



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO PÚBLICA**

GLAUCIANE DA SILVA SOUZA

REGIONALIZAÇÃO: CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DO CEARÁ

REDENÇÃO CE

2018



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO PÚBLICA**

GLAUCIANE DA SILVA SOUZA

REGIONALIZAÇÃO: CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DO CEARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão Pública Municipal da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão Pública Municipal.

Orientador: Prof. Ms. Paulo Henrique Nobre Parente

REDENÇÃO CE

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Souza, Glauciane da Silva.

S713r

REGIONALIZAÇÃO: CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DO CEARÁ / Glauciane da Silva Souza. - Redenção, 2018.
37f: il.

Monografia - Curso de Especialização em Gestão Pública,
Instituto De Ciências Sociais Aplicadas, Universidade da Integração
Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2018.

Orientador: Prof. Me. Paulo Henrique Nobre Parente.

1. Consórcios Públicos. 2. Federalismo cooperativo. 3.
Regionalização dos Serviços Públicos de Saúde. I. Título

CE/UF/BSCL

CDD 346.8106

Aos meus professores,
da escola e da vida.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos aos docentes e tutores do curso de Especialização em Gestão Pública da Universidade Aberta do Brasil/UNILAB, que contribuíram de forma direta e indireta para minha formação.

RESUMO

Os Consórcios Públicos previsto na Lei nº 11.107/2005 e regulamentado pelo Decreto nº 6.017/2007 representam exemplo de redes públicas de cooperação dentre do federalismo orgânico. O objetivo do estudo é examinar a efetiva implantação dos Consórcios Públicos nas microrregiões de saúde no estado do Ceará, como Política Pública de oferta e ampliação dos serviços de saúde. Para isto verificou-se quais e quantas Policlínicas e CEOs estão em pleno funcionamento; os serviços ofertados pelas unidades de saúde; e o municípios consorciados. Para o gestor público entender os mecanismos de cooperação envolvidos na constituição dos consórcios permite que se vislumbre novos métodos de se relacionar com os pares, enquanto ente federado, trazendo para a realidade local potenciais oportunidades de oferta e ampliação de serviços públicos. Utilizou-se o arcabouço metodológico, baseado nos métodos e técnicas da pesquisa qualitativa e quantitativa, ajustáveis a natureza do problema e a análise dos dados. A interpretação ocorreu simultaneamente à coleta de dados, com técnicas inerentes ao tipo de pesquisa realizada. Os consórcios representam um arranjo institucional relativamente novo, o que o expõe a experiências de êxito e oportunidades de melhoria.

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

ABSTRACT

The Public Consortiums provided for in Law 11,107 / 2005 and regulated by Decree n. 6.017/2007 represent examples of public networks of cooperation among organic federalism. The objective of the study is to examine the effective implementation of Public Consortia in the micro-regions of health in the state of Ceará, as Public Policy of supply and expansion of health services. For this, it was verified which and how many Polyclinics and CEOs are in full operation; the services offered by health units; and the consortium municipalities. For the public manager to understand the mechanisms of cooperation involved in constituting consortia allows new methods of relating to peers as a federated entity to be glimpsed, bringing to the local reality potential opportunities for supply and expansion of public services. The methodological framework, based on qualitative and quantitative research methods and techniques, was used to adjust the nature of the problem and the data analysis. The interpretation occurred simultaneously to data collection, with techniques inherent to the type of research performed. Consortia represent a relatively new institutional arrangement, exposing them to successful experiences and opportunities for improvement.

Key words: Cooperative Federalism; Public Consortia; Regionalization of Public Health Services;

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Centro de Especialidades Odontológicas	33
Tabela 2: Policlínica I	33
Tabela 3: Policlínica II	34
Tabela 4: Unidades de Saúde	35

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

CEO	Centro de Especialidades de Odontológicas
CIR	Comissão Intergestora Regional
CPSMM	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Maracanaú
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde do Ceará
Decreto	Decreto nº 6.017
EC	Emenda Constitucional
FUNDES	Fundo Estadual de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
IOF	Imposto sobre Operações Financeiras
IPTU	Imposto sobre a Propriedade e Territorial Urbana
IPVA	Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IRPJ	Imposto de Renda Pessoa Jurídica
ISS	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
MUNIC	Pesquisa de Informações Básicas Municipais
PDI	Plano de Desenvolvimento e Investimento
PDR	Plano de Desenvolvimento Regional
PPC	Programação Pactuada Consorcial
SEPLAG	Secretaria do Planejamento e Gestão do Ceará
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SUS	Sistema Único de Saúde
TCAT	Termo de Cooperação e Assistência Técnica

Sumário

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 Federalismo e os Consórcios Públicos	14
2.2 Federação brasileira	14
2.3 Federalismo tripartite.....	15
2.4 Federalismo cooperativo	16
2.5 Consórcios Públicos	17
2.5.1 Personalidade Jurídica	18
2.5.2 Protocolo de Intenções.....	19
2.5.3 Contrato de Consórcio	20
2.5.4 Contrato de Rateio	20
2.5.5 Contrato de Programa.....	21
2.5.6 Extinção do contrato de Consórcio Público	22
2.5.7 Vantagens operacionais da gestão associada.....	22
2.6 Gestão regionalizada dos serviços de saúde	23
2.6.1 Oferta de Saúde Pública	24
2.6.2 Regionalização dos Serviços de Saúde.....	25
3 METODOLOGIA.....	27
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	29
4.1 Gestão Associada de Saúde no Ceará.....	29
4.2 CEO's e Policlínicas.....	30
4.3 Financiamento dos consórcios de saúde do Ceará	32
4.4 Consórcio Público de Saúde no Ceará.....	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

A organização política e administrativa do país compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos (art. 18 CF/88). As organizações políticas locais tornaram-se diretamente responsáveis pela execução de políticas públicas, em particular as de cunho social e de prestação de serviços. As atribuições de interesse local e a concorrência na execução das competências comuns onerou significativamente a frágil estrutura financeira dos pequenos Municípios. A relação consorcial permite que determinados entes com interesse na oferta de determinados serviços públicos, ou que busquem prestá-los de maneira eficiente e com somatória de esforços, reúnam-se sob um contrato, comprometidos e voltados para a consecução dos objetivos que lhes são comuns. No Ceará, a gestão associada é largamente utilizada na execução do PROEXFAES (Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada em Saúde no Estado do Ceará).

Os Municípios agrupados em microrregiões constituem consórcios públicos interfederativos de saúde, com a participação do Governo do Estado, para construção e operacionalização de policlínicas e Centro de Especialidades Odontológicas.

A gestão das unidades de saúde é transferida ao consórcio para oferta de serviços especializados de saúde pública de média e alta complexidade. A iniciativa do Governo Estadual de se organizar e de transferir a gestão de serviços de saúde ao consórcio público é apontada nos princípios de regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (art. 7º, inciso IX, alínea b, Lei nº 8.080/1990), e na forma de organização, direção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam (art. 10, Lei nº 8.080/1990), obedecendo aos princípios, diretrizes e normas que regulam o SUS. No Ceará, a política de regionalização dos serviços de saúde criou um sistema de prestação de especialidades médicas e saúde bucal, em que cada microrregião recebe por meio de Consórcio Público, uma policlínica e um CEO regional, para atender a população dos municípios consorciados.

Em virtude da natureza jurídica dos consórcios, não há previsão de extinção contratual. Nesse sentido, mesmo com a mudança de gestão, o Chefe do Executivo é obrigatoriamente incumbido de cumprir as responsabilidades contratuais assumidas pela gestão anterior. Esta medida assegura a continuidade dos objetivos consorciais em face do bem comum.

As regionalizações dos serviços de saúde no Ceará tiveram início em 1998, hoje, exatamente, duas décadas após, se questiona: quais ações foram executadas, no que se refere particularmente aos Consórcios Públicos? Quantos Consórcios foram constituídos até 2018? Quais CEOs e Policlínicas estão efetivamente em operação?

Considerando o exposto, o objetivo deste estudo é examinar a implantação dos Consórcios Públicos nas microrregiões de saúde no Estado do Ceará, como Política Pública de oferta e ampliação dos serviços de saúde. Para isto, identificou-se quais e quantas Policlínicas e CEOs estão em pleno funcionamento, bem como identificou os serviços ofertados pelas unidades de saúde e os municípios consorciados.

O estudo dos Consórcios Públicos contribui para o entendimento da complexidade e da variedade de aplicação dos institutos, enquanto instrumento de efetivação do Pacto Federativo, além de se analisar os institutos como mecanismos de desenvolvimento regional e articulação entre unidades territoriais com o intuito de obter recursos de cunho setorial. Quanto a oferta dos Serviços Públicos a Gestão Associada é uma alternativa viável, em particular nos casos em que o dispêndio financeiro não é suportável pelo ente federativo competente.

O trabalho está dividido entre Introdução, Referencial Teórico, Metodologia, Resultados e Discussões e Considerações Finais. Na introdução trata-se dos objetivos, justificativa e problemática. No primeiro capítulo foi tratada a Federação que deu origem ao federalismo cooperativo, uma forma de relação entre as unidades subnacionais que adota instrumentos de cooperação e compartilhamento de recursos para consecução de objetivos comuns.

Em seguida o capítulo aborda os elementos que compõem a criação e gestão dos consórcios públicos, a regulamentação e as etapas de constituição dos consórcios aparecem no Decreto nº 6.017 de 2007 que regulamenta a Lei nº 11.107 de 2005 dispõe sobre as normas de contratação dos consórcios previsto na EC nº 19/1998.

O segundo capítulo versa sobre os Serviços Públicos, a oferta de Saúde Pública no âmbito dos entes federados, e o processo de regionalização apresentada pelo Serviço Único de Saúde (SUS) através do Pacto pela Saúde.

A metodologia desenvolvida durante a pesquisa baseou-se no arcabouço metodológico, baseado nos métodos e técnicas da pesquisa qualitativa, ajustáveis à natureza do problema e à análise dos dados. Na abordagem qualitativa, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e a pesquisa descritiva. Todas as informações reunidas nas fases anteriores foram analisadas e interpretadas de acordo com o tipo de pesquisa executada.

No capítulo destinado aos resultados e discussões encontra-se descrito os dados levantados com a pesquisa documental, discute-se acerca da implantação e operacionalização dos Consórcios Públicos de Saúde nas microrregiões do Ceará, a regionalização, policlínicas e os centros de especialidades odontológicas. As informações geradas por meio dos dados tratados estão representadas em tabelas e relatos descritivos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Federalismo e os Consórcios Públicos

A Federação, do latim *foedus* pacto, aliança ou associação, como forma de Estado foi instituída originalmente nos Estados Unidos, após a libertação territorial das colônias inglesas da subjugação da Grã-Bretanha no século XVIII. Na Federação convive no mesmo território dois polos de poder, os Estados-membros e o Estado Federal sem dependência hierárquica.

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

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

O processo histórico e as transformações de ordem política acabaram por definir o Estado federal como forma de descentralizar não somente a função administrativa, mas também o poder político, com o que gerou a criação de várias esferas dotadas desse poder. É, com efeito, o que classicamente se denomina “*Estado de Estados*” (CARVALHO FILHO, 2013, p. 2).

Acerca da natureza da Federação, Baracho (1986, p. 8) destaca que o princípio federal consiste no método de dividir os poderes, de modo que o governo central, regional e local, sejam coordenados e independentes.

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

2.2 Federação brasileira

A prática federativa adotada em cada Estado foi moldada conforme as características nacionais próprias. No Brasil a descentralização política e administrativa é tema tratado na Carta Magna nacional de 1988. Em seus artigos estão elencados a competência de cada ente na

governança nacional, delimitando suas atribuições e esfera de atuação, de acordo com o princípio da predominância de interesse.

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

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

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

2.3 Federalismo tripartite

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

O *status* de entidade federativa reconhece o Município como membro da Federação¹, em condição de igualdade com os Estados-membros em relação a direitos e deveres. O governo local passou a assumir um papel de substancial importância na prestação dos serviços de interesse social e local.

Nesse desenho estrutural, os desafios gerenciais são significativos, sobretudo porque a estrutura das unidades federativas não é igual. Os Municípios, diferente dos Estados-membros e do Distrito Federal não tem representação no Senado, não usufruí Poder Judiciário, nem de

¹ A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal (art. 1º, CF/88). A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição (art. 18, CF/88).

Ministério Público próprio. Ademais, as receitas dos governos locais estão limitadas a repasses e arrecadações tributárias², nem sempre suficientes para atender as demandas sociais.

2.4 Federalismo cooperativo

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

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

A União detentora de poder soberano e de grande parte dos recursos financeiros intervém junto aos Estados-membros e Municípios para dar-lhes condições para exercer plenamente as atribuições estabelecidas constitucionalmente. O texto constitucional prevê no art. 23 os serviços, objeto da cooperação interfederativa. São as competências comuns, ações que para seu melhor desempenho devem ser desenvolvidas em conjunto.

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

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

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

² Imposto de Predial Territorial Urbano, Imposto de Transmissão *inter vivos*, Imposto de Serviços de qualquer Natureza (art. 156, I a III, CF/1988).

2.5 Consórcios Públicos

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

Di Pietro (2013, p. 537) ressalta que antes da promulgação da Lei, havia certo consenso doutrinário em considerar o convênio e o consórcio como acordos de vontades. Hoje prevalece o entendimento da natureza distinta entre convênios de cooperação, consórcios administrativos e consórcios públicos.

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

O Decreto nº 6.017/2007 conceituou termos, expressões e definiu as etapas para a criação dos consórcios: Protocolo de Intenções (arts. 4º e 5º), Contrato de Consórcio (art. 6º), Contrato de Rateio (arts. 13 a 17), Contrato de Programa (arts. 30 a 35), e a extinção do Contrato de Consórcio (art. 29). Conforme art. 2º do Decreto considera-se:

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

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

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

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

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

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

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

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

Ajustes entre os consorciados determinam os objetivos da associação. “Os consórcios públicos poderão ter um ou mais objetivos e os entes consorciados poderão se consorciar em relação a todos ou apenas a parcela deles” (art. 3º, § 1º, Decreto nº 6.017/2007), respeitados os limites legais. Para fins da consecução de seus objetivos, os consórcios podem firmar convênios, acordos de qualquer natureza, promover desapropriações, receber auxílios, contribuições, subvenções sociais ou econômicas de outras entidades e órgãos do governo, e ser contratado pela Administração Direta ou Indireta dos entes subnacionais consorciados dispensada a licitação.

2.5.1 Personalidade Jurídica

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

Carvalho Filho (2013, p. 28) analisa a natureza jurídica dos consórcios públicos, segundo uma concepção subjetiva.

O sentido subjetivo, em outra vertente, decorre da personalização exigida para cumprir o referido ajuste. Nesse aspecto, então, o consórcio público ostenta a natureza de pessoa jurídica, composta de entes públicos em regime de cooperação mutua, com o objetivo de implementar atividades de seu interesse comum (grifo do autor).

Considerando o sentido subjetivo os consórcios podem adquirir personalidade jurídica de Direito Público ou Privado. Os primeiros são associações públicas, mediante leis de ratificação do protocolo de intenções. Nas palavras Carvalho Filho (2013, p. 34) referem-se a modalidade de autarquia, de caráter associativo, resultante da formação de consórcio. Nestes termos, a associação integra a Administração Pública Indireta, de todos os entes consorciados.

Por outro lado, apesar de ser uma entidade autárquica, o Poder Público não outorga, ou seja, não transfere a titularidade do serviço público ao consórcio. “Trata-se, portanto, de modalidade de delegação de serviços públicos distinta de autorização, permissão ou concessão, por meio de contrato” (MEIRELLES, 2012, p. 423).

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

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

2.5.2 Protocolo de Intenções

“O consórcio público será constituído por contrato cuja celebração dependerá da prévia subscrição de protocolo de intenções” (art. 3º, Lei nº 11.107/2005). O protocolo de intenções, subscrito pelos Chefes do Executivo, como documento inicial antecede a celebração do contrato de consórcio, e seu conteúdo mínimo obedece ao previsto em Lei. O ajuste formaliza a vontade dos potenciais associados, em negócio jurídico preliminar, onde estão pré-fixados direitos e obrigações que se pretende assumir no contrato principal.

Encontram-se elencadas no art. 5º do Decreto nº 6.017/2007 as cláusulas indispensáveis ao ajuste preliminar. Sob pena de nulidade, o documento deve conter entre outras disposições, a denominação do consórcio, as finalidades, o prazo de duração, a sede, admitindo-se a fixação de prazo indeterminado e a previsão de alteração da sede mediante decisão da Assembleia Geral (I); a identificação de cada um dos entes da Federação (II); área de atuação (III) personalidade jurídica (IV); a previsão de que a Assembleia Geral é a instância máxima do consórcio público

e o número de votos para as suas deliberações (VII), assegurado a cada membro ao menos um voto; serviço objeto da associação (XII, b);

Inclui-se no caráter obrigatório, as normas de convocação e funcionamento da Assembleia Geral, inclusive para a elaboração, aprovação e modificação dos estatutos, assim como a forma de eleição e duração do mandato do representante legal do consórcio. Obrigatoriamente, um chefe do Poder Executivo associado. O mandato do representante legal, fixado em um ou mais exercícios financeiros, cessa automaticamente no caso do eleito não mais ocupar a Chefia do Executivo. Hipótese em que, salvo previsão em contrário no estatuto, o sucessor eleito na entidade política, passa a ocupar o cargo de representante legal.

2.5.3 Contrato de Consórcio

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

A ratificação configura aprovação ou confirmação do Poder Legislativo por lei específica promulgada no âmbito de cada um dos entes da Federação interessados em participar do consórcio. “Podem os signatários do protocolo de intenções aderir ao ajuste em momentos diferentes, sabido os entraves burocráticos das pessoas públicas” (CARVALHO, 2013, p. 75). A recusa ou demora na ratificação não submete o signatário a qualquer tipo de pena.

Somente o contrato de consórcio, obriga os signatários. Sendo assim, o contrato, caso assim esteja previsto no protocolo de intenções, poderá ser celebrado por apenas uma parcela dos seus signatários, sem prejuízo de que os demais venham a integrá-lo posteriormente. Dispensa-se da ratificação, o ente que, antes de subscrever o protocolo de intenções, disciplinar por lei a sua participação no consórcio.

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

2.5.4 Contrato de Rateio

O custeio dos serviços públicos, objeto do consórcio é tratado no contrato de rateio. Nele os consorciados comprometem-se a fornecer recursos financeiros para a realização das despesas da associação. “Os entes consorciados somente entregarão recursos ao consórcio público

mediante contrato de rateio” (art.13, Decreto nº 6.017/2007), observadas as normas previstas em Lei.

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

As cláusulas contratuais tratam de matéria econômica-financeira, comprometendo recursos públicos, por isso deve-se observar os instrumentos de gestão orçamentária: Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual. Celebrar contrato de rateio sem suficiente e prévia dotação orçamentária que suportem o pagamento das obrigações contratadas ou que não atendam as formalidades previstas em Lei constitui ato de improbidade administrativa.

“Os entes consorciados, isolados ou em conjunto, bem como o consórcio público, são partes legítimas para exigir o cumprimento das obrigações previstas no contrato de rateio” (art. 13, § 4º, Decreto nº 6.017/2007). A execução das receitas e despesas obedecem às normas de direito financeiro aplicáveis às entidades públicas, e os princípios constitucionais da Administração Pública, em particular a publicidade.

2.5.5 Contrato de Programa

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

“Constitui ato de improbidade administrativa celebrar contrato ou outro instrumento que tenha por objeto a prestação de serviços públicos por meio de cooperação federativa sem a celebração de contrato de programa” (art. 30, § 2º, Decreto nº 6.017/2007). A prestação de serviços e a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e de bens necessários à continuidade dos serviços transferidos ao consórcio são os objetos do contrato de programa.

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

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

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

2.5.6 Extinção do contrato de Consórcio Público

A alteração ou a extinção do contrato de consórcio público está sujeito à aprovação de instrumento pela Assembleia Geral, posteriormente ratificado por lei por todos os entes consorciados. “A retirada de um ente da Federação do consórcio público constituído por apenas dois entes implicará a extinção do consórcio” (art. 25, § 3º, Decreto nº 6.017/2007).

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

2.5.7 Vantagens operacionais da gestão associada

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

Essas características permitem que os consórcios tenham autonomia para desenvolver atividades e execute projetos de modo menos burocrático e oneroso às entidades políticas. Sob o ponto de vista operacional, obtém-se consideráveis vantagens na celebração de contratos de obras e serviços, como contratante e contratado, ampliação dos limites licitatórios e flexibilização na gestão dos recursos. É possível celebrar contrato de gestão, nos termos e limites da legislação estadual pertinente, contrato de programa ou termo de parceria, firmar convênios ou acordos, respeitados, no último caso, os critérios e disposições da legislação federal aplicável.

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

O financiamento não é exclusivamente dos integrantes, autoriza-se ao consórcio receber auxílio, contribuição ou subvenção. Há maior flexibilidade na gestão de recursos: poder de compra, remuneração de pessoal e de pagamento de incentivos. Em processos o prazo para contestar é quadriplicado e dobrado para recorrer nos processos jurídicos, e uso de precatório para satisfazer obrigação com credor.

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

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

2.6 Gestão regionalizada dos serviços de saúde

A expressão serviço público originária da França, costuma ser conceituada com base em classificações que consideram o elemento material, a predominância do interesse geral e própria organização do serviço. No Direito Administrativo brasileiro, o conceito é considerado em sentido amplo e em sentido restrito. A apreciação genérica ou ampla designa sob o mesmo título, as atividades e serviços prestados pela Administração Pública, ou por quem lhe represente para promover o bem-estar da sociedade. Não obstante, nem toda atividade administrativa do Poder Público é serviço público.

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

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

O doutrinador distingue requisitos que constituem o substrato material e formal, sob o qual se constrói a noção jurídica de serviço público. Atividades estatais despidas destes elementos são apenas atividades administrativas.

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

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

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

2.6.1 Oferta de Saúde Pública

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

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

Conforme a orientação constitucional, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990 regulamenta em todo o território nacional as ações e serviços de saúde. Segundo o dispositivo (art. 2º, § 1º) é dever do Estado garantir a saúde, mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação.

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas de todos os integrantes da Federação, por meio da Administração Direta e Indireta, constitui o SUS, uma rede regionalizada e hierarquizada. Tal definição implica em um modelo diferenciado de gestão federativa. “Requerendo que a Administração Pública seja dotada de mecanismos que permitam aos entes autônomos se organizarem de modo a executar uma gestão regionalizada e compartilhada” (PLANO NACIONAL DA SAÚDE, 2011, p. 61).

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

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

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

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

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

A adoção de instrumentos que permitam que entes autônomos se organizem para executar uma gestão regionalizada do SUS, que garanta o direito da população a saúde, por meio de ações articuladas para atender às demandas sociais, das esferas estaduais e municipais tem sido umas das ações do Governo do Ceará através da adoção da regionalização.

2.6.2 Regionalização dos Serviços de Saúde

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos princípios previsto em Lei (Nº 8.080/1990) a saber:

Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (art. IX, alíneas *a* e *b*).

Conjuração dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população (art. XI).

A noção de regionalização em saúde pode ser entendida como organização territorial. Nesse processo Lopes (2007, p.27) a regionalização se expressa na municipalização ou na organização e gestão dos serviços no âmbito municipal, assim se configurando nos sistemas municipais. O formato, de acordo com a SESA-CE (2009, p. 10), facilitar o processo de estruturação de redes de atenção à saúde.

“A regionalização é a diretriz do Sistema Único de Saúde que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores” (PORTARIA/GM Nº 399/2006).

Como instrumento de auxílio no processo de regionalização, o Plano Diretor de Regionalização expressa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde. “PDR deverá conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada Integrada” (PORTARIA/GM Nº 399/2006).

O Pacto Nacional pela Saúde (Nº 399/2006) contempla a regionalização, reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas. Nesse sentido, estabelece as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na descentralização e regionalização.

Assim elenca uma serie de objetivos, a saber:

- I. Garantir acesso, resolutividade e qualidade das ações e serviços de saúde.
- II. Garantir a integralidade na atenção à saúde, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso, em todos os níveis complexidade do Sistema.
- III. Reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, sem distinção entre as pessoas, sem preconceitos ou privilégios, produzindo uma discriminação positiva para os mais necessitados.

- IV. Fortalecer o papel dos estados e dos municípios para que exerçam suas funções gestoras, visando racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos.

Os gestores identificam as regiões de Saúde, ou seja, os recortes territoriais com base principalmente em espaço geográfico, considerando ainda, conforme orientação do PDR, a identidade expressa no cotidiano social, econômico e cultural, a existência de infraestrutura de transportes e de redes de comunicação, que permita o trânsito das pessoas entre os municípios, e a existência de fluxos assistenciais que devem ser alterados, se necessário, para a organização da rede de atenção à saúde.

Os formatos das regiões podem variar conforme os entes federados que o compõem. Conforme o caso, podem ser *intraestaduais*, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado; *intramunicipais*, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional; *interestaduais*, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados; e *fronteiriças*, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.

“Para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada em uma determinada região, é necessário a pactuação entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares” (PORTARIA/GM Nº 399/2006).

Cada ente federado envolvida arca com arcabouço de responsabilidades compartilhadas, referentes à atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde, bem como as ações complementares e os meios necessários para viabilizá-las, que garantam a resolutividade e a integralidade de acesso aos serviços.

3 METODOLOGIA

Durante o desenvolvimento da pesquisa, que abordou a institucionalização da gestão associada entre os entes da Federação, sob a forma de Consórcio Público interfederativo, bem como o quantitativo de unidades de saúde nas microrregiões do Ceará, utilizou-se um arcabouço metodológico, baseado nos métodos e técnicas da metodologia qualitativa ajustáveis a natureza do problema e a análise dos dados. A pesquisa qualitativa se caracteriza, principalmente, pela ausência de medidas numéricas e análises estatísticas, examinando aspectos mais intensos e subjetivos do tema em estudo.

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

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

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

Na segunda parte do estudo utilizou-se a pesquisa documental, usada em praticamente todas as ciências sociais, e aplicada, principalmente, em estudos organizacionais.

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

Serviu como fonte essencial para a compreensão do tema a legislação infraconstitucional vigente que trata das normas gerais e específicas dos consórcios públicos, a Lei nº 11.107/2005 e o Decreto nº 6.017/2007. A pesquisa documental foi realizada acessando os documentos públicos, amparados pela Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Foi objeto de análise os documentos disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Ceará (SESA-CE) no portal da própria secretaria.

Serviu de fonte nesta fase dados do IBGE, as informações públicas dos Consórcio Público de Saúde de todos os Consórcios analisados; Diário Oficial dos Municípios do Ceará; Diário Oficial do Estado do Ceará; e Portal do Governo do Estado do Ceará. Todas as informações reunidas nas fases anteriores foram analisadas e interpretadas de acordo com o tipo de pesquisa executada.

Na modalidade de pesquisa bibliográfica os dados coletados foram categorizados, com cuidado de mesclar as ideias dos doutrinadores, bem como os autores diversos que tratam da literatura dos Consórcios Públicos. Nesse caso buscou-se, um quantitativo que se considerou substancial para o estudo levando em consideração as ideias pertinentes ao conhecimento técnico-científico.

Quanto a pesquisa documental, seguiu-se uma análise dos materiais coletados, ou seja, os documentos oficiais, reportagens e contratos. Analisou-se ainda de maneira criteriosa os

relatórios do IBGE, da SESA-CE, a prestação de contas dos entes envolvidos na gestão associada. As informações geradas por meio dos dados tratados estão representadas em tabelas e relatos descritivos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Gestão Associada de Saúde no Ceará

A associação de entes políticos, embora relativamente recente, é substancialmente representativa. Resultados da MUNIC (2011, p. 21) mostram que dos 4.497 Municípios brasileiros que declararam realizar algum tipo de articulação interinstitucional, 73,3% estão associados em algum tipo de consórcio público.

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

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

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

Os consórcios interfederativos são uma realidade no Estado do Ceará desde 2007. “O Governo estadual estabeleceu entre as atribuições da Secretaria das Cidades e Secretaria da Saúde, a responsabilidade de incentivar a constituição de Consórcios Públicos nas áreas de saneamento básico (resíduos sólidos) e saúde” (SEPLAG, 2013, p. 6).

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

No âmbito da SESA, criou-se através da Portaria nº 2.061 de 2007, a Comissão de Fomento e Implantação de Consórcios Públicos de Saúde no Estado do Ceará. “Com a finalidade de propiciar benefícios à população e ampliar a resolubilidade da Rede de Saúde do

SUS-CE” (art. 1º, PORTARIA nº 2.061/2007).

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

A distribuição do plano de implantação dos consórcios tem por base a regionalização. Nesse sentido, os Municípios localizados numa mesma microrregião, divisão geográfica estabelecida pelo Governo Estadual, foram agrupados em 22 microrregiões de Saúde.

“Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Baturité, Canindé, Itapipoca, Aracati, Quixadá, Russas, Limoeiro, Sobral, Acaraú, Tianguá, Tauá, Crateús, Camocim, Iço, Iguatu, Brejo Santo, Crato, Juazeiro e Cascavel” (SEPLAG, 2013, p. 9). Nas microrregiões a Secretaria de Saúde do Ceará é representada pelo CRES. Os critérios que delimitaram as microrregiões de Saúde, em geral são aspectos estruturais e geográficos como: malha viária, proximidade dos Municípios, deslocamento da população, e a capacidade máxima dos serviços de saúde locais.

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

O primeiro componente do PROEXFAES corresponde à estruturação de novos serviços de saúde, com a construção de 02 Hospitais Regionais, 21 policlínicas, 16 CEO's Regionais, e aquisição de equipamentos médicos hospitalares para essas unidades. A construção e operacionalização das policlínicas e dos centros de especialidades odontológicas são objetos do consórcio interfederativo implantando nas microrregiões de Saúde.

4.2 CEO's e Policlínicas

Os centros de especialidades odontológicas, implementam a rede especializada de saúde bucal no Brasil, criado no âmbito do Brasil Sorridente³. Os centros oferecem serviços de referência para realizar procedimentos especializados de diagnóstico bucal, com ênfase na

³ O Brasil Sorridente constitui-se de uma série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013, p. 3).

detecção do câncer bucal, além de periodontia, cirurgia oral, endodontia, e atendimento aos portadores de necessidades especiais.

Tabela 1 – Centro de Especialidades Odontológicas

Especialidades Odontológicas	Capacidade de produção mensal
Portadores de necessidades especiais	176
Edodontia	616
Ortodontia	660
Periodontia	264
Estomatologia	176
Prótese	528
Total	2.420

Fonte: SESA-CE, 2010.

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

Tabela 2 – Policlínica I (Consultas médicas)

Especialidades Médicas	Capacidade de produção mensal
Clínica Médica	160
Cirurgia Geral	160
Cardiologia	240
Ginecologia	160
Pré-Natal de alto risco	320
Oftalmologia	140
Traumato-Ortopedia	320
Urologia	260
Mastologia	160
Gastroenterologia	160
Pediatria	160
Neurologia	80
Dermatologia	160
Radiologia	1.056
Total	3.776

Fonte: SESA-CE, 2010.

Na policlínica tipo I oferta-se as especialidades médicas, conforme tabela 01, clínica geral e coleta de patologia clínica. Com apoio técnico de enfermagem, farmácia clínica, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, assistência social e ouvidoria.

Tabela 3 – Policlínica II (Consultas médicas)

Especialidades Médicas	Capacidade de produção mensal
Clínica Médica	480
Cirurgia Geral	528
Cardiologia	200

Ginecologia-Obstetrícia	500
Oftalmologia	200
Traumato-Ortopedia	400
Urologia	200
Mastologia	200
Gastro-Endoscopia	200
Pediatria	240
Neurologia	200
Dermatologia	240
Otorrinolarigologia	200
Angiologia	200
Endocrinologia	200
Total	3.600

Fonte: SESA-CE, 2010.

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

4.3 Financiamento dos consórcios de saúde do Ceará

Os Consórcios de Saúde do Ceará são financiados com recursos provenientes do Estado do Ceará e Municípios consorciados, conforme contrato de rateio. “É de inteira responsabilidade do governo estadual assegurar parte dos recursos financeiros estaduais, previstos no PDI (Plano de Desenvolvimento e Investimento), para o desenvolvimento, implantação e manutenção do consórcio” (SESA-CE, 2010, p.18).

“O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual” (PORTARIA/GM Nº 399/2006).

O Plano de Desenvolvimento e Investimento explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite, reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores, e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

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

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

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

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

4.4 Consórcio Público de Saúde no Ceará

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

A seguir a localização geográfica das unidades de Saúde dos Consórcios Públicos das Microrregiões do Ceará.

Tabela 4 – Unidades de Saúde

Região	Municípios	CEO	Policlínica I	Policlínica II
Acarauá	Jijoca de Jericoacoara, Cruz, Itarema, Bela Cruz, Marco e Morrinhos	Inaugurado	Inaugurado	-
Aracati	Fortim, Icapuí e Itaíçaba	Inaugurado	Inaugurado	-
Baturité	Aracoiaba, Aratuba, Capistrano, Garamiranga, Itapiúna, Mulungu e Pacoti	Inaugurado	Inaugurado	-
Brejo Santo	Abaíara, Aurora, Barro, Brejo Santo, Jati, Mauriti, Milagres, Penaforte e Porteiras	Inaugurado	Inaugurado	-
Camocim	Barroquinha, Camocim, Chaval, Granja e Martinópolis	Inaugurado	Inaugurado	-
Canindé	Boa Viagem, Canindé, Caridade, Itatira, Madalena e Paramoti	Inaugurado	Inaugurado	-
Cascavel	Beberibe, Chorozinho, Horizonte, Ocara, Pacajus e Pindoretama	Inaugurado	Inaugurado	-
Caucaia	Apuiarés, Caucaia, General Sampaio, Itapajé, Paracaju, Paraipaba, Pentecoste, São Gonçalo do Amarante, São Luís do Curu e Tejuocua.	Inaugurado	-	Inaugurado
Crateús	Ararendá, Crateús, Independência, Iraporanga, Ipueiras, Monsenhor Tabosa, Nova Russas, Novo Oriente, Poranga, Quiterianópolis e Tamboril	Inaugurado	-	Inaugurado
Crato	Altaneira, Antonina do Norte, Araripe, Assaré, Campos Sales, Crato, Farias Brito, Nova Olinda, Potengi, Salitre, Santana do Cariri, Tarrafas e Várzea Alegre	Inaugurado	Inaugurado	-
Fortaleza	Fortaleza	Inaugurado	-	Inaugurado
Icó	Baixio, Cedro, Ipaunirim, Lavras da Mangabeira, Orós e Umari	Inaugurado	Inaugurado	-
Iguatu	Acopiara, Cariús, Deputado Irapuan Pinheiro, Iguatu, Jucás, Mombaça, Piquet Carneiro, Quixelô e Saboeiro	Inaugurado	-	Inaugurado
Itapipoca	Amontada, Miraíma, Trairi, Tururu, Umirim e Uruburetama	Inaugurado	Inaugurado	-
Juazeiro	Barbalha, Granjeiro, Missão Velha, Caririaçu e Jardim	Inaugurado	-	-
Limoeiro	Alto Santo, Ererê, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe, Pereiro, Potiretama, Quixerê e São João do Jaguaribe	Inaugurado	-	Inaugurado
Maracanaú	Acarape, Barreira, Guaiúba, Maranguape, Pacatuba e Redenção	Inaugurado	-	Em obra
Quixadá	Banabuiú, Choró, Ibareta, Ibicuitinga, Milhã, Pedra Branca, Quixeramobim, Senador Pompeu e Solonópole	Inaugurado	-	Inaugurado
Russas	Jaguaratama, Jaguaruana, Morada Nova e Palhano	Inaugurado	Inaugurado	-
Sobral	Alcântaras, Cariré, Catunda, Coreauá, Forquilha, Frecheirinha, Graça, Groaíras, Hidrolândia, Ipú, Irauçuba, Massapê, Meruoca, Moraújo, Mucambo, Pacujá, Pires Ferreira, Reriutaba, Santa Quitéria, Santana do Acaraú, Senador Sá, Sobral, Uruoca e Varjota	Inaugurado	-	Inaugurado
	Aiuaba, Arneiroz e Parambu	Inaugurado	Inaugurado	-

Tianguá	Carnaubal, Croatá, Guaraciaba do Norte, Ibiapina, São Benedito, Tianguá, Ubajara e Viçosa do Ceará	Inaugurado	-	Inaugurado
---------	--	------------	---	------------

Fonte: SESA-CE, 2010.

Conforme os dados obtidos na pesquisa documental os Consórcios Públicos são uma realidade nas 22 microrregiões de saúde do Ceará. Dessas, duas a saber, Fortaleza e Sobral têm uma abrangência acima de 500 mil habitantes, 2.504.260 e 549.257 mil habitantes respectivamente, onde foi instalado policlínicas tipo II.

O mesmo ocorre em Caucaia, Crateús, Iguatu, Limoeiro, Quixadá e Tianguá todos com população acima de 300 mil habitantes. De acordo com o levantamento realizado quase todas as microrregiões de saúde tem no município sede uma unidade do Consórcio Público. Bem como uma Policlínica e um CEO, exceto a microrregião de Maracanaú, onde a Policlínica II encontra-se em obras.

As unidades de saúde juntas contemplam uma população de 7.547.620 milhões de habitantes no estado do Ceará. Quase todos os Municípios cearenses são associados, dos 184 Municípios somente dois não aderiram ao consórcio.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

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

Em conformidade com o objetivo geral, a saúde pública recebeu atenção particular no Ceará. Observou-se a efetiva implantação dos Consórcios Públicos nas microrregiões de saúde

em todo o território do estado. Uma Política Pública de oferta e ampliação dos serviços de saúde especializados com a instalação de Policlínicas e Centros de Especialidades Odontológicas.

No total foram identificadas 22 microrregiões de saúde, todas com Consórcio Público constituído e em efetivo funcionamento. Quanto aos centros de saúde especializadas, todas as microrregiões têm um CEO e uma Policlínica, exceto Marcanáú, cujo o Centro de Especialidades Médicas tipo II encontra-se com as obras paralisadas.

São ofertados nas Policlínicas 15 serviços de saúde especializados e nos CEOs serviços gerais de odontologia e atendimento especializados para pacientes especiais. A falta desses serviços no interior do Estado provoca superlotação nos centros e unidades de saúde da capital. Cenário instável onde a demanda supera a oferta e a saúde pública declina.

Os consórcios representam um arranjo institucional relativamente novo, o que o expõe a experiências de êxito e oportunidades de melhoria. Trata-se de uma ferramenta promissora, mas por si só não sana a deficiência política e administrativa enraizada na prática da gestão pública brasileira. Para que a gestão associada alcance seu propósito é necessária adequada preparação do gestor que assume o cargo de Chefe de Executivo.

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

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

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

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

Estudos voltados para a Gestão Associada dos entes federados têm relevância para a exploração dessa nova forma de gestão e prestação de serviços, em particular para os gestores públicos em formação que têm em mãos uma ferramenta que pode efetivar a prestação dos serviços públicos.

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

BRASIL. **Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Brasília, 06 de abril de 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20042006/2005/lei/l11107.htm> Acesso em: 16 de fev. de 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 15 de mar. de 2016.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LOPES, Clélia Maria Nolasco. Sistemas microrregionais de serviços de saúde no Ceará (1998-2006): implantação e resultados na utilização de internações hospitalares. Disponível em: <http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/cleliamaria_2007.pdf> Acesso em: 23 de jul. de 2018.

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

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

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

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

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