



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUARIA E
CONTABILIDADE E SECRETARIADO EXECUTIVO
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE
CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS

CAMILE BRITO CUNHA

ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS
DE SAÚDE: UM ESTUDO NA REGIÃO DE CASCAVEL-CE

FORTALEZA

2013

CAMILE BRITO CUNHA

**ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS
DE SAÚDE: UM ESTUDO NA REGIÃO DE CASCAVEL-CE**

Monografia apresentada ao Curso de Ciências Contábeis do Departamento de Contabilidade da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Contábeis.

Orientador: Prof. Marcus Vinicius Veras Machado, Ph D.

FORTALEZA

2013

CAMILE BRITO CUNHA

**ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS
DE SAÚDE: UM ESTUDO NA REGIÃO DE CASCAVEL-CE**

Monografia apresentada ao Curso de Ciências Contábeis do Departamento de Contabilidade da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Contábeis.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Marcus Vinicius Veras Machado, Ph. D (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Joyce Arrais de Araújo, Ms.

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Nirleide Saraiva Coelho Cavalcante, Ms.

Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

Aos meus pais, Arnóbio e Elenir.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, pelas inúmeras dádivas e pela força para permanecer firme em todos os momentos, principalmente, nos mais difíceis.

Aos meus pais, Arnóbio e Elenir, pelo esforço e pelos valores dignos que serviram de base para ser quem eu sou, bem como pelo incentivo, compreensão e amor dados incondicionalmente ao longo de todos esses anos.

À minha irmã, Caroline, que sempre me incentivou na busca dos meus objetivos.

A toda minha família, em especial minha madrinha Vilma, meus tios Eduardo e Alexandra e minha avó Valda, que contribuíram para a realização desse sonho.

Ao professor Marcus Vinicius, pela orientação, paciência e incentivo à realização deste trabalho, bem como pelo espelho profissional, pelo referencial e pela competência.

Às professoras Joyce e Nirleide pela participação da banca examinadora.

A todos os professores e funcionários desta Faculdade, que desempenharam importante papel no meu comportamento e interesse durante o curso.

Aos meus amigos de faculdade, que fizeram dessa jornada um momento único, compartilhando medos, alegrias e desafios.

Aos amigos de trabalho da ACEP, especialmente ao Setor de Projetos Especiais, com quem aprendi e continuo aprendendo a valorizar o companheirismo e a amizade.

Ao Diretor Executivo do CPSRCAS, Sr. Bruno Eloy, pela sua colaboração e disposição em ajudar na coleta dos dados desta pesquisa.

E a todas as outras pessoas que estiveram presentes nesta caminhada e que, direta ou indiretamente, torceram pelo meu sucesso.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.” (José de Alencar)

RESUMO

A saúde é um dos serviços públicos que mais recebe investimentos por parte dos entes federativos. Entretanto, devido a falta de controle e gestão desses recursos, hoje, é cada vez maior a insatisfação da população, principalmente nos municípios de pequeno porte que não têm estrutura nem condições financeiras para arcar com os altos custos exigidos pela prestação desse serviço. É neste cenário, que o Governo do Estado do Ceará, por meio da implantação de uma nova estrutura de rede de saúde, vem tentando reverter essa situação. Com a criação das policlínicas e dos centros de especialidades odontológicas, o Estado, em parceria com os municípios, estabeleceu os Consórcios Públicos como alternativa, na área da saúde, para que este aparelhamento funcione de modo eficaz e eficiente. Com o objetivo de analisar as atividades desenvolvidas pelo Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel-CE, este trabalho trata-se de uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, apoiada nas técnicas de pesquisa bibliográfica, documental, utilizando como instrumento de pesquisa a entrevista. Os resultados da investigação indicam que várias são as contribuições do Consórcio Público de Saúde na Região de Cascavel (CPSRCAS) para a melhoria dos serviços de saúde nos sete municípios que abrange, dentre estas uma gestão de qualidade baseada na redução e rateio dos custos de forma justa e proporcional às condições e características individuais de cada membro consorciado, exercendo um papel fundamental no controle e na aplicação dos recursos públicos.

Palavras-chave: Gestão Pública. Cooperativismo Governamental. Consórcio Público de Saúde.

ABSTRACT

The health care system is one of the public services that receive more investments from federal agencies. However, due to lack of control and resource management nowadays is increasing dissatisfaction of the population especially in small towns since they have no structure and neither financial resource to afford the high costs required to provide this service. Based on this scenario, the Government of the State of Ceará through the implementation of a new structure of the health care system has been trying to reverse this situation. With the creation of multi clinics and centers of dental care, the State in a partnership with municipalities established a public consortium would be the best alternative for this system could work effectively and efficiently. The main purpose of this study is to analyze the activities of the Public Health Consortium of the Region of Cascavel in Ceará State, this is an exploratory research with a qualitative approach based on the techniques of bibliographical and documental research using also an interview. The results indicate that there are several contributions of the Public Health Consortium in the Region of Cascavel (CPSRCAS) for the improvement of health services in seven cities (little towns) covering among others a quality management based on reductions and sharing all costs in a fair way using a proportional way based on the circumstances and individual characteristics of each consortium member, playing a fundamental role in the control and also in the use of public resources.

Keywords: Public Management. Governmental Cooperativeness. Public Health Consortium.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 – Esquema prático do histórico dos consórcios públicos brasileiros.....	31
Figura 2 – Região de saúde de Cascavel.....	70
Figura 3 – Organograma da estrutura organizacional do CPSRCAS.....	75
Quadro 1 – Estrutura do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado do Ceará.....	62
Quadro 2 – Quadro geral de empregos do CPSRCAS.....	77

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Representatividade dos municípios brasileiros que participam de pelo menos um tipo de consórcio público com o estado, por tamanho da população.....	45
Gráfico 2 – Representatividade dos municípios brasileiros que participam de pelo menos um tipo de consórcio público com o estado, por área de atuação.....	46
Gráfico 3 – Representatividade dos municípios brasileiros que participam de pelo menos um tipo de consórcio público com o estado, por região.....	47
Gráfico 4 – Representatividade dos municípios da Região Nordeste que participam de pelo menos um tipo de consórcio público com o estado, por estado.....	48
Gráfico 5 – Representatividade dos municípios do Estado do Ceará que participam de pelo menos um tipo de consórcio público com o estado, por área de atuação.....	49
Gráfico 6 – Comparativo da receita prevista e arrecadada - 2012.....	84
Gráfico 7 – Comparativo da despesa fixada e executada - 2012.....	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População da região de saúde de Cascavel.....	71
Tabela 2 – Previsão da receita - 2012.....	78
Tabela 3 – Fixação da despesa - 2012.....	78
Tabela 4 – Detalhamento da fixação da despesa - 2012.....	79
Tabela 5 – Detalhamento do custeio do CPSRCAS para 2012.....	79
Tabela 6 – Repasse programado para custeio da Policlínica em 2012.....	80
Tabela 7 – Custeio municipal programado da Policlínica em 2012, com base na população.....	81
Tabela 8 – Custeio municipal programado da Policlínica, em 2012, com base no teto de 10% do ICMS.....	81
Tabela 9 – Valor real pago pelos municípios para manutenção da Policlínica, em 2012..	82
Tabela 10 – Valor real pago pelo Estado para manutenção da Policlínica, em 2012.....	83
Tabela 11 – Novo repasse programado para custeio da Policlínica, em 2012.....	83
Tabela 12 – Detalhamento resumido da receita - 2012.....	85
Tabela 13 – Detalhamento resumido das despesas - 2012.....	86
Tabela 14 – Repasse programado para custeio da Policlínica em 2013.....	87
Tabela 15 – Repasse programado para custeio do CEO em 2013.....	87
Tabela 16 – Redistribuição do repasse programado para custeio do CEO em 2013.....	88
Tabela 17 – Custeio municipal programado do CEO em 2013, com base na população....	88
Tabela 18 – Valor real pago pelos municípios para manutenção do CEO, em 2013.....	89
Tabela 19 – Novo repasse programado para custeio do CEO em 2013.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACEP	Associação Cearense de Estudos e Pesquisas
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CE	Ceará
CEF	Caixa Econômica Federal
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CISA	Consórcio Intermunicipal de Saúde em Penápolis
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CPSRCAS	Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
DFID	Department for International Development
DNPS	Departamento Nacional de Saúde Pública
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual, Intermunicipal e de Comunicação
IJF	Instituto Doutor José Frota
INPS	Instituto Nacional de Previdência Privada
IOF	Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguros
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPTU	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IRPJ	Imposto de Renda Pessoa Jurídica
ISSQN	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
LDO	Lei das Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MUNIC	Pesquisa de Informações Básicas Municipais
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OSS	Organização Social de Saúde

PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado do Ceará
TCM	Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará
TCU	Tribunal de Contas da União
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	19
2.1	Conceitos e Finalidades da Administração Pública	19
2.2	Princípios da Administração Pública	20
2.3	Divisão da Administração Pública	22
2.3.1	<i>A Esfera Pública Municipal e o Cooperativismo</i>	24
3	CONSÓRCIOS PÚBLICOS	28
3.1	O Marco Legal dos Consórcios Públicos no Brasil	28
3.2	Principais Aspectos dos Consórcios Públicos	32
3.3	Constituição dos Consórcios Públicos	34
3.4	A Gestão dos Consórcios Públicos	36
3.4.1	<i>Estrutura Organizacional</i>	37
3.4.2	<i>Gestão de Pessoas</i>	39
3.4.3	<i>Gestão dos Recursos</i>	40
3.5	Alteração e Extinção dos Consórcios Públicos	43
3.6	Características dos Consórcios Públicos Brasileiros	44
4	CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE	51
4.1	A saúde pública brasileira e o SUS.....	51
4.2	O desafio da qualidade da gestão do SUS e os consórcios públicos de saúde.....	56
4.3	A regionalização no Ceará e a nova rede de saúde do Estado.....	58
5	METODOLOGIA	65
5.1	Caracterização da Pesquisa	65
5.2	Delineamento da Pesquisa	67
5.3	Ambiente da Pesquisa	70
6	ESTUDO DE CASO: CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA REGIÃO DE CASCAVEL.....	72
6.1	Histórico.....	72
6.2	Estrutura Física e Atividades	74
6.3	Estrutura Organizacional	75
6.4	Gestão de Pessoas	77

6.5	Gestão dos Recursos	78
6.6	Controle e Transparência	90
6.7	Desafios, Resultados e Perspectivas Futuras	91
7	CONCLUSÃO	94
	REFERÊNCIAS	97
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA AO DIRETOR FINANCEIRO DO CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA REGIÃO DE CASCAVEL-CE (CPSRCAS).....	101
	ANEXO A – MAPA DOS MUNICÍPIOS QUE COMPÕEM AS MACRORREGIÕES E REGIÕES DE SAÚDE DO CEARÁ.....	105

1 INTRODUÇÃO

A busca pela eficiência e melhoria dos serviços públicos tem sido objetivo primordial da administração pública brasileira para atender às necessidades da coletividade, principalmente no que tange aos serviços de saúde, área que, constantemente, é alvo de exigências e críticas da população.

Para administrar o país e oferecer serviços de qualidade de forma eficiente, contínua e integrada, a Constituição Federal de 1988 reorganizou a estrutura político-administrativa do Brasil, descentralizando o poder, repartindo competências entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, bem como atribuindo autonomia política, legislativa, administrativa, financeira e tributária a cada membro.

Entretanto, fragmentar as competências não foi a única solução para este problema, principalmente quando se trata dos municípios. Embora sejam unidades autônomas, estes ainda dependem de repasses federais e estaduais, pois, com as novas atribuições, passaram a prestar serviços mais complexos, antes exercidos pelo poder central, e que exigem maiores despesas.

Além disso, os municípios recebem apenas uma pequena parte do rateio oriundo de receitas tributárias, sendo esta a principal fonte de recursos municipais. Esta cota-parte não é suficiente para realizar e manter alguns serviços, como por exemplo, a saúde, uma área que para manter uma estrutura básica mínima com postos de atendimento, hospitais capacitados, equipamentos modernos e funcionários qualificados exigem-se gastos bastante expressivos.

Uma vez que, em determinada localidade, os serviços não são prestados com a qualidade que é devida, os usuários acabam tendo que se deslocar para municípios vizinhos à procura de melhores serviços, e que, muitas vezes, encontram-se em situação semelhante.

Nesse contexto, surge a necessidade de promover ações conjuntas que visem o desenvolvimento de políticas sociais e econômicas fundamentais para os municípios, bem como para os demais entes, observado que os serviços públicos são de interesse comum. Assim, tornou-se imprescindível a busca de novos meios para implantar serviços que um ente, sozinho, não seja capaz de realizar com eficiência.

Apesar da ideia de cooperação entre os membros governamentais ser antiga, um dos meios mais viáveis só surgiu com o advento da Lei nº 11.107, em 2005, conhecida como Lei dos Consórcios Públicos, que através da Emenda Constitucional nº 19/98, que modificou

o art. 241 da Constituição Federal, estabelecendo os consórcios públicos como instrumento de gestão associada de serviços públicos.

A partir da redação dada pela Lei nº 11.107/05, o consórcio público passou a ser uma das alternativas mais utilizadas para a execução de atividades públicas de interesse comum, pois possibilitou criar, de forma legal, consórcios entre os diferentes níveis de governo. Entretanto, a referida lei deixou lacunas que geraram dúvidas quanto à gestão e gerenciamento.

Somente com a criação do Decreto nº 6.017 de 2007, é que esta figura administrativa passou a ser mais bem definida, impondo os requisitos e as formalidades necessárias para sua constituição, oferecendo maior segurança aos gestores públicos.

O consórcio público pode ser implantado nas mais diversas áreas dos serviços públicos. Entretanto, pesquisas apontam que, recentemente, no Brasil, os consórcios públicos de saúde tem tido grande representatividade diante dos demais, fato explicado por ser um serviço de grande necessidade à população e por render altos custos aos cofres públicos. No âmbito estadual, especificamente no Ceará, estado com grande número de municípios de condições financeiras desfavoráveis, os consórcios públicos vem ganhando cada vez mais aderência.

Baseado nesses fatos acerca do consórcio público, formulou-se o seguinte problema: Quais as atividades desenvolvidas pelo Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel - CE? Com o intuito de obter uma solução para a questão, o presente estudo tem como objetivo geral analisar as atividades desenvolvidas pelo Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel - CE, desde a sua criação, em 2010, aos dias atuais. Para tal finalidade faz-se necessário definir os objetivos específicos que são:

- a) Evidenciar os procedimentos e normas para o funcionamento do consórcio público;
- b) Elencar o fluxo de atividades desenvolvidas no consórcio para atendimento da sociedade;
- c) Diagnosticar os resultados obtidos com a implantação do consórcio.

A vivência e o aprendizado adquirido na área da contabilidade pública, especificamente pelas experiências de estágio, entre 2010 e 2011, no Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará (TCM) e, em 2013, na Associação Cearense de Estudos e Pesquisas (ACEP), tornaram-se fundamentais para a escolha do tema desta pesquisa. Ambas entidades desenvolvem atividades na área pública. A primeira responde pelo controle e

fiscalização e a segunda elabora diagnósticos de gestão que auxiliam os gestores e presta outros serviços no setor público.

Este trabalho pretende ser um ponto de partida para que municípios não participantes de consórcios públicos obtenham informações e difundam conhecimento sobre tal assunto, em especial municípios de situação financeira desfavorecida, que podem encontrar no consórcio uma alternativa de prestar serviços a um custo reduzido, potencializando, assim, seu desenvolvimento econômico e social.

Por ser regulamentado por uma lei recente, o consórcio público tem pouca produção científica, tornando os gestores e a população, muitas vezes, alheios a este assunto. Ressalta-se, porém, que esta escassez bibliográfica não limitou o estudo, mas serviu de iniciativa para que este se torne uma fonte e referência para pesquisas futuras.

Desta forma, o trabalho foi baseado na pesquisa bibliográfica, utilizando como principal fonte a Lei dos Consórcios Públicos, além de cartilhas, revistas, livros e artigos servindo como base do referencial teórico. A pesquisa caracteriza-se, ainda, como qualitativa, se propondo a analisar os dados encontrados no contexto do consórcio público nacional e estadual. Foi adotado um estudo de caso tendo como objeto o funcionamento do Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel - CE. Foi utilizada, também, a pesquisa documental, sendo coletados dados e informações relacionadas ao tema para analisar aspectos pertinentes aos objetivos da pesquisa. Ademais, usa-se a pesquisa de campo com visita *in loco* e aplicação de entrevista com o diretor financeiro do consórcio em estudo.

O trabalho está dividido em sete seções, sendo a primeira esta introdução. A segunda aborda a administração pública brasileira, englobando desde conceito à estrutura e organização, servindo de embasamento para a seção seguinte. A terceira seção trata do consórcio público, apresentando um breve histórico, as fundamentações legais, os passos para sua constituição, mostrando também o perfil dos consórcios nos cenários brasileiro e cearense destacando os aspectos mais relevantes. A quarta seção traz o histórico dos consórcios públicos de saúde, bem como a atual situação da prestação desse tipo de serviço no âmbito estadual. A quinta seção aborda a metodologia empregada, definindo todas as etapas da pesquisa. Na sexta seção evidenciam-se todas as informações levantadas a cerca do Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel - CE. Ao final, na sétima seção, serão apresentadas as principais conclusões do trabalho.

2 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A presente seção tem por objetivo proporcionar uma visão dos principais aspectos que norteiam a Administração Pública, sendo inicialmente expostos alguns conceitos definidos por autores renomados da área, nos diversos sentidos em que esta pode ser abordada.

Em seguida, são apresentados os princípios constitucionais da administração pública, que legitimam e orientam o sistema jurídico brasileiro. Explica-se, também, a divisão da administração pública, focando o âmbito municipal e a forma de interação entre os entes da Federação.

2.1 Conceitos e Finalidade da Administração Pública

Conceituar o termo Administração Pública torna-se uma tarefa complexa, isto porque seu sentido muda de acordo com o ponto de vista em que a expressão é abordada. Até mesmo grandes conhecedores do assunto reconhecem a difícil tarefa. Para Meirelles (2007, p. 74), o conceito de administração pública “não oferece contornos bem definidos, quer pela diversidade de sentidos da própria expressão, quer pelos diferentes campos em que se desenvolve a atividade administrativa”.

Segundo Di Pietro (2006), basicamente, são dois os sentidos em que o termo acima é habitualmente mais utilizado: em sentido subjetivo, formal ou orgânico e em sentido objetivo, material ou funcional. No primeiro, a Administração Pública é apresentada como um conjunto de entes públicos responsáveis pela execução da atividade administrativa, dentre eles pessoas jurídicas, órgãos e agentes públicos. No último, é tida como a própria função administrativa exercida por tais entes, ou seja, é a atividade ou ato de administrar a coisa pública.

Para este estudo, faz-se necessário um conceito mais amplo da expressão Administração Pública, que abranja tanto o sentido subjetivo quanto o objetivo. Assim utiliza-se, para fins desta pesquisa, uma visão global que conceitua a administração pública como todo o aparelhamento do Estado preordenado à realização de seus serviços, visando à satisfação das necessidades coletivas (MEIRELLES, 2007).

Baseado neste conceito pode-se perceber que a finalidade da Administração Pública é satisfazer as necessidades da sociedade através de seus serviços. Assim,

consideram-se serviços públicos o conjunto de atividades e bens que são exercidos ou colocados à disposição da coletividade, visando abranger e proporcionar o maior grau possível de bem-estar social ou da prosperidade pública (KOHAMA, 2010).

Os fins da Administração Pública podem ser resumidos em um único objetivo: o interesse da coletividade a qual administra. Para assegurar o seu cumprimento, sempre que houver conflito entre o interesse particular e o público, deve-se optar pelo interesse público, sendo esta uma condição primordial para a existência da Administração Pública, pois uma vez desamparado o interesse público, o privado passa a prevalecer.

Uma associação bastante comum, mas também bastante errônea, é pensar que o interesse público é o interesse exclusivo e individual do Estado. Para elucidar melhor esta ideia, Mello (2004) esclarece que o interesse público é resultante do interesse individual de cada cidadão, sendo este membro da sociedade. Assim, o interesse público deve ser o principal alvo da Administração Pública.

2.2 Princípios da Administração Pública

Para evitar possíveis erros ou desvios de finalidade cometidos pelos gestores, a fim de garantir a eficácia na utilização dos recursos e na prestação dos serviços públicos perante a sociedade, têm-se como norteadores desse processo os princípios básicos da administração pública.

Para Cretella Júnior (1988, apud DI PIETRO, 2006, p. 60):

Princípios de uma ciência são as proposições básicas, fundamentais, típicas que condicionam todas as estruturas subsequentes. Princípios, neste sentido, são os alicerces da ciência.

Para Meirelles (2007, p.78),

Por esses padrões é que deverão se pautar todos os atos e atividades administrativas de todo aquele que exercem poder. Constituem, por assim dizer, os fundamentos da ação administrativa, ou, por outras palavras, os sustentáculos da atividade pública. Relegá-los é desvirtuar a gestão dos negócios públicos e olvidar o que há de mais elementar para a boa guarda e zelo dos interesses sociais.

Segundo a Constituição Federal, artigo 37, a Administração Pública em geral deverá obedecer aos princípios da legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e eficiência.

O princípio da legalidade impõe que a Administração Pública deve se sujeitar às normas legais, ou seja, realizar atos ou medidas que estejam autorizados e determinados em leis. A exigência da legalidade pode ser vista como uma forma de garantia e de limite à atuação do poder público, uma vez que este não pode agir contra a lei ou além da lei, mas somente nos limites da lei. Meirelles (2007, p. 74) esclarece:

A legalidade, como princípio de administração, significa que o administrador público está, em toda a sua atividade funcional, sujeito aos mandamentos da lei e às exigências do bem-comum, e deles não se pode afastar ou desviar, sob pena de praticar ato inválido e expor-se à responsabilidade disciplinar, civil e criminal, conforme o caso. A eficácia de toda atividade administrativa está condicionada ao atendimento da Lei e do Direito.

Para complementar e validar o princípio da legalidade, a Administração Pública deve atuar com moralidade. Ao se executar um ato previsto em lei com intuito de prejudicar o interesse público, se está cumprindo ao princípio da legalidade, mas não ao da moralidade. Ser moral no meio jurídico é agir com ética, de forma adequada e com boa-fé, e não somente distinguir o justo e o injusto, o conveniente e o inconveniente, o oportuno e o inoportuno. Assim, o agente administrativo, ao atuar, não poderá desprezar o elemento ético de sua conduta (MEIRELLES, 2007).

O princípio da impessoalidade impõe uma posição de neutralidade em relação aos administradores públicos. Isto significa que a Administração Pública não pode atuar para prejudicar ou beneficiar determinadas pessoas ou grupo, evidencializando abuso de poder e desvio da finalidade, uma vez que o administrador é um mero gestor da coisa pública, devendo pautar suas atitudes na lei. A este princípio estão vinculadas a igualdade e a isonomia.

A publicidade dos atos públicos exige que todos os atos públicos sejam divulgados, garantindo a transparência e ampla clareza da atividade pública. No princípio da publicidade só se exige sigilo das informações nos casos que comprometam o direito da intimidade da pessoa e de segurança pública. O inciso XXXIII do artigo 5º da Constituição Federal esclarece:

Art. 5º, XXXIII - Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado. (BRASIL, 1988)

Ainda no art. 5º, inciso X:

Art. 5º, X - São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação. (BRASIL, 1988)

O último a ser incorporado na Constituição pela Emenda Complementar nº 19 de 1998, foi o princípio da eficiência estabelecendo que tanto os órgãos quanto os agentes públicos devem agir com competência, rapidez, precisão, eficácia e sem burocracia, a fim de garantir à sociedade resultados positivos dos serviços públicos e satisfação de suas necessidades.

Assim, para o exercício pleno da atividade administrativa, um gestor que preza o cargo que ocupa nunca se mantém afastado dos princípios orientadores anteriormente citados, sustentando uma administração bem estruturada e organizada capaz de concretizar os planos e obter os objetivos almejados.

2.3 Divisão da Administração Pública no Brasil

A grande extensão territorial e, conseqüentemente, as diferentes necessidades das regiões brasileiras tornaram-se um empecilho para que o Estado, no exercício da sua função primordial de promover o bem-comum, pudesse alcançar tal objetivo. A certeza disso refletiu ao longo da história do Brasil, marcada pelas lutas de melhorias dos serviços públicos, atuação mais eficaz do governo e participação popular. O maior exemplo que pode ser dado é o regime da ditadura militar (1964 a 1985), período caracterizado pela concentração de poder, em que as garantias sociais foram, praticamente, ignoradas.

Em meados da década de 1980, a discussão sobre a reforma do Estado brasileiro entrou para a agenda política do país, colocando a descentralização como foco. A reivindicação pela descentralização “como forma de distribuição de poder e como requisito para uma organização do Estado que privilegiasse a autonomia das instâncias subnacionais” proliferou pelo país (ROCHA; FARIA, 2004, p. 2-3). Tornava-se essencial fazer a distribuição de competências no campo de atuação da Administração Pública, pois

era corrente a expectativa de que a descentralização ampliasse a eficácia e eficiência das funções administrativas, devido à maior proximidade entre os problemas sociais e as instâncias locais de decisão. A participação e acompanhamento daqueles diretamente interessados na provisão pública implicariam, segundo essa linha de raciocínio, a maximização da racionalidade na definição das políticas e a maior possibilidade de controle social das ações governamentais, ampliando a *accountability* do setor público. (ROCHA; FARIA, 2004, p. 3)

Assim, em 5 de outubro de 1988, foi promulgada a legislação considerada um divisor de águas entre o regime autoritário e a democratização: a Constituição Federal Brasileira. Dentre tantas inovações, a garantia dos direitos e deveres fundamentais que regulam a vida social, política e jurídica de todo cidadão e a instituição do Brasil como uma república federativa foram, talvez, as mais importantes mudanças. Esta última consagrou a descentralização do poder, antes auferido à União, agora distribuída entre Estados, Municípios e Distrito Federal, a fim de assegurar o cumprimento das garantias estabelecidas.

Esta distribuição de competências estabelecida Constituição Federal, resultou em um novo arranjo político-administrativo que segrega a administração pública em duas esferas: direta e indireta. A administração direta faz parte da organização administrativa do Estado, sendo exercida diretamente pelos entes federados (União, Estados, Municípios e Distrito Federal), os quais receberam competências e atribuições específicas, conforme delimitado na redação constitucional.

É importante destacar que além da distribuição de poder, seja este material ou normativo, o federalismo instituiu também a descentralização fiscal e de serviços. Cada esfera de governo, utilizando-se de sua autonomia, passa a ter recursos próprios para execução de suas atividades. Entretanto, conforme destaca Dallabrida e Zimmermann (2009), deverá haver uma equidade na distribuição dos recursos públicos, não só tributários, mas também de outras receitas, pois, embora autônomos, estes órgãos devem agir harmonicamente para que a essência da Administração Pública, que é o interesse da coletividade, seja alcançada.

Acontece que dentro de cada esfera governamental, também há a necessidade de descentralizar a execução de algumas funções. Para isso, a Administração Direta pode criar ou autorizar, por meio de leis, a instituição de órgãos os quais competem finalidades específicas. Este conjunto de órgãos vinculados a União, Estados Municípios e Distrito Federal compõem a Administração Pública Indireta, composta por pessoas jurídicas de direito público ou privado, podendo assumir a forma de autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista ou fundação (DI PIETRO, 2006).

Este entrelaçamento dos diferentes níveis de governo é impulsionado por um conjunto de diversos interesses, que muitas vezes acabam distanciando-se do foco principal da Administração Pública, que é o bem comum, não produzindo resultados tão satisfatórios. Para isso exige-se uma articulação de funções e compartilhamento de experiências para se alcançar uma sintonia entre os níveis de governo, “de maneira a se criar condições propícias à ampliação da eficácia e eficiência das políticas públicas”. (ROCHA; FARIA, 2004, p. 4)

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2010, p. 548), esse desenho institucional das diretrizes estabelecidas pela Constituição resultou em “um conjunto superposto de arenas de negociação, coordenação e produção de políticas e serviços públicos, ramificados horizontal, vertical e vetorialmente em cada nível de governo ou área de atuação pública”.

Para Dallabrida e Zimmermann (2009), a sucessão de fatos políticos e administrativos, ocorridos ao longo história brasileira, principalmente após a formação do sistema federativo, com o processo de centralização e descentralização político-administrativa e a fragmentação territorial, proporcionou uma forte cooperação entre a União, Estados e Municípios, que pode ser percebido nos programas de educação, da saúde, da assistência social, entre outros.

O fato é que, “com o tempo, porém, ficou evidenciada toda a complexidade do processo de descentralização, complexidade essa magnificada pela grande heterogeneidade da federação brasileira” (ROCHA; FARIA, 2004, p. 4). Ainda, conforme Rocha e Faria (2004), a descentralização não atingiu a expectativa esperada, pois, ficou evidenciada a falta de planejamento na transferência das competências, principalmente aos municípios, que assumiram responsabilidades as quais, sozinhos, não podiam cumprir.

O Guia Básico para Gestão dos Municípios, também corrobora com essa visão ao afirmar que a velocidade com o que o processo de descentralização ocorreu nos país, transferindo competências para os governos locais, não foi condizente com a realidade dos estados e municípios, aprofundando as disparidades, em especial pela significativa ampliação da quantidade de municípios (BRASIL, 2008).

2.3.1 A Esfera Pública Municipal e o Cooperativismo

Sabendo-se que a divisão da administração pública tem por objetivo obter mecanismos para reduzir as heterogeneidades existentes, promover o desenvolvimento das regiões e satisfazer os anseios da coletividade, através da distribuição de competências, serviços e recursos financeiros, torna-se importante, para fins desta pesquisa, destacar o papel dos municípios e sua relação com os demais entes: União, Estados e Distrito Federal.

Entende-se por município a limitação territorial e administrativa em que é dividido um estado, distrito ou região. No Brasil, a figura municipal surgiu pela preocupação com a estruturação de um governo local que pudesse “atender às necessidades da população

mais próxima e distribuir de maneira uniforme as responsabilidades exigidas pela administração pública” (LIMA, 2010, p. 28).

A criação da esfera pública municipal possibilitou a existência de novos meios de identificar as vontades coletivas e tentar atingir o bem-estar social, aproximando os interesses do governo aos da população que este administra.

De acordo com o artigo 41, do Código Civil, o município é considerado pessoa de direito público interno, assim como as demais pessoas jurídicas da Administração Pública, ou seja, é dotado de autonomia administrativa, possuindo atribuições e responsabilidades próprias. Para Dallabrida e Zimmermann (2009), essa autonomia municipal corresponde à capacidade de auto-organização, autogoverno, autolegislação e auto-administração, evidências asseguradas pela ampliação do processo de descentralização.

Desta forma, as competências municipais podem ser encontradas no Art. 28 da Constituição do Estado do Ceará,

compete aos municípios legislar sobre assuntos de interesse local; **suplementar a legislação federal e estadual**, no que couber; instituir e arrecadar os tributos de sua competência, bem como aplicar suas rendas, sem prejuízo da obrigatoriedade de prestar contas e publicar balancetes nos prazos fixados em lei; organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão e ou permissão, os serviços públicos de interesse local, incluído o de transporte coletivo, que tem caráter essencial; manter, com a **cooperação técnica e financeira da União e do Estado**, programas de educação pré-escolar e de ensino fundamental; prestar serviços de atendimento à saúde da população; promover, no que couber, adequado ordenamento territorial, mediante planejamento e controle do uso, do parcelamento e da ocupação do solo urbano; criar, organizar e suprimir distritos, observada a legislação estadual; promover a proteção do patrimônio histórico-cultural local, observada a legislação e a ação fiscalizadora federal e estadual; dar ampla publicidade a leis, decretos, editais e demais atos administrativos, através dos meios de que dispuser (CEARÁ, 1989) (grifo nosso).

Diante do exposto, observa-se que, apesar de o município ter competências próprias, este deve agir em parceria com a União, Estados e Distrito Federal, objetivando suprir as necessidades da população, por meio da efetiva prestação dos serviços básicos a toda comunidade (LIMA, 2010).

Assim, há um grande número de competências que se sobrepõem, se somam e se complementam. Segundo Batista *et al.* (2011b) o fato de um dos entes realizar a sua competência específica, não exclui a competência de outro, que pode contribuir, ampliar, complementar e realizar de forma conjunta as ações.

Esta forma de atuação em conjunto é destacada no Art. 32, da Constituição Estadual do Ceará:

O Estado e os Municípios atuarão conjuntamente nas microrregiões, nas aglomerações urbanas e nas regiões metropolitanas visando integrar, articular e compatibilizar as ações governamentais, com base:

I – no planejamento e na gestão do desenvolvimento urbano, local e regional sustentável e participativo;

II – compatibilização de planos, programas e projetos;

III – articulação do sistema viário em que se inserem os Municípios (CEARÁ, 1989)

A delimitação do que pode ser feito em conjunto por União, Estados e Municípios está no Art. 23 da Constituição Federal de 1988. Nos doze incisos do artigo, encontram-se ações em diversas áreas, a saber: saúde, assistência social, desenvolvimento urbano, cultura, educação, meio ambiente, abastecimento alimentar, habitação, saneamento e trânsito.

Essa flexibilidade na forma de legislar e de atuar, assegurando o exercício da autonomia, tem por objetivo a cooperação e a coordenação entre a União, Estados, Municípios e Distrito Federal. O cooperativismo existe quando os entes federados são incentivados a agirem em conjunto em favor de interesse comum e a coordenação determinará o que e como cada ente realizará suas obrigações.

Entretanto, segundo o IPEA (2010, p. 550),

a simples predisposição para agir cooperativamente não é suficiente para a produção de resultados satisfatórios. No mesmo sentido, instrumentos de coordenação não garantem resultados socialmente desejáveis, pois é sempre possível que as ações adotadas sejam contraditórias entre si ou contrárias aos interesses dos cidadãos.

Isso demonstra a alta complexidade desse relacionamento, uma vez que, as preferências e necessidades dos cidadãos são bastante diversificadas, exigindo-se prioridades na prestação dos serviços públicos, que podem variar de acordo com cada região.

O cooperativismo é mais comumente articulado entre municípios. Isto porque o processo de descentralização promovido pela promulgação da Constituição Federal de 1988 elevou o número de municípios os quais não estavam preparados para assumir as responsabilidades que lhes foram impostas, portanto, não sendo capazes de exercer sua autonomia federativa, ficando dependente, quase que exclusivamente, de transferências federais para sua sobrevivência (BRASIL, 2008).

Por isso a criação de instrumentos que facilitem a articulação intergovernamental não é apenas uma questão de necessidade, mas uma condição de garantir a continuidade administrativa dos governos autônomos.

Rocha e Faria (2004) elencaram alguns fatores que podem contribuir para o sucesso ou insucesso dos esquemas cooperativos, quais sejam:

- a) Existência de regras institucionais que incentivem a cooperação, levando em consideração tanto os mecanismos formais (leis e normas, por exemplo), como também práticas não formalizadas;
- b) Poder político, regras eleitorais e disputadas partidárias, uma vez que os chefes do poder legislativo das esferas governamentais têm papel fundamental no planejamento e na coordenação de uma possível cooperação entre si;
- c) Interação e diálogo entre os membros da cooperação, pois a homogeneidade das variáveis de ordem social, administrativa e econômica torna maior a possibilidade de ação conjunta;
- d) Tamanho territorial e disposição de recursos materiais, a fim de evitar a desproporcionalidade da relação custo-benefício;
- e) Participação da sociedade civil, que tem como potencial aumentar o nível de transparência no funcionamento do cooperativismo.

Diante do exposto, percebe-se que as cooperações intergovernamentais são muito mais que uma distribuição de poder e recursos, são mecanismos complexos capazes de adaptar o ordenamento do sistema às novas demandas sociais, econômicas e políticas, estabelecendo alternativas viáveis para o desenvolvimento e execução de ações que realizadas isoladamente não produziriam os efeitos esperados.

É nesse contexto que, então, surge uma figura administrativa criando condições operacionais para que essa cooperação se realize da melhor forma possível, em torno de necessidades comuns: o consórcio público. Segundo o Guia Básico para Gestão dos Municípios (2008, p. 14), “o consórcio público é uma das formas mais conhecidas de cooperação entre entes federativos, especialmente entre municípios”.

Baseado nesta afirmativa, a seguir são apresentadas as definições, prerrogativas e forma de constituição desse tipo de cooperação tão utilizado na esfera municipal.

3 CONSÓRCIOS PÚBLICOS

Esta seção tem por objetivo compreender o que é consórcio público, o seu funcionamento e as atividades que desenvolve. É apresentado o amparo legal dos consórcios, a sua forma de constituição e gestão, bem como suas principais características no âmbito nacional.

3.1 O Marco Legal dos Consórcios Públicos no Brasil

O primeiro esboço do que hoje se conhece por consórcio público surgiu a partir da primeira Constituição Federal de 1891, sob a forma de contratos administrativos, podendo ser firmado entre municípios ou entre estados, necessitando da aprovação do Governo Estadual e Federal, respectivamente.

Deste período em diante, novas constituições foram elaboradas, mas os consórcios públicos continuavam como meros pactos de colaboração, sem instrumentação legal que os tornassem confiáveis.

Em 1964, a situação piorou. Com a instauração do regime autoritário militar a autonomia dos entes federativos foi anulada, principalmente dos poderes locais. Assim, os consórcios tiveram seu valor minimizado, já que este instrumento era visto como um núcleo de poder que ameaçava, diretamente, o regime centralizador implantado (BATISTA, 2011a).

Em 1969, a Emenda Constitucional nº 1 previu a possibilidade de cooperação entre os entes da Federação por meio de convênios, mas o instrumento jurídico e administrativo sobre o qual essas iniciativas encontravam-se fundadas era extremamente frágil. Os convênios eram modalidades bastante precárias, pois dependiam totalmente da vontade política dos governantes, que poderiam romper essa relação quando bem quisessem (IPEA, 2010).

Ainda segundo o IPEA (2010), as primeiras experiências foram resultados da iniciativa pioneira de alguns prefeitos, contando com o esforço dos governos estaduais como um meio para que os problemas decorrentes da excessiva centralização fossem contornados. Entretanto, inúmeras tentativas não prosperaram devido à falta de um estatuto jurídico adequado.

Este quadro perdurou até meados da década de 80, período marcado pelo fim da ditadura militar e pelo desafio de implantar a democratização. De acordo com Batista *et al.*

(2011a), foi neste novo momento, caracterizado por grandes transformações políticas, econômicas e sociais, que os consórcios públicos ganharam ênfase, estimulados pelas políticas de descentralização.

Segundo o IPEA (2010), nos anos 1980 e 1990 iniciou-se o processo de consorciamento para a prestação de serviços públicos de forma regionalizada, com destaque para a área de saúde, cujas iniciativas são até hoje uma das mais expressivas em quantidade. Entre os consórcios surgidos naquela época, destaca-se o Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis (SP), criado em 1986.

O grande marco deste período foi a edição da Constituição Federal de 1988, resultado de um conjunto de mudanças conhecido como Reforma do Estado. Essa nova Constituição garantiu os direitos sociais, tais como saúde, educação, assistência social, habitação, dentre outros; e reconheceu a União, Estados, Distrito Federal e Municípios como entes federados autônomos, que juntos, seriam responsáveis pela execução desses serviços.

De acordo com o IPEA (2010), a forte característica descentralizadora da Constituição supracitada influenciou na organização estatal brasileira, transferindo responsabilidades inéditas aos municípios quanto à formulação e à implementação de políticas públicas, pois este, ao estar mais próximo do cidadão, reconhece atentamente as suas necessidades.

Contudo, não estavam previstos, constitucionalmente, mecanismos de cooperação entre a União, estados, Distrito Federal e municípios, carecendo de instrumentos formais, tidos como uma das alternativas para vencer os obstáculos que estes enfrentavam, principalmente, a falta de recursos para atender as demandas mais urgentes da população, especialmente nos municípios de pequeno e médio porte. Assim, os consórcios continuavam sendo considerados “meros pactos de cooperação, de natureza precária e sem personalidade jurídica, assim como os convênios” (BATISTA *et al.*, 2011a, p. 43).

Apenas em 1998, com a edição da Emenda Constitucional nº 19, essa fragilidade dos consórcios foi perdendo espaço para a previsão legal:

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 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. (BRASIL, 1998)

Segundo Ribeiro (2007), as principais mudanças trazidas por esta Emenda foram: a obrigação dos consórcios públicos e convênios de cooperação ser disciplinados por lei dos

entes que entre si cooperam; os consórcios públicos passaram a ser pessoas jurídicas que integram a Administração Pública, podendo ser formados por entes federativos de níveis distintos, ou seja, podem ser mistos, com a participação conjunta da União, dos estados, municípios e do Distrito Federal; e tanto os consórcios públicos como os convênios de cooperação podem autorizar a gestão associada de serviços públicos.

Mas, foi somente em 06 de abril de 2005, com o advento da Lei nº 11.107, mais conhecida como a Lei dos Consórcios, que a segurança jurídica e o estímulo à formação de novas parcerias desse instrumento administrativo foram garantidos.

Segundo Losada (2008), os principais objetivos da Lei 11.107/05 são:

- a) Fortalecer o Federalismo Cooperativo e consolidar a engenharia institucional do Estado brasileiro, objetivando promover uma maior articulação e coordenação entre as três esferas de governo;
- b) Viabilizar mecanismos e instâncias de negociação e cooperação entre os entes federados;
- c) Instrumentalizar os entes federados para operar as múltiplas escalas do projeto nacional de desenvolvimento;
- d) Promover o fortalecimento gerencial e administrativo dos Municípios, dos Estados/Distrito Federal e do Governo Federal;
- e) Conciliar desigualdades regionais e crescimento econômico.

A criação de uma lei dedicada exclusivamente à disciplina de instrumentos de cooperação federativa reconheceu a personalidade jurídica dos consórcios, possibilitou um maior controle sobre os recursos públicos, formalizou as contribuições financeiras e as responsabilidades dos entes consorciados, bem como ofereceu maior segurança jurídica aos participantes e à população.

Ribeiro (2007, p. 9) afirma que,

a Lei de Consórcios configura um dos mais importantes avanços no campo da gestão pública nacional. Trata-se de uma oportunidade ímpar de promover a cooperação organizada entre os entes federativos para que possam cumprir suas funções públicas.

Com objetivo de regulamentar a referida Lei, em 17 de janeiro de 2007, foi instituído o Decreto nº 6.017, que apresenta todo o amparo técnico legal para a execução da Lei dos Consórcios.

A Figura 1 mostra um esquema prático do histórico dos consórcios públicos brasileiros.

Figura 1 - Esquema prático do histórico dos consórcios públicos brasileiros



Fonte: Ribeiro (2007).

A Figura 1 ordena a sequência lógica dos principais fatos que marcaram a história dos consórcios públicos após a implantação da Constituição Federal de 1988, que, apesar de firmar o cooperativismo entre os entes da Federação, deixou uma enorme lacuna com a fragilidade jurídica dos instrumentos de cooperação. Somente com a alteração da redação do artigo 241 da Constituição, dada pela aprovação da Emenda Constitucional nº 19, é que se passou a, expressamente, prever os consórcios públicos e a gestão associada de serviços públicos.

Entretanto, os resultados práticos dessa medida dependiam de mudanças na legislação federal, pois, até então, não existia qualquer norma que tratasse especificamente sobre os consórcios públicos. Apesar do retardamento, tais transformações vieram com a Lei nº 11.107/05, Lei de Consórcios Públicos, e seu regulamento, Decreto nº 6.017/07.

É com base nestas duas legislações que se apresentam, no tópico seguinte, os principais aspectos dos consórcios públicos, desde conceitos à forma de constituição e extinção.

3.2 Principais Aspectos dos Consórcios Públicos

O Decreto nº 6.017, com base na Lei nº 11.107, define consórcio público como pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, para estabelecer relações de cooperação federativa, a fim de realizar os objetivos de interesse comum (BRASIL, 2007).

Os consórcios consistem na união entre dois ou mais entes da federação com a finalidade de prestar serviços e desenvolver ações conjuntas que visem o interesse coletivo e benefícios públicos (CEARÁ, 2009).

Para constituir um consórcio público, a Lei estabelece a criação de uma pessoa jurídica capaz de assumir seus direitos e obrigações. Assim, de acordo com o artigo 2º do Decreto nº 6.017, os consórcios podem adquirir personalidade jurídica de direito público ou privado, ambos integrantes da administração indireta (BRASIL, 2007).

Sob a forma de direito privado, os consórcios podem adotar o formato de uma associação ou fundação, estando sujeitos às normas do direito público no que se refere à admissão de pessoal, contratações e execução de suas receitas e despesas. Além disso, não podem celebrar convênios com a União, conforme exposto no artigo 39 do Decreto. Estes não podem exercer as mesmas atividades dos consórcios públicos de direito público, pois devem estar em posição de igualdade com os demais particulares.

Por sua vez, os consórcios públicos de direito público constituem-se como autarquias e estão sujeitas ao regime jurídico que estas impõem. São entidades sem fins lucrativos que desempenham atividades típicas da Administração Pública de forma descentralizada, dotada de autonomia administrativa e financeira, com patrimônio e receita própria, devendo obedecer a todos os princípios da administração pública.

Quanto às possibilidades de associações, há duas. A primeira na forma horizontal, quando são constituídos por entes da mesma esfera de governo, ou entre municípios ou entre estados. A segunda consiste na forma vertical, quando constituído por entes de diferentes esferas de governo. Para esta forma de associação há várias possibilidades: municípios, estados, Distrito Federal e União; municípios, estados e Distrito Federal; municípios e Distrito Federal; municípios e estado; ou estados e Distrito Federal (BATISTA, 2011b).

Ressalta-se, contudo, que a Lei só permite que a União se consorcie com municípios se houver a participação do estado, em virtude do princípio da subsidiariedade, que compete em primeira instância aos outros municípios o dever de cooperar e, insuficiente a cooperação intermunicipal, legitima-se a cooperação do estado. Somente quando a

cooperação do próprio estado for insuficiente é que se admite a cooperação da União (RIBEIRO, 2007).

Os consórcios podem desenvolver atividades em diversas áreas de atuação, desde que visem beneficiar a população, a melhoria do acesso e a qualidade da prestação de serviços. São exemplos de áreas que podem constituir consórcios: educação, saúde, cultura, esporte, turismo, transporte público, segurança, infraestrutura, saneamento básico, gestão ambiental, entre outras (CEARÁ, 2009).

Diante do exposto, pode-se perceber que a principal característica dos consórcios públicos é servir de suporte ao fortalecimento da gestão, de forma descentralizada, no apoio à organização e à prestação de serviços públicos, visando alcançar o bem-estar social, principal finalidade da administração pública.

Dada a sua importância, os consórcios públicos gozam de algumas prerrogativas que lhes proporcionam maior flexibilidade em relação à Administração Direta. A seguir são apresentadas as vantagens dos consórcios públicos:

- 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; e
- h) Ser contratado pela administração direta ou indireta, sem necessidade de licitação (CEARÁ, 2009).

Esses privilégios aumentam ainda mais a motivação para a constituição de um consórcio, pois, apesar de exigir comprometimento de vários atores e articulação permanente entre si, os consórcios promovem a descentralização de recursos técnicos e financeiros,

ajudam na regionalização e no desenvolvimento de políticas públicas, bem como agilizam a execução de projetos que, muitas vezes, um ente isolado, seja município, estado ou mesmo a União, não é capaz de realizá-los com tamanha eficiência (BATISTA *et al.*, 2011a).

E, por prestar serviços de interesse comum, acaba por economizar os recursos públicos, dando maior transparência na sua aplicação, além de ajudar os entes de situação financeira menos favorecida, uma vez que os custos são rateados.

Para Calderan (2013, p. 120), o consórcio público é tido como um importante instrumento de cooperação técnica e financeira entre os três níveis de governo, pois promove e controla as ações de “políticas públicas da melhoria da qualidade de vida e da solução dos problemas da infraestrutura da sociedade”.

3.3 Constituição dos Consórcios Públicos

A formação dos consórcios envolve um conjunto de etapas que devem ser seguidas e definidas na lei específica de sua criação. Essas etapas estão definidas no Decreto nº 6.017/07.

Inicialmente, para a constituição de um consórcio público, deve haver uma reunião entre os gestores interessados em participar da associação, incluindo os prefeitos, caso o consórcio seja municipal, os governadores, caso tenha os estados ou o Distrito Federal participante do consórcio, e o Presidente da República, caso a União figure também como consorciada. Esta equipe de autoridades formará a Assembleia Geral.

De acordo com Batista *et al.* (2011a), neste primeiro momento, há um debate entre os interessados, em que serão discutidos os problemas comuns a estes entes, bem como serão avaliados os recursos técnicos, financeiros e humanos que podem ser mobilizados para a causa.

É nesta etapa que se realiza um levantamento dos pontos fracos existentes e dos ativos disponíveis na região. “Trata-se de inventariar o que existe em termos de estudos parciais e locais sobre os problemas, as iniciativas em curso que podem e necessitam serem potencializados.” (CALDERAN, 2013, p. 130)

O resultado desta articulação será um documento contendo informações sobre o problema a ser enfrentado, que será objeto do consórcio, e todas as suas dimensões, denominado de Protocolo de Intenções, instrumento inicial da constituição de um consórcio. Considerado um dos principais, é por meio deste documento que são estabelecidas as

condições para o funcionamento da entidade. O conteúdo mínimo deve obedecer ao que está previsto na Lei nº 11.107/05 e, conseqüentemente, no Decreto que a regulamenta (CEARÁ, 2009).

O artigo 5º do Decreto nº 6.017/07 impõe alguns requisitos mínimos que devem conter nas cláusulas do Protocolo de Intenções, que, se não cumpridas, o documento perde a sua validade.

Art. 5º O protocolo de intenções, sob pena de nulidade, deverá conter, no mínimo, cláusulas que estabeleçam:

I - a denominação, as finalidades, o prazo de duração e a sede do consórcio público ,admitindo-se a fixação de prazo indeterminado e a previsão de alteração da sede mediante decisão da Assembleia Geral; e

II - a identificação de cada um dos entes da Federação que podem vir a integrar o consórcio público, podendo indicar prazo para que subscrevam o protocolo de intenções;

III - a indicação da área de atuação do consórcio público;

IV - a previsão de que o consórcio público é associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou pessoa jurídica de direito privado;

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 assembleia geral, inclusive para a elaboração, aprovação e modificação dos estatutos do consórcio público;

VII - a previsão de que a assembleia 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 do consórcio público;

X - os casos de contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público;

XI - as condições para que o consórcio público celebre contrato de gestão, nos termos da Lei nº 9.649, de 1998, ou termo de parceria, na forma da Lei nº 9.790, de 1999;

XII - a autorização para a gestão associada de serviço público, explicitando:

a) competências cuja execução será transferida ao consórcio público;

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

c) a autorização para licitar e contratar concessão, permissão ou autorizar a prestação dos serviços;

d) as condições a que deve obedecer o contrato de programa, no caso de nele figurar como contratante o consórcio público; e

e) os critérios técnicos de cálculo do valor das tarifas e de outros preços públicos, bem como os critérios gerais a serem observados em seu reajuste ou revisão;

XIII - o direito de qualquer dos contratantes, quando adimplentes com as suas obrigações, de exigir o pleno cumprimento das cláusulas do contrato de consórcio público. (BRASIL, 2007)

Cumpridas todas as exigências do Art. 5º, o Protocolo deve ser subscrito pelos Chefes do Poder Executivo de cada um dos entes consorciados, para então ser divulgado para que a população tenha conhecimento, cumprindo o princípio da publicidade.

A próxima etapa é a Ratificação do Protocolo de Intenções. Realizado pelo Poder Legislativo de cada ente consorciado, por meio de lei, o referido documento passa pelo processo de aprovação. Concluído esta fase, o protocolo converte-se em Contrato de Constituição do Consórcio Público.

Batista *et al.* (2011a) ressalta que, caso previsto especificamente em Lei Orgânica, o consórcio público pode ser constituído sem que seja necessária a ratificação de todos os entes que assinaram o protocolo, necessitando apenas da maioria. Ribeiro (2007) esclarece que essa cláusula é importante para evitar que, pelo fato de um só ente não conseguir ratificar o seu protocolo de intenções, venha a prejudicar os demais.

Passadas as etapas acima, é realizada uma nova convocação da Assembleia Geral para certificar a conformidade da ratificação do Protocolo de Intenções e declarar a constituição do consórcio público. Em seguida, será elaborado o estatuto que irá reger todas as cláusulas necessárias para o funcionamento do consórcio, explicitando os direitos e as obrigações entre as partes envolvidas.

Após aprovação do estatuto, para confirmar que os compromissos e diretrizes assumidas serão mantidos, este deverá ser novamente publicado por cada ente, em imprensa oficial e outros meios de comunicação, para produção de seus efeitos.

Batista *et al.* (2011a) ressalta que o conjunto de todos os documentos produzidos durante o processo de constituição do consórcio deverá tramitar pelos órgãos públicos responsáveis pelo registro da nova entidade junto ao Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), para então o consórcio passar a existir “de direito”.

Materializada a existência do consórcio, os entes-membros deverão prever a destinação dos recursos nos seus instrumentos de gestão orçamentária, a saber: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA); e no Plano de Contas. Sendo esta a última etapa da formação de um consórcio, a entidade está apta para dar início às suas atividades.

3.4 A Gestão dos Consórcios Públicos

Segundo Batista *et al.* (2011a), as funções primordiais da administração pública são executadas nas etapas de constituição dos consórcios. Ao realizar todos os procedimentos descritos no tópico anterior, os entes estão exercendo as suas tarefas de planejar, organizar, dirigir e controlar.

A Assembleia Geral, ao se reunir para discutir os problemas comuns, preparar os meios mais adequados para praticar as suas ações e definir a sua forma de funcionamento, está realizando a primeira das funções administrativas: o planejamento. Esta é uma das fases mais importantes, pois são definidos os caminhos e as escolhas entre os membros que constituem o consórcio.

O segundo passo é organizar, ou seja, executar o que foi planejado. Este é o momento de distribuir as responsabilidades entre os membros do consórcio.

A eficiência é elemento fundamental na etapa da organização que exige racionalização do trabalho a fim de minimizar desperdícios e otimizar a produtividade. Organizar significa buscar a melhor maneira para agir para prover de recursos financeiros, físicos, humanos, materiais e operacionais do Consórcio Público (BATISTA, 2011b, p. 94).

A próxima função, após a organização, é dirigir. Exercer essa função dentro do consórcio é comunicar aos trabalhadores as suas tarefas, como estas devem ser realizadas para se alcançar os resultados esperados, e fazer as devidas alocações dos recursos, iniciando, assim, as suas atividades.

A quarta e última função é controlar, avaliar se os resultados esperados estão sendo alcançados e se o que foi acordado entre os consorciados está sendo cumprido. É por meio desta análise, que o consórcio saberá se os serviços foram prestados com eficácia e eficiência, estabelecendo padrões de desempenho que garantam a continuidade dos serviços.

Estas funções são essenciais para o delineamento do futuro de um consórcio. E, paralelo a sua execução, devem ser obedecidos os princípios da administração pública, pois estes estabelecem as diretrizes superiores que orientam todo o funcionamento do consórcio.

Para uma boa gestão dos consórcios públicos, também é necessário usufruir de diálogos entre os vários entes que formam o escopo do consórcio. A interação dos gestores entre si, inclusive com a população, tem intuito de manter a articulação, a negociação e a participação permanente desses membros, além de ser condição fundamental para que o consórcio consiga atingir seus objetivos.

3.4.1 Estrutura Organizacional

A organização de um consórcio depende da área em que atua e da quantidade de participantes envolvidos. Entretanto, uma estrutura mínima deve ser estabelecida para garantir a operacionalização da entidade.

Conforme dito anteriormente, nas primeiras fases da formação de um consórcio deve ser instituído uma Assembleia Geral e esta deve ser formada com representação de todos os entes consorciados mediante os respectivos chefes do Executivo.

A Assembleia Geral é considerada a instância máxima do consórcio público, logo cabe a esta a deliberação das questões pertinentes à gestão administrativa, financeira e política. São atribuições e competências legais deste órgão:

- a) Elaborar e alterar o estatuto social;
- b) Deliberar sobre as questões referentes à funcionalidade do consórcio; e
- c) Aprovar o relatório de prestação de contas do consórcio, entre outras (CEARÁ, 2009).

Por ser um colegiado formado por todos os entes e responsável pela tomada de decisões, a Assembleia Geral tem suas determinações representadas por votos, que variam de acordo com a base populacional de cada membro.

Outro órgão que, essencialmente, deve fazer parte da estrutura organizacional do consórcio é a Presidência. Eleito por unanimidade pela Assembleia Geral, o presidente representa legalmente o consórcio. A ele são atribuídas tarefas como ordenar despesas, convocar reuniões, assinar contratos e convênios, dentre outras. O seu mandato é de um período de dois anos, com renovação de nomeação por mais um período.

A última estrutura necessária ao funcionamento prévio do consórcio é a diretoria executiva. Este órgão, formado por técnicos com experiência e competência profissional, deverá ser assumido por um diretor-geral e um diretor administrativo-financeiro, escolhidos pela Assembleia Geral (CEARÁ, 2009).

Ressalta-se que este órgão deve atender rigorosamente ao estabelecido,

no artigo 37 da Constituição Federal, obedecendo aos princípios da administração pública, as normas gerais do Direito Financeiro Público, estabelecidas na Lei Federal no. 4.320/64, da Lei de Responsabilidade Fiscal, da Lei Complementar 101/2000 e das regras de licitações estabelecidas pela 8.666/93 (BATISTA et al., 2011b, p. 114).

Entretanto, Batista *et al.* (2011b) acrescenta outros dois importantes órgãos: os Conselhos e a Ouvidoria. Os Conselhos servirão de apoio às demais estruturas, podendo ser desmembrado por área específica de atuação, por exemplo, o Conselho Fiscal, órgão responsável pelo acompanhamento e fiscalização das operações econômicas e financeiras da organização, e o Conselho Técnico, que analisa os dados e estudos elaborados sobre o tema em que atua o consórcio, propondo ações que melhorem os padrões de prestação de serviços.

Quanto à Ouvidoria, esta deverá funcionar como um canal de comunicação entre a população e o consórcio. “É o órgão responsável pelo aprimoramento dos serviços prestados à comunidade e pela valorização da participação da população no processo de gestão” (BATISTA *et al.*, 2011b, p. 113).

3.4.2 Gestão de Pessoas

A maior característica da gestão de pessoas nos consórcios públicos é a instabilidade. Isto porque, independe da personalidade jurídica que o consórcio pode vir a adquirir, o seu quadro de servidores será formado exclusivamente por empregados públicos (RIBEIRO, 2007).

Esta condição está associada ao fato de o consórcio público poder ser extinto a qualquer momento. Logo, “se houvesse servidores estáveis, com a extinção, seriam servidores estáveis de que ente? Daí a solução por vínculos que, com a extinção do consórcio, possam também ser extintos” (RIBEIRO, 2007, p. 32).

Assim, percebe-se que as atividades do consórcio só podem ser exercidas por profissionais concursados, mas que se sujeitam ao regime jurídico da CLT. Contudo, o Decreto nº 6.017/07 prevê, no artigo 23, a possibilidade dos entes consorciados cederem seus servidores, se houver previsão na sua legislação própria, devendo obedecer às seguintes condições:

Art. 23. § 1º Os servidores cedidos permanecerão no seu regime originário, somente lhe sendo concedidos adicionais ou gratificações nos termos e valores previstos no contrato de consórcio público.

§ 2º O pagamento de adicionais ou gratificações na forma prevista no § 1º deste artigo não configura vínculo novo do servidor cedido, inclusive para a apuração de responsabilidade trabalhista ou previdenciária.

§ 3º Na hipótese de o ente da Federação consorciado assumir o ônus da cessão do servidor, tais pagamentos poderão ser contabilizados como créditos hábeis para operar compensação com obrigações previstas no contrato de rateio. (BRASIL, 2007)

Ressalta-se que, no quadro de pessoal dos consórcios, também poderão existir servidores contratados por tempo determinado, desde que haja necessidade de excepcional interesse público e execução de ações especializadas (RIBEIRO, 2007).

Os empregos públicos e sua respectiva remuneração, incluindo os critérios para a revisão da remuneração e o pagamento de gratificações, se houver, deverão estar previstos no Protocolo de Intenções.

Segundo Calderan (2013, p. 148), “a gestão de pessoas no consórcio público deve visar à melhoria da qualidade dos serviços públicos prestados pelo consórcio.” Assim, é de suma importância que o consórcio esteja preocupado com a formação e qualificação permanente dos profissionais da organização, tentando estimular as habilidades do seu quadro de pessoal a fim de capacitá-los e adequá-los às atividades desenvolvidas.

3.4.3 Gestão dos Recursos

Ao se constituir um consórcio, os entes participantes devem disponibilizar, de acordo com as suas condições, os recursos técnicos, financeiros e humanos que podem ser movimentados para o funcionamento do consórcio, bem como definir por quem e como será realizada a prestação de serviços. Essa divisão de responsabilidades deve estar prevista legalmente em dois documentos: Contrato de Programa e Contrato de Rateio (BATISTA *et al*, 2011a).

O Contrato de Programa é um “documento que estabelece as obrigações de prestação de serviços pelo consórcio, a forma de transferência total ou parcial dos encargos, de pessoal ou bens necessários ao seu funcionamento” (CEARÁ, 2009, p. 13).

Este documento prevê as obrigações e direitos dos entes consorciados para a prestação dos serviços, que acontecem de forma conjunta. São elementos que devem constar do Contrato de Programa:

- a) a identificação dos bens transferidos;
- b) os tipos de transferências e sua periodicidade;
- c) a indicação de quem arcará com o ônus;
- d) o passivo do pessoal cedido;
- e) os recursos necessários à efetividade dos serviços; e
- f) a responsabilidade subsidiária de quem os transferiu (CEARÁ, 2009).

Vale ressaltar que, esta formalidade é prevista em lei e o seu não cumprimento constitui improbidade administrativa, conforme exposto no parágrafo 2º do artigo 30, do Decreto nº 6.017/07.

§ 2º Constitui ato de improbidade administrativa, a partir de 7 de abril de 2005, 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, ou sem que sejam observadas outras formalidades previstas em lei, nos termos do disposto no art. 10, inciso XIV, da Lei nº 8.429, de 1992. (BRASIL, 2007)

O Contrato de Rateio é “o instrumento jurídico formal que define as responsabilidades econômico-financeiras por parte de cada consorciado” (CEARÁ, 2009, p. 14). Neste documento constará o montante que, mensalmente, cada ente contribuirá para a realização das despesas do consórcio público, além da forma como estes recursos serão pagos e as medidas a serem tomadas em caso de inadimplência.

Esses repasses devem estar previstos nas peças de planejamento do sistema orçamentário dos entes (LOA, LDO e PPA) e em conformidade com o Contrato de Programa.

Segundo o artigo 13 do Decreto nº 6.017/07,

Art. 13. Os entes consorciados somente entregarão recursos financeiros ao consórcio público mediante contrato de rateio.

§ 1º O contrato de rateio será formalizado em cada exercício financeiro, com observância da legislação orçamentária e financeira do ente consorciado contratante e depende da previsão de recursos orçamentários que suportem o pagamento das obrigações contratadas. (BRASIL, 2007)

Ainda no artigo 13, parágrafo 2º, do referido Decreto, será considerado ato de improbidade administrativa “celebrar contrato de rateio sem suficiente e prévia dotação orçamentária, ou sem observar as formalidades previstas em Lei” (BRASIL, 2007).

Todo esse capital disponibilizado, seja físico ou intelectual, fará parte do patrimônio do consórcio. As pessoas, os bens móveis e imóveis e os recursos financeiros serão necessários para a realização da prestação dos serviços definidos no Protocolo de Intenções.

A movimentação desses recursos passa a gerar receitas e despesas que devem ser regidos pelos preceitos da administração pública, independentemente de sua natureza jurídica, conforme exposto o artigo 11 do Decreto nº 6.017/07: “A execução das receitas e das despesas do consórcio público deverá obedecer às normas de direito financeiro aplicáveis às entidades públicas” (BRASIL, 2007).

Assim, os consórcios públicos, quanto à gestão contábil e financeira, devem obediência às normas do Direito Financeiro Público. São algumas das principais legislações:

- a) Constituição Federal de 1988;
- b) Lei n. 4.320, de 17 de março de 1964 que dá normas gerais do Direito Financeiro Brasileiro; e
- c) Lei Complementar n. 101, de 04 de maio de 2000, conhecida como a Lei de Responsabilidade Fiscal que dá parâmetros para a gestão das finanças Públicas.

As receitas dos consórcios públicos são oriundas dos recursos repassados pela União, estado e municípios; convênios, contratos e/ou parcerias com outras entidades; e das prestações de serviços técnicos.

Os recursos transferidos pelos poderes públicos ao consórcio estão previstos no Contrato de Rateio e nele estão definidas as regras e os valores. Os convênios, contratos e/ou parcerias que o consórcio realiza com os entes consorciados para a prestação de serviços, inclusive com outros entes que não são membros do consórcio, também geram receitas.

Todas essas fontes de receitas devem ser classificadas como Receitas Públicas e contabilizadas como tal, obedecendo ao disposto na Lei 4.230/64 e a Lei de Responsabilidade Fiscal. Ambas garantem a transparência e padronizam os procedimentos contábeis nas três esferas de governo (BATISTA *et al.*, 2011b).

Quanto às despesas, estas deverão ser fixadas e compatíveis com o que foi definido no Protocolo de Intenções. São exemplos de despesas no consórcio público: gastos com pessoal e encargos sociais, material de consumo, serviços de terceiros, aquisição de bens, dentre outros.

Assim como as receitas, as despesas também devem sujeitar-se às regras do direito público. Para a aquisição de bens e serviços os consórcios devem respeitar a Lei de Licitação (Lei nº 8.666/93), “controlando e garantindo o uso racional dos bens e dos materiais de consumo, mantendo e ampliando o patrimônio do consórcio” (BATISTA *et al.*, 2011b, p. 119).

A Lei dos Consórcios alterou três artigos da Lei Federal nº 8.666/93, que disciplina as licitações e contratos da Administração Pública. Dentre as modificações, pode-se citar o artigo 23, que aumentou os valores dos limites das licitações para contratação de compras, serviços e obras pelos consórcios públicos. Quando o consórcio for constituído por até três entes da Federação o valor será dobrado, quando o número de membros for superior a três, este valor será triplicado.

A segunda alteração é do artigo 24, especificamente no inciso XXVI:

Art. 24. É dispensável a licitação:

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” (BRASIL, 1993)

A terceira e última modificação na Lei das Licitações pelo advento da Lei dos Consórcios Públicos, refere-se ao disposto no artigo 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.

Esta nova redação confere aos entes membros de um consórcio público o poder de realizar compras conjuntas, ou seja, fazer licitações compartilhadas, facilitando a aquisição e melhorando a qualidade dos bens e serviços adquiridos.

Quanto à tributação, os consórcios também obtêm vantagens, pois a Constituição Federal de 1988 garante a imunidade de alguns impostos, tais como: IRPJ, IOF, IPTU, IPVA e ISSQN. Esta garantia só é assegurada aos consórcios de direito público, uma vez que são mantidos pelo Poder Público.

Art. 150. Sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios: [...]

VI - instituir impostos sobre:

a) patrimônio, renda ou serviços, uns dos outros; [...]

§ 2º - A vedação do inciso VI, "a", é extensiva às autarquias e às fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público, no que se refere ao patrimônio, à renda e aos serviços, vinculados a suas finalidades essenciais ou às delas decorrentes. [...] (BRASIL, 1988)

Por serem regidos pelo regime de direito público, os consórcios submetem-se ao controle e fiscalização do Tribunal de Contas. A este órgão, devem a prestação de contas.

Art. 12. O Consórcio Público está sujeito à fiscalização contábil, operacional e patrimonial pelo Tribunal de Contas competente para apreciar as contas do seu representante legal, 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 que os entes da federação consorciados vierem a celebrar com o Consórcio Público. (BRASIL, 2005)

Um planejamento adequado das receitas e a boa gestão das despesas garantem que os recursos públicos disponibilizados para o funcionamento do consórcio sejam zelados e que os serviços prestados à população sejam eficientes.

3.5 Alteração e Extinção dos Consórcios Públicos

Até antes da instituição da Lei dos Consórcios Públicos, não havia nenhuma norma legal que formalizasse a retirada de um ente consorciado. Esta era uma característica que fragilizava a confiabilidade dos consórcios públicos.

Com o advento da Lei nº 11.107/05, essa saída foi formalizada no seu artigo 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” (BRASIL, 2005).

O referido artigo deixa bem claro que, agora, para um ente deixar o consórcio, deverá haver um conjunto de procedimentos, a fim de garantir que a sua saída não seja tão negativamente impactante. Assim, deverá ser apresentada uma declaração do representante do ente à Presidência do consórcio, solicitando a sua retirada. Ratificada pelos demais entes, esta alteração materializa-se na forma de lei específica para conclusão deste fato. É importante destacar que o ente continua responsável pelas obrigações que este assumiu, mesmo após a sua saída.

Quanto aos bens que foram destinados pelo ente durante a sua estadia no consórcio, só serão revertidos ou retrocedidos se previsto em contrato ou no instrumento de transferência ou de alienação.

No caso de extinção dos consórcios públicos, deverão proceder as mesmas etapas necessárias para a sua constituição: convocação e decisão da Assembleia Geral e ratificação por lei de cada um dos entes (RIBEIRO, 2007).

Em relação à responsabilidade dos entes, a Lei nº 11.107/05, artigo 12, esclarece:

§ 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. (BRASIL, 2005)

Diante do exposto, percebe-se que o consórcio público precisa ater-se aos princípios da administração pública, principalmente da legalidade, publicidade e da eficiência, pois todas as suas ações devem obedecer aos preceitos contidos nas normas que lhes são pertinentes, devendo estas ser informadas em meios públicos para garantir a transparência e a eficiência dos serviços prestados.

3.6 Características dos Consórcios Públicos Brasileiros

Para buscar identificar as características recentes dos consórcios públicos no Brasil, foram observados os dados disponíveis na Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC). Realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), esta pesquisa realiza um levantamento minucioso sobre a estrutura, a dinâmica e o

funcionamento dos municípios. Dentre as diferentes políticas e setores da gestão pública, os consórcios públicos é um dos itens analisados por este órgão.

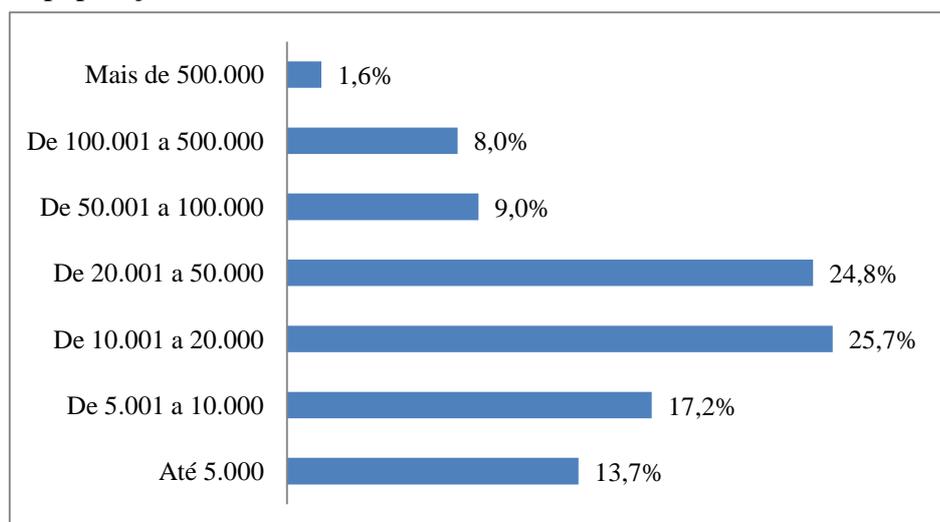
Segundo o IBGE (2011), o principal objetivo da MUNIC é constituir um conjunto relevante de indicadores que expressem, clara e objetivamente, a oferta e a qualidade dos serviços públicos locais como também a capacidade dos gestores municipais em atender às populações.

Para fins deste estudo, os dados apresentados a seguir limitam-se ao período de 2011, último ano da pesquisa realizada pela MUNIC, e aos consórcios que têm como membros os municípios e o Estado a que pertencem, visto que o estudo de caso analisado compõe-se desta forma.

Visando analisar o atual perfil dos consórcios públicos no Brasil e a participação dos municípios que adotam esse tipo de gestão, em parceria com o Estado, como tentativa de solucionar os problemas da prestação dos serviços públicos, os dados da MUNIC revelam que dos 5.565 municípios registrados em 2011, 25,5% participam de algum tipo de consórcio com o Estado, ou seja, o equivalente a 1.421 municípios.

Uma análise mais detalhada aponta, ainda, que os municípios de pequeno porte, ou seja, com até 50.000 habitantes, tendem a participar mais de consórcios públicos do que os de médio e grande porte, como demonstrado no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Representatividade dos municípios brasileiros que participam de pelo menos um tipo de consórcio público com o estado, por tamanho da população



Fonte: IBGE (2011)

Através do Gráfico 1, pode-se perceber que do total de 1.421 municípios brasileiros que, junto com o estado a qual pertencem, participam de consórcios públicos,

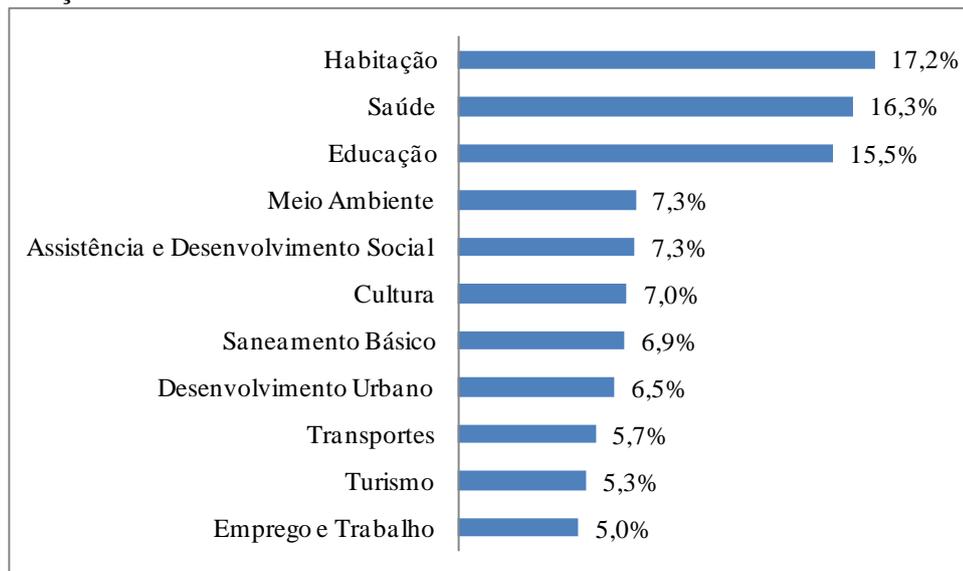
registrados até o ano de 2011, 81,4% são municípios de pequeno porte, com população de até 50.000 habitantes, enquanto os de médio (com população variando entre 50.001 a 100.000 habitantes) e grande porte (com população acima de 100.001 habitantes) representam 9% e 9,6% respectivamente.

Ainda de acordo com o Gráfico 1, considerando todos os tamanhos e portes dos municípios, os que possuem população variando de 10.001 a 20.000 habitantes são os que mais participam de consórcios públicos no Brasil, representando 25,7% do total, seguidos pelos municípios com população de 20.001 a 50.000 habitantes, com 24,8%.

Isso demonstra que os municípios de pequeno porte, que muitas vezes dependem de repasses dos governos estaduais e federais para a prestação de serviços públicos, recorrem aos consórcios públicos como meio de tentar prestar as obrigações que lhes são devidas à população.

Considerando os 1.421 municípios consorciados, existentes em 2011 no Brasil, o Gráfico 2 apresenta a distribuição desses, mediante as 11 áreas de atuação dos consórcios públicos que participam. Ressalta-se que, neste caso, um mesmo município pode participar da articulação em mais de uma área atuação da administração municipal, resultando em 3.573 participações.

Gráfico 2 - Representatividade dos municípios brasileiros que participam de pelo menos um tipo de consórcio público com o estado, por área de atuação



Fonte: IBGE (2011)

Através dos dados contidos no Gráfico 2, pode-se perceber que, das 3.573 participações municipais, 17,2% estão relacionadas aos serviços de habitação, ou seja, 615

municípios participam de consórcios públicos cujas ações estão voltadas para políticas públicas de moradia. Em seguida, aparecem os consórcios públicos em saúde, com 16,3% do total, o equivalente a participação de 584 municípios. Em terceiro lugar, com 15,5%, estão as participações municipais em consórcios voltados para a educação, totalizando 554.

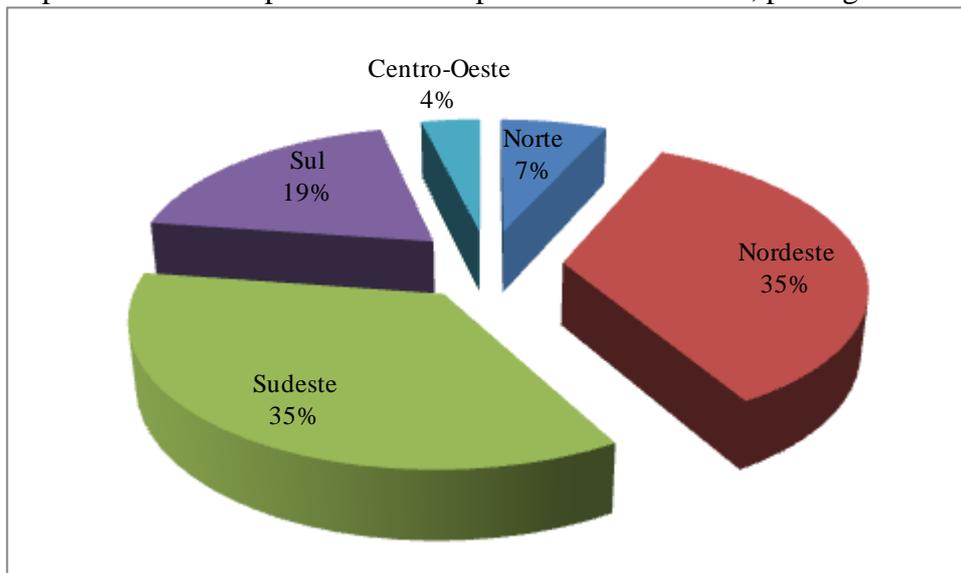
Juntas, essas três áreas representam mais de 49% das participações dos municípios em consórcios públicos no Brasil. Com isso, nota-se que é elevada a quantidade de municípios que buscam participar de consórcios públicos voltados para a melhoria nos serviços de habitação, saúde e educação.

As demais participações, 1.820, que representam 51% do total, estão alocadas nas demais áreas de atuação dos serviços públicos, que, embora também necessitem de atenção por parte da Administração Pública, suas representatividades são bem menores, diante dos três primeiros serviços expostos no Gráfico 2.

Entretanto, observa-se, também, que mesmo não sendo tão representativas nestas oito áreas, as participações dos municípios que se consorciam com estados são distribuídas quase que igualmente, variando entre 5% e 7,3%.

Nota-se, ainda, que dentre as categorias de serviços dispostas no Gráfico 2, os municípios possuem menor atuação na área de Emprego e Trabalho, com apenas 5%. Outra forma de análise da distribuição dos consórcios públicos no Brasil também pode ser observada no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Representatividade dos municípios brasileiros que participam de pelo menos um tipo de consórcio público com o estado, por região



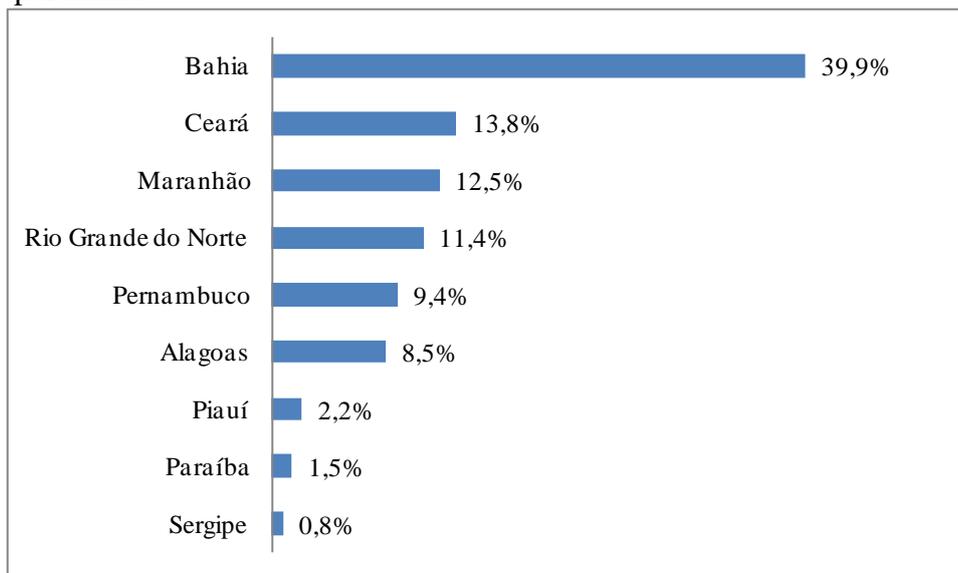
Fonte: IBGE (2011).

Ao distribuir as 3.573 participações municipais em consórcios públicos por região brasileira, conforme demonstrado no Gráfico 3, observa-se que os municípios das regiões Nordeste e Sudeste são os que mais realizam esta forma de associação para a prestação dos serviços públicos, com 35% cada. Isso revela a preocupação da administração pública municipal e estadual dessas regiões em buscar nos consórcios públicos um modelo de gestão eficiente para atender às necessidades da população e que, ao mesmo tempo, seja benéfico para os entes consorciados.

Em seguida, têm os municípios da Região Sul com 19% das participações e os da Região Norte com 7%. A região de menor representatividade é o Centro-Oeste, com apenas 4% do de participação dos municípios brasileiros em consórcios públicos cujos membros são municípios e estado.

Dado o grande destaque do Nordeste e sendo nesta Região onde está localizado o Consórcio Público de estudo de caso desta pesquisa, foi realizada uma análise mais aprofundada, destacando a representatividade, por estado, da participação dos municípios desta Região em consórcios públicos, cujo total é 1.251, distribuídas conforme exposto no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Representatividade dos municípios da Região Nordeste que participam de pelo menos um tipo de consórcio público com o estado, por estado



Fonte: IBGE (2011).

Ao alocar as 1.251 participações municipais do Nordeste em consórcios públicos que têm como membros apenas municípios e estados, observa-se, de acordo com o Gráfico 4,

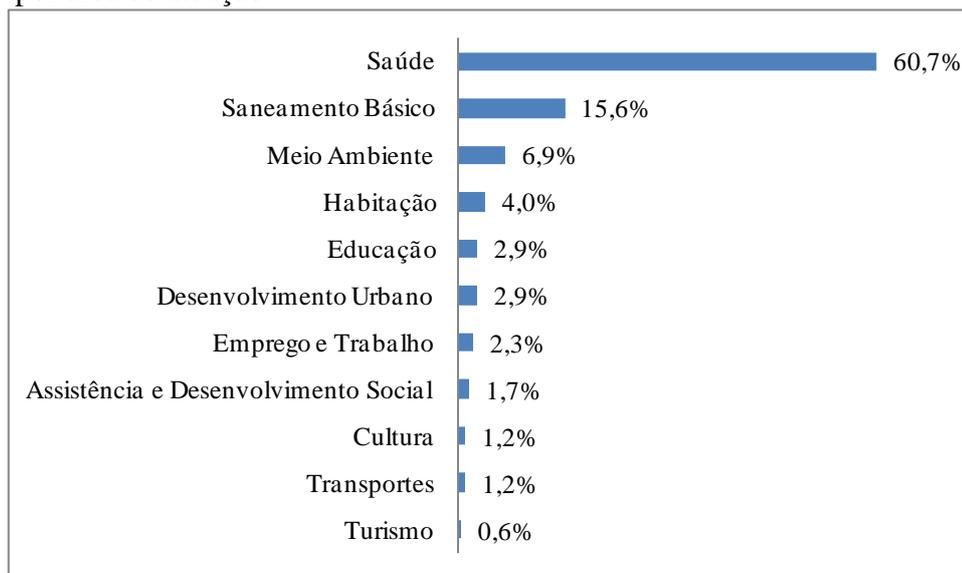
que 39,9% deste total estão concentradas no Estado da Bahia. A segunda maior representatividade ficou para o Ceará, com 13,8%, seguido pelo Maranhão, com 12,5%.

Os estados do Piauí, Paraíba e Sergipe obtiveram os menores agrupamentos de participações dos municípios nesse tipo de consórcio, com 2,2%, 1,5% e 0,8%, respectivamente, o que representa que, nesses estados, a figura do consórcio público ainda é pouco difundida entre os municípios.

Sabendo-se que o objeto deste estudo pertence à região Nordeste, mais especificamente o Estado do Ceará, foi realizada uma análise ainda mais minuciosa da participação dos municípios cearenses em consórcios públicos, por área de atuação, como demonstra o Gráfico 5.

Sabendo que o Estado do Ceará, conforme dados do IBGE (2011) tem 184 municípios, é possível verificar no Gráfico 5 que das 173 participações municipais em consórcios públicos existentes no estado, o equivalente a 13% do total dos consórcios públicos do Nordeste, a participação dos municípios nos consórcios em saúde representam, indiscutivelmente, a grande maioria, com 60,7% do total. A segunda área de atuação de maior representatividade de participação municipal no Estado é a de saneamento básico, com 15,6%, o equivalente a 27.

Gráfico 5 - Representatividade dos municípios do Estado do Ceará que participam de pelo menos um tipo de consórcio público com o estado, por área de atuação



Fonte: IBGE (2011).

Através de todas estas análises descritas, é possível perceber que o consórcio público escolhido para o estudo de caso, será de grande contribuição para estudos da área,

dada a grande representatividade das participações dos municípios nos consórcios em saúde a nível nacional e estadual, inclusive aqueles celebrados entre os municípios de pequeno porte e o Estado.

4 CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Como apresentado na seção anterior, os consórcios públicos de saúde possuem grande representatividade no Brasil. Assim, esta seção tem por objetivo apresentar por que a saúde se tornou uma área propícia para a criação de consórcios públicos e como estes instrumentos auxiliam na gestão da saúde do Estado do Ceará.

4.1 A saúde pública brasileira e o SUS

No Brasil, a saúde pública é uma área que sempre gerou problemas, os quais perduram até hoje, pois é difícil administrá-la com eficácia para que produza os efeitos esperados. Analisando a história brasileira, pode-se perceber que esta nunca teve a importância e o tratamento que merecia, gerando revolta por parte da população que, por meio de grandes movimentos, buscou e exigiu tentativas de melhoria para este serviço.

A história da saúde pública brasileira começou no início do século XVIII, com a vinda da Família Real ao país, pois, até então, não existia qualquer precedente ou registro de ações que se preocupassem em estudar e organizar a relação entre a saúde e a sociedade. A chegada da Corte Portuguesa determinou algumas mudanças na administração pública colonial, inclusive na área da saúde. As políticas de saúde começaram a surgir com as ações de sanitárias promovidas na sede provisória do Império Português e principal porto do país, a cidade do Rio de Janeiro (BRASIL, 2007a). Entretanto,

até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas a: i) delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais; e ii) controle de navios e saúde dos portos. Verifica-se que o interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do Império, tendência que se alongou por quase um século. (BRASIL, 2007a, p. 17)

Percebe-se que, na fase imperial da história brasileira, as ações sanitárias foram tentativas pioneiras de resolver os problemas de saúde pública, mas não foram suficientes para solucionar as epidemias da época. Contudo, este período marcou o início da organização da higiene pública no Brasil.

Em 1989, com a proclamação da República, novos ideais transformaram a economia e a sociedade do país. Com o avanço do mundo capitalista, percebeu-se que o trabalho humano era a principal fonte de riqueza de uma nação, capaz de transformar e modernizar o país, ocasionando uma maior preocupação com a saúde física e mental dos

trabalhadores. Além disso, a falta de saneamento estava comprometendo a economia nacional, uma vez que navios estrangeiros estavam receosos em ancorar nos portos de um país com tantas doenças graves que atingiam a população, como a peste.

Em meio a inúmeras manifestações sociais e sanitárias, o Estado passou a se preocupar com a saúde individual e coletiva da população, garantindo, através da Constituição de 1891, ações de melhorias, definindo aos estados a responsabilidade pelas ações de saúde, de saneamento e de educação (BRASIL, 2007a).

A incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva levaram os governos republicanos, pela primeira vez na história do País, a elaborar minuciosos planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva, ou útil, da população. Diferentemente dos períodos anteriores, a participação do estado na área da saúde tornou-se global: não se limitava às épocas de surto epidêmico, mas estendia-se por todo o tempo e a todos os setores da sociedade. (BRASIL, 2007a, p. 19)

Não tão satisfeitos com a intervenção estatal, médicos higienistas lideraram o movimento de Reforma Sanitária que emergiu no Brasil no início do século XX. O principal resultado alcançado pelos manifestantes foi a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920. Com a reforma, “foram estabelecidas as bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde, caracterizado pela concentração e pela verticalização das ações no governo central” (BRASIL, 2007a).

Quanto às ações de melhorias nas condições no trabalho, exigidas pelos operários, só foram estabelecidas em 1923, com a criação da Lei Eloi Chaves. Com medidas de proteção social, essa legislação instituiu a criação de organizações que promovessem a concessão de benefícios e serviços, especialmente de assistência médica, denominadas de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). No entanto, esse modelo previdenciário não tinha participação efetiva do Estado e beneficiava apenas trabalhadores urbanos, excluindo uma parcela significativa da população composta por trabalhadores rurais e assalariados.

Esse mecanismo de saúde previdenciária perdurou até o final da ditadura militar, em 1985, com muitas novidades, mas sem grandes efeitos. Dentre os principais acontecimentos, destacam-se:

- a) Promulgação de uma nova Constituição, em 1937, marcada pelo centralismo e autoridade presidencial;
- b) Regulamentação da justiça do trabalho, em 1939, e, em 1943, a homologação da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), reforçando o pagamento de uma contribuição sindical;

- c) Promulgação de outra Constituição, em 1946, com uma estrutura de saúde estruturada centralizada com múltiplos programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias;
- d) Criação do Ministério da Saúde, em 1953;
- e) Realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963, que rediscutiu a distribuição de responsabilidades entre os Entes Federativos, bem como avaliou criticamente a realidade sanitária do país e revelou uma clara proposição de municipalização dos serviços de saúde;
- f) Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, órgão que passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais;
- g) Realização da Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, em 1978, que se posicionou contra a inacessibilidade dos serviços médicos às grandes massas populacionais e reafirmou que a saúde é de responsabilidade política dos governos.

Apesar de acontecimentos importantes terem ocorridos neste período, não houve mudanças significativas na área da saúde, uma vez que esta continuava associada à assistência previdenciária, com caráter de cunho individual, ou seja, restringindo-se apenas aos trabalhadores, além da carência de capacidade gerencial e estrutura técnica. Os movimentos pela reforma do sistema, pela universalização e descentralização dos serviços de saúde também não tiveram muito êxito, pois o regime autoritário da época os reprimiam.

Com o fim da ditadura militar, os líderes dos movimentos em prol da saúde pública assumiram importantes posições nos órgãos responsáveis pela saúde do país. As reações foram tão imediatas que, em 1986, foi promovida a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada o evento mais significativo de todo o processo de construção e democratização da história da saúde no país. (BRASIL, 2007a)

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Nessa Conferência, que contou com a presença de mais de 4 mil pessoas, evidenciou-se que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional. (BRASIL, 2007a, p. 30)

O evento discutiu ainda a necessidade de segregar a saúde previdenciária, estrutura que, até então, vinha sendo defendida pelo Estado.

Para os conferencistas, a Previdência Social deveria ater-se às ações próprias do seguro social, enquanto a Saúde deveria ser entregue a um órgão federal com novas características. [...] Assim, foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde que se aprovou a criação de um Sistema Único de Saúde, que se constituísse em um novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação à Previdência (BRASIL, 2007, p. 30).

Após muitos debates e discussões sobre como se daria a construção do Sistema Único de Saúde, também conhecido como SUS, em 1988, a nova Constituição Federal aprovou a sua criação e reconheceu a saúde como um direito assegurado pelo Estado.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

A atual legislação definiu também um novo conceito de saúde: resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais.

Com estas inovações, a Constituição Federal de 1988 foi considerada “marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública” (BRASIL, 2007a). Percebe-se que o SUS cria o compromisso da União, estados e municípios para com o bem-estar sociedade e submete a estas três esferas a responsabilidade pela regulamentação, fiscalização e controle das ações e dos serviços de saúde.

Em 1990, é aprovada a Lei n. 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A referida Lei tem por objetivo regulamentar as bases operacionais do SUS, tais como atribuições, diretrizes, organização, gestão e financiamento.

O novo sistema de saúde abrange todo o território nacional, de forma regionalizada e hierarquizada, compondo-se do conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Contudo, não exclui a participação da iniciativa privada, que pode participar do sistema de forma complementar (BRASIL, 1988). “Isto quer dizer que nenhuma ajuda deve ser dispensada no

esforço conjunto de se alcançar as metas de saúde do povo brasileiro” (BRASIL, 2007b, p. 19).

Para exercer seus objetivos, dentre estes, estabelecer ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, o SUS deve desenvolvê-los baseados nos princípios da universalização, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária, conforme Art. 7º, da Lei 8.080 (BRASIL, 1990).

O princípio da universalidade do SUS consiste no atendimento, sem restrições e exclusões, de todos os brasileiros, com a prestação dos serviços de saúde de forma gratuita, ou seja, sem qualquer custo. Atrelado a este primeiro, o princípio da equidade garante que o atendimento à população seja realizado de forma justa e de acordo com a necessidade de cada um “canalizando maior atenção aos que mais necessitam” (PEREIRA, 2004, p. 10).

Para Pereira (2004), a descentralização é o processo de transferência de responsabilidades de gestão com definição de atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS. Dentre estes entes governamentais, os municípios foram os que receberam funções, pois antes da criação da Constituição Federal de 1988 suas responsabilidades eram mínimas. Entretanto, passaram a serem peças fundamentais para o sucesso do sistema único, uma vez que estes poderiam agir diretamente nos problemas locais.

Ligados ao processo de descentralização da saúde estão os princípios da regionalização e da hierarquização. Este determina que, embora haja a delegação de competências, a direção do sistema deve ser única, sendo exercida, nesta ordem de poder, pelos seguintes órgãos: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 2007).

Entretanto, o princípio da regionalização veio reforçar que a hierarquização do SUS entre os entes governamentais era apenas um meio de estruturar e organizar o novo sistema de saúde, e não uma relação de subordinação. Pelo contrário, a divisão regional da saúde motivou “a integração e a interlocução das diversas esferas do governo nos fóruns de negociação e pactuação para viabilizar maior acesso da população aos serviços de saúde” (ANDRADE, 2007).

Por fim, o último princípio do SUS propõe a participação popular, ou seja, é direito de todo cidadão a fiscalização da gestão dos recursos e transferências do sistema único, bem como é dever do Estado disponibilizar as informações necessárias para que isto aconteça. Esta garantia ficou assegurada desde 1990, com a criação da Lei n. 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, instituindo duas instâncias para o controle da execução da política de saúde em cada esfera de governo: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Estes órgãos têm por objetivo garantir a transparência da gestão do SUS e motivar a participação social.

4.2 O desafio da qualidade da gestão da SUS e os consórcios públicos de saúde

Muito embora o projeto do Sistema Único de Saúde do Brasil tenha sido revolucionário e inovador, a sua implantação não foi realizada com o sucesso esperado. O grande desafio ficou para os municípios que receberam, de forma repentina, uma enorme carga de responsabilidades, pois se sabe que a saúde é uma área que requer um montante de recursos muito grande, isto porque, a estrutura física, técnica e intelectual é muito cara, e muitos municípios não estavam preparados financeiramente para isso.

Com o processo de descentralização do setor de saúde, “a capacidade técnica e operacional dos municípios foram pouco fortalecidas e as dificuldades financeiras [...] ocasionaram diferenças e desigualdades na implantação do SUS nas diversas regiões do País” (CEARÁ, 2010, p. 6).

Ocorreu, então, que os municípios de grande e médio porte desenvolveram uma estrutura de atenção à saúde muito superior aos de pequeno porte. Estes passaram a enfrentar grandes dificuldades, pois a sua receita era tão pequena diante dos gastos exigidos que nem mesmo os serviços mais básicos eram oferecidos, ocasionando uma forte dependência de repasses dos estados e da União, bem como se transformando em um grande obstáculo no desenvolvimento das ações estabelecidas pelo SUS.

Para Ribeiro e Costa (2000), a ênfase dos municípios como agentes e protagonistas da descentralização promovida pelo SUS, considerado um processo acelerado de inovações, deixou evidente a baixa capacidade de governo dos municípios, em especial os de pequeno porte.

Em meio a esta problemática, surge a necessidade de cooperação entre os entes governamentais para ajudar os municípios que se encontravam em situação de dificuldades. E o meio mais viável, difundido principalmente entre os municípios, foram os consórcios públicos de saúde. Para Neves e Ribeiro (2006), este tipo de pacto apareceu como uma das alternativas de organização regional capaz de superar problemas de oferta de serviços de saúde, resultando em vantagens para os municípios consorciados e sua população.

Segundo Dallabrida e Zimmermann (2009), a fragmentação dos serviços de saúde sem a proporcional descentralização dos recursos fez com que muitos municípios adotassem a cooperação, por meio de consórcios, como alternativas para satisfazer as demandas locais e regionais.

Neste contexto, Lima (2000) também corrobora ao afirmar que as necessidades de otimização de estrutura física e de acesso a novas tecnologias médicas e as carências de recursos materiais e humanos apresentados nos municípios de pequeno porte para implantação e desenvolvimento de ações de saúde, somadas às deficiências típicas do interior do país, foram fatores que aumentaram a busca por parcerias que facilitassem o processo de gestão e organização dos sistemas de saúde.

Assim, os primeiros consórcios em saúde surgiram no interior das regiões Sul e Sudeste, entre 1986 e 1993, formados pelo agrupamento de municípios de pequeno porte em torno de um médio. Estes consórcios caracterizavam-se por livres iniciativas para resolver problemas comuns, principalmente os serviços de caráter assistencial. (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

O primeiro consórcio público em saúde que se tem registros no Brasil surgiu em 1986, na região de Penápolis, em São Paulo (NICOLETTO; CORDONI JR.; COSTA, 2005). Segundo estudos de Guimarães e Giovanella (2004), o Consórcio Intermunicipal de Saúde em Penápolis (CISA) foi criado mediante financiamento do governo estadual junto ao BNDES. Com o fim desse incentivo, a sustentabilidade foi garantida de forma autônoma pelos municípios associados, representando a experiência mais duradoura na área. Para Neves e Ribeiro (2006), o sucesso desse consórcio se deu pela busca da reestruturação da oferta centralizada na ampliação de consultas de especialidades, se preocupando, sempre, em manter uma rede mínima para a assistência básica em cada município.

De uma forma geral, os consórcios públicos de saúde no Brasil são formados por municípios que se unem para manter o funcionamento e a provisão de serviços, fornecendo assistência médica especializada (NEVES; RIBEIRO, 2006), permitindo a estes entes “a

formação de parceria, para obtenção de maior ganho de escala e melhorar a capacidade técnica, gerencial e financeira na prestação de serviços públicos” (CEARÁ, 2010, p. 6).

São algumas vantagens dos consórcios públicos de saúde (CEARÁ, 2010):

- a) Melhorias no acesso aos serviços de saúde, ampliando sua oferta, com maior resolubilidade e qualidade;
- b) Redução dos custos operacionais, promovendo a eficiência e a eficácia na aplicação dos recursos financeiros;
- c) Obtenção de ganho de escala na compra de medicamentos, equipamentos e material de consumo.
- d) Compartilhamento recursos, equipamentos, pessoal, prestação de serviços e outros, entre os membros do consórcio;
- e) Fortalecimento das instâncias locais e regionais e do processo de descentralização, formando vínculos de cooperação e de gestão compartilhada;
- e
- f) Integração de diferentes realidades locais, preservando suas peculiaridades, na busca da solução de problemas comuns.

Diante do exposto, Nicoletto, Cordoni Jr. e Costa (2005) esclarecem que os consórcios na área da saúde se tornam um importante mecanismo de regionalização da oferta pública dos serviços, pois se adequam ao perfil demográfico e epidemiológico da população. Isto porque “os municípios se associam para resolver problemas específicos de sua região. Assim, cada consórcio adquire peculiaridades e características próprias” (MULLER; GRECO, 2010, p. 2).

Para Neves e Ribeiro (2006), os consórcios de saúde são modelos alternativos e inovadores no preenchimento das lacunas da assistência à saúde, pois o forte vínculo com o processo de regionalização, tornaram-se fundamentais ao processo de reforma administrativa da área, buscando maior eficiência, qualidade e racionalidade na prestação e oferta de serviços à população.

4.3 A regionalização no Ceará e a nova rede de saúde do Estado

Obedecendo ao princípio de regionalização, o Estado do Ceará foi um dos pioneiros na implantação de um modelo de descentralização dos serviços de saúde. A primeira tentativa do Estado na institucionalização de uma estrutura administrativa surgiu em

1933, com a Reforma Pellon. As ações reformistas criaram uma estrutura com o objetivo de formar distritos sanitários para controlar e prevenir alarmantes surtos epidêmicos. Ao todo, foram cinco distritos: Fortaleza, considerado o distrito sede, além de Aracati, Quixadá, Juazeiro do Norte e Sobral; todos contando com um posto de higiene fixo e um posto itinerante (CEARÁ, 2006; BARBOSA, 2013).

Em 1961, a estrutura organizacional da Administração Pública Estadual passou a ter uma Secretaria de Saúde e Assistência do Estado, que até então estava atrelada à Secretaria de Educação. Esta decisão política promoveu ações estratégicas de mais alta relevância para a área socioassistencial (CEARÁ, 2006).

Em 1971, já existiam oito regiões de saúde com Centros Executivos Regionais. Em 1974, esse número elevou para 14 (quatorze). Mas foi somente em 1998, com a aprovação das diretrizes para organizar a atenção à saúde no Ceará, que os princípios da regionalização e hierarquização do SUS tiveram efeito. Segundo Lopes (2007), para chegar a uma estrutura condizente às diretrizes de regionalização, foi necessário uma articulação entre a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE) e consultores externos (nacionais e internacionais), com a parceria do governo britânico, mediante o apoio e financiamento do Department for International Development (DFID/UK).

O estudo aprofundado desenvolvido por esta parceria procurou obedecer aos princípios e diretrizes do SUS, bem como aderir às recomendações dos consultores. O resultado foi a divisão do Estado em 20 (vinte) microrregiões e três macrorregiões de saúde, segregadas conforme a convergência dos fluxos dos usuários no estado (LOPES, 2007).

Ao mesmo tempo em que foi aprovada a microrregionalização, a SESA implantou um projeto piloto, na Microrregião de Baturité, a fim de dar início à operacionalização da nova divisão da rede de saúde, bem como ampliar a experiência para as demais microrregiões.

Além dos consultores e do Department for International Development/DFID, já referidos, dois atores coletivos se destacaram neste momento: a Associação dos Municípios do Maciço de Baturité/AMAB, com o apoio dos prefeitos da região ao projeto; e a Escola de Saúde Pública do Ceará/ESP-CE, vinculada da SESA, com o suporte pedagógico e operacional para uma das atividades do projeto piloto: a realização do Curso de Gestão de Sistemas Microrregionais. Esse curso foi desenvolvido, a partir de novembro de 1998, com um seminário de “sensibilização”; sendo organizado e ministrado com a atuação dos técnicos da Secretaria e da Escola de Saúde Pública (LOPES, 2007, p. 40).

A partir da implantação desse projeto, a SESA passou a promover eventos e seminários para que as demais microrregiões pudessem conhecer o funcionamento e as diretrizes da nova articulação da saúde, bem como discutir uma forma de pactuação que

pudesse equilibrar os interesses de todos os municípios. O referido curso tinha como principais espectadores os secretários municipais, seus assessores e equipe técnica da secretaria estadual. “Em 2000, o processo foi ampliado para mais cinco microrregiões, com a de Quixadá tendo sediado o curso de gestão subsequente” (LOPES, 2007, p. 40).

Em 2001, com a implantação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001) e, posteriormente a sua atualização (NOAS 01/2002), o Estado do Ceará viu-se na obrigação de modelar sua estrutura aos planos federais. Segundo Lopes (2007), ambas as normas estabeleceram a ampliação das responsabilidades dos municípios na atenção básica da saúde, promoveram a organização dos sistemas com base no processo de regionalização e delegaram às Secretarias de Saúde a função de coordenadoras das mudanças.

Para garantir que os gestores cumpririam com os acordos impostos pelo processo de microrregionalização, foram criados três instrumentos para auxiliar na operacionalização da pactuação: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Com estes mecanismos, ficou estabelecida a continuidade do Curso de Gestão de Sistemas Microrregionais, para capacitação dos gestores de saúde, bem como a nova estrutura do sistema de saúde do estado, composta por 96 módulos assistenciais, 29 polos microrregionais, 21 microrregiões e três macrorregiões de saúde (BARBOSA, 2013).

Lopes (2007) elenca, ainda, outras melhorias advindas das normas operacionais, a saber:

- a) Planos de gestão para as 21 microrregiões, com indicativos da estruturação inicial dos sistemas de gerência;
- b) Realização de contratos com os hospitais dos municípios sede e contratos internos entre as próprias unidades da microrregião;
- c) Implantação de *softwares* nas centrais de regulação das micro e macrorregionais; e
- d) Implantação de estratégias para fortalecer a microrregionalização, voltadas à melhoria da atenção primária e à satisfação dos usuários, utilizando os protocolos da atenção, as pesquisas de opinião sobre os serviços e as ouvidorias, na SESA e em suas unidades próprias.

Após a criação das NOAS, a descentralização da saúde no Estado do Ceará ganhou ainda mais forças no período de 2003 a 2006, cuja gestão foi “marcada pela continuidade das estratégias do governo anterior e também referenciada nas diretrizes

vigentes e nos ajustes que se fizeram necessários quando ocorreram mudanças na política nacional” (LOPES, 2007, p. 44). A principal iniciativa do período foi a implantação do Programa “Saúde Mais Perto de Você”. Este consistiu em investimentos nos hospitais polo, especificamente na contratação de médicos especialistas, bem como custeou a implantação de Centros Especializados de Odontologia, popularmente conhecidos como CEO’s. (BARBOSA, 2013; LOPES, 2007).

Em 2006, foi definido um novo Plano Diretor de Regionalização (PDR) para o Estado do Ceará. Este instrumento redesenhou as regiões de saúde do Estado, identificando “os municípios polo e de apoio ao sistema de referência microrregional para a assistência de média e alta complexidade; sendo aí considerada a capacidade resolutive dos serviços nos sistemas municipais” (LOPES, 2007, 45). Tem-se, então, a criação da 22ª microrregião de saúde de Cascavel e o deslocamento de alguns municípios que mudaram de microrregião.

Hoje, o Ceará conta com 22 microrregiões, assim divididas sob os critérios de: malha viária, proximidade dos municípios, deslocamento da população aos serviços de saúde, capacidade máxima dos serviços de saúde existente nos municípios e disposição política para pactuação (CEARÁ, 2010), culminando na atual configuração da regionalização da saúde no Estado do Ceará, cuja estrutura apresentada pode ser observada no Mapa dos Municípios que compõem as Macrorregiões e Microrregiões de Saúde do Ceará (Anexo A).

Aas microrregiões oferecem os serviços de atenção secundária, os quais incluem aqueles considerados de média complexidade, exercidos por um conjunto de municípios para a otimização dos recursos públicos na busca de soluções para problemas comuns (CEARÁ, 2010).

O Estado do Ceará conta ainda com uma divisão macrorregional, ou seja, um conjunto de microrregiões cujos serviços convergem para os polos terciários do Estado quando não são capazes de atender as demandas mais complexas. As microrregiões são: Fortaleza, Sobral, Sertão Central e Cariri; também apresentadas no Anexo A (CEARÁ, 2010).

As macrorregiões desenvolvem a atenção terciária, constituída por serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade e alto custo, tais como serviços de urgência e emergência, atenção à gestante de alto risco, cardiologia, oncologia, neurologia e atenção ao paciente grave (CEARÁ, 2010).

Esta preocupação em agrupar municípios com características similares, seja em macrorregiões ou em microrregiões, teve o propósito de tentar facilitar e fortalecer as ações e serviços de saúde na defesa dos interesses da coletividade dos municípios cearenses.

O atual Governo do Estado do Ceará, desde 2007, segue firme na aderência da regionalização da saúde. O Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado do Ceará, lançado pelo atual governo em 2011, objetivou:

contribuir para a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços especializados de saúde, promovendo a integração entre os distintos níveis de atenção, com a expansão da cobertura da assistência especializada em todas as microrregiões do interior do estado. As ações que embasam o Programa deverão repercutir de forma positiva no conjunto dos indicadores da saúde do estado e a consequente melhoria da qualidade de vida da população cearense. É importante frisar que, sobretudo e além da expansão pura e simples da capacidade instalada e da oferta de serviços, o Programa refere o reordenamento da rede de atenção à saúde e da efetiva possibilidade do estado exercer o papel de regulador dessa rede, objetivo intermediário sem o qual não se atinge a capacidade de exercer a efetiva Gestão do Sistema (CEARÁ, 2011).

A estrutura e formatação do Programa pode ser acompanhada no Quadro 1.

Quadro 1 – Estrutura do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado do Ceará

Construção (Obras e Equipamentos)	Fortalecimento Institucional	Perfil Físico-Funcional da Unidade	Produção da Unidade (Cobertura)
2 Hospitais Regionais (Macrorregião do Cariri e de Sobral)	Acreditação e certificação	Média de construção de 209 leitos, com unidades de emergência, serviços auxiliar de diagnóstico e terapia, salas de centros cirúrgicos e ambulatório	Abrangência de atendimento é de 1.300.000 habitantes para o Hospital Regional do Cariri e cerca de 1.500.000 habitantes para o Hospital Regional de Sobral
12 Policlínicas Tipo I	Sistema informação integrado	Implantação de 10 especialidades, com 11 consultórios	Realização de 3.696 consultas médicas especializadas por mês, com uma média anual de 44.352 consultas
9 Policlínicas Tipo II	Acompanhamento e controle da gestão	Implantação de 13 especialidades, com 13 consultórios	Realização de 4.804 consultas médicas especializadas por mês, com uma média anual de 53.856 consultas
16 Centros Especializados de Odontologia – CEO	Cursos e especialização para gestores	Implantação de 6 especialidades com 11 cadeiras odontológicas	Realização mensal de 2.992 procedimentos odontológicos especializados, com uma média de 770 pacientes com tratamento concluídos / mês

Fonte: Sousa (2011).

Pode-se perceber que a nova rede de saúde do Estado do Ceará, imposta pelo atual governo, contribui para melhorar as condições de saúde da população cearense, mediante a expansão do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços especializados de saúde, promovendo a integração entre os distintos níveis de atenção.

no tocante ao desenvolvimento do Programa, até julho de 2013, já foram construídas, inauguradas e estão em pleno funcionamento:

- a) 10 policlínicas, localizadas nos municípios Tauá, Baturité, Camocim, Acaraú, Brejo Santo, Aracati, Itapipoca, Campos Sales, Sobral e Pacajus, ampliando e facilitando o acesso a exames e a consultas com especialistas;
- b) Na saúde bucal, já são 15 novos CEOs regionais construídos pelo governo do Estado e em funcionamento em Acaraú, Baturité, Brejo Santo, Camocim, Canindé, Cascavel, Caucaia, Crateús, Crato, Itapipoca, Juazeiro do Norte, Limoeiro do Norte, Russas, Sobral e Ubajara, com a população tendo acesso a serviços de ortodontia, periodontia, endodontia e até a diagnóstico de câncer de boca. Em todos, há atendimento a pessoas com deficiência;
- c) 2 hospitais regionais localizados em Sobral e Cariri (CEARÁ, 2013).

A população de outras regiões do Estado terão mais 12 policlínicas, totalizando 22 unidades, uma para cada microrregião. Na nova rede de novos CEOs regionais, já existem três unidades prontas sendo equipadas para atender os municípios de Icó, Maracanaú e Quixeramobim, bem como mais uma que será construída em Campos Sales, somando 19 CEOs. Quanto aos hospitais regionais está em fase de, em Quixeramobim, o Hospital e Maternidade do Sertão Central, além disso, está pronto para ser publicado o edital de licitação do Hospital Regional Metropolitano, que desafogará o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e o Instituto Dr. José Frota (IJF), importantes hospitais da capital (CEARÁ, 2013).

Embora não presentes no Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado do Ceará, a rede de saúde cearense conta ainda com os serviços de urgência e emergência das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24 horas). Com apoio do Ministério da Saúde, o governo do Estado já instalou seis unidades em Fortaleza, uma em Maranguape, uma em Caucaia e uma em Eusébio; reforçando a prestação dos serviços de saúde do Estado (CEARÁ, 2013).

A estrutura da nova rede de saúde do Estado do Ceará parece ser, realmente, inovadora e capaz de resolver os problemas da prestação de serviço de saúde no Estado. Entretanto, a disponibilização de uma infraestrutura moderna não é o suficiente para que o sucesso seja garantido. É preciso, acima de tudo, uma boa gestão para que o funcionamento do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde seja capaz de produzir os efeitos esperados.

Pensando nisso, nos últimos oito anos, a proposta de formação de consórcios públicos intermunicipais no Ceará vem sendo amadurecida pela Secretaria da Saúde do Estado, isto porque, como foi vista nas seções anteriores, a articulação de consórcios “favorece a divisão de responsabilidades entre gestores municipais de uma determinada região e de apoio do Estado para a solução de problemas de saúde mais complexos”, promovendo a integração, a racionalização dos custos e a otimização de resultados (CEARÁ, 2008).

Tendo o consórcio público como modelo de gestão adequado, o Governo do Estado definiu que as policlínicas e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), por constituírem as unidades da estrutura de saúde dos municípios, serão administrados por consórcios públicos, que proporcionam um controle integrado; e os hospitais regionais, por terem uma demanda bem superior, ficarão sob a responsabilidade de entidades privadas denominadas de Organização Sociais de Saúde (OSS), que em parceria com o poder público visam o gerenciamento de grandes hospitais (SOUSA, 2011). Entretanto, para fins desta pesquisa, apenas os consórcios públicos interessam.

A escolha pela gestão dos consórcios públicos deve-se ao fato destes proporcionarem um modelo assistencial cabível à saúde, pois fortalecem a adesão dos municípios ao Programa estabelecido do Governo do Estado, contribuindo para uma visão sistemática dos problemas da área, e, conseqüentemente, para uma resolutividade mais eficiente. Além disso, o financiamento pactuado com base em resultados, estabelecido nos Contratos de Programa, de Rateio e de Gestão, garante maior rigidez no controle dos recursos, assegurando segurança e transparência no uso do dinheiro público.

Para verificar se o perfil de qualidade imposto pelo modelo de gestão dos consórcios públicos de saúde é realmente tão vantajoso, a ponto de tornar-se referência para os demais sistemas de saúde do país, será realizado um estudo de caso de um consórcio.

5 METODOLOGIA

Nesta seção é apresentada a metodologia da pesquisa, com intuito de explicar os métodos, técnicas e procedimentos utilizados para investigar o objeto de estudo a fim de responder o problema e alcançar os objetivos inicialmente propostos.

5.1 Caracterização da Pesquisa

A metodologia, segundo Richardson *et al.* (2010), define-se como o conjunto de métodos para se alcançar um objetivo, ou seja, são todos os procedimentos utilizados na busca de uma pesquisa. Collis e Hussey (2005) esclarecem que a metodologia é a processo geral de tratar uma pesquisa, desde a sua base teórica até a coleta e análise de dados. Esta deve está interessada em responder questões como: “Por que você coletou determinados dados? Onde, quando e como você os coletou? Como você os analisará?”.

A presente pesquisa caracteriza-se, quanto ao método científico, como dedutiva. No método dedutivo pressupõe-se que haja uma verdade geral e que esta, por meio de lógica dedutiva, servirá de base para novos conhecimentos. Collis e Hussey (2005) esclarecem que para este tipo de estudo, primeiro é desenvolvida uma estrutura conceitual e teórica para, posteriormente, ser testada pela observação empírica. Logo a pesquisa passa a ser deduzida a partir de inferências gerais.

Quanto aos meios técnicos de investigação, utilizou-se a técnica observacional, pois os dados foram coletados através de situações reais. Richardson *et al.* (2010) conceitua a observação como sendo um exame detalhado e minucioso focado em um fenômeno como um todo ou parte dele, de modo a entender e caracterizar de forma precisa o objeto examinado.

Quanto ao tipo de observação, a pesquisa caracteriza-se por utilizar a observação não participante, ou seja, o investigador não é membro do grupo observado, apenas atua como um espectador, um observador atento que procura ver e registrar o máximo de informações necessárias ao entendimento e desenvolvimento de seu trabalho (RICHARDSON *et al.*, 2010).

Quanto à abordagem dos dados, a pesquisa é qualitativa, pois se caracteriza pela descrição, compreensão e interpretação de fatos e fenômenos (MARTINS; TEÓFILO, 2009). Conforme Collis e Hussey (2005), esse tipo de método adotado pelo pesquisador é

subjetivo, pois o entendimento da pesquisa depende da análise e do reflexo das percepções estudadas.

Quanto aos objetivos, a pesquisa caracteriza-se por ser exploratória com análise descritiva dos dados. A pesquisa exploratória, conforme leciona Collis e Hussey (2005), desenvolve-se em torno de um problema em que há poucos ou nenhum trabalho anterior em que se possa basear.

Quanto ao delineamento da pesquisa, esta é bibliográfica, por ser elaborada de materiais já desenvolvidos por outros autores, como por exemplo, livros e artigos. Para Martins e Teóphilo (2009, p. 54), “trata-se de estratégia de pesquisa necessária para a condução de qualquer pesquisa científica”, pois “busca conhecer, analisar e explicar contribuições sobre determinado assunto, tema ou problema”.

A presente pesquisa também se caracteriza como documental, pois utiliza documentos como fontes de informações, tais como: documentos arquivados em entidades públicas, fotografias, diários, mapas, etc. Muitas vezes confundida com a bibliográfica, a pesquisa documental difere-se desta, pois

a pesquisa bibliográfica utiliza fontes secundárias, isto é, materiais transcritos de publicações disponíveis na forma de livros, jornais, artigos etc. Por sua vez, a pesquisa documental emprega fontes primárias, assim considerados os materiais compilados pelo próprio autor do trabalho, que ainda não foram objeto de análise, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os propósitos da pesquisa. (MARTINS; TEÓPHILO, 2009, p. 55)

A pesquisa também compreende um estudo de caso, a fim de explorar e descrever uma situação real e atual. De acordo com Martins e Teóphilo (2009), define-se estudo de caso a investigação profunda e exaustiva de uma unidade social, dentro da sua realidade.

Para Yin (2010), o estudo de caso investiga profundamente o contexto real um fenômeno contemporâneo, principalmente quando as questões que se buscam sobre tal acontecimento não são claramente evidentes, o que caracteriza uma investigação empírica.

Como instrumento de pesquisa foi utilizado a entrevista. De acordo com Martins e Teóphilo (2009, p. 88), a entrevista é “uma técnica de pesquisa para coleta de informações, dados e evidências, cujo objetivo básico é entender e compreender o significado que os entrevistados atribuem a questões e situações, em contextos que não foram estruturados anteriormente”.

5.2 Delineamento da Pesquisa

Inicialmente, para a escolha do tema desta pesquisa foi definida uma área de interesse: Contabilidade e Administração Pública. Isto porque, durante toda a fase acadêmica, esta foi a única área de atuação da autora que vos escreve. O primeiro contato com o setor público surgiu através de uma oportunidade de estágio no Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará (TCM/CE), órgão responsável pelo auxílio no controle externo da Administração Municipal, oferecendo orientação técnica às administrações municipais e emitindo pareceres relativos às contas anuais prestadas pelos prefeitos, especialmente no que se trata sobre a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial.

A segunda e atual convivência está relacionada à experiência profissional desenvolvida na Associação Cearense de Estudos e Pesquisas (ACEP), cujo exercício define-se na realização de relatórios de gestão dos municípios, no qual são diagnosticados, por meio de análise de documentos públicos, se as ações da administração pública local estão sendo coerente com o que lhe cabe. Assim, o constante experimento com o setor público e o conhecimento adquirido facilitou na especificação do tema desta pesquisa.

Entretanto, a área de contabilidade e administração pública oferece um leque de temáticas. Mas o objetivo primordial era debater um tema ainda novo, pouco explorado por pesquisadores e ao mesmo tempo relevante. Foi então lançado um desafio: pesquisar sobre consórcios públicos. Este era, até então, um assunto do qual o conhecimento era mínimo, mas a ideia de pesquisar algo inovador parecia interessante.

Segundo conceitos de Flick (2009), o pesquisador deve ter a sua disposição uma boa base teórica para que possa compreender o potencial da sua pesquisa, procurando na revisão da literatura encontrar respostas para perguntas como: O que já foi descoberto sobre esse ponto em particular? Quais as teorias utilizadas e mais discutidas nessa área? Quais as questões ainda em aberto? O que ainda não foi estudado?

O resultado destas indagações foi surpreendente: pouco se havia estudado sobre consórcios públicos, principalmente no que tange à sua forma de constituição e funcionamento. Material bibliográfico, como livros, por exemplo, é praticamente escasso. Alguns ainda abordam o tema ao tratar de administração pública, mas não com a profundidade necessária para obter o conhecimento exigido nesta pesquisa.

Algumas publicações de produção científica, tais como artigos e dissertações, podem ser encontradas na *internet*. Contudo, dentre os poucos trabalhos localizados apenas

um se assemelhou ao objetivo desta pesquisa de analisar as atividades desenvolvidas pelos consórcios públicos de saúde, evidenciando normas, procedimentos de gestão e resultados. Trata-se da dissertação de mestrado de Calderan (2013), que focalizou os consórcios públicos de gerenciamento de resíduos sólidos domésticos, o qual dedicou parte de seu referencial teórico em apresentar e entender a gestão dos consórcios públicos, assim como o presente trabalho.

Aproveitando-se desta escassez bibliográfica, optou-se por usar fontes alternativas para complementar a literatura da pesquisa, tais como guias, manuais e apresentações de *slides* disponibilizados por órgãos públicos em seus sítios. Estes materiais foram divulgados para nortear os gestores municipais, durante alguns eventos, e difundir o conhecimento a cerca dos consórcios públicos.

Ainda na revisão bibliográfica, foi realizada uma análise descritiva dos dados contidos no *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre o perfil dos consórcios públicos no Brasil através da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC). Os dados desta Pesquisa foram divulgados pelo Instituto em formato de tabelas, os quais descreviam detalhadamente, em números, a distribuição dos consórcios em diversas categorias. Entretanto, para facilitar o entendimento do leitor, essas estatísticas numéricas foram transferidas para planilhas do Excel, uma ferramenta do *Microsoft Office* que trabalha com cálculos e construção de gráficos. Depois de abancados no Excel, os dados numéricos foram transformados em gráficos, os quais estão dispostos nesta pesquisa.

Apresentado o referencial teórico, ficou confirmado que o consórcio público escolhido para estudo de caso desta pesquisa possui um perfil peculiar e de grande destaque entre os demais consórcios, por realizar serviços em uma área de grandes demandas que é a saúde e por envolver entes da Federação que mais se consorciaram entre si, municípios, em especial os de pequeno porte, e o estado.

O consórcio definido para o estudo de caso deste trabalho foi o Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel – CE (CPSRCAS). O principal motivo na escolha deste consórcio foi a facilidade de se obter as informações. Isto porque o Diretor Administrativo-Financeiro do referido consórcio, o Sr. Bruno Eloy, é ex-aluno do orientador desta pesquisa.

A coleta de alguns dados sobre o CPSRCAS foi recolhida no *site* do consórcio. As informações coletadas correspondem desde documentos de legislação e finanças a notícias e fotos divulgadas no sítio eletrônico. Entretanto, algumas lacunas não foram preenchidas,

havendo a necessidade de realizar uma entrevista com o gestor do consórcio para que as dúvidas fossem sanadas, assegurando a credibilidade da pesquisa.

O então Diretor Administrativo-Financeiro do Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel – CE foi formalmente informado da possível realização de uma visita *in loco* para a obtenção de informações exclusivas e acesso à rotina do consórcio. Este, prontamente, se colocou à disposição para ajudar, agendando data e horário para a visita. Toda a comunicação deu-se via *email*.

A entrevista deu-se por meio de perguntas pré-estabelecidas e elaboradas pela autora, visando responder ao problema e aos objetivos propostos pela pesquisa. Esta se dividiu em cinco blocos, conforme pode ser observado no Apêndice A desta pesquisa. O primeiro bloco agrupou as perguntas relacionadas ao perfil profissional do entrevistado, a fim de conhecer um pouco da sua trajetória. O segundo bloco enumerou algumas indagações buscando definir a situação dos serviços públicos de saúde na região antes da implantação do consórcio. O terceiro bloco abrangeu perguntas sobre o processo de implantação do CPSRCAS. No quarto bloco, os questionamentos foram voltados ao funcionamento e gestão do consórcio. E o quinto bloco elencou perguntas relacionadas aos resultados já obtidos com a constituição do consórcio na região, bem como as expectativas futuras.

Foram formuladas 43 perguntas, todas de caráter subjetivo, a fim de esclarecer as dúvidas pertinentes. Devido à grande quantidade de questões, dias antes da realização da visita ao Município de Cascavel, o roteiro de entrevista foi enviado, via *email*, ao Diretor Administrativo-Financeiro para que este pudesse ter uma noção do conteúdo das perguntas e separar alguns documentos necessários para responder perguntas de caráter contábil e financeiro.

A entrevista ocorreu no dia 17 de setembro de 2013. Como o Diretor Administrativo-Financeiro já tinha conhecimento dos assuntos a ser tratados, a entrevista foi produtiva. Esta foi gravada, utilizando o gravador de um aparelho telefônico, para que não se tornasse extensa e cansativa. Durante a conversação, foi obedecido o roteiro de entrevista inicialmente imposto, mas isto não impediu que novas perguntas fossem realizadas, caracterizando a entrevista como semiestruturada, conforme explica Martins e Teóphilo (2009, p. 88): “a entrevista semiestruturada é conduzida com uso de um roteiro, mas com a liberdade de serem acrescentadas novas questões pelo entrevistador”.

Foram obedecidas, ainda, algumas orientações impostas por Martins e Teóphilo (2009) para conseguir uma entrevista com resultados satisfatórios, tais como: obter um

referencial teórico que dê suporte ao roteiro de perguntas; manter, durante a entrevista, um clima amistoso; ouvir mais do que falar; e atentar para os itens que o entrevistado deseja esclarecer, sem manifestar opiniões.

5.3 Ambiente da Pesquisa

Como o próprio nome já especifica, o Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel – CE localiza-se no Estado do Ceará, especificamente na Região de Saúde de Cascavel, conforme apresentado na Figura 2, cuja delimitação territorial da Região de Saúde de Cascavel abrange os municípios de Beberibe, Chorozinho, Cascavel, Horizonte, Pindoretama, Pacajus e Ocara, totalizando sete das 184 municipalidades que compõem o Estado. O município sede da região é a cidade de Cascavel, tendo Horizonte e Pacajus como municípios de apoio.

Figura 2 – Região de saúde de Cascavel



Fonte: Adaptado da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (2010).

A Região de Saúde de Cascavel foi a última a ser formada, com sua constituição em 2004. Devido a sua recente implantação, diferentemente das outras regiões, esta não possui em seu território uma Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) própria, estando sujeita ao gerenciamento do CRES de Fortaleza. Por isso, a 22ª região está diretamente ligada à Macrorregião de Fortaleza, como pode ser observado na Figura 2.

Ao todo, a região de Cascavel disponibiliza serviços de saúde a, aproximadamente, 294 mil habitantes, distribuídos conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – População da região de saúde de Cascavel

Município	População (hab.)
Beberibe	49.311
Cascavel	66.142
Horizonte	55.187
Pacajus	61.838
Chorozinho	18.915
Ocara	24.007
Pindoretama	18.683
Total	294.038

Fonte: IBGE (2010).

Conforme observado na Tabela 1, o município de maior população da Região é Cascavel, com 66.142 habitantes. Nota-se, também, que, dos sete municípios membros, quatro são considerados municípios de pequeno porte, a saber: Beberibe, Chorozinho, Ocara e Pindoretama; e três são de médio porte: Cascavel, Horizonte e Pacajus.

6 ESTUDO DE CASO: CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA REGIÃO DE CASCAVEL-CE

Esta seção apresenta a análise do resultado dos dados coletados acerca do estudo desta pesquisa. Tem-se, ainda, a preocupação de mostrar se o Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel - CE atende ao modelo de gestão e às responsabilidades de serviços de apoio técnico do sistema de saúde do Estado do Ceará. Para isso, serão apresentados aspectos históricos e gerenciais, bem como as atividades desenvolvidas e seus efeitos.

6.1 Histórico

Antes da proposta de regionalização, um dos princípios do SUS, o foco da saúde no Ceará eram os grandes centros: Fortaleza, Sobral e Juazeiro. Como não existiam hospitais regionais, grande parte da população cearense recorria aos centros, que tinham por obrigação atender às demandas regionais já que os hospitais “referências” recebiam apoio financeiro do Governo do Estado.

Entretanto, Sobral e Juazeiro não tinham estrutura técnica e equipamentos suficientes para atender às demandas e acabavam encaminhando os pacientes com doenças mais graves para Fortaleza que, por sua vez, ficava sobrecarregada tendo que atender as necessidades dos 184 municípios. Assim, hospitais como o Instituto Dr. José Frota (IJF), Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Hospital de Messejana e Hospital Gonzaguinha, ficavam superlotados.

Com a implantação do SUS, a ideia de regionalizar foi bem aceita entre os gestores de saúde, pois os problemas da região passariam a ser resolvidos localmente. Com a divisão das 22 Regiões de Saúde do Estado do Ceará, cada microrregião recebeu uma estrutura de saúde, composta por um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e uma Policlínica, o que diminuiu a procura pelos grandes centros. Entretanto, para que esse parque de saúde funcionasse de forma eficaz, integral e harmônica, era necessária uma gestão adequada, alcançada com a implantação dos consórcios públicos de saúde em cada microrregião.

Na região de Cascavel, o CPSRCAS é constituído pela parceria dos sete municípios que compõem a 22ª Região de Saúde do Estado, bem como do Governo do Estado

do Ceará e da União. Este foi criado em 2010, mediante a Lei Estadual nº 14.622, de 26 de fevereiro de 2010.

O primeiro município a confirmar sua participação como membro do referido Consórcio foi Ocara, em 2009, seguido pelos municípios de Chorozinho, Pacajus, Horizonte, Cascavel e Pindoretama em 2010. Por último, houve o ingresso de Beberibe, que se integrou apenas 2012, quando solicitou a saída da Região de Saúde de Aracati.

Com sede no município de Cascavel, o Consórcio, de acordo com o seu Estatuto, foi constituído sob a forma de associação pública de natureza autárquica e interfederativa, com personalidade jurídica de direito privado. Sua área de atuação corresponde, única e exclusivamente, aos territórios dos municípios que o integram, visando à promoção de ações de saúde pública assistenciais, prestação de serviços de média complexidade, bem como à troca de experiência e ajuda mútua entre seus membros.

Inicialmente, de acordo com o Estatuto, seu principal objetivo era auxiliar o aparelhamento de saúde do Estado que, juntamente com empresas privadas, eram responsáveis pelo funcionamento das unidades públicas de saúde. Entretanto, ao ser definido como modelo de gestão para policlínicas e Centro de Especialidade Odontológica (CEOs), os objetivos do CPSRCAS, segundo seu Estatuto, passaram a ser:

- a) Planejar, programar e executar programas, projetos, ações, atividades e serviços na área da saúde;
- b) Fortalecer as instâncias colegiadas locais e regionais e o processo de descentralização das ações e serviços de saúde;
- c) Compartilhar recursos financeiros, tecnológicos e de gestão de recursos humanos e, o uso em comum de equipamentos, serviços de manutenção, tecnologia da informação, de procedimentos de licitação, de unidades prestadoras de serviços, instrumentos de gestão, em especial programação assistencial e plano de gerenciamento do consórcio, entre outros, obedecendo às normas da regionalização;
- d) Prestar cooperação técnica, realizar treinamento, estudos técnicos e pesquisa e executar ações conjuntas de prestação de serviços assistenciais e de vigilância em saúde;
- e) 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; e

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

Embora tenha sido constituído em 2010, o Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel só iniciou, efetivamente, suas atividades em 2012. O período compreendido entre a criação e funcionamento, foi marcado pela construção de suas unidades físicas, compra de equipamentos e realização de seleções e concursos para preencher seu quadro de servidores.

6.2 Estrutura Física e Atividades

O CPSRCAS conta, atualmente, com três unidades de atendimento a serviço da população dos municípios que o integram, a saber: a Sede Administrativa, a Policlínica Dra. Márcia Moreira de Menezes e o Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Francisco Mansueto de Sousa.

A Sede Administrativa do Consórcio está localizada no município polo da região, Cascavel. Esta unidade é responsável pelo planejamento, gestão e controle dos recursos do órgão, bem como pelas atividades administrativas, que envolvem desde questões financeiras às pessoais. Na Sede Administrativa são tomadas as decisões para o bom funcionamento e desenvolvimento do Consórcio.

A Policlínica Dra. Márcia Moreira de Menezes, inaugurada no fim de 2011, está instalada no Município de Pacajus. Nesta unidade são oferecidas especialidades médicas de cirurgia geral, fisioterapia, gastroenterologia, ginecologia/obstetrícia, mastologia e oftalmologia, bem como serviços de tomografia, raio x, audiometria, mamografia, endoscopia, radiologia, ultrassonografia e exames de coração.

Recentemente, em 2013, foi inaugurado o Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Francisco Mansueto de Sousa, localizado no Município de Cascavel. O CEO, como é popularmente conhecido, oferece serviços de cirurgia oral, endodontia, ortodontia, periodontia e prótese. Seu grande diferencial é o atendimento aos pacientes com necessidades especiais, uma das maiores conquistas do CPSRCAS.

Ambas unidades clínicas possuem área interna totalmente climatizada com equipamentos de última geração e de qualidade inquestionável, possuindo uma estrutura física dificilmente encontrada em hospitais da capital, até mesmo nos particulares. Atualmente, o CEO e a Policlínica estão em pleno funcionamento para atender às demandas da população da sua região.

6.3 Estrutura Organizacional

O Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel tem sua estrutura organizacional dividida em duas instâncias. A primeira trata-se da Direção Superior, que envolve todos os chefes políticos pertencentes ao Consórcio, assumindo os cargos mais altos. Esta é composta pela Assembleia Geral, Presidência, Conselho Consultivo de Apoio a Gestão do Consórcio e Conselho Fiscal. A segunda compreende os cargos de gerência, denominados de Direção de Assessoramento, formada pela Secretaria Executiva e Procuradoria Jurídica. A hierarquia da estrutura organizacional do CPSRCAS pode ser observada na Figura 3.

Figura 3 – Organograma da estrutura organizacional do CPSRCAS



Fonte: CPSRCAS (2013).

A Assembleia Geral é composta por todos os chefes do Poder Executivo dos membros consorciados, prefeitos, no caso dos municípios, e governador, no caso do Governo do Estado. Estes se reúnem a cada três meses, ou quando convocados, para discutir as deliberações, que devem ser tomadas em consenso ou pela maioria absoluta dos votos. Embora cada Chefe do Executivo tenha suas obrigações para com seus municípios, estes são bastante assíduos no CPSRCAS.

A representação dos votos da Assembleia Geral do CPSRCAS tem como critério a base populacional do município, assim distribuídos:

- a) Municípios até 35.000 habitantes - um voto;

- b) Municípios acima de 35.000 habitantes até 75.000 habitantes - dois votos;
- c) Municípios acima de 75 até 105.000 habitantes - três votos; e
- d) Municípios acima de 105.000 habitantes - quatro votos.

A soma dos votos municipais representa apenas 3/5 (três quintos), ou 60%, do poder de decisão, pois cabe ao Estado do Ceará os demais 40%. Para que o funcionamento da Assembleia Geral possa ser efetivo, pelo menos, a metade de seus membros tem que estar presente e em dia com as obrigações assumidas junto ao consórcio.

A Presidência do Consórcio Público de Saúde de Cascavel é representada pelo Chefe do Poder Executivo do Município de Cascavel, eleito pelos prefeitos integrantes do consórcio, mediante voto secreto e maioria destes. O presidente do CPSRCAS tem por responsabilidade representar, judicial e administrativamente, a instituição pública.

Quanto aos órgãos de conselho, o CPSRCAS possui dois. O Conselho Consultivo de Apoio a Gestão do Consórcio, formado pelos Secretários Municipais de Saúde dos entes consorciados e pelo Coordenador da 22ª Coordenadoria Regional de Saúde de Cascavel que auxiliam no planejamento e gestão de implantação e manutenção do consórcio. E, também, o Conselho Fiscal, composto por um representante de cada um dos entes consorciados, cuja competência principal é acompanhar e fiscalizar permanentemente a contabilidade e as operações econômicas e financeiras da entidade.

Quanto à Secretaria ou Diretoria Executiva do CPSRCAS, órgão responsável pela gestão diária das atividades consorciadas, é a estrutura mais complexa do organograma, pois o Consórcio conta com três unidades: Sede Administrativa, a Policlínica e o Centro de Especialidades Odontológicas; todas contando com um grupo de diretores.

A Sede Administrativa fica sob responsabilidade do Diretor Executivo que, dentre outras atribuições e prerrogativas, responde pelos atos que envolvem o planejamento orçamentário, financeiro, patrimonial e pessoal, bem como assume o controle e coordenação da execução das rotinas administrativas do consórcio como um todo. A Policlínica e o CEO contam com um Diretor Geral e um Diretor Administrativo-Financeiro, cada, responsáveis pelas atividades diárias da sua respectiva unidade médica. Estes devem repassar ao Diretor Executivo todas as informações e documentos necessários à tomada de decisão, agindo harmonicamente para que o funcionamento da entidade seja pleno.

Por último, a Procuradoria Jurídica é responsável pelo assessoramento em assuntos de natureza jurídica, a fim de garantir o controle da legalidade dos atos do Consórcio.

6.4 Gestão de Pessoas

O quadro de pessoal do Consórcio Público de Saúde de Cascavel pode ser formado por servidores remunerados contratados por meio de empregos públicos e funções comissionadas, ou ainda que tenham sido cedidos pelos entes consorciados, bem como alguns cargos temporários. Seu regulamento consta no Regimento Interno do Consórcio, aprovado por resolução da Assembleia Legislativa.

Ficam definidos no Estatuto do CPSRCAS os empregos públicos disponíveis, bem como o valor da remuneração dos respectivos cargos. Estes são preenchidos de acordo com a possibilidade financeira e necessidade do Consórcio. O Quadro 2 apresenta, resumidamente, os cargos do Consórcio, suas formas de provimentos, variação salarial e requisitos indispensáveis para investidura.

Quadro 2 – Quadro geral de empregos do CPSRCAS

Cargo	Provimento	Requisito
Diretor Executivo, Geral ou Administrativo-Financeiro	Comissão	Curso Superior Completo
Procurador Jurídico	Comissão	Curso Superior Completo e registro na OAB
Especialista em Saúde	Concurso Público	Curso Superior Completo
Técnico-auxiliar em serviços operacionais à saúde	Concurso Público	Ensino Médio/Profissionalizante
Técnico Especializado	Concurso Público	Curso Superior Completo
Técnico Especializado	Concurso Público	Ensino Médio/Profissionalizante
Auxiliar de serviços operacionais	Concurso Público	Ensino Fundamental

* Valores atualizados segundo o salário mínimo da época.

Fonte: Estatuto do CPSRCAS (2010).

De acordo com o Quadro 2, são definidos para empregos públicos em comissão a Diretoria Executiva e a Procuradoria Jurídica, cujos ocupantes são indicados pelo Presidente do Consórcio, mediante aprovação da Assembleia Geral. Todos têm, além de formação superior completa, experiência comprovada em Gestão e/ou Saúde Pública e são regidos pelo regime celetista.

Para os demais cargos do Consórcio, desde médicos a auxiliar de serviços gerais, os ocupantes tiveram aprovação em concurso e seleção pública para assumirem as funções que ocupam, obedecendo, assim, o regime estatutário. O CPSRCAS conta ainda com algumas contratações temporárias para atender as necessidades excepcionais da entidade.

Para os cargos de Presidente, membros de Conselhos ou outro cargo exercido pelos Chefes do Poder Executivo no Consórcio, não há direito de remuneração, uma vez que

os serviços prestados são de caráter público relevante, não havendo, por tanto, qualquer adicional relativo à participação no Consórcio.

6.5 Gestão dos Recursos

Conforme dito anteriormente, embora criado em 2010, o Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel já teve as suas atividades desenvolvidas efetivamente em 2012, com a instalação da Policlínica. Com obra e aparelhamento totalmente financiados pelo Governo, o CPSRCAS ficou com a responsabilidade de administrá-la de forma eficaz para que a prestação dos serviços de saúde chegue a seus usuários de forma mais eficiente possível.

Para isso, foi realizado um planejamento orçamentário estimando, para o período, uma receita de R\$ 7.735.190,75 (sete milhões setecentos e trinta e cinco mil cento e noventa reais e setenta e cinco centavos), conforme apresenta a Tabela 2.

Tabela 2 – Previsão da receita - 2012

Especificação	Valor (R\$)
Receita Patrimonial	0,00
Receita de Serviços	0,00
Transferências Correntes	7.735.190,63
Outras Receitas Correntes	0,00
Total	7.735.190,75

Fonte: CPSRCAS (2013).

De acordo com o exposto na Tabela 2, percebe-se que toda a receita prevista para o exercício de 2012 é originada de transferências correntes, oriundas de repasses dos membros do Consórcio. Para as despesas foi fixado o mesmo valor repassado para que o CPSRCAS pudesse exercer as suas atividades, conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Fixação da despesa - 2012

Especificação	Valor (R\$)	%
Créditos Orçamentários e Suplementares	6.715.871,89	87%
Créditos Especiais e Extraordinários	1.019.318,86	13%
Total	7.735.190,75	100%

Fonte: CPSRCAS (2013).

Conforme apresenta a Tabela 3, foi apontado que, aproximadamente, 87% do valor das despesas seriam provenientes de créditos orçamentários e suplementares, ou seja,

aqueles já aprovados no orçamento anual dos membros do Consórcio, e o restante, 13%, de créditos especiais e extraordinários, cujo montante é de R\$ 1.019.318,86 (um milhão dezanove mil trezentos e dezoito reais e oitenta e seis centavos), caso os primeiros não fossem suficientes para arcar as despesas iniciais.

Assim, foi realizado um estudo para avaliar, com base na receita prevista, como esses recursos seriam distribuídos para a manutenção das atividades do Consórcio.

Tabela 4 – Detalhamento da fixação da despesa - 2012

Especificação	Valor (R\$)	%
Manutenção Administrativa	380.000,00	5%
Manutenção do CEO	1.085.190,75	14%
Manutenção da Policlínica	6.270.000,00	81%
Total	7.735.190,75	100%

Fonte: CPSRCAS (2013).

De acordo com o apresentado na Tabela 4, do total dos recursos da receita prevista para o exercício de 2012, R\$ 380.000,00 (trezentos e oitenta mil reais) seriam destinados à manutenção administrativa do Consórcio, o equivalente a quase 5%. A maior parte desses repasses, 81%, seria para a manutenção da Policlínica e 14% para o Centro de Especialidades Odontológicas, cuja conclusão das obras estava prevista ainda para 2012, o que não aconteceu.

Além do plano orçamentário, o Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel teve que definir quanto custaria a manutenção das unidades de atendimento para, posteriormente, ratear entre os membros consorciados. Após muitas discussões, o detalhamento do custeio das atividades do CPSRCAS ficou definido conforme valores apontados na Tabela 5.

Tabela 5 – Detalhamento do custeio do CPSRCAS para 2012

Especificação	Valor (R\$)	%
Manutenção Administrativa	146.796,72	2%
Manutenção do CEO	2.577.970,92	28%
Manutenção da Policlínica	6.543.935,49	71%
Total	9.268.703,13	100%

Fonte: CPSRCAS (2013).

Conforme observado na Tabela 5, o custo total para que o CPSRCAS pudesse exercer suas funções em 2012, foi de R\$ 9.268.703,13 (nove milhões duzentos e sessenta e

oitto mil setecentos e três reais e treze centavos), sendo maior parte desse custeio referente à manutenção das atividades da Policlínica, seguida pelo CEO e pelas rotinas administrativas.

Após a fixação desses valores, foi necessário realizar uma reunião dos componentes da Assembleia Geral para definir como seria o rateio dos custos das duas unidades de saúde entre os sete municípios e o Governo do Estado. Em primeira instância, ficou programado que, para a Policlínica, o custo total anual de R\$ 6.543.935,49 (seis milhões quinhentos e quarenta e três mil novecentos e trinta e cinco reais e quarenta e nove centavos) seria rateado em 40% para o Estado e 60% para os municípios, conforme valores expostos na Tabela 6.

Tabela 6 - Repasse programado para custeio da Policlínica em 2012

Fonte	Custeio (%)	Custeio Anual (R\$)	Custeio Mensal (R\$)
Estado	40%	2.617.574,20	218.131,18
Municípios	60%	3.926.361,29	327.196,77
Total	100%	6.543.935,49	545.327,96

Fonte: CPSRCAS (2013).

Conforme apresentado na Tabela 6, a manutenção das atividades da Policlínica Dra. Márcia Moreira de Menezes, em 2012, ficou estimada em um custo mensal de R\$ 545.327,96 (quinhentos e quarenta e cinco mil trezentos e vinte e sete reais e noventa e seis centavos), sendo 40% desse valor arcado pelo Estado e o restante, R\$ 327.196,77 (trezentos e vinte e sete mil cento e noventa e seis reais e setenta e sete centavos), pelos municípios.

Do valor de R\$ 3.926.361,29 (três milhões novecentos e vinte e seis mil trezentos e sessenta e um reais e vinte e nove centavos) de responsabilidade municipal, foi preciso estabelecer um critério para rateá-lo. A maneira mais justa decidida entre os gestores do Consórcio foi utilizar a base populacional, assim, cada município pagaria o proporcional ao tamanho da sua população e obteria os serviços também nesta mesma proporção.

Assim, após reunião da Assembleia Geral, ficou definido que, dos 60% dos custos da Policlínica de responsabilidade dos municípios, o Município de Cascavel é o que detém maior parte dos gastos, por consequência do tamanho da sua população, com 22,48% do custeio, seguido por Pacajus, Horizonte, Beberibe, Ocara, Chorozinho e Pindoretama, com 21,03%, 18,75%, 16,78%, 8,17%, 6,43% e 6,36%, respectivamente, conforme exposto na Tabela 7. Entretanto, por conter municípios com pouco desenvolvimento, esta forma de rateio tornou-se inviável para muitos destes, pois o valor a ser repassado estava muito elevado.

Tabela 7 – Custeio municipal programado da Policlínica em 2012, com base na população

Município	População*		Custeio	
	Total	%	Valor Anual (R\$)	Valor Mensal (R\$)
Beberibe	49.334	16,78%	658.672,64	54.889,39
Cascavel	66.124	22,48%	882.840,83	73.570,07
Chorozinho	18.920	6,43%	252.606,44	21.050,54
Horizonte	55.154	18,75%	736.377,16	61.364,76
Pacajus	61.846	21,03%	825.724,00	68.810,33
Pindoretama	18.691	6,36%	249.549,00	20.795,75
Ocara	24.012	8,17%	320.591,22	26.715,94
Total	294.081	100,00%	3.926.361,29	327.196,77

*População estimada do ano de 2011

Fonte: CPSRCAS (2013).

Em reunião, a Assembleia Geral do Consórcio resolveu considerar as argumentações dos gestores municipais e decidiu que os repasses poderiam ser calculados levando em consideração a arrecadação do ICMS das localidades. Com este critério, o novo valor a ser pago pelos municípios corresponderia a 10% do montante arrecadado desse imposto, e o mesmo seria descontado instantaneamente, a cada mês, dos cofres públicos municipais, uma forma de garantia para a continuidade dos serviços prestados pelo Consórcio. Este novo método de rateio pode ser observado na Tabela 8.

Tabela 8 - Custeio municipal programado da Policlínica, em 2012, com base no teto de 10% do ICMS

Município	ICMS		Teto mensal de 10% do ICMS
	Arrecadação em 2011	Média Mensal	
Beberibe	3.567.376,40	297.281,37	29.728,14
Cascavel	4.858.454,29	404.871,19	40.487,12
Chorozinho	1.856.050,06	154.670,84	15.467,08
Horizonte	29.706.472,32	2.475.539,36	247.553,94
Pacajus	9.707.388,57	808.949,05	80.894,90
Pindoretama	2.145.361,28	178.780,11	17.878,01
Ocara	1.492.101,01	124.341,75	12.434,18
Total	53.333.203,93	4.444.433,66	444.443,37

Fonte: CPSRCAS (2013).

Diante do exposto na Tabela 8, percebe-se que, de forma geral, o custo mensal da Policlínica tendo como base o teto de 10% sobre a arrecadação do ICMS teve um aumento considerável quando comparado com o critério populacional inicialmente estabelecido, ultrapassando o valor necessário para manutenção das atividades da Policlínica, como pode ser destacado na Tabela 9.

Tabela 9 – Valor real pago pelos municípios para manutenção da Policlínica, em 2012

Município	Valor do Custeio Municipal			% do ICMS pago pelos municípios
	Custeio médio mensal a ser pago pelos municípios com base na população	Custeio médio mensal a ser pago pelos municípios com base no teto de 10% do ICMS	Custo médio mensal real a ser pago pelos municípios	
Beberibe	54.889,39	29.728,14	29.728,14	10,00%
Cascavel	73.570,07	40.487,12	40.487,12	10,00%
Chorozinho	21.050,54	15.467,08	15.467,08	10,00%
Horizonte	61.364,76	247.553,94	61.364,76	2,48%
Pacajus	68.810,33	80.894,90	68.810,33	8,51%
Pindoretama	20.795,75	17.878,01	17.878,01	10,00%
Ocara	26.715,94	12.434,18	12.434,18	10,00%
Total	327.196,77	444.443,37	246.169,62	-

Fonte: CPSRCAS (2013).

Quando comparado os dois métodos de rateio da Policlínica, conforme exposto na Tabela 9, é possível perceber que para a maioria dos municípios é mais vantajoso repassar os valores estabelecidos pelo custeio com base no teto de 10% do ICMS. Entretanto, para os municípios de Horizonte e Pacajus, com este critério, passariam a pagar um valor maior do que o custo com base na população. Isto se deve ao fato que em ambos os municípios há uma grande concentração de indústrias, o que aumenta na arrecadação do ICMS, principalmente em Horizonte, onde o valor do custo com base neste imposto quadruplica.

Percebendo essa divergência entre os dois tipos de rateio, a Assembleia Geral do CPSRCAS optou que cada município repassaria o menor valor estabelecido pelo rateios, a fim de garantir a redução dos custos na prestação dos serviços de saúde. Assim, Beberibe, Cascavel, Chorozinho, Pindoretama e Ocara passam a pagar, mensalmente, o valor acordado com base nos 10% do ICMS; e Horizonte e Pacajus arcam com os custos inicialmente calculados sobre a população, o correspondente a 2,48% e 8,51% da arrecadação do ICMS, respectivamente.

Entretanto, nota-se que o montante do valor mensal a ser pago pelos municípios soma R\$ 246.169,62 (duzentos e quarenta e seis mil cento e sessenta e nove reais e sessenta e dois centavos) está abaixo dos 60% inicialmente estabelecidos, cujo valor era de R\$ 327.196,77 (trezentos e vinte e sete mil cento e noventa e seis reais e setenta e sete centavos).

Mais uma vez pensando na redução dos custeios municipais e na continuidade das atividades do Consórcio, o Governo do Estado revolveu assumir a diferença desses valores, passando a custear um valor mais alto do que os 40% acordados, conforme Tabela 10.

Tabela 10 – Valor real pago pelo Estado para manutenção da Policlínica, em 2012

Descrição	Valor (R\$)
Custeio médio mensal a ser pago pelos municípios com base nos 60% (A)	327.196,77
Custo Médio mensal real a ser pago pelos municípios com base no ICMS (B)	246.169,62
Diferença mensal do ICMS dos municípios assumido pelo Estado (A-B)	81.027,15
Valor mensal a ser pago pelo Estado conforme acordado (40%) (C)	218.131,18
Valor mensal real a ser pago pelo Estado (C+A-B)	299.158,34

Fonte: CPSRCAS (2013).

Conforme dados da Tabela 10, o novo valor de repasse mensal assumido pelo Estado para manutenção das atividades da Policlínica passa a ser R\$ 299.158,34 (duzentos e noventa e nove mil cento e cinquenta e oito reais e trinta e quatro centavos), o equivalente ao percentual de 54,86% do custo total, como pode ser observado na Tabela 11, enquanto o restante do valor fica na responsabilidade dos municípios que compõem o Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel.

Tabela 11 – Novo repasse programado para custeio da Policlínica, em 2012

Fonte	Custeio (%)	Custeio Anual (R\$)	Custeio Mensal (R\$)
Estado	54,86%	3.589.900,02	299.158,34
Municípios	45,14%	2.954.035,46	246.169,62
Total	100%	6.543.935,49	545.327,96

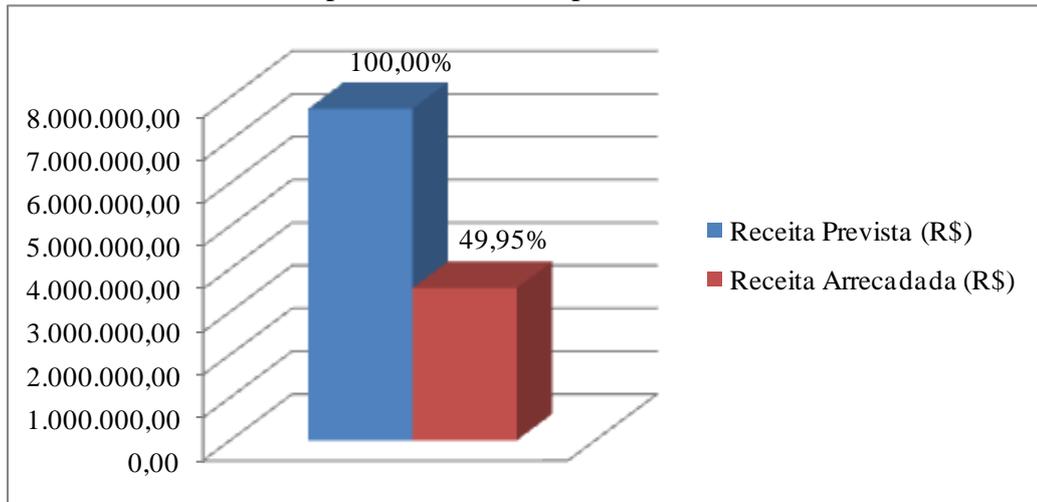
Fonte: CPSRCAS (2013).

Definido os valores do custeio, estes passaram a ser oficializados por meio do Contrato de Rateio, meio por qual cada membro do Consórcio passa a pactuar esse modelo de gestão. Neste documento ficam assegurados os repasses de obrigações financeiras rateados para o desenvolvimento das ações dos serviços de saúde da Policlínica Dra. Márcia Moreira de Menezes, bem como para a manutenção das demais atividades de funcionamento do Consórcio.

Desta forma, cada membro consorciado assegurou na sua Lei Orçamentária Anual do exercício de 2012, o valor das respectivas despesas assumidas no Contrato de Rateio, onde, mensalmente, ocorre a transferência direta da parcela da cota-parte do ICMS municipal para a conta específica do CPSRCAS.

Ao final do exercício de 2012, o Consórcio Público de Saúde de Cascavel arrecadou uma receita no valor de R\$ 3.554.694,48 (três milhões quinhentos e cinquenta e quatro mil seiscientos e noventa e quatro reais e quarenta e oito centavos), montante bem inferior ao que foi previsto no início do ano, conforme demonstra o Gráfico 6.

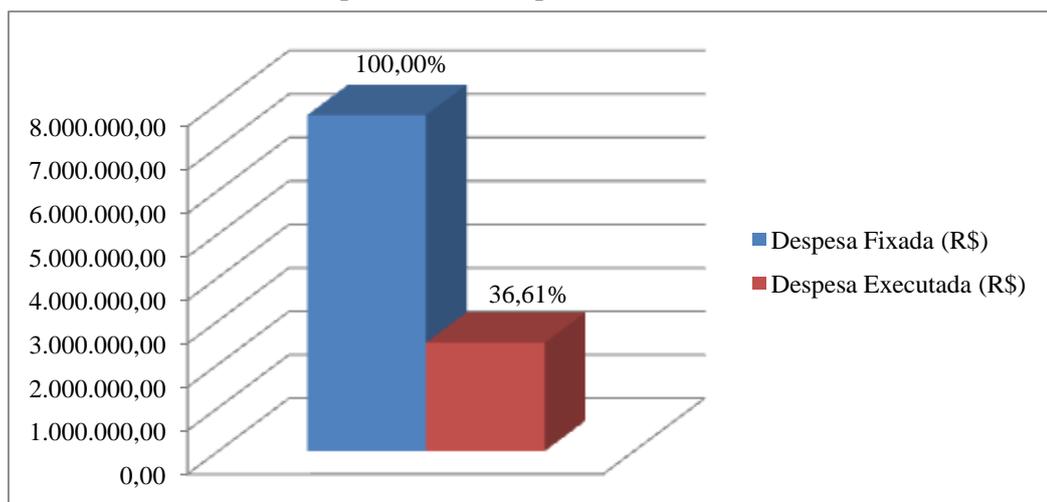
Gráfico 6 – Comparativo da receita prevista e arrecadada – 2012



Fonte: CPSRCAS (2013).

Através do Gráfico 6, verifica-se que foi arrecadado apenas 49,95% do valor da receita prevista no Balanço Orçamentário de 2012 do consórcio. Isto demonstra que, por ser o primeiro ano em que o CPSRCAS exerce efetivamente suas atividades, houve uma insuficiência de arrecadação. Este fato não gerou preocupação entre os gestores, pois a despesa executada também foi menor que o valor fixado no início do período, conforme exposto no Gráfico 7, mantendo assim o equilíbrio entre a receita arrecadada e a despesa executada.

Gráfico 7 – Comparativo da despesa fixada e executada – 2012



Fonte: CPSRCAS (2013).

Com valor de R\$ 2.496.101,76 (dois milhões quatrocentos e noventa e seis mil cento e um reais e setenta e seis centavos), a despesa executada no período em análise correspondeu apenas 36,61% do montante fixado.

Esta gritante divergência de valores no balanço das receitas e despesas deve levar em consideração que, em 2012, o Centro de Especialidades Odontológicas ainda estava em construção, o que diminuiu o valor dos repasses dos membros consorciados e, conseqüentemente, as despesas, uma vez que a estrutura foi totalmente financiada pelo Estado.

Conforme inicialmente prevista, a principal fonte de receitas do Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel foram as Transferências Correntes relativas à cota-parte dos repasses municipais e estadual, como pode ser observada na Tabela 12.

Tabela 12 – Detalhamento resumido da receita - 2012

Descrição	Arrecadação (R\$)
Receitas Correntes	3.554.694,48
Receita Patrimonial	57.415,05
Receita de Serviços	20,00
Transferências Correntes	3.470.122,94
Outras Receitas Correntes	27.136,49
Receitas de Capital	0,00
Deduções da Receita	0,00
Total da Receita	3.554.694,48

Fonte: CPSRCAS (2013).

Conforme dados da Tabela 12, as Transferências Correntes ao final do período somaram R\$ 3.470.122,94 (três milhões quatrocentos e setenta mil cento e vinte e dois reais e noventa e quatro centavos). Além desta, existiram outras fontes de receita que não foram previstas, tais como: Receita Patrimonial, oriunda de recursos vinculados de Ações e Serviços Públicos de Saúde; Receita de Serviços, referente a devoluções bancárias; e Outras Receitas Correntes, correspondentes a outras restituições.

Já as despesas do CPSRCAS, em 2012, também podem ser analisadas de forma mais detalhada através da Tabela 13, que revela que as despesas com servidores fixos do CPSRCAS (Pessoal e Encargos Sociais e Indenizações e Restituições) são as mais expressivas, representando cerca de 70% do gasto total, o equivalente a R\$ 1.747.870,41 (um milhão setecentos e quarenta e sete mil oitocentos e setenta reais e quarenta e um centavos). Em seguida, estão as despesas com material de consumo, serviços de terceiros prestados por pessoa jurídica, locação de mão-de-obra, serviços de consultoria, obrigações tributárias e contributivas, serviços de terceiros prestados por pessoa física e investimentos. Este último

refere-se a compra de bens móveis, tais como equipamentos e material permanente, para funcionamento do Consórcio.

Tabela 13 – Detalhamento resumido das despesas - 2012

Descrição	Execução (R\$)
Despesas Correntes	2.469.599,90
<i>Pessoal e Encargos Sociais</i>	753.180,96
<i>Outas Despesas Correntes</i>	1.716.418,94
Diárias – Civil	0,00
Material de Consumo	249.693,69
Serviços de Consultoria	84.400,00
Outros serviços de terceiros - Pessoa física	27.006,20
Locação de mão-de-obra	141.070,48
Outros serviços de terceiros - Pessoa jurídica	174.592,03
Obrigações Tributárias e Contributivas	44.967,09
Indenizações e Restituições	994.689,45
Despesas de Capital	26.501,86
<i>Investimentos</i>	26.501,86
Total da Despesa	2.496.101,76

Fonte: CPSRCAS (2013).

Além dos investimentos no valor de R\$ 26.501,86 (vinte e seis mil quinhentos e um reais e oitenta e seis centavos), o Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel encerrou o exercício com R\$ 1.438.415,57 (um milhão quatrocentos e trinta e oito mil quatrocentos e quinze reais e cinquenta e sete centavos) em sua conta bancária e um estoque de R\$ 67.732,90 (sessenta e sete mil setecentos e trinta e dois reais e noventa centavos), com um ativo de R\$ 1.532.650,33 (um milhão quinhentos e trinta e dois mil seiscentos e cinquenta reais e trinta e três centavos).

Já o passivo totalizou apenas R\$ 10.707,47 (dez mil setecentos e sete reais e quarenta e sete centavos), sendo R\$ 4.273,70 (quatro mil duzentos e setenta e três reais e setenta centavos) referentes a Restos a Pagar e o restante a obrigações trabalhistas, constatando que o CPSRCAS possui lastro financeiro para arcar seus compromissos, uma vez que, o saldo do seu ativo real líquido, ao fim do exercício de 2012, foi de R\$ 1.521.942,86 (um milhão quinhentos e vinte e um mil novecentos e quarenta e dois reais e oitenta e seis centavos).

Embora o exercício de 2013, até a presente data deste trabalho, não tenha sido concluído para análise dos aspectos financeiros e contábeis, é importante destacar que, ainda em 2012, foi realizado um novo Contrato de Rateio para os devidos repasses dos recursos

pelos membros consorciados, desta vez, incluindo o Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Francisco Mansueto de Sousa, inaugurado este ano.

Tanto na Policlínica como no CEO, o rateio dos custos seguiu o mesmo critério: base populacional. Entretanto, utilizou-se o tamanho da população estimada do ano de 2012 e a arrecadação do ICMS no mesmo período. Realizados os mesmos procedimentos no cálculo do valor a ser pago pelos membros consórcios, os rateios foram realizados separadamente para cada unidade de atendimento.

Para a Policlínica, o custeio total é, praticamente, o mesmo do exercício anterior. A Tabela 14 apresenta o valor programado dos repasses para o exercício de 2013.

Tabela 14 – Repasse programado para custeio da Policlínica em 2013

Fonte	Valor do Custeio mensal (R\$)	Valor do Custeio Anual (R\$)
Estado do Ceará	266.247,16	3.194.965,92
Beberibe	34.675,70	416.108,40
Cascavel	52.873,65	634.483,80
Chorozinho	20.729,85	248.758,20
Horizonte	62.228,97	746.747,64
Pacajus	69.207,54	830.490,48
Pindoretama	18.282,97	219.395,64
Ocara	21.082,11	252.985,32
Total	545.327,95	6.543.935,40

Fonte: CPSRCAS (2013).

Conforme exposto na Tabela 14, considerando um aumento nas variáveis da população e arrecadação do ICMS, a contribuição dos municípios passa a ser maior, representando aproximadamente 51% do custeio total da Policlínica, e, conseqüentemente, uma diminuição na participação do Estado para 49% dos custos.

Já para o CEO, o custeio total teve um aumento de, aproximadamente, 6% em relação ao exercício de 2012, totalizando R\$ 2.724.767,52 (dois milhões setecentos e vinte quatro mil setecentos e sessenta e sete reais e cinquenta e dois centavos), distribuídos na mesma proporção que a Policlínica: 40% para o Estado e 60% para os municípios, conforme valores apresentados na Tabela 15.

Tabela 15 – Repasse programado para custeio do CEO em 2013

Fonte	Custeio (%)	Custeio Anual (R\$)	Custeio Mensal (R\$)
Estado	40%	1.089.907,01	90.825,58
Municípios	60%	1.634.860,51	136.238,38
Total	100%	2.724.767,52	227.063,96

Fonte: CPSRCAS (2013).

Entretanto, em 2012, os gestores do CPSRCAS, por meio de negociações diretas com o Governo Federal, conseguiram um apoio financeiro anual da União no valor de R\$ 603.600,00 (seiscentos e três mil e seiscentos reais) para a manutenção do CEO, e esta passou a ser o mais novo membro do Consórcio. Essa inclusão acarretou uma nova redistribuição dos repasses, como pode ser observada na Tabela 16.

Tabela 16 – Redistribuição do repasse programado para custeio do CEO em 2013

Fonte	Custeio (%)	Custeio Anual (R\$)	Custeio Mensal (R\$)
Estado	40%	1.089.907,01	90.825,58
Municípios	37,85%	1.031.260,51	85.938,38
União	22,15%	603.600,00	50.300,00
Total	100%	2.724.767,52	227.063,96

Fonte: CPSRCAS (2013).

Conforme os dados expostos na Tabela 16, foi descontado do valor total dos repasses municipais a quantia referente a ajuda de custo proveniente da União, o que diminuiu de 60% para 37,85% a participação dos municípios no custeio do CEO, deixando o Estado com os 40% inicialmente acordados. Isto mostra, mais uma vez, que o Estado está sempre disposto a colaborar na redução dos custos municipais.

Estabelecida a nova porcentagem de recursos municipais, foi necessário ratear o montante de R\$ 1.031.260,51 (um milhão, trinta e um mil duzentos e sessenta reais e cinquenta e um centavos), utilizando a variável populacional, entre os sete membros do Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel, conforme apresentação dos dados expostos na Tabela 17.

Tabela 17 - Custeio municipal programado do CEO em 2013, com base na população

Município	População *		Rateio	
	Total	%	Valor Mensal (R\$)	Valor Anual (R\$)
Beberibe	49.846	16,68%	14.336,10	172.033,21
Cascavel	66.834	22,37%	19.221,98	230.663,80
Chorozinho	18.931	6,34%	5.444,70	65.336,45
Horizonte	56.829	19,02%	16.344,47	196.133,60
Pacajus	63.202	21,15%	18.177,39	218.128,70
Pindoretama	18.969	6,35%	5.455,63	65.467,60
Ocara	24.193	8,10%	6.958,10	83.497,16
Total	298.804	100,00%	85.938,38	1.031.260,51

*População estimada do ano de 2012

Fonte: CPSRCAS (2013).

Diante do apresentado na Tabela 17, tendo como base a população estimada do ano de 2012, o custeio mensal municipal programado do Centro de Especialidades Odontológicas totalizou R\$ 85.938,38 (oitenta e cinco mil novecentos e trinta e oito reais e trinta e oito centavos). Entretanto, assim como a Policlínica, o CEO também tem recursos descontados diretamente da arrecadação do ICMS, devendo os municípios arcar com o menor valor.

A Tabela 18 apresenta o rateio com base no teto de 10% sobre a arrecadação do ICMS em 2012, comparando com o custeio da variável populacional.

Tabela 18 - Valor real pago pelos municípios para manutenção do CEO, em 2013

Município	ICMS 2012		Rateio	
	Anual	Mensal	Valor Mensal (R\$)	% Descontada do ICMS
Beberibe	3.691.581,00	307.631,75	14.336,10	4,66%
Cascavel	5.015.143,68	417.928,64	19.221,98	4,60%
Chorozinho	1.918.000,08	159.833,34	5.444,70	3,41%
Horizonte	30.739.039,08	2.561.586,59	16.344,47	0,64%
Pacajus	11.265.129,48	938.760,79	18.177,39	1,94%
Pindoretama	2.229.796,44	185.816,37	5.455,63	2,94%
Ocara	1.523.859,72	126.988,31	6.958,10	5,48%
Total	56.382.549,48	4.698.545,79	85.938,38	-

Fonte: CPSRCAS (2013).

De acordo com os dados contidos na Tabela 18, para todos os municípios, os valores do rateio com critério populacional foi mais vantajosa. Assim, os respectivos montantes serão descontados da cota-parte do ICMS, sendo o maior percentual para o Município de Ocara e o menor para o Município de Horizonte.

Assim, ficou definido o rateio para obtenção dos recursos para funcionamento do Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Francisco Mansueto de Sousa, garantido por meio do Contrato de Rateio para o ano de 2013, conforme valores da Tabela 19, que o CEO custará R\$ 2.724.767,52 (dois milhões setecentos e vinte e quatro mil setecentos e sessenta e sete reais e cinquenta e dois centavos) aos cofres públicos, tendo o Estado do Ceará como membro consorciado de maior obrigação, com uma parcela anual de R\$ 1.089.907,01 (um milhão oitenta e nove mil novecentos e sete reais e um centavos), seguindo pela União, cujo montante anula é de R\$ 603.600,00 (seiscentos e três mil e seiscentos reais). Dentre os municípios consorciados, Cascavel é o que mais contribui pagando uma parcela mensal de R\$ 19.221,98 (dezenove mil duzentos e vinte e um reais e noventa e oito centavos).

Tabela 19 - Novo repasse programado para custeio do CEO em 2013

Fonte	Valor do Custeio Mensal (R\$)	Valor do Custeio Anual (R\$)
União	50.300,00	603.600,00
Estado	90.825,58	1.089.907,01
Beberibe	14.336,10	172.033,21
Cascavel	19.221,98	230.663,80
Chorozinho	5.444,70	65.336,45
Horizonte	16.344,47	196.133,60
Pacajus	18.177,39	218.128,70
Pindoretama	5.455,63	65.467,60
Ocara	6.958,10	83.497,16
Total	227.063,96	2.724.767,52

Fonte: CPSRCAS (2013).

Como o exercício de 2013 ainda não foi concluído, até a presente data desta pesquisa, a análise da gestão dos recursos do Consórcio Público de Saúde de Cascavel limitou-se apenas ao ano de 2012.

6.6 Controle e Transparência

O CPSRCAS, assim como qualquer outro órgão público, presta contas mensalmente ao Tribunal de Contas dos Municípios (TCM), uma vez que seu representante legal é um Chefe do Poder Executivo Municipal. Este é obrigado a realizar todo o planejamento dos recursos e apresentar os devidos balanços que garantem a transparência, para garantir que sua gestão financeira e orçamentária se realize na conformidade dos pressupostos da responsabilidade fiscal.

Tais documentos e dados podem ser acessados no *link* do Portal da Transparência, no *site* eletrônico do Consórcio. Nele também se encontra o espaço de Ouvidoria para os usuários. Além disso, o CPSRCAS possui perfil em algumas redes sociais para aproximar-se do seu público e divulgar informações pertinentes e ações desenvolvidas.

Constantemente o Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel realiza pesquisa de qualidade dos serviços, a fim de saber o nível de satisfação dos pacientes. Com o resultado obtido, novas ações de melhorias são implantadas para atender da forma mais eficiente possível as necessidades da população.

Por meio desses mecanismos de divulgação, o CPSRCAS tem demonstrado zelo pelos os recursos públicos que administra, atendendo, assim, aos princípios da legalidade e publicidade, cumprindo com suas responsabilidades.

6.7 Desafios, Resultados e Perspectivas Futuras

Um dos grandes desafios na implantação do consórcio público na Região de Saúde de Cascavel foi o processo de convencimento político. Primeiro, por parte dos prefeitos que pouco sabiam sobre consórcios públicos, sendo necessário dar a eles um conhecimento técnico para convencê-los de que o CPSRCAS não era um meio de diminuir os gastos das prefeituras nem de garantir um público eleitoral, mas um modelo de gestão e de cooperação governamental em prol do bem estar da coletividade. E segundo, por parte da população que, também pela falta de informação, achavam que os feitos estavam relacionados às realizações de caráter político dos prefeitos de sua região.

Entretanto, com a compreensão dos Chefes do Poder Executivo dos municípios consorciados, que não deixaram que os desafios políticos implicassem negativamente na constituição do CPSRCAS, foi possível estabelecer um conceito no Consórcio que se sobreponha a isso. Por meio de palestras e seminários, os gestores conseguiram difundir os verdadeiros fundamentos da implantação do consórcio entre a população da região.

Outro grande obstáculo enfrentado, nessa parte inicial, foi a abertura de uma conta específica para o Consórcio, pois os bancos da região, até então, desconheciam esse tipo de órgão, o que gerou uma certa resistência por parte destes. Contudo, a Caixa Econômica Federal (CEF) foi a única que criou um código específico para atender aos Consórcios Públicos.

A prestação de contas do CPSRCAS, também enfrentou algumas dificuldades no início de sua implantação, pois não foi bem definida. Havia uma dúvida se a mesma deveria ser encaminhada ao Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará (TCM), ao Tribunal de Contas do Estado do Ceará (TCE) e, posteriormente, ao Tribunal de Contas da União (TCU). Isto porque, segundo as normas gerais de contabilidade públicas, o Consórcio, tido como um órgão público, deveria ter suas contas julgadas pelo órgão competente. Entretanto, a Lei dos Consórcios Públicos, não afastava a possibilidade do TCE e do TCU, como órgãos controladores externos, realizarem auditorias e inspeções, uma vez que no Consórcio haviam recursos originados do Governo do Estado e da União.

Este impasse só foi resolvido em 2012, com a edição da Portaria nº 72/2012 pela Secretaria do Tesouro Nacional, no qual atribuiu esta responsabilidade ao TCM, uma vez que cabe a este órgão apreciar as contas do Chefe do Poder Executivo representante legal do Consórcio.

Outro grande desafio do Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel, desta vez relacionado à prestação dos seus serviços, consiste na quantidade de absenteísmo nas consultas médicas. Observou-se que muitos pacientes marcam atendimentos nas unidades de saúde do Consórcio, mas não conseguem realizá-los pela dificuldade de deslocamento de um município para outro.

Em 2012, a Policlínica ofereceu 17.647 atendimentos, dos quais apenas 9.031 consultas foram agendadas e, destas, 7.252 foram confirmadas; resultando na utilização de apenas 51% das especialidades médicas ofertadas e apresentando uma desistência em torno de 20%. Já em 2013, no período de janeiro a abril, esse percentual de absenteísmo diminuiu para 13%.

Quanto aos serviços do Centro de Especialidades Odontológicas, considerando o mesmo período de 2013, esta unidade disponibilizou 367 atendimentos dos quais, apenas 11,44% foram utilizados.

Na tentativa de solucionar esse obstáculo, o CPSRCAS já encaminhou à União um ofício solicitando uma ajuda para a aquisição de sete microônibus, um para cada município, para transportar os pacientes, já que este é um gasto de alto valor que os municípios, sozinhos, não conseguem arcar, pois a manutenção de um transporte para realizar viagens diárias é de um custo bem elevado. Em resposta ao ofício, o Ministério Público se pronunciou em doar os transportes e todos os procedimentos legais estão sendo tomados para a doação ser concretizada.

De modo geral, o CPSRCAS contribuiu significativamente para a melhoria na prestação dos serviços de saúde na região. Até outubro de 2013, a Policlínica Dra. Márcia Moreira de Menezes, que teve suas atividades iniciadas em 2012, contou com 23.739 atendimentos regulados e o Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Francisco Mansueto de Sousa, com 1.813 consultas, desde o início de 2013.

Verifica-se, portanto, um atendimento de aproximadamente 8% da população pela Policlínica, num período de um ano e meio, e de 1% pelo CEO, em apenas 10 meses. Embora com porcentagens aparentemente baixas, estes feitos são de grande valia para o Consórcio, pois antes de sua implantação os municípios arcavam com grandes despesas ao encaminhar seus pacientes à capital e maior parte desses não eram, sequer, atendidos. A redução dos custos é tão expressiva que essa demanda encaminhada a Fortaleza custava para o Município de Cascavel cerca de R\$ 120.000,00 (cento e vinte mil reais) por mês e com a pactuação do Consórcio esse gasto caiu para R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais).

Além disso, o CPSRCAS agregou valores sociais à região. A população passou a se sentir valorizada, as pessoas carentes, que são a maioria, adquiriram uma alta estima e uma vida mais saudável. Foi possível, também, estabelecer uma integração entre as pessoas, pois muitas sequer conheciam as regiões vizinhas.

A implantação do Consórcio também teve sua influência econômica, principalmente nos municípios de Cascavel e Pacajus, onde estão instaladas as unidades de atendimento, pois muitos funcionários que trabalham no CPSRCAS passaram a morar nas proximidades dessas localidades, movimentando recursos e gerando receitas. Até mesmo os que preferem o deslocamento diário possuem alguns gastos, como alimentação e hospedagem, que, de certa forma, influenciam no negócio local.

Pode-se dizer que, atualmente, a maior perspectiva do Consórcio é conseguir repasses financeiros da União para auxiliar no custeamento da Policlínica da região, já que é a unidade de maior custo. Este subsídio, a tomar como exemplo o CEO, diminuirá expressivamente os montantes oriundos dos municípios, uma das funções do Consórcio. Além disso, a participação dos recursos federais pode garantir a continuidade do CPSRCAS, independentemente de quem venha a perpetuar esse modelo nos próximos anos, visto que a cada quatro anos novos Chefes do Poder Executivo são eleitos.

Está, também, como prioridade do CPSRCAS, a implantação de novas especialidades médicas na Policlínica e aquisição de novos equipamentos, pois o Consórcio não pretende limitar-se apenas aos serviços de média complexidade, para a qual foi destinado. O modelo de gestão do CPSRCAS não exerce um papel estático, pois está sempre à procura de novas melhorias e de mobilizações que garantam o seu sucesso.

7 CONCLUSÃO

De modo a atender às necessidades da coletividade, a Administração Pública vêm, cada vez mais, focando na eficiência e melhoria dos serviços públicos, principalmente no tocante aos serviços de saúde, que ao longo da história, tem mostrado uma grande evolução.

Apesar de muitas conquistas, a área da saúde ainda vem sendo alvo de constantes críticas, não pela falta de recursos para investimentos, mas pela forma como estes são administrados. Se o dinheiro público não é aplicado de forma eficaz, tão ineficiente serão os resultados produzidos.

Atento a isso, o Governo do Estado do Ceará, tentando incorporar os princípios do SUS, dividiu os municípios cearenses em 22 Regiões de Saúde, formalizando Consórcios Públicos. Através da regionalização e descentralização da gestão financeira e administrativa das Policlínicas e dos Centros de Especializadas Odontológicas, unidades financiadas pelo Estado, essas entidades de direito público com natureza jurídica autárquica, foram criadas para tentar otimizar e promover a eficiência e a eficácia na prestação do serviço público essencial de saúde, bem como desenvolver o cooperativismo entre os membros consorciados.

A exemplo, foi realizado um estudo no Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel - CE (CPSRCAS), a fim de analisar as atividades desenvolvidas, bem como identificá-las e descrevê-las. Através do referencial teórico, evidenciou-se os procedimentos da implantação e as respectivas normas para o funcionamento do Consórcio, atendendo ao disposto no primeiro objetivo específico, colocando em análise o aspecto histórico, legal e técnico da forma de constituição e gerenciamento do CPSRCAS.

Embora criado em 2010, o CPSRCAS só teve suas atividades efetivamente iniciadas em 2012. Com isso, buscou-se focar na análise dos dados orçamentários e financeiros deste exercício para entender como funciona o fluxo das atividades desenvolvidas para atendimento das necessidades da sociedade, conforme estabelece o segundo objetivo específico.

Tendo o Contrato de Rateio como importante instrumento de gestão, todos os recursos financeiros repassados pelos membros consorciados foram rateados de forma a adequar-se a realidade de cada município, reduzindo os possíveis custos que, sozinhos, os municípios não teriam condições de arcar. Com os valores proporcionais ao tamanho da população e sendo estes descontados diretamente da cota-parte da arrecadação do ICMS, conclui-se que a maneira escolhida pelo CPSRCAS para gerenciar tais recursos foi bastante

sensata e justa, pois a continuidade da prestação dos serviços não fica dependente das vontades dos Chefes do Poder Executivo, tendo data limite para os recursos serem depositados.

Ficou evidenciado, ainda, que a principal fonte da receita são as Transferências Correntes, ou seja, os repasses dos consorciados, embora tenha sido verificada a origem de outros recursos. Quanto às despesas, o maior gasto do CPSRCAS, no período, foi com pessoal, seguindo pela aquisição de material de consumo.

Comprovou-se, também, que o CPSRCAS encerrou suas atividades em 2012 com um ativo bem valorizado, sendo sua maior parte composta por dinheiro em conta bancária, somada de estoque e bens móveis. Já o passivo fechou o exercício com obrigações de baixo valor, o que resultou em uma disponibilidade financeira líquida de valor bastante expressivo.

Dentre os principais resultados obtidos, pode-se dizer que o CPSRCAS conseguiu implantar uma boa gestão, obtendo uma participação e colaboração efetiva dos gestores municipais. Além do mais, o Consórcio também demonstrou que se preocupa com a capacitação e qualificação de seus servidores, promovendo palestras e eventos sobre temas da área da saúde, com objetivo de prevenir e conscientizar a população.

Dentre as principais perspectivas do CPSRCAS constatou-se a realização de uma nova parceria com a União, a fim de avançar na melhoria da prestação dos serviços públicos de saúde. É, ainda, um objetivo a ser alcançado pelo Consórcio, a aquisição de novos equipamentos e a implantação de novas especialidades médicas na Policlínica. Diante do exposto, nota-se que o terceiro objetivo específico também foi alcançado.

Assim, conclui-se que o CPSRCAS é um protótipo ideal de modelo de gestão a ser seguido por outros consórcios públicos, quer pelo seu grau de inovação, quer pela sua ousadia de trabalhar com metas e resultados para manter um padrão de eficiência ainda desconhecido na área.

Portanto, o consórcio público, seja na área da saúde ou não, é uma boa alternativa e estratégia de resolução para os problemas dos serviços públicos. Com o cooperativismo governamental e o modelo de gestão do CPSRCAS como exemplo, o Brasil pode chegar a um patamar de eficácia e de eficiência nas ações de promoção, proteção e recuperação dos seus serviços.

Por isso, sugere-se que outros trabalhos, assim como este, possam ser realizados a fim de assegurar que o consórcio público é tido como a melhor estratégia organizacional para a gestão e consolidação da eficiência e eficácia dos serviços públicos, seja na saúde, na

educação, no transporte, no saneamento, etc; bastando apenas que a sua gestão seja tão efetiva e competente quanto a do Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel - CE. Recomenda-se, ainda, que conhecedores tome esta pesquisa como incentivo de aprofundarem-se melhor nos aspectos da área da saúde, podendo complementar este trabalho.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Goreti Macedo Lobo de. **Microrregiões de saúde: a experiência do Estado do Ceará**. 2007. 94p. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Políticas Públicas). Universidade Estadual do Ceará.

BARBOSA, José Policarpo de Araújo. **A regionalização da saúde do Estado do Ceará**. Ceará: Secretaria da Saúde, 2013.

BATISTA, Sinoel et al. **Guia de Consórcios Públicos: o papel dos prefeitos e das prefeitas na criação e na gestão de consórcios públicos**. v.1. Brasília: Caixa Econômica Federal, 2011a.

_____. **Guia de Consórcios Públicos: o papel dos dirigentes municipais e regionais na criação e gestão dos consórcios públicos**. v.2. Brasília: Caixa Econômica Federal, 2011b.

_____. **Guia de Consórcios Públicos: as possibilidades de implementação do consórcio público**. v.3. Brasília: Caixa Econômica Federal, 2011c.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

_____. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set.1990.

_____. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 06 jul. 1994.

_____. Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1988. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 05 jun. 1998.

_____. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 11 jan. 2002.

_____. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 7 abr. 2005.

_____. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2007a. v.1.

_____. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS**. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. v. 2. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2007b..

_____. **Guia Básico para Gestão dos Municípios**. Brasília: Ministério Público, 2008.

CALDERAN, Thanabi Bellenzier. **Consórcio público intermunicipal de gerenciamentos de resíduos sólidos domésticos: um estudo de caso**. 2013. 224p. Dissertação (Mestrado em Ambiente e Desenvolvimento). UNIVATES, Lajeado.

CEARÁ. **Constituição do Estado do Ceará**. Fortaleza: Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, 1989.

_____. **A história dos Secretários da Saúde do Estado do Ceará: 1961 – 2006**. Ceará: Secretaria de Saúde, 2006.

_____. **Manual de Orientação dos Consórcios públicos em saúde no Ceará: estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde**. Ceará: Secretaria de Saúde, 2010.

COLLIS, Jill. HUSSEY, Roger. **Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CPSRCAS – Consórcio público de saúde da região de Cascavel. Disponível em: <<http://www.cpsrcas.com.br/>> Acesso em: 02 de mar. 2013.

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 (G&DR)**, v. 5, n. 3, p. 3-28, set/dez., São Paulo: Taubaté, 2009.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 19. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GUIMARÃES, Luisa. GIOVANELLA, Lígia. Cooperação intergovernamental: os consórcios em saúde de Mato Grosso. **Revista Saúde em Debate**, v. 28, p. 149-158. São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais, MUNIC**. 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2011/defaulttabzip_xls.sht>. Acesso em: 12 jul. 2013.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Brasil em Desenvolvimento: estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2010. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/bd/pdf/Livro_BD_vol3.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2013.

KOHAMA, Heilio. **Contabilidade Pública: teoria e prática**. 11 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LIMA, Ana Paula Gil de. **Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde**. Cad. Saúde Pública. 16. ed., out.-dez., p. 985-996, Rio de Janeiro, 2000.

LIMA, Ana Paula Araújo. **Controle interno no âmbito do poder executivo: estudo nos municípios do estado do Ceará.** 2010. 106p. Monografia (Bacharelado em Contabilidade). Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, Universidade Federal do Ceará. Ceará.

LOPES, Clélia Maria Nolasco. **Sistemas microrregionais de serviços de Saúde no Ceará (1998 – 2006): implantação e resultados na utilização de internações hospitalares.** 2007. 121p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.

LOSADA, Paula Ravanelli. **Consórcio público: o instrumento de realização de um federalismo cooperativo e democrático no Brasil.** 2008. 119p. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade de Brasília.

MARTINS, Gilberto de Andrade.; THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro.** 33. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo.** 17. ed. Rio de Janeiro: Edipro, 2004.

MULLER, Erildo Vicente. GRECO, Marisabel. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva.** 15 ed, p. 925-930. Paraná, 2010.

NEVES, Luiz Antônio.; RIBEIRO, José Mendes. **Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso.** Cad. de Saúde Pública. 22 ed, out, p. 2207-2217. Rio de Janeiro, 2006.

NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano.; CORDONI JR., Luiz.; COSTA, Nilson do Rosário. **Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil.** Cad. Saúde Pública. 21. ed, jan-fev, p. 29-38. Rio de Janeiro, 2005.

PEREIRA, Ana Lucia et al. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

RIBEIRO, Wladimir Antônio. **Cooperação Federativa e a Lei de Consórcios Públicos.** Brasília: CNM, 2007.

RICHARDSON, Roberto Jarry (org). **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. revista e ampliada. São Paulo: Atlas, 2010.

ROCHA, Carlos Vasconcelos; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. Descentralização e cooperação intermunicipal no Brasil. In: CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 8, Portugal, Coimbra, 2004.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. **Consórcios**. Ceará, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/consorcios>>. Acesso em: 25 de mai. de 2013.

_____. **Coordenadorias Regionais**. Ceará, 2010. Disponível em <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>> Acesso em 08 de abr. de 2013.

_____. **Nova rede**: perfil do programa. Ceará, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/rede-em-construcao/proexmaes/perfil-do-programa>> Acesso em: 14 de set. de 2013.

_____. **Onde ficam os novos CEOs, policlínicas, UPAs e hospitais**. Ceará, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/onde-ficam-os-novos-ceos-policlinicas-upas-e-hospitais>>. Acesso em: 25 de set. de 2013.

SOUSA, Alessandra Pimentel de. **Programa de expansão e melhoria da assistência especializada à saúde do Estado do Ceará**. Ceará: Secretaria de Saúde, 2011.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4 ed. São Paulo: Bookman, 2010.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUARIA E
CONTABILIDADE E SECRETARIADO EXECUTIVO
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE
CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS

Orientador: Marcus Vinicius Veras Machado, Ph. D

Graduando: Camile Brito Cunha

Questionário

Caro Diretor Financeiro do Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel, o presente questionário constitui instrumento de coleta de dados que serão tabulados em nosso trabalho de monografia denominado **Análise das Atividades Desenvolvidas nos Consórcios Públicos de Saúde: Um Estudo de Caso da Microrregião de Cascavel-Ce, no período de 2010 a 2012**, do Curso de Ciências Contábeis da Universidade Federal do Ceará.

Os dados coletados sobre o consórcio em questão são de extrema importância para o trabalho que ora desenvolvemos, pois irão sanar as dúvidas e complementar as informações que ficaram pendentes durante a elaboração desta pesquisa.

Este instrumento de coleta de dados guiará a entrevista, a ser marcada brevemente. Por isso, de antemão, envio-o lhe, para que esteja ciente do assunto e das perguntas a serem realizadas, uma vez que algumas envolvem dados contábeis e financeiros que requerem análise prévia.

Sem mais para o momento, agradecemos antecipadamente a sua atenção, disposição e disponibilidade para participar deste trabalho de pesquisa. Caso existam dúvidas, queira, por favor, entrar em contato pelo e-mail camile.cunha@hotmail.com ou pelo telefone (85) 8836-8696.

Camile Brito Cunha

Marcus Vinicius Veras Machado

**APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA AO DIRETOR
FINANCEIRO DO CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA REGIÃO DE
CASCAVEL-CE (CPSRCAS)**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA AO DIRETOR FINANCEIRO DO
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA REGIÃO DE CASCAVEL-CE (CPSRCAS),
SR. BRUNO ELOY**

Bloco 1 – Perfil do Respondente

1. Qual a sua formação?
2. Qual o seu tempo de serviço no CPSRCAS?
3. Há quanto tempo você atua no atual cargo que exerce?
4. Você já exerceu outro(s) cargo(s) dentro do consórcio ou dentro da administração pública?

Bloco 2 – Situação dos serviços públicos de saúde na microrregião antes da implantação do consórcio

1. Como era a prestação dos serviços públicos de saúde na Microrregião de Cascavel (características socioeconômicas) antes da implantação do consórcio?
2. Quais eram as principais dificuldades encontradas?
3. Por que a área da saúde foi escolhida dentre os diversos serviços públicos?

Bloco 3 – A implantação do consórcio

1. Quando o CPSMCAS foi constituído?
2. Como surgiu a ideia de criar um consórcio?
3. Como se deu a reunião dos municípios da sua região para a implantação do consórcio?
4. A formação inicial do CPSMCAS é a mesma desde a sua implantação ou, ao decorrer dos anos, houve alguma modificação (entrada e saída de municípios)?
5. Sabe-se que o conhecimento sobre consórcio público ainda é pouco difundido. Os prefeitos e gestores tiveram dificuldade em compreender o conceito e o funcionamento do consórcio?
6. Se a resposta acima foi positiva, como esse problema foi solucionado? Houve algum treinamento, curso de capacitação?
7. As disputas político-partidárias influenciam, de alguma forma, na implantação do consórcio?

8. Quais eram os objetivos ao implantar o consórcio?

Bloco 4 – O funcionamento do consórcio

1. Qual a estrutura física e organizacional do consórcio?
2. Por que Cascavel foi escolhido como município sede do consórcio?
3. Quais as atividades desenvolvidas pelo CPSMCAS desde a sua criação até os dias atuais?
4. Como funciona a gestão das receitas e despesas?
5. Como é realizado o rateio entre os municípios?
6. Quais as principais fontes de receitas?
7. Quais os principais gastos, por elemento de despesa?
8. Qual o comportamento desses recursos no período de 2010 a 2012, ou seja, quanto se recebeu e se gastou, por ano?
9. Existe alguma parceira com fornecedores de equipamentos, dado o alto custo das máquinas para realização de exames?
10. Quais os principais investimentos realizados pelo consórcio no período de 2010 a 2012?
11. Quais os benefícios (isenções) tributários auferidos ao consórcio?
12. Quantos funcionários compõem, atualmente, o quadro de servidores do consórcio e qual o tipo de vínculo empregatício utilizado?
13. Como é realizado o controle sobre o patrimônio?
14. Como é realizada a prestação de contas frente aos órgãos fiscalizadores?
15. Como é tratada a transparência das decisões gerenciais do consórcio?
16. Existe algum projeto que estimule a participação e o envolvimento dos municípios no consórcio, bem como da população e dos funcionários?

Bloco 5 – Os resultados da implantação do consórcio

1. É possível mensurar os benefícios financeiros e econômicos desde a implantação do consórcio até os dias atuais?
2. Quanto foi economizado com o consórcio? Isso teve impacto na economia do município?
3. Quantas e quais unidades de saúde do consórcio encontram-se, hoje, em pleno funcionamento?
4. Quais os serviços mais procurados pela população?
5. Quantas pessoas são beneficiadas com os serviços do consórcio?

6. Os serviços de saúde prestados atingem a população urbana e rural, além de outros municípios não consorciados, ou há limitações?
7. Há, ainda, algum objetivo do consórcio que não foi alcançado?
8. Quais os principais resultados nos serviços de saúde obtidos com a implantação do consórcio?
9. Além dos serviços de saúde, existem outras melhorias visíveis com a implantação do consórcio na microrregião, tais como desenvolvimento econômico e infraestrutura?
10. Quais as expectativas para o futuro do consórcio?
11. Há interesse em realizar consórcio em outras áreas?
12. Na sua opinião, os consórcios públicos são considerados boas alternativas para a prestação de serviços públicos?

ANEXO A – MAPA DOS MUNICÍPIOS QUE COMPÕEM AS MACRORREGIÕES E REGIÕES DE SAÚDE DO CEARÁ



Fonte: IPECE (2013).