

Título do capítulo

CAPÍTULO 4 - A EXPERIÊNCIA DOS ARRANJOS INTERFEDERATIVOS DA SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ: OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS COMO INSTRUMENTOS DE FORTALECIMENTO DA GESTÃO COMPARTILHADA

Autores (as)

João Ananias Vasconcelos Neto

Título do livro

IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS E ATUAÇÃO DE GESTORES PÚBLICOS

Organizadores (as)

Janine Mello
Vanda Mendes Ribeiro
Gabriela Lotta
Alicia Bonamino
Cynthia Paes de Carvalho

Cidade

Brasília

Editora

IPEA

Ano

2020

ISBN

978-65-5635-000-4

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

A EXPERIÊNCIA DOS ARRANJOS INTERFEDERATIVOS DA SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ: OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS COMO INSTRUMENTOS DE FORTALECIMENTO DA GESTÃO COMPARTILHADA

João Ananias Vasconcelos Neto¹

1 INTRODUÇÃO

Os maiores desafios da governança pública são o enfrentamento e a correção das distorções político-econômicas que ocasionam as desigualdades sociais. Partindo-se desse pressuposto, governos e gestores têm buscado mecanismos que venham a excluir, ou, pelo menos, minimizar as causas e os efeitos de tais distorções, estabelecendo estudos e subsequentes planejamentos aptos à adoção de modelos apropriados ao aperfeiçoamento do Estado, fazendo com que este se aproxime o máximo possível da sua função maior, que é precisamente a promoção do bem-estar coletivo.

Diante de tal contexto me foi confiada a missão de relatar a experiência do estado do Ceará na produção de um modelo de gestão dirigido à correção dos fatores de exceção presentes no acesso pleno e eficaz da população aos serviços públicos de saúde, por meio dos Consórcios Públicos Interfederativos de Saúde do Estado do Ceará. Essa incumbência, com efeito, traz-me não só a satisfação decorrente do reconhecimento de um trabalho executado com muita dedicação e apego aos reclames da sociedade, mas também a responsabilidade pela manutenção incansável da luta por um país mais progressista, onde as plataformas políticas voltadas ao atendimento das demandas sociais portem-se efetivamente como prioridades, e no qual o poder público assuma o seu papel fundamental consagrado constitucionalmente no art. 3º, inciso III, da Carta Magna, qual seja, o de “erradicador da pobreza e da marginalização e redutor das desigualdades sociais e regionais” (Brasil, 1988).

Este relato foi organizado com o intuito de estabelecer uma lógica da cronologia e dos fatos para facilitar a compreensão dos leitores, principalmente os que não são da área da saúde, sendo dividido em sete seções, além desta introdução. A revisão dos conceitos na administração dos serviços públicos de saúde no estado do Ceará será comentada na seção 2. Na seção 3, retrata-se a implantação dos consórcios públicos interfederativos da saúde do Ceará e na seção 4, a materialização

1. Médico sanitário. E-mail: <javasconcelosneto@gmail.com>.

da modelagem dos consórcios de entes federativos às práticas da gestão pública. Os mecanismos de adesão e de adaptação frente aos limites e às dificuldades na implantação dos Consórcios Públicos Interfederativos da Saúde do Ceará serão explanados na seção 5. A seção 6 trata-se das constituições jurídicas às pactuações: a concretização da funcionalidade dos arranjos federativos consorciados e a seção 7, da gestão consorcial na saúde pública do Ceará como exemplo de um modelo de enfrentamento dos problemas e superação das dificuldades políticas e estruturais da gestão pública. Por fim, a seção 8 revela uma história de luta a favor do Sistema Único de Saúde (SUS) e do enfrentamento às desigualdades sociais.

2 A REVISÃO DOS CONCEITOS NA ADMINISTRAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ

O ano de 2007 representou, para o estado do Ceará, o início de uma reforma no modo de se idealizar e praticar a gestão dos serviços públicos de saúde. Isso porque, naquela ocasião, quando tive a oportunidade de ocupar o cargo de secretário de estado da saúde, foi firmado o compromisso, junto ao então governador Cid Gomes, de corrigirmos as lacunas e as distorções verificadas na lógica e na estrutura da assistência médica e odontológica prestada à população cearense.

Previamente, o governador trazia como proposta de destaque a construção de dois hospitais de grande porte, de abrangência macrorregional (regiões norte e sul do estado), como instrumentos de correção do desequilíbrio assistencial que ocorria dentro da atenção terciária, que comporta uma assistência voltada à operacionalização de procedimentos mais complexos e de maior risco à vida. Essa proposta perfez-se como essencial, já que o Ceará possuía, à época, apenas sete hospitais públicos, todos localizados na capital, o que decerto ocasionava problemas graves de acesso e resolutividade na atenção terciária prestada à população interiorana. Esta população, de praxe, sujeitava-se a deslocar-se necessariamente do seu município (alguns deles distantes em mais de 500 km da capital), para ser atendida em demandas de risco iminente à vida.

Ressalte-se que tal prática sacrificava as pessoas, obrigando-as a deixar seu local de domicílio e a mobilizar as famílias para se instalarem em Fortaleza (não raro, durante dias ou meses, a depender do quadro de saúde do paciente). Isso já de pronto impunha dificuldades de ordem social e econômica ao paciente e à sua respectiva família e, eventualmente, promovia medidas extravagantes às regras do SUS, como o atendimento realizado fora dos parâmetros de referência dos sistemas de regulação (a quebra da territorialidade do sistema, com o atendimento de pacientes não referenciados da sua região de origem para a outra região onde recebiam a assistência médica) e, ainda, alguns casos em que o atendimento envolvia desvios de conduta de servidores, gerando atendimentos sem a observância dos padrões regulatórios e, em casos mais graves, sem registro nos sistemas de controle.

Foi com o ânimo de apoiar e aperfeiçoar a citada proposta governamental que resolvi fazer uma varredura nos demais níveis de atenção à saúde realizados costumeiramente no estado, ocasião em que foi possível verificar uma evolução satisfatória da atenção primária. Nesse sentido, isso ocorreu devido, principalmente, ao fato de o estado do Ceará ter adotado, desde 1987, o Programa Agente Comunitário de Saúde (Pacs), precursor do surgimento do Programa Saúde da Família (PSF), em 1992.

Não obstante, no que diz respeito à atenção de nível secundário (que engloba as especialidades médico-odontológicas e as unidades hospitalares de média complexidade), foram constatados problemas de acesso e resolutividade de demandas assistenciais, mormente a insuficiente oferta de serviços no interior do estado. Isso levava, quase sempre, à mesma problemática da lógica assistencial detectada na atenção terciária, ou seja, com distorções nos sistemas de regulação e vilipêndio de princípios e diretrizes do SUS pautadas na regionalização, na descentralização e na democratização dos serviços.

Diante disso, foi idealizado, concebido e depois concretizado o Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde no estado do Ceará (Proexmaes),² cuja finalidade era a de promover a adequada integração entre os distintos níveis de atenção, com a ampliação da cobertura assistencial das especialidades médicas e odontológicas. Nesse sentido, a instrumentalização desse programa se deu por meio de dois componentes: o primeiro, de ordem estrutural, fundado na promoção da construção de 21 policlínicas e 16 centros de especialidades odontológicas (CEOs), inseridos nas regiões de saúde do estado definidas no Plano Diretor de Regionalização (PDR), que hoje atendem 179 dos 184 municípios cearenses; e o segundo, relacionado ao fortalecimento institucional da gestão e à melhoria contínua da qualidade dos serviços em saúde prestados pelo estado, em parceria com os municípios – tendo ocorrido neste, de maneira precisa, a implementação dos consórcios públicos interfederativos da saúde, objeto deste estudo, o qual discorro e contextualizo adiante.

3 IMPLANTAÇÃO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS INTERFEDERATIVOS DA SAÚDE DO CEARÁ

3.1 Noções preambulares: marco legal

A gestão pública compartilhada não traz qualquer novidade sob o ponto de vista pragmático, visto que se encontra deflagrada informalmente em diversas áreas e entes da administração pública brasileira, desde o governo imperial. Durante o

2. Conforme informações obtidas no sítio da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa), disponível em: <<https://bit.ly/2lv1LlW>>. Acesso em: 6 jan. 2019.

decurso da forma de governo republicana, houve, de modo pontual, a preocupação de sistematizar juridicamente os processos associativos na administração pública, destacando-se os regimes constitucionais democráticos. Nesse contexto, pela circunstância de tais regimes, aconteceu de consagrar a promoção do desenvolvimento regional e a descentralização das ações estatais como duas das principais diretrizes do plano de cidadania e de aperfeiçoamento do Estado.

Assim sendo, ao analisar a evolução histórica do instituto dos consórcios públicos, percebe-se que a coalização com os preceitos das teorias contratuais foi com o tempo se adaptando às características das ações mutualísticas desenvolvidas entre entes do setor público, de sorte que os preceitos republicanos, em especial aqueles enaltecidos após a deflagração do regime constitucional de 1988, fortaleceram o federalismo, com a integração dos municípios como entes federados.

A afirmação de um federalismo mais próximo do cidadão, com a agregação de muitas das ferramentas republicanas à municipalidade, no compasso da descentralização das ações do poder público, reforça a ideia do compartilhamento de esforços, caminho essencial à gestão compartilhada. A cooperação entre entes federados passa a ser uma vertente significativa do federalismo, justificando-se pela necessidade do cumprimento de metas e programas governamentais difíceis de serem cumpridas isoladamente por cada ente. Na ótica de Elazar (1987 *apud* Abrucio e Soares, 2000, p. 34)³ “em essência, um arranjo federal é uma parceria, estabelecida e regulada por um pacto, cujas conexões internas refletem um tipo especial de divisão de poder entre os parceiros, baseada no reconhecimento mútuo da integridade de cada um e no esforço de favorecer uma unidade especial entre eles”.

Apesar de a Carta de 1967 (posteriormente, o documento de 1969) ter minimizado a aplicação dos preceitos da cooperação associativa pública, a considerar o enaltecimento da centralização do poder estatal (Brasil, 1967), a redemocratização do Estado brasileiro, reivindicada através da Carta de 1988, trouxe de volta, por meio da Emenda nº 19/1998, com maior vigor, a essência da prática dos instrumentos descentralizadores do poder federativo, robustecendo, pois, a ideia da edição de leis que viessem a tratar especificamente sobre a matéria (Brasil, 1998).

De acordo com o atual texto constitucional,

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, 1988, art. 241).

3. Elazar, D. *Exploring Federalism*. Alabama: The University of Alabama Press, 1987.

Ao se estabelecer enquanto modelo de gestão sistematizado no ordenamento jurídico, o consórcio público ganhou legitimidade para ser praticado solenemente pelo gerenciamento dos serviços públicos dirigidos associativamente. Nesse contexto, a ideia prosperou de tal modo que, em 6 de abril de 2005, foi editada a Lei nº 11.107, logo depois regulamentada pelo Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007.

Tal lei traz à baila as normas gerais de contratação de consórcios públicos, estabelecendo os mecanismos básicos para que a administração pública se valha de instrumentais melhor adaptáveis às necessidades da conjugação de ações que, se realizadas isoladamente, poderiam limitar ou mesmo impedir a realização de determinados serviços públicos. Assim, a Lei nº 11.107/2005 confere força obrigacional às ações compartilhadas, basicamente, por intermédio de dois instrumentos jurídicos: o *contrato de programa* e o *contrato de rateio* (Brasil, 2005).

O contrato de programa é o instrumento jurídico qualificado para formalizar a constituição e a regulação das obrigações que um ente da Federação, inclusive sua administração indireta, tenha para com outro ente da Federação, ou para com o consórcio público, no âmbito da gestão associada em que haja a prestação de serviços públicos ou a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal ou de bens necessários à continuidade dos serviços transferidos, na forma do art. 13 da Lei nº 11.107/2005.

Em face de tais delimitações legais, pode-se inferir que o contrato de programa se presta a se colocar como o mecanismo formal que expressa a vontade dos entes consorciados, baseada na programação pactuada de serviços os quais desejam serem compartilhados em custos e benefícios, depois de verificadas as necessidades administrativas do grupo associativo (locais e/ou regionais), observado o perfil da população de cada ente envolvido (no caso, a população de cada município consorciado, e que mantém contrato de programa para regramento e regulação de determinado serviço público).

Por seu turno, o contrato de rateio caracteriza-se como o instrumento qualificado para regrar e gerenciar os recursos a serem despendidos nas despesas contraídas, assim como as obrigações financeiras respectivas, em face das atividades consorciadas. No sentido legal (art. 8º da Lei nº 11.107/2005), tem-se que quaisquer despesas adquiridas pelo consórcio público, a cargo de seus entes integrantes, somente serão realizadas por meio de recursos obtidos junto ao contrato de rateio.⁴

A partir da vigência desses contratos anteriormente discorridos, desenvolve-se a gestão consorciada, que os observará compulsoriamente, sob pena de suportar as cominações neles inseridas. Ademais, destaque-se que o consórcio, na qualidade

4. Art. 8º Os entes consorciados somente entregarão recursos ao consórcio público mediante contrato de rateio (Brasil, 2005).

de associação pública, ganhou *status* de autarquia, com a alteração perpetrada no inciso IV do art. 41 do Código Civil (Brasil, 2002).

4 A MATERIALIZAÇÃO DA MODELAGEM DOS CONSÓRCIOS DE ENTES FEDERATIVOS ÀS PRÁTICAS DA GESTÃO PÚBLICA

Nos termos da Lei nº 11.107/2005,⁵ a presidência do consórcio será exercida por meio de mandato do chefe do poder Executivo do ente federativo consorciado, cuja forma da eleição e duração do mandato será normatizada no protocolo de intenções, documento este que será analisado mais à frente e determinará as bases de constituição e funcionamento da entidade.

O estabelecimento de uma autoridade específica facilita as ações consorciadas, considerando a natureza autárquica da entidade, que lhe garantem autonomia administrativa, financeira e orçamentária. Um governo participativo certamente não funcionaria em um ente cuja organização e funcionamento deve atender a um comando centralizado. Porém, isso não inviabiliza a gestão compartilhada, pelo contrário, a torna mais eficaz e condizente com suas premissas básicas, que se fundam na valorização da participação democrática, do diálogo e do consenso. Os instrumentais contratuais apenas servirão para assegurar tais premissas, contudo, estas são precedentes a qualquer arcabouço jurídico.

O exercício do mandato caracteriza a temporariedade da presidência da entidade, o que garante o rodízio de comandos, logo, a participação plena de todos os consorciados, conferindo-lhes não só o bônus político pelo exercício do poder, mas as responsabilidades pela gerência de ações compartilhadas com seus pares.

Diante desse paradigma, encontra-se um dos mais importantes atributos de uma gestão compartilhada consorciada, que é precisamente o fator de participação isonômica entre entes, muito embora, normalmente, haja distinção entre eles, seja sob o aspecto populacional e econômico, seja sob os aspectos políticos, sociais ou culturais. Assim, um consórcio que envolva municípios extremamente diferentes, por exemplo, um que tenha um produto interno bruto (PIB) e/ou índice de desenvolvimento humano (IDH) altamente significativos, e outro município que tenha esses dados ao contrário, pode tranquilamente funcionar administrando essas diferenças, a par das demandas comuns (como no caso dos serviços universais de saúde), sem que o município precário sob o ponto de vista econômico ou social tenha perdas em sua atuação perante a comunidade.

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

Art. 4º São cláusulas necessárias do protocolo de intenções as que estabeleçam: (...) VIII – a forma de eleição e a duração do mandato do representante legal do consórcio público que, obrigatoriamente, deverá ser Chefe do Poder Executivo de ente da Federação consorciado; (...) (Brasil, 2005).

O modelo de gestão dos consórcios públicos interfederativos da saúde empodera os municípios proporcionando, através dos contratos de programas, mais acesso aos usuários do SUS a serviços médicos e odontológicos especializados, nas policlínicas e nos CEOs, proporcionalmente às suas populações. No cenário anterior a esse programa, a oferta dos serviços era bastante restrita, ficando exclusivamente a critério de cada município e sendo prejudicada pelas inúmeras dificuldades financeiras. Com muito esforço, alguns gestores contratavam médicos especialistas que atendiam à população, uma vez ao mês, sem garantias de exames complementares necessários ao diagnóstico e onerando bastante as combalidas finanças municipais.

Essa realidade ficou no passado, após o funcionamento das policlínicas e dos CEOs. Ao se integrarem em consórcios, os municípios, juntamente com o estado, ampliaram a capacidade de oferta dos especialistas em quantidade e qualidade, além de exames laboratoriais e de imagens, a um custo imensamente menor. Vê-se, portanto, que, em nível de entes similares em competências (municípios), as relações consorciadas promovem a integração de todos, maiores e menores, mais ricos e mais pobres, ou seja, em todos os aspectos, sendo que a maior beneficiária dessa integração é a população que terá acesso aos serviços públicos disponibilizados ora por um, ora por outro município, de maneira organizada e normatizada.

A integração entre os municípios e o governo estadual também propiciou o compartilhamento de experiências exitosas e busca conjunta de soluções, além de importante racionalização de recursos humanos e financeiros. Como instância máxima decisória, a assembleia geral aproxima gestores que exercitam democraticamente a governança, facultando-os um planejamento de ações e execução dos programas, além do rateio mensal do custeio. Entretanto, as relações estabelecidas entre entes com competências distintas (União, estados e municípios), em nível nacional, ainda carecem de uma experimentação maior, principalmente pelo fato de a maior parcela de consórcios públicos constituídos no Brasil se firmar entre municípios (consórcios intermunicipais).

No Ceará, a experiência dos consórcios públicos interfederativos da saúde (estado e municípios) demonstrou que os princípios e as regras do SUS vieram a se consolidar, a propósito desse sistema exigir a interação plena de todas as esferas de governança pública. Restou comprovado que os serviços prestados pelas policlínicas e pelos CEOs regionais materializaram o acesso à atenção especializada prevista nos planos de metas definidos nas comissões intergestores bipartites (CIBs). Vale salientar que esse nível de atenção à saúde era relegado pelos municípios, especialmente pelo fato de as especialidades médicas e odontológicas envolverem altos custos com equipamentos, insumos e pessoal. O funcionamento da atenção especializada nos municípios consorciados lhes propiciou a redução de custos com ganho de escala em compras conjuntas. Além disso, municípios de menor porte

econômico-financeiro puderam contar com o acesso a unidades de saúde modernas e bem-equipadas, algo normalmente impossível de concretizarem isoladamente.

É bem verdade que outras áreas do setor público (como infraestrutura, educação, desenvolvimento social etc.), por não contarem com uma sistemática tão complexa de ações interligadas em larga concomitância, como é o caso do SUS, podem resultar em uma situação diferente à observada nos consórcios públicos interfederativos da saúde do Ceará. Não se está longe de visualizar tais resultados, já que a difusão da gestão compartilhada, partindo da premissa das dificuldades econômicas e financeiras que atingem estados e municípios, está a se expandir, o que facilitará a análise e a convicção acerca de características e ganhos com as interações em níveis hierárquicos diversos.

5 MECANISMOS DE ADESÃO E DE ADAPTAÇÃO FRENTE AOS LIMITES E ÀS DIFICULDADES NA IMPLANTAÇÃO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS INTERFEDERATIVOS DA SAÚDE DO CEARÁ

A gestão compartilhada consorcial na saúde pública do estado do Ceará foi constituída de modo interfederativo, ou seja, com a associação entre o estado e os municípios integrantes de todas as regiões de saúde, segundo o Plano Regional de Desenvolvimento do Nordeste (PRDNE) albergado pelos governos respectivos, com personalidade jurídica de direito público. À época da sua constituição, foram formados 21 consórcios públicos, em correspondência ao mesmo quantitativo de regiões de saúde habilitadas para compor o Proexmaes, integrando o ente estadual cada um destes consórcios que, ao todo, alcançaram 177 dos 184 municípios cearenses.

Como qualquer novidade em termos de modelo de gestão pública, o impacto perante a classe política e gestores foi enorme, em razão do desconhecimento e da desconfiança gerados pela falta de maiores subsídios ao convencimento de que o modelo funcionava bem, elevando o nível de qualidade da gestão. Além disso, merece destaque o fato de que a cultura governamental brasileira sempre foi adaptada a um modelo político-governamental de comando centralizado, o que prejudica qualquer desígnio voltado a valorizar a implantação de comandos participativos.

De mais a mais, há de se salientar o modelo de regionalização então vigente, estabelecido em conformidade com as programações pactuadas entre gestores e integradas entre esferas de governos (Programação Pactuada e Integrada – PPI), que conferem e consagram a autonomia de cada gestor, delimitando a este a responsabilidade de coordenar todo o processo de distribuição dos recursos da saúde angariados pela sua respectiva municipalidade. Esse modelo, em tese, se de um lado favorece em muito o compartilhamento da gestão, por outro, não confere segurança jurídica e administrativa para a consecução dos resultados esperados em decorrência da cogitada pactuação da distribuição dos recursos.

Com efeito, foi possível vislumbrar resistência a um modelo mais equânime na distribuição dos recursos, especialmente por parte dos municípios mais bem aquinhoados na pactuação regional, principalmente aqueles que concentravam a maior parte da oferta dos serviços de saúde em uma determinada região e que, evidentemente, recebiam os recursos dos municípios que não possuíam serviços suficientes. Ainda hoje, em muitas ocasiões, os serviços demandados por determinado município que aloca os recursos pactuados não são realizados pelo município que oferta tais serviços, o que causa inevitável desequilíbrio econômico-financeiro e social na gestão compartilhada que se guia pelo modelo das PPIs.

Na prática, a adesão dos governos ao modelo de gestão compartilhada enfrenta mais que uma missão, é um verdadeiro desafio, dados os obstáculos políticos e culturais que gravitam sobre o tema. Desse modo, o trabalho de implantação jurídica do consórcio público precede um outro, de caráter político, que abarca, inicialmente, um processo de conhecimento e sensibilização dos atores envolvidos, com a promoção de uma ampla discussão quanto às prerrogativas e aos benefícios do novo modelo. Há, também, uma sensibilização em relação à quebra de paradigmas que impedem a filiação à ideia de uma administração participativa, em face de uma impregnada filosofia de supremacia do modelo individualista vigente.

Objetivando a superação harmônica das adversidades colocadas anteriormente, a Sesa, por intermédio de seu comando diretivo, iniciou as medidas de incentivo à sensibilização dos agentes políticos e administrativos responsáveis pela implantação do modelo consorcial. Primeiramente, foram perfilhadas ações no sentido do convencimento do próprio corpo técnico da reputada secretaria acerca da viabilidade e da pertinência do modelo, visando solidificar as estratégias das futuras ações de convencimento dos municípios. Dessa forma, foi constituída a Comissão de Fomento e Implantação de Consórcios Públicos Interfederativos da Saúde no estado do Ceará, por intermédio da Portaria Sesa nº 2.061, de 8 de novembro de 2007, cuja atribuição maior era a de “estabelecer diretrizes políticas e operacionais para a implantação de tal modelo no âmbito do estado do Ceará, em consonância com os princípios normativos e técnicos do SUS e considerando o PDR e o Plano de Desenvolvimento e Investimento (PDI) do estado do Ceará”.⁶

Como consequência dos trabalhos desenvolvidos pela comissão, de início, foram realizadas reuniões, seminários e oficinas de apresentação e construção do modelo consorcial, como meio de dotar os agentes públicos da própria secretaria estadual de todo o conhecimento apto a desenvolver o processo de implantação desse modelo. Em um segundo momento, foi elaborada toda a estrutura de adequação do modelo consorcial às unidades de saúde integradas ao Proexmaes (policlínicas regionais e CEOs regionais), considerando o processo político de sensibilização dos

6. Conforme informações obtidas no sítio da Sesa, disponível em: <<https://bit.ly/2lv1LlW>>. Acesso em: 6 jan. 2019.

governos municipais, e, ainda, os processos de trabalhos inerentes à implementação e à execução dos instrumentais jurídicos e gerenciais necessários à implantação e à estruturação dos consórcios nas regiões de saúde habilitadas a receberem as suprarreferenciadas unidades de saúde.

Superadas, ou, pelo menos, minimizadas, as dificuldades no processo de conhecimento e sensibilização partiram para a negociação e a pactuação das ações compartilhadas entre os representantes do Poder Executivo de cada ente consorciado. Reverencie-se, em suma, como eixo fundamental de sensibilização e adesão dos atores do processo de implantação do modelo consorcial, ser essa a melhor estratégia de integração de serviços de saúde no âmbito regional, visando à busca de um maior equilíbrio na relação das demandas *versus* ofertas dos serviços inseridos na atenção especializada e assegurando maior resolutividade nos problemas de saúde locais, de forma solidária.

6 DAS CONSTITUIÇÕES JURÍDICAS ÀS PACTUAÇÕES: A CONCRETIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DOS ARRANJOS FEDERATIVOS CONSORCIADOS

A implantação dos consórcios públicos interfederativos da saúde do Ceará se desenvolveu de forma sistemática observando um ciclo de etapas, respeitando, primordialmente, a autonomia dos entes municipais, com a construção e a estruturação de tais entidades guiando-se por uma filosofia de planejamento e uma execução de caráter horizontal, justamente para consolidar o projeto de gestão compartilhada entre estado e municípios. Evidentemente que o estado, na condição de indutor do projeto, tornou-se responsável pela condução das ações técnicas da implantação, até o momento em que os municípios, depois de devidamente habilitados sob o ponto de vista jurídico e operacional, pudessem se apropriar das suas competências e atribuições na esfera consorcial, ou seja, participando ativamente da sua estrutura orgânica e funcional.

As aludidas ações técnicas englobaram a apresentação e a discussão da proposta de constituição dos consórcios públicos interfederativos em cada uma das regiões de saúde do estado. Todas seriam contempladas com uma policlínica e um CEO, construídos e equipados majoritariamente com recursos do Tesouro do Estado, complementados com recursos obtidos de empréstimo contraído junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Desse trabalho resultou uma negociação firmada sob forma de pactuação entre a gestão estadual e a gestão de cada um dos municípios pertencentes a uma determinada região de saúde, instrumentalizada por meio do protocolo de intenções, encaminhado aos poderes Legislativos dos entes pactuantes (assembleia legislativa, no caso do estado do Ceará, e câmaras de vereadores, no caso dos municípios), para ratificação. Depois de aprovados, os protocolos de intenções transformaram-se juridicamente em contratos de consórcios

públicos, na forma do art. 5º da Lei nº 11.107/2005,⁷ etapa esta final à fase de implantação jurídica.

Na atualidade, após vivenciados aproximadamente dez anos da implantação do primeiro consórcio público interfederativo da saúde do Ceará, todas as 21 entidades encontram-se em inteiro funcionamento, garantindo a todos os gestores municipais consorciados plena participação nas discussões e decisões acerca das políticas e ações de saúde aplicadas no âmbito regional. Além disso, assegurar aos municípios o acesso integral aos serviços de saúde prestados por policlínicas e CEOs instalados no âmbito territorial regional.

Dessa maneira, o processo de implantação dos consórcios revestiu-se da qualificação necessária a ser apontada como uma experiência exitosa no campo da gestão compartilhada. Essa ação é merecedora, portanto, de toda a divulgação possível, na medida em que se consubstancia como exemplo útil na demonstração da plausibilidade dos arranjos federativos como alternativas e soluções às problemáticas das gestões individualizadas. Ela retrata a pertinência da associação entre entes federados para a consecução de objetivos comuns, em uma ambiência democrática, participativa, eficiente sob o ponto de vista da maximização dos resultados práticos obtidos com a execução dos serviços públicos, não obstante as barreiras políticas, econômicas e culturais que o modelo propõe como desafio.

De acordo com a Confederação Nacional de Municípios (CNM), existem 491 consórcios públicos atuantes em todo o Brasil. Esse mapeamento inédito revelou que, do total de 5.568 municípios, mais de 4 mil participam de, pelo menos, um consórcio público. Ainda segundo essa pesquisa, mais de 90% de tais arranjos federativos seguem a Lei nº 11.107/2005 (Lei dos Consórcios Públicos). Evidenciou-se em tal mapeamento, ainda, que de todos os consórcios identificados, 181 são da área da saúde, ou seja, aproximadamente 40% do montante (Brito, 2018).

Como se vê, o crescimento dos arranjos federativos consorciados, dados como soluções de superação dos obstáculos da gestão administrativa, em especial no que se refere ao melhor aproveitamento dos recursos públicos, é uma tendência nacional, a despeito de reputado modelo de gestão em qualificar-se como um instrumento altamente benéfico aos interesses do poder público, que estabelece a eficiência associada ao elemento participativo/democrático como meta essencial ao cumprimento de seus desígnios maiores. Nesse sentido, este registro da experiência dos consórcios públicos interfederativos da saúde do estado do Ceará será de grande valia para se apresentar a viabilidade de um modelo de gestão apto a adequar-se não só aos princípios e às diretrizes do SUS, mas também às políticas de enfrentamento às desigualdades regionais e locais.

7. Art. 5º O contrato de consórcio público será celebrado com a ratificação, mediante lei, do protocolo de intenções (Brasil, 2005).

7 A GESTÃO CONSORCIAL NA SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ COMO EXEMPLO DE UM MODELO DE ENFRENTAMENTO DOS PROBLEMAS E SUPERAÇÃO DAS DIFICULDADES POLÍTICAS E ESTRUTURAIS DA GESTÃO PÚBLICA

No estado do Ceará, a atenção básica detém hoje uma cobertura assistencial da ordem aproximada de 80%, conforme dados do Ministério da Saúde.⁸ Considerando-se que o ideal de resolutividade desse nível de atenção deveria ser em torno de 80% a 85% de toda a demanda espontânea por serviços de saúde, resta, evidentemente, que apenas cerca de 15% a 20% da demanda assistencial recairia sobre a atenção secundária e terciária. No interior cearense, esse percentual assistencial referente à oferta de consultas e exames médico-odontológicos, além de outros serviços (fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição etc.), encontra-se assegurado pelas policlínicas e CEOs regionais, unidades estas geridas pelos consórcios da saúde.

O gerenciamento das unidades de saúde efetivado por meio de consórcios tem por principal fator de aperfeiçoamento da gestão, não só a expansão da rede de atendimento, mas a efetivação da regionalização e da descentralização dos serviços, a melhor organização da demanda e da oferta de serviços, tudo isso coligado com o fortalecimento da autonomia dos municípios. Esses entes, ao se apoderarem das reais condições de cobrir a plenitude das suas demandas, passaram a se apropriar de meios mais seguros e eficazes na execução das pactuações locais e na redefinição da rede, de acordo com a revisão dos perfis epidemiológicos e sanitários determinados nos seus respectivos territórios. Não se perca de vista, por igual, a política de superestimação dos comandos municipais adotada pelo estado – o qual, ainda que se propusesse a contribuir com 100% dos investimentos (obras e aquisição de equipamentos) e, no que diz respeito ao custeio das unidades de saúde consorciadas, em percentuais que variavam entre 40% e 80% (a depender do perfil socioeconômico da região) – jamais ocupou a presidência do consórcio, justamente para valorizar a participação municipal na condução das políticas e dos programas mais apropriados aos cidadãos tutelados pela gestão compartilhada.

A efetivação da descentralização das ações, seguindo as premissas organizativas do SUS, dá-se quando são atribuídas aos municípios a prevalência do comando decisório atuante sobre a relação demanda *versus* oferta de serviços na região, observando a integralidade dos serviços entabulados em níveis crescentes de complexidade, para a clientela precisamente determinada no domínio consorciado – a denominada Programação Pactuada Consorcial (PPC), cuja funcionalidade mostrou-se mais sólida que a PPI, a despeito da entidade consorcial atuar em submissão à força obrigatória dos contratos de programa e de rateio, sob pena da aplicação de sanções por descumprimento de deveres avençados. Com essa redistribuição de poderes, outorgando maior autoridade aos municípios sobre as

8. Para mais informações, acessar o link: <<https://bit.ly/2S25ppH>>.

decisões de interesse local, favorece-se, por conseguinte, a premissa da regionalização, conquanto sejam melhor assimiladas as dinâmicas socioeconômicas da população usuária dos serviços, com a aproximação da gestão com os conselhos de saúde, aumentando, desse modo, o nível e a capacidade de articulação e integração com a comunidade, reforçando o controle social.

No que concerne à maximização da organização da demanda e da oferta de serviços, frise-se a revitalização e a reafirmação da sistemática de regulação, profissionalizando o referenciamento da alocação e da distribuição das vagas em consultas, exames etc. (máxime a aplicação de modernos recursos da tecnologia da informação). Nesse ponto, há de se celebrar a desarticulação de determinadas práticas inconvenientes de acesso aos serviços, desrespeitando sistema de referência (por exemplo, o paciente era atendido nas unidades de saúde de um ou outro nível em descompasso com a sua real necessidade clínica), além da desvirtuação dos mecanismos válidos de encaminhamento dos pacientes (referência), e a despeito de que, historicamente, o atendimento de muitos municípios ocorria por meio de indicações políticas, em detrimento do respeito à gerência de acesso aos serviços.

Sendo participativo e descentralizado, o modelo consorciado de gestão de equipamentos de saúde favoreceu a maior eficiência administrativa, garantindo maior agilidade na tomada de decisões. Um exemplo inevitável é em relação à manutenção e à recuperação de aparelhos mais complexos das policlínicas e dos CEOs, principalmente os mais distantes do nível central da Sesa. Se fosse preciso esperar pelas naturais exigências burocráticas, demoraria muito tempo para que os equipamentos fossem reparados, privando a população dos benefícios destes. Os consórcios, enquanto autarquias públicas, são unidades orçamentárias autônomas, o que lhes confere mais independência e agilidade administrativa. Outra especificidade dos consórcios de direito público é a garantia de firmar convênios com o poder público com alocação de recursos, diferentemente do direito privado, no qual existem limitações e vedações.

É importante ainda enfatizar que os consórcios públicos interfederativos da saúde do Ceará são revestidos do regime de direito público. Isso demonstra o compromisso estatal no sentido de manter, sob a égide da sua tutela direta e inalienável, as ações garantidoras da universalização, da integralização, da equidade e da democratização do acesso aos serviços de saúde pública, ações estas restringíveis, caso os consórcios em questão se revestissem do regime de direito privado.

Como se vê, a implantação dos consórcios públicos conferiu ganhos significativos no que se refere à melhoria da administração dos serviços públicos de saúde, tanto no âmbito estadual como municipal. Porém, como qualquer outro modelo inovador, não prescinde de adaptações às práticas convencionais da gestão, bem como de ajustes a realidades em certos aspectos divergentes com a dogmática da

gestão compartilhada, como nos casos das diferenças políticas e culturais presentes no território regional.

Todavia, com a adoção do modelo de gestão compartilhada pelo estado do Ceará, muitos dos padrões usuais obsoletos, ora atentatórios aos paradigmas do SUS, ora frustradores do acesso democrático e justo aos serviços, vêm sendo rompidos aos poucos pelas boas práticas intrinsecamente associadas a tal modelo, em especial no que diz respeito à efetivação dos mecanismos de controle e fiscalização intercambiáveis, naturalmente mais proativos. Isso, pois, constitui-se como condição de manutenção da entidade o regular cumprimento das obrigações contratuais avançadas por todos os entes, sendo certo que a inadimplência de um ou outro afetará o conjunto, comprometendo a realização dos objetivos pactuados.

Manifesto muita confiança na experiência dos consórcios públicos interfederativos implantados no Ceará, como alternativa inovadora de gestão. É fundamental que essa gestão permaneça e se fortaleça como uma das alternativas de maximização da eficiência dos serviços no âmbito do SUS. Zelar e proteger os consórcios das ameaças ao seu funcionamento é nossa tarefa, enquanto gestores públicos, diante dos riscos iminentes de estagnação ou involução, como mostra a história de outras políticas públicas no Brasil.

Minha expectativa é que essa experiência continue a evoluir, abrangendo outros equipamentos de saúde – por exemplo, hospitais regionais. O subfinanciamento crônico do SUS se constitui em grave ameaça a esse nível de atenção, não apenas no Ceará, mas em todo o Brasil. A gestão consorciada dos equipamentos de saúde não é só possível, mas necessária, constituindo-se em grande avanço, pelo seu caráter participativo, transparente e eficiente. A conjuntura política do momento representa imenso risco aos direitos sociais e à própria democracia, por práticas nitidamente autoritárias, com clara tendência em defesa de interesses antagônicos aos dos mais necessitados. Isso fica muito claro com a lei de controle de gastos públicos por vinte anos que fere mortalmente as políticas públicas inclusivas, como o SUS, e mais recentemente com outra prova superlativa: o Decreto nº 9.759/2019, que propôs extinguir e estabelecer diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, representando um escandaloso atentado ao controle social em nosso país (Brasil, 2019).

8 UMA HISTÓRIA DE LUTA A FAVOR DO SUS E DO ENFRENTAMENTO ÀS DESIGUALDADES SOCIAIS

Ao nascer em berço de família abastada do interior alencarino, mais precisamente na cidade de Santana do Acaraú, no Ceará, tive o privilégio de me valer das melhores condições materiais de vida, inclusive uma satisfatória formação escolar. Porém, a dura realidade local me fez testemunhar e conviver com situações das mais adversas

suportadas pelos meus conterrâneos, sobretudo a população socioeconomicamente mais carente. Essa realidade inquietou as minhas convicções políticas, a ponto de direcionar, ainda estudante secundarista, ao campo ideológico progressista.

Em 1973, com 18 anos de idade, estabeleci-me em Portugal, onde permaneci por quase quatro anos, estudando medicina na Universidade Clássica de Lisboa. Essa experiência em terra estrangeira me instigou ao engajamento no movimento estudantil opositor à ditadura Salazarista (1926-1968), que veio culminar com a Revolução dos Cravos (25 de abril de 1974), a qual eu tive a oportunidade de presenciar. Constatei que a agitação política desenvolvida nos rincões portugueses, que contrapunha os mecanismos de dominação colonial impostos a nações como Angola, Moçambique e Guiné-Bissau, detinha um caráter universalizante, considerando que o sistema econômico capitalista tem por cerne a relação de exploração de dominantes sobre dominados, restringindo não só as liberdades destes (que eram profundamente reprimidas), mas os seus direitos básicos, como saúde e educação.

Retornei ao Brasil em 1977, tendo observado que tal relação de exploração não poderia ser diferente ao que era experimentado por Portugal em termos de sobrepujamento da distância entre ricos e pobres. Entretanto, aqui, com o recrudescimento da ditadura militar, tornou-se ainda mais aguda a evolução da desigualdade social. Foi diante desse cenário atormentador que me perfilhei no movimento estudantil cearense, na condição de acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), almejando, naquela ocasião, o reavivamento da democracia brasileira.

O estudo e o exercício da medicina sempre me transmitiram um sentimento humanitário indutor da preocupação com os necessitados e seus inalienáveis direitos por um mundo mais justo, fraterno e solidário, indispensáveis nas concepções de um médico. Esse sentimento me vocacionou inexoravelmente para o campo da política partidária, o qual abracei no ano de 1982, quando, após concluir o curso de medicina, candidatei-me a prefeito da minha cidade natal. Apesar de derrotado naquela eleição, não desisti da militância progressista, pelo contrário, carreguei-a comigo desde o primeiro cargo público que ocupei (no ano de 1983) na função de direção da assistência médica na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Naquele ano, o SUS ainda não existia, e o modelo de gestão da saúde pública adotado à época (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps) inadvertidamente causava a exclusão da assistência médica à população que não possuía condições de contribuir com o sistema previdenciário. Como defensor intransigente da Reforma Sanitária Brasileira, propositiva de um modelo de saúde amplo, com características da universalização do atendimento, uma das minhas bandeiras de luta consistia na defesa do rompimento definitivo com o padrão hospitalocêntrico, que concentrava o atendimento em nosocômios. Além disso, os recursos aplicados na saúde pública eram despendidos por um

comando centralizado no governo federal, o que ocasionava desacerto com as necessidades regionais e locais.

Com o advento da Constituição Federal, em 1988, atendidos os precedentes da VIII Conferência Nacional de Saúde, foi concebido o SUS, a grande conquista do povo brasileiro, que trazia uma nova ordem, com a predominância de universalização, integralidade e equidade na lógica assistencial. Naquele mesmo ano, fui eleito prefeito de Santana do Acaraú, em um momento de elevação constitucional da importância dos municípios. Em 1989, foi criado o Pacs no estado do Ceará, precursor do atual PSF. Com isso, na minha primeira gestão municipal (iniciada em janeiro de 1989), já tive as condições necessárias à aplicação do processo prático de descentralização. Associado a isso, os reclames cidadãos conjecturados na nova ordem constitucional abriram margem para a constituição de uma gestão participativa, como foi o caso do conselho popular estabelecido em Santana do Acaraú no ano de 1990, composto por membros da comunidade eleitos para opinar e decidir sobre as ações propostas e executadas em dez áreas administrativas do município. O referido conselho – conhecido popularmente como Conselhão – assumiu de fato características do exercício da democracia direta e funciona até hoje.

A experiência do Conselhão me despertou para a pertinência da gestão participativa popular como elemento de excelência da gestão pública, sendo esta uma das plataformas políticas mais importantes que militei quando, a partir de 1994, assumi o mandato de deputado estadual e, logo depois, em 1996, quando assumi novo mandato de prefeito, no mesmo município de Santana do Acaraú. Entre os anos de 2002 e 2006, permaneci sem mandato eletivo, tendo ocupado o cargo público de médico concursado do PSF do município de Paracuru, também no Ceará. Lá, tive a chance de concretizar tudo o que sempre idealizei em termos de saúde pública.

Logo depois, no ano de 2006, cedendo a pressões político-partidárias, acabei me candidatando e me elegendo novamente ao posto de deputado estadual, ofício este que não exerci, porque, no início de 2007, aceitei o convite para assumir a Sesa, ficando por lá até o mês de abril de 2010. Foi quando então me desincompatibilizei do mandato legislativo para concorrer à eleição de deputado federal, tendo posteriormente sido eleito e exercido o mandato até seu final, na Câmara dos Deputados, onde continuei a operar incansavelmente em defesa do SUS e dos instrumentos de participação democrática na saúde pública, como membro titular por quatro anos na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara Federal.

Na condição de gestor do SUS no estado do Ceará, envidei todos os esforços no sentido de dar plena participação aos agentes e aos órgãos públicos, além dos conselhos populares e de classe, materializando os meus impregnados desígnios de promoção da gestão participativa. Foi nesse período que fomentei e ajudei a constituir os consórcios públicos interfederativos da saúde do estado do Ceará, inspirando-me na experiência dos consórcios administrativos desenvolvidos em sete

municípios pertencentes à região norte do Ceará na década de 1990. Experiência essa proposta por mim e da qual participei enquanto prefeito de um desses municípios. Tais arranjos municipais funcionaram como consórcios de fato, mesmo não havendo ordenação jurídica competente para regulá-los.

A experiência exitosa dos consórcios públicos interfederativos como modelo de gestão para equipamentos de saúde, plenamente exitosa, expandiu-se para outros estados da Federação, a exemplo da Bahia. A partir de 2015, o governador Rui Costa decidiu reproduzir o mesmo modelo do Ceará, construindo policlínicas regionais administradas por consórcios públicos interfederativos. Nesse contexto, atuei como consultor por dois anos e meio, entre 2015 e 2017, na implantação do projeto.

O que posso extrair da minha experiência de vida, seja como pessoa, seja como político e gestor, é a minha substancial convicção de que uma gestão pública bem-sucedida perpassa pelo compromisso com as causas do povo e pela filiação aos mecanismos de participação popular. Isso somente é crível em um ambiente definido em um estado enquanto ente público, qual seja, aquele destinado a cumprir sim os seus desígnios fundamentais, não só na questão do fomento às atividades econômicas, mas na promoção e na proteção do bem-estar social.

Ao concluir meu relato, não poderia deixar de agradecer aos organizadores deste livro pelo honroso convite e pela oportunidade de expor a experiência da implantação dos consórcios públicos interfederativos de saúde do estado do Ceará. Parabenizo-os pelo significativo reforço ao poder público que esta obra representa, principalmente neste momento de crise que vive o Brasil. Agradeço também à jornalista Caroline Batista e ao advogado Washington Willem Mendes de Santana, que me auxiliaram na produção deste texto que busca contribuir com a gestão da saúde pública e, conseqüentemente, o fortalecimento do SUS.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, L. F.; SOARES, M. M. **Redes federativas no Brasil**: cooperação intermunicipal no Grande ABC. São Paulo: Fundação Konrad Adenaur, 2000.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1967. Brasília: Congresso Nacional, 1967. Disponível em: <<https://bit.ly/1yLjafG>>.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <<https://bit.ly/1bJYlGL>>.

_____. Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 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. Brasília: Congresso Nacional, 1998. Disponível em: <<https://bit.ly/2e8p1GE>>.

_____. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Brasília: PR, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/1drzx5j>>.

_____. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Brasília: PR, 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2RBkdeR>>.

_____. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Brasília: PR, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2IfeomK>>.

BRITO, D. Brasil tem 491 consórcios públicos, mostra levantamento. **Agência Brasil**, 8 dez. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2ARORKr>>. Acesso em: 18 out. 2019.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

AZARA, A.; EULA, E. **Novissimo digesto italiano**. Roma: Unione Tipografico – Editrice Torinese, 1978. v. 4.

CARVALHO FILHO, J. S. **Consórcios públicos**: Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005 e Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

ESTADO DO CEARÁ. **Consórcios públicos de saúde no Ceará**: da implantação à gestão. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/338qYue>>.

MEDAUAR, O.; OLIVEIRA, G. J. **Consórcios públicos**: comentários à Lei nº 11.107/2005. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2006.

SIERRA, G. C. **Los consorcios públicos y privados**. Bogotá: Temis, 1985.

SILVA, J. A. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 6. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1990.