

**FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO**

WDILESTON DOS SANTOS SOUZA

**OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE E O SEU IMPACTO NO
DESENVOLVIMENTO REGIONAL DA BAHIA: Estudo de Caso do
Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Alagoinhas/BA.**

ALAGOINHAS
2021

WDILESTON DOS SANTOS SOUZA

**OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE E O SEU
IMPACTO NO DESENVOLVIMENTO REGIONAL DA
BAHIA: Estudo de Caso do
Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de
Alagoinhas/BA**

Dissertação apresentada ao Curso de Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, da Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magister em Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Me. Renan V. de S. Rocha.

ALAGOINHAS
2021

Ficha Catalográfica

SOUZA, Wdileston dos Santos

OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE E O SEU IMPACTO NO DESENVOLVIMENTO REGIONAL DA BAHIA: Estudo de Caso do Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Alagoinhas/BA/ Wdileston dos Santos Souza. Alagoinhas: FLACSO/FPA, 2021.

Quantidade de folhas f.:59

Dissertação (Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas), Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, 2021.

Orientador/a: Prof. Me. Renan V. de S. Rocha

WDILESTON DOS SANTOS SOUZA

**OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE E O SEU
IMPACTO NO DESENVOLVIMENTO REGIONAL DA
BAHIA: Estudo de Caso do
Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de
Alagoinhas/BA**

Dissertação apresentada ao Curso de Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, da Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magister em Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Aprovada em 14 de dezembro de 2021.

**ORIENTADOR: Prof. Me. Renan Vieira de Santana Rocha
FLACSO Brasil**

**Prof.^a Dr.^a Jucelia Bispo dos Santos
UNILAB**

**Prof.^a Dr.^a Beatriz Borges Brambilla
PUC-SP**

AGRADECIMENTOS

“O conhecimento é fonte de sabedoria, e olhar para trás e perceber o longo caminho percorrido até aqui, é reconhecer o poder da doação e elevar a humildade”.

A toda minha família, que sempre depositou toda credibilidade em mim, apoiando-me, impulsionando-me e fazendo-me acreditar que seria possível... Agradeço Humildemente.

Aos meus pais amados, José Bento e Suelene, é com imensa alegria que digo: Obrigado Pai por sempre, incondicionalmente, estar ao meu lado me apoiando constantemente. Mãe, sou imensamente grato por tudo, suas palavras, sua proteção, seu cuidado, seu sorriso e por renunciar a tantas coisas por mim. Tenho profunda gratidão por tudo que vocês fizeram por mim.

Agradecer aos meus irmãos Wdiléia e Wderlanio, pelo afeto, pelo apoio e pelos momentos que dividimos.

Aos meus sobrinhos Cadú e Thierry pelos momentos únicos de descontração e alegria.

Aos amores da minha vida, minhas filhas Emily e Enny Hyllare, pela compreensão, pelo apoio, pelo amor. Amo-as incondicionalmente.

E a todos meus familiares, especialmente, vovó Chinha, meu amor!

Agradecer aos amigos e amigas, jamais deixaria de agradecê-los por sempre estar compartilhando comigo momentos importantes da minha vida.

Agradecer ao Professor Renan, pela orientação, incentivo e apoio, relevante para a realização deste trabalho.

Finalmente, gostaria de estender estes agradecimentos a todos e todas que contribuíram, direta e indiretamente, para a realização deste sonho, meus sinceros agradecimentos e minha eterna gratidão.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é identificar e analisar os consórcios públicos de saúde e o seu impacto no desenvolvimento regional da Bahia na região de Alagoinhas – Bahia. A problemática desta pesquisa consistiu em: Quais são os consórcios públicos de saúde e como se dá seu impacto no desenvolvimento regional na cidade de Alagoinhas – Bahia? Na constituição do trabalho a fim de estrutura e compreensão, o referencial teórico foi construído com os seguintes pontos: Conceitos de Consórcios no Brasil, Consórcios Públicos e Consórcios no ABC – Paulista, Consórcios Públicos na área de saúde e Caracterização do plano estadual de saúde da Bahia e sua relação com a região de Alagoinhas – Bahia. A partir da pesquisa realizada podemos perceber adicionalmente, tentativas de racionalização dos gastos com saúde, ações centralizadas na redução dos gastos e acesso aos serviços específicos. Desta maneira, ações focadas na estruturação da relação entre os Sistemas de Saúde e os fornecedores de insumos e prestadores de serviços são justificadas dadas o seu potencial de melhoria na eficiência de serviços de saúde.

Palavras-chave: consórcios públicos, consórcios Públicos na área de saúde

ABSTRACT

The objective of this work is to identify and analyze the public health consortia and their impact on the regional development of Bahia in the region of Alagoinhas – Bahia. The issue of this research consisted of: What are the public health consortia and how is their impact on regional development in the city of Alagoinhas – Bahia? In the constitution of the work in order to structure and understand, the theoretical framework was built with the following points: Concepts of Consortia in Brazil, Public Consortia and Consortia in ABC - Paulista, Public Consortia in the area of health and Characterization of the state health plan of Bahia and its relationship with the region of Alagoinhas – Bahia. From the research carried out, we can additionally see attempts to rationalize spending on health, actions centered on reducing costs and access to specific services. In this way, actions focused on structuring the relationship between Health Systems and input suppliers and service providers are justified given their potential to improve the efficiency of health services.

Keywords: public consortia, Public consortia in the health area

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Municípios com consórcio intermunicipais de 2005 a 2015	28
Figura 2 - Consórcio público ativos no Brasil (1970 - 2012))	30
Figura 3 - Mapa Territorial	44
Figura 4 - Índice de Desenvolvimento Humano de 1991 a 2010	46
Figura 5 - Mapa Geral de Alagoinhas -Ba.....	47
Figura 6 - Receitas direcionadas a saúde.....	49
Figura 7 - Demonstrativo de Custeio do Estado da Bahia.....	53
Figura 8 – Estrutura Organizacional Administrativa.....	53
Figura 9 - Fluxograma para consulta médica especializada	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de Consórcios no Brasil.....	24
Tabela 2 - Modelo para cálculo base para o Estado	40
Tabela 3 - Dados Básicos do Território de Alagoinhas - Ba	46
Tabela 4 - Indicadores da Saúde do município de Alagoinhas.....	48
Tabela 5 - Receita por blocos	49
Tabela 6 - Despesa por bloco	50
Tabela 7 - Detalhamento de despesa	50
Tabela 8 - Direcionamento dos recursos financeiros a saúde.....	51

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABAC - Associação Brasileira de Administradores de Consórcios

APGs - Assessorias de Planejamento e Gestão.

BACEN - Banco Central do Brasil

CEDETER - Conselho Estadual de Desenvolvimento Territorial.

CLINAB - Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Alagoinhas/BA

CNM – Confederação Nacional de Municípios

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano do Município.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PES - Plano Estadual de Saúde.

PL- Projeto de Lei

PMA - Planejamento, Monitoramento e Gestão.

PTDS - Plano Territorial de Desenvolvimento Sustentável.

RBSP - Revista Baiana de Saúde Pública.

SEPLAN - Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia.

SESAB - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SRF - Secretaria da Receita Federal

SUS – Sistema Único de Saúde.

TLNAB – Território de Identidade do Litoral Norte e Agreste Baiano

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 HISTÓRICO DOS CONSÓRCIOS NO BRASIL.....	12
2.2 EXPERIÊNCIA DE CONSÓRCIOS PÚBLICOS NO ABC - PAULISTA.....	12
2.3 O QUE SÃO CONSÓRCIOS PÚBLICOS?.....	20
2.3.1 Como São Regulamentados Os Consórcios Públicos?	27
2.4 CONSÓRCIOS PÚBLICOS NO CAMPO DA SAÚDE.....	15
2.4.1 Como se dá a implantação dos consórcios públicos?	30
2.4.2 O território de identidade como referência espacial	30
3 CARACTERIZAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA E SUA RELAÇÃO COM A REGIÃO DE ALAGOINHAS	38
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE	38
3.2 PERFIL DA REGIÃO DE ALAGOINHAS	44
3.3 RELAÇÃO ENTRE O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE E A REGIÃO DE ALAGOINHAS	48
3.4 CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DA REGIÃO DE ALAGOINHAS/BA.....	51
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	56

1 INTRODUÇÃO

O termo consórcio é de origem latina, derivada da palavra *consortium*, conceituada como a associação de um sócio com o outro. O consórcio é uma maneira de prospectar recursos financeiros entre um grupo, o que forma uma sociedade, onde todos os participantes têm o objetivo em comum.

A Constituição de 1937 reconheceu que os consórcios (“associação de municípios”) eram pessoas jurídicas de direito público. Com a Constituição de 1946 e a consolidação do processo democrático, ampliou-se o debate sobre a cooperação federativa e o papel do Estado na promoção do desenvolvimento nacional e regional.

O presente trabalho teve como objetivo identificar e analisar os consórcios públicos de saúde e o seu impacto no desenvolvimento regional da Bahia na região de Alagoinhas – Bahia.

Justifica-se a pesquisa tendo em vista a importância de compreender acerca dos consórcios públicos de saúde, a fim de ter a percepção do seu funcionamento, assim como sua aplicabilidade para a sociedade. Para além disto, se justifica ainda por propiciar a relação acerca do impacto que estes consórcios têm no desenvolver de determinada (s) região (ões).

A problemática da pesquisa consistiu em: Quais são os consórcios públicos de saúde e como se dá seu impacto no desenvolvimento regional na cidade de Alagoinhas – Bahia?

A metodologia do trabalho consistiu em uma revisão de literatura e um estudo de caso. Acerca da revisão, foram utilizados artigos acerca da temática, com um arco temporal de 2010 – 2021. Como critérios de inclusão foram utilizados artigos originais, de revisão, de campo etc., em língua portuguesa. Como critérios de exclusão artigos que fossem em outra língua e artigos repetidos. Para a etapa do estudo de caso, foram utilizados documentos próprios da região de Alagoinhas – Bahia.

Na constituição do trabalho a fim de estrutura e compreensão, o referencial teórico foi construído com os seguintes pontos: Conceitos de Consórcios no Brasil, Consórcios Públicos e Consórcios no ABC – Paulista, Consórcios Públicos na área de saúde e Caracterização do plano estadual de saúde da Bahia e sua relação com a região de Alagoinhas – Bahia.

A partir da pesquisa percebemos tamanha importância em explanar sobre os consórcios públicos, principalmente no tangente a área da saúde. A qual tem suas definições a partir de suas leis e regulamentações, assim como, o escopo dos serviços para o atendimento à determinada população.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção é explanado o embasamento teórico, o qual é de extrema importância para viabilizar o estudo desta pesquisa. De maneira que, é discutido a origem e conceito que permeiam o que se entende por consórcio público. A partir da definição formada com o levantamento bibliográfico, é possível trazer um contexto com o principal marcos histórico da formação dos consórcios, o surgimento da legislação para consórcios públicos, suas tipologias e a existência desta prática no sistema de saúde pública.

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA ORIGEM DOS CONSÓRCIOS

Na Europa, existem consórcios com mais de 100 anos que atuam em diversos segmentos da sociedade. Aqui no Brasil, desde o início da República, os municípios podiam se associar, mas através de contratos/convênios sujeitos a aprovação do Estado (Ribeiro, 2006).

A Constituição de 1937 reconheceu que os consórcios (“associação de municípios”) eram pessoas jurídicas de direito público. Com a Constituição de 1946 e a consolidação do processo democrático, ampliou-se o debate sobre a cooperação federativa e o papel do Estado na promoção do desenvolvimento nacional e regional. Em 1961, foi criado o Banco de Desenvolvimento Regional do Extremo Sul (BRDE), uma autarquia interfederativa dos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, constituindo-se como o primeiro consórcio público brasileiro do tipo moderno (Ribeiro, 2006).

O golpe militar de 1964 regrediu essas conquistas no Brasil e transformou o país, na prática, em um Estado Unitário. Os consórcios públicos foram enquadrados em consórcios administrativos, sem personalidade jurídica, sendo meros pactos de colaboração, questionando-se inclusive a obrigatoriedade do cumprimento de seus contratos (Ribeiro, 2006).

Outros tipos de consórcios surgiram na década de 60, precisamente, em 1962 a partir da união de um grupo de amigos funcionários do Banco do Brasil que, por meio de uma poupança coletiva, pensaram em acumular um capital correspondente a um automóvel para cada participante, através de um sorteio, e assim nasce o consórcio no Brasil.

A Associação Brasileira Administradores de Consórcio (ABAC) explana que,

[...]o Brasil experimentava sua fase industrial – impulsionada pelo avanço do setor automotivo – e teve sua economia abalada pela concentração de renda e ausência de mecanismos de financiamento, que provocaram a restrição brutal da demanda por bens duráveis. Com a aceleração inflacionária, a população tinha poucas alternativas para adquirir produtos que, como o automóvel, começava a ser produzidos no país. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA ADMINISTRADORES DE CONSÓRCIO, 2005, p. 13).

Esta modalidade de consórcios, conforme a ABAC (2005) é um “mecanismo de concessão de crédito isento de juros, que tem por finalidade a aquisição de bens e serviços”. As cartas de créditos servem para o consorciado utilizá-la na compra do seu bem móvel ou imóvel durável.

Desse modo, o consórcio passa a ser uma ferramenta importante para adquirir um bem, focado na indústria automobilística, o que anos depois toma uma maior dimensão, alcançando o interesse do poder público e, também, de outros países latino americanos, difundindo-se pelo mundo, abrangendo os Estados Unidos da América, a Europa e, posteriormente, atingindo os demais continentes. Por consequência, com o progresso do consórcio e o interesse do poder público, ver-se a necessidade de desenvolver normas referente aos recursos captados dos consorciados e, assim, surge no ano de 1967 a ABAC, uma associação que reúne três entidades focadas na administração de consórcios, divididos em independentes, ligadas as concessionárias e ligadas aos fabricantes.

Tais consórcios possibilitam adquirir equipamentos médicos, procedimentos médicos, imóveis, construção de imóveis, pagamento de festas, cursos, dentre outros, tendo em vista que, estes, facilitam a forma de aquisição. Pode-se ter diversos tipos de consórcios, abaixo explana-se os mais comuns do mercado, sendo eles:

- Consórcio de motos - Conforme ABAC, duas a cada três motos comercializadas podem ter sido pelo Sistema de Consórcios. Isso indica que muitas pessoas têm conseguido adquirir sua moto por meio de consórcio. Além disso, os planos de consórcio de motos são muito acessíveis, sem taxa de juros e sem entrada. Quando o participante é contemplado terá flexibilidade para escolher o modelo, a marca e a cor, tudo de acordo com o valor da sua carta de crédito. Ressalta-se que os planos podem ter a duração de 25 até 70 meses, com a taxa administrativa fixa diluída nas parcelas do plano.
- Consórcio de automóveis – O consórcio de veículos possibilita a compra sem entrada, sem juros e sem burocracia, dependendo do valor da carta de crédito, onde se pode escolher qual veículo deseja se novo ou seminovo, definir a cor, a marca, entre outros

atributos. Os planos para pagamento do consórcio de veículos são mais longos do que o de motos, tendo em vista que costumam ter prazos de 50, 60, 70, 80 ou até 120 meses.

- Consórcio de imóveis - Sabe-se que, uma das maiores dificuldades do brasileiro é ter um imóvel próprio. Tendo em vista o alto investimento para fazer a compra à vista, muitas pessoas buscam o financiamento. Mesmo contando com essa modalidade de compra, é preciso ter uma quantia expressiva para dar de entrada no imóvel, além da aprovação da ficha para o financiamento e de outros trâmites burocráticos. Sem falar que, depois de aprovado, o que assusta é a carga de juros que vem em cada parcela, sendo bem superior ao próprio valor de amortização. Porém, o consórcio de imóveis, se torna mais fácil sem passar pelas dificuldades supracitadas, além de ser mais prático e seguro, e a pessoa não precisa se preocupar em ter o dinheiro de entrada.

- Consórcio de serviços - Com o crescimento do setor, muitas pessoas têm buscado o consórcio para contratar serviços diversos, que variam de festas de aniversário, formaturas e casamentos a cursos, cirurgias estéticas, viagens, entre outros. De maneira que é necessário o consorciado saber o valor que vai gastar com o serviço e depois, ele deve adquirir a carta no valor que deseja e aguardar ser contemplado.

A falta de regulamentação para o sistema fez com que o consórcio crescesse desordenadamente durante a década de 60. Por volta de 1971, iniciou-se o processo de regulamentação por meio da Secretaria da Receita Federal (SRF) – órgão ligado ao Ministério da Fazenda – e posteriormente pelo Banco Central do Brasil (BACEN). É evidente, porém, a importância da entrada do BACEN no sistema, tendo em vista sua dedicação e competência operacional para fiscalizar e o rigor imposto nas punições nos casos de irregularidades verificadas, até então, se existia algum tipo de irregularidade não era fiscalizado.

Criado em 1962, o Sistema de Consórcios só chamou a atenção do Poder Público em setembro de 1967, quando o Banco Central editou a Resolução nº 67, [...] na forma da deliberação do Conselho Monetário Nacional, em sessão hoje realizada, de acordo com o art. 1º da Lei nº 4.728, de 14 de julho de 1965, e Arts. 3º, inciso V, e 9º da Lei nº 4.595, de 31 de dezembro de 1964, e tendo em vista a necessidade de resguardar interesses do público participante de consórcios (fundos mútuos ou outras formas associativas assemelhadas) que objetivem a coleta de poupanças para propiciar a venda ou o autofinanciamento da aquisição de bens móveis de qualquer natureza, [...] (BANCO CENTRAL DO BRASIL, 1967).

A Resolução nº 67 determina que, aos administradores de consórcio que mantivessem os recursos dos grupos em contas bancárias de movimentação claramente identificada e, aos bancos, impôs que as retiradas dessas contas fossem autorizadas, exclusivamente, para a compra de bens, objeto dos planos de consórcio. É de responsabilidade do BACEN regulamentar e fiscalizar a atuação das administradoras de consórcios no Brasil. Não há nenhum tipo de fundo garantidor para a atividade de consórcio. O Banco Central pode tornar-se responsável solidário, caso fique comprovado falha na fiscalização do setor.

No tocante aos consórcios públicos, com a redemocratização brasileira no final da década de 80, e a Constituição de 1988, reiniciaram-se as discussões federativas e os municípios voltaram a se consorciar, mesmo com as fragilidades jurídico-institucionais. Apenas em 2005, com a Lei dos Consórcios Públicos, sanou-se esta questão e ganhou-se um instrumento moderno e robusto de cooperação federativa (RIBEIRO, 2006).

2.2 A EXPERIÊNCIA DE CONSÓRCIOS PÚBLICOS NO ABC - PAULISTA

Brischiani (2015) faz um mapa do caminho, traçando um planejamento e atuação do consórcio municipal sobre a grande ABC (São Paulo)¹, destacando como o consórcio público contribui para o desenvolvimento territorial. Para esta conclusão, o autor se baseou no histórico de entre os anos 2010 e 2017 no ABC paulista, destacando os desafios que advém de administrar as áreas: social, econômica, política, cultural e ambientalista. Apesar de ser imprescindível a transparência dos gestores públicos, assim como dos administradores dos consórcios.

O consórcio teve sua formação no ABC, em 1990 a 2010, sendo Celso Daniel, prefeito de Santo André, o primeiro presidente do consórcio a liderar, articular e cooperar entres os Municípios da grande ABC (São Paulo) desde a década de 80. A partir de 2011 a 2012, com a liderança de Mário Reali, conforme relatado por Brischiani (2015), o consórcio teve um avanço em relação à gestão anterior, tais como:

- I) O plano Regional de mobilidade e habilidade. Regional para o recebimento de recurso oriundo da PAC mobilidade.
- II) A elaboração do plano plurianual de risco.
- III) A priorização da redução de risco ampliando a perspectiva das iniciativas regionais no âmbito da defesa Civil.

¹ É uma região industrial de São Paulo composto por sete municípios: Santo André, São Bernardo Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Preto, Rio Grande da Serra.

IV) A significativa elevação dos recursos destinados pelos Municípios consorciados.

De maneira que, o consórcio precisou se organizar e seguiu todas as etapas necessárias para fornecer uma boa atuação para dar andamento nos investimentos e nos projetos nos anos seguintes realizando parcerias com Universidades, eliminando os riscos seguindo com transparência, ética e seguindo todos os trâmites de uma boa organização administrativa pública. Esse é um dos exemplos da execução do consórcio público e a gestão.

Outro exemplo de consórcio público que pode ser percorrido é no Estado de São Paulo, na área da saúde, conforme explica Flexa e Barbastefano (2015):

No estado de São Paulo, destaca-se o caso do Consórcio de Saúde do Alto Vale do Ribeira (Cisavar), onde o consórcio permitiu ampliação da oferta dos serviços especializados, através do melhor aproveitamento dos serviços já existentes (diminuição da ociosidade do hospital-sede), além de diminuir o comportamento freerider dos municípios vizinhos, que passaram a contribuir com recursos financeiros para o hospital ao qual já encaminhavam pacientes⁴³. A autora ainda ressalta que houve o aumento do poder de barganha dos municípios envolvidos junto ao governo estadual, levando recursos à região que dificilmente seriam obtidos caso os solicitassem isoladamente (FLEXA e BARBASTEFANO, 2015, p. 334).

O que reafirma o quanto os consórcios públicos contribuem para a melhor gestão pública, tendo em vista que, com o consórcio é possível ampliar as ofertas de serviços públicos, e, principalmente na área da saúde, levando assim qualidade de atendimento à população.

2.3 O QUE SÃO CONSÓRCIOS PÚBLICOS?

O termo consórcio é de origem latina, derivada da palavra *consortium*, conceituada como a associação de um sócio com o outro. O consórcio é uma maneira de prospectar recursos financeiros entre um grupo, o que forma uma sociedade, onde todos os participantes têm o objetivo em comum.

O Art. nº 241 da Constituição Federal salienta que:

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 (BRASIL, 1998).

Podemos dizer que o consórcio público é uma modalidade de associação entre entes federados, que compõe a administração indireta dos entes consorciados, com vistas ao planejamento, à regulação e à execução de atividades de um modo geral ou de serviços públicos de interesse comum de alguns ou de todos os consorciados.

Conforme o Decreto 6.017/07, consórcio público é:

... pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, na forma da Lei 11.107, de 2005, para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive a realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos.

Desse modo, quando se fala em consórcio público, define-se como um âmbito jurídico que busca administrar os serviços públicos por meio da lei. Agregando benefícios subsequentes para população com infraestrutura adequada e melhorias nas áreas de operação. Sendo assim, o formato do consórcio pode ser de pessoas jurídicas tanto de direito público quanto de direito privado.

A Lei dos Consórcios amplia de forma considerável os objetivos dos consórcios públicos, atribuindo-lhes funções que ampliam a capacidade de execução das políticas públicas pelos municípios consorciados, nesse sentido, estas são as principais características dos consórcios públicos de acordo com a Lei dos Consórcios:

- 1 – Gestão compartilhada de serviços públicos;
- 2 – Prestação de serviços, assistência técnica, execução de obras e fornecimentos de bens;
- 3 – Compartilhamento de instrumentos, equipamentos, pessoal, licitação e admissão de pessoal;
- 4 – Produção de informações e estudos técnicos;
- 5 – Escola de governo e afins;
- 6 – Proteção do meio ambiente;
- 7 – Gerenciamento de recursos hídricos, devidamente delegado ou autorizado;
- 8 – Intercâmbio de experiências entre os consorciados;
- 9 – Gestão do patrimônio urbanístico, paisagístico e turístico comum;
- 10 – Administração dos serviços e recursos previdenciários dos consorciados;
- 11 – Assistência técnica, extensão, treinamento, pesquisa e desenvolvimento urbano, rural e agrário;

- 12 – Ações e políticas de desenvolvimento urbano, socioeconômico local e regional; e
- 13 – Competências pertencentes aos consorciados nos termos de autorização ou delegação.

Desta forma, os consórcios públicos podem desenvolver atividades em diversas áreas:

- Abastecimento de água, esgotamento sanitário, drenagem e manejo de águas pluviais; gestão de resíduos sólidos;
- Gestão ambiental compartilhada;
- Habitação de interesse social;
- Manutenção de estradas vicinais;
- Implantação de abatedouros e frigoríficos regionais;
- Capacitação de gestores municipais;
- Educação profissional;
- Saúde;
- Projetos de apoio à agricultura familiar;
- Dentre outras.

Os Consórcios Públicos, do ponto de vista dos municípios, contribuem para o aumento da sua capacidade de realização, conferindo maior eficiência na utilização dos recursos. Possibilita, também, o fortalecimento da autonomia municipal ao ampliar a capacidade de diálogo e negociação junto aos órgãos de outros entes da federação e entidades privadas. Para sua operacionalização, os Consórcios Públicos, estes são os principais instrumentos operacionais:

- Contrato de rateio
- Contrato de programa
- Contrato de prestação de serviços.

De acordo com Ribeiro (2006) a Lei dos Consórcios Públicos também apresenta facilidades operacionais, a exemplo das vantagens licitatórias com o aumento do limite para determinada modalidade de licitação e aumento do percentual para dispensa, além de vantagens processuais e imunidades tributárias. Como vemos a seguir:

- Licitatórias:
 - ◆ Aumento de limites de valores para determinação da modalidade de licitação (podendo chegar ao triplo para consórcios com mais de 3 entes).

- ◆ Dispensa de licitação na celebração de contrato de programa com ente da Federação ou com entidade de sua administração indireta.
- ◆ Aumento do percentual para dispensa de licitação: 20% (o dobro da administração direta dos entes federados que é de 10%).
- ◆ Licitação compartilhada (permite compras conjuntas e maior poder de negociação com fornecedores).
- Imunidades tributárias:
 - ◆ Imunidade para os seguintes impostos: IRPJ, IOF, IPTU, IPVA, ISSQN e ICMS.
- Processuais:
 - ◆ Prazo em quádruplo para contestar e o dobro para recorrer nos processos jurídicos.
 - ◆ Uso de precatório para satisfazer obrigação com credor.

A criação de consórcios públicos possibilita ainda a descentralização da prestação de serviços públicos, a articulação regional ascendente, além de imprimir, na elaboração e implementação das políticas públicas, a visão territorial do desenvolvimento, fortalecendo os vínculos identitários.

Os Consórcios Públicos poderão atuar em diversas áreas como: planejamento regional, saneamento básico, transporte urbano e intermunicipal, infraestrutura, turismo, trânsito, assistência social, educação, meio ambiente, desenvolvimento rural, apoio à gestão municipal etc.

De modo geral, Batista (2011) contextualiza os consórcios públicos como instituições oriundas da união entre a União, o Estado e o Município, fortalecendo assim o pacto federativo, conforme afirma

Os Consórcios Públicos são instituições formadas por dois ou mais entes da Federação para realizar ações de interesse comum. Importante instrumento de cooperação técnica e financeira entre municípios de uma determinada região, governos dos Estados, Distrito Federal e a União, os Consórcios podem servir à articulação de ativos, viabilizar cooperação em projetos de abrangência regional, obras e outras ações destinadas a promover o desenvolvimento de determinada região.

Os Consórcios Públicos também podem se constituir num importante espaço de diálogo e fortalecimento das relações entre o poder público e as organizações da sociedade civil, articulando parcerias, convênios, contratos e outros instrumentos congêneres, facilitando o financiamento e a gestão associada ou compartilhada dos serviços públicos.

Por meio do Consórcio Público os entes da Federação podem estabelecer o planejamento regional estratégico, mapear demandas e eleger prioridades regionais na busca do desenvolvimento regional (BATISTA, 2011, p. 26).

É válido ressaltar que, quando da sua promulgação, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88), não discorria a respeito do serviço de consórcios entre os federados. No entanto, a Emenda Constitucional n.º 19/98, conforme Brasil (1998) “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”. Esta Lei possibilitou aos entes federados a constituição de consórcios públicos.

2.3.1 A REGULAMENTAÇÃO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS

A constituição de consórcios públicos passou a ser regulamentada pela EC 19/98, bem como o seu funcionamento. A emenda constitucional 19/98 permite a instituição do consórcio público dentro das diretrizes do ordenamento jurídico, como modelo de gestão inovador para serviços público.

Passou-se seis anos de inserção da normativa no Texto Constitucional, para que houvesse uma legislação regulamentadora, proveniente dos poderes Executivo e Legislativo Federais, após produzirem o texto legislativo, resultando no Projeto de Lei (PL) n.º 5.755, do Senado Federal e da Câmara de Deputados, e, na PL n.º 3.884/04, da Presidência da República, que mais tarde teve seu marco regulatório em 2005 com a Lei de n.º 11.107/05, a qual segundo Brasil (2005) “Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências”. Encerrando a longa espera pela regulamentação e gestão das entidades de consórcio público no Brasil.

Diante disso, Batista salienta que:

O processo de constituição de um Consórcio Público implica a definição clara dos objetivos e interesses comuns dos entes federados que irão se consorciar, identificando necessidades coletivas que são o atrativo maior para que os entes possam se consorciar. O pacto entre os entes que irão se tornar membros do Consórcio ocorre em torno de um ou mais objetivos comuns. A cooperação e o consenso nesses casos é o que sustenta a criação do Consórcio Público. Sem um objetivo comum ou com um objetivo imposto pela vontade de apenas um de seus membros, o Consórcio terá dificuldade de se manter. Os padrões de negociação entre os entes federados para formar um Consórcio Público devem obedecer à autonomia de cada um. Nesse sentido a constituição de um Consórcio envolve articulação política, consultas e envolvimento das áreas técnicas, elaboração de

estudos técnicos, elaboração de pareceres jurídicos e financeiros, negociações até que o acordo final atenda aos interesses de todos os envolvidos. Há a necessidade de entendimento de todos os entes federados dos benefícios da cooperação. E essa negociação irá acompanhar o dia a dia de atuação dos Consórcios Públicos (BATISTA, 2011, p. 50).

Por este motivo, houve a necessidade de se estabelecer uma Lei com a finalidade de integrar e favorecer a negociação, a articulação a coordenação e argumentação, bem como a otimização dos recursos alocados para a implementação do consórcio.

De acordo com Brasil (2005) a Lei nº 11.107/05 ajusta que o consórcio será elaborado por contrato, na prática, outras normas previstas na lei autorizam a consecução de que a constituição do Consórcio Público far-se-á com cumprimento de todo um procedimento, desde subscrição e publicação de protocolos de intenções.

Com o surgimento da Lei 11.107/05, os consórcios públicos são contratos, conforme Brasil (2005) o Art. 3º “O consórcio público será constituído por contrato cuja celebração dependerá da prévia subscrição de protocolo de intenções”, onde cabe registrar que mesmo antes do advento da Lei dos Consórcios Públicos, alguns autores, indicavam uma natureza contratual como:

- a) Contratos de intercâmbio: são contratos voltados para interesses antagônicos, que podem ser contrate entre a administração e uma outra empresa;
- b) Contratos de comunhão de escopo: são contratos com interesses comuns, que se refere a consórcio público.

É importante salientar que, existem duas formas de associação para o consórcio público, sendo eles: horizontal ou vertical. O primeiro é formado por entidades da mesma esfera de governo como, por exemplo, Município com Município; Estado com Estado. Já o segundo, é composto por entes de diferentes níveis de governo como Municípios e Estados; Estado e União; Município, Estado e União. Lembrando que, a Lei só consente que a União se consorcie com municípios caso o Estado também esteja participando.

A União pode integrar consórcios, e a sua participação nos consórcios públicos é autorizada pelo Art. 1º “Esta Lei dispõe sobre normas gerais para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios contratarem consórcios públicos para a realização de objetivos de interesse comum e dá outras providências”.

Exigência de autorização legislativa para formação dos consórcios: o art. 5º “O contrato de consórcio público será celebrado com a ratificação, mediante lei, do protocolo de

intenções”. A Lei 11.107/05 exige a autorização legislativa para que o Executivo celebre consórcios públicos.

Imposição de personificação dos consórcios: o Art. 1º, § 1º “O consórcio público constituirá associação pública ou pessoa jurídica de direito privado.” e o Art. 6º “O consórcio público adquirirá personalidade jurídica” da Lei 11.107/05, exige a instituição de pessoa jurídica de direito público (associação pública) ou de direito privado para a execução do contrato de consórcio.

Os consórcios públicos são motivados devido às demandas entre as federações, de modo que Batista (2011, p. 27) afirma que: “A Lei n.º. 11.107, de 6 de abril de 2005 dos Consórcios Públicos garantiu a eles a segurança jurídica necessária para funcionar como um elemento estratégico na promoção do desenvolvimento regional”.

Embora, haja outras normativas que diz respeito aos consórcios públicos, destacam-se os aspectos acima que são imprescindíveis para a sua caracterização.

O atual contexto federativo apresenta como desafio pensar a estratégia de ação impulsionada desde a base, isto é, a partir da capacidade que os Municípios possuem de ordenar o processo de desenvolvimento a partir da sua realidade e potencialidades socio territorial aliada às prioridades que lhe são inerentes (ZIULKOSKI, 2016).

Tendo esse contexto e a relação em que os municípios se encontram com dificuldades para gerir os recursos, escassos ou não, Batista afirma que (2011):

O Consórcio, como instrumento de desenvolvimento regional, permite o atendimento das demandas locais e regionais de forma direta e adequada à realidade. O Consórcio estabelece seu território de atuação em torno de um problema comum. Um mesmo ente federado pode participar de vários Consórcios temáticos tais como saneamento, saúde, educação, meio ambiente, resíduos sólidos, entre outros. Por outro lado, é possível a constituição de um Consórcio com objetivos amplos, atuando em uma região delimitada (BATISTA, 2001, p. 30).

O entendimento, quanto à necessidade e aplicabilidade dos Consórcios Públicos, principalmente na área da saúde, tem mostrado a incontestabilidade desses na relevância ao atendimento na prestação de serviços e na construção de obras necessárias para a manutenção e melhoria dos bens públicos.

Para a formação do consórcio, é definido alguns conteúdos básicos pré-estabelecidos para a sua formulação:

- a) Disposições sobre as características essenciais da relação consorciada, principalmente no que se refere aos seus objetivos, aos compromissos assumidos por cada ente consorciado; e à instância decisória superior da relação consorcial. O Quadro I apresenta relação de aspectos essenciais sobre a relação consorciada que devem estar previstos no contrato de consórcio;
- b) Dispositivos que instituem ou autorizam o Poder Público a instituir a entidade pública, integrante da administração indireta dos entes, cuja finalidade seja a de realizar o contrato de consórcio. O contrato de consórcio deve estabelecer as competências públicas (poderes e responsabilidades) descentralizadas pelos entes consorciados para a o consórcio público (Quadro II). O contrato de consórcio deve fixar os requisitos básicos do estatuto jurídico da entidade, especialmente no que se refere às suas competências, à sua estrutura de governança, ao seu patrimônio e às formas de financiamento (Quadro III);
- c) Regras administrativas específicas de direito público a serem observadas pelo consórcio público, inclusive no que tange à sua supervisão e ao controle pelos entes consorciados dos atos e resultados do consórcio público (SALGADO, 2014, p. 20).

Apesar da grande arrecadação de impostos, através de todas as esferas de governo, a União é a maior detentora deles, isso compromete as obrigações dos estados e municípios com suas despesas cada vez mais crescentes e com uma distribuição dos recursos insuficientes, como também mal administrados.

O panorama fiscal-financeiro não acompanhou a descentralização política, pelo contrário, remanesceu em muitos aspectos a centralização financeira nas mãos da União, ocasionando na fragilização da capacidade de formulação e implementação de políticas públicas no âmbito local (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2016).

Com isto, o imperativo na criação dos Consórcios Públicos manifestou-se para os municípios como uma interpelação, em que as relações intermunicipais viabilizando as expectativas de um coletivo territorial.

Prerrogativas aplicadas ao Consórcio Público Confederação Nacional de Municípios - CNM (2016 Di Pietro, *apud* 2006):

- Poder de promover desapropriações e instituir servidões nos termos de declaração de utilidade ou necessidade pública, ou interesse social, realizada pelo Poder Público (art. 2º, § 1º, inciso II);
- Possibilidade de ser contratado pela administração direta ou indireta dos Entes da Federação consorciados, com dispensa de escolha da modalidade de licitação (§ 8º do art. 23 da Lei 8.666, de 23-6-93, acrescentado de licitação (art. 2º, § 1º, inciso III);
- Limites mais elevados para fins pela Lei 11.107/05);

- Poder de dispensar a licitação 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 (art. 24, XXVI, da Lei 8.666/1993, acrescentado pela Lei 11.107/2005);
- Valores mais elevados para a dispensa de licitação em razão do valor, prevista no art. 24, incisos I e II, da Lei 8.666/1993, conforme alteração introduzida no parágrafo único do art. 24 pela Lei 11.107/2005.

Atualmente, esta modalidade integra muitos serviços essenciais para as funções da administração pública em geral. Para os cidadãos, caracteriza uma melhoria permitindo a esses usufruir em seus atendimentos e anseios estruturais.

Podemos enumerar na área da saúde, atendendo a serviços de média complexidade, as Policlínicas Regionais de Saúde tornaram-se referência em saúde contribuindo para dirimir as inconsistências na prestação de serviço dos municípios, incapazes de acolher a diversidade das especializações médicas indispensáveis à saúde dos habitantes locais, dos quais muitos precisavam recorrer às capitais no atendimento a sua especificidade de doença.

Tabela 1 - Número de Consórcios no Brasil

Estado	Número de Consórcios
MG	68
PR	23
SP	23
CE	21
SC	16
RS	16
MT	15
PB	10
RJ	8
ES	7
RN	3
PA	2
AM	1
PE	1
BA	1
Interestadual	1
Total	216

FONTE: FLEXA, R.G.C; BARBASTEFANO, R.G. 2020, p. 333.

Na Tabela 1, Flexa e Barbastefano (2020) classificam, de forma crescente os municípios federativos do Brasil que compõe o quadro de consórcios de saúde. Sendo o estado de Minas Gerais, a cidade com maior número de consórcios no país.

É importante salientar que, não existe legislação específica para o Sistema de Consórcio, existem regras, circulares e normativos, uma vez que ainda não foi aprovada uma legislação específica para o segmento, uma delas é a Circular nº 2.766 BACEN (2009) “Dispõe sobre a constituição e o funcionamento de grupos de consórcio.” editada pelo Banco Central, em julho de 1997, de uma forma geral, permitiu a flexibilização do Sistema. A segunda, também mencionada por todos os juristas e advogados entrevistados e ligados ao setor, BACEN (2009) é a Circular nº 2.821 que informa sobre a liberação dos prazos de duração dos grupos de consórcio, conforme normativa do BACEN (2009),

A Diretoria Colegiada do Banco Central do Brasil, em sessão realizada em 27.05.98, com base no art. 33 da Lei nº 8.177, de 01.03.91, D E C I D I U:
Art. 1º Liberar os prazos mínimos e máximos de duração de grupos de consórcio.
Art. 2º Fica revogado o art. 4º da Circular nº 2.766, de 03.07.97. Art. 3º Esta Circular entra em vigor na data de sua publicação (BANCO CENTRAL DO BRASIL, 2009).

Desenvolvendo-se de uma forma não sistemática, os consórcios passaram a viver sob o controle da Receita Federal a partir da Lei nº 5.768, de 20 de dezembro de 1971, regulamentada pelo Decreto nº 70.951, em agosto de 1972, e, apesar de não se reportar especificamente ao Sistema, abrangia todas as modalidades de distribuição de prêmios mediante sorteios, vale-brindes ou concursos, e estabelecia normas de proteção à poupança popular em várias modalidades, dentre as quais figuravam as operações de consórcio.

Contudo, a Regulamentação prevista pela Lei nº 6.017/2007, os entes federados podem associar-se de duas formas: horizontalmente, quando constituído por entes da mesma esfera de governo (município-município; estado-estado) ou verticalmente, quando constituídos por entes de diferentes esferas de governo (município-estado; estado-união).

I - consórcio público: pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, na forma da Lei no 11.107, de 2005, para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive a realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos; (BRASIL, 2007).

Consolidada a formação entre os entes será necessário compactuar a área de atuação e providenciar os protocolos de intenção, ato indispensável como preceitua o Brasil (2007) Art. 3º “Observados os limites constitucionais e legais, os objetivos dos consórcios públicos serão

determinados pelos entes que se consorciarem [...]”. Sendo o Art. 5º determinante dos objetos do contrato a ser constituído, segundo Brasil (2007):

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[...] (BRASIL, 2007).

A finalidade do consórcio é de extrema importância para o atendimento de demandas nas quais o Estado ou Município possam cumprir com as necessidades da população. Um exemplo é o Consórcio Intermunicipal para aquisição de medicamentos.

No Estado da Bahia, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) informa a possibilidade de economia de 30% com aquisição de 345 medicamentos, entre as vantagens redução dos custos administrativo e logístico. Além da dispensa na licitação, os municípios pouparam custos com transportes, pois os medicamentos serão entregues em suas cidades.

Os consórcios, conforme citado por Salgado (2014), tende a abranger um determinado território, contando os Municípios dos Estados consorciados, independente da participação da União, conforme cita Salgado (2014):

- a) à área total dos municípios, quando o consórcio público for constituído somente por municípios ou por um estado e municípios com territórios nele contidos;
- b) à área dos estados (e do Distrito Federal), quando o consórcio público for, respectivamente, constituído por mais de um estado;
- c) à área dos municípios e do Distrito Federal, quando o consórcio for constituído pelo Distrito Federal e os Municípios (SALGADO, 2014, p. 7).

A formação do Consórcio possibilita que o cidadão tenha um atendimento de qualidade de média complexidade, com a oferta de consultas de diversas especialidades médicas e a realização de exames de imagem e outros em policlínicas conforme SESAB.

Para conseguir os desígnios a que se propõe, o contrato de consórcio deve predizer a formação, pelos entes consorciados, de uma entidade pública encarregada por efetivar os compromissos mútuos assumidos por contrato (consórcio público), constituindo o estatuto jurídico e as regras específicas que deverão reger o seu funcionamento, assim como a sua administração direta de cada ente.

Esse protocolo carece de submissão avaliação e aprovação dos Poderes Legislativos de todos os entes consorciados e sua ratificação legal, por todos os entes. De acordo com Salgado

(2012) a lei que ratifica o “protocolo de intenções” e o converte em “contrato de consórcio”, também cria ou autoriza a criação da entidade pública Inter federativa, denominada “consórcio público”.

Destaca-se que em momento anterior a promulgação da lei, os consórcios públicos se assemelhavam a convênios, contudo, com o advento da Lei nº 11.107/2005, os consórcios públicos tornaram-se uma nova modalidade de negócio jurídico com regulamentação própria, todavia, por tratar-se de uma legislação relativamente recente, muito se discute doutrinariamente a respeito das suas normas, sobretudo no que tange a autonomia dos entes envolvidos (MELO, 2019)

Um contrato de consórcio público pode apresentar uma ou mais finalidades. Além disso, há consórcios públicos que são multisetoriais e contemplam objetivos relacionados à implementação concorrente de ações no campo da saúde pública e no campo de outras políticas públicas, no âmbito dos municípios consorciados.

2.4 CONSÓRCIOS PÚBLICOS NO CAMPO DA SAÚDE

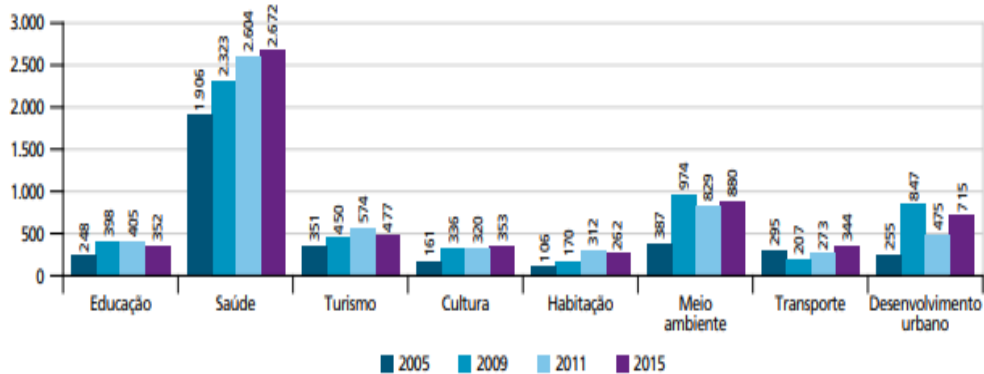
O sistema público de saúde no Brasil sofreu diversas mudanças nas últimas décadas. Nisso, o processo de privatização e centralização ocorreu na década de 70, conforme Brasil (1998), tendo em vista que a população mais carente não fazia parte do sistema de assistência à saúde até que o Movimento de Reforma Sanitária trouxe mudanças para esse cenário, sendo uma delas a fundação do Sistema Único de Saúde (SUS), na resolução da CF de 1998. De tal maneira que, em meados da década de 90, houve diversos debates relacionados à implementação de uma política pública de saúde que tivesse como objetivo atender a todos de forma universal e única.

A escassez dos recursos financeiros, a limitação do uso de novas tecnologias e equipamentos, a falta de pessoal qualificado para trabalhar no sistema público de saúde, dentre outros, foram estorvos observados antes da implementação das normativas regulamentadoras dos consórcios públicos. Por estes motivos, novas práticas de gestão se fazem necessárias para buscar sanar os problemas oriundos do serviço do sistema público de saúde presentes nas cidades do interior do Brasil, considerando a dificuldade de cada região. No entanto, para colocar as ferramentas de gestão inovadora em ação, alinhados aos conceitos do SUS, é necessário ter como premissa a integralidade, que tem como objetivo garantir ao cidadão uma assistência de saúde e em todos os níveis de atenção, tanto no contexto social,

familiar e cultural. Sendo assim, os consórcios de saúde, agem para disponibilizar atendimentos em todos os níveis, visando o bem estar da população de um território.

Ou seja, o consórcio público representa um avanço no sistema de gestão das políticas públicas e dos serviços de saúde, pois favorece a cooperação intermunicipal, a construção de imagem coletiva, mas, sobretudo, a institucionalização da gestão compartilhada em escala regional. Entre os principais desafios observados, está a articulação política, integração de interesses em escala regional, aproximação entre os consórcios para troca de experiências, garantia de recurso financeiro para continuidade das ações programadas e monitoramento de ações. Há necessidade de divulgação das dificuldades enfrentadas pelos consórcios que se consolidaram ao longo do tempo como alerta aos iniciantes deste processo.

Figura 1 - Municípios com consórcio intermunicipais de 2005 a 2015



FONTE: IPEA, 2007.

A Figura 1 traz a relação dos municípios brasileiros consorciados nos anos de 2005 até 2015, separados por área. No departamento da saúde, pode-se notar que conforme ocorre à descentralização do serviço de saúde, junto com a implementação do SUS, os consórcios em saúde foi-se consolidando, bem como o processo de fragmentação municipal.

O consórcio é um pacto voluntário, firmado entre entes públicos com a finalidade de alcançar metas comuns, mediante a união de esforços com articulação de recursos financeiros, físicos, tecnológicos e capital intelectual, na tentativa de solucionar problemas de saúde da população. A Lei n.º 8.080/90 discorre sobre as condições para promover, proteger e recuperar a saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, conforme declara no texto abaixo:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (BRASIL, Lei nº 8.080/90).

Tanto a CF/88 quanto a Lei Orgânica da Saúde, integram os sistemas públicos na perspectiva da gestão única para o desenvolvimento principal de ações secundárias e terciárias de saúde, portanto, não se caracteriza como instância de gestão e nem substitui a responsabilidade de nenhuma esfera de governo.

Para Santos (2000, p. 1) “Os consórcios administrativos intermunicipais têm sido um instrumento de atuação dos Municípios no campo da saúde. A saúde pública - hoje denominada Sistema Único de Saúde-SUS”, ratificando a Lei nº 8.080/90, a qual consagra em seu Art. 7º:

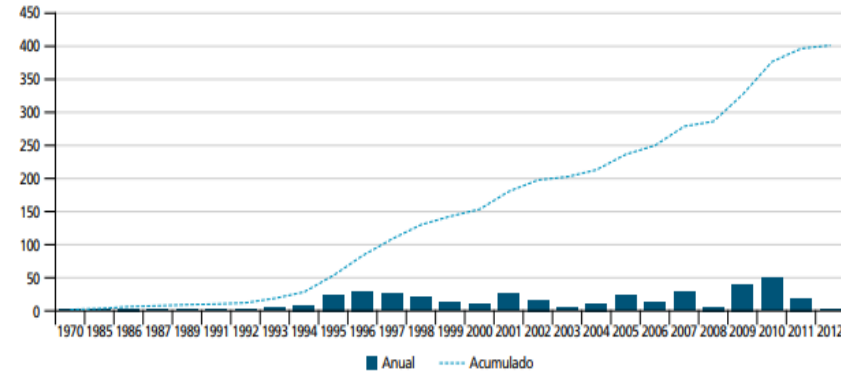
Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

[...]XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; (BRASIL, LEI, nº8080/90).

Nota-se que, dentro do Sistema Único de Saúde, a união entre os federados e seus gestores intermunicipais do sistema é primordial, pois a integração entre as redes é o que permite a efetividade dos consórcios. De acordo com Santos (2000, p. 1), o consórcio intermunicipal “tem sido um instrumento eficaz de atuação”, devido à hierarquia, regionalização e integração que faz parte da formação do consórcio.

São mais de 3.100 municípios que estão inclusos nas políticas públicas que contemplam os consórcios intermunicipais, de maneira que, o IPEA (2017), afirma que mais da metade das cidades brasileiras implementaram este modelo de gestão que continua a crescer, conforme mostra a Figura 2,

Figura 2 - Consórcios públicos ativos no Brasil (1970 - 2012)



FONTA: IPEA, 2017.

A Figura 2 mostra que, os consórcios, só passaram a ganhar espaço após a CF/88, ratificando o texto supracitado na sessão anterior. É importante salientar que a formação dos consórcios intermunicipais é mais frequente na década de 90 e, a partir daí, apresenta um crescimento.

Esta pesquisa se concentra na região nordeste, mais precisamente no estado da Bahia no município de Alagoinhas - Ba. No estado da Bahia, segundo a Secretaria da Saúde, 28 municípios e 9 microrregiões contam com a implementação dos consórcios públicos em saúde. De maneira que as cidades, em parceria com o Governo do Estado, rateiam os custos com os serviços, possibilitando um melhor atendimento à saúde para a população.

Em todo o estado da Bahia, pode-se notar as cidades que o consórcio da saúde já foi implementado, como na região de Alagoinhas (que atende as regiões do Litoral Norte e Agreste Baiano), em Barreiras, em Brumado, em Feira de Santana, em Guanambi, em Irecê, em Itabuna e Ilhéus, em Jacobina, em Jequié, em Juazeiro, em Paulo Afonso, em Ribeira do Pombal, na região do Metro Recôncavo Norte, em Santa Maria da Vitória, em Santo Antônio de Jesus, na região de Senhor do Bonfim, em Teixeira de Freitas, em Valença, em Vitória da Conquista/Itapetinga.

2.4.1 Como se dá a implantação dos consórcios públicos?

A formação dos consórcios inclui uma série de etapas que precisam ser seguidas de uma maneira objetiva para atender o desenvolvimento da sua Lei de criação, uma vez que este pode ser elaborado para desempenhar objetivos comuns ou específicos. De maneira que se faz necessário criar um trajeto para elaborar a constituição de um consórcio:

- ❖ Articulação entre os gestores municipais e coordenadorias microrregionais de saúde.
- ❖ Elaboração do Protocolo de Intenções.
- ❖ Ratificação do Protocolo de Intenção pelo Poder Legislativo de cada ente consorciado, o que o transforma na Lei do respectivo Consórcio.
- ❖ Pactuação do Contrato de Programa, obrigações referentes a encargos, serviços e bens necessários à implementação dos Consórcios, transferência de bens, cessão de pessoal para o Consórcio e outros compromissos não relacionados a recursos financeiros.
- ❖ Em relação à prestação de serviço de saúde, é fundamental a elaboração de um Contrato de Rateio, cuja finalidade é estabelecer obrigações financeiras, ou seja, os compromissos da aplicação dos recursos pelos entes consorciados.
- ❖ Definição da dotação orçamentária específica ou créditos adicionais por cada ente consorciado para assumir os compromissos no pagamento das despesas assumidas no contrato de rateio.
- ❖ Estruturação e organização do Consórcio.

Mas, a constituição de um consórcio, depende da elaboração do protocolo de intenções elaborado pelos gestores públicos municipais em assembleia, conforme as cláusulas obrigatórias descritas no Decreto 6.017, que regulamenta a Lei nº 11.107, com aprovação do corpo legislativo de cada localidade participante e publicação para conhecimento da sociedade civil. Para a gestão administrativa dos consórcios, é fundamental a elaboração do estatuto conforme pressupõe a lei e como afirma Meirelles (2007, p. 375) que, os “estatutos disporão sobre a organização e o funcionamento de cada um dos órgãos constitutivos do consórcio público”.

No entanto, os princípios básicos para a gestão administrativa dos consórcios devem seguir a legislação da administração pública vinculada às necessidades da população, sem que os interesses políticos de cada gestor público não interfiram ou dificultem a gestão do consórcio.

É importante ressaltar que, os Consórcios Intermunicipais de Saúde, funcionam como forma de cooperação entre os municípios participantes, que podem trazer significativas economias de escala e que nem todas as ações necessárias para findar ou reduzir os riscos de agravo à saúde da população são realizadas por essa modalidade de consorciamento, portanto, os gestores locais continuaram a manter ações administrativas de saúde localmente executadas.

De acordo com a lei nº 11.107/2005 e decreto 6.017/2007, os consórcios públicos são constituídos da seguinte forma:

Etapa 1 – Protocolo de intenções

Contrato preliminar com os principais termos que envolvem a formação do consórcio público. O seu conteúdo mínimo deve obedecer ao que está previsto na Lei de Consórcios Públicos e na sua regulamentação. Este documento deve ser subscrito pelos chefes do poder executivo de cada um dos consorciados. O Protocolo de Intenções deverá ser publicado na imprensa oficial no âmbito dos subscritores, integral ou parcial com indicativo de texto integral em sítio da internet.

Etapa 2 – Ratificação do protocolo

Uma vez discutido e assinado pelos chefes do poder executivo, o Protocolo de Intenções deverá ser encaminhado para as respectivas casas legislativas para ser ratificado. Os entes subscritores terão 2 anos, a partir da data da primeira subscrição, para ratificar o Protocolo e ser automaticamente admitido no consórcio. Após esta data, a ratificação só será válida com a homologação da Assembleia Geral.

Também existe a possibilidade de o ente da Federação, antes de subscrever o Protocolo de Intenções, disciplinar por lei a sua participação no consórcio público, dispensando-se da ratificação. Ressalta-se que o legislativo não pode alterar o conteúdo do Protocolo de Intenções, pois este deve ser igual para todos os entes que compõem o consórcio, mas pode criar reservas de determinados dispositivos, condicionando assim a ratificação.

As reservas precisam de aprovação dos demais subscritores do Protocolo ou, se o consórcio já constituído, da Assembleia Geral. Uma vez ratificado, o Protocolo de Intenções converte-se no contrato de constituição do consórcio público. Caso previsto no Protocolo, o consórcio pode ser constituído sem a ratificação de todos os signatários, mas sim parte destes.

Etapa 3 – Estatutos

Vencidas as etapas 1 e 2, deverá ser convocada uma Assembleia Geral Estatuinte para discussão e aprovação do estatuto que regerá a gestão, estrutura e organização do consórcio, conforme diretrizes estabelecidas no Protocolo de Intenções. O Estatuto aprovado pela Assembleia Estatuinte deverá ser publicado na imprensa oficial no âmbito dos subscritores, integral ou parcialmente, com indicativo de texto integral em sítio da internet, além de registrado no Cartório de Registro de Títulos e Documentos e Registro Civil das Pessoas

Jurídicas. A seguir, decide sobre estatuto e regimento, definindo normas de funcionamento, efetuando-se a eleição da primeira diretoria do consórcio.

De maneira que, a estrutura organizacional para a operacionalização do consórcio, deve ser composta minimamente por uma assembleia geral, a qual conta com representação de todos os entes consorciados; Presidência, com representante legal do Consórcio; Diretoria Executiva, composta por um diretor geral e um diretor administrativo-financeiro, definidos pela Assembleia Geral; Recursos Humanos com a equipe de técnicos e pessoais administrativos.

Etapa 4 – CNPJ

Com o Estatuto aprovado e registrado, o consórcio solicita inscrição no CNPJ junto à Receita Federal.

Etapa 5 – Planejamento estratégico/estudos

Esta é uma das etapas mais importantes e geralmente esquecidas na implementação de um Consórcio Público. A Assembleia Geral, ou grupo de trabalho, deve elaborar o Planejamento Estratégico do consórcio, estabelecendo as suas metas, ações estratégicas e outras questões que envolvem este tipo de planejamento. Em seguida, devem-se elaborar estudos que vão nortear a execução das atividades e projetos do consórcio.

Por exemplo, se o consórcio pretende implementar um aterro sanitário e gerir os resíduos sólidos dos seus consorciados, um estudo preliminar tem que ser feito para analisar a viabilidade técnica do aterro, a sua regionalização e abrangência necessária, os recursos demandados, suas fontes etc.

Etapa 6 – Implantação, Contrato de Rateio e Contrato de Programa

Uma vez formalizado, o consórcio deve ser implantado, definindo-se o seu espaço de funcionamento (sede), adquirindo-se os equipamentos, contratando pessoal e/ou recebendo os funcionários disponibilizados pelos consorciados, etc. Para suprir este custo de implantação e custeio do consórcio, deve-se elaborar o Contrato de Rateio. A forma de ratear estes custos deverá ser discutida e pactuada na Assembleia Geral e não existe uma receita pronta.

Vários podem ser os parâmetros para definir esta divisão, que podem ser igualitários (mesmo valor para todos os consorciados) ou proporcionais (à população, Fundo de Participação dos Municípios – FPM, PIB Municipal etc.). Lembrando-se das impossibilidades

previstas na Lei de Responsabilidade Fiscal, que veda a vinculação de uma receita à uma despesa (exemplo: não se deve estabelecer um percentual de FPM no contrato).

Para financiar as atividades objeto do consórcio, os entes consorciados beneficiados do objeto em questão devem celebrar Contrato de Programa. É através do Contrato de Programa que o consórcio executa as diversas ações e serviços à sociedade.

No tangente à admissão de servidores, os Consórcios Públicos admitem pessoas para seus quadros pelas seguintes formas:

- Concurso público para preenchimento de emprego público;
- Seleção pública para contratação por tempo determinado (REDA);
- Contratação para cargo de confiança e
- Cessão de servidores pelos entes consorciados ou por órgãos conveniados.

A criação dos empregos públicos deve estar prevista no contrato do consórcio público, bem como a remuneração, adicionais e gratificações. Os servidores são regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT. O servidor cedido permanece em seu regime originário, celetista ou estatutário, não se estabelecendo vínculo funcional ou trabalhista com o consórcio. Ele pode receber adicionais e gratificações previstos no contrato do consórcio público, sendo que estes não se configuram em novo vínculo, inclusive para apuração de responsabilidades trabalhista ou previdenciária.

É importante destacar que, se o ente consorciado assumir o ônus da cessão de seu servidor, estes pagamentos podem ser contabilizados como créditos a serem compensados no contrato de rateio. Caso ocorra a extinção do consórcio público, o pessoal cedido retorna ao órgão de origem e os empregados públicos têm automaticamente reincididos os seus contratos de trabalho com o consórcio.

Quanto a sua estrutura administrativa, os Consórcios Públicos são constituídos por:

- ASSEMBLÉIA GERAL - Instância maior de decisão do consórcio, composta pelos chefes dos poderes executivos dos entes federativos consorciados.
- CONSELHO ADMINISTRATIVO - Caso necessário, o contrato de constituição do consórcio e o estatuto podem criar um conselho administrativo, formado por chefes do poder executivo de entes consorciados, mas em menor número que a Assembleia Geral. Este conselho é recomendado nos casos em que o consórcio é formado por um número grande de entes federados, exigindo um colegiado menor que a Assembleia Geral para tomada de algumas decisões, estabelecidas no estatuto.

- CONSELHO CONSULTIVO - A Lei dos Consórcios admite a participação de representantes da sociedade civil em órgãos colegiados do consórcio, exceto na Assembleia Geral. Desta forma, sugere-se a criação de Conselho Consultivo como espaço de diálogo entre o poder público e a sociedade civil organizada.
- PRESIDENTE - Chefe do poder executivo de ente consorciado eleito na Assembleia Geral para ser o representante legal do consórcio.
- SECRETÁRIO EXECUTIVO - Empregado público em cargo comissionado, indicado pelo Presidente e homologado pela Assembleia Geral, exerce a função de administrador do consórcio público. Abaixo deste é montada uma estrutura administrativo-financeira e de câmaras temáticas estabelecidas conforme as finalidades e projetos executados pelo consórcio.

Bom, já se pode visualizar a estrutura geral do consórcio, mas como funciona a gestão financeira? Para responder a esta pergunta, primeiro, é preciso entender de que maneira os recursos financeiros são prospectados. E eles são provenientes do repasse da União, Estado ou Município, tendo em vista que dependerá da forma de associação escolhida. Também, são captados por meio de convênios, contratos ou parcerias com organizações. Podem ser oriundos de recursos de prestação de serviços técnicos, doações e transferências em geral, dentre outros.

Na Bahia, por exemplo, as regionais foram instaladas em centros regionais específicos para poderem atender a determinados municípios dentro daquele território. O Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Alagoinhas/BA tem como município sede Alagoinhas, sendo formado pelos municípios de Acajutiba, Alagoinhas, Aporá, Araçás, Aramari, Cardeal da Silva, Catu, Crisópolis, Entre Rios, Esplanada, Inhambupe, Itanagra, Itapicuru, Jandaíra, Ouriçangas, Pedrão, Pojuca, Rio Real e Sático Dias. Esses consórcios são importantes para os municípios principalmente em relação à saúde, onde estão sendo implantadas as Policlínicas Regionais, visando atender a serviços de média complexidade. As instalações observam as peculiaridades de cada região atendendo a população de diversas cidades por território.

2.4.2 O território de identidade como referência espacial

O território de identidade como referência espacial é aqui compreendido como a subdivisão do Estado Federado em territórios de identidade. Essas regiões ou territórios de

identidade são caracterizados não apenas pela proximidade geográfica, mas também pelas semelhanças culturais, políticas, sociais, ambientais, econômicas e institucionais (BRASIL, p.7, 2005b). Desta forma, a distribuição de recursos públicos se torna mais equânime e atende aos grupos sociais de forma mais justa.

A distribuição setorial de recursos para atendimento às demandas de forma integrada as políticas públicas constitui um dos maiores desafios da gestão pública. Nesse sentido, cabe ao gestor público cumprir o que preconiza os princípios constitucionais da administração pública, que vêm expressos no art. 37 da Constituição Federal (CF), aos quais retomam aos princípios da legalidade, moralidade, impessoalidade ou finalidade, publicidade, eficiência e razoabilidade, sendo estes norteadores para a execução das políticas públicas.

A execução das políticas públicas e os modelos de desenvolvimento no Brasil até o início da primeira década do século XXI revelou o aumento das desigualdades sociais, da pobreza e da extrema pobreza com a ampliação do abismo social e das desigualdades regionais (PERAFÁN E OLIVEIRA, p. 14, 2013).

Visando enfrentar as refrações da questão social apresentadas de diversas formas na realidade brasileira, o Brasil adotou a partir de 2003 a abordagem territorial na implementação das políticas públicas. Este novo enfoque para o desenvolvimento regional foi implantado na esfera Federal através do Ministério de Desenvolvimento Agrário (MDA), por intermédio da Secretaria de Desenvolvimento Territorial (STD) com a implementação do Programa de Desenvolvimento Sustentável de Territórios Rurais.

Nesse sentido, a Secretaria de Desenvolvimento Territorial (STD) define território de identidade como:

O território é um espaço físico, geograficamente definido, geralmente contínuo, compreendendo a cidade e o campo, caracterizado por critérios multidimensionais – tais como o ambiente, a economia, a sociedade, a cultura, a política e as instituições – e uma população com grupos sociais relativamente distintos, que se relacionam interna e externamente por meio de processos específicos, donde se pode distinguir um ou mais elementos que indicam identidade e coesão social, cultura e territorial (BRASIL, p. 7, 2005b).

Como abordado, pode-se dizer que os territórios representam espaços a partir dos quais “é possível pensar, inovar, planejar e executar ações para melhorar as condições de vida de seus cidadãos” (PERAFÁN e OLIVEIRA, p. 8, 2013,).

É nessa perspectiva que o Brasil a partir de 2003, inicia uma nova estratégia de gestão das políticas públicas, buscando ampliar, consolidar e fortalecer as políticas públicas, tendo como foco às refrações da questão social e o combate às desigualdades regionais.

Nesse sentido, a partir de 2007, a Bahia implanta o modelo de gestão e execução das políticas públicas através dos territórios de identidade. A implementação das políticas públicas através da abordagem territorial na Bahia visa atender as demandas específicas de cada território de identidade, buscando de forma eficiente, minimizar as desigualdades e deficiências das políticas no âmbito territorial.

Assim, Perafán e Oliveira (p. 17, 2013) salientam que “desta maneira são fortalecidas redes de cooperação, de diálogo e de execução de políticas públicas que permitem, por sua vez, a construção de novos arranjos institucionais, com garantia da participação da sociedade civil e do controle social”.

A estratégia de territorialização implantada a partir de 2007 promoveu um novo enfoque no olhar do governo às disparidades regionais da Bahia, promovendo o empoderamento de sujeitos e instituições locais, bem como, a articulação de sujeitos e atores territoriais e a ampliação da participação popular no processo de formulação, execução e avaliação das políticas públicas.

No âmbito da política pública de cultura, a Secretaria de Cultura do Estado Bahia assumiu os Territórios de Identidade como referência e diretriz política para assegurar democraticamente as políticas públicas de cultura e à diversidade de manifestações culturais presentes em todo o Estado da Bahia.

Quando se fala na questão dos territórios de identidade, Milton Santos (2000, p.96) esclarece que “[...] o território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é à base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi [...]”.

Nessa perspectiva, pensar no território de identidade é pensar além do espaço geográfico; é identificar as pessoas que ali habitam seus costumes, anseios, crenças, tradições, e mais que isso, contribuir para que possam se articular em rede e colocar seus objetivos em prática, com o propósito de desenvolver o todo, o chamado território.

Partindo de um ponto de vista crítico, a territorialização é aqui analisada com vistas à melhoria da atuação do Estado na vida do cidadão, indo além do atendimento às suas necessidades básicas, tais como saúde, educação, inclusão social, segurança e etc., mas se colocando como agente facilitador das transformações sociais positivas.

Justamente por este ponto de vista crítico é que se busca analisar, em primeira mão, a literatura que referencia essa tomada de posição do Brasil, no sentido de promover a integração regional por meio dos territórios de identidade.

Nesse sentido, o caráter multifinalitário dos Consórcios Públicos exige um conceito de múltiplas dimensões para a sua regionalização. Isso se assemelha ao conceito de território de identidade estabelecido na Bahia, que considerou critérios ambientais, econômicos, culturais, políticos, sociais e institucionais na sua conformação espacial.

Logo, dentre as diversas regionalizações existentes, os Territórios de Identidade são os que melhor se adaptam como regionalização de referência para a formação de consórcios públicos multifinalitários. Somou-se a isso a adoção, pelo Governo da Bahia, dos Territórios de Identidade como unidade de planejamento e regionalização oficial.

É dessa forma também que se justifica a urgente necessidade que o Brasil e a Bahia têm de defender essa política e de aprofundar o conhecimento desse modelo de gestão, a fim de que a territorialização atenda às suas finalidades básicas e essenciais.

3 CARACTERIZAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA E SUA RELAÇÃO COM A REGIÃO DE ALAGOINHAS

Esta sessão tem como objetivo caracterizar o Plano Estadual de Saúde (PES) e, para isso, é importante compreender como a política territorial influenciou o estado da Bahia, viabilizando políticas públicas de saúde efetivas com a expectativa de cada município, tendo em vista que é preciso considerar a individualidade de cada cidade.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

A política territorial na Bahia tem como finalidade reconhecer a pluralidade do Estado, potencializando-os de acordo com as características individuais de cada cidade, conforme afirma a Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia (SEPLAN, 2021). Para isso, é importante articular, com os municípios, políticas públicas efetivas alinhadas as necessidades de cada cidade, considerando os problemas levantados pela gestão e população.

O Governo do Estado da Bahia, em conjunto com a SEPLAN, vem adotando medidas associadas as suas políticas públicas com os territórios, oportunizando uma maior aceitação das cidades, aumento a efetividade das ações governamentais, promovendo a consolidação de uma democracia mais participativa.

Para isso, conta com a participação do Conselho Estadual de Desenvolvimento Territorial (CEDETER), que é um órgão de caráter consultivo e de assessoramento, vinculado à SEPLAN, cujo objetivo é contribuir para a elaboração de propostas de políticas públicas e estratégias para o desenvolvimento territorial sustentável e solidário do Estado da Bahia. Instituído, primeiramente, pelo Decreto n.º 12.354, e em seguida, pela Lei 13.2014/14. Que para SEPLAN (2021),

Para reafirmar a importância da iniciativa e a incorporação de instrumentos de controle e participação social na Bahia, o Governo do Estado estabeleceu uma composição paritária entre Poder Público e Sociedade Civil, através da representação de oito Secretarias de Estado e oito membros dos Colegiados Territoriais, além da participação de representantes do Ministério de Desenvolvimento Agrário (MDA) e do Ministério de Integração Nacional (SEPLAN, p. 7, 2021).

O Plano Estadual de Saúde originou-se a partir da necessidade de atender a população por meio de estratégias efetivas, visando garantir o acesso ao atendimento público dos cidadãos de cada cidade do Brasil. De maneira que, para a Bahia entender a sua implementação, é preciso resgatar a história, precisamente, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88) que em seu ART. 196 (BRASIL, 1988) afirma que: “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.”

Dessa forma, é importante ressaltar que o SUS nasceu a partir da pressão de movimentos sociais, os quais compreendiam que a saúde é um direito de todos tendo em vista que, segundo a CF/88, saúde pública compunha a previdência social e a filantropia. Regulamentado pelo Art. 196 da CF/88:

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 a sua promoção, proteção e recuperação.

Alinhando o Art. 196, com a Lei nº 8.080/90 (conhecida como Lei Orgânica da Saúde) desenvolve-se o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual assegura o direito do povo à saúde. O SUS é o único sistema de saúde pública do mundo, financiado a partir dos tributos cobrados aos cidadãos, conforme o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Ou seja, este sistema é mantido pelos recursos próprios da União, do Estado e dos Municípios, bem como outras fontes de financiamento que são amparados pela seguridade social.

De acordo com a CONASS, cabe a União, ao Estado e Município a captação de recursos mínimos direcionados ao SUS.

Os recursos mínimos a serem aplicados em saúde, no caso da União[...] A Emenda Constitucional n. 86 de 17 de março de 2015 definiu que a partir de 2016 a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor da Receita Corrente Líquida (RCL) do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% [...] (CONASS, 2016).

Cabe ao Estado e ao Distrito Federal direcionar 12% da arrecadação de impostos para a saúde.

De acordo com a Tabela 2, abaixo, há um modelo de base de cálculo realizado pelos Estados em seu planejamento anual, destacando o percentual destinado ao serviço da saúde.

Tabela 2 - Modelo para cálculo base para o Estado

(+) Receitas de Impostos de Natureza Estadual:
• (ICMS [1] + IPVA[2] + ITCMD[3])
(+) Receitas de Transferências da União
• Quota-Parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE)
• Cota-Parte do IPI[4] – Exportação
• Transferências da LC n. 87/1996 (Lei Kandir)
• Cota parte sobre o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)
(+) Outras receitas correntes
• (Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária)
(-) Transferências Financeiras Constitucionais e Legais aos municípios:
• 25% do ICMS
• 50% do IPVA
• 25% do IPI – Exportação
• 25% do ICMS Exportação – Lei Kandir
(=) Receita Própria do Estado = Base de Cálculo Estadual
[1] ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias
[2] IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores.
[3] ITCMD – Imposto sobre a Transmissão <i>Causa Mortis</i> e Doação.
[4] IPI – Imposto sobre Produto Industrializado

Fonte: CONASS, 2016.

A Tabela 2 desenha um modelo comumente usado para se determinar a base de cálculo da cota direcionada para o serviço da saúde no município. Conforme dados do CONASS (2016), tem-se as receitas de impostos arrecadados pelo Estado mais as receitas de transferência da União, juntamente com outras receitas correntes ao Estado, a soma das

receitas deduzidas a transferências financeiras constitucionais e legais ao município. O resultado desta dedução forma a receita própria do Estado, ou seja, a base de cálculo Estadual de maneira que, desta base, destina-se 12% para a área da saúde.

É de suma importância compreender como os três poderes (legislativo, judiciário e executivo) conversam entre si, tendo em vista que, é de responsabilidade das três esferas de governo o planejamento para a distribuição do SUS. De maneira que, a elaboração do planejamento de uma federação, deve levar em consideração o que está sendo desenvolvido nas demais, visando a funcionalidade e efetividade do sistema.

O Plano de Saúde busca orientar a construção do orçamento do governo no que tange a saúde. Compreendendo, assim, as programações anuais de saúde, bem como os planos de saúde, conforme descrito no §2º do art. 36 da LC n. 141/12:

Art. 36. O gestor do SUS, em cada ente da Federação, elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior o qual conterá, no mínimo, às seguintes informações:

§ 2º Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público (BRASIL, 2012).

Assim, antes da data estabelecida da lei de diretrizes orçamentárias do exercício, os entes federados devem encaminhar para aprovação a Programação Anual do Plano de Saúde ao seu respectivo Conselho de Saúde. Ou seja, o orçamento depende do processo de planejamento da gestão que fica em exercício pelo período de quatro anos, no qual se explana os compromissos do governo para a área da saúde e retrata a necessidade da população de acordo com a particularidade de cada região. Para o CONNAS (2016),

A elaboração do Plano de Saúde deve ser orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando:

- I – análise situacional orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde: estrutura do sistema de saúde; redes de atenção à saúde; condições socio sanitárias; fluxos de acesso; recursos financeiros; gestão do trabalho e da educação na saúde; ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão.
- II – definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores;
- III – o processo de monitoramento e avaliação (CONNAS, 2016).

Bom, os Planos Estaduais de Saúde explanam a metodologia utilizada para direcionamento dos recursos estaduais, além da previsão anual de recursos aos municípios,

estabelecidos pelos gestores estaduais e municipais na Comissão Inter gestores Bipartite (CIB) e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde. A Revista Baiana de Saúde Pública (RBSP) declara que:

[...]o Plano Estadual de Saúde do Estado da Bahia (PES) constitui-se como o instrumento de gestão, em que está expressa a Política de Saúde do estado para o período de 2016 a 2019. As orientações para implementação de todas as iniciativas de gestão do SUS no âmbito do território baiano estão neste documento, explicitando os compromissos setoriais de governo, além de refletir, por meio da análise situacional, as necessidades de saúde da população e a capacidade de oferta pública de ações, serviços e produtos para supri-las. [...]O PES 2016-2019 guarda, no seu conteúdo, consonância com o Plano Plurianual (PPA) deste mesmo quadriênio, de forma a manter coerência entre os processos de planejamento governamental e o de saúde, respeitando suas especificidades metodológicas. Entretanto, no produto, a compatibilização entre ambos potencializa desenvolvimento das ações e facilita o monitoramento (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 21, 2016).

Ressaltando que, o PES, busca atender efetivamente as necessidades geradas pela população na sua região, conforme o Decreto nº 7.508/11:

[...] define o planejamento como atividade obrigatória dos entes federados, de natureza ascendente e integrada. Por sua vez, a Portaria nº 2.135/13 estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, define o Plano Estadual de Saúde, as respectivas Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão como os instrumentos fundamentais para o planejamento. Assim, o PES se constitui como o instrumento de gestão no qual está expressa a Política de Saúde do estado para um quadriênio, contendo as orientações para a implementação de todas as iniciativas de gestão do SUS, no âmbito do território baiano. Desse modo, o documento explicita os compromissos do governo para o setor saúde, as iniciativas estratégicas e as respectivas ações, tendo como alicerce a análise de situação de saúde, as necessidades da população e a capacidade de oferta dos serviços (SECRETARIA DE SAÚDE DA BAHIA).

Para a construção do PES, é necessária uma discussão que envolve as Assessorias de Planejamento e Gestão (APGs) e a Rede de Planejamento, Monitoramento e Gestão (Rede PMA), com o objetivo de formalização aplicada para a metodologia de formação do plano por meio do cronograma, utilizando os órgãos competentes para validar o desenvolvimento do plano. Sob a orientação da Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB), compõem-se os grupos de trabalho, formado por uma equipe técnica. De acordo com a Revista Baiana de Saúde Pública (2016, p.23) “[...] dar consistência e coerência interna na construção do plano, contando, ainda, com consultores externos para apoio no processo de sistematização das informações coletadas”.

De modo que, o plano é desenvolvido da seguinte forma, conforme explanado pela Revista Baiana de Saúde Pública (2016):

[...]no primeiro momento contemplaram a avaliação da cobertura e da qualidade das informações; situação sociodemográfica da população baiana, com vistas a subsidiar o planejamento e a programação de ações de saúde do Estado da Bahia, 24 bem como possibilitar o acompanhamento e a avaliação do impacto das ações planejadas para o período 2016-2019. Foram identificados os desafios para organização dos sistemas de saúde e necessidade de adequação da oferta às mudanças no perfil epidemiológico referente ao envelhecimento populacional, com a elevação da expectativa de vida e consequente mudança na estrutura etária, nos padrões de adoecimento e morte da população (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2016, p. 23-24).

Ou seja, levantam-se todos os dados de um determinado local, objetivando identificar as deficiências deste lugar com a ideia de que, a partir daí, desenvolver uma proposta com soluções viáveis para solucionar ou amenizar a deficiência encontrada a partir desta análise.

O que nos leva ao segundo passo, como citado pela Revista Baiana de Saúde Pública da Bahia (2016):

No segundo momento ocorreu a elaboração das Proposições/Propostas Estratégicas com as áreas técnicas articuladas com as demandas da 9ª Conferência de Saúde da Bahia (9ª CONFERES), da Escuta Social oriunda da elaboração do PPA Participativo, das Prioridades de Governo e compatibilização com os Compromissos, Iniciativas e Metas do PPA 2016-2019. As proposições construídas para o PES 2016-2019 no segundo momento acompanham, em sua estrutura, os 9 compromissos presentes no PPA, relacionados à área da Saúde [...] (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2016, p. 24).

Tais compromissos são vistos como subsídios para a construção do PES, além dos relatórios de auditoria da gestão, organizado pelo departamento de auditoria do SUS e da auditoria de atenção básica e, de acordo com a Revista Baiana de Saúde Pública (2016, p. 24), também é considerado “[...] para a articulação e priorização das ações, o documento da agenda/discurso do Secretário Estadual de Saúde no ato da posse, enquanto elemento de direcionalidade estratégica,” para a elaboração do PES.

A terceira, a quarta e a quinta fase para a construção do PES diz respeito aos recursos, indicadores e consolidação do PES, respectivamente, conforme descrito pela RBSP (2016),

[...]O terceiro momento compreendeu a elaboração da previsão de recursos do PES, compatibilizado, também, com o PPA 2016-2019. Deste modo, a coerência entre as metas orçamentárias do PES e o PPA 2016-2019 foi elaborada pela equipe técnica da APG e referendada em uma oficina de alinhamento com os responsáveis de cada compromisso/meta/ iniciativa das correspondentes áreas técnicas da Sesab. A

seleção dos indicadores no quarto momento considerou as doenças e agravos de prioridade para as ações de saúde na Bahia e as indicações apresentadas na Escuta Social e no relatório final da 9ª CONFERES [...]

Contemplou-se, também, a análise dos indicadores nacionais que alimentam o Sistema de Pactuação dos Indicadores (SisPacto) como integrantes da análise do perfil epidemiológico e do acesso a serviços de saúde.

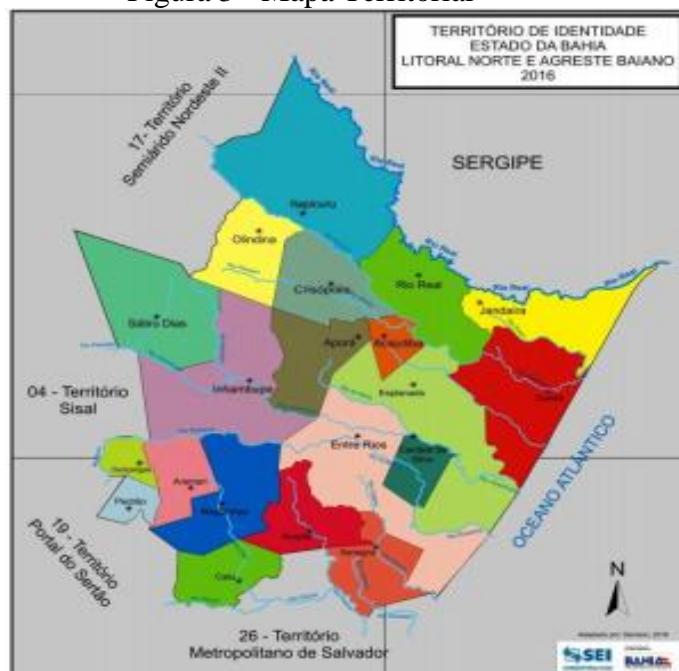
[...]Por fim, o quinto momento envolveu a consolidação do documento final sob responsabilidade da APG e contribuição da Comissão do CES/BA, seguido do envio ao pleno do Conselho Estadual de Saúde para apreciação e aprovação do PES (REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, 2016, p. 25).

Todas estas fases compõem o PES, o qual serve como base para os anos vigentes, ratificando que, a cada quatro anos, elabora-se um novo plano seguindo as etapas supracitadas, as quais são de total importância para a efetividade do sistema no Estado, pois é a partir dele que se fomentam as estratégias de ações para a saúde, desenvolvendo relatórios, plano de desenvolvimento integrado, metodologias, dentre outras ferramentas que contribuam para a eficiência do PES.

3.2 PERFIL DA REGIÃO DE ALAGOINHAS

Alagoinhas é um município localizado na região nordeste do Brasil, o qual compõe o Território de Identidade do Litoral Norte e Agreste Baiano (TLNAB), formado por 20 municípios conforme a Figura 3.

Figura 3 - Mapa Territorial



FONTE: PLANO TERRITORIAL DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL, 2017.

É importante salientar que, durante o processo de ocupação do TLNAB, que não ocorreu de forma constate e impactou diretamente na divisão territorial, onde se dividiu em três sub-regiões: Recôncavo Norte, Litoral Norte e Agreste de Alagoinhas, conforme afirmação do Plano Territorial de Desenvolvimento Sustentável (PTDS, 2012). As sub-regiões estão em primeiro, segundo e terceiro lugar, respectivamente, em termos de antiguidade de ocupação. O PTDS (2012, p.14) desenvolvido em conjunto com a SEPLAN afirma que:

[...] a sub-região Agreste de Alagoinhas, constituída por Aramari, Acajutiba, Aporá, Alagoinhas, Ouriçangas, Inhambupe, Sátiro Dias e Rio Real, além de quatro municípios que não pertencem à região econômica Litoral Norte. De ocupação mais recente do que as outras sub-regiões, o Agreste de Alagoinhas contava com estrutura produtiva diversificada, estrutura fundiária menos concentrada e com terras de melhor qualidade, nas quais se misturavam atividades de pecuária e pequena produção (PLANO TERRITORIAL DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL, 2012, p. 14).

Este levantamento é de total importância, tendo em vista que são dados primordiais para compô-la a análise do perfil socioeconômico realizado pela Secretaria de Planejamento (2011), de modo que, alinhado a política territorial, contribuem diretamente na efetividade de políticas públicas de saúde para atender as demandas do Litoral Norte e Agreste Baiano.

Localizado no Território de Identidade Litoral Norte e Agreste Baiano, o município de Alagoinhas foi criado pela Resolução Provincial nº 442 de 16/06/1852. Juntamente com Acajutiba, Aporá, Araçás, Aramari, Cardeal da Silva, Catu, Conde, Crisópolis, Entre Rios, Esplanada, Inhambupe, Itanagra, Itapicuru, Jandaíra, Olindina, Ouriçangas, Pedrão, Rio Real e Sátiro Dias, compõe o Território de Identidade Litoral Norte e Agreste Baiano. Alagoinhas está localizado entre as coordenadas aproximadas de latitude - 12°08'08'' e longitude 38°25'09'', a uma altura média de 132 m acima do nível do mar e caracteriza-se pelo clima subúmido a seco, úmido e úmido a subúmido. Faz divisa com os municípios de Inhambupe, Entre Rios, Araçás, Catu, Teodoro Sampaio e Aramari (SUPERINTENDÊNCIA DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DA BAHIA, p. 1, 2011).

A Tabela 3 mostra os dados demográficos do município de Alagoinhas – Bahia, tendo em vista que é neste município que a policlínica é sediada e também compõe a base desta pesquisa. A tabela expõe de maneira geral a população estimada, densidade demográfica, nível de escolarização e o Índice de Desenvolvimento Humano do Município (IDHM).

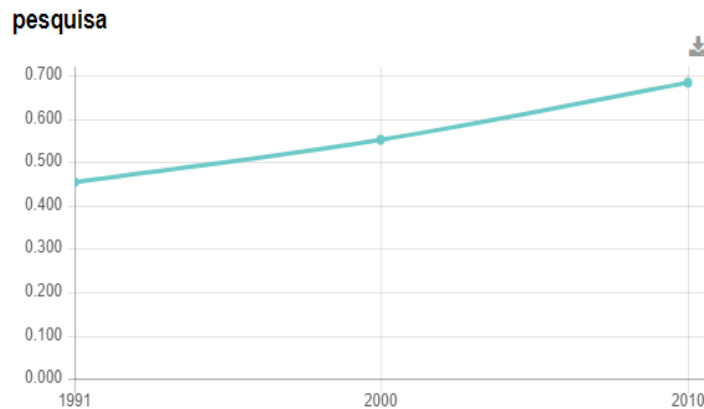
Tabela 3 - Dados Básicos do Território de Alagoinhas - Ba

 Área Territorial	707,835 km ² [2020]
 População estimada	152.327 pessoas [2020]
 Densidade demográfica	188,67 hab./km ² [2010]
 Escolarização 6 a 14 anos	97,4 % [2010]
 IDHM Índice de desenvolvimento humano municipal	0,683 [2010]

FONTE: IBGE, 2020.

Conforme mostra a Figura 4, Alagoinha-Ba entre os anos de 1991 e 2010 houve uma evolução na taxa do índice de desenvolvimento humano, isso ocorreu devido a medidas adotadas para a evolução do município.

Figura 4 - Índice de Desenvolvimento Humano de 1991 a 2010
IDH



FONTE: IBGE, 2010.

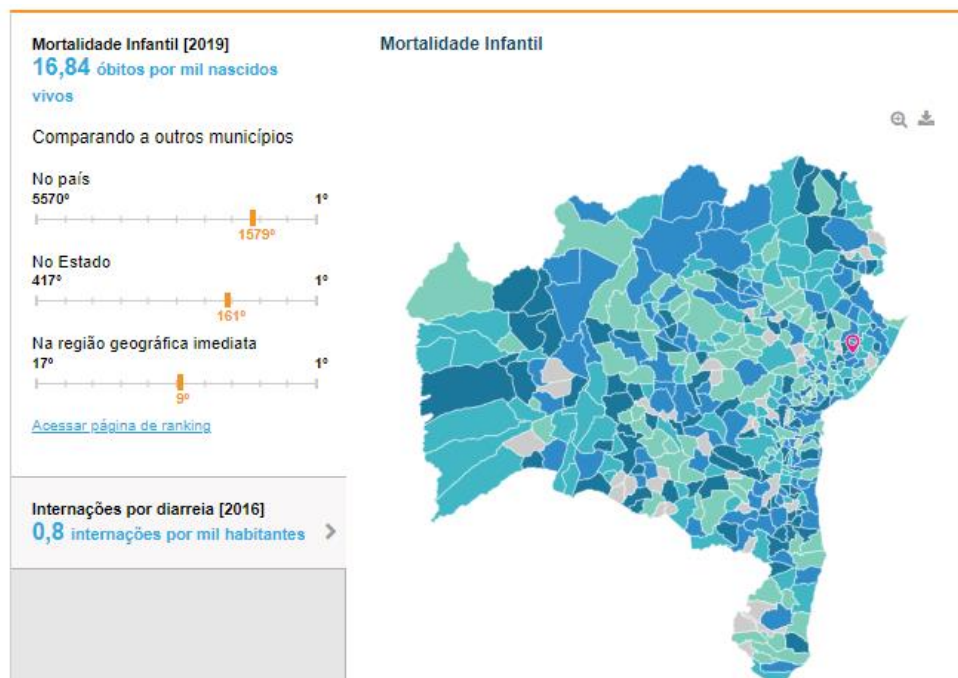
Observa-se que, entre 1991 e 2010, a população de Alagoinhas vem passando por um processo de desenvolvimento caracterizado pelo aumento de IDH na população total além de ter apresentado crescimento em todos os demais estratos, principalmente na saúde.

Conforme declaração da Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI, 2011), onde:

Informações do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) indicam que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para o município de Alagoinhas aumentou de 0,55 em 2000 para 0,683 em 2010. Vale ressaltar que, o IDH é sintetizado por três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda, sendo que quanto mais próximo de 1 (um) for o valor do IDH, maior será o nível de desenvolvimento da cidade (SUPERINTENDÊNCIA DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DA BAHIA, p. 5, 2011).

De acordo com a Figura 5, a qual mostra a classificação geral do município no ranking de cidades de saúde pública do Brasil, a taxa de mortalidade infantil é de 16,84 óbitos para 1000 nascidos vivos. Comparando a situação da saúde com as cidades no Brasil, Alagoinhas-Ba está na 1579ª de 5570 cidades do Brasil, e na 161ª posição de 417 cidades do estado da Bahia.

Figura 5 - Mapa Geral de Alagoinhas -Ba



FONTE: IBGE,2020.

Conforme os dados dispostos na Tabela 4, a qual contabiliza os indicadores desenvolvidos pela Secretaria de Saúde da cidade de Alagoinhas – Ba, onde visa expor a cobertura de equipes PSF entre os anos de 2013 e 2018.

Tabela 4 - Indicadores da Saúde do município de Alagoinhas

3. SAÚDE						
Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Leitos hospitalares	174	180	180	175	175	198
Médicos	240	224	219	237	280	292
Enfermeiros	121	125	120	137	161	203
Equipes de PSF	25	25	25	25	27	21
Cobertura de equipes PSF**	56,5%	56,2%	55,8%	100,0%	59,7%	48,0%

FONTE: SEI, 2019.

Nota-se na Tabela 4, supracitada, a projeção da evolução do Programa de Saúde da Família na cidade de Alagoinhas, buscando melhor atender a população do município. Estes dados são importantes para compor o Planejamento do PES do município de Alagoinhas – Ba, tendo em vista que nos dar um panorama geral da cidade.

3.3 RELAÇÃO ENTRE O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE E A REGIÃO DE ALAGOINHAS

O Plano Estadual de Saúde serve como base para o desenvolvimento do plano municipal de determinada região, que neste estudo está sendo explanado a cidade de Alagoinhas. Tendo em vista que, o Plano norteia as ações a serem executadas visando atender a demanda na área da saúde. Por tanto cabe a gestão do município de Alagoinhas – Ba, fazer uma avaliação quanto as projeções criadas para atender a população da cidade.

O Plano Municipal de Saúde é formado por meio de duas etapas: diagnóstico e plano de ação para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos. Com os dados que compõe perfil epidemiológico do PES, é possível identificar as principais deficiências do município, e assim desenvolver para melhorar o serviço para a população.

O Planejamento estratégico é um dos mecanismos mais importantes para viabilizar o cumprimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Ao longo dos últimos anos o município de Alagoinhas vem obtendo êxito no projeto de qualificação da assistência, adoção de práxis participativa, trabalho de equipe, definição de fluxos assistenciais em rede com base no cuidado e, principalmente, no fortalecimento da Atenção Básica, que se devem aos mecanismos democráticos que vêm sendo utilizados.

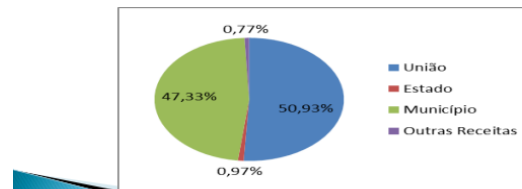
O Plano Municipal de Saúde objetiva a execução da Política Municipal de Saúde e se constitui em documento de base para a elaboração do Plano Estadual e Plano Nacional de

Saúde cumprindo a ascendência do planejamento no SUS. Entender da situação de saúde e de como a Administração Pública vem intervindo para a construção da cidadania requer a leitura e interpretação deste documento que discorre sobre os diversos aspectos sobre a Política Municipal de Saúde.

Conforme o Relatório Anual de Gestão (2013), as receitas captadas pelo município de Alagoinhas-Ba para o setor da saúde são oriundas, principalmente, da União, Estado, do município, como mostra a Figura 6:

Figura 6 - Receitas direcionadas a saúde

União	2.862.936,68	50,93%
Estado	54.352,83	0,97%
Município	2.660.330,85	47,33%
Outras Receitas	43.397,44	0,77%
Total	5.621.017,80	100,00%



FONTE: Relatório Anual de Gestão, 2013, p. 28.

Onde, a União é responsável por 50,93% dos recursos captados para a área da saúde, cabendo ao Estado o repasse de 0,97% e ao município 47,33% dos recursos direcionados para a saúde. A Tabela 6 separa estas receitas por bloco trazendo em valores reais de onde estes valores são prospectados.

Tabela 5 - Receita por blocos

RECEITA	VALOR
Atenção Básica	1.980.259,44
Média e Alta Complexidade	631.571,72
Vigilância em Saúde	121.387,19
Assistência Farmacêutica	69.718,33
Transferências do Estado	54.352,83
Qualificação da Gestão do SUS	60.000,00
Outras Receitas	29.819,84
Rendimentos de Aplicação Financeira e Restituições	13.577,60
Subtotal	2.960.686,95
Repasse do Tesouro Municipal	2.660.330,85
Total	5.621.017,80

FONTE: Relatório Anual de Gestão, 2013, p. 29.

É importante ressaltar que, também, cabe ao município prestar contas das despesas resultantes da demanda da Saúde de Alagoinhas-Ba, conforme mostrado na tabela 6, a qual direciona os gastos anuais por departamento da saúde.

Tabela 6 - Despesa por bloco

DESPESA	VALOR
Atenção Básica	1.974.178,11
Serviços Hospitalares a Ambulatoriais	751.096,94
Vigilância Sanitária	48.227,62
Vigilância Epidemiológica	89.364,72
Assistência Farmacêutica	75.548,21
Despesas Administrativas	2.863.597,31
Total	5.802.012,91

FONTE: Relatório Anual de Gestão, 2013, p. 32.

Conforme mostra a Tabela 6, nota-se que o maior gasto das despesas está no setor de despesas administrativas, seguida do setor de Atenção básica e o menor valor de despesa anual está na Vigilância Sanitária.

Tabela 7 - Detalhamento de despesa

Contratação por tempo determinado	1.605.616,86
Vencimentos e vantagens fixa pessoal civil	1.459.302,06
Obrigações Patronais (INSS)	507.321,26
Obrigações Patronais (RPPS)	109.491,69
Diárias	83.628,25
Material de Consumo	665.254,69
Material de Distribuição Gratuita	67.069,76
Serviços de Consultoria	89.823,00
Outros Serviços Terceiros Pessoa Física	425.242,00
Outros Serviços Terceiros Pessoa Jurídica	627.114,07
Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas	32.879,65
Obras e Instalações	48.505,96
Equipamento e Material Permanente	80.763,66
Total Geral	5.802.012,91

FONTE: Relatório Anual de Gestão, 2013, p. 33.

Ambas as tabelas 6 e 7, expõem as despesas oriundas das demandas da saúde, subdivididas em atenção básica, serviços hospitalares e ambulatoriais, vigilância sanitária, assistência farmacêutica e despesas administrativas oriundas do município de Alagoinhas.

A Tabela 8, mostra como é realizada aplicação dos recursos financeiros na saúde, nos dando um panorama geral de como o município consegue financiar os custos do SUS, e a importância do PES, tendo em vista que ele serve para direcionar o Plano Municipal de

Saúde, o qual dar origem a relatórios de gestão, orçamentos e outros documentos de domínio público.

Tabela 8 - Direcionamento dos recursos financeiros a saúde

Receitas Líquidas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais	14.567.577,51
Total das Despesas com recursos próprios com Saúde	2.841.325,96
Participação das Despesas Próprias com Saúde na receita de Impostos e Transferências constitucionais legais - Limite Constitucional 15%	19,50

FONTE: Relatório Anual de Gestão, 2013, p. 35

Conforme mostra a Tabela 8, as receitas líquidas de impostos e transparências constitucionais e legais compõe quase 15 milhões em arrecadações.

3.4 CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DA REGIÃO DE ALAGOINHAS/BA

Como supracitado nas sessões anteriores, discute-se como os consórcios interfederativos são fundamentais para gestão regionalizada de serviços de saúde. Onde, os municípios de uma mesma região, se unem para juntos dividir os custos com a Saúde da população, de forma rateada de acordo com a quantidade de habitantes de cada cidade.

Dessa maneira, ao invés de ter vários hospitais e maternidades com baixa efetividade numa mesma região, são implementadas policlínicas e hospitais ofertando este atendimento de forma consorciada. Dito isso, de acordo com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (2018) que afirma,

Nos Consórcios, municípios de uma mesma região se unem para juntos dividir os custos com a Saúde da população, de forma rateada de acordo com quantidade de habitantes de cada cidade. Assim, ao invés de termos vários hospitais e maternidades municipais de baixa resolutividade numa mesma região, são construídos ou reformados equipamentos de saúde (como policlínicas e hospitais) para oferecer este atendimento de forma consorciada (SECRETARIA DA SAÚDE, 2018).

Ou seja, para possibilitar o financiamento da saúde, através dos consórcios públicos, deve-se viabilizar uma melhor gestão dos municípios de um mesmo Estado, garantindo aos

cidadãos o acesso a saúde por meio de consultas com especialidades nas policlínicas e hospitais construídos ou reformados, conforme consócio implementado.

O Estado da Bahia conta com 22 consórcios interfederativos, o qual busca suprir as necessidades de determinadas regiões, conforme desenvolvido entre as partes envolvidas. Nesta pesquisa procura-se compreender o consócio público realizado entre os municípios federados de responsabilidade da CLINAB (Consócio Público Interfederativo de Saúde da Região de Alagoinhas/BA).

O município de Alagoinhas é a cidade sede da Policlínica Regional, inaugurada em 2018, que atende a população da cidade e dos municípios próximos como Acajutiba, Aporá, Cardeal da Silva, Catu, Entre Rios, Esplanada, Rio Real, Sátiro Dias, dentre outros. De modo que é bom lembrar que, as cidades que fazem parte do consócio realizam o rateio entre si.

O Estado investe na construção, aquisição de equipamentos e micro-ônibus e custeia 40% das despesas das unidades. Aos municípios consorciados, cabe o rateio dos 60% restantes. Alagoinhas, município-sede, arcará com cerca de R\$ 1.900.000,00 anuais para a manutenção da Policlínica (PREFEITURA DE ALAGOINHAS, 2018).

Com a inauguração da Policlínica, os prefeitos das cidades consorciadas se reúnem para aprovar o orçamento apresentado pela empresa consorciada, de maneira que o Estado da Bahia fica responsável por 40% dos gastos, conforme mostra a Figura 7. E as outras 19 cidades, que compõe a união da policlínica, ficam responsáveis pelo rateio de 60% dos custos e manutenção da policlínica.

O prefeito Joaquim Neto, de Alagoinhas, afirma que (Prefeitura de Alagoinhas, 2018): “A proposta do consócio é de que trabalhemos em rede e que, desta forma, possamos sanar as dificuldades que todos os municípios vizinhos enfrentam no atendimento de especialidades e exames de alta complexidade. Sem dúvida, um grande avanço”.

Figura 7 - Demonstrativo de Custeio do Estado da Bahia

Transferências recebidas por meio do Contrato de Rateio		Natureza da Despesa	Movimento						Execução de Restos a Pagar no mês					
No mês	Até o mês		do mês			até o mês			Não Processados			Processados		
			Empenho	Liquidação	Pagamento	Empenho	Liquidação	Pagamento	Liquidados	Pagos	Cancelados	Pagos	Cancelados	
18.800,00	75.200,00	31900000	-	7.794,25	9.855,37	120.400,00	40.361,88	31.944,10	-	-	-	-	-	
		31900400	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		31901100	-	7.794,25	9.855,37	80.000,00	35.970,89	28.176,64	-	-	-	-	-	
		31901300	-	-	-	32.400,00	2.338,27	1.714,74	-	-	-	-	-	
		31909400	-	-	-	8.000,00	2.052,72	2.052,72	-	-	-	-	-	
		33900000	220,00	6.645,42	6.645,42	77.606,31	32.590,51	32.590,51	-	-	-	-	-	
		33901400	220,00	220,00	220,00	340,00	340,00	340,00	-	-	-	-	-	
		33903000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		33903300	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		33903500	-	4.000,00	4.000,00	41.200,00	14.400,00	14.400,00	-	-	-	-	-	
		33903600	-	400,00	400,00	4.400,00	1.600,00	1.600,00	-	-	-	-	-	
		33903800	-	2.025,42	2.025,42	31.464,00	16.067,24	16.067,24	-	-	-	-	-	
		33904000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		33904100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		33904700	-	-	-	40,00	20,98	20,98	-	-	-	-	-	
		33909200	-	-	-	162,31	162,31	162,31	-	-	-	-	-	
		Total	220,00	14.439,67	16.500,79	198.006,31	72.952,39	64.534,61	-	-	-	-	-	

Código	Descrição	No Mês			Até o Mês		
		Empenho	Liquidação	Pagamento	Empenho	Liquidação	Pagamento
31900000	Pessoal e Encargos Sociais	-	7.794,25	9.855,37	120.400,00	40.361,88	31.944,10
33900000	Aplicação Direta	220,00	6.645,42	6.645,42	77.606,31	32.590,51	32.590,51
	Total	220,00	14.439,67	16.500,79	198.006,31	72.952,39	64.534,61

Fonte: CLINAB, 2021, p. 1.

O Consórcio Público de Saúde da Região de Alagoínhas é uma parceria realizada entre Governo do Estado da Bahia e as 19 prefeituras dos municípios consorciados, de modo que a CLINAB administra os serviços de saúde ambulatorial especializados nas áreas de consultas médicas, terapias e exames de média e alta complexidade, além de outros serviços, ofertando ao povo um acesso mais qualificado e humanizado.

Para que isto seja possível a CLINAB, conta com uma estrutura administrativa, conforme mostra a Figura 8.

Figura 8 – Estrutura Organizacional Administrativa

Estrutura Administrativa

– RECOLHER TODOS

+ EXPANDIR TODOS

- Assessora Jurídica
- Consórcio Público Interfederativo de Saúde Litoral Norte e Agreste Baiano - CLINAB
- Diretor Executivo
- Diretor Médico
- Diretora Administrativa
- Diretora Geral

Fonte: CLINAB, 2017.

Os departamentos mostrados na Figura 8 compõe o esqueleto organizacional do Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Alagoinhas/BA, sendo a Policlínica sediada na cidade de Alagoinhas, conforme o Art. 8º:

Art. 8º É dever dos órgãos e entidades públicas promover, independentemente de requerimentos, a divulgação em local de fácil acesso, no âmbito de suas competências, de informações de interesse coletivo ou geral por eles produzidas ou custodiadas.

§ 1º Na divulgação das informações a que se refere o **caput**, deverão constar, no mínimo:

I - Conter ferramenta de pesquisa de conteúdo que permita o acesso à informação de forma objetiva, transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão; (PLANALTO, 2011).

De modo que, cada estrutura nomeia um responsável para melhor gestão de cada setor, de acordo com o ART. 8º, §1º, inciso I, da Lei 12.527/2011. É de responsabilidade da CLINAB (2019) contabilizar as contas, arrecadar, guardar e aplicar os recursos financeiros advindos dos repasses dos membros consorciados, os municípios do Litoral Norte e Agreste Baiano e o governo da Bahia, e exercer o controle conforme a legalidade, legitimidade, economicidade, execução das subvenções de renúncias de receitas. Para isso, em 2019 adotou-se como medida para gestão administrativa-financeira a apresentação de relatórios de gestão fiscal e de execução orçamentária.

Além desta medida, a CLINAB (2019) adotou outras ações para garantir a efetividades dos serviços como manter o pagamento dos servidores, sem atrasos; manter o cadastro dos fornecedores atualizados e os pagamentos em ordem, mantendo o fornecimento de mercadorias e serviços; uso de pregão presencial nas licitações dos consórcios.

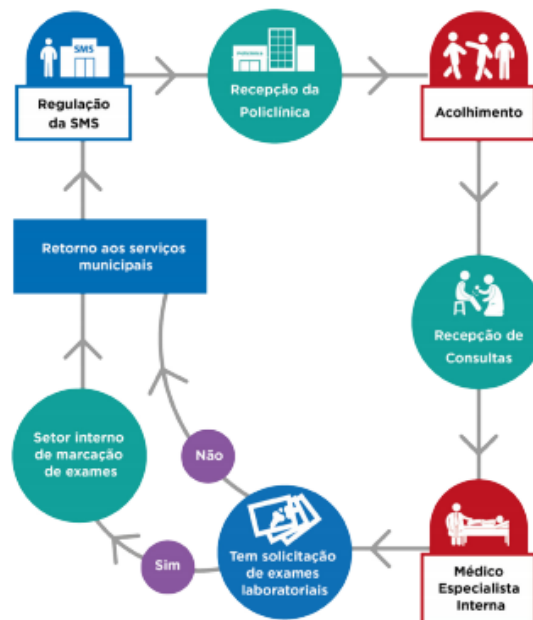
De acordo com a CLINAB (2019) a policlínica regional de Alagoinhas após um ano de inaugurada realizou 80 mil atendimentos para os 19 municípios participantes, chegando à marca de 27 mil consultas, 52 mil exames. A policlínica a população tem a possibilidade de fazer procedimentos de 18 especialidades, dentre elas oftalmologista, endocrinologista, ginecologista, ortopedista, fisioterapeuta, cardiologista e etc. A maior oferta de consultas para a especialidade de obstetrícia e ginecologista.

De acordo com a diretora da policlínica (2019):

Nesse primeiro ano de funcionamento, a gente já consegue perceber o impacto da policlínica na vida da população. Isso porque conseguimos dar mais celeridade no diagnóstico dos pacientes. Assim, encaminhamos esses pacientes para o tratamento de forma mais rápida e com maior chance de sucesso (CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DO LÍTORAL NORTE E AGRESTE BAIANO, 2019).

Para isso, é preciso agendar o atendimento pela Secretaria de Saúde do município consorciado, que é necessário a indicação de encaminhamento, documento do solicitante e cartão do SUS. Após o agendamento, a pessoa deve se dirigir ao ponto de encontro, onde sai um ônibus que possui uma relação de cadastro de pessoas que devem ser levadas da sua região para a Policlínica.

Figura 9 - Fluxograma para consulta médica especializada



FONTE: SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA, 2017, p. 152.

A Figura 9 mostra o fluxograma da dinâmica de serviço da Policlínica, onde se faz necessária que o indivíduo passe pelos serviços municipais e seja direcionado a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para agendar a sua consulta ou exame na Policlínica. No dia marcado, o paciente se dirige ao local de saída, estabelecido pela SMS, e este passa pelo acolhimento, depois com o atendimento com um médico especialista que poderá, ou não, passar novos exames para ele. Conforme for o paciente pode se dirigir ao setor de marcação de exames ou retornar aos serviços de saúde municipal para uma nova solicitação.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os formatos de relacionamento intergovernamental e, mais especificamente, dos consórcios intermunicipais, é um tema mesmo na atualidade pouco explorado e abordado pela ciência no que tange às políticas públicas.

Embora compreendamos ser um assunto relevante, os estudos sobre os consórcios de saúde ainda encontram entraves para aprofundamento, principalmente no tangente aos dados históricos. É muito perceptível esta dificuldade em municípios que são pequenos, como foi o caso desta pesquisa.

A partir da pesquisa realizada podemos perceber adicionalmente, tentativas de racionalização dos gastos com saúde, ações centralizadas na redução dos gastos e acesso aos serviços específicos. Desta maneira, ações focadas na estruturação da relação entre os Sistemas de Saúde e os fornecedores de insumos e prestadores de serviços são justificadas dado seu potencial de melhoria na eficiência de serviços de saúde.

Foi perceptível observar no decorrer da pesquisa que existem ganhos evidentes com a adoção dos consórcios intermunicipais de saúde, em especial para os pequenos e médios municípios. No entanto não descartamos grandes desafios para efetivar a implementação dos consórcios, assim como boas organizações tendo em vista a variedade de pessoas envolvidas nos processos de decisões que precisam ser tomadas.

Compreendemos que precisamos de mais pesquisas relacionadas à temática, tendo em vista as lacunas existentes nas publicações para melhor compreender o papel dos consórcios públicos de saúde, sua implementação e principalmente como se dá o funcionamento em municípios pequenos, enfatizando a estrutura e orientações.

REFERÊNCIAS

- ABAC. Disponível em: <<https://www.abac.org.br/o- consorcio/historia#:~:text=Surgiu%2C%20assim%2C%20no%20Brasil%2C,aquisi%C3%A7%C3%A3o%20de%20bens%20e%20servi%C3%A7os.&text=O%20cons%C3%B3rcio%20constituiu%2Dse%20como,automobil%C3%ADstica%20rec%C3%A9m%2Dinstalada%20no%20Pa%C3%ADs1>>. Acessado em: mai. 2020.
- ARTIGO 196. Senado, 2017. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp>. Acesso em: mai.2021.
- BRASIL. Decreto nº 6017, de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6017.htm>. Acessado em: 10 mai. 2020.
- BRASIL, República Federativa do. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado, 1998.
- BRASIL. Marco de referência para apoio do desenvolvimento de territórios rurais. Brasília: MDA, 2005b.
- BRASIL. Lei 11.107 de 06 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Disponível em www.senado.gov.br.
- BRESCIANI, Luís Paulo. O Mapa do Caminho: Desafios, Planejamento e Atuação do Consórcio Intermunicipal Grande ABC. Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), Rio de Janeiro, 2015.
- CIDADES E ESTADOS. IBGE, 2020. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/alagoinhas.html>>. Acesso em: mai.2021.
- CIRCULAR Nº2.766. Banco Central do Brasil, 1997. Disponível em: <https://www.bcb.gov.br/pre/normativos/circ/1997/pdf/circ_2766_v9_1.pdf>. Acesso em: mai. 2020.
- CIRCULAR Nº2.821. Banco Central do Brasil, ,1998. Disponível em: <https://www.bcb.gov.br/pre/normativos/circ/1998/pdf/circ_2821_v2_L.pdf>. Acesso em: jun. 2020.
- CNM – Confederação Nacional dos Municípios. **Consórcio Público Intermunicipais – Uma Alternativa à gestão Pública..** Disponível em <https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/Cons%C3%B3rcios%20p%C3%ABlicos%20Intermunicipais%20-%20Uma%20alternativa%20%C3%A0%20gest%C3%A3o%20p%C3%ABlica.pdf>. Acessado em: 28 mai. 2020.

DESMONSTRATIVO INTEGRATES DO RELATÓRIO RESUMIDO DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA. CLINAB Alagoins, 2021. Disponível em: <https://www.clinab.ba.gov.br/abrir_arquivo.aspx/Prestacao_de_Contas_Maio_2021?cdLocal=2&arquivo={AE0BEBD2-DBCC-B2E4-CBE1-B8CD5B0D05AA}.pdf>. Acesso em: Jul.2021.

Disponível em:

<https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/4623/1/O%20mapa%20do%20caminho_15_P_BD.pdf>. Acesso em: ago.2020.

EMENDA CONSTITUCIONAL. Brasil, 1988. Disponível

em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm>

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL. CLINAB Alagoins. Disponível

em: <<https://www.clinab.ba.gov.br/organograma>>. Acesso em: mai.2021.

FELIZARDO; Thamiris. Disponível

em: <<https://www.pontodosconcursos.com.br/artigo/14318/thamiris-felizardo/consorcios-publicos#:~:text=Cons%C3%B3rcio%20p%C3%ABlico%20%C3%A9%20uma%20pessoa,%C3%A0%20execu%C3%A7%C3%A3o%20dos%20servi%C3%A7os%20transferidos>>. Acessado em: 10 mai. 2020.

FLEXA, Raquel Gonçalves Coimbra; BARBASTEFANO, Rafael Garcia. Consórcios públicos de saúde: uma revisão na literatura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. V. 25, n 1, p. 325 – 338. 25 de jan. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n1/1413-8123-csc-25-01-0325.pdf>>. Acesso em: Jun. 2020.

<http://idisa.org.br/img/File/ConsortioAdministrativoIntermunicipal.pdf>

http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8102/1/BAPI_n12_Transforma%C3%A7%C3%B5es_federa%C3%A7%C3%A3o.pdfBATISTA, Sinoel. O papel dos dirigentes municipais e regionais na criação dos consórcios públicos. 1ª ed. Brasília: Caixa Econômica Federal, 2011. 276p.

<http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/>>. Acesso em: abr.2021.

JOAQUIM NETO SE REÚNE COM PREFEITOS DO CONSÓRCIO DE SAÚDE E VISITA POLICLÍNICA REGIONAL. Prefeitura de Alagoins, 2018. Disponível

em: <<https://www.alagoins.ba.gov.br/index.php/joaquim-neto-se-reune-com-prefeitos-do-consorcio-de-saude-e-visita-policlinica-regional/>>. Acesso em: mai.2021.

LEI 12.527. Planalto, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm>. Acesso em: mai.2021.

MANUAL DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS POLICLINICAS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. Secretaria da Saúde, 2017. Disponível

em: <http://www5.saude.ba.gov.br/obr/arquivos_download/Protocolo_de_acesso_a_Policlinica.pdf>. Acesso em: jul.2021.

MELO, Leonardo Ranieri Lima. **Consórcio Público**. Portal Âmbito Jurídico. Disponível em <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-administrativo/consorcio-publico/>>. Acessado em 23 mai.2020.

PERAFAN. Mireya E. V ET AL, Território e Identidade. Salvador, 2013.

RELATÓRIO DE ATIVIDADES. CLINAB Alagoinhas, 2020. Disponível em:<https://www.clinab.ba.gov.br/abrir_arquivo.aspx/Relatorio_de_Atividade_?cdLocal=2&arquivo={CB71AA40-3D7C-C3CA-4B33-D51A6E2571B6}.pdf>. Acesso em: mai. 2021.

RESOLUÇÃO Nº67. Banco Central do Brasil,1967. Disponível em:<https://www.bcb.gov.br/pre/normativos/res/1967/pdf/res_0067_v1_o.pdf>. Acesso em: mai. 2020.

RIBEIRO, Wladimir António. Cooperação Federativa e a Lei dos Consórcios Públicos. CNM Publicações. Brasília, 2006.

SALGADO; Valeria Alpinho Bigonha. **Manual de administração pública democrática - conceitos e formas de organização**. Editora Saberes. Disponível em <

SANTOS, Lenir. Consórcio Administrativo Intermunicipal: Aspectos Gerais e suas Especificidades em Relação ao Sistema Único de Saúde. Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA), 2000.

SANTOS, Milton. Concepções de geografia, espaço e território. Rio de Janeiro, 2000.

SECRETARIA DE SAÚDE. Consórcios de Saúde Implantados. Disponível:<<http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/consorcios-de-saude-implantados/>>. Acesso em: Jun. 2020.

SESAB. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Consórcios de Saúde da Bahia**. Disponível em <<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/consorcios/>>. Acessado em 10 jul. 2020.

SILVA, Cleber Demétrio Oliveira da. Curso de Capacitação em Consórcios Públicos – Modulo I: Aspectos Jurídicos. Salvador, 2009.

ZIULKOSKI; Paulo. CNM – Confederação Nacional dos Municípios. **Consórcio Público Intermunicipais – Uma Alternativa à gestão Pública..** Disponível em https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/Cons%C3%B3rcios%20p%C3%BAblicos%20intermunicipais%20Uma%20alternativa%20%C3%A0%20gest%C3%A3o%20p%C3%BAblica.pdf. Acessado em 10 jul. 2020.