

Desenho das Relações Intergovernamentais e Cooperação Pública: o Caso do Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité (CPSMB)

Design of Intergovernmental Relations and Public Cooperation: the Case of the Public Health Consortium of the Massif of Baturité

Karine Sousa Julião ¹
 Maria Vilma Coelho Moreira Faria ²

RESUMO

O Sistema Único da Saúde foi construído para ser operado através da gestão compartilhada. Todavia, a descentralização pós-CF/88 concentrou-se na municipalização dos serviços, fortaleceu o poder normativo na União e provocou a subvalorização estadual (KEINERT; ROSA; MENEGUZZO, 2006). A cooperação intergovernamental aparece como instrumento capaz de superar esses dilemas. Neste sentido, o objetivo desta pesquisa é analisar o desenho das relações intergovernamentais entre os entes integrantes do Consórcio Público de Saúde na Região do Maciço de Baturité (CPSMB), no estado do Ceará. Este estudo de caso constituiu-se numa investigação de caráter qualitativo, com o auxílio da pesquisa bibliográfica e documental. Foram coletadas informações junto a atores-chave do processo de gestão do CPSMB, por meio de entrevistas semiestruturadas. Foram identificadas três motivações para criação e manutenção do Consórcio: o princípio da integralidade pregado pelo SUS; a pressão social exercida nos municípios por serviços de saúde satisfatórios e a carência de recursos enfrentada pelos municípios. Constatou-se que a formatação das relações intergovernamentais não se constitui em um único desenho, mas se diferencia entre a Dimensão Gerencial e a Dimensão Política. A primeira envolve questões operacionais e tem a Diretoria do Consórcio e seus equipamentos de saúde como eixo-central. A segunda abrange questões estratégicas e tem o governo estadual como centro de influência. Por fim, os municípios evoluíram na ideia de ação cooperada, mas ainda necessitam da ação direta de um motivador da ação coletiva. Portanto, faz-se necessário considerar a construção de uma rede híbrida de cooperação, com abertura para a sociedade civil organizada e iniciativa privada.

Palavras-chave: Relações Intergovernamentais; Cooperação; Consórcios Públicos; Saúde.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) was built to be operated through shared management. However, further decentralization to the Constitution of 1988 focused on the decentralization of services, strengthened the normative power in the Union and led to the state undervaluation (KEINERT, ROSA, MENEGUZZO, 2006). So intergovernmental cooperation appears as a tool to overcome these dilemmas. In this sense, the objective of this research is to analyze intergovernmental cooperation experience in Baturité Maciço Region, in the state of Ceará, through the work of the Public Health Consortium. This case study consisted in a qualitative research, with the help of literature and documents. Information was collected from key actors in the CPSMB management process, through semi-structured interviews. Three reasons were identified for Consortium creation and maintenance: the integral principle preached by SUS; social pressure suffered by municipalities for satisfactory health services and the lack of resources faced by municipalities. It was found that the format of intergovernmental relations does not constitute a single design but differs between the Management and Policy Dimension

¹ Graduada em Administração Pública pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Mestranda no Programa em Gestão de Políticas Públicas da Universidade de São Paulo. E-mail: karinejuliao@outlook.com.

² Pós-doutora pelo Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa. Doutora em Sociologia pela University of Tennessee. Professora Adjunta da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB). E-mail: vilma.faria@unilab.edu.br.

Texto recepcionado em regime de fast-track do IX Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social (ENAPEGS), ocorrido entre 19 e 21 de maio de 2016, na cidade de Porto Alegre/RS, Brasil. O evento foi organizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em parceria com a Rede de Pesquisadores em Gestão Social (RGS).

The first dimension involves operational questions and has the consortium directory and its health equipment as central. The second encompasses strategical questions with the state government as the center of influence. Finally, municipalities have evolved in cooperative action idea, but still needs the direct action of a motivating collective action. Therefore, it is necessary to consider building a hybrid network of cooperation, openness to civil society organizations and the private sector.

Keywords: Intergovernmental relations; Cooperation; Public Consortium; Health.

1. Introdução

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

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

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

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

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

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

O estado do Ceará conta com 21 Consórcios Públicos de Saúde. Os consórcios são formados entre o governo estadual e os municípios de cada microrregião de saúde. Das 21 experiências cearenses, se sobressai o Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité (CPSMB). A Região do Maciço de Baturité foi pioneira na implantação dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde (SMSS), e posteriormente foi uma das primeiras microrregiões a se organizar na forma de consórcio público para prestação dos serviços públicos de saúde.

Diante do exposto e partindo-se do pressuposto que a estratégia de consorciamento pode favorecer a criação de um espaço de articulação e cooperação territorial, o objetivo desta pesquisa é analisar o desenho das relações intergovernamentais entre os entes integrantes do Consórcio Público de Saúde na Região do Maciço de Baturité.

2. Federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas

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

Silva (2010, p. 551), Keinert, Rosa e Meneguzzo (2006) e Abrucio (2005) apontam como justificativa para adoção da solução federalista, por parte de alguns países, a resposta ao que denominam “situação federalista”, que pode decorrer, por exemplo, de heterogeneidades socioeconômicas, políticas, étnicas, linguísticas, culturais, entre outras razões. A estrutura federativa garante a unidade nacional, frente às diversidades, porém resguarda as autonomias regionais e locais (ABRUCIO, 2005, p. 42; KEINERT; ROSA; MENEGUZZO, 2006).

Há consenso acerca da existência de dois modelos de federalismo: o federalismo competitivo e o federalismo cooperativo. O Brasil adota predominantemente o federalismo cooperativo e, neste sentido, guarda competências comuns e concorrentes entre seus entes. Se a guerra fiscal entre os estados membros indica uma competição predatória no federalismo brasileiro, por sua vez, o SUS elucida uma proposta de política a ser operada com estratégias de cooperação (KEINERT; ROSA; MENEGUZZO, 2006; SILVA 2010).

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

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

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

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

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

democrático exercido pelos cidadãos” (ALMEIDA, 1995, p. 05).

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

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

No âmbito das políticas sociais, “o principal problema da descentralização ao longo da redemocratização foi a conformação de um federalismo compartimentalizado, em que cada nível de governo procurava encontrar o seu papel específico e não havia incentivos para o compartilhamento de tarefas e a atuação consorciada (ABRUCIO, 2005, p. 49)”. Desta forma, ao contrário de relações cooperativas, predomina a competição predatória por recursos públicos. Cada ministério e setor, ora centralizava ações que poderiam ser melhor executadas por governos subnacionais, ora repassava encargos, desconsiderando custos de transição. Para Almeida (1995, p. 10), estados e municípios, não eram capazes de definir seus papéis com clareza, desejando a “descentralização sempre e quando ela for financiada pelo governo federal”.

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

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

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

3. Consórcios públicos: um novo contexto a partir da lei federal nº 11.107

Apesar de não existir um modelo universal de arranjos de cooperação a ser implantado no país (CRUZ, 2011), o consórcio é considerado um dos “principais instrumentos de articulação federativa para a produção de políticas e a provisão de serviços públicos” (LINHARES, 2011, p. 9).

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

A autora ressalta que embora esse arranjo organizacional proporcionasse certa margem de flexibilidade

na prestação dos serviços, os partícipes enfrentavam os seguintes problemas: fragilidade jurídica; natureza jurídica; relação com outros entes federados; falta de compromisso e responsabilidade de pagamento das contribuições municipais, gerando déficits; descompromisso com os acordos firmados entre os municípios; uso político e irresponsabilidade fiscal.

A Lei dos Consórcios Públicos (LC), Lei federal nº 11.107, foi promulgada em 2005 para superar estes problemas e suprir a necessidade de instrumentos formais para induzir a cooperação e coordenar as relações federativas, dentro deste arranjo institucional (LINHARES, 2011, p. 8-9).

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

Art. 241. A União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.

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

Apesar se verificar experiências de cooperação antes da LC, estas se fundamentavam em um instrumento jurídico considerado muito frágil. Os consórcios de saúde, por exemplo, eram instituídos por meio de convênios e adotavam a forma da associação civil de direito privado (LINHARES, 2011).

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

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

O Manual de orientação dos consórcios públicos no Ceará (2009, p. 9) apresenta algumas prerrogativas dos consórcios públicos frente à Administração Direta, que lhes proporcionam maior flexibilidade, são elas:

- a) celebrar contrato de gestão [...];
- b) licitar serviços e obras públicas visando a implementação de políticas de interesse comum dos entes consorciados[...];
- c) dispor de maiores valores nos limites de licitação [...];

- d) firmar convênios, contratos e acordos;
- e) receber auxílio, contribuição ou subvenção; celebrar concessões, permissões e autorizações de serviços públicos;
- f) gozar de maior flexibilidade no poder de compra, na remuneração de pessoal e de pagamento de incentivos;
- g) ser contratado pela administração direta ou indireta, sem necessidade de licitação.

Por se revestir do direito privado, os consórcios públicos de direito privado não possuem todas as prerrogativas dos consórcios públicos de direito público, uma vez que deve estar em posição de igualdade com demais particulares, sem poder ferir seus direitos particulares. E desde de 2008, com a promulgação do Decreto nº 6017 de 200, não podem celebrar convênio com a União, como se ver no art. 39: “a partir de 1º de janeiro de 2008 a União somente celebrará convênios com consórcios públicos constituídos sob a forma de associação pública ou que para essa forma tenham se convertido”. A legislação recomenda que os novos consórcios assumam a personalidade de direito público (RIBEIRO, 2007).

A Lei dos Consórcios estabeleceu que o consorciamento entre os entes da federação pode incidir de maneira horizontal ou vertical, dessa forma pode originar-se cinco tipos de associação. Contudo, o Art. 1º, § 2º da Lei dos Consórcios institui que a União somente participará de consórcios públicos em que também façam parte todos os Estados em cujos territórios estejam situados os Municípios consorciados.

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

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

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

4. Procedimentos metodológicos

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

Encaminhou-se para pesquisa exploratória-descritiva. No primeiro momento, foi realizada a pesquisa exploratória com a finalidade de obter uma visão geral sobre o objeto de estudo, uma vez que existe uma

carência de literatura sobre o fenômeno do Consorciamento no estado do Ceará e suas especificidades locais. Após uma sistematização maior do estudo, buscou-se realizar uma pesquisa descritiva, a fim de identificar como ocorre a cooperação intergovernamental na Região do Maciço de Baturité, via consórcio público de saúde, quais os atores envolvidos e quais as políticas públicas gerenciadas.

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

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

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

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

Os dados coletados por meio da entrevista foram transcritos e junto aos dados secundários foram agrupados, sistematizados e analisados com base nas seguintes categorias analíticas: estrutura administrativa, motivação para formação/participação do consórcio e desenho das relações intergovernamentais.

5. Motivações para criação e manutenção do consórcio

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

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

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

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

- a) o primeiro, de cunho legal, consiste no princípio da integralidade pregado pelo Sistema Único da Saúde após a Reforma Sanitária, que exige do Estado que a prestação dos serviços de saúde contemple desde ações preventivas até ações de alta complexidade. A partir da organização

sistêmica do SUS e visão cooperativa, estados e municípios tem obrigação de honrar essa diretriz e garantir que a assistência não seja interrompida na atenção básica;

- b) o segundo, de cunho político, reside na pressão social sofrida pelos municípios por serviços de saúde qualitativamente e quantitativamente satisfatórios. O município é a instância política mais próxima do cidadão, o que facilita, pelo menos em tese, a comunicação direta entre governo e sociedade. A maioria dos cidadãos desconhece a divisão de competência entre os entes políticos, logo, apesar de exceder suas responsabilidades, contribuir para o fornecimento de serviços especializados acarreta melhor imagem política frente a sociedade;
- c) o terceiro, de cunho financeiro, tem relação com a carência de recursos técnicos/financeiros enfrentadas pelos municípios. Nenhum deles teria condições de manter uma estrutura que oferecesse várias especialidades isoladamente. Mesmo organizados em nível regional, por serem municípios de pequeno porte, também não teriam viabilidade financeira sem o apoio estadual.

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

O Consórcio Público de Saúde do Maciço De Baturité – CPSMB foi criado em 2009, após ampla discussão na região, em consonância a decisão do Estado do Ceará, através do Secretário Estadual de Saúde, e de todos os oito municípios integrantes da 4ª microrregião de saúde, por meio dos prefeitos municipais dos respectivos municípios: Aracoiaba, Aratuba, Baturité, Capistrano, Guaramiranga, Itapiúna, Mulungu e Pacoti.



Figura 1 – Mapa da 4ª Microrregião de Saúde

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde (2011). Adaptado pelas autoras (2015).

O CPSMB constitui uma associação pública, de natureza autárquica e interfederativa, com personalidade jurídica de direito público. Destaca-se a adequação a Lei dos Consórcios de 2005. A sede administrativa do CPSMB está situada no município de Baturité, cujo foro é no mesmo município. O governo do Estado forneceu condições estruturais e financeiras iniciais para a instalação da sede do Consórcio.

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

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

- I - Planejar, programar e executar programas, projetos, ações, atividades e serviços na área da saúde, de acordo com os objetivos previstos na presente cláusula;
- II - Fortalecer as instâncias colegiadas locais e regionais e o processo de descentralização das ações e serviços de saúde;
- III - Compartilhar recursos financeiros, tecnológicos e de gestão de pessoas, e o uso em comum de equipamentos, serviços de manutenção, tecnologia da informação, de procedimentos de licitação, de unidade prestadoras de serviços, instrumentos de gestão, em especial programação assistencial e plano de gerenciamento do consórcio, entre outros, obedecendo as normas da regionalização;
- IV - Prestar cooperação técnica, realizar treinamento, estudos técnicos e pesquisa e executar ações conjuntas de prestação de serviços assistenciais e de vigilância em saúde;

- V- Estabelecer vínculo de cooperação e articular esforços com vistas a criar condições de viabilidade, eficiência, eficácia e melhores resultados na gestão da saúde dos municípios consorciados;
- VI- Promover a capacidade resolutiva, ampliar a oferta e o acesso da população aos serviços de saúde;
- VII - Representar os entes da Federação consorciados perante outras esferas de governo, mediante deliberação da Assembleia Geral.

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

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

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

O CEO recebe financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde, onde os municípios da microrregião e o governo estadual arcam com o custeio mensal, por meio do contrato de rateio. Além dos repasses municipais e estaduais, recebe recursos do Ministério da Saúde, através do Programa Brasil Sorridente.

A Policlínica de Baturité iniciou suas atividades em 04 de abril de 2011. Também foi construída e equipada pelo Governo do Estado do Ceará e entregue ao Consórcio para início de suas atividades. Fornece atendimento médico especializado nas seguintes áreas: clínica geral, cardiologia ginecologia, pré-natal de alto risco, otorrinolaringologista, oftalmologia, mastologia, cirurgia geral, gastroenterologia, urologia e traumatologia-ortopedia. As especialidades de dermatologia e neurologia não estavam previstas inicialmente, mas foram incorporadas pela demanda na região.

A policlínica conta ainda com quatro consultórios setorizados que destinam-se aos atendimentos de apoio em fisioterapia/terapia ocupacional, psicologia, nutrição, fonoaudiologia, assistência farmacêutica e consultório do pé diabético. A Unidade também executa serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Dispõe de estrutura física destinada para a realização de raio x, mamografia, ultrassonografia, endoscopia digestiva alta, colonoscopia, ecocardiograma, ergometria, eletrocardiograma, audiometria. Os serviços de laringoscopia, eletroencefalograma e tomografia foram incorporados posteriormente.

O equipamento de saúde não recebe financiamento da União. Desta forma, apenas o estado do Ceará e os municípios arcam entre si com a manutenção da Policlínica. O contrato de rateio estabelece os valores com as quotas de rateio para cada município e o Estado. Mas de um modo geral, os município rateiam 60% dos custos de manutenção do Consórcio e equipamentos de saúde: Policlínica de CEO. Os outros 40% são financiados pelo governo estadual.

6. A estrutura administrativa do consórcio

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

I - Nível de direção superior, composto da seguinte maneira:

- a) Assembleia Geral: o órgão máximo e soberano de deliberação do consórcio. É composta por todos os municípios consorciados, representados por seus prefeitos, e por representantes do governo estadual. À assembleia pode deliberar sobre todas as questões do Consórcio.
- b) Presidência: a assembleia é presidida pelo Presidente do Consórcio, prefeito de um dos municípios consorciados, eleito pelos membros integrantes para mandato de 02 anos, sendo permitida a reeleição uma única vez. O Presidente do Consórcio exerce a representação legal e administrativa da associação pública, de forma voluntária, isto é, sem nenhuma remuneração.
- c) Conselho Consultivo de Apoio a Gestão do Consórcio: deve ser formado por um representante de cada ente consorciado. Acompanha e fiscaliza permanentemente a contabilidade do Consórcio e suas atividades econômicas, financeiras e inobservância legais.
- d) Conselho Fiscal: está vinculado a Assembleia Geral e constituído pelos Secretários Municipais de Saúde dos entes consorciados e pela Coordenadora da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde de Baturité.

II - Nível de direção executiva e operacional, responsável pela gestão cotidiana das atividades do Consórcio e composto da seguinte forma:

- a) Diretoria Executiva: órgão responsável pelo planejamento, coordenação, controle e execução das atividades administrativas do Consórcio
- b) Diretoria Administrativo-Financeira: responsável pela administração dos recursos materiais, humanos e financeiros do Consórcio.

7. Desenho das relações intergovernamentais em dimensões

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

Na dimensão Gerencial, estado e municípios organizam-se em torno da Diretoria Executiva e dos equipamentos de saúde Policlínica e CEO do Consórcio. O governo estadual apesar de diferenciar-se por ser o principal financiador dentre os entes consorciados, assume uma posição muito semelhante aos municípios. A Figura 1 elucida a formatação das relações intergovernamentais na Dimensão Gerencial.

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

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

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

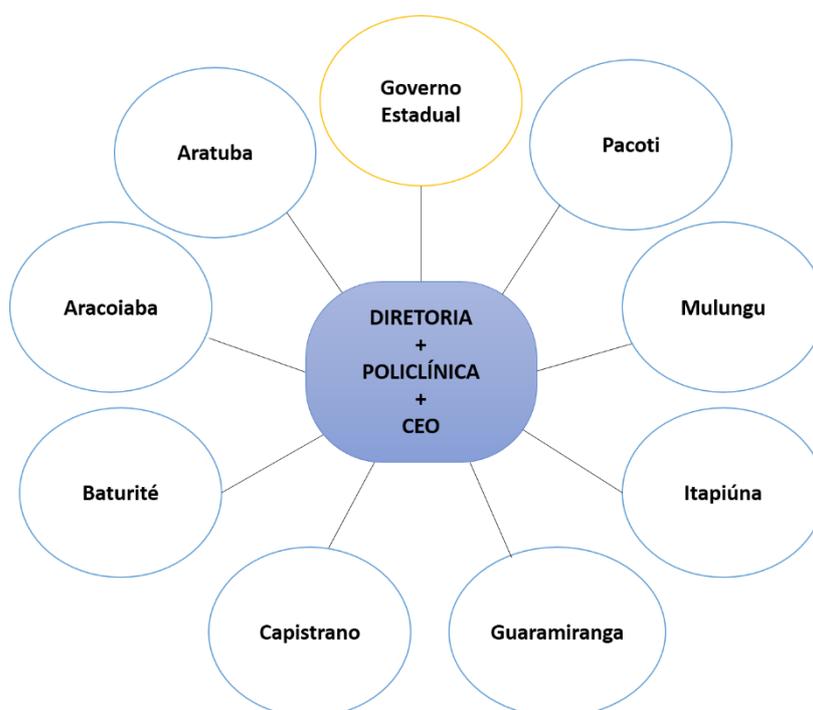


Figura 2 - Desenho das relações intergovernamentais na Dimensão Gerencial

Fonte: elaborado pelas autoras (2015)

Na Dimensão Política, o governo estadual deixa de estar em posição semelhante aos municípios e passa a ser o eixo-central do relacionamento. Esta nova posição fundamenta-se no fato ser o maior investidor de recursos para o funcionamento do consórcio. Embora exista esta diferenciação, ela não influencia nas atividades cotidianas do Consórcio, mas em decisões e mudanças estratégicas, como escolha do Presidente do Consórcio e a expansão de especialidades médicas. A Figura 2 apresenta a formatação das relações intergovernamentais na Dimensão Política.

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

Nesta dimensão é fundamental a figura dos prefeitos municipais como representantes políticos, a fim de garantir que as demandas de seus respectivos municípios sejam atendidas. Após a consolidação das demandas estabelecidas pelos secretários municipais e pelos diretores do CEO e Policlínica, os prefeitos se reúnem em assembleia junto com o representante do governo estadual para verificar a viabilidade financeira das demandas, mas a decisão final é do Secretário de Saúde do Estado do Ceará.

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

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

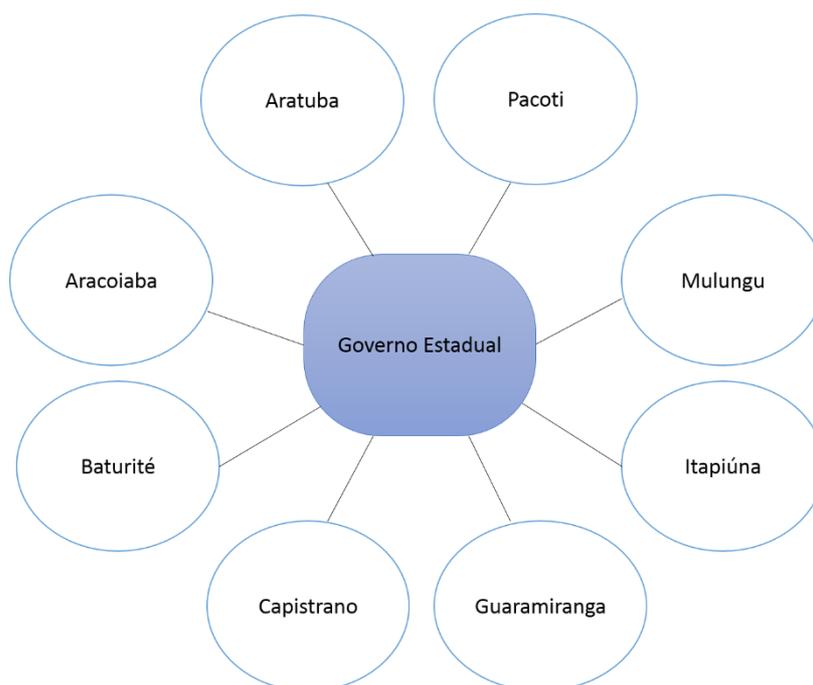


Figura 3 - Desenho das relações intergovernamentais na Dimensão Política

Fonte: elaborado pelas autoras (2015)

8. Considerações finais

Em nenhuma das dimensões nota-se uma relação direta entre os municípios, sendo fundamental a existência de um mediador, seja ele os diretores dos equipamentos de saúde, a Diretoria do Consórcio ou

o próprio governo estadual. Os municípios evoluíram na ideia de ação cooperada, mas ainda dispõem de iniciativa limitada e necessita da ação direta de um interlocutor ou motivador da ação coletiva.

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

Ademais, os resultados do trabalho constataram a vantagem dos municípios trabalharem em cooperação, em detrimento de trabalharem isoladamente. Usando as palavras de um dos gestores entrevistados “o Consórcio Público de Saúde deu uma cara nova ao SUS. Ele mostrou o SUS que nós queremos, um SUS funcionando”.

A apesar da necessidade de avançar ainda mais nas redes públicas de cooperação na prestação dos serviços públicos de saúde, é necessário se pensar na incorporação de novos atores, e com isso estudar a possibilidade de construir uma rede híbrida de cooperação, para além dos entes governamentais, que incluam a sociedade civil organizada e a iniciativa privada como atores que poderão contribuir positivamente para a sua consolidação.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando. Luiz. Coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 24, n. 24, p. 41-67, 2005.

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo e Políticas Sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo - ANPOCS, v. 10, n.28, p. 88-108, 1995.

ARRETCHE, Marta. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação & Sociedade** (Impresso), Campinas, v. 23, n.80, p. 25-48, 2002.

BRASIL. **Lei 11.107, de 6 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências.

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

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

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

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

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

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

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

LINHARES, P. T. F. S. Evolução da Cooperação Intermunicipal do Brasil. **Anais do IV Congresso CONSAD de Gestão Pública**. Brasília, 2011.

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

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

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

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

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

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