíveis intervenções políticas.

O Diretor da policlínica e o Diretor do CEO são figuras centrais no processo de planejamento das ações do consórcio. Estes devem obrigatoriamente passar por um curso de especialização em gestão de 400h e não ocupam os cargos por indicação, mas por seleção pública, semelhante a um concurso. São consideradas também experiências anteriores de gestão. Os diretores tem o papel de levar ao presidente do Consórcio as necessidades dos equipamentos de saúde. Por conseguinte, o presidente leva as informações para a Assembleia, que encaminhará resoluções e consultará a viabilidade financeira, junto a Direção do Consórcio e a Secretário de Saúde do Estado (SESA).

Não foi identificada a participação da sociedade civil diretamente no planejamento e/ou processo decisório do Consórcio. Apesar deste oferecer alguns canais de comunicação como um programa de rádio e a ouvidoria, a participação não é significativa. Outros espaços que poderiam incentivar a participação social são as conferências de saúde municipais e regional, mas estas ainda estão restritas a participação de políticos, gestores e profissionais da saúde.

No município encontra-se a mesma situação, com duas ressalvas: a primeira consiste na existência do Conselhos Municipais de Saúde, que fiscalizam o investimento de seu respectivo município na Policlínica e no CEO, e a contrapartida que a cidade está recebendo; a segunda

diz respeito a ocorrência quadrimestral de audiências públicas nas câmaras legislativas municipais. São organizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde, a fim de realizar a prestação de contas financeira e apresentar indicadores alcançados.

A pesquisa verificou que a formatação do desenho das relações intergovernamentais na gestão do Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité não se constitui em um único desenho, mas se diferencia em duas dimensões: a Dimensão Gerencial e a Dimensão Política. A primeira envolve questões mais operacionais e a segunda questões estratégicas.

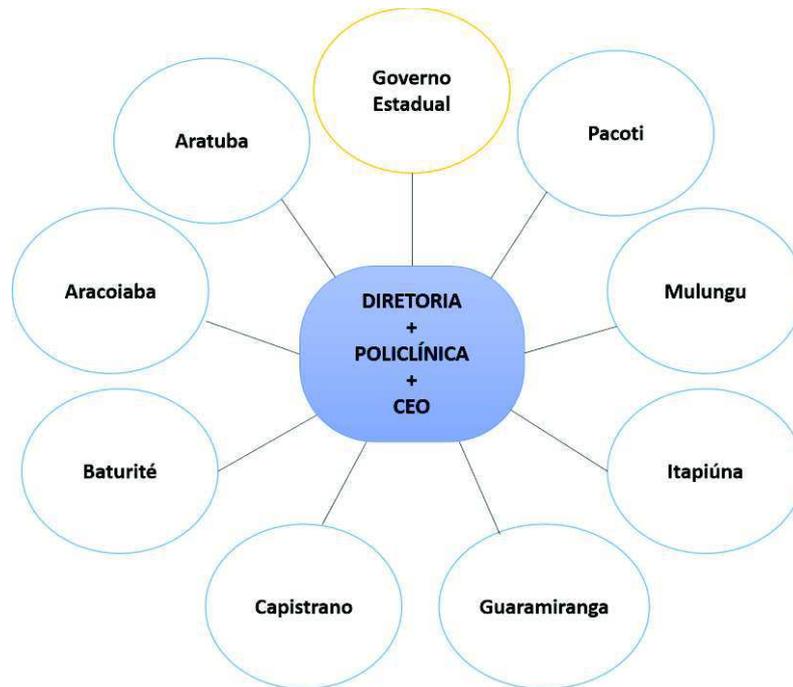
Na Dimensão Gerencial, estado e municípios organizam-se em torno da Diretoria Executiva e dos equipamentos de saúde Policlínica e CEO. O governo estadual apesar de diferenciar-se por ser o principal financiador dentre os entes consorciados, assume uma posição muito semelhante aos municípios.

Nesta dimensão, a relação entre os municípios se dá mais por meio dos secretários de saúde, do que pelos representantes oficiais dos municípios, os prefeitos. Isto ocorre pela importância dada ao conhecimento técnico e gerencial para o planejamento e a avaliação das ações. Esta importância também faz com que os diretores da Policlínica e do CEO sejam figuras centrais no processo de gerenciamento do Consórcio. Mesmo sem a possibilidade de votarem nas deliberações, seus posicionamentos são cruciais para tomada de decisão.

A centralização do debate do gerenciamento da Policlínica e do CEO limita o potencial de articulação entre os municípios, bem como entre estes e o governo estadual. Para além destes equipamentos há outras estratégias que poderiam ser operacionalizadas em cooperação e que são previstas dentre os objetivos do Consórcio de Saúde. Os municípios não se articulam para discutir uma pauta aberta sobre a saúde na microrregião.

A Diretoria, assim como os diretores dos equipamentos de saúde atuam com eixo-central da relação. A comunicação fluida e direta entre a Diretoria do Consórcio e cada um dos municípios facilita a disseminação de informações e resoluções de impasses. Entretanto, esta, além de resguardar a operacionalização dos serviços, também tem o papel de padronizar as relações e evitar possíveis tentativas de privilégios. A Figura 6 elucida a formatação das relações intergovernamentais na Dimensão Gerencial.

Figura 6 - Desenho das relações intergovernamentais na Dimensão Gerencial



Fonte: elaborada pela autora (2015)

Na Dimensão Política, o governo estadual deixa de estar em posição semelhante aos municípios e passa a ser o eixo-central do relacionamento. Esta nova posição fundamenta-se no fato ser o maior investidor de recursos para o funcionamento do consórcio. Embora exista esta diferenciação, ela não influencia nas atividades cotidianas do Consórcios, mas em decisões e mudanças estratégicas, como escolha do Presidente do Consórcio e a expansão de especialidades médicas.

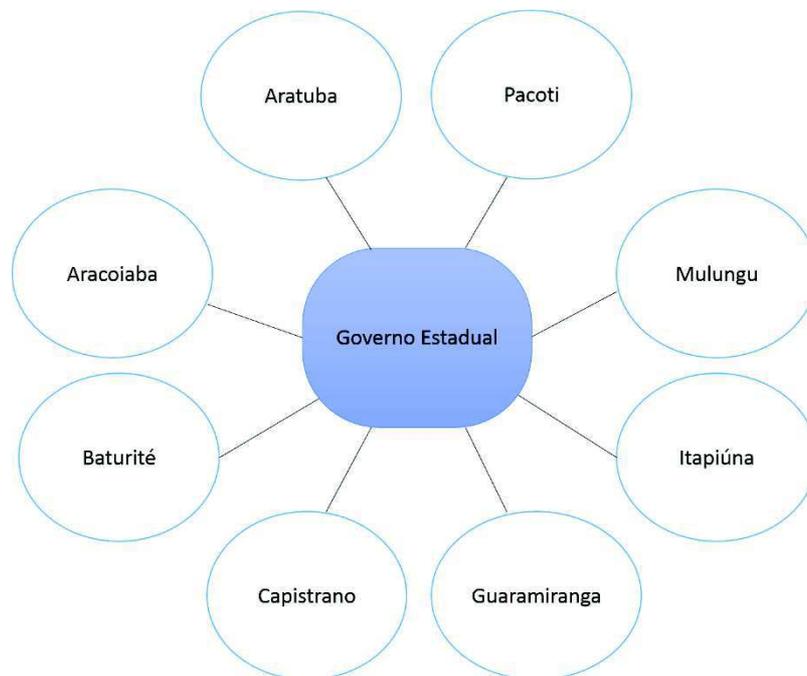
Destaca-se que os municípios limita sua autonomia na gestão dos serviços de saúde, enfrentando, por um lado, a margem de centralização do governo estadual, e por outro, a extrapolação das competências estabelecidas pelo SUS para o governo municipal. Todavia, é clara a satisfação dos gestões de saúde municipais com a prestação dos serviços de saúde de forma cooperada na microrregião. O consórcio é muito significativo para os municípios porque sua implantação garantiu que o cidadão tenha acesso a saúde com qualidade mais próximo de seus municípios.

Nesta dimensão é fundamental a figura dos prefeitos municipais como representantes políticos, a fim de garantir que as demandas de seus respectivos municípios sejam atendidas. Após a consolidação das demandas estabelecidas pelos secretários municipais e pelos diretores do CEO e Policlínica, os prefeitos se reúnem em Assembleia junto com o representante do

governo estadual para verificar a viabilidade financeira das demandas, mas a decisão final é do Secretário de Saúde do Estado do Ceará.

Não há conflitos políticos significativos entre os municípios e entre estes e o governo estadual. Observou-se uma relação harmoniosa, assegurada pelos instrumentos institucionais - regras, normas, contratos de rateio, contratos de programa, relatórios de gestão - que estabelecem de forma clara qual as competências de cada ente, quais os mecanismos de coerção para o descumprimento de responsabilidades e torna obrigatória a avaliação periódica da atuação geral do consórcio, como de cada município. A Figura 7 apresenta a formatação das relações intergovernamentais na Dimensão Política.

Figura 7 - Desenho das relações intergovernamentais na Dimensão Política



Fonte: elaborada pela autora (2015)

Há um clamor político pela participação da União no rateio do financiamento do Consórcio. Sua entrada com certeza mudaria o desenho das relações intergovernamentais. A União auxilia na manutenção do CEO, por meio do Programa Brasil Sorridente, mas não colabora com a Policlínica. O município acaba com um ônus maior, porque além de arcar com suas responsabilidades constitucionais no atendimento básico, ainda dá uma contrapartida para as especialidades de média complexidade, afora os hospitais municipais, pois a microrregião ainda não dispõe de um hospital regional.

Os secretários de saúde destacam apenas pontos positivos sobre a organização dos municípios em forma de consórcio. Garantem que a modalidade de cooperação somente aprimorou o serviço de saúde na 4ª Microrregião. Os municípios com um investimento menor, tem um legue maior de profissionais da saúde, infraestrutura e categorias de exames para atender sua população, se comparado ao investimento que teriam que fazer individualmente.

As principais conquistas foram garantir a dignidade das pessoas e poder cumprir com que a própria Constituição Federal e o SUS pregam, o acesso integral aos serviços de saúde, desde a atenção básica até serviços especializados. Serviços de qualidade, descentralizados e baseados na premissa da regionalização.

Antes, a Microrregião funcionava com apenas dois hospitais polos: o Hospital Materno-Infantil, em Baturité, e Hospital de Aracoiaba, com atendimentos de trauma, ortopedia e cirurgia geral. Não havia serviços especializados na região. Só eram ofertados serviços de urgência e exclusivamente nestes casos. Mesmo sem grandes infraestrutura, os hospitais de pequeno porte complementam o quadro atual no fornecimento de serviços eletivos na Microrregião.

Isto é, havia todo um vazio assistencial na Microrregião que veio a ser preenchido pela criação do Consórcio. É fato que ainda existem lacunas, mas com consórcio houve uma grande redução. Passou-se a garantir na Microrregião aquilo que só era ofertado, em precariedade, em Fortaleza. O consórcio não só aperfeiçoou a qualidade do serviço, como melhorou o tempo reposta, grande obstáculo na concentração de serviços na capital.

O Consórcio é significativo porque deu uma nova roupagem ao SUS e fortaleceu a Microrregião de saúde. As microrregiões já existiam no Ceará desde a implantação dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde (SMSS), em 2000. Entretanto, para que uma microrregião funcione de fato como uma rede articuladora de serviços é necessário haver vários serviços dentro do território regionalizado.

O Consórcio também fortaleceu a cooperação entre os municípios e entre estes e o governo estadual. Os municípios da Microrregião constatam que este é o caminho para implementação de políticas públicas eficientes, que se por um lado devem considerar as demandas locais, por outro devem valer-se do potencial coletivo.

Os gestores de saúde municipais ressaltam que se faz necessário, em algumas situações, que o município conte com alguns profissionais que também constam na Policlínica e no CEO, porque é indispensável fortalecer a atenção primária da saúde. É importante que as equipes médicas municipais também tenham resolutividade e a policlínica venha a somar. Esta argumentação mostra que a autonomia municipal, como ente político, está resguardada.

Os resultados do consórcio são avaliados periodicamente na Comissão Intergestores Regional (CIR) com os secretários municipais de saúde de cada cidade partícipe e a coordenadora da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRES). É apresentado quantas pessoas foram atendidas, qual foi o índice de absenteísmo, entre outras informações. A policlínica e o CEO fazem seus relatórios de gestão, passa pela Direção do Consórcio e eles enviam para CIR. Anualmente é apresentado o balanço, onde são convocados os secretários e os prefeitos para que avaliem os resultados e programem novas ações.

Os consórcios públicos, mesmo aqueles com personalidade jurídica de direito privado, devem observar obrigatoriamente as normas de direito público no que concerne à prestação de contas. Por meio de relatórios de gestão e demonstrações financeiras, deve tornar público os recursos e bens recebidos e dar publicidade ao encerramento do exercício fiscal. Além disso, são submetidos às auditorias do Tribunal de Contas dos Municípios (TCM) e do Tribunal de Contas do Estado do Ceará (TCE). As prestações de contas também ficam disponíveis da SESA.

O governo estadual orienta que além das informações orçamentárias fornecidas ao TCM e TCE, os consórcios públicos de saúde tenham sites institucionais próprios. O consórcio da Microrregião do Maciço de Baturité possui o seguinte sítio <<http://www.cpsmbaturite.ce.gov.br/>>, que aproveita o *layout* padrão do governo do estado, mas este está totalmente escasso de informações.

Apenas a equipe do CEO alimenta o site com notícias que dizem respeito apenas ao funcionamento do Centro. Ressalta-se que este também possui um blog <ceorbaturite.blogspot.com/>, alimentado periodicamente. Com isso, constata-se maior preocupação do CEO com o princípio da publicidade das informações e decisões, que deveria atingir o Consórcio como o todo.

Para além dos grandes avanços regionais, o Consórcio também possui desafios para sua operacionalização, que os próprios gestores de saúde elencaram, sejam eles:

- a) Absenteísmo: o alto índice de absenteísmo é umas das maiores preocupações do Consórcio. Os municípios agendam consultas e procedimentos para pacientes que posteriormente não comparecem no dia agendado. A Direção do Consórcio, junto com os gestores municipais, estudam a causa para o índice elevado e identificaram dois empecilhos: a falta de transporte sanitário e a desvalorização de alguns cidadãos para com o serviços prestados pela Policlínica e o CEO.

- b) Transporte sanitário: consiste em uma dificuldade, uma vez que nem todos os municípios têm as mesmas condições de arcar com os custos de locomoção de seus cidadãos para a Policlínica e o CEO, além de ser apontado como causa para o absenteísmo. Pensa-se em comprar um transporte sanitário para ser financiado pelo próprio consórcio.

- c) Fornecimento de medicamentos: com o aumento de profissionais na Microrregião, aumentou também o número de diagnósticos. Isto provocou um cenário insatisfatório porque o SUS passa por um problema de subfinanciamento, sobretudo na provisão de medicamentos, que é responsabilidade do estado. Devido a problemas licitatórios, os municípios não estão com acesso a quantidade necessária.

- d) Filas de espera: apesar do avanço no número de especialidades encontradas na própria microrregião, ainda há demandas reprimidas e especialidades que tem uma procura muito maior do que pode ser ofertada. Para os gestores, é necessário repensar o número de vagas para algumas especialidades e a ampliação do número de serviços, como também de exames apoio-diagnóstico, como a endoscopia. A demora para conseguir o exame prejudica a qualidade do atendimento, uma vez que o tempo resposta é muito importante para o cidadão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa consistiu em analisar a experiência de cooperação intergovernamental na Região do Maciço de Baturité, por meio da atuação do Consórcio Público de Saúde. Ficou clara a relevância dos municípios trabalharem de forma cooperada, junto ao Governo do Estado do Ceará.

Toda a estrutura administrativa do consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité (CPSMB) foi pensada em função de um trabalho colaborativo e participativo entre os entes governamentais. Os espaços institucionalizados de Câmara Técnica, Assembleia e Colegiados evitam sobreposições de interesses individuais de um município sobre outro e garantem a união de recursos e forças políticas em torno do objetivo comum, garantir a expansão quantitativa e qualitativa dos serviços de saúde especializados.

A regionalização com o suporte estadual é crucial para execução do consórcio, que propicia maior economia ao sistema, bem como o benefício de um maior número de pessoas. Um profissional médico especializado iria para o município com alto custo para prefeitura e iria usufruir de muito tempo ocioso em algumas situações, devido ao baixo número populacional. Com o consórcio, estes municípios garantem o acesso com menor preço e a produção satisfatória do profissional. Elucida-se aqui o alcance de uma relação positiva de custo/benefício, tão essencial para o SUS.

Após a análise das dimensões de relações intergovernamentais, nota-se que não há uma relação direta entre os municípios, sendo fundamental a existência de um mediador, seja ele os diretores dos equipamentos de saúde, a Diretoria do Consórcio ou o próprio governo estadual. Os municípios evoluíram na ideia de ação cooperada, mas ainda dispõem de iniciativa limitada e necessita da ação direta de um interlocutor ou motivador da ação.

Outro aspecto comum entre as dimensões é que dentro das relações intergovernamentais não há um canal para comunicação entre poder público e sociedade civil no nível microrregional, onde são executadas as ações do Consórcio. Mesmo que com timidez, a participação social ainda é mais forte no nível do municipal, através dos Conselhos Municipais de Saúde, e das audiências públicas quadrimestrais, que são exigidas a todos os municípios para prestação de contas dos serviços de saúde disponíveis, os recursos investidos para sua execução e os resultados alcançados, no âmbito municipal.

A apesar da necessidade de avançar ainda mais nas redes públicas de cooperação na prestação dos serviços públicos de saúde, é necessário já se pensar na incorporação de novos

atores, e com isso construir uma rede híbrida de cooperação, para além dos entes governamentais, e passar a considerar a sociedade civil organizada e a iniciativa privada.

Por fim, o trabalho corrobora com outras investigações que constataram a vantagem dos municípios trabalharem em cooperação, em detrimento de trabalharem isoladamente. Usando as palavras de um dos entrevistados “o Consórcio Público de Saúde deu uma cara nova ao SUS. Ele mostrou o SUS que nós queremos, um SUS funcionando”.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz. Coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 24, n. 24, p. 41-67, 2005.
- ABRUCIO, Fernando Luiz; COUTO, Cláudio Gonçalves. A redefinição do papel do estado no âmbito local. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v.3, n10, 1996.
- ABRUCIO, Fernando Luiz; FILIPPIM, Eliane Salet; DIEGUEZ, Rodrigo Chaloub. **Inovação na cooperação intermunicipal no Brasil: a experiência da Federação Catarinense de Municípios (Fecam) na construção de consórcios públicos**. Rev. Adm. Pública — Rio de Janeiro, v.6, n.47, p.1543-568, nov./dez. 2013.
- ABRUCIO, Fernando L. SOARES, Márcia M. **Redes federativas no Brasil: cooperação intermunicipal no Grande ABC**. São Paulo, Fundação Konrad Adenauer, 2001. 236 p.
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Federalismo e Políticas Sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo - ANPOCS, v. 10, n.28, p. 88-108, 1995.
- ARRETCHE, Marta. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação & Sociedade** (Impresso), Campinas, v. 23, n.80, p. 25-48, 2002.
- BARBOSA, Gabriel de Souza; DIAS, Helena. **Consórcios intermunicipais como instrumento para o desenvolvimento regional: a experiência do Rio de Janeiro** In I Seminário de Desenvolvimento Regional, Estado e Sociedade: abordagens e experiências. Rio de Janeiro - RJ. Agosto/ 2012.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
- 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.
- BRASIL. **Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências.
- BRASIL. **Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007**. Regulamenta a Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos.
- BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências
- CEARÁ. **Manual de Orientação – Consórcios Públicos em Saúde no Ceará – Estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde**. 2009.
- CEARÁ. **Consórcios públicos: orientações gerais**. 2010.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Disponível em www.ceara.gov.br/. Acessado em: 12 de julho de 2015.

CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DR. JOSÉ MARCELO DE HOLANDA. **Portfólio de apresentação**. 2015.

CRUZ, Maria do Carmo M. Toledo. **Cooperação Intermunicipal: arranjos institucionais como instrumento para o Desenvolvimento Local e a experiência paulista**. São Paulo: SEBRAE e Instituto de Cidadania, 2009.

_____. **Cooperação intermunicipal: a experiência paulista como instrumento para o desenvolvimento local**. In: DOWBOR, Ladislau; POCHMANN, Marcio. (Org.). Políticas para o desenvolvimento local. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2010.

CRUZ, Maria do Carmo Meirelles Toledo; ARAÚJO, Fátima Fernandes; BATISTA, Sinoel. **Consórcios numa perspectiva histórico-institucional**. In: *Cadernos Adenauer*, Rio de Janeiro, v. 12, n.4, p. 11-124, 2011.

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DO MACIÇO DE BATURITÉ (CPSMB). **Estatuto do Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité – CPSMB**. Diário Oficial do Estado do Ceará (DOECE). Caderno 2, p. 93. 2009.

CUNHA, Rosani Evangelista. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 55, n. 3, p. 5-36, jul./ set. 2004.

DALLABRIDA, Valdir Roque; ZIMERMANN, Viro José. Descentralização na gestão pública e estruturas subnacionais de gestão do desenvolvimento: o papel dos consórcios intermunicipais. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, v. 5, n. 3, p. 3-28, set./dez. 2009.

FILIPPIM, Eliane Salete; ABRUCIO, Fernando Luiz. Quando Descentralizar é Concentrar Poder: o Papel do Governo Estadual na Experiência Catarinense. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 14, n. 2, art. 2, pp. 212-228, mar./abr, 2010.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, maio/ago.2004.

GERIGK, Willson; PESSALI, Huáscar Fialho. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6:1525-1543, nov./dez. 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175p.

KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo; ROSA, Tereza Etsuko da Costa; MENEGUZZO, Marco. **Inovação e cooperação intergovernamental: microrregionalização, consórcio, parcerias e terceirização no setor de saúde**. São Paulo: Annablume, 2006. 224p.

LINHARES, Paulo de Tarso Frazão Soares. Evolução da Cooperação Intermunicipal do Brasil. **Anais** do IV Congresso CONSAD de Gestão Pública. Brasília, 2011.

MARTINS, Rafael d'almeida; VAZ, José Carlos; CALDAS, Eduardo de Lima. A gestão do desenvolvimento local no Brasil: (des) articulação de atores, instrumentos e território. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n.44, p.559-90, Maio/Jun. 2010

MATOS, Fernanda; DIAS, Reinaldo. A Gestão dos Recursos Hídricos em MG e a Situação da Bacia Hidrográfica do Rio Paraopeba. **Gestão & Regionalidade** - v. 28, n. 83 – mai./ago. 2012.

NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano; CORDONI JR., Luiz; COSTA, Nilson do Rosário. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2005, vol.21, n.1, p. 29-38.

POLICLÍNICA DE BATURITÉ. **Descritivo dos serviços da Poli Baturité**. 2015.

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

ROCHA, Carlos Vasconcelos; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. Cooperação intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo: a experiência dos Consórcios de Saúde de Minas Gerais. **Cadernos Metrôpole**, n. 11, p. 73-105, 1º sem. 2004.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. Disponível em <www.saude.ce.gov.br/>. Acessado em 16 de junho de 2015.

SILVA, Virgílio Afonso da. Federalismo e articulação de competências no Brasil *In*: PETERS, B. Guy e PIERRE, Jon (Org). **Administração Pública: coletânea**. Editora UNESP; Brasília, DF: ENAP, p.549- 570. 2010.

SOUZA, Celina. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.3, n.7, p.431-442, 2002.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, 24, p. 105-121, jun. 2005.

YIN, Robert. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto alegre: Bookman, 2001. 205 p.

APÊNDICE A

Instrumento de coleta aplicado ao secretário executivo do Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité (CPSMB)

INFORMAÇÕES GERAIS

Nome do consórcio:

CNPJ:

Tipologia do consórcio:

Municípios membros:

Município sede:

Área de atuação do consórcio:

Objetivo do consórcio:

O consórcio já está adequado à Lei 11.107/05?

1. Motivação para formação/participação do consórcio

O que motivou a criação/participação do consórcio?

De quem partiu a motivação?

2. Estrutura administrativa

Qual a estrutura administrativa do consórcio?

Por quantas pessoas é composto o quadro de pessoal?

Quais os cargos e quais as atividades a eles vinculados?

Qual o meio de contratação dos funcionários?

Quais os critérios utilizados?

3. Fontes de financiamento

Quais as principais fontes de recursos do consórcio?

Qual a percentual de contribuição de cada município?

Quais os critérios utilizados para determinar as porcentagens?

Como o senhor(a) analisa a situação financeira do consórcio?

4. Processo decisório e planejamento

Há dificuldades no relacionamento entre os municípios?

Caso ocorra conflitos de interesses, como acontece a resolução do impasse?

Como são planejadas as ações do consórcio?

Todos os municípios têm o mesmo poder de decisão?

O consórcio tem autonomia, frente ao governo estadual e federal?

Existe algum mecanismo de participação social?

5. Transparência e publicidade

Quais os meios de tornar público as ações e atos contábeis do consórcio?

Os municípios preocupam-se em apresentar a sociedade os resultados do consórcio?

Existe algum órgão de fiscalização?

6. Resultados do consórcio

Conte um pouco sobre a trajetória do consórcio desde sua criação. Quais as principais dificuldades enfrentas? Qual o momento mais importante?

Quais as principais conquistas, em termos municipais e regional?

Quais os pontos negativos e positivos da organização dos municípios por meio de um consórcio?

O consórcio contribui na gestão de políticas públicas?

Os resultados do consórcio são avaliados periodicamente? Caso positivo, por quais mecanismo

APÊNDICE B

Instrumento de coleta aplicado aos secretários de saúde de cada um dos oito municípios que compõem o CPSMB.

Nome:

Tempo de exercício:

Município:

Escolaridade:

1. Motivação para formação/participação do consórcio

O que motiva a participação do município no consórcio?

De quem partiu a motivação?

2. Fontes de financiamento

Quais as principais fontes de recursos do consórcio?

Quais os critérios utilizados para determinar as porcentagens de contribuição de cada município? O senhor(a) considera justo?

Como o senhor(a) analisa a situação financeira do consórcio?

3. Processo decisório e planejamento

Há dificuldades no relacionamento entre os municípios?

Caso ocorra conflitos de interesses, como acontece a resolução do impasse?

Como são planejadas as ações do consórcio?

Todos os municípios têm o mesmo poder de decisão?

O consórcio tem autonomia, frente ao governo estadual e federal?

Existe algum mecanismo de participação social?

4. Transparência e publicidade

O município preocupa-se em apresentar a sociedade os resultados e atos do consórcio? Caso positivo, por quais meios?

Existe algum órgão de fiscalização?

5. Resultados do consórcio

Quais as principais dificuldades enfrentadas? Qual o momento mais importante?

Quais as principais conquistas, em termos municipais e regional?

Quais os pontos negativos e positivos da organização dos municípios em consórcio?

O consórcio contribui na gestão das políticas públicas de saúde?

Os resultados do consórcio são avaliados periodicamente? Caso positivo, por quais mecanismos?

Gostaria de acrescentar algo que não foi perguntado?

ANEXO A

Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005.

Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre normas gerais para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios contratarem consórcios públicos para a realização de objetivos de interesse comum e dá outras providências.

§ 1º O consórcio público constituirá associação pública ou pessoa jurídica de direito privado.

§ 2º A União somente participará de consórcios públicos em que também façam parte todos os Estados em cujos territórios estejam situados os Municípios consorciados.

§ 3º Os consórcios públicos, na área de saúde, deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 2º Os objetivos dos consórcios públicos serão determinados pelos entes da Federação que se consorciarem, observados os limites constitucionais.

§ 1º Para o cumprimento de seus objetivos, o consórcio público poderá:

I – firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções sociais ou econômicas de outras entidades e órgãos do governo;

II – nos termos do contrato de consórcio de direito público, promover desapropriações e instituir servidões nos termos de declaração de utilidade ou necessidade pública, ou interesse social, realizada pelo Poder Público; e

III – ser contratado pela administração direta ou indireta dos entes da Federação consorciados, dispensada a licitação.

§ 2º Os consórcios públicos poderão emitir documentos de cobrança e exercer atividades de arrecadação de tarifas e outros preços públicos pela prestação de serviços ou pelo uso ou outorga de uso de bens públicos por eles administrados ou, mediante autorização específica, pelo ente da Federação consorciado.

§ 3º Os consórcios públicos poderão outorgar concessão, permissão ou autorização de obras ou serviços públicos mediante autorização prevista no contrato de consórcio público, que deverá indicar de forma específica o objeto da concessão, permissão ou autorização e as condições a que deverá atender, observada a legislação de normas gerais em vigor.

Art. 3º O consórcio público será constituído por contrato cuja celebração dependerá da prévia subscrição de protocolo de intenções.

Art. 4º São cláusulas necessárias do protocolo de intenções as que estabeleçam:

I – a denominação, a finalidade, o prazo de duração e a sede do consórcio;

II – a identificação dos entes da Federação consorciados;

III – a indicação da área de atuação do consórcio;

IV – a previsão de que o consórcio público é associação pública ou pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos;

V – os critérios para, em assuntos de interesse comum, autorizar o consórcio público a representar os entes da Federação consorciados perante outras esferas de governo;

VI – as normas de convocação e funcionamento da assembléia geral, inclusive para a elaboração, aprovação e modificação dos estatutos do consórcio público;

VII – a previsão de que a assembléia geral é a instância máxima do consórcio público e o número de votos para as suas deliberações;

VIII – a forma de eleição e a duração do mandato do representante legal do consórcio público que, obrigatoriamente, deverá ser Chefe do Poder Executivo de ente da Federação consorciado;

IX – o número, as formas de provimento e a remuneração dos empregados públicos, bem como os casos de contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público;

X – as condições para que o consórcio público celebre contrato de gestão ou termo de parceria;

XI – a autorização para a gestão associada de serviços públicos, explicitando:

a) as competências cujo exercício se transferiu ao consórcio público;

b) os serviços públicos objeto da gestão associada e a área em que serão prestados;

c) a autorização para licitar ou outorgar concessão, permissão ou autorização da prestação dos serviços;

d) as condições a que deve obedecer o contrato de programa, no caso de a gestão associada envolver também a prestação de serviços por órgão ou entidade de um dos entes da Federação consorciados;

e) os critérios técnicos para cálculo do valor das tarifas e de outros preços públicos, bem como para seu reajuste ou revisão; e

XII – o direito de qualquer dos contratantes, quando adimplente com suas obrigações, de exigir o pleno cumprimento das cláusulas do contrato de consórcio público.

§ 1º Para os fins do inciso III do caput deste artigo, considera-se como área de atuação do consórcio público, independentemente de figurar a União como consorciada, a que corresponde à soma dos territórios:

I – dos Municípios, quando o consórcio público for constituído somente por Municípios ou por um Estado e Municípios com territórios nele contidos;

II – dos Estados ou dos Estados e do Distrito Federal, quando o consórcio público for, respectivamente, constituído por mais de 1 (um) Estado ou por 1 (um) ou mais Estados e o Distrito Federal;

III – (VETADO)

IV – dos Municípios e do Distrito Federal, quando o consórcio for constituído pelo Distrito Federal e os Municípios; e

V – (VETADO)

§ 2º O protocolo de intenções deve definir o número de votos que cada ente da Federação consorciado possui na assembléia geral, sendo assegurado 1 (um) voto a cada ente consorciado.

§ 3º É nula a cláusula do contrato de consórcio que preveja determinadas contribuições financeiras ou econômicas de ente da Federação ao consórcio público, salvo a doação, destinação ou cessão do uso de bens móveis ou imóveis e as transferências ou cessões de direitos operadas por força de gestão associada de serviços públicos.

§ 4º Os entes da Federação consorciados, ou os com eles conveniados, poderão ceder-lhe servidores, na forma e condições da legislação de cada um.

§ 5º O protocolo de intenções deverá ser publicado na imprensa oficial.

Art. 5º O contrato de consórcio público será celebrado com a ratificação, mediante lei, do protocolo de intenções.

§ 1º O contrato de consórcio público, caso assim preveja cláusula, pode ser celebrado por apenas 1 (uma) parcela dos entes da Federação que subscreveram o protocolo de intenções.

§ 2º A ratificação pode ser realizada com reserva que, aceita pelos demais entes subscritores, implicará consorciamento parcial ou condicional.

§ 3º A ratificação realizada após 2 (dois) anos da subscrição do protocolo de intenções dependerá de homologação da assembléia geral do consórcio público.

§ 4º É dispensado da ratificação prevista no caput deste artigo o ente da Federação que, antes de subscrever o protocolo de intenções, disciplinar por lei a sua participação no consórcio público.

Art. 6º O consórcio público adquirirá personalidade jurídica:

I – de direito público, no caso de constituir associação pública, mediante a vigência das leis de ratificação do protocolo de intenções;

II – de direito privado, mediante o atendimento dos requisitos da legislação civil.

§ 1º O consórcio público com personalidade jurídica de direito público integra a administração indireta de todos os entes da Federação consorciados.

§ 2º No caso de se revestir de personalidade jurídica de direito privado, o consórcio público observará as normas de direito público no que concerne à realização de licitação, celebração de contratos, prestação de contas e admissão de pessoal, que será regido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

Art. 7º Os estatutos disporão sobre a organização e o funcionamento de cada um dos órgãos constitutivos do consórcio público.

Art. 8º Os entes consorciados somente entregarão recursos ao consórcio público mediante contrato de rateio.

§ 1º O contrato de rateio será formalizado em cada exercício financeiro e seu prazo de vigência não será superior ao das dotações que o suportam, com exceção dos contratos que tenham por objeto exclusivamente projetos consistentes em programas e ações contemplados em plano plurianual ou a gestão associada de serviços públicos custeados por tarifas ou outros preços públicos.

§ 2º É vedada a aplicação dos recursos entregues por meio de contrato de rateio para o atendimento de despesas genéricas, inclusive transferências ou operações de crédito.

§ 3º 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.

§ 4º Com o objetivo de permitir o atendimento dos dispositivos da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, o consórcio público deve fornecer as informações necessárias para que sejam consolidadas, nas contas dos entes consorciados, todas as despesas realizadas com os recursos entregues em virtude de contrato de rateio, de forma que possam ser contabilizadas nas contas de cada ente da Federação na conformidade dos elementos econômicos e das atividades ou projetos atendidos.

§ 5º Poderá ser excluído do consórcio público, após prévia suspensão, o ente consorciado que não consignar, em sua lei orçamentária ou em créditos adicionais, as dotações suficientes para suportar as despesas assumidas por meio de contrato de rateio.

Art. 9º A execução das receitas e despesas do consórcio público deverá obedecer às normas de direito financeiro aplicáveis às entidades públicas.

Parágrafo único. 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. 10. (VETADO)

Parágrafo único. Os agentes públicos incumbidos da gestão de consórcio não responderão pessoalmente pelas obrigações contraídas pelo consórcio público, mas responderão pelos atos praticados em desconformidade com a lei ou com as disposições dos respectivos estatutos.

Art. 11. A retirada do ente da Federação do consórcio público dependerá de ato formal de seu representante na assembleia geral, na forma previamente disciplinada por lei.

§ 1º Os bens destinados ao consórcio público pelo consorciado que se retira somente serão revertidos ou retrocedidos no caso de expressa previsão no contrato de consórcio público ou no instrumento de transferência ou de alienação.

§ 2º A retirada ou a extinção do consórcio público não prejudicará as obrigações já constituídas, inclusive os contratos de programa, cuja extinção dependerá do prévio pagamento das indenizações eventualmente devidas.

Art. 12. A alteração ou a extinção de contrato de consórcio público dependerá de instrumento aprovado pela assembleia geral, ratificado mediante lei por todos os entes consorciados.

§ 1º Os bens, direitos, encargos e obrigações decorrentes da gestão associada de serviços públicos custeados por tarifas ou outra espécie de preço público serão atribuídos aos titulares dos respectivos serviços.

§ 2º Até que haja decisão que indique os responsáveis por cada obrigação, os entes consorciados responderão solidariamente pelas obrigações remanescentes, garantindo o direito de regresso em face dos entes beneficiados ou dos que deram causa à obrigação.

Art. 13. Deverão ser constituídas e reguladas por contrato de programa, como condição de sua validade, as obrigações que um ente da Federação constituir para com outro ente da Federação ou para com consórcio público no âmbito de gestão associada em que haja a prestação de serviços públicos ou a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal ou de bens necessários à continuidade dos serviços transferidos.

§ 1º O contrato de programa deverá:

I – atender à legislação de concessões e permissões de serviços públicos e, especialmente no que se refere ao cálculo de tarifas e de outros preços públicos, à de regulação dos serviços a serem prestados; e

II – prever procedimentos que garantam a transparência da gestão econômica e financeira de cada serviço em relação a cada um de seus titulares.

§ 2º No caso de a gestão associada originar a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos, o contrato de programa, sob pena de nulidade, deverá conter cláusulas que estabeleçam:

I – os encargos transferidos e a responsabilidade subsidiária da entidade que os transferiu;

II – as penalidades no caso de inadimplência em relação aos encargos transferidos;

III – o momento de transferência dos serviços e os deveres relativos a sua continuidade;

IV – a indicação de quem arcará com o ônus e os passivos do pessoal transferido;

V – a identificação dos bens que terão apenas a sua gestão e administração transferidas e o preço dos que sejam efetivamente alienados ao contratado;

VI – o procedimento para o levantamento, cadastro e avaliação dos bens reversíveis que vierem a ser amortizados mediante receitas de tarifas ou outras emergentes da prestação dos serviços.

§ 3º É nula a cláusula de contrato de programa que atribuir ao contratado o exercício dos poderes de planejamento, regulação e fiscalização dos serviços por ele próprio prestados.

§ 4º O contrato de programa continuará vigente mesmo quando extinto o consórcio público ou o convênio de cooperação que autorizou a gestão associada de serviços públicos.

§ 5º Mediante previsão do contrato de consórcio público, ou de convênio de cooperação, o contrato de programa poderá ser celebrado por entidades de direito público ou privado que integrem a administração indireta de qualquer dos entes da Federação consorciados ou conveniados.

§ 6º O contrato celebrado na forma prevista no § 5º deste artigo será automaticamente extinto no caso de o contratado não mais integrar a administração indireta do ente da Federação que autorizou a gestão associada de serviços públicos por meio de consórcio público ou de convênio de cooperação.

§ 7º Excluem-se do previsto no caput deste artigo as obrigações cujo descumprimento não acarrete qualquer ônus, inclusive financeiro, a ente da Federação ou a consórcio público.

Art. 14. A União poderá celebrar convênios com os consórcios públicos, com o objetivo de viabilizar a descentralização e a prestação de políticas públicas em escalas adequadas.

Art. 15. No que não contrariar esta Lei, a organização e funcionamento dos consórcios públicos serão disciplinados pela legislação que rege as associações civis.

Art. 16. O inciso IV do art. 41 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 41.

IV – as autarquias, inclusive as associações públicas;

....." (NR)

Art. 17. Os arts. 23, 24, 26 e 112 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 23.

§ 8º No caso de consórcios públicos, aplicar-se-á o dobro dos valores mencionados no caput deste artigo quando formado por até 3 (três) entes da Federação, e o triplo, quando formado por maior número." (NR)

"Art. 24.

XXVI – na celebração de contrato de programa com ente da Federação ou com entidade de sua administração indireta, para a prestação de serviços públicos de forma associada nos termos do autorizado em contrato de consórcio público ou em convênio de cooperação.

Parágrafo único. Os percentuais referidos nos incisos I e II do caput deste artigo serão 20% (vinte por cento) para compras, obras e serviços contratados por consórcios públicos, sociedade de economia mista, empresa pública e por autarquia ou fundação qualificadas, na forma da lei, como Agências Executivas." (NR)

"Art. 26. As dispensas previstas nos §§ 2º e 4º do art. 17 e no inciso III e seguintes do art. 24, as situações de inexigibilidade referidas no art. 25, necessariamente justificadas, e o retardamento previsto no final do parágrafo único do art. 8º desta Lei deverão ser comunicados, dentro de 3 (três) dias, à autoridade superior, para ratificação e publicação na imprensa oficial, no prazo de 5 (cinco) dias, como condição para a eficácia dos atos.

....." (NR)

"Art. 112.

§ 1º Os consórcios públicos poderão realizar licitação da qual, nos termos do edital, decorram contratos administrativos celebrados por órgãos ou entidades dos entes da Federação consorciados.

§ 2º É facultado à entidade interessada o acompanhamento da licitação e da execução do contrato." (NR)

Art. 18. O art. 10 da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, passa a vigorar acrescido dos seguintes incisos:

"Art. 10.

XIV – celebrar contrato ou outro instrumento que tenha por objeto a prestação de serviços públicos por meio da gestão associada sem observar as formalidades previstas na lei;

XV – celebrar contrato de rateio de consórcio público sem suficiente e prévia dotação orçamentária, ou sem observar as formalidades previstas na lei." (NR)

Art. 19. O disposto nesta Lei não se aplica aos convênios de cooperação, contratos de programa para gestão associada de serviços públicos ou instrumentos congêneres, que tenham sido celebrados anteriormente a sua vigência.

Art. 20. O Poder Executivo da União regulamentará o disposto nesta Lei, inclusive as normas gerais de contabilidade pública que serão observadas pelos consórcios públicos para que sua gestão financeira e orçamentária se realize na conformidade dos pressupostos da responsabilidade fiscal.

Art. 21. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2005; 184º da Independência e 117º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Márcio Thomaz Bastos

Antonio Palocci Filho

Humberto Sérgio Costa Lima

Nelson Machado

José Dirceu de Oliveira e Silva

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 7.4.2005.