

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO SOCIAL,  
EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

**GIULIANA COMETTI PESSOTTI**

**CONSÓRCIO PÚBLICO COMO FERRAMENTA PARA A CONCRETIZAÇÃO DO  
DIREITO À SAÚDE: O CASO DO CIM POLINORTE-ES**

**SÃO MATEUS  
2018**

**GIULIANA COMETTI PESSOTTI**

**CONSÓRCIO PÚBLICO COMO FERRAMENTA PARA A CONCRETIZAÇÃO DO  
DIREITO À SAÚDE: O CASO DO CIM POLINORTE**

Dissertação apresentada à Faculdade Vale do  
Cricaré para obtenção do título de Mestre  
Profissional em Gestão Social, Educação e  
Desenvolvimento Regional.

Área de Concentração: Gestão Social e  
Desenvolvimento Regional.

Orientador: Prof. Dr. José Geraldo Ferreira da  
Silva

**SÃO MATEUS  
2018**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional

Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus – ES

P475c

Pessotti, Giuliana Cometti.

Consórcio público como ferramenta para concretização do direito à saúde: o caso do CIM Polinorte / Giuliana Cometti Pessotti – São Mateus - ES, 2015.

103 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2016.

Orientação: Prof. Dr. José Geraldo Ferreira da Silva.

1. Serviços públicos. 2. Saúde. 3. Consórcio público. 4. CIM Polinorte. I. Título.

CDD: 353.6

Sidnei Fabio da Glória Lopes, Bibliotecário ES-000641/O, CRB 6ª Região – MG e ES

**GIULIANA COMETTI PESSOTTI**

**CONSÓRCIO PÚBLICO COMO FERRAMENTA PARA A  
CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: O CASO DO CIM  
POLINORTE - ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional, na área de concentração Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional.

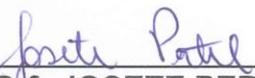
Aprovada em 30 de Maio 2015.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. JOSÉ GERALDO FERREIRA DA SILVA**  
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)  
Orientador

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. MARCUS ANTONIUS DA COSTA NUNES**  
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)

  
\_\_\_\_\_  
**Prof<sup>a</sup>. Msc. LUANA FRIGULHA GUISSO**  
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)

  
\_\_\_\_\_  
**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. JOSETE PERTEL**  
Faculdade Multivix São Mateus

A Deus, pela vida.

A minha mãe Maria Inez, ao meu pai Adelino e a minha avó Izaldina pelo exemplo de amor, fé, força, ética e moral.

A minha irmã Katiucia, aos meus sobrinhos Amanda e Murilo e ao meu cunhado Sérgio, pelo amor, carinho e apoio.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao professor Dr. José Geraldo Ferreira da Silva por aceitar ser meu orientador, mesmo que tardiamente, pela dedicação e apoio na indicação do caminho a seguir para alcançar a conclusão desta pesquisa com vitória e pela transmissão de conhecimento.

Aos amigos Diego Pereira Huguinim, Eliani Milani, Marco Antonio Rodrigues Menegaz e Marcos Antonio do Nascimento, pela ajuda durante a realização da pesquisa e pelas palavras amigas nos momentos difíceis.

Aos meus primos Rennzo e Rommero por estarem presente no momento em que precisei, atendendo prontamente ao meu pedido de ajuda.

Ao CIM Polinorte por abrir suas portas para realização da pesquisa.

Aos Secretários Municipais de Saúde dos municípios de Fundão, Ibiraçu, João Neiva, Santa Teresa, São Roque do Canaã e Sooretama por se colocarem à disposição para responder ao questionário.

## RESUMO

PESSOTTI, G. C. **Consórcio público como ferramenta para a concretização do direito à saúde: o caso do CIM Polinorte**. 2015. 100 f. Dissertação (Mestrado profissional) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, 2015.

O direito à saúde é assegurado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que determina ser ele direito de todos e dever do Estado. Embora seja um direito constitucional, o direito à saúde acaba não sendo garantido pelo Estado, causando danos e prejuízos irreparáveis à saúde da população. A busca pela efetivação do direito à saúde e a prestação de serviços de qualidade faz com que a União, os Estados-membros, o Distrito Federal e os Municípios tenham que encontrar alternativas que possibilitem a superação das dificuldades e permitam uma execução eficiente e em quantidade suficiente para atender toda a população. Diversos são os problemas enfrentados pelos entes federativos, principalmente pelos municípios, quando da prestação dos serviços públicos de saúde, tendo em vista a falta de profissionais de saúde em seus quadros de servidores efetivos, a burocracia na contratação dos serviços e a insuficiência de recursos financeiros. A gestão associada de serviços públicos pelos entes federativos passa a ser a alternativa e o consórcio público surge como uma solução para os problemas enfrentados. Neste contexto a pesquisa trabalha a seguinte problemática: É o consórcio público uma ferramenta eficaz para a efetivação do direito à saúde pelos municípios? Tem por objetivo geral propor melhorias para a gestão do CIM Polinorte, tornando mais eficaz no auxílio aos municípios para a efetivação do direito à saúde, tendo por base a visão dos secretários municipais. Utiliza o estudo de caso e tem como unidade-caso o Consórcio Público da Região Polinorte – CIM Polinorte, formado pelos municípios de Aracruz, Fundão, Ibirapu, João Neiva, Linhares, Rio Bananal, Santa Leopoldina, Santa Teresa, São Roque do Canaã e Sooretama. Este estudo visa identificar os principais problemas enfrentados pelos municípios consorciados ao CIM Polinorte, na prestação dos serviços de saúde e as facilidades e dificuldades das contratações realizadas pela administração através do consórcio público. Verifica se o CIM Polinorte permite sanar os principais problemas enfrentados na prestação dos serviços de saúde pelos municípios a ele consorciados. Apresenta sugestões para a melhoria da gestão do CIM Polinorte. Conclui que o consórcio público é uma ferramenta eficaz para auxiliar os municípios efetivarem o direito à saúde.

Palavras-chave: Serviços públicos. Saúde. Consórcio Público. CIM Polinorte.

## ABSTRACT

PESSOTTI, G. C. **Public consortium as a tool for the realization of the right to health: the CIM Polinorte case.** 2015. 100 p. Thesis (Master's degree) – Vale do Cricaré College, São Mateus, 2015.

The right to health is ensured by the 1988 Constitution of the Federal Republic of Brazil, which states that it's a right of all and a State's duty. Despite the fact that it is a constitutional right, the right to health ends up as not being really ensured by the State, which causes irreparable damages and losses to the population's health. The pursuit of effectiveness for the right to health, along with quality public services, causes the Union, the Member States, the Federal District and the Municipalities to have to find alternatives that enable overcoming the difficulties and that allow an efficient fulfillment, in sufficient quantity to serve the population. Many are the problems faced by the federal entities, specially by the Municipalities, when it comes to health public services, in view of the shortage of health professionals in their permanent public servants staff, the bureaucracy of hiring services and the insufficient financial resources. The associated management of public services by the federal entities becomes the alternative, and the public consortium emerges as a solution to the problems faced. In this context, the following research works with the problematic: Is the public consortium an effective tool for the realization of the right to health by the Municipalities? Its overall goal is to propose improvements to the management of CIM Polinorte, making it more effective in helping Municipalities in the realization of the right to health, all based on the Municipal Secretaries' view. It uses the case study, and the key case is the Public Consortium of the Polinorte Region – CIM Polinorte, formed by the Municipalities of Aracruz, Fundão, Ibraçu, João Neiva, Linhares, Rio Bananal, Santa Leopoldina, Santa Teresa, São Roque do Canaã and Sooretama. Identifying the main problems faced by the Municipalities in consortium with CIM Polinorte, in health public services, as well as the facilities and difficulties of hirings made by the administration through the public consortium. It verifies whether the CIM Polinorte is capable of solving the main problems faced with public services by the Municipalities in consortium with it. It presents suggestions for improving CIM Polinorte's management. It concludes that public consortium is an effective tool to assist Municipalities to realize the right to health.

Keywords: Public services. Health. Public Consortium. CIM Polinorte.

## LISTA DE SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
CNI	Confederação Nacional da Indústria
CRFB/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
EC	Emenda Constitucional
Ibope	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
LC	Lei Complementar
LOA	Lei Orçamentária Anual
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPA	Plano Plurianual
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TJES	Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	A demanda da população pelos serviços de saúde é suprida por seu município, contando apenas com os profissionais existentes no quadro de pessoal do município.....	56
Figura 2 –	Seu município possui condições técnicas e financeiras para ter servidores efetivos para todas as especialidades médicas necessárias à prestação dos serviços de saúde procurados pela população.....	57
Figura 3 –	Apenas com os servidores públicos do Município, que atuam na área da saúde, é possível prestar os serviços de saúde de forma satisfatória.....	58
Figura 4 –	Quanto às condições técnicas para atender as necessidades da população, nas especialidades médicas, o seu Município.....	59
Figura 5 –	A soma dos serviços prestados diretamente pelo município e os prestados através do CIM Polinorte supre as necessidades da população.....	60
Figura 6 –	O custo x o benefício dos serviços prestados através do CIM Polinorte é mais eficiente do que dos prestados ou contratados diretamente pelo município.....	60
Figura 7 –	O índice de reclamação dos usuários dos serviços prestados pelo CIM Polinorte é elevado.....	62
Figura 8 –	Quanto à importância dos serviços de saúde prestados através do CIM Polinorte, pode-se afirmar que são.....	63
Figura 9 –	A importância do CIM Polinorte na prestação dos serviços de saúde em seu município é considerada essencial.....	63
Figura 10 –	Os serviços colocados à disposição dos municípios consorciados, pelo do CIM Polinorte.....	64
Figura 11 –	As especialidades médicas ofertadas pelo CIM Polinorte são.....	65
Figura 12 –	O volume de serviços da área da saúde prestados por seu município através do CIM Polinorte supre a necessidade da população.....	66
Figura 13 –	Os serviços prestados pelo CIM Polinorte são satisfatórios.....	67
Figura 14 –	A qualidade de comunicação entre o seu município e o CIM Polinorte é boa.....	67

Figura 15 – A contratação dos serviços através do CIM Polinorte é fácil.....	68
Figura 16 – Quanto ao corpo técnico e administrativo do CIM Polinorte, pode-se afirmar que.....	69
Figura 17 – Quanto à infraestrutura física ofertada pelo CIM Polinorte para prestação dos serviços de saúde, pode-se afirmar que.....	69
Figura 18 – A infraestrutura ofertada pelo CIM Polinorte atende as necessidades dos serviços.....	70

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1	JUSTIFICATIVA E IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA .....	13
1.2	OBJETIVOS.....	17
<b>1.2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	17
<b>1.2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> .....	17
1.3	PERCURSO METODOLÓGICO .....	17
<b>2</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	20
2.1	A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL .....	20
<b>2.1.1</b>	<b>As políticas públicas de saúde no Brasil</b> .....	27
2.2	CONSÓRCIO PÚBLICO .....	35
<b>2.2.1</b>	<b>Gestão associada entre municípios</b> .....	35
<b>2.2.2</b>	<b>Consórcio público: aspectos legais</b> .....	38
<b>2.2.3</b>	<b>Contratações pela administração pública</b> .....	46
2.3	CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE .....	51
<b>3</b>	<b>APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS...</b>	55
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES</b> .....	71
<b>5</b>	<b>RECOMENDAÇÕES</b> .....	74
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	75
	<b>APÊNDICE</b> .....	80
	<b>ANEXOS</b> .....	86

## 1 INTRODUÇÃO

Todas as pessoas que desejam um futuro melhor almejam desenvolver-se, seja em proveito próprio, como a pessoa física que deseja conquistar o crescimento profissional, seja em prol de uma coletividade, como o gestor público municipal, que trabalha pelo desenvolvimento de seu município.

Os gestores públicos municipais possuem a obrigação de garantir o desenvolvimento de seus municípios, através da prestação dos serviços públicos à população. Vários são os serviços públicos que precisam ser garantidos à população para que esta possua a qualidade de vida necessária, contudo, em especial, encontra-se em destaque, os serviços da área da saúde. Uma população saudável significa população capaz de alcançar seus objetivos, enquanto que uma população doente, não possui condições de trabalhar pelo seu desenvolvimento.

Para que os municípios alcancem o desenvolvimento na área da saúde, é preciso buscar alternativas que favoreçam a execução de políticas públicas integradas na área da saúde, unindo forças, visando à realização de ações que possibilitem a efetivação do direito à saúde.

Como alternativa à superação das dificuldades na prestação dos serviços de saúde, surge a cooperação administrativa. Cooperação, para Lakatos (1992, p. 86), “[...] é um tipo particular de processo social em que dois ou mais indivíduos ou grupos atuam em conjunto para a concepção de um objetivo comum”. No caso da cooperação administrativa, o grupo é formado pelos entes federativos, que podem efetivar esta cooperação através dos consórcios públicos. Mas, é preciso que se investigue se realmente o consórcio público é uma ferramenta eficaz para auxiliar na efetivação dos serviços de saúde, motivo pelo qual o presente estudo buscará verificar a efetividade do consórcio público na concretização do direito à saúde.

### 1.1 JUSTIFICATIVA E IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

A realidade da saúde no Brasil é deficitária, não sendo diferente nos municípios capixabas. Os entes federativos, em todas as esferas de governo, não conseguem garantir à população uma saúde de qualidade e capaz de atender às necessidades e

demandas. Este não atendimento, no Estado do Espírito Santo, restou demonstrado no resultado da pesquisa “Retratos da Sociedade Brasileira - Problemas e Prioridades para 2014”, realizada pela Confederação Nacional da Indústria (CNI) em parceria com o Ibope, nos Estados brasileiros (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA).

No âmbito dos problemas apurados pela pesquisa “Retratos da Sociedade Brasileira - Problemas e Prioridades para 2014”, 63% dos capixabas entrevistados apontaram a saúde como a área com maiores problemas no Brasil, acompanhada da segurança pública/violência com 46% e as drogas com 32%. O resultado não foi muito diferente quando o questionamento foi referente às áreas com maiores problemas no Estado. A saúde continuou em primeiro lugar, com 60%, seguida da segurança pública/violência com 50% e as drogas com 39%. A pesquisa também questionou quais as áreas com os maiores problemas em nível de município, e, mais uma vez a saúde foi apresentada em primeiro lugar, com 49%, acompanhada da segurança pública com 38% e a educação com 21% (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA).

A pesquisa “Retratos da Sociedade Brasileira - Problemas e Prioridades para 2014” também verificou a opinião da população relacionada às prioridades do Governo Federal para o ano de 2014. Neste quesito, a saúde também foi lembrada em primeiro lugar pelos capixabas entrevistados, com 49% dos entrevistados entendendo ser necessário melhorar os serviços de saúde (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA).

Independente da realidade enfrentada os entes federativos precisam prestar os serviços de saúde de forma eficiente e em quantidade suficiente para atender toda a população, pois, somente assim, cumprirão o dever estabelecido no art. 196 da CRFB/88 (BRASIL, 1988): “A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”.

Com a descentralização das políticas públicas de saúde, os municípios passaram a ter mais responsabilidades, conforme observam Batista et al. (2011a, p. 21):

No Brasil pós-1988, parcela significativa dos indicadores de desenvolvimento foi produzida pela ação direta dos governos locais. A descentralização das políticas sociais para a esfera de competência do Município promoveu também a descentralização do debate político sobre as

responsabilidades do Estado no que diz respeito aos problemas da sua população. A descentralização fez aproximar a agenda política do município da agenda política nacional. Temas como segurança pública, que na maioria das vezes é de competência da esfera estadual, interferem na avaliação do desempenho do Prefeito. Assim, o poder local tem cada vez mais proximidade aos anseios de seus cidadãos e as políticas públicas descentralizadas reforçaram a capacidade dos governos locais de conduzir de forma socialmente justa o desenvolvimento.

Atender as demandas na área da saúde não é tarefa fácil, principalmente por ser uma demanda crescente, passando a ser necessária a realização de ações integradas entre os municípios, para que consigam superar as dificuldades.

Durão (2012, p. 23), dispõe sobre a integração entre os homens, salientando que:

Há tempos, o homem se une para superar seus conflitos, encontrando na colaboração uma forma de afastar as adversidades do meio. Aliás, a questão da cooperação tem-se revelado de suma importância desde as sociedades antigas até as contemporâneas, permitindo uma assistência mútua entre os povos. Esse laço benéfico uniria comunidades, consagrando a integração.

Através da cooperação os conflitos são resolvidos de maneira mais eficiente, e iniciando sua fala acerca da cooperação administrativa, Durão (2012, p. 23), lembra que:

Na sua evolução, sempre percebemos a existência humana numa visão associativa. Diante dessa função, a cooperação geral foi um meio em busca de igual fim, encontrando na cooperação administrativa a formalidade que auferisse êxito no alcance comum.

A cooperação foi inserida no ordenamento jurídico através da Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998, que alterou o art. 241 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988), passando a prever a possibilidade de realização da cooperação entre os entes federativos por meio de consórcios públicos:

Art. 241. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos (BRASIL, 1988).

Sete anos após a CRFB/88 estabelecer a possibilidade de criação de lei disciplinadora dos consórcios públicos, foi publicada a Lei nº 11.107, em 06 de abril de 2005, dispondo sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos.

Dentre as formas de existência dos consórcios, estão os formados por municípios circunvizinhos que buscam associar-se para que possam promover, conjuntamente, serviços públicos que atenderão à população, conseguindo otimizar e racionalizar o uso dos recursos públicos. Para Batista et al. (2011a, p. 23):

Do ponto de vista dos gestores públicos municipais, os Consórcios são fatos reais e concretos e em operação há várias décadas em muitas regiões do Brasil. Sua existência se justifica por inúmeras situações concretas onde a criação de uma pessoa jurídica de natureza regional é uma necessidade. O Consórcio auxilia os governos municipais na execução de sua missão constitucional, e essa necessidade é tanto maior quanto maior o papel que assume na prestação de serviços públicos.

Meirelles (2014, p. 364), afirma que, “[...] com essa *cooperação associativa* das Municipalidades reúnem-se recursos financeiros, técnicos e administrativos que uma só Prefeitura não teria para executar o empreendimento desejado e de utilidade geral para todos” (grifo do autor).

Batista et al. (2011b, p. 30-35), destacam que:

A importância estratégica dos Consórcios Públicos para a consolidação da Federação ancorada na cooperação e no desenvolvimento está na sua capacidade de responder à necessidade de se criar mecanismos regionais onde os entes da federação cooperam na execução de políticas públicas tendo em vista a promoção do desenvolvimento regional.

[...]

A realidade dos entes federativos, cada vez mais, tem apontado para a necessidade de aperfeiçoamento dos mecanismos de cooperação, como elemento fundamental para reduzir as disparidades existentes e promover o desenvolvimento das regiões. A Constituição de 1988 com sua arquitetura e divisão de competências criou uma maior necessidade de cooperação dos entes federados e, nesse contexto, o Consórcio Público fornece as condições operacionais para que essa cooperação se realize em torno de necessidades comuns.

Os municípios precisam trabalhar de forma regionalizada, realizando ações conjuntas para a efetivação do direito à saúde, somando forças, ideias e ideais em prol do bem comum, buscando alternativas para racionalizar o uso de recursos financeiros e humanos existentes, para que possam aumentar os serviços oferecidos, não podendo apenas um município melhorar o atendimento à população na área da saúde, pois, caso isso ocorra, a população dos municípios vizinhos será atraída, e, conseqüentemente fazer com que o serviço volte a ser insuficiente e deficiente.

Nesse contexto, a cooperação administrativa pode ser a saída para a efetivação dos serviços de saúde, podendo ser realizada através dos consórcios públicos, “[...] **associações formadas por pessoas jurídicas políticas (União, Estados, Distrito Federal ou Municípios), [...] criadas mediante autorização legislativa, para gestão de serviços públicos**” (DI PIETRO, 2014, p. 551, grifo do autor), surgindo a necessidade de trabalhar a problemática: O consórcio público é uma ferramenta eficaz para a efetivação do direito à saúde pelos municípios?

## 1.2 OBJETIVO

### 1.2.1 Objetivo Geral

A pesquisa tem por objetivo geral propor melhorias para a gestão do CIM Polinorte, tornando mais eficaz no auxílio aos municípios para a efetivação do direito à saúde, tendo por base a visão dos secretários municipais de saúde.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

Para alcançar o objetivo geral serão percorridos os seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar os principais problemas enfrentados pelos municípios consorciados ao CIM Polinorte, na prestação dos serviços de saúde, de acordo com a visão dos secretários municipais de saúde;
- b) Identificar as facilidades e as dificuldades das contratações realizadas pela administração através do consórcio público;
- c) Verificar se o CIM Polinorte permite solucionar os principais problemas enfrentados na prestação dos serviços de saúde pelos municípios a ele consorciados, e concluir se o mesmo é eficaz.

## 1.3 PERCURSO METODOLÓGICO

A presente pesquisa caracteriza-se como estudo de caso, que terá como unidade-caso o Consórcio Público da Região Polinorte (CIM Polinorte).

Segundo Gil (2010, p. 118), “Em sua acepção clássica, a unidade-caso refere-se a um indivíduo num contexto definido. [...] A amplitude desse conceito, no entanto, ampliou-se, a ponto de poder referir-se a uma família ou grupo social, uma organização, uma comunidade [...]”.

O CIM Polinorte é formado pelos municípios de Aracruz, Fundão, Ibirapu, João Neiva, Linhares, Rio Bananal, Santa Leopoldina, Santa Teresa, São Roque do Canaã e Sooretama, todos localizados no Estado do Espírito Santo. Embora o CIM Polinorte, unidade-caso do presente estudo de caso, seja formado por dez municípios, trata-se de um estudo de caso único, que, para Gil (2010, p. 118), “[...] refere-se a um indivíduo, um grupo, uma organização, um fenômeno [...]”.

A pesquisa também é considerada qualitativa, sendo interpretados e analisados os dados obtidos com a aplicação do questionário aos secretários municipais, os quais foram essenciais para a realização da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas e análise de documentos, relatórios, estatuto e contrato do CIM Polinorte. Inicialmente foi analisada e comparada a legislação pertinente à contratação de serviços públicos pela administração pública, buscando verificar se a contratação de serviços através de um consórcio público é menos burocrática que aquela feita diretamente pela administração pública.

Foram realizados questionários mediante a aplicação de um questionário (APÊNDICE A) aos Secretários Municipais de Saúde dos municípios que formam o CIM Polinorte, para averiguar quais as vantagens e desvantagens sentidas por eles quando da execução dos serviços de saúde através do Consórcio, e ainda, foram levantados quais os maiores problemas enfrentados.

O Questionário foi enviado para nove dos dez municípios do consórcio, para ser respondido pelo Secretário Municipal de Saúde. O questionário não foi enviado para o município de Linhares, pois este iniciou a participação no consórcio no ano de 2015. Dos nove municípios que receberam o questionário, apenas seis secretários devolveram o questionário respondido em tempo hábil. Responderam ao

questionário os secretários municipais de saúde de Fundão, Ibirapu, João Neiva, Santa Teresa, São Roque do Canaã e Sooretama.

Buscou-se também, com a aplicação do questionário, o levantamento de dados junto aos Secretários Municípios de Saúde, para auxiliar na verificação de oportunidades de melhoria na execução das atividades do CIM Polinorte além de buscar informações que incentivem que as práticas positivas sejam mantidas e ampliadas.

Para verificar se o CIM Polinorte auxilia os municípios na efetivação do direito à saúde, foram levantados os dados referentes ao número de serviços e profissionais colocados à disposição dos municípios consorciados e o número de servidores efetivos que os municípios possuem, para realizar o mesmo serviço.

Através da análise da legislação e das respostas conferidas pelos secretários aos questionamentos realizados sobre o CIM Polinorte, buscou-se identificar as vantagens das contratações realizadas pelos municípios, através do CIM Polinorte.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

O constituinte originário ao estabelecer o direito à saúde na Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988), promulgada no ano de 1988, incluiu-o como um direito social, estabelecendo em seu artigo 6º, que “São direitos sociais a educação, **a saúde**, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (grifo nosso).

Acerca dos direitos sociais Lenza (2013, p. 1152), ressalta que:

[...] os **direitos sociais**, direitos de **segunda dimensão**, apresentam-se como **prestações positivas** a serem implementadas pelo Estado (Social de Direito) e tendem a concretizar a perspectiva de uma **isonomia substancial e social** na busca de melhores e adequadas condições de vida, estando, ainda, consagrados como **fundamentos** da República Federativa do Brasil [...] (grifo do autor).

Os ensinamentos de Lenza mostram que os direitos sociais estão para a população como uma prestação positiva, que deve ser efetivada pelo Estado, traduzindo-se, para este, como um dever, na busca de melhores e adequadas condições de vida para a população.

Reforçando a importância dos direitos sociais para a vida da população, Silva (2013, p. 288-289) diz que os direitos sociais:

[...] são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais.

Este dever do Estado de garantir a efetivação dos direitos sociais para a população, em especial o direito à saúde, encontra-se estabelecido na CRFB/88, em seu artigo 196 (BRASIL, 1988), que dispõe:

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

Humenhuk (2004), estudando “O direito à saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais”, verificou que o não cumprimento pelo Estado, de seu dever constitucional, acarreta disparates na sociedade, concluindo:

O direito à saúde é dever do Estado, conforme versa o art. 196 da nossa Carta Magna, e diante disto, a saúde é elevada como um princípio constitucional de justiça social. Entretanto, **a sua não-efetivação acarreta enormes disparates na sociedade, pois o estado não vem cumprindo o seu papel de prestador de serviços básicos e fundamentais a população na área da saúde, fazendo com que a dignidade humana e a qualidade de vida tenha baixos índices** (HUMENHUK, 2004, p. 3, grifo nosso).

Já se passaram mais de dez anos da data de realização do estudo de Humenhuk, contudo, mesmo após tantos anos, ainda pode ser considerado atual, no Estado que permanece não cumprindo o dever constitucional de garantir à população serviços de qualidade e eficientes na área da saúde.

A falta de qualidade dos serviços de saúde e falta de acesso aos mesmos, coloca em risco a saúde da população, e, conseqüentemente, a vida, a partir do momento em que não existe igualdade de acesso aos serviços de saúde a toda a população, parte desta passa correr riscos em sua saúde e vida.

Pierdoná (2007, p. 13), quanto ao direito à saúde, esclarece que:

O direito à saúde rege-se pelos princípios da universalidade (direito de todos) e da igualdade de acesso às ações e serviços de saúde, tanto no que tange à sua promoção, quanto à sua proteção e recuperação. A Constituição brasileira parte do pressuposto – saúde – e não doença, uma vez que, tanto no artigo 196 (direito garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença...), quanto no 198, II (atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais) objetiva a manutenção da saúde da população brasileira. Quando se reduz o risco de doença tem-se a saúde, a qual também será uma realidade quando se prioriza a prevenção. No entanto, não é apenas a sua prevenção que a Constituição assegura, mas também busca a recuperação quando diante da doença, justamente para garantir a saúde.

O Estado tem a obrigação de garantir que a população esteja saudável e evitar que a mesma adoça, realizando ações e serviços em saúde, sendo um dever constitucional, conforme estabelecido no artigo 196, da CRFB/88, não pode ser tratado como uma norma programática, sem nenhum outro efeito a não ser o de vincular os Poderes da União a uma obrigação de fazer, devendo ser elevado à condição de direito fundamental, conforme entendimento do Supremo Tribunal

Federal (STF), emitido no Recurso Extraordinário 271.286- AgR/RS. A íntegra da decisão pode ser analisada no Anexo A.

As normas programáticas, no entendimento de Silva (2012, p. 102), são normas,

[...] através das quais o constituinte, em vez de regular, direta e imediatamente, determinados interesses, limitou-se a traçar-lhes os princípios para serem cumpridos pelos seus órgãos (legislativos, executivos, jurisdicionais e administrativos), como programas das respectivas atividades, visando à realização dos fins sociais do Estado [...].

Bonavides (2011) ao dispor sobre as normas programáticas apresenta a necessidade de verificar o fato da invocação da natureza destas normas não poder ser utilizada como pretexto para descumprimento da vontade do constituinte, conforme relata:

[...] As normas programáticas, às quais uns negam conteúdo normativo, enquanto outros preferem restringir-lhe a eficácia à legislação futura, constituem no Direito Constitucional contemporâneo o campo onde mais fluidas e incertas são as fronteiras do Direito com a Política. Vemos com freqüência os publicistas invocarem tais disposições para configurar a natureza política e ideológica do regime, o que aliás é correto, enquanto naturalmente tal invocação não abrigar uma segunda intenção, por vezes reiterada, de legitimar a inobservância de algumas determinações constitucionais. Tal acontece com enunciações diretivas formuladas em termos genéricos e abstratos, às quais comodamente se atribui a escusa evasiva da programaticidade como expediente fácil para justificar o descumprimento da vontade constitucional (BONAVIDES, 2011, p. 245).

O impasse existente quanto ao conteúdo normativo das normas programáticas, sendo, por vezes, negada a mesma existência de conteúdo normativo, e outras vezes lhes atribuído eficácia limitada, pode acarretar o descumprimento da vontade constitucional.

Destaca-se, nesse contexto, o entendimento apresentado no voto proferido pelo relator do Recurso Extraordinário n. 241630/RS, o Ministro do STF, Celso de Mello, de que, “A interpretação da norma programática não pode transformá-la em promessa constitucional inconsequente”.

A Corte Suprema, além de dar aos direitos sociais a qualidade de direito fundamental, entende que as normas programáticas não podem ser utilizadas como ferramenta para descumprimento dos direitos estabelecidos pela CRFB/88, sob o argumento de possuírem eficácia limitada.

Sobre a eficácia das normas programáticas, Bonavides (2011, p. 245), alerta:

Com efeito, de todas as normas constitucionais a programática é indubitavelmente aquela cuja fragilidade mais suscita dúvidas quanto à sua eficácia e juridicidade, servindo assim de pretexto cômodo à inobservância da Constituição.

A primeira análise a ser feita quanto à eficácia das normas constitucionais refere-se ao fato de que algumas normas constitucionais apresentam eficácia jurídica e social, enquanto outras apresentam apenas eficácia jurídica. Temer (1998) dispõe sobre a eficácia social e jurídica das normas constitucionais, ressaltando que, a

[...] eficácia social se verifica na hipótese de a norma vigente, isto é, com potencialidade para regular determinadas relações, ser efetivamente aplicada a casos concretos. Eficácia jurídica, por sua vez, significa que a norma está apta a produzir efeitos na ocorrência de relações concretas; mas já produz efeitos jurídicos na medida em que a sua simples edição resulta na revogação de todas as normas anteriores que com ela conflitam (TEMER, 1998, p. 23).

O limite entre a norma constitucional possuir apenas eficácia jurídica e também possuir eficácia social, está na sua aplicação a um caso concreto, ou seja, quando se diz que a norma deixou de estar apenas no papel e passou a ter utilidade para a sociedade. Silva (2013) apresentou uma clássica classificação para a eficácia das normas constitucionais, dividindo as normas constitucionais em eficácia plena, contida e limitada.

Lenza (2013) trata da eficácia plena, contida e limitada das normas constitucionais de maneira que possibilita a compreensão do tema, dispondo:

Normas constitucionais de eficácia plena e aplicabilidade direta, imediata e integral são aquelas normas da Constituição que, no momento em que esta entra em vigor, estão aptas a produzir todos os seus efeitos, independentemente de norma integrativa infraconstitucional [...] (LENZA, 2013, p. 233).

Nesse diapasão, a eficácia plena confere à norma constitucional imediata aplicação, ou seja, não se faz necessário a existência de qualquer outra norma infraconstitucional para regulamentá-la. Por si só a norma constitucional produz seus efeitos de forma plena. Como exemplo cita-se a proibição da tortura, estabelecida no art. 5º, inciso III, da CRFB/88 (BRASIL, 1988), o qual dispõe que “[...] ninguém será submetido a tortura e nem a tratamento desumano ou degradante”.

Ainda sobre a eficácia das normas constitucionais Lenza (2013, p. 234) apresenta seu entendimento sobre a eficácia contida das normas constitucionais, explicando:

As normas constitucionais de eficácia contida ou prospectiva têm aplicabilidade direta e imediata, mas possivelmente não integral. Embora tenham condições de, quando da promulgação da nova Constituição, ou da entrada em vigor (ou diante da introdução de novos preceitos por emendas à Constituição, ou na hipótese do art. 5º, § 3º), produzir todos os seus efeitos, poderá uma norma infraconstitucional reduzir a sua abrangência.

Os efeitos da eficácia contida são bem parecidos com os efeitos da eficácia plena, com a diferença que nesta, a aplicabilidade pode ser não integral. Tem-se, como exemplo, a norma constitucional constante do art. 5º, inciso XIII, da CRFB/88 (BRASIL, 1988), a qual estabelece ser “[...] livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”.

Para uma melhor compreensão, esclarece-se que a norma constitucional apresentada possuía, no momento em que a CRFB/88 passou a vigorar, plena condição de produzir seus efeitos, contudo, havia a possibilidade de uma lei infraconstitucional limitar sua abrangência. Como exemplo tem-se a clássica limitação imposta pelo Estatuto da OAB ao exercício da profissão de advogados, quando exige a aprovação no exame da ordem.

Sobre a eficácia limitada, Lenza (2013, p. 236) assim dispõe:

São aquelas normas que, de imediato, no momento em que a Constituição é promulgada, ou entra em vigor (ou diante da introdução de novos preceitos por emendas à Constituição, ou na hipótese do art. 5º, § 3º), não têm o condão de produzir todos os seus efeitos, precisando de uma lei integrativa infraconstitucional, ou até mesmo de integração por meio de emenda constitucional [...]. São, portanto, de aplicabilidade mediata e reduzida, ou, segundo alguns autores, aplicabilidade diferida.

No caso da eficácia limitada, cita-se o exemplo da norma estabelecida no art. 37, inciso VII, da CRFB/88 (BRASIL, 1988), que concede o direito de greve aos servidores públicos, dispondo que “[...] o direito de greve será exercido nos termos e limites definidos em lei específica”.

Paulo e Alexandrino (2009, p. 63), entendem que,

As normas programáticas não são normas voltadas para o indivíduo, e sim para os órgãos estatais, exigindo destes a consecução de determinados

programas nelas traçados. São as denominadas normas de eficácia limitada definidoras de princípios programáticos [...].

Diante dos fundamentos legais, doutrinários e jurisprudenciais apresentados, confirma-se ser o direito à saúde um direito social fundamental, constitucionalmente instituído, e que deve ser garantido pelo Estado a toda população.

Neste diapasão, volta-se à análise da norma constitucional estabelecida no art. 196, da CRFB/88, que, embora seja considerada uma norma programática por veicular programa a ser implementado pelo Estado, na busca da realização de seus fins sociais, não pode ter sua interpretação restrita a apenas criar uma obrigação para o Estado, que poderá ou não ser cumprida (LENZA, 2013).

Em verdade, o Estado encontra-se obrigado a garantir à população que o direito à saúde seja efetivado em quantidade e qualidade, cumprindo, assim, a determinação constitucional constante do artigo 196 da CRFB/88 (BRASIL, 1988), “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas [...]”.

O Estado é o responsável pela garantia e realização do direito constitucional à saúde conferido à população pela Carta Magna de 1988, devendo primar pelo seu cumprimento, através de políticas sociais e econômicas capazes de promover ações efetivas e eficientes.

Contudo, por vezes o Estado deixa de garantir, voluntariamente, referido direito, restando ao cidadão recorrer ao Poder Judiciário para obter a prestação do serviço de saúde necessário.

Para Taylor (2007, p. 252), o processo político sofre a influência do Poder Judiciário que:

[...] decide quais regras são legítimas e estão em concordância com as leis locais ou a Constituição, assim como quais ações (ou omissões) representam aberrações ou infrações. Como resultado, os tribunais influenciam o curso das políticas públicas: tribunais e juízes influenciam o tipo de políticas que são implementadas e julgam a legalidade dessas políticas dentro da sua visão das regras legais existentes e das normas e tradições vigentes.

O Poder Judiciário interfere inúmeras vezes na execução dos serviços públicos, em especial na área da saúde, determinando a prestação imediata de serviços ou fornecimento de medicamentos. O Supremo Tribunal Federal (STF) possui entendimento pacificado no sentido de ser obrigação do Estado garantir o direito à saúde, como pode ser observado das decisões proferidas no Agravo Regimental em Recurso Extraordinário nº 824.414, e no Recurso Extraordinário com Agravo nº 727.864. Nos dois julgamentos o STF apresenta o entendimento de que o Poder Judiciário pode determinar a implantação de políticas públicas na área da saúde, sem que ocorra a violação ao princípio da separação dos poderes. Detalhes das decisões podem ser verificados nos Anexos B e C, respectivamente.

O entendimento do Superior Tribunal de Justiça (STJ) também é no sentido de ser obrigação do Estado garantir à população o cumprimento do direito constitucional à saúde, emitindo entendimento pacificado no sentido de ser referida obrigação solidária a todos os entes federativos, como observação da decisão proferida no Agravo Regimental no Agravo em Recurso Especial nº 542.574. Os detalhes da decisão são encontrados no Anexo D.

O Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo (TJES) também entende ser o direito à saúde um direito fundamental constitucionalmente instituído, sendo a obrigação de garanti-lo solidária entre os entes federativos, conforme consta das decisões proferidas no Recurso de Apelação/Reexame Necessário nº 0011741-65.2011.8.08.0030. A íntegra da decisão encontra-se no Anexo E.

O fato dos entes federativos não serem capazes de suprir as necessidades da população no que se refere aos serviços de saúde, faz com que o Poder Judiciário seja acionado, a cada dia mais, para garantir o direito à saúde, gerando o fenômeno chamado judicialização da saúde.

Após analisar os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo, Wang et al. (2014, p. 1193), alertam:

O Judiciário brasileiro também tende a desconsiderar o impacto orçamentário de uma decisão judicial que obriga o sistema de saúde a fornecer um determinado tratamento. Para os juízes, em geral, questões relativas ao orçamento público, como a escassez de recursos e a não

previsão de gasto, bem como o não pertencimento do medicamento pedido às listas de medicamentos do SUS, não são razões suficientes para se denegar o pedido de um tratamento médico, dado que este encontra respaldo no direito à saúde assegurado pela Constituição Federal.

O fato do Poder Judiciário não levar em consideração o impacto orçamentário de uma decisão para os cofres públicos, deixa o Poder Executivo vulnerável, pois passa a não ter domínio e controle sobre as suas despesas, causando sérios problemas e riscos. Contudo, o Poder Judiciário, ao conceder as liminares, pauta-se no fato do direito à saúde ser constitucionalmente protegido, ser direito de todos e dever do Estado.

Nesse diapasão, Campos e Oliveira (2014, p. 238), ressaltam que:

[...] o direito à saúde pública deve ser interpretado da maneira mais ampla possível e jamais de maneira restrita, eis que a saúde pressupõe não só a existência física do homem, mas a sua existência digna. Nesse sentido, devemos entender que o direito à saúde deve ser compreendido como direito a uma vida adequada com a condição humana – o que subentende a garantia de uma gama de outros direitos, tais como: educação, moradia adequada, trabalho, alimentação de boa qualidade e balanceada, dentre outros. O Estado, dessa forma, deve continuar a desenvolver políticas públicas de saúde e mecanismos que assegurem e garantam a plenitude do direito à saúde e suas dimensões.

Para não correr riscos com decisões judiciais, o Estado precisa garantir a prestação dos serviços de saúde a todos os cidadãos, com serviços públicos de qualidade e em quantidade suficiente para atender a todos, garantindo não apenas o direito à saúde, mas também o direito à vida, e vida com dignidade.

### **2.1.1 As políticas públicas de saúde no Brasil**

O Estado é responsável pela execução de políticas públicas que possam assegurar à população o cumprimento do direito à saúde. Realizar ações e serviços na área da saúde é de responsabilidade do Estado, devendo atender as necessidades da população.

Inicia-se a análise das políticas públicas de saúde no Brasil com as palavras de Pierdoná (2007, p. 13):

Por ser um direito social, o direito à saúde é um direito prestacional, exigindo, portanto, a realização de tarefas pelo Poder Público. No caso da saúde brasileira, será de todas as esferas de governo: federal, estaduais,

distrital e municipais, de forma unificada, haja vista o preceito do art. 198 da Constituição Federal, o qual estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, com atendimento integral, no qual será priorizada a prevenção, sem prejuízo da recuperação e, finalmente, com a participação da comunidade.

As ações e serviços de saúde são de relevância pública, sendo de responsabilidade do poder público sua regulamentação, fiscalização e controle. A execução pode ser feita diretamente pelo poder público ou por terceiros, admitindo-se a iniciativa privada (art. 197 da CF), a qual poderá participar de forma complementar do sistema único, sendo que a Constituição veda a destinação de recursos públicos para as instituições privadas com fins lucrativos.

Os entes da Federação são responsáveis solidários pela prestação dos serviços públicos, inclusive os serviços da área da saúde, ou seja, União, Estados-membros, Distrito Federal e Municípios são responsáveis solidariamente na prestação dos serviços de saúde à população.

Quanto à responsabilidade solidária dos entes federativos na prestação dos vários serviços na área da saúde, o Supremo Tribunal Federal possui entendimento pacificado. A Suprema Corte entende ser de todos os entes da Federação a obrigação de garantir à população o cumprimento do direito à saúde, ou seja, a responsabilidade dos entes federativos na preservação do direito constitucional à saúde é solidária. Tal entendimento revela-se em diversos julgados do STF.

O artigo 197 da CRFB/88 (BRASIL 1988) estabelece que: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde [...]”. Referida determinação confere ao direito à saúde prioridade sobre outros, sendo estes de importância secundária. As ações e os serviços de saúde que buscam dar cumprimento ao direito à saúde devem ser sempre priorizados pelo Poder Público

As ações e serviços de saúde são ferramentas que o Estado possui para garantir à população o direito à saúde, e, conseqüentemente, cumprir o dever constitucional contido no artigo 196 da CRFB/88 (BRASIL, 1988), o qual dispõe que “A saúde é direito de todos e **dever do Estado** [...]” (grifo nosso).

O Estado cumpre o seu dever de efetivar o direito à saúde, através da execução de políticas públicas, as quais evoluíram demasiadamente com o passar dos anos,

contudo, ainda estão aquém do necessário para garantir à população uma saúde de qualidade e em quantidade bastante para suprir a demanda.

O não cumprimento do dever do Estado de efetivação do direito à saúde, constitucionalmente garantido, confirma-se pelo elevado número de ações judiciais movidas em face dos entes federativos, para que sejam prestados serviços de saúde, tais como internações em leitos de UTI, fornecimentos de exames e medicamentos, entrega de equipamentos.

Atualmente o Sistema Único de Saúde (SUS) é a principal política pública de atuação do Estado na área da saúde, constitucionalmente criado através do artigo 198 da CRFB/88 (BRASIL, 1988), o qual dispõe:

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

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

O constituinte descentralizou as ações e os serviços de saúde para dar a cada ente federativo poder e dever de atender à população, sendo instituída a obrigatoriedade do atendimento integral, priorizando as atividades preventivas, e estabelecendo a participação da comunidade.

O artigo 200 da CRFB/88 (BRASIL, 1988), apresenta um rol de atribuições do SUS, o qual não é taxativo, estando sua regulamentação a cargo da lei infraconstitucional:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

O SUS encontra-se regulamentado através da lei infraconstitucional, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Lei do SUS) (BRASIL, 1990).

A Lei do SUS reafirma os direitos estabelecidos no artigo 196 da CRFB/88, dispondo no § 1º, de seu artigo 2º:

§ 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 (BRASIL, 1990).

A CRFB/88 trata o direito à saúde como sendo direito de todos e dever do Estado, e a Lei do SUS, por sua vez, determinar ser dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, a todas as pessoas. Verifica-se, assim, que tanto a Carta Magna quanto a lei infraconstitucional, reconhecem o direito à saúde como sendo inerente a todos e de cumprimento obrigatório.

O artigo 4º da Lei do SUS (BRASIL, 1990), estabelece que “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”.

No artigo 5º da Lei do SUS (BRASIL, 1990), estão estabelecidos os objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

O rol de atribuições apresentado no artigo 200 da CRFB/88 é ampliado pelo artigo 6º da Lei do SUS (BRASIL, 1990), o qual dispõe sobre o campo de atuação do SUS:

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

O campo de atuação do SUS é extremamente vasto, tendo sido assim estabelecido com o objetivo de haver a redução do risco de doenças e ser eficaz a promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo-se à população o direito à saúde constitucionalmente protegido.

Considerando a necessidade de custeio das ações na área da saúde, o constituinte originário tratou do financiamento do SUS no texto constitucional, estabelecendo, desde logo, a responsabilidade solidária dos entes federativos no custeio do SUS. Após a promulgação da CRFB/88, o constituinte derivado promoveu alterações no texto constitucional, inclusive no que se refere ao financiamento do SUS.

O artigo 198 da CRFB/88, em seu § 1º (BRASIL, 1988), estabelece que “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

Com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 29, de 13 de setembro de 2000, que alterou o artigo 198 da CRFB/88, este teve acrescido ao seu texto, dois parágrafos. Através do § 2º (BRASIL, 1988), o constituinte determinou que a União,

os Estados, o Distrito Federal e os Municípios estão obrigados a aplicar percentuais mínimos de recursos públicos nas ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo, no § 3º, inciso II do mesmo artigo, que referido percentual será estabelecido por lei complementar.

Referida lei complementar foi aprovada e publicada no ano de 2012, após 12 anos da edição da EC nº 29/2000, materializando-se na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (LC nº 141/2012), que regulamentou o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, estabelecer os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas nas três esferas de governo.

Antes de apresentar as regras impostas pela LC nº 141/2012, faz-se necessário ressaltar que até a edição da mesma eram aplicadas as regras incluídas pela EC nº 29/2000 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), da CRFB/88 (BRASIL, 1988), no art. 77, a saber:

Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I - no caso da União:

a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

Prevendo a possibilidade da não edição da Lei Complementar, o constituinte acrescentou, ainda, o § 4º, ao art. 77 do ADCT, o qual previa que, **“Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo”** (grifo nosso). Sendo assim, em cumprimento à determinação

constante do § 4º, as regras estabelecidas nos incisos I a III do caput do art. 77 do ADCT, permaneceram sendo aplicadas até a edição da LC nº 141/2012.

Ainda sobre o art. 77 do ADCT (BRASIL, 1988), é possível verificar, da redação das alíneas “a” e “b” do inciso I, que o critério estabelecido para cálculo do valor dos recursos a serem aplicados pela União não era preciso, mas sim, totalmente subjetivo, visto não ter estabelecido o alcance da expressão “ações e serviços públicos de saúde” a serem tomados por base para apuração do valor gasto no “ano anterior”.

A LC nº 141/2012 (BRASIL, 2012), por sua vez, cuidou para não cair na subjetividade deixada pelo texto constitucional vigente, tratou de definir os limites mínimos de recursos a serem aplicados por cada ente federativo, União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e também estabelecer o que são considerados ações e serviços públicos de saúde, bem como o que não o são.

Quanto ao limite mínimo de recursos a serem aplicados da União, a LC nº 141/2012 (BRASIL, 2012) estabeleceu-o em seu art. 5º:

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Atento à subjetividade da expressão “ações e serviços públicos de saúde”, o legislador infraconstitucional definiu, no art. 2º da LC nº 141/2012 (BRASIL, 2012), limitou quais despesas podem ser consideradas como ações e serviços públicos de saúde, e determinou diretrizes que devem ser atendidas para que as despesas com tais ações e serviços realmente sejam consideradas para apuração dos recursos mínimos a serem aplicados, a saber:

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;

II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Buscando dar maior segurança à definição das despesas com ações e serviços considerados para apuração dos recursos mínimos a serem aplicados na área da saúde, o legislador acrescentou o art. 3º ao texto da LC nº 141/2012 (BRASIL, 2012), que estabelece:

Art. 3º Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde;

XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Segundo Costa et al. (2013, p. 32-33), a definição legal dos gastos a serem considerados como ações e serviços públicos de saúde,

[...] foi fundamental para a aplicação do piso constitucional, pois somente a partir dela foi possível conferir eficácia plena à EC nº 29, de 2000, e garantir um mínimo de financiamento permanente para o setor. O mero

estabelecimento de percentuais de aplicação mínima - sem a delimitação do núcleo básico do sistema (o conjunto de ações e serviços públicos de responsabilidade exclusiva do setor saúde) -, não garantia a aplicação da EC nº 29, de 2000, uma vez que cada ente federado continuaria podendo realizar despesas naquilo que considerasse saúde.

[...]

Na prática, a Lei Complementar reduziu a subjetividade que durante anos permeou a definição e, com isso, contribuiu para aproximar as despesas do setor à intenção original do constituinte da EC nº 29, de 2000.

A LC nº 141/2012 (BRASIL, 2012) manteve o mesmo limite mínimo de gastos com ações e serviços públicos de saúde, para os Estados e o Distrito Federal, estabelecido pelo art. 77 do ADCT, dispondo sobre o assunto em seu art. 6º, conforme segue:

**Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12%** (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios (grifo nosso).

Também foi mantido o limite imposto pelo art. 77 do ADCT, aos Municípios, dispondo a LC nº 141/2012 (BRASIL, 2012), em seu art. 7º:

**Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15%** (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal (grifo nosso).

Observa-se dos textos legais apresentados que existem limites mínimos de recursos públicos a serem aplicados nas ações e serviços públicos de saúde, os quais obrigatoriamente precisam ser cumpridos pelos entes federativos, realizando as ações e executando os serviços públicos de saúde, buscando garantir à população o cumprimento do direito constitucional à saúde, com qualidade e em quantidade suficiente.

## 2.2 CONSÓRCIO PÚBLICO

### 2.2.1 Gestão associada entre municípios

Os constitucionalistas, tradicionalmente, dividem os Estados em três categorias, conforme apresenta Carvalho Filho (2009, p. 1):

Na classificação tradicional adotada pelos constitucionalistas, os Estados dividem-se em três grandes categorias: 1ª) os **unitários**, quando é centralizado o poder político; 2ª) os **federais**, quando, embora unidos, comportam a descentralização do poder; 3ª) os **confederados**, que representam mera associação de Estados soberanos (grifo do autor).

Em breve relato histórico, tem-se que o Brasil esteve, no período do Império, como Estado unitário. Durão (2012, p. 59), relata que “Na fase imperial, situada entre os períodos 1822 e 1889, era um Estado juridicamente unitário, e as suas antigas regiões autônomas foram transformadas em províncias”.

Em 1889, quando da Proclamação da República, foi abolida a monarquia e instituído o Estado Federal, o qual permaneceu vigente nas Constituições posteriormente editadas, conforme destaca Durão (2012, p. 59):

[...] a forma de Estado unitário foi convertida em federal. Em seguida, nas Cartas Políticas de 1934, manteve a divisão dos poderes do federalismo, havendo centralização legislativa em favor da União. A Constituição de 1937, fruto de golpe de Estado, limitou a autonomia dos Estados-membros, mas permanecia a forma federativa. A Constituição de 1946 não lhe determinou nenhuma alteração relativa ao federalismo vigente. A Constituição de 1967/69 estabeleceu um federalismo mais nominal do que real, pois houve esmagamento das autonomias locais e exacerbação do presidencialismo.

Quando da promulgação da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), o regime federativo foi estabelecido em dois dispositivos constitucionais:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:  
[...]  
Art. 18 A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição.

Verifica-se do texto constitucional constante do artigo 18, que a Constituição, além de estabelecer a forma federativa de Estado, concede autonomia aos entes federativos que compõem a organização político-administrativa da República Federativa do Brasil.

Durão (2012, p. 61), entende que a autonomia dos entes federativos “[...] expressa-se pelo poder de autodeterminação dos Estados-membros, não se estabelecendo a soberania onde estes entes componentes não possuem representações diplomáticas e não perfazem tratados internacionais [...]”.

Sobre a autonomia dos entes federativos, Maluf (2013, p.198) afirma que “A forma federativa consiste essencialmente na descentralização política: as unidades federadas elegem os seus próprios governantes e elaboram as leis relativas ao seu peculiar interesse, agindo com autonomia predefinida [...]”.

Nesse diapasão, a soberania é atribuída exclusivamente ao Estado federal, enquanto a autonomia é conferida a todos os entes federativos, quais sejam, a União, os Estados-membros, o Distrito Federal e os Municípios. Contudo, embora os entes federativos detenham a autonomia conferida pela CRFB/88, esta impõe limites ao seu exercício, através da fixação de competências.

No entendimento de Durão (2012, p. 61),

Os Estados federados possuem mera autonomia; esta compreendida como sendo aquela de governo próprio, dentro da esfera de competência traçada pela vigente Constituição. Essa limitação imposta pela supremacia constitucional é o marco da distinção entre autonomia e soberania. Esta é uma e indivisível, e só o Estado como um todo possui. As unidades da federação (Estados-membros) possuem mera autonomia, assentando-se em dois elementos básicos: a) a existência de órgãos próprios; b) na posse de competências exclusivas.

Silva (2013, p. 481), define competência como sendo a “[...] faculdade juridicamente atribuída a uma entidade, órgão ou agente do Poder Público para emitir decisões. *Competências* são as diversas modalidades de poder de que se servem os órgãos ou entidades estatais para realizar suas funções” (grifo do autor).

Com a repartição das competências a Constituição Federal estabelece as matérias que poderão ser objeto de decisão por cada ente federativo, ampliando ou restringindo o alcance de seu poder. Os municípios, enquanto entes federativos, são dotados de competências e possuem autonomia político-administrativa, e, assim como os estados e a União, são responsáveis pelo provimento e execução das políticas públicas.

Para Batista et al. (2011a, p. 26),

A distribuição de competências e de recursos entre os entes federados, somada aos mecanismos de transferências, determinam a dinâmica da Federação e podem ampliar ou diminuir a capacidade dos entes em responder às demandas sociais que são dirigidas a eles.

Cada esfera de governo tem algumas atividades sobre as quais toma as decisões finais, mesmo os municípios com pequeno espaço territorial e poder no desenho federativo brasileiro. Todos têm competências exclusivas, comuns e concorrentes e capacidade de legislar.

Contudo, a atribuição de competências aos municípios trouxe consequências, como, por exemplo, a competição por recursos financeiros entre os municípios brasileiros, tendo em vista o pequeno porte da grande maioria deles, o que limita sua capacidade de planejamento e gestão do sistema.

O Brasil possui 5565 municípios, dos quais 45% com população de até 10.000 habitantes e 70% não atingindo 20.000 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), o que torna difícil a concretização do desenvolvimento em todos os municípios. Além disso, as profundas desigualdades entre as diversas regiões e a extensão continental do Brasil, criam quadro de baixa capacidade administrativa e de gestão para grande parte dos municípios de pequeno porte, fato que requer a adoção de estratégias de compartilhamento de responsabilidades e gestão.

Surge, assim, a necessidade de cooperação entre os entes federativos, ou seja, a gestão associada, que, nas palavras de Carvalho Filho (2009, p. 6), trata-se do “[...] conjunto de ações e estratégias que envolvem todos os entes interessados na execução de alguns serviços públicos comuns”.

A cooperação administrativa é a forma através da qual os entes federativos podem realizar a gestão associada de serviços públicos de interesse de todos, podendo executar ações para a consecução de serviços públicos importantes, atendendo as demandas da população.

### **2.2.2 Consórcio público: aspectos legais**

O termo consórcio possui vários significados. Segundo Carvalhosa (2003, p. 386), consórcio é “[...] uma comunhão de interesses e de atividades que atende a específicos objetivos empresariais, que se originam nas sociedades consorciadas e delas se destacam”.

Para Bulgarelli (1984, p. 266), o consórcio é a “[...] união de empresas para determinados fins, conservando cada uma a sua personalidade jurídica e autonomia patrimonial”.

O consórcio público também assume a forma de gestão associada, surgindo com a Emenda Constitucional nº 19, de 4 de julho de 1998, a qual alterou totalmente a redação do art. 241 da CRFB/88 (BRASIL, 1988), passando a ter a seguinte redação:

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

O art. 241 da CRFB/88, em sua redação original, versava sobre a aplicação de regras constitucionais aos Delegados de Polícia, o qual, por não ter uma boa redação e nenhuma aplicabilidade, foi totalmente substituído pela nova redação dada pela EC nº 19/1998 (RIGOLIN, 2008).

Com a nova redação dada ao art. 241 da CRFB/88, o poder constituinte reformador conferiu aos entes federativos a competência para criarem consórcios públicos, buscando possibilitar e facilitar a gestão associada entre os entes federativos, de todas as esferas.

Diversos juristas dedicaram seus estudos aos consórcios públicos, dando atenção ao art. 241, da CRFB/88. Carvalho Filho, ao manifestar-se sobre o artigo 241 da Carta Magna, diz:

A análise do dispositivo não deixa margem a qualquer dúvida: pretendeu o Constituinte fomentar o regime cooperativo para que os serviços públicos sejam alvo de gestão associada, esta significando o conjunto de ações e estratégias que envolvem todos os entes interessados na execução de alguns serviços públicos comuns. Não são todos os serviços públicos que comportam administração conjunta. Muitos deles, no entanto, não somente aconselham como, na verdade, reclamam, exigem o auxílio mútuo entre seus titulares, para que, em última instância, beneficiem realmente seus destinatários últimos – os indivíduos da coletividade (CARVALHO FILHO, 2009, p. 6).

A alteração ocorrida no texto constitucional fortaleceu a cooperação administrativa entre os entes federativos, os quais passaram a contar com uma ferramenta para

execução da gestão associada, o consórcio público. Para Rigolin (2008, p. 52), com a nova redação do art. 241 da CRFB/88,

[...] o governo federal, autor do PEC de que resultou a EC19/98, de um só golpe autorizou a lei a disciplinar os consórcios públicos que permitissem a) gestão conjunta de serviços por mais de um ente federado; b) transferência de encargos, relativos àqueles serviços, de um para outro ente; c) transferência de serviços de um para outro – e não apenas gestão associada; d) transferência de bens de um para outro ente.

Essa foi a grandiosa idéia que se dessumia da só leitura do texto constitucional. A lei de consórcios públicos, entretanto, que apenas foi editada sete anos após a EC 19, não implementou exatamente aquela idéia [...], porém disciplinou tão-só a formação de entidades novas pelos entes públicos que se consorciassem, diferentemente daqueles entes federados consorciados; [...].

Segundo Durão (2012, p. 74), do art. 241 da CRFB/88, “[...] depreende-se explicitamente o federalismo cooperativo, dispondo uma verdadeira cooperação entre os entes federativos, na gerência dos serviços públicos como espécie de colaboração para um objetivo comum”.

Di Pietro (2011, p. 486) também apresenta o consórcio público como forma de gestão associada:

O objetivo da norma constitucional é o de consolidar a **gestão associada** entre os entes federados para consecução de fins de interesse comum. Normalmente, essas matérias são as que se inserem na competência comum prevista no artigo 23 da Constituição. Muitas vezes, o serviço que uma pessoa jurídica pública não pode ou tem dificuldades para executar sozinha torna-se possível ou mais eficiente mediante a conjugação de esforços (grifo do autor).

A gestão associada começou a ser vista como uma solução para os problemas enfrentados pelos entes da Federação, na consecução de suas obrigações constitucionais, quais sejam, a execução de políticas públicas capazes de satisfazer as necessidades da população, nas diversas áreas.

Frente à possibilidade de auxiliar na solução dos problemas enfrentados pelos administradores públicos, a gestão associada entre os entes federativos passou a ser estudada. Para Durão (2012, p. 170),

Não se pode olvidar que a norma apresentada [art. 241 da CRFB/88] tem o condão de minimizar os parâmetros arcaicos da administração pública do Estado fechado, permitir a integração, enfim disciplinar, por meio de lei, os consórcios públicos entre entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos.

O consórcio público passou a ser uma forma de cooperação e colaboração entre os entes federativos, proporcionando uma maior integração entre os mesmos. Segundo Marinela (2012, p. 489):

O consórcio público, definido pela Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005, **consiste em uma forma de colaboração entre os diversos entes políticos**, a fim de disciplinar a celebração de consórcios entre entes públicos, União, Estados, Distrito Federal e Municípios **para a gestão associada de serviços públicos de interesse comum** (grifo do autor).

Durão (2012, p. 176) conceitua consórcio público como sendo, “[...] um meio para a consecução da finalidade pública e instrumento de integração de forças com a união de entes públicos de espécies diversas e pessoas de direito privado com formação de novo ente dotado de personalidade jurídica [...]”.

Segundo Di Pietro (2014, p. 551),

[...] podem-se conceituar consórcios públicos, perante a Lei nº 11.107/05, como **associações formadas por pessoas jurídicas políticas (União, Estados, Distrito Federal ou Municípios), com personalidade de direito público ou de direito privado, criadas mediante autorização legislativa, para gestão de serviços públicos** (grifo do autor).

O conceito de consórcio público foi apresentado como texto legal, pelo Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007, que regulamenta a Lei nº 11.107/2005, ao dispor no inciso I, do art. 2º (BRASIL, 2007):

Art. 2º Para os fins deste Decreto, consideram-se:  
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;  
[...]

Para Carvalho Filho (2009, p. 26), “A conceituação da lei exhibe os elementos básicos do consórcio público, no sentido de pessoa jurídica administrativa. Nela, o ato regulamentador indicou os componentes, as formas jurídicas e os objetivos do consórcio [...]”.

Quanto à natureza jurídica dos consórcios públicos, Carvalho Filho (2009, p. 26, grifo do autor), afirma ser “[...] a de **acordo plurilateral de cooperação recíproca** [...]”, e complementa:

Constitui negócio jurídico, porque as partes manifestam suas vontades com vistas a objetivos de natureza comum que pretendem alcançar. É plurilateral, porque semelhante instrumento admite a presença de vários pactuantes na relação jurídica, sem o regime de contraposição existente nos contratos; por isso, alguns o denominam de ato complexo. É de direito público, tendo em vista que as normas regentes se dirigem especificamente para os entes públicos que integram esse tipo de ajuste. Retratam cooperação mútua, numa demonstração de que os interesses não são antagônicos, como nos contratos, e sim paralelos, refletindo interesses comuns (CARVALHO FILHO, 2014, p. 229).

Sendo plurilateral, o consócio permite que vários entes federativos trabalhem, de maneira cooperada, para a solução de problemas comuns, para a prestação de serviços públicos inerentes a todos, ou seja, possibilita o trabalho em prol de interesses comuns, de maneira conjunta.

Observa-se, dos conceitos de consócio público, seu objeto, qual seja, a realização de interesses comuns entre os entes federativos. Corroborando com este entendimento, Rigolin (2008, p. 54), diz que,

[...] observa-se que o objeto do consócio público é a “realização de objetivos de interesse comum”, na tese de que a união fez a força. Quanto aos interesses comuns, não poderiam ser mais numerosos os interesses compartilhados entre todos os entes públicos, cujo fim primeiro e último é prover o bem-estar das populações que congregam, através das múltiplas instituições jurídicas e operacionais que a cada dia se multiplicam e de que os consórcios públicos constituem só um exemplo.

Confirmando e consolidando o entendimento acerca do objeto do consócio público, Carvalho Filho (2014, p. 230, grifo do autor) ressalta que “O *objeto* dos consórcios públicos, como já assinalado, se concentra na realização de atividades e metas de interesse comum das pessoas federativas consorciadas [...]”.

Marinela (2012, p. 491), estabelece que “Os objetivos dos consórcios públicos serão determinados pelos entes da Federação que se consorciarem, buscando sempre a prestação de serviços públicos de interesse comum [...]”. E acrescenta:

Para cumprimento de seus objetivos, o consócio público poderá:

- a) firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções sociais ou econômicas de outras entidades e órgãos do governo;
- b) nos termos do contrato de consócio de direito público, promover desapropriações e instituir servidões, com base na declaração de utilidade ou necessidade pública ou interesse social, realizada pelo Poder Público;
- c) ser contratado pela Administração Direta ou Indireta dos entes da Federação consorciados, sendo, nesse caso, dispensada a licitação;
- d) emitir documentos de cobrança e exercer atividades de arrecadação de tarifas e outros preços públicos pela prestação de serviços ou pelo uso de

bens públicos por eles administrados ou, mediante autorização específica, pelo ente da Federação consorciado;  
 e) outorgar concessão, permissão ou autorização de obras ou serviços públicos, mediante autorização prevista no contrato de consórcio público [...] (MARINELA, 2012, p. 491).

Para que seja criado um consórcio público faz-se necessário o cumprimento de requisitos impostos pela Lei nº 11.107/2005, de forma esparsa, ao longo de seus 21 artigos. Acerca do assunto, Carvalho Filho (2009, p. 26), dispõe:

Impõe-se, portanto, observar que a constituição dos consórcios pressupõe três aspectos fundamentais. Em primeiro lugar, os interessados em participar devem firmar negócio jurídico preliminar, denominado **protocolo de intenções**; firmado tal ajuste, celebram os interessados o **contrato de consórcio público**; em consequência deste, diligenciam no sentido da constituição de **pessoa jurídica** [...] (grifo do autor).

Logo em seu artigo 1º, a Lei nº 11.107/2005 (BRASIL, 2005), já faz referência à pessoa jurídica do consórcio público, ao dispor que “§ 1º O consórcio público constituirá associação pública ou pessoa jurídica de direito público”.

No art. 6º, a Lei nº 11.107/2005 (BRASIL, 2005) estabelece quando o consórcio público adquirirá personalidade jurídica de direito público ou privado, dispondo:

Art. 6º O consórcio público adquirirá personalidade jurídica:  
 I – de direito público, no caso de constituir associação pública, mediante a vigência das leis de ratificação do protocolo de intenções;  
 II – de direito privado, mediante o atendimento dos requisitos da legislação civil.

O uso dos termos “associação pública” e “pessoa jurídica de direito público” pela Lei nº 11.107/2005 foi criticado pela doutrina. Embora referida discussão não seja aprofundada, visto não ser o objetivo da presente pesquisa, apresenta-se o entendimento de Carvalho Filho (2009, p. 28), ao interpretar o § 1º, do art. 1º, da Lei nº 11.107/2005:

Tal dispositivo, interpretado isoladamente denuncia uma alternativa incongruente. Deveria dizer que o consórcio constituirá pessoa jurídica de direito público **ou** privado, já que esta é a clássica dicotomia relativa às pessoas jurídicas [art. 40, CC/2002].  
 A única interpretação cabível diante do texto legal consiste em entender-se que a associação pública se enquadra como pessoa jurídica de direito público. Trata-se, no entanto, de espécie do gênero pessoa jurídica de direito público e, desse modo, não foi de boa técnica empregar-se a disjunção gramatical formada pela *espécie* da categoria, de um lado (associação pública), e pela *categoria* em si, de outro (pessoa jurídica de direito privado) (grifo do autor).

Carvalho Filho (2009, p. 28) complementa sua análise, dispondo sobre o Decreto nº 6.017/2007, que regulamenta a Lei nº 11.107/2005, ressaltando que aquele

[...] ofereceu enunciado um pouco melhor e mais compreensível do que o da lei. Nele se diz que o consócio será constituído “*como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos*” (art. 2º, I). Em que pese sua maior clareza, o dispositivo não indica qual a categoria de pessoa de direito privado em que se enquadraria o consócio público, como seria apropriado em face do art. 44 do Código Civil [...] (grifo do autor).

E finaliza, concluindo que, “A despeito da impropriedade da lei, o que se deve extrair do texto legal é a exigência de que o ajuste consorcial entre os entes públicos deve redundar na criação de pessoa jurídica [...]” (CARVALHO FILHO, 2009, p. 28).

O fato do consócio público, obrigatoriamente, ter que constituir-se em pessoa jurídica, e, conseqüentemente adquirir personalidade jurídica, fortalece a diferença existente entre ele e o convênio, conforme ressalta Carvalho Filho (2014, p. 230): “Semelhante *personalização* do negócio jurídico não é exigida nos convênios *stricto sensu*: nestes, os pactuantes se associam, mas não se institui pessoa jurídica [...]” (grifo do autor).

Observa-se da redação do art. 6º da Lei nº 11.107/2005, que a personalidade jurídica do consócio público pode ser de direito público ou privado, fato que acarreta grandes diferenças legais e práticas. Di Pietro (2014, p. 549) dispõe:

Se tiver personalidade de direito público, constitui-se como **associação pública** (art. 6º, *caput*, inciso I) e “*integra a Administração Indireta de todos os entes da Federação consorciados*” (conforme § 1º do art. 6º). Nesse caso, terá todas as prerrogativas e privilégios próprios das pessoas jurídicas de direito público [...] (grifo do autor).

Ao assumir a personalidade de direito público, os consórcios públicos passam a ter “[...] natureza jurídica de **autarquias associativas**, criadas sob a forma de **associações públicas**” (CARVALHO FILHO, 2009, p. 29, grifo do autor).

Di Pietro (2014, p. 549) também dispõe acerca da personalidade de direito privado, ressaltando que:

Se tiver personalidade de direito privado, o consócio, que se constituirá mediante o atendimento dos requisitos da legislação civil (art. 6º, inciso II), observará as normas de direito público no que concerne à realização de licitação, celebração de contratos, prestação de contas e admissão de

peçoal, que será regido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT (art. 6º, § 2º).

A forma de constituição do consórcio público dependerá da personalidade jurídica assumida pelo mesmo. Di Pietro (2014, p. 553) alerta para o fato de que:

Embora o artigo 3º da Lei nº 11.107/05 estabeleça que o consórcio será constituído por contrato, na realidade, outras normas contidas na lei permitem a conclusão de que a constituição do consórcio público se fará com observância de todo um procedimento, que envolve as seguintes fases:

- a) subscrição de protocolo de intenções (art. 3º);
- b) publicação do protocolo de intenções na imprensa oficial (art. 4º, § 5º);
- c) lei promulgada por cada um dos partícipes, ratificando, total ou parcialmente, o protocolo de intenções (art. 5º) ou disciplinando a matéria (art. 5º, § 4º);
- d) celebração de contrato (art. 3º);
- e) atendimento das disposições da legislação civil, quando se tratar de consórcio com personalidade de direito privado (art. 6º, II).

Sobre o protocolo de intenções, Carvalho Filho (2009, p. 68), alerta para o fato de que “No caso do protocolo de intenções para a constituição do consórcio, os pactuantes já fazem o acertamento prévio de várias cláusulas que constarão do contrato”.

Através do protocolo de intenções os entes federativos apresentam o interesse em participarem do consórcio, definem as condições em que o mesmo será criado, sendo submetido à aprovação legislativa. Por meio do protocolo de intenções passa-se a saber quais entes federativos pretendem fazer parte do consórcio público.

O protocolo de intenções deverá, obrigatoriamente, ser ratificado através de lei, no âmbito de cada um dos entes federativos pactuantes, sendo considerado, pela Lei nº 11.107/2005, indispensável a anuência do Poder Legislativo (CARVALHO FILHO, 2009). Diante da obrigatoriedade do protocolo de intenções ser ratificado (aprovado) pelo Poder Legislativo de todos os entes federativos que o assinaram, pode acontecer da ratificação não ser efetivada por todos os Poderes Legislativos, fato que impedirá o respectivo ente federativo de participar do consórcio público.

Carvalho Filho (2009, p. 88-89), entende ser “[...] importante que, antes mesmo de firmar o protocolo de intenções, o Executivo avalie as condições políticas das quais se possa inferir pelo menos a **presunção** de que a lei de ratificação venha a ser promulgada depois de assinado o protocolo” (grifo do autor). Embora não esteja o

ente federativo obrigado a retificar o protocolo de intenções, por não estar ele obrigado a participar do consórcio público (DI PIETRO, 2014).

Por fim, para a efetivação do consórcio público, os entes que assinaram o protocolo de intenções e tiveram o mesmo ratificado pelo Poder Legislativo, firmarão o contrato de programa, seguindo as regras estabelecidas no artigo 13, da Lei nº 11.107/2005, podendo ser celebrado por apenas alguns dos entes que pactuaram o protocolo de intenções, desde que tal possibilidade encontre-se disposta no próprio protocolo de intenções (CARVALHO FILHO, 2009).

Outra peça fundamental do consórcio público é o contrato de rateio, o qual não se confunde com o protocolo de intenções, que é um ajuste preliminar, e nem com o contrato de consórcio público (contrato de programa), que trata da criação do consórcio. O contrato de rateio tem natureza financeira, visto que é através dele que os entes consorciados farão o aporte e a distribuição dos recursos financeiros ao consórcio, devendo ser renovado a cada exercício financeiro, salvo nos casos em que as verbas são destinadas ao consórcio para executar objetos previstos no Plano Plurianual (PPA), sendo que, neste caso, o contrato de rateio poderá estender-se até à data de encerramento da vigência do PPA, devendo ser inserida, contudo, a dotação orçamentária respectiva na Lei Orçamentária Anual (LOA) (RIGOLIN, 2008).

### **2.2.3 Contratações pela administração pública**

Na execução dos atos necessários à efetivação das ações e serviços dos serviços de saúde, como para a consecução das demais políticas públicas, os administradores públicos estão obrigados ao cumprimento de inúmeras leis e regulamentos, além de princípios norteadores dos atos públicos. Os principais princípios impostos ao administrador público são os princípios constitucionais estabelecidos no artigo 37, da CRFB/88 (BRASIL, 1988):

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:  
[...]

Muitas vezes, mesmo que o administrador tenha o desejo de dar respostas rápidas aos anseios e às necessidades da população, isto não é possível, devido às exigências constitucionais e legais, como a exigência de realização de processo licitatório para a contratação de obras, serviços, compras e alienações, constante do artigo 37, inciso XXI, da Carta Magna (BRASIL, 1988):

Art. 37. [...]

[...]

XXI – ressalvados os casos especificados na legislação, **as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública** que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações;

[...] (grifo nosso).

Conforme determinação constante do texto constitucional, salvo em casos específicos determinados em lei, é obrigatória a realização de processo de licitação pública para a contratação e realização de obras, serviços e compras, pela administração pública, ou seja, para que os entes federativos possam realizar as ações e serviços de saúde, precisam realizar processos licitatórios, que, em sua maioria, são extremamente burocráticos e demorados.

O inciso XXI, do artigo 37, da CRFB/88 é regulamentado pela Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, chamada de Lei das Licitações, a qual define a modalidade de procedimento licitatório a ser adotada, de acordo com o objeto ou o valor do objeto a ser contratado, sendo estes valores estabelecidos em seu artigo 23 (BRASIL, 1993):

Art. 23. As modalidades de licitação a que se referem os incisos I a III do artigo anterior serão determinadas em função dos seguintes limites, tendo em vista o valor estimado da contratação:

I - para obras e serviços de engenharia:

a) convite - até R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais);

b) tomada de preços - até R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais);

c) concorrência: acima de R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais);

II - para compras e serviços não referidos no inciso anterior:

a) convite - até R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais);

b) tomada de preços - até R\$ 650.000,00 (seiscentos e cinquenta mil reais);

c) concorrência - acima de R\$ 650.000,00 (seiscentos e cinquenta mil reais).

Cada uma das modalidades apresentadas no artigo 23 possui exigências próprias quanto a prazos de publicação de edital e qualificação dos licitantes, e, quanto maior

o valor do objeto a ser contratado, mais rigorosa é a modalidade licitatória exigida e maiores são os prazos de publicação e as exigências gerais.

A Lei nº 11.107/2005 acrescentou o § 8º, ao artigo 23, da Lei de Licitações, tratando, especificamente, das contratações realizadas pelos consórcios públicos, ampliando os valores estabelecidos no artigo 23 quando a contratação é realizada por consórcio público: “**No caso de consórcios públicos, aplicar-se-á o dobro dos valores** mencionados no caput deste artigo quando formado por até 3 (três) entes da Federação, e o triplo, quando formado por maior número” (BRASIL, 1993, grifo nosso). A aplicação desta regra possibilita ao consórcio público a aquisição de mais produtos ou a contratação serviços mais volumosos, utilizando uma modalidade licitatória menos rigorosa.

A aplicação de uma modalidade licitatória menos rigorosa confere maior agilidade à contratação, contribuindo para a prestação do serviço público com maior rapidez e efetividade, contudo, esta agilidade somente é possível quando a licitação é realizada por um consórcio público formado por, no mínimo, 03 (três) entes federativos, e, se o número de entes federativos consorciados for maior que três, os valores estabelecidos para definição da modalidade licitatória a ser aplicada serão triplicados, o que possibilitará uma maior agilidade no processo, beneficiando os entes federativos e a população.

Considerando que quatro municípios, em situação normal, precisem adquirir equipamentos para a área da saúde, a realização do processo licitatório é obrigatória, o que poderá mudar é a modalidade licitatória a ser aplicada. Na Tabela 1 são apresentados os limites de valor para utilização de cada modalidade licitatória, considerando como contratante um município independente, um consórcio público formado por até 03 entes federativos e um consórcio público formado por mais de 03 entes federativos.

Tabela 1 – Limites de valor para cada modalidade licitatória, para aquisição de equipamentos, considerando diferentes contratantes

<b>Modalidade Licitatória</b>	<b>Município</b>	<b>Consórcio Público (até 03 entes federativos)</b>	<b>Consórcio Público (mais de 03 entes federativos)</b>
Convite	R\$ 80.000,00	R\$ 160.000,00	R\$ 240.000,00
Tomada de Preço	R\$ 650.000,00	R\$ 1.300.000,00	R\$ 1.950.000,00
Concorrência	Acima de R\$ 650.000,00	Acima de R\$ 1.300.000,00	Acima de R\$ 1.950.000,00

Fonte: Tabela criada pela pesquisadora com base no art. 23, da Lei nº 8.666/1993 (BRASIL, 1993).

Os dados apresentados na Tabela 1 demonstram que se o processo licitatório for realizado por um consórcio público formado por mais de 03 municípios, os equipamentos, até o limite de valor de R\$ 240.000,00, poderão ser adquiridos através da modalidade convite. Esta é modalidade que demanda menor tempo para a concretização da compra. Por outro lado, se um município, atuando de maneira isolada, somente poderá adquirir, através da modalidade convite, equipamentos até o valor de R\$ 80.000,00. Fica assim, clara e evidente a vantagem da compra realizada por um consórcio público – maior quantidade de equipamento em um menor tempo.

Outra determinação legal acerca dos processos licitatórios realizados pelos consórcios públicos consta do § 1º, do artigo 112, da Lei das Licitações (BRASIL, 1993), o qual estabelece que “Os consórcios públicos poderão realizar licitação da qual, nos termos do edital, decorram contratos administrativos celebrados por órgãos ou entidades dos entes da Federação consorciados”. Com fundamento nesta autorização, é possível que o consórcio público realize um único processo licitatório para contratação de serviços ou aquisição de materiais, e cada ente federativo consorciado firme contrato independente e próprio com a empresa vencedora da licitação.

Fica evidente que as contratações realizadas através de consórcios públicos são favoráveis aos municípios, pois, no caso de um consórcio formado por dez municípios, ao invés de serem realizados dez processos licitatórios, com a

publicação de dez editais, realiza-se apenas uma licitação para beneficiar todos os dez municípios consorciados.

A compra compartilhada realizada pelo consórcio público possibilita a realização de um único processo licitatório e a elaboração de um contrato para cada ente federativo, como dispõe Carvalho Filho (2009, p. 168):

A idéia da licitação compartilhada é de fácil percepção. Partindo-se da premissa de que o consórcio é constituído por entes federativos, e, ainda, do fato de que o ente consorcial pode prestar serviços para seus próprios componentes, torna-se realmente mais célere e eficaz que, em determinadas hipóteses, uma só licitação seja realizada dando ensejo a várias contratações. Não faria sentido abrir várias licitações, com perda de tempo e dinheiro, para que os integrantes consorciados, ou entidades a eles vinculados, viessem a firmar o mesmo tipo de contrato.

[...]

Suponha-se que certo produto seja necessário para o serviço prestado por vários entes consorciados. Caso o consórcio providencie a licitação para a compra desse produto, cada um desses interessados poderá firmar o respectivo contrato de fornecimento com o mesmo fornecedor, no caso o vencedor da licitação única. Essa possibilidade se estende às demais contratações, como as de obra e de prestação de serviços.

Carvalho Filho (2009, p. 168), alerta para o propósito da lei: “Tenha-se em mente, entretanto, o propósito da lei: desburocratizar o processo de contratação quando os interessados são os mesmos, evitando-se a desnecessária realização de licitações plúrimas”.

A compra compartilhada é uma grande vantagem para os municípios consorciados, pois a aquisição dos equipamentos sendo realizada pelo consórcio público possibilita a aquisição de mais produtos, através de um único processo licitatório e utilizando uma modalidade menos rigorosa, fato que confere maior agilidade na aquisição e maior efetividade na prestação dos serviços públicos de saúde que serão oferecidos através dos equipamentos adquiridos.

Além do cumprimento das exigências legais para a realização das contratações para prestação dos serviços e ações de saúde, os entes federativos também precisam dispor de recursos financeiros suficientes para custear as despesas. A União disponibiliza tais recursos, contudo, impõe exigências para a realização do repasse de recursos financeiros aos municípios. Dentre elas encontra-se a obrigatoriedade de que o município demonstre que os recursos serão aplicados para atender a uma necessidade da população, exigência de fácil comprovação.

Existe, ainda, a limitação quanto aos valores repassados. A Cartilha Sisconv para Municípios, elaborada pela Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação (BRASIL, 2013), buscando dar maior efetividade ao emprego dos recursos públicos, veda a celebração de convênio com municípios para execução de objetos cujo repasse de recursos pela União seja em valor inferior a R\$ 100.000,00 (cem mil reais), e, no caso de serviços de engenharia, valor inferior a R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil). Contudo, é permitida ao município a formação de consórcio público com municípios que possuam as mesmas necessidades, para que consigam alcançar os valores mínimos exigidos.

Quando do recebimento e aplicação dos recursos públicos, sejam oriundos do Governo Federal ou dos cofres dos entes consorciados, o consórcio público será acompanhado e fiscalizado de perto pelos gestores dos entes consorciados e suas equipes técnicas, além de sofrer a fiscalização dos Tribunais de Contas responsáveis pelo julgamento das contas dos Chefes do Poder Executivo dos entes consorciados, atendendo determinação da Lei nº 11.107/2005, em seu art. 9º, parágrafo único, que estabelece: “O consórcio público está sujeito à fiscalização contábil, operacional e patrimonial pelo Tribunal de Contas competente para apreciar as contas do Chefe do Poder Executivo representante legal do consórcio [...]” (BRASIL, 2005).

A fiscalização das atividades do consórcio público pelos Tribunais de Contas que fiscalizam as contas do Chefe do Poder Executivo dos municípios que participam do consórcio, torna mais eficaz a fiscalização e dificulta a prática de atos ilegais e desvios de finalidade na aplicação dos recursos públicos.

### 2.3 CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE

O Consórcio Público da Região Polinorte (CIM Polinorte) foi criado no ano 1998, com o objetivo de promover e otimizar ações na área da saúde, buscando dar condições aos municípios consorciados para aumentarem a oferta de serviços na área da saúde e melhorar os já prestados, primando pelo cumprimento do direito

constitucional à saúde, conferido à população e pelo cumprimento do princípio da economicidade.

O CIM Polinorte iniciou suas atividades como um consórcio administrativo, devido à falta de previsão legal referente aos consórcios públicos. Com a criação da Lei nº 11.107, em 6 de abril de 2005, e a regulamentação da mesma pelo Decreto Federal nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007, o CIM Polinorte foi convertido em consórcio público, tornando-se um consórcio público de direito privado. Em 28 de dezembro de 2010, a Assembleia Geral do CIM Polinorte deliberou, por unanimidade, aprovando a alteração da personalidade jurídica do CIM Polinorte de privada, para pública, passando a constituir-se em consórcio público de direito público.

Quando da sua criação, o CIM Polinorte foi composto pelos seguintes municípios consorciados: Aracruz, Fundão, Ibirapu, João Neiva, Santa Teresa, São Roque do Canaã e Sooretama, recebendo, nos anos seguintes, os municípios de Rio Bananal e Santa Leopoldina, e, por fim, no ano de 2015, o município de Linhares.

O CIM Polinorte possui inúmeros objetivos, dentre eles o de executar as ações e os serviços de saúde, obedecidos os princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde (SUS), e, para o cumprimento deste objetivo, foram estabelecidos objetivos específicos (CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE, 2007), os quais são listados como seguem:

1) Articular-se com entidades públicas e privadas, nacionais e estrangeiras, visando a obtenção de recursos para investimentos e custeio de projetos, obras ou serviços de interesse regional, no campo da saúde;

2) Planejar, adotar, executar e pactuar programas e medidas destinadas a promover a saúde dos habitantes da região e implantar os serviços afins;

3) Buscar a integração dos investimentos municipais, estaduais e federais para execução de programas comuns, especialmente daqueles necessários a viabilizar a construção de um modelo de assistência centrado nas ações de saúde coletiva, segundo diretrizes do Sistema Único de Saúde, que viabilize: a) implantar e/ou

desenvolver ações e serviços preventivos e assistenciais de abrangência local ou regional; b) garantir um sistema de referência e contra-referência através da integração dos serviços assistenciais, numa rede hierarquizada; c) desenvolver uma política de recursos humanos compatíveis com a realidade microrregional; d) prestar assessoria técnica e administrativa aos consorciados, na solução de problemas pertinentes às áreas da saúde;

4) Promover a realização de estudos, pesquisas, projetos e serviços destinados à solução de problemas regionais no campo da saúde;

5) Promover ações que visem ao treinamento, a capacitação e ao aperfeiçoamento dos profissionais da área da saúde que atuam nos entes consorciados.

Dos dez municípios que formam o CIM Polinorte, apenas dois possuem população em número superior a 30 mil habitantes, os demais são municípios cuja estimativa de população para 2014 não ultrapassava 28 mil habitantes, conforme dados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – População em 2010 e estimada para o ano de 2014, nos municípios que formam o CIM Polinorte e respectiva taxa decréscimo populacional entre 2010 e 2014

<b>Município</b>	<b>População 2010</b>	<b>População estimada 2014</b>	<b>Taxa de crescimento</b>
Aracruz	81.832	93.325	14,0
Fundão	17.025	19.585	15,0
Ibiraçu	11.178	12.242	9,5
João Neiva	15.809	16.946	7,2
Linhares	141.306	160.765	13,8
Rio Bananal	17.530	19.038	8,6
Santa Leopoldina	12.240	12.883	5,3
Santa Teresa	21.823	23.585	8,1
São Roque do Canaã	11.273	12.283	9,0
Sooretama	23.843	27.409	15,0

Fonte: IBGE (2010); IBGE (2014)

Verifica-se na Tabela 2, que a taxa de crescimento populacional variou entre 5,3% a 15,0%. Assim, o sistema de saúde certamente sofreu maior pressão por demanda dos serviços naqueles municípios em que a taxa de crescimento foi maior.

### 3 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao analisar os dados constantes dos questionários respondidos pelos secretários municipais, foi observado que os principais problemas enfrentados pelos municípios consorciados ao CIM Polinorte na prestação dos serviços de saúde são: a falta de mão de obra técnica especializada na área da saúde, no quadro de servidores efetivos e a falta de condições técnicas e financeiras para incorporar tais profissionais de saúde ao seu quadro de servidores efetivos.

A Tabela 3 demonstra que os municípios que formam o CIM Polinorte possuem um número muito reduzido de servidores efetivos na área da saúde, em especial de profissionais médicos, chegando ao ponto de não possuir nenhum, como é o caso do município de São Roque do Canaã.

Tabela 3 - Quantidade de profissionais da área da saúde vinculados ao quadro de servidores efetivos por município

<b>Município</b>	<b>Médico</b>	<b>Enfermeiro</b>	<b>Dentista</b>	<b>Técnico em enfermagem</b>
Fundão	2	0	0	0
Ibiraçu	2	1	2	6
João Neiva	3	1	3	0
Santa Teresa	1	4	3	8
São Roque do Canaã	0	4	2	11
Sooretama	5	14	01	02

Fonte: Dados obtidos através do questionário aplicado.

O fato de não contarem com profissionais da saúde em seus quadros efetivos, principalmente médicos, faz com que os municípios não tenham condições de satisfazer a demanda originada da população, deixando de cumprir integralmente com o dever constitucional de garantir à população o direito à saúde. Referido problema está demonstrado no grau de concordância atribuída pelos secretários à afirmação: “A demanda da população pelos serviços de saúde é suprida por seu município contando apenas com os profissionais existentes no quadro de pessoal do município.”, apresentado na Figura 1.

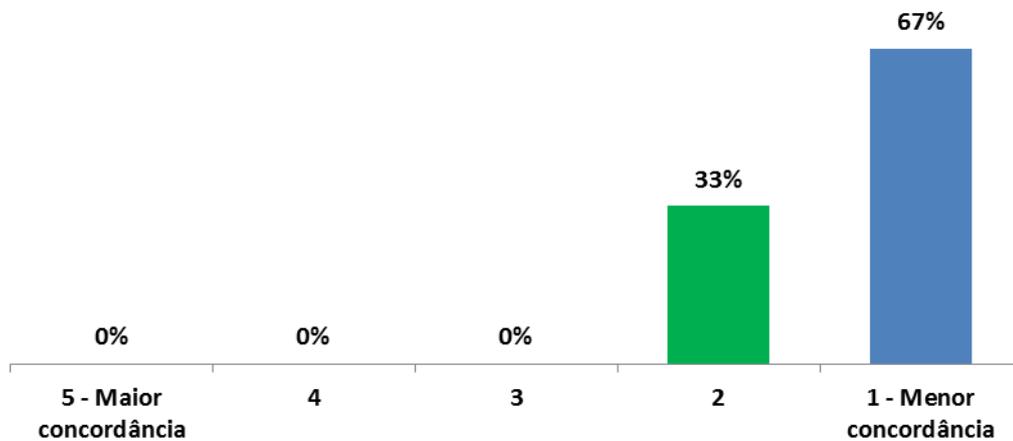


Figura 1 – A demanda da população pelos serviços de saúde é suprida por seu município, contando apenas com os profissionais existentes no quadro de pessoal do município.

Dos secretários que responderam ao questionário, 67% registraram o menor grau de concordância com a afirmação de que o município possui condições de suprir a demanda da população apenas com os servidores do quadro de profissionais existente no município e 33% registraram o grau de concordância 2, o que demonstra que os municípios encontram-se praticamente na mesma situação.

A falta de profissionais da saúde no quadro de servidores efetivos dos municípios agrava-se pelo fato de grande parte dos municípios não possuir condições técnicas e financeiras para efetivação destes servidores, conforme demonstrado no grau de concordância apresentado pelos secretários à afirmação: “Seu município possui condições técnicas e financeiras para ter servidores efetivos para todas as especialidades médicas necessárias à prestação dos serviços de saúde procurados pela população”. A Figura 2 mostra que dos secretários que responderam ao questionário, 67% atribuíram o menor grau de concordância à afirmação, ou seja, não possuem condições técnicas e financeiras para aportarem profissionais da área da saúde necessários, ao seu quadro de servidores efetivos.

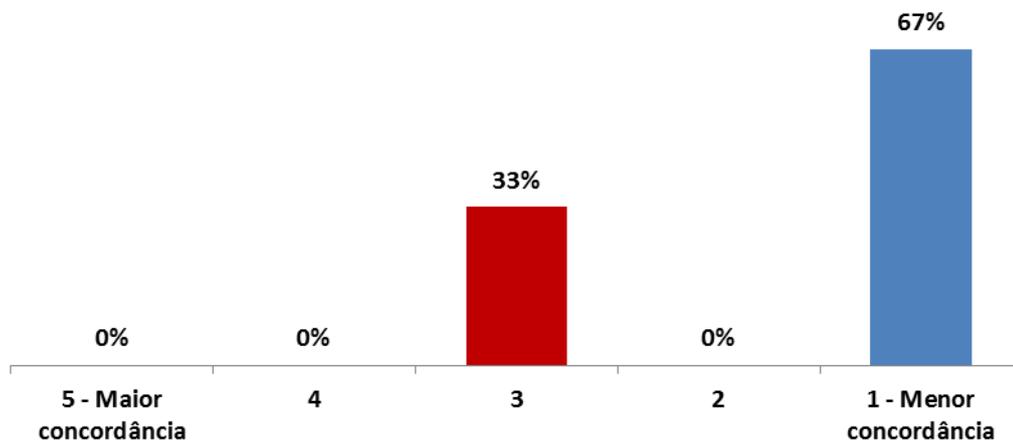


Figura 2 – Seu município possui condições técnicas e financeiras para ter servidores efetivos para todas as especialidades médicas necessárias à prestação dos serviços de saúde procurados pela população.

Estudo realizado pelo Conselho Federal de Medicina (2013) apresenta que no ano de 2012 o Estado do Espírito Santo contava com 7.780 médicos em atuação, e destes, apenas 4.418 tinham atuação no SUS, ou seja, pouco mais da metade dos médicos existente no Estado prestam atendimento pelo SUS.

A falta de profissionais médicos trabalhando pelo SUS e em especial a falta desses profissionais nos quadros de servidores efetivos dos municípios acaba por impedir que os serviços e as ações de saúde possam ser efetivados, forçando os municípios a buscarem alternativas, pois apenas com seus servidores não conseguirá atender a demanda da população. A Figura 3 representa esta realidade. Metade dos secretários (50%) atribuiu o menor grau de concordância com a afirmação de que apenas com os servidores do município é possível prestar, de forma satisfatória, os serviços de saúde, enquanto que 33% registraram o grau 2 de concordância e os demais 17% conferiram o grau 3.

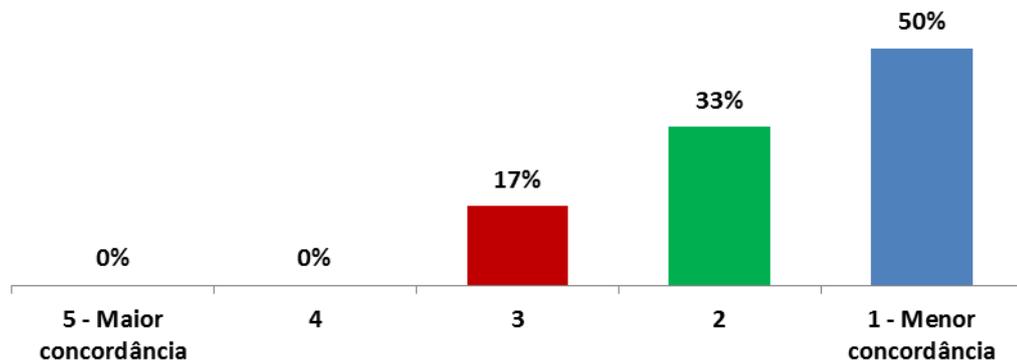


Figura 3 – Apenas com os servidores públicos do Município, que atuam na área da saúde, é possível prestar os serviços de saúde de forma satisfatória.

Verifica-se nestas três primeiras figuras que, segundo os secretários municipais de saúde, os municípios não têm condições de prestar um serviço de qualidade aos seus cidadãos, reconhecendo a impossibilidade sob o ponto de vista técnico e financeiro, o que reforça a necessidade de que seja criado algum mecanismo que possa ajudar a municipalidade a cumprir com suas obrigações.

Ainda sobre a capacidade para atendimento à população, foi questionado aos secretários acerca das condições técnicas do município para atender as necessidades da população, nas especialidades médicas. Dos 6 secretários, 67% disseram que o município possui número razoável de médicos em todas as especialidades necessárias, 33% responderam que não possuem médicos suficientes em todas as especialidades. Já 16% afirmaram não possuir médicos suficientes em todas as especialidades, devido à falta de realização de concurso público e 17% não possuem médicos suficientes em todas as especialidades devido aos salários serem muito inferiores ao mercado de trabalho (Figura 4).

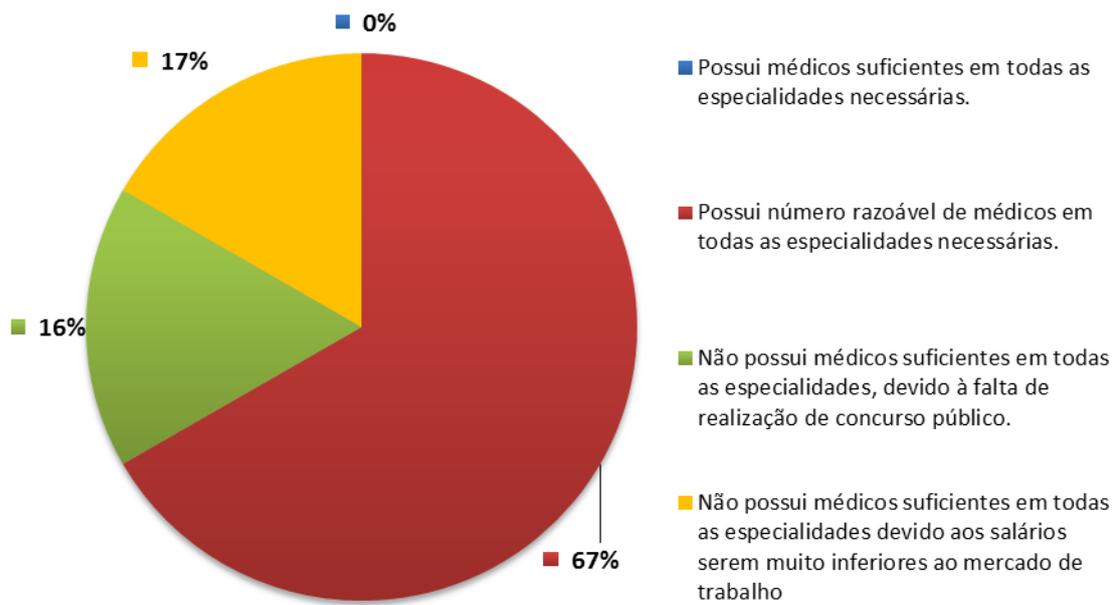


Figura 4 - Quanto às condições técnicas para atender às necessidades da população, nas especialidades médicas, o seu Município:

A falta de médicos especialistas é confirmada pelos dados constantes da Tabela 4, coletados a partir das informações prestadas pelos secretários quando solicitado que indicassem as especialidades para as quais possuíam médicos especialistas. Verifica-se que o município que possui mais especialistas é o município de Sooretama, com profissionais em 4 especialidades.

Tabela 4 – Especialidades dos profissionais médicos vinculados ao quadro de servidores efetivos por município

Municípios	Nº de Médicos	Especialidades
Fundão	2	Gastroenterologia, cardiologia e clínica geral
Ibiraçu	2	Clínico geral e ginecologia
João Neiva	3	Clínico geral e pediatria
Santa Teresa	1	Clínico geral
São Roque do Canaã	0	---
Sooretama	5	Gastroenterologia, clínico geral, infectologia e angiologia

Fonte: Dados obtidos através do questionário aplicado.

Fica demonstrado que os municípios não conseguem atender as demandas da população, contudo, quando afirmado aos secretários que a soma dos serviços prestados diretamente pelo município e os prestados através do CIM Polinorte supre

as necessidades da população, 50% dos secretários atribuíram o grau de concordância 4 e 33% o grau 3 (Figura 5), o que demonstra que a participação do CIM Polinorte é importante para o atendimento do direito à saúde da população.

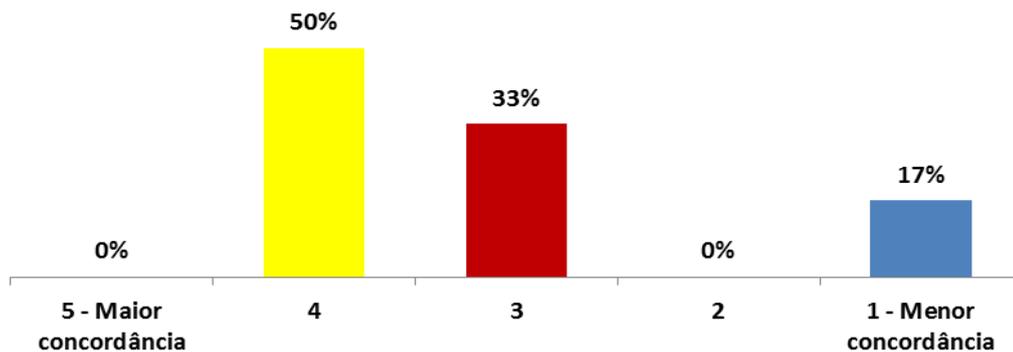


Figura 5 – A soma dos serviços prestados diretamente pelo município e os prestados através do CIM Polinorte supre as necessidades da população.

Verifica-se que o CIM Polinorte auxilia os municípios consorciados na prestação dos serviços de saúde, e, analisando estes serviços sob o aspecto financeiro, foi apresentada aos secretários a afirmação de que a relação custo-benefício dos serviços prestados através do CIM Polinorte é mais eficiente do que para os serviços prestados ou contratados diretamente pelo município, sendo atribuído por 67% dos secretários o grau de concordância 4 com a afirmação e 33% o grau 3, conforme mostra a Figura 6.

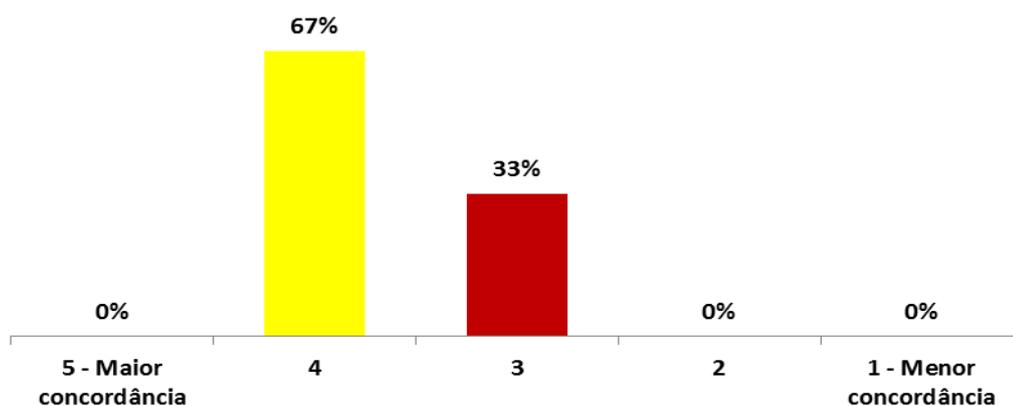


Figura 6 – O custo x o benefício dos serviços prestados através do CIM Polinorte é mais eficiente do que dos prestados ou contratados diretamente pelo município.

O alto grau de concordância com a afirmação de ser maior a efetividade do custo-benefício dos serviços prestados pelo CIM Polinorte é corroborada com a resposta atribuída pelos secretários ao questionamento: Quanto ao valor pago pelos serviços prestados através do CIM Polinorte, pode-se afirmar que: Ao questionamento 100% dos secretários responderam que os valores pagos são maiores que os pagos pelo SUS, por isso atraem profissionais de qualidade, tornando positiva a relação custo-benefício para o município.

Segundo os secretários municipais a contratação dos profissionais especializados através do consórcio público apresenta uma relação positiva na relação custo-benefício, por ser capaz de atrair profissionais de qualidade e em número suficiente para atender à demanda, o que não ocorre quando a contratação segue os valores pagos pelo SUS. Mesmo que o valor pago seja maior, ele é compensado com a prestação de um serviço de qualidade.

Quando questionados acerca dos serviços prestados pelo CIM Polinorte, 100% dos secretários registraram que os serviços são de excelente qualidade, bem organizados, prestados sem atrasos, nos dias, locais e horários agendados. Este resultado retrata a eficiência dos serviços e a vantagem da contratação dos serviços através do consórcio público, no caso em análise, o CIM Polinorte.

A qualidade dos serviços prestados através do CIM Polinorte é confirmada pelo grau de concordância atribuído pelos secretários à afirmação de que “O índice de reclamação dos usuários dos serviços prestados pelo CIM Polinorte é elevado.” Conforme apresentado na Figura 7, 83% dos secretários atribuíram o menor grau de concordância com a afirmação e 17% o grau 2. Isto vem corroborar para confirmar que os serviços prestados através deste consórcio são de boa qualidade conforme registrados na figura anterior.

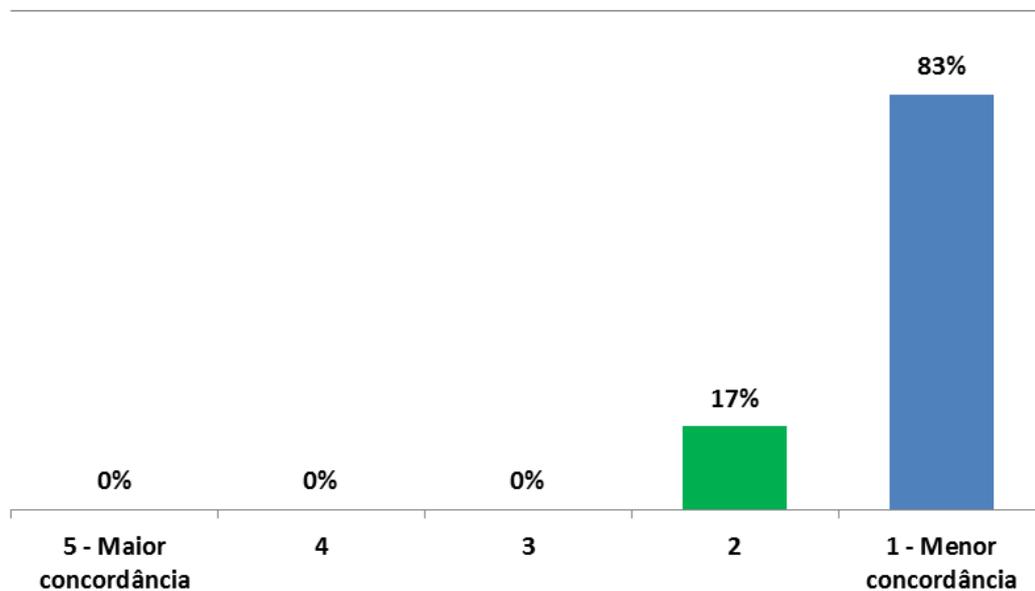


Figura 7 – O índice de reclamação dos usuários dos serviços prestados pelo CIM Polinorte é elevado.

Frente aos problemas enfrentados na prestação dos serviços de saúde pelos municípios consorciados ao CIM Polinorte, a falta de profissionais de saúde em seus quadros de servidores efetivos e a não existência de condições para aportar referidos profissionais em seus quadros, o CIM Polinorte foi analisado para verificar se sua atuação permite sanar os problemas, buscando concluir se é eficaz no auxílio da efetivação do direito à saúde. A qualidade dos serviços foi verificada, mas também foi analisada a importância desses serviços.

A importância da atuação dos municípios consorciados na prestação dos serviços de saúde através do CIM Polinorte é verificada nos dados apresentados na Figura 8, onde se observa que 83% dos secretários disseram que os serviços prestados pelo CIM Polinorte são indispensáveis, tendo em vista o município não conseguir suprir a demanda sem os serviços do CIM Polinorte.

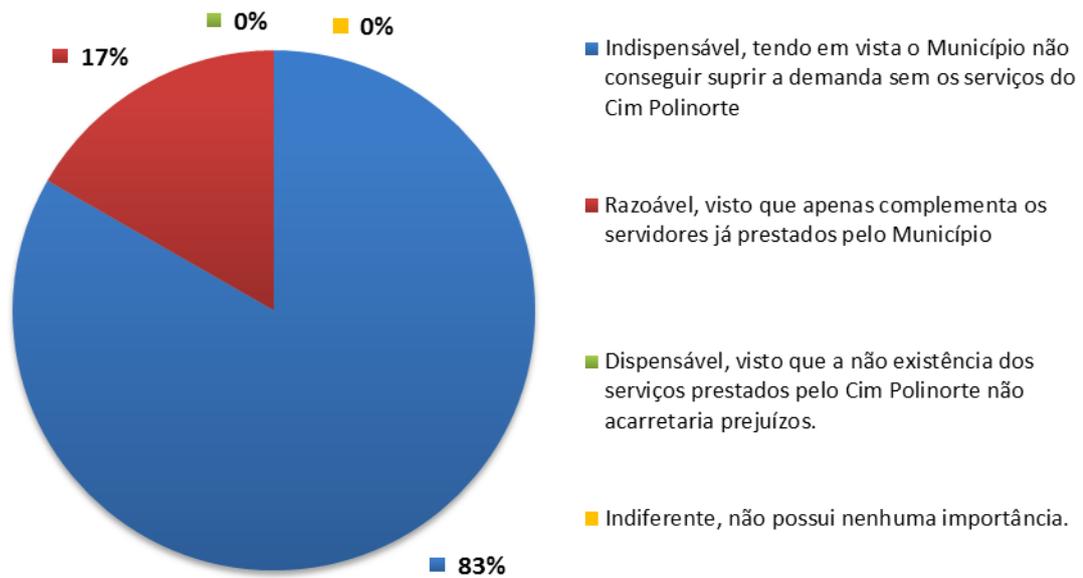


Figura 8 – Quanto à importância dos serviços de saúde prestados através do CIM Polinorte, pode-se afirmar que são:

O resultado da Figura 9 é confirmado pelos dados da Figura 9, que apresentam o grau de concordância dos secretários com a afirmação: A importância do CIM Polinorte na prestação dos serviços de saúde em seu município é considerada essencial. Para esta afirmação verifica-se que 50% dos secretários atribuíram o maior grau de concordância e 33% o grau 4 o que representa que os serviços prestados pelo CIM Polinorte são essenciais e apenas 17 grau 3, o que indica que, mesmo em grau menor, os serviços também são importantes. Dessa forma, fica claro que os serviços prestados através do CIM Polinorte são muito importantes.

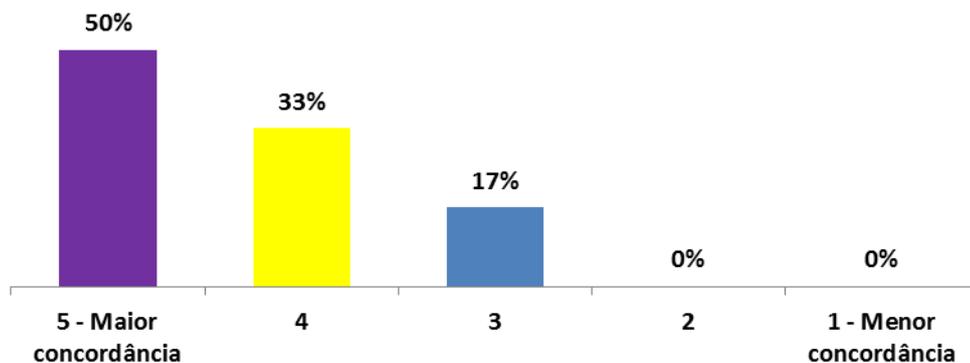


Figura 9 – A importância do CIM Polinorte na prestação dos serviços de saúde em seu município é considerada essencial.

Mesmo havendo várias especialidades médicas, exames laboratoriais e procedimentos colocados à disposição dos municípios pelo CIM Polinorte, na Figura 10 observa-se que 67% dos secretários entendem que os serviços não atendem totalmente as necessidades, visto que alguns procedimentos não são colocados à disposição do município, enquanto que 17% entendem que os serviços são mínimos e 16% entendem que os serviços atendem totalmente as necessidades, em todas as especialidades médicas e procedimentos da área da saúde. O CIM Polinorte possui aproximadamente 100 prestadores de serviços credenciados<sup>1</sup>, através dos quais são colocados à disposição dos municípios consorciados quatrocentos e cinquenta (450) tipos de exames laboratoriais<sup>2</sup> e duzentos e onze (211) procedimentos<sup>3</sup>.

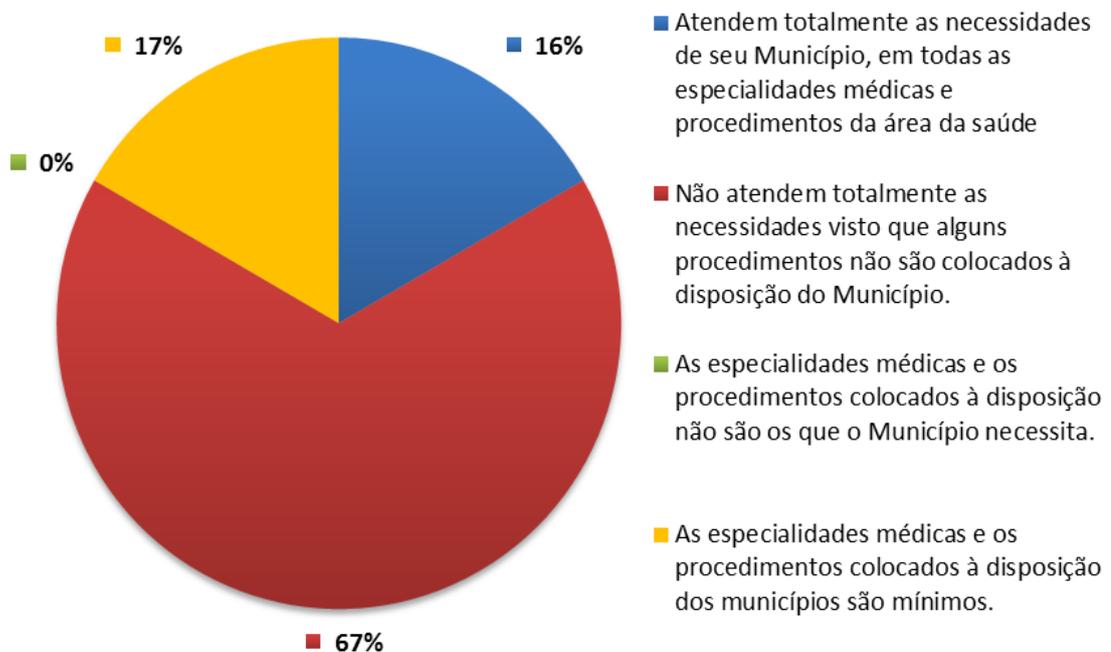


Figura 10 - Os serviços colocados à disposição dos municípios consorciados, pelo do CIM Polinorte:

Na Figura 10 existe divergência entre os secretários, contudo, o entendimento de mais da metade é de que existem serviços que não são colocados à disposição dos municípios, e por este motivo, os serviços prestados pelo CIM Polinorte acabam não atendendo totalmente as suas necessidades.

<sup>1</sup> Relação dos contratos e aditamentos firmados pelo CIM Polinorte. Documento interno do CIM Polinorte.

<sup>2</sup> Tabela de procedimentos CIM Polinorte. Documento interno do CIM Polinorte.

<sup>3</sup> Tabela de valores de procedimentos do CIM Polinorte. Documento interno do CIM Polinorte.

O não atendimento é confirmado quando do questionamento sobre as especialidades médicas ofertadas pelo CIM Polinorte, para o qual 100% dos secretários entendem que as especialidades existentes são extremamente importantes, sendo necessária, contudo, a inclusão de novas especialidades.

A falta de especialidades no rol dos serviços prestados pelo CIM Polinorte também é demonstrada pelos secretários quando da avaliação da afirmação de que as especialidades médicas ofertadas pelo CIM Polinorte são suficientes. Para esta afirmação 50% dos secretários indicaram o grau de concordância 4, enquanto que 17% indicaram o menor grau de concordância e os outros 33% o grau 3, conforme mostra a Figura 11.

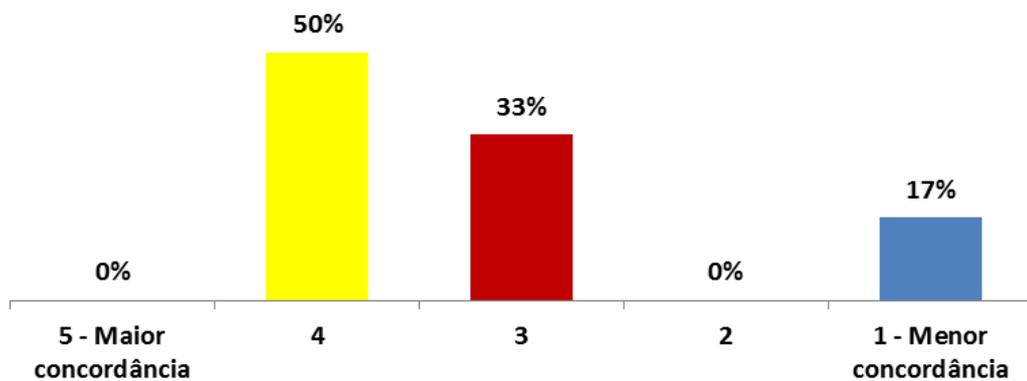


Figura 11 – As especialidades médicas ofertadas pelo CIM Polinorte são suficientes.

A necessidade de inclusão de novos serviços também foi citada pelos secretários que apresentaram sugestões de oportunidade de melhoria na Quarta Etapa do questionário. Dos seis secretários que responderam ao questionário, quatro indicaram oportunidades de melhoria e todos mencionaram, de alguma forma, a inclusão de novos serviços. O Secretário do Município de Santa Teresa sugeriu o aumento do número de prestadores de exames de média e alta complexidade. O Secretário do Município de Fundão também sugeriu a inserção de mais exames e consultas de alta complexidade. Já o Secretário do Município de João Neiva entende ser necessário ampliar o atendimento de especialidades e diversificar os exames laboratoriais. A Secretária do Município de Ibiracú destacou como uma oportunidade

de melhoria a inclusão de cirurgias nos procedimentos. Todas estas sugestões de oportunidades de melhoria confirmam o entendimento dos secretários acerca da necessidade de inclusão de novos serviços ao rol dos ofertados pelo CIM Polinorte.

A falta da prestação de alguns serviços pode ser a justificativa do resultado do grau de concordância dos secretários para a afirmação “O volume de serviços da área da saúde prestados por seu município através do CIM Polinorte supre a necessidade da população”. Para esta afirmação, conforme Figura 12, observa-se que 67% dos secretários atribuíram o grau 3 de concordância, 17% o grau 4 e 17% o menor grau de concordância (1). Este resultado denota que os serviços prestados pelos municípios não suprem as necessidades, contudo, este resultado pode ser justificado pela falta de alguns serviços, mas também pode ocorrer que os serviços estejam à disposição dos municípios, mas estes não possuem condições de realizar tais contratações.

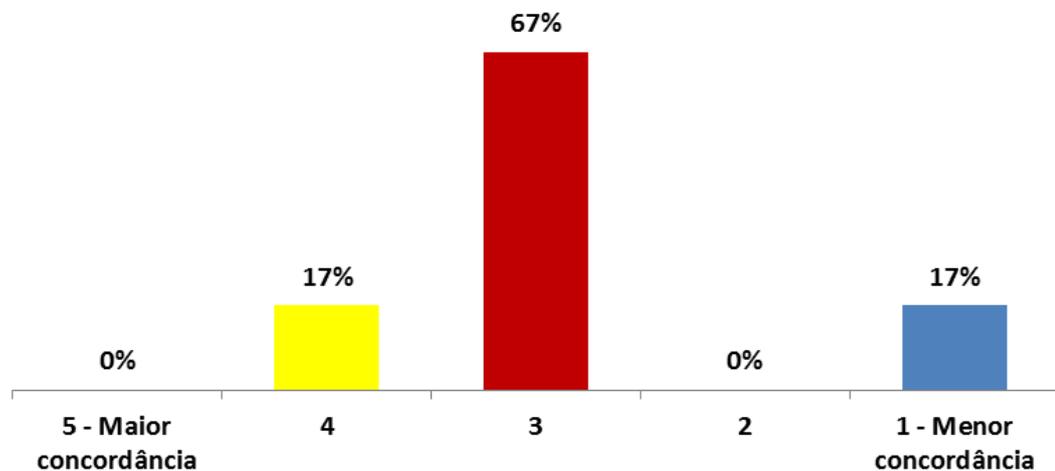


Figura 12 – O volume de serviços da área da saúde prestados por seu município através do CIM Polinorte supre a necessidade da população.

Embora seja necessário que o CIM Polinorte insira novas especialidades médicas, exames laboratoriais e procedimentos ao seu rol de serviços colocados à disposição dos municípios consorciados, os serviços já prestados são satisfatórios como demonstrado pelos secretários ao julgarem a afirmação “Os serviços prestados através do CIM Polinorte são satisfatórios”. Neste caso 33% dos secretários apontaram o maior grau de concordância (5) e os demais 33% o grau 4 e 33% o

grau 3 (Figura 13), ou seja, os serviços prestados pelo CIM Polinorte são satisfatórios, mesmo havendo a necessidade de aumento no número de tipos e especialidades ofertados.

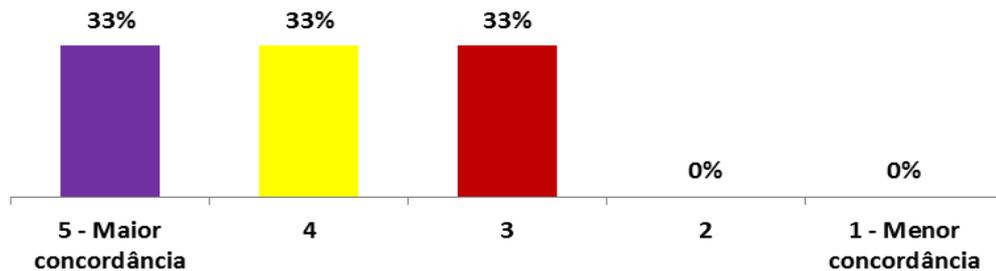


Figura 13 – Os serviços prestados pelo CIM Polinorte são satisfatórios.

Os serviços administrativos prestados pelo CIM Polinorte também foram avaliados positivamente pelos municípios consorciados quando foi questionado aos entrevistados se “A qualidade de comunicação entre o seu município e o CIM Polinorte é boa”. Na Figura 14 verifica-se que 83% dos secretários atribuíram o maior grau de concordância e 17% o grau de concordância 4, ficando demonstrado que a comunicação entre o CIM Polinorte e os municípios consorciados é realmente boa e os secretários estão satisfeitos com os serviços administrativos.

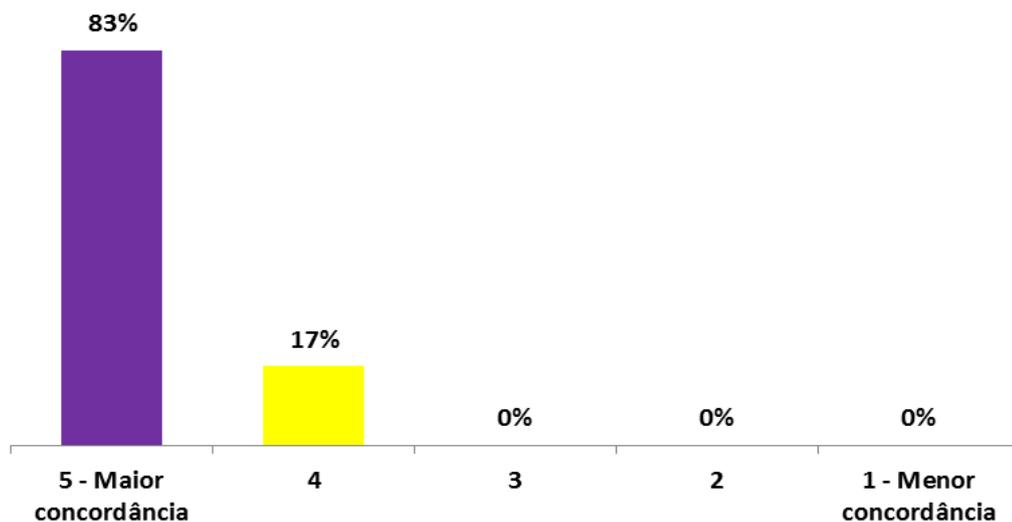


Figura 14 – A qualidade de comunicação entre o seu município e o CIM Polinorte é boa.

A boa qualidade na comunicação entre os municípios consorciados e o CIM Polinorte reflete a facilidade que os municípios consorciados possuem para realizar a contratação dos serviços através do mesmo, como apontado pelos secretários, quando da atribuição de grau de concordância à afirmação “A contratação de serviços através do CIM Polinorte é fácil”.

De acordo com os dados da Figura 15, dos secretários que responderam ao questionário, 33% atribuíram o maior grau de concordância e 67% o grau de concordância 4, ficando confirmada a facilidade de contratação dos serviços através do CIM Polinorte. Assim, verifica-se que existe um consenso entre os entrevistados de que o consórcio tem ajudado a desburocratizar o sistema de saúde.

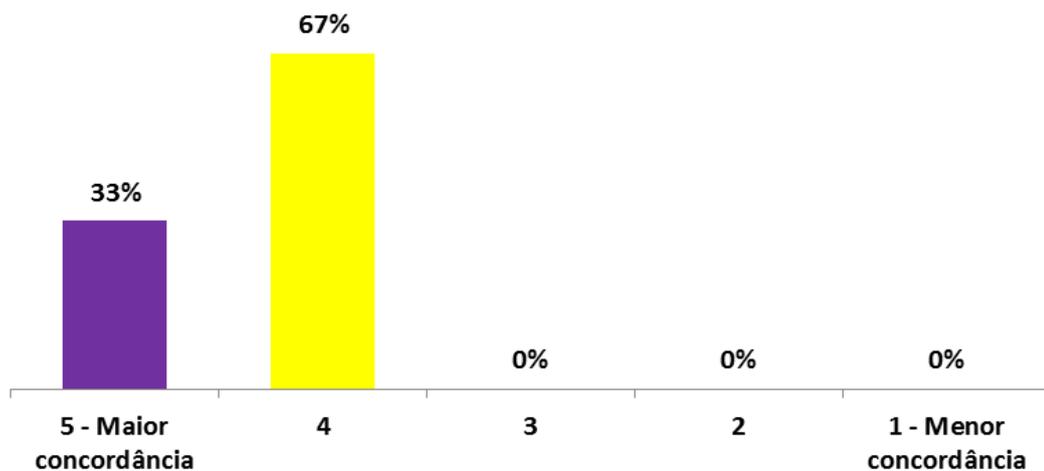


Figura 15 – A contratação dos serviços através do CIM Polinorte é fácil.

A facilidade na contratação dos serviços possivelmente é o reflexo do corpo técnico e administrativo do CIM Polinorte, formado por profissionais de alta qualidade e eficientes, como constatado através das respostas dadas pelos secretários, ao serem questionados: Quanto ao corpo técnico e administrativo do CIM Polinorte, pode-se afirmar que: A este questionamento 100% dos secretários afirmaram que o corpo técnico e administrativo do CIM Polinorte é composto por profissionais de alta qualidade e eficientes. Contudo, pode ser observado na Figura 16, que 67% dos entrevistados entendem que os referidos profissionais são em quantidade suficientes, enquanto que 33% entendem que poderiam ser em maior quantidade.

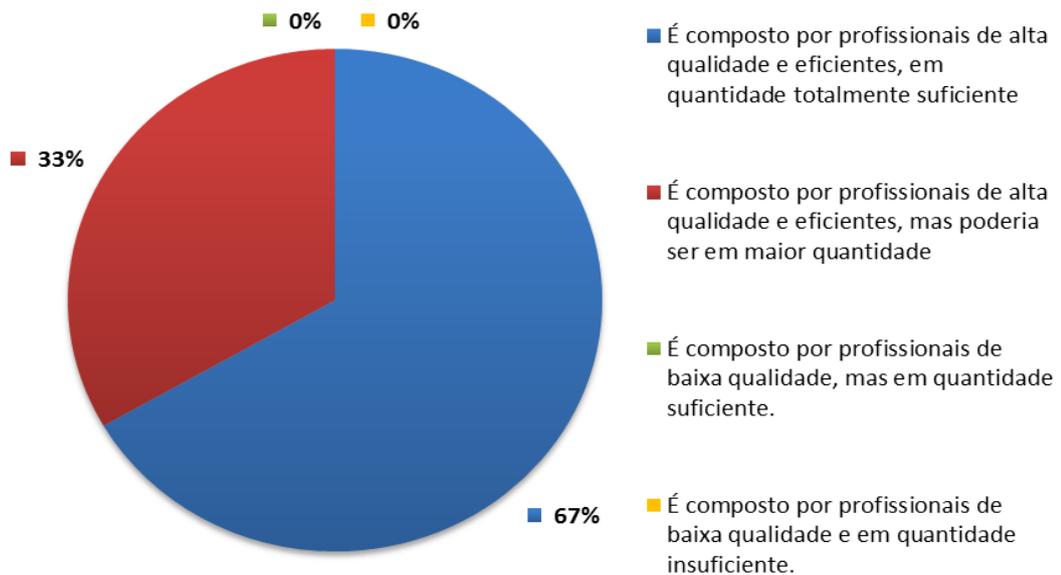


Figura 16 – Quanto ao corpo técnico e administrativo do CIM Polinorte, pode-se afirmar que.

Embora seja fácil a contratação dos serviços através do CIM Polinorte, dos mesmos serem prestados com qualidade e o consórcio possuir um corpo técnico e administrativo de alta qualidade e eficiente, segundo os secretários, a infraestrutura física não atende as necessidades da população. Ao serem questionados acerca da infraestrutura física ofertada pelo CIM Polinorte, 50% dos secretários declararam que a infraestrutura é boa, mas não atende plenamente as necessidades da população e 50% declararam que a infraestrutura não é adequada e entendem ser necessária a construção de uma estrutura própria para atendimento à população, conforme apresentado na Figura 17.

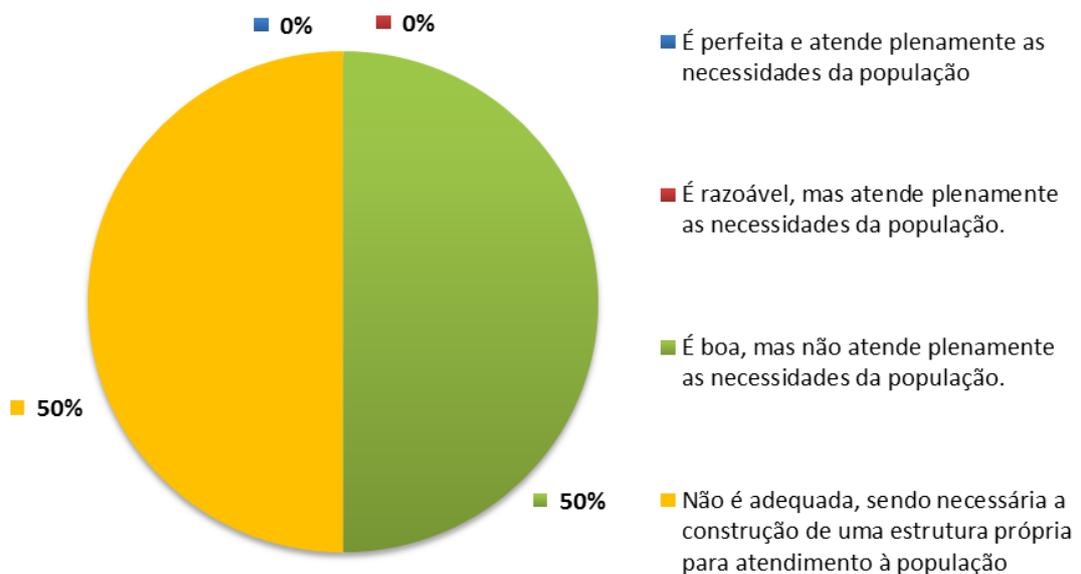


Figura 17 – Quanto à infraestrutura física ofertada pelo CIM Polinorte para prestação dos serviços de saúde.

Ainda sobre a infraestrutura do CIM Polinorte, foi questionado aos secretários se a infraestrutura ofertada pelo CIM Polinorte atende as necessidades dos serviços. Mostra a Figura 18, que 33% dos entrevistados atribuíram o menor grau de concordância, enquanto 17% atribuíram o maior grau de concordância. Dos demais, 33% atribuíram o grau 3 e 17% o grau 4. Com base nestes dados pode-se entender que alguns municípios são bem atendidos mas para outros a infraestrutura precisa melhorar.

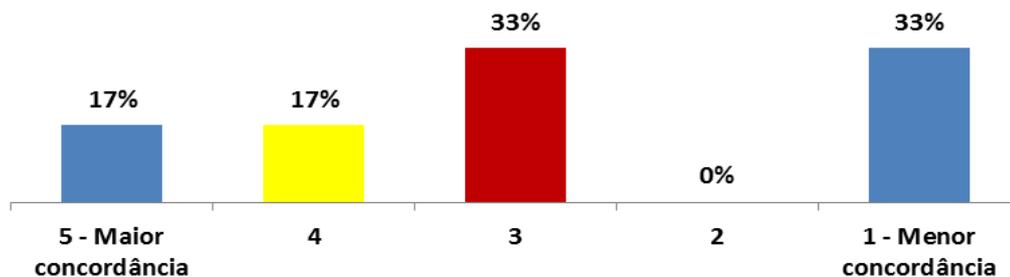


Figura 18 – A infraestrutura ofertada pelo CIM Polinorte atende as necessidades dos serviços.

Confirmando o entendimento dos secretários acerca da necessidade de melhoria da infraestrutura do CIM Polinorte, no espaço reservado à sugestão de oportunidades de melhoria, dos quatro secretários que apresentaram sugestões, três mencionaram a infraestrutura física. O secretário do Município de Fundão sugeriu a construção de sede própria para o CIM Polinorte, para que os serviços sejam unificados e ofertados em um mesmo local. Já o secretário do Município de João Neiva apresenta a sugestão da existência de uma melhor estrutura física para atendimento à população. O secretário do Município de Santa Teresa, por sua vez, faz a sugestão de uma estrutura física própria para atendimento das especialidades.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES**

Diante dos dados levantados na pesquisa verificou-se que a contratação de serviços através do CIM Polinorte vem oferecendo vantagens aos municípios, uma vez que as contratações passam a ser mais rápidas, tornando desnecessário aos municípios consorciados realizarem procedimentos licitatórios individuais para contratação, por exemplo, de exames laboratoriais, procedimentos hospitalares ou contratação de médicos especialistas. Na modalidade deste consórcio, todos estes serviços e procedimentos são colocados à disposição do município pelo CIM Polinorte, após realização de todos os procedimentos necessários à contratação dos serviços. Neste caso ocorre economia de tempo, de recursos financeiros e de mão de obra administrativa, visto não ser necessária a realização de inúmeros procedimentos de contratação, mas apenas um único procedimento, que beneficiará todos os municípios consorciados.

A prestação dos serviços de saúde pelos municípios através do CIM Polinorte mostra-se mais eficiente, pois possibilita a prestação de serviços, tais como realização de inúmeros exames laboratoriais, consultas diversas, inclusive com médicos especialistas, e procedimentos ambulatoriais e hospitalares, já contratados pelo consórcio e colocados à disposição dos municípios consorciados, o que proporciona maior agilidade e rapidez na oferta, além de possibilitar a oferta de uma maior variedade de serviços.

A compra compartilhada também se mostra uma ferramenta que proporciona muitas vantagens aos municípios. Através dela torna-se possível retirar do município a demanda acarretada pelos processos licitatórios, que tomam muito tempo e dispendem grande mão de obra administrativa para sua realização. Com esta ferramenta, ao invés de serem realizados 10 processos licitatórios, um para cada município consorciado, realiza-se apenas um, através do CIM Polinorte, porém, cada um firmará contrato próprio com a empresa vencedora.

Identificou-se que a falta de profissionais da área da saúde no quadro de servidores efetivos dos municípios e a falta de condições técnicas e financeiras para realizar o aporte destes, são as principais dificuldades enfrentadas pelos municípios consorciados ao CIM Polinorte, na prestação dos serviços de saúde. Porém,

verificou-se que através dos serviços colocados à disposição dos municípios pelo CIM Polinorte é possível sanar estas dificuldades, embora ainda existam serviços não incluídos no rol disponibilizado pelo consórcio, porém os existentes atendem com qualidade a população.

Verificou-se que os serviços de saúde prestados através do CIM Polinorte são essenciais para os municípios ao atendimento da demanda originada da população, ficando evidente a importância do CIM Polinorte como forma de auxílio aos municípios para a efetivação do direito à saúde. Diante do exposto, conclui-se que o consórcio público é uma ferramenta eficaz para a efetivação do direito à saúde pelos municípios, mostrando-se o CIM Polinorte eficaz para auxiliar os municípios na prestação dos serviços de saúde, mesmo apresentando deficiências no atendimento de algumas áreas da saúde.

Foi possível também identificar necessidades de melhoria na gestão do CIM Polinorte, as quais, depois de implementadas, possibilitarão que o consórcio seja ainda mais eficaz no auxílio aos municípios.

Considerando a unanimidade dos secretários citando a necessidade de inclusão de procedimentos cirúrgicos, exames e consultas de maiores complexidades, necessidade de ampliação das especialidades, verificou-se que o consórcio CIM Polinorte precisa passar por uma reanálise para que alguns serviços e procedimentos além de exames mais complexos possam ser inseridos no rol dos atendimentos, de modo que possa atender melhor aos consorciados.

Constatou-se que os secretários municipais entendem ser necessária a melhoria da infraestrutura do CIM Polinorte, por não ser adequada e não atender plenamente as necessidades da população, de forma tal que alguns secretários indicaram a necessidade de construção de uma sede própria.

Contudo, embora os serviços prestados pelo CIM Polinorte tenham sido bem avaliados pelos secretários municipais, desde sua organização até a qualidade dos profissionais, recomendam-se algumas melhorias para que seu desempenho seja

ainda melhor e possa, com isso, ser mais eficaz no auxílio aos municípios para a efetivação do direito à saúde.

Dentre estas melhorias que foram diagnosticadas, recomenda-se implementar os procedimentos de compras compartilhadas, o que pode contribuir ainda mais para reduzir seus custos operacionais. A melhoria da infraestrutura física para que os profissionais da saúde possam realizar suas atividades com mais qualidade. Para melhor atendimento ao cidadão, torna-se necessária a inclusão de novas especialidades médicas.

Além disto, verificou-se nesse estudo que é necessário inserir, novos exames e procedimentos médicos para oportunizar melhores diagnósticos além de é claro melhorar qualidade de vida aos cidadãos dos municípios consorciados, tudo isto aliado a um bom sistema de gestão destes serviços.

## **5 RECOMENDAÇÕES**

Para estudos futuros, sugiro realizar uma pesquisa com os usuários dos serviços prestados pelo CIM Polinorte e também com os prestadores dos serviços. Assim, poderá trazer grandes contribuições que irão somar às informações apresentadas nessa pesquisa pelos secretários municipais de saúde.

## REFERÊNCIAS

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

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

BONAVIDES, P. **Curso de Direito Administrativo**. 26. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2011.

BRASIL. Constituição Federal (1988). Constituição [da] República Federativa do Brasil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>. Acesso em: 7 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 6.017, 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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm)>. Acesso em: 7 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm)>. Acesso em: 7 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm)>. Acesso em: 7 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.170, de 06 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm)>. Acesso em: 7 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 7 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8666cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm)>. Acesso em: 7 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento. Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação. **Cartilha Sisconv para municípios**. 2013. Disponível em: <[https://www.convenios.gov.br/portal/avisos/CARTILHA\\_SICONV\\_PARA\\_MUNICIPIOS\\_-\\_Jan\\_13-1.pdf](https://www.convenios.gov.br/portal/avisos/CARTILHA_SICONV_PARA_MUNICIPIOS_-_Jan_13-1.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2015.

BULGARELLI, W. **Manual das sociedades anônimas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1984.

CAMPOS, A.; OLIVEIRA, D. R. D. **Direito à saúde pública no Brasil: excursão histórica ao processo de desenvolvimento, reconhecimento e efetivação de um direito fundamental**. Prisma Jur., São Paulo, v. 13, n. 1, p. 213-241, jan./jun. 2014. Disponível em: <[http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F934%2F93431846009.pdf&ei=S8ceVcwaiqWwBc\\_NgCA&usg=AFQjCNGxSmloKxj6ky7dawnWh9Y0U53r6A](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F934%2F93431846009.pdf&ei=S8ceVcwaiqWwBc_NgCA&usg=AFQjCNGxSmloKxj6ky7dawnWh9Y0U53r6A)>. Acesso em: 7 jan. 2015.

CARVALHO FILHO, J. D. S. **Consórcios Públicos: Lei nº 11.107, de 06.04.2005 e Decreto nº 6.017, de 17.01.2007**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009. 213 p.

\_\_\_\_\_. **Manual de direito administrativo**. 27. ed. São Paulo: Atlas, 2014. 1.341 p.

CARVALHOSA, M. **Comentários à Lei de Sociedades Anônimas**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA. **Retratos da Sociedade Brasileira: Problemas e Prioridades para 2014.** Dados do Estado do Espírito Santo. Disponível em: <<http://www.sistemafindes.org.br/index.php/imprensa/noticias/197-eleitor-capixaba-diz-que-saude-e-o-maior-problema-do-es-aponta-pesquisa-cni-ibope>>. Acesso em: 22 fev. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição.** São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. v. 2. Disponível em: <[http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cremesp.org.br%2Fpdfs%2FDemografiaMedicaBrasilVol2.pdf&ei=FstfVc\\_yH4WmgwTsgYGoCQ&usg=AFQjCNHI9696ZN2vixyo\\_I8QqozUpzxl\\_g&sig2=AwwW2xJQHktYnU4gbx8IBg&bvm=bv.93990622,d.cWc](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cremesp.org.br%2Fpdfs%2FDemografiaMedicaBrasilVol2.pdf&ei=FstfVc_yH4WmgwTsgYGoCQ&usg=AFQjCNHI9696ZN2vixyo_I8QqozUpzxl_g&sig2=AwwW2xJQHktYnU4gbx8IBg&bvm=bv.93990622,d.cWc)>. Acesso em: 22 fev. 2015.

CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE. **Contrato de Consórcio Público.** Aracruz: CIM Polinorte, 2007.

COSTA, H. et al. **Relatório Final.** Comissão Temporária Destinada a Propor Soluções ao Financiamento do Sistema de Saúde do Brasil – CTS. Brasília: Senado Federal, 2013. Disponível em: <<http://www.senado.leg.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=142965&tp=1>>. Acesso em: 7 jan.2015.

DI PIETRO, M. S. **Direito administrativo.** 24. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

\_\_\_\_\_. **Direito administrativo.** 27. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

DURÃO, P. **Convênios e consórcios públicos.** 3. ed. Curitiba: Juruá Editora, 2012. 320 p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HUMENHUK, H. **O direito à saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais.** Teresina: Jus Navigandi, ano 9, n. 227, 20 fev. 2004. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/4839>>. Acesso em: 9 jan. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Resultados do Censo 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 22 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. **Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2014**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa\\_dou.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_dou.shtm)>. Acesso em: 22 fev. 2015.

LAKATOS, E. M. **Sociologia geral**. São Paulo: Atlas, 1992.

LENZA, P. **Direito constitucional esquematizado**. 17. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2013.

MALUF, S. **Teoria Geral do Estado**. 31. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

MARINELA, F. **Direito administrativo**. 6. ed. Niterói: Impetus, 2012. 1.192 p.

MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo municipal**. 17 ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2014.

PAULO, V.; ALEXANDRINO, M. **Direito constitucional descomplicado**. 4. ed. rev. e atual. São Paulo: Método, 2009.

PIERDONÁ, Z. L. A proteção social na Constituição de 1988. **Revista de Direito Social**. Porto Alegre: Notadez, 2007. n. 28. Disponível em: <[http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.reid.org.br%2Farquivos%2F00000028-001\\_Zelia.pdf&ei=g48eVZ7fDaiwsAS5plLgAg&usg=AFQjCNHt4\\_Ru-w6XC\\_0CrBeb3QNrDdeWwg](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.reid.org.br%2Farquivos%2F00000028-001_Zelia.pdf&ei=g48eVZ7fDaiwsAS5plLgAg&usg=AFQjCNHt4_Ru-w6XC_0CrBeb3QNrDdeWwg)>. Acesso em: 8 jan. 2015.

RIGOLIN, I. B. **Comentários às leis das PPP's, dos consórcios públicos e das organizações sociais**: Leis n. 11.079/2004, 11.107/2005 e 9.637/98. São Paulo: Saraiva, 2008. 217 p.

SILVA, J. A. D. **Aplicabilidade das normas constitucional**. 8. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2012.

SILVA, J. A. D. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 36. ed. ver. atual. São Paulo: Malheiros Editores, 2013.

TAYLOR, M. M. **O Judiciário e as políticas públicas no Brasil**. Dados. Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 229-257, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0011-52582007000200001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582007000200001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 15 fev. 2015.

TEMER, M. **Elementos de Direito Constitucional**. 14. ed. rev. e ampl. São Paulo: Malheiros, 1998.

WANG, D. W. L. et al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, Set./Out. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0034-76122014000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-76122014000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 15 fev. 2015.

APÊNDICE A – Questionário aplicado aos Secretários Municipais

FACULDADE VALE DO CRICARÉ - MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO SOCIAL, EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL

**QUESTIONÁRIO**

O questionário a seguir é parte integrante de uma dissertação de mestrado que versa sobre um estudo de caso do “Consórcio Público da Região Polinorte – CIM Polinorte”, com objetivo de identificar os pontos positivos e falhos e sugerir propostas de melhoria na gestão do mesmo.

Ao responder este questionário, entende-se que o pesquisador responsável está **autorizado** a utilizar, em sua pesquisa, as informações aqui contidas de forma direta ou indireta.

Sua participação é extremamente importante para a realização do trabalho e para que se possa elaborar um diagnóstico e propor novas ideias e práticas de gestão deste consórcio.

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

**PRIMEIRA ETAPA:**

Responda as questões abaixo indicando a alternativa que complementa o entendimento referente à situação apresentada.

**a)** Quanto às condições técnicas para atender as necessidades da população, nas especialidades médicas, o seu Município:

<input type="checkbox"/>	Possui médicos suficientes em todas as especialidades necessárias.
<input type="checkbox"/>	Possui número razoável de médicos em todas as especialidades necessárias.
<input type="checkbox"/>	Não possui médicos suficientes em todas as especialidades, devido à falta de realização de concurso público.
<input type="checkbox"/>	Não possui médicos suficientes em todas as especialidades devido aos salários serem muito inferiores ao mercado de trabalho.

**b) Os serviços colocados à disposição dos municípios consorciados, pelo do CIM Polinorte:**

	Atendem totalmente as necessidades de seu Município, em todas as especialidades médicas e procedimentos da área da saúde.
	Não atendem totalmente as necessidades visto que alguns procedimentos não são colocados à disposição do Município.
	As especialidades médicas e os procedimentos colocados à disposição não são os que o Município necessita.
	As especialidades médicas e os procedimentos colocados à disposição dos municípios são mínimos.

**c) Quanto à importância dos serviços de saúde prestados através do CIM Polinorte, pode-se afirmar que são:**

	Indispensável, tendo em vista o Município não conseguir suprir a demanda sem os serviços do CIM Polinorte.
	Razoável, visto que apenas complementa os servidores já prestados pelo Município.
	Dispensável, visto que a não existência dos serviços prestados pelo CIM Polinorte não acarretaria prejuízos.
	Indiferente, não possui nenhuma importância.

**d) As especialidades médicas ofertadas pelo CIM Polinorte são:**

	Totalmente suficientes para atender às demandas da população, não sendo necessária a inclusão de nenhuma outra especialidade.
	As existentes são extremamente importantes, mas é necessária a inclusão de novas especialidades.
	As especialidades existentes não são importantes, devendo ser retiradas.
	Não existem especialidades ofertadas.

**e) Quanto à infraestrutura física ofertada pelo CIM Polinorte para prestação dos serviços de saúde, pode-se afirmar que:**

	É perfeita e atende plenamente as necessidades da população.
	É razoável, mas atende plenamente as necessidades da população.
	É boa, mas não atende plenamente as necessidades da população.
	Não é adequada, sendo necessária a construção de uma estrutura própria para atendimento à população.

**f) Quanto ao corpo técnico e administrativo do CIM Polinorte, pode-se afirmar que:**

<input type="checkbox"/>	É composto por profissionais de alta qualidade e eficientes, em quantidade totalmente suficiente.
<input type="checkbox"/>	É composto por profissionais de alta qualidade e eficientes, mas poderia ser em maior quantidade.
<input type="checkbox"/>	É composto por profissionais de baixa qualidade, mas em quantidade suficiente.
<input type="checkbox"/>	É composto por profissionais de baixa qualidade e em quantidade insuficiente.

**g) Quanto aos serviços prestados através do CIM Polinorte, é possível afirmar que:**

<input type="checkbox"/>	São de excelente qualidade, bem organizados, prestados sem atrasos, nos dias, locais e horários agendados.
<input type="checkbox"/>	São de excelente qualidade, bem organizados, mas prestados com atrasos.
<input type="checkbox"/>	São de qualidade razoável, desorganizados, prestados com atrasos.
<input type="checkbox"/>	São de baixa qualidade, desorganizados, prestados com atrasos.

**h) Quanto ao valor pago pelos serviços prestados através do CIM Polinorte, pode-se afirmar que:**

<input type="checkbox"/>	Os valores pagos são maiores que os pagos pelo SUS, por isso atraem profissionais de qualidade, tornando positivo o custo-benefício para o município.
<input type="checkbox"/>	Os valores pagos são maiores que os pagos pelo SUS, mas mesmo assim não atraem profissionais de qualidade, tornando negativo o custo-benefício para o município.
<input type="checkbox"/>	Os valores pagos são menores que os pagos pelo SUS, por isso não atraem profissionais de qualidade.
<input type="checkbox"/>	Os valores pagos são altíssimos, fato que inviabiliza a contratação.

## **SEGUNDA ETAPA:**

Responda aos questionamentos utilizando os indicadores de 1 a 5, sendo que o 1 indica o menor grau de concordância com a afirmativa e o 5 o maior grau de concordância.

**a) Seu município possui condições técnicas e financeiras para ter servidores efetivos para todas as especialidades médicas necessárias à prestação dos serviços de saúde procurados pela população.**

1       2       3       4       5

**b)** A demanda da população pelos serviços de saúde é suprida por seu município, contando apenas com os profissionais existentes no quadro de pessoal do município.

1       2       3       4       5

**c)** O volume de serviços da área da saúde prestados por seu município através do CIM Polinorte supre a necessidade da população.

1       2       3       4       5

**d)** A importância do CIM Polinorte na prestação dos serviços de saúde em seu município é considerada essencial.

1       2       3       4       5

**e)** Apenas com os servidores públicos do Município, que atuam na área da saúde, é possível prestar os serviços de saúde de forma satisfatória.

1       2       3       4       5

**f)** Os serviços prestados através do CIM Polinorte são satisfatórios.

1       2       3       4       5

**g)** A qualidade da comunicação entre o seu município e o CIM Polinorte é boa:

1       2       3       4       5

**h)** A contratação de serviços através do CIM Polinorte é fácil:

1       2       3       4       5

**i)** O custo x o benefício dos serviços prestados através do CIM Polinorte é mais eficiente do que dos prestados ou contratados diretamente pelo município.

1       2       3       4       5

**j)** As especialidades médicas ofertadas pelo CIM Polinorte são suficientes.

1       2       3       4       5

**k)** A infraestrutura ofertada pelo CIM Polinorte atende as necessidades dos serviços.

1       2       3       4       5

**l)** O índice de reclamação dos usuários dos serviços prestados pelo CIM Polinorte é elevado.

1       2       3       4       5

**m)** O índice de retorno dos pacientes atendidos pelos serviços prestados pelo CIM Polinorte é elevado.

1       2       3       4       5

**n)** A soma dos serviços prestados diretamente pelo município e os prestados através do CIM Polinorte supre as necessidades da população.

1       2       3       4       5

**o)** Existem profissionais disponíveis no mercado de trabalho para atender a todas as especialidades médicas necessárias para suprir as demandas da população.

1       2       3       4       5

### **TERCEIRA ETAPA:**

Apresente as informações solicitadas.

**a)** Dos profissionais abaixo listados, quantos o seu Município possui no quadro de servidores efetivos?

Médicos	
Dentistas	
Enfermeiros	
Técnicos em enfermagem	

**b)** Dos profissionais abaixo listados, quantos VOCÊ ACHA QUE o seu Município AINDA PRECISA APORTAR NO QUADRO de servidores efetivos?

Médicos	
Dentistas	
Enfermeiros	
Técnicos em enfermagem	

**c)** Para quais as especialidades médicas o seu Município possui profissionais no quadro de servidores efetivos?

**d)** Qual o ano do último concurso público realizado pelo seu município para provimento de cargos da área da saúde?

e) Qual o valor do salário base previsto no plano de cargos e salários dos servidores abaixo:

Médicos	
Dentistas	
Enfermeiros	
Técnicos em enfermagem	

**Caso exista diferença entre as especialidades, apresentar cada uma delas abaixo:**

---

---

---

**QUARTA ETAPA:**

Nesta etapa você terá a oportunidade de apresentar os pontos não abordados nas etapas anteriores e reforçar o que entende ser mais importante.

Pontue três fatores positivos e três oportunidades de melhoria referentes ao CIM Polinorte:

ANEXO A – Recurso Extraordinário 271.286- AgR/RS.

*Supremo Tribunal Federal*

**1409**

COORD. DE ANÁLISE DE JURISPRUDÊNCIA  
D.J. 24.11.2000  
EMENTÁRIO Nº 2 0 1 3 - 7

12/09/2000

SEGUNDA TURMA

AGRG. NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO N. 271.286-8 RIO GRANDE DO SUL

RELATOR: MIN. CELSO DE MELLO  
AGRAVANTE: MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE  
ADVOGADA: CÂNDIDA SILVEIRA SAIBERT  
AGRAVADA: DINÁ ROSA VIEIRA  
ADVOGADOS: EDUARDO VON MÜHLEN E OUTROS  
ADVOGADOS: LUÍS MAXIMILIANO LEAL TELESKA MOTA E OUTROS

**E M E N T A:** PACIENTE COM HIV/AIDS - PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS - DIREITO À VIDA E À SAÚDE - FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS - DEVER CONSTITUCIONAL DO PODER PÚBLICO (CF, ARTS. 5º, CAPUT, E 196) - PRECEDENTES (STF) - RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO.

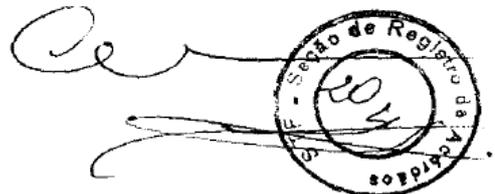
**O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQÜÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA.**

- O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar.

- O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa conseqüência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional.

**A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQÜENTE.**

- O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos



1410

*Supreme Tribunal Federal*AGRRE 271.286-8 RS

que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro - **não pode converter-se** em promessa constitucional inconseqüente, **sob pena** de o Poder Público, **fraudando** justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, **de maneira ilegítima**, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto **irresponsável** de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado.

**DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE MEDICAMENTOS A PESSOAS CARENTES.**

- O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de **distribuição gratuita** de medicamentos a pessoas carentes, **inclusive** àquelas portadoras do vírus HIV/AIDS, **dá efetividade** a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, caput, e 196) e **representa**, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, **especialmente** daquelas que **nada têm e nada possuem**, a não ser a **consciência** de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. **Precedentes** do STF.

**A C Ó R D ã O**

Vistos, relatados e discutidos estes autos, **acordam** os Ministros do Supremo Tribunal Federal, **em Segunda Turma**, na conformidade da ata de julgamentos e das notas taquigráficas, **por unanimidade** de votos, **em negar** provimento ao agravo regimental.

Brasília, 12 de setembro de 2000.

NÉRI DA SILVEIRA - PRESIDENTE



CELSON DE MELLO - RELATOR



## ANEXO B – Agravo Regimental em Recurso Extraordinário nº 824.414.

*Supremo Tribunal Federal*

Inteiro Teor do Acórdão - Página 1 de 10

18/11/2014

PRIMEIRA TURMA

**AG.REG. NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO 824.414 MINAS GERAIS**

**RELATOR** : **MIN. ROBERTO BARROSO**  
**AGTE.(S)** : MUNICIPIO DE SANTOS DUMONT  
**PROC.(A/S)(ES)** : FRANCISCO GALVÃO DE CARVALHO E OUTRO(A/S)  
**AGDO.(A/S)** : FLÁVIA CRISTINA MARINHO DA SILVA  
**PROC.(A/S)(ES)** : DEFENSOR PÚBLICO-GERAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS

**EMENTA:** AGRAVO REGIMENTAL EM RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO. DIREITO À SAÚDE. FORNECIMENTO PELO PODER PÚBLICO DO TRATAMENTO ADEQUADO. SOLIDARIEDADE DOS ENTES FEDERATIVOS. OFENSA AO PRINCÍPIO DA SEPARAÇÃO DOS PODERES. NÃO OCORRÊNCIA. PRECEDENTES.

A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal é firme no sentido de que, apesar do caráter meramente programático atribuído ao art. 196 da Constituição Federal, o Estado não pode se eximir do dever de propiciar os meios necessários ao gozo do direito à saúde dos cidadãos.

O fornecimento gratuito de tratamentos e medicamentos necessários à saúde de pessoas hipossuficientes é obrigação solidária de todos os entes federativos, podendo ser pleiteado de qualquer deles, União, Estados, Distrito Federal ou Municípios.

O Supremo Tribunal Federal assentou o entendimento de que o Poder Judiciário pode, sem que fique configurada violação ao princípio da separação dos Poderes, determinar a implementação de políticas públicas nas questões relativas ao direito constitucional à saúde.

Ausência de argumentos capazes de infirmar a decisão agravada.

Agravo regimental a que se nega provimento.

**ACÓRDÃO**

*Supremo Tribunal Federal*

Inteiro Teor do Acórdão - Página 2 de 10

**ARE 824414 AGR / MG**

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Primeira Turma do Supremo Tribunal Federal, sob a Presidência do Ministro Dias Toffoli, na conformidade da ata de julgamento e das notas taquigráficas, por unanimidade de votos, em negar provimento ao agravo regimental, nos termos do voto do relator. Ausente, justificadamente, o Ministro Marco Aurélio.

Brasília, 18 de novembro de 2014.

**MINISTRO LUÍS ROBERTO BARROSO - RELATOR**

ANEXO C – Agr.Reg. no Recurso Extraordinário com Agravo nº 727.864 PR.

*Supremo Tribunal Federal*

Inteiro Teor do Acórdão - Página 1 de 33

04/11/2014

SEGUNDA TURMA

AG.REG. NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO 727.864  
PARANÁ

RELATOR : MIN. CELSO DE MELLO  
AGTE.(S) : ESTADO DO PARANÁ  
PROC.(A/S)(ES) : PROCURADOR-GERAL DO ESTADO DO PARANÁ  
AGDO.(A/S) : MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ  
PROC.(A/S)(ES) : PROCURADOR-GERAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARANÁ

**E M E N T A: RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO (LEI Nº 12.322/2010) – CUSTEIO, PELO ESTADO, DE SERVIÇOS HOSPITALARES PRESTADOS POR INSTITUIÇÕES PRIVADAS EM BENEFÍCIO DE PACIENTES DO SUS ATENDIDOS PELO SAMU NOS CASOS DE URGÊNCIA E DE INEXISTÊNCIA DE LEITOS NA REDE PÚBLICA – DEVER ESTATAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E DE PROTEÇÃO À VIDA RESULTANTE DE NORMA CONSTITUCIONAL – OBRIGAÇÃO JURÍDICO-CONSTITUCIONAL QUE SE IMPÕE AOS ESTADOS – CONFIGURAÇÃO, NO CASO, DE TÍPICA HIPÓTESE DE OMISSÃO INCONSTITUCIONAL IMPUTÁVEL AO ESTADO – DESRESPEITO À CONSTITUIÇÃO PROVOCADO POR INÉRCIA ESTATAL (RTJ 183/818-819) – COMPORTAMENTO QUE TRANSGRIDE A AUTORIDADE DA LEI FUNDAMENTAL DA REPÚBLICA (RTJ 185/794-796) – A QUESTÃO DA RESERVA DO POSSÍVEL: RECONHECIMENTO DE SUA INAPLICABILIDADE, SEMPRE QUE A INVOCÇÃO DESSA CLÁUSULA PUDER COMPROMETER O NÚCLEO BÁSICO QUE QUALIFICA O MÍNIMO EXISTENCIAL (RTJ 200/191-197) – O PAPEL DO PODER JUDICIÁRIO NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS INSTITUÍDAS PELA CONSTITUIÇÃO E NÃO EFETIVADAS PELO PODER PÚBLICO – A FÓRMULA DA RESERVA DO POSSÍVEL NA PERSPECTIVA DA TEORIA DOS CUSTOS DOS DIREITOS: IMPOSSIBILIDADE DE SUA INVOCÇÃO PARA LEGITIMAR O INJUSTO INADIMPLEMENTO DE DEVERES ESTATAIS DE PRESTAÇÃO CONSTITUCIONALMENTE**

*Supremo Tribunal Federal*

Inteiro Teor do Acórdão - Página 2 de 33

**ARE 727864 AGR / PR**

IMPOSTOS AO PODER PÚBLICO – A TEORIA DA “RESTRICÇÃO DAS RESTRICÇÕES” (OU DA “LIMITAÇÃO DAS LIMITAÇÕES”) – CARÁTER COGENTE E VINCULANTE DAS NORMAS CONSTITUCIONAIS, INCLUSIVE DAQUELAS DE CONTEÚDO PROGRAMÁTICO, QUE VEICULAM DIRETRIZES DE POLÍTICAS PÚBLICAS, ESPECIALMENTE NA ÁREA DA SAÚDE (CF, ARTS. 6º, 196 E 197) – A QUESTÃO DAS “ESCOLHAS TRÁGICAS” – A COLMATAÇÃO DE OMISSÕES INCONSTITUCIONAIS COMO NECESSIDADE INSTITUCIONAL FUNDADA EM COMPORTAMENTO AFIRMATIVO DOS JUÍZES E TRIBUNAIS E DE QUE RESULTA UMA POSITIVA CRIAÇÃO JURISPRUDENCIAL DO DIREITO – CONTROLE JURISDICIONAL DE LEGITIMIDADE DA OMISSÃO DO PODER PÚBLICO: ATIVIDADE DE FISCALIZAÇÃO JUDICIAL QUE SE JUSTIFICA PELA NECESSIDADE DE OBSERVÂNCIA DE CERTOS PARÂMETROS CONSTITUCIONAIS (PROIBIÇÃO DE RETROCESSO SOCIAL, PROTEÇÃO AO MÍNIMO EXISTENCIAL, VEDAÇÃO DA PROTEÇÃO INSUFICIENTE E PROIBIÇÃO DE EXCESSO) – DOCTRINA – PRECEDENTES DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL EM TEMA DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DELINEADAS NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA (RTJ 174/687 – RTJ 175/1212-1213 – RTJ 199/1219-1220) – EXISTÊNCIA, NO CASO EM EXAME, DE RELEVANTE INTERESSE SOCIAL.

**2. AÇÃO CIVIL PÚBLICA: INSTRUMENTO PROCESSUAL ADEQUADO À PROTEÇÃO JURISDICIONAL DE DIREITOS REVESTIDOS DE METAINDIVIDUALIDADE – LEGITIMAÇÃO ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO (CF, ART. 129, III) – A FUNÇÃO INSTITUCIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO COMO “DEFENSOR DO POVO” (CF, ART. 129, II) – DOCTRINA – PRECEDENTES.**

**3. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DAS PESSOAS POLÍTICAS QUE INTEGRAM O ESTADO FEDERAL BRASILEIRO, NO CONTEXTO**

*Supremo Tribunal Federal*

Inteiro Teor do Acórdão - Página 3 de 33

**ARE 727864 AGR / PR**

**DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – COMPETÊNCIA COMUM**  
DOS ENTES FEDERADOS (UNIÃO, ESTADOS-MEMBROS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS) EM TEMA DE PROTEÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA E/OU INDIVIDUAL (**CF**, ART. 23, II). **DETERMINAÇÃO CONSTITUCIONAL QUE, AO INSTITUIR O DEVER ESTATAL DE DESENVOLVER AÇÕES E DE PRESTAR SERVIÇOS DE SAÚDE, TORNA AS PESSOAS POLÍTICAS RESPONSÁVEIS SOLIDÁRIAS PELA CONCRETIZAÇÃO DE TAIS OBRIGAÇÕES JURÍDICAS, O QUE LHES CONFERE LEGITIMAÇÃO PASSIVA “AD CAUSAM” NAS DEMANDAS MOTIVADAS POR RECUSA DE ATENDIMENTO NO ÂMBITO DO SUS – CONSEQUENTE POSSIBILIDADE DE AJUIZAMENTO DA AÇÃO CONTRA UM, ALGUNS OU TODOS OS ENTES ESTATAIS – **PRECEDENTES** – RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO.**

**ACÓRDÃO**

**Vistos, relatados e discutidos** estes autos, **acordam** os Ministros do Supremo Tribunal Federal, **em Segunda Turma**, sob a Presidência do Ministro Teori Zavascki, na conformidade da ata de julgamentos e das notas taquigráficas, **por unanimidade** de votos, **em negar provimento** ao recurso de agravo, **nos termos** do voto do Relator.

Brasília, 04 de novembro de 2014.

CELSO DE MELLO – RELATOR

ANEXO D – Agravo Regimental no Agravo em Recurso Especial nº 542.574

*Superior Tribunal de Justiça*

**AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 489.421 - RS  
(2014/0059558-7)**

**RELATOR** : **MINISTRO HUMBERTO MARTINS**  
**AGRAVANTE** : MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE  
**ADVOGADO** : LUÍS MAXIMILIANO LEAL TELESCA MOTA E OUTRO(S)  
**AGRAVADO** : L B P  
**REPR. POR** : A P DE O B  
**ADVOGADO** : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

**EMENTA**

ADMINISTRATIVO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS. SÚMULA 83/STF.

1. É assente o entendimento de que a Saúde Pública consubstancia direito fundamental do homem e dever do Poder Público, expressão que abarca a União, os Estados-membros, o Distrito Federal e os Municípios, todos em conjunto. Nesse sentido, dispõem os arts. 2º e 4º da Lei n. 8.080/1990.

2. A Constituição Federal é clara ao dispor sobre a obrigação do Estado em propiciar ao homem o direito fundamental à saúde, de modo que todos os entes federativos têm o dever solidário de fornecer gratuitamente medicamento ou congêneres às pessoas carentes.

3. Qualquer um dos entes federativos tem legitimidade *ad causam* para figurar no polo passivo de demanda que objetiva a garantia do acesso a medicamentos para tratamento de saúde.

Agravo regimental improvido.

**ACÓRDÃO**

Vistos, relatados e discutidos os autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da SEGUNDA Turma do Superior Tribunal de Justiça "A Turma, por unanimidade, negou provimento ao agravo regimental, nos termos do voto do(a) Sr(a). Ministro(a)-Relator(a)." Os Srs. Ministros Herman Benjamin, Mauro Campbell Marques (Presidente) e Assusete Magalhães votaram com o Sr. Ministro Relator.

Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Og Fernandes.

ANEXO E – Apelação/Reexame Necessário nº 0011741-65.2011.8.08.0030

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
 PODER JUDICIÁRIO  
**TRIBUNAL DE JUSTIÇA**  
GAB. DESEMB - RONALDO GONÇALVES DE SOUSA  
 29 de outubro de 2013

APELAÇÃO / REEXAME NECESSÁRIO Nº 0011741-65.2011.8.08.0030 (030110117410) -  
 LINHARES - FAZ PÚBLICA EST., MUN., REG. PÚB. E MEIO AMBIENTE  
 APELANTE :ESTADO DO ESPÍRITO SANTO e outro  
 APELADO : AIKA BAIÃO MOL ABIKO  
 RELATOR DES. RONALDO GONÇALVES DE SOUSA  
 REVISOR DES. DAIR JOSÉ BREGUNCE DE OLIVEIRA

**RELATÓRIO**

**VOTOS**

**O SR. DESEMBARGADOR RONALDO GONÇALVES DE SOUSA (RELATOR):-**

REMESSA NECESSÁRIA COM APELAÇÕES N. 0011741-65.2011.8.08.0030  
 (030110117410)  
 REMETENTE: VARA DA FAZENDA PÚBLICA, REGISTROS PÚBLICOS E MEIO  
 AMBIENTE DA COMARCA DE LINHARES/ES  
 APELANTES: ESTADO DO ESPÍRITO SANTO E MUNICÍPIO DE LINHARES/ES  
 APELADA: AIKA BAIÃO MOL ABIKO REPRESENTADA POR SABRINA BAIÃO  
 MOL  
 RELATOR: DESEMBARGADOR RONALDO GONÇALVES DE SOUSA

**RELATÓRIO**

Cuidam os autos de remessa necessária com apelações cíveis interpostas pelo ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (fls. 113/129) e pelo MUNICÍPIO DE LINHARES/ES (fls. 144/151) com vistas à reapreciação da r. sentença de fls. 109/111, que, em sede de ação ordinária com pedido de tutela antecipada movida por SABRINA BAIÃO MOL (fls. 02/15), representando os interesses individuais de AIKA BAIÃO MOL ABIKO, em face do MUNICÍPIO DE LINHARES/ES e do ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, julgou procedente o pleito inaugural, confirmando a liminar anteriormente deferida (fls. 33/36), que determinou aos entes federados apelantes, no prazo de 05 (cinco) dias - sob pena de multa diária no valor de R\$ 5.000,00 - o fornecimento dos seguintes equipamentos:

- A) bomba de insulina “Paradigma” Medtronic MMT522;
- B) Catéter – paradigm quick-set MMT 399;

- C) Aplicador Sil-Sertter - "quick set" - MMT-395;  
 D) Reservatório de 3ml - "Reservoir Medtronic Minimed" - MMT-326A";  
 E) Transmissor MiniLink – MMT-7707NA:  
 e.1) 01 MiniLink – Transmissor;  
 e.2) 01 Carregador MiniLink usa 1 bateria AAA, para recarregar o MiniLink transmissor;  
 e.3) 01 Dispositivo de testes MiniLink para testar o transmissor;  
 e.4) 03 Baterias alcalinas AAA;  
 e.5) 30 adesivos para ocluir e proteger o sensor conectado no MiniLink transmissor;  
 e.6) 01 Sten-Sertes aplicador de Sensor no subcutâneo;  
 F) Sensores de glicose contínua – MMT-7002C ou MMT7002D;  
 G) Insulina Novorapid (aspart) – frascos de 1000 (mil) unidades/mês; e  
 H) Fitas de glicemia capilar 240 unidades por mês, adequadas ao aparelho da paciente.

Contrarrazões da apelada às fls. 133/140 e 154, pugnando pela manutenção do "decisum" objurgado (fls. 109/111).

Parecer da D. Procuradoria de Justiça às fls. 158/161, opinando pelo improvimento dos recursos de apelação interpostos com a consequente manutenção da sentença recorrida.

É o breve relatório.

À revisão.

Vitória, 07 de outubro de 2013.

DESEMBARGADOR RONALDO GONÇALVES DE SOUSA  
 RELATOR

REMESSA NECESSÁRIA COM APELAÇÕES N. 0011741-65.2011.8.08.0030 (030110117410)

REMETENTE: VARA DA FAZENDA PÚBLICA, REGISTROS PÚBLICOS E MEIO AMBIENTE DA COMARCA DE LINHARES/ES

APELANTES: ESTADO DO ESPÍRITO SANTO E MUNICÍPIO DE LINHARES/ES

APELADA: AIKA BAIÃO MOL ABIKO REPRESENTADA POR SABRINA BAIÃO MOL

RELATOR: DESEMBARGADOR RONALDO GONÇALVES DE SOUSA

VOTO

Conforme brevemente relatado, cuidam os autos de remessa necessária com apelações cíveis interpostas pelo ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (fls. 113/129) e pelo MUNICÍPIO DE LINHARES/ES (fls. 144/151) com vistas à reapreciação da r.

sentença de fls. 109/111, que, em sede de ação ordinária com pedido de tutela antecipada movida por SABRINA BAIÃO MOL (fls. 02/15), representando os interesses individuais de AIKA BAIÃO MOL ABIKO, em face do ESTADO DO ESPÍRITO SANTO e do MUNICÍPIO DE LINHARES/ES, julgou procedente o pleito inaugural, confirmando a liminar anteriormente deferida (fls. 33/36), que determinou aos entes federados apelantes, no prazo de 05 (cinco) dias - sob pena de multa diária no valor de R\$ 5.000,00 - o fornecimento dos seguintes equipamentos,:

- A) bomba de insulina “Paradigma” Medtronic MMT522;
- B) Catéter – paradig quick-set MMT 399;
- C) Aplicador Sil-Sertter - “quick set” - MMT-395;
- D) Reservatório de 3ml - “Reservoir Medtronic Minimed” - MMT-326A”;
- E) Transmissor MiniLink – MMT-7707NA:
  - e.1) 01 MiniLink – Transmissor;
  - e.2) 01 Carregador MiniLink usa 1 bateria AAA, para recarregar o MiniLink transmissor;
  - e.3) 01 Dispositivo de testes MiniLink para testar o transmissor;
  - e.4) 03 Baterias alcalinas AAA;
  - e.5) 30 adesivos para ocluir e proteger o sensor conectado no MiniLink transmissor;
  - e.6) 01 Sten-Sertes aplicador de Sensor no subcutâneo;
- F) Sensores de glicose contínua – MMT-7002C ou MMT7002D;
- G) Insulina Novorapid (aspart) – frascos de 1000 (mil) unidades/mês; e
- H) Fitas de glicemia capilar 240 unidades por mês, adequadas ao aparelho da paciente.

Eminentes Pares, ab initio, de forma sucinta, é preciso tecer algumas considerações acerca dos contornos da presente demanda.

A apelada ajuizou ação ordinária com pedido de antecipação de tutela pleiteando a concessão de bomba de insulina, em virtude de sofrer de diabetes Mellitus Tipo 1 e não possuir condições financeiras de arcar com o tratamento da doença.

Conforme o relatório médico de fls. 22/23, a criança apelada preenche todos os requisitos para a indicação do uso da bomba de insulina, uma vez que não se adaptou a outros tratamentos e se encontra atualmente sem conseguir controlar a doença, caracterizando verdadeiro risco de morte.

O Magistrado Singular, às fls. 109/111, julgou procedente o pedido autoral com base nas lições dos preceitos constitucionais da dignidade da pessoa humana, promoção do bem-estar social e do direito à saúde.

Insurgindo-se contra o édito sentencial de fls. 109/111, o recorrente ESTADO DO ESPÍRITO SANTO interpôs apelação às fls. 113/129 pugnando pela reforma de decisão guerreada, sob o argumento de:

- a) não se pode atribuir ao Estado uma obrigação ilimitada de prestar atendimento à saúde sem antes estabelecer critérios mínimos e máximos do que se possa exigir do Judiciário;
- b) no caso vertente, o Poder Público, por meio do Sistema Único de Saúde, tutela o

mínimo existencial à saúde e a uma existência digna através da dispersão de medicamentos igualmente eficazes no controle e combate do mal que acomete a saúde da recorrida, não existindo omissão na prestação da saúde;

c) o tratamento oferecido pelo SUS não pode ser afastado sem que haja prova cabal de sua ineficiência; e

d) na hipótese de manutenção da r. sentença, não pode o Estado ser condenado ao pagamento de honorários advocatícios em favor de advogado particular, salvo na hipótese de ter sido o advogado indicado para patrocinar causa de necessitado, quando impossível a prestação de serviços pela Defensoria Pública.

Outrossim, o MUNICÍPIO DE LINHARES/ES interpôs apelação (fls. 144/151) aduzindo que a responsabilidade pelo fornecimento de medicamentos de alto custo é dos Estados-membros e da União, isto é, que somente estes entes que possuem a competência para tal obrigação.

Pois bem, a recorrida anexou à petição inicial relatório médico, às fls. 22/23, comprobatório de seu quadro clínico, qual seja: portadora de diabetes Mellitus tipo 1.

Delineado o quadro fático dos autos, entendo que, do ponto de vista jurídico, o caso deva ser analisado à luz dos arts. 194 e 196, ambos da Constituição, do princípio da dignidade da pessoa humana - albergado no art. 1º, III, da mesma Carta e, por fim, do direito à vida (art. 5º, caput, da CF/88). O art. 194 assegura a universalidade da cobertura e do atendimento à saúde, enquanto o art. 196 preceitua ser a saúde “direito de todos e dever do Estado”, dispondo que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo 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”.

Quadra registrar, a propósito, que as normas protetivas do direito à saúde ostentam aplicabilidade imediata, obrigando o Estado à prestação de todos e quaisquer tratamentos médicos de que necessite o paciente, como bem ilustram os seguintes precedentes:

[...] O Sistema Único de Saúde-SUS visa a integralidade da assistência à saúde, seja individual ou coletiva, devendo atender aos que dela necessitem em qualquer grau de complexidade [...] (STJ, AgRg no Ag n.º 1044354/RS, Relator: Ministro Luiz Fux, J 14/10/2008, DJ 03/11/2008).

Face ao direito à saúde (art. 196 da CF/88), o princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da CF/88) e ao direito à vida (art. 5º, caput, da CF/88), deve ser mantida a sentença que condena o Estado ao fornecimento do tratamento de saúde a que faz jus a apelada, correspondente a 10 (dez) sessões de oxigenoterapia hiperbárica [...] (TJES, Apelação Cível n.º 11060148779, Relator: Ronaldo Gonçalves de Sousa, J 14/10/2008, DJ 29/10/2008).

MANDADO DE SEGURANÇA. [...] DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE. 1. Não podendo a Impetrante custear sem comprometimento de seu próprio sustento o tratamento de saúde, cumpre ao Estado o dever de amparo, uma vez que todos os

cidadãos têm direito à saúde, qualificada como direito fundamental, indissociável do direito à vida [...]. 3. Segurança concedida (TJES, Mandado de Segurança n.º 100100020484, Relator Substituto: Ewerton Shwab Pinto Junior, J 18/10/2010, DJ 06/12/2010)

O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196) [...] É dever do Estado propiciar aos necessitados não qualquer tratamento, mas o tratamento mais adequado e eficaz, capaz de ofertar ao enfermo maior dignidade e menor sofrimento (TJES, Mandado de Segurança n.º 100080030727, Relatora: Catharina Maria Novaes Barcellos, J 08/04/2009, DJ 22/05/2009).

Aliás, não seria demasiado registrar que, se a assistência integral à saúde corresponde a um direito fundamental do cidadão, é certo que tal direito pode ser tutelado em juízo, nos termos da garantia fundamental do acesso à justiça (art. 5º, XXXV, da CF/88). Registre-se, por oportuno, que segundo MAURO CAPPELLETTI e BRYANT GARTH, a referida cláusula constitucional deve ser encarada como "o requisito fundamental - o mais básico dos direitos humanos - de um sistema jurídico moderno e igualitário que pretenda garantir, e não apenas proclamar os direitos de todos" (CAPPELLETTI, Mauro. GARTH, Bryant. Acesso à Justiça. Trad. de Ellen Gracie Northfleet. Porto Alegre: Fabris, 1988. p. 12).

É imperioso destacar, ainda, que os julgados anteriormente transcritos destacam a obrigação dos entes públicos de prestar integralmente a assistência à saúde, razão pela qual não prevalece qualquer argumentação que se faça acerca da "judicialização da saúde", seus impactos orçamentários e seus supostos reflexos práticos sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde, de forma que correta a postura do autor em acionar o Município e o Estado réus:

[...] RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA ENTRE OS ENTES DA FEDERAÇÃO - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO - LAUDO MÉDICO DETERMINANDO A UTILIZAÇÃO DE DETERMINADO FÁRMACO - RECURSO IMPROVIDO. [...] A competência em relação à saúde e assistência pública é comum à todos os entes, tanto à União, como Estados, Distrito Federal e Municípios. Assim, é facultado ao autor demandar contra qualquer um dos entes da Federação, optando pela forma que melhor atenda às suas necessidades, já que a obrigação de tais entes em prestar serviços de assistência à saúde é de natureza solidária. 3. A vida e a saúde são direitos inalienáveis do ser humano, razão pela qual compete ao Poder Público sua proteção, sendo medida desta ação, inclusive, o fornecimento de medicamentos àqueles que têm dificuldades financeiras em obtê-los, consoante dispõe o art. 196 da CF. [...] (TJES, Agravo Interno - Arts 557/527, II CPC - Ap Cível n.º 11100089280, Relator: Telemaco Antunes de Abreu Filho, J. 04/07/2011, DJ. 18/07/2011)

Por outro lado, não se pode ignorar o disposto no art. 23, II, da Constituição Federal, que institui a competência administrativa comum de todos os entes federativos no dever de prestar da saúde, bem como as garantias asseguradas pelo art. 5º e 6º, também da Carta Magna, especificamente no que se refere aos direitos fundamentais à vida e à saúde.

O impasse não é novo e a jurisprudência deste E. Tribunal, bem como do C. Superior

Tribunal de Justiça, há muito se consolidou no sentido de que a responsabilidade dos entes federados é solidária no dever de proteção à saúde. Vejamos:

RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. ART. 535, II, DO CPC. OMISSÃO NÃO DEMONSTRADA. DEFICIÊNCIA DE FUNDAMENTAÇÃO. SÚMULA 284/STF. ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS PELO FUNCIONAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. LEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM DA UNIÃO. SOBRESTAMENTO. DESNECESSIDADE. HONORÁRIOS. REVISÃO. SÚMULA 7/STJ. [...] 5. É tema pacífico nesta Corte que o funcionamento do Sistema Único de Saúde é de responsabilidade solidária da União, dos Estados e dos Municípios, de modo que qualquer um desses entes tem legitimidade ad causam para figurar no polo passivo de demanda que objetiva a garantia do acesso a medicamentos para tratamento de saúde. Precedentes recentes de ambas as Turmas de Direito Público. [...] (STJ, REsp 1179366/SC, Rel. Ministro CASTRO MEIRA, J. 11/06/2013, DJ. 18/06/2013)

"[...] todos os entes federados - tanto o Município, quanto a União, bem como o Estado - possuem responsabilidade solidária pela prestação do serviço de saúde em prol dos cidadãos, já que a própria Constituição da República atribui, expressamente, à esfera de competência de todos eles o cuidado com o direito à saúde, nos termos do artigo 23, inciso II, c/c o artigo 6º e artigo 196 [...]" (TJES, Agravo Interno - Arts 557/527, II CPC - Remessa Ex-officio n.º 12100139463, Relator: Carlos Simões Fonseca, J 13/11/2012, DJ 21/11/2012).

Ademais, incumbe ao réu o ônus da prova de que o autor pode se beneficiar com tratamento/ medicamento congêneres dos que foram prescritos e arrolados na inicial, o que não se estabeleceu na situação vertente. Sobre o tema, colaciono os seguintes julgados:

EMENTA: AÇÃO ORDINÁRIA. DECISÃO LIMINAR. AGRAVO DE INSTRUMENTO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. SUS. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS. ALEGAÇÃO DE QUE MEDICAMENTOS SIMILARES OU CONGÊNERES SÃO ADEQUADOS AO TRATAMENTO. ÔNUS DA PROVA DO DEMANDADO. MÍNIMO EXISTENCIAL. PRECEDENTES. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. 1. - Há responsabilidade solidária dos entes federados no que concerne ao sistema de saúde. No caso de ação que tenha por objeto o fornecimento de medicamentos, a demanda poderá ser aforada em face da União, dos Estados ou dos Municípios. Precedentes do Superior Tribunal de Justiça. 2. - Incumbe ao réu o ônus da prova de que a autora pode beneficiar-se com medicamentos congêneres dos que foram prescritos e reclamados por meio da ação (CPC., art. 333, II). [...] (TJES, Agravo de Instrumento, 14119000553, Relator: DAIR JOSÉ BREGUNCE DE OLIVEIRA, J. 17/07/2012, DJ. 25/07/2012)

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO QUE ACOMPANHA A PACIENTE. DEVER DO ESTADO DE PRESTAR ASSISTÊNCIA À SAÚDE. MEDICAÇÃO SIMILAR FORNECIDA PELO SUS. OBRIGATORIEDADE DO ESTADO. SENTENÇA REFORMADA. RECURSO PROVIDO. 1. O Estado tem o dever de assegurar a todos, indistintamente, o direito à saúde, promovendo ações e serviços que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, nos termos do artigo 196 da Constituição Federal. 2. É assente na

jurisprudência o entendimento no sentido de que o fato do poder público disponibilizar medicamento similar não o exime do dever constitucional de prestar assistência à saúde, na medida em que nem sempre aquele remédio fornecido pelo Estado será o que melhor se aplicará ao tratamento do cidadão. [...] (TJES, Apelação, 24040177248, Relator Substituto: ELISABETH LORDES, J. 09/08/2011, DJ. 13/09/2011)

Assim, agiu com acerto o Magistrado Singular ao condenar, solidariamente, o Estado e o Município no fornecimento dos equipamentos pleiteados na inicial, dos quais comprovadamente a apelada necessitava. Este Egrégio Tribunal já se manifestou no mesmo sentido:

EMENTA: REMESSA NECESSÁRIA. AÇÃO ORDINÁRIA. CIRURGIA. DIREITO À SAÚDE. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DAS ENTIDADES DA FEDERAÇÃO. CUSTAS PROCESSUAIS. ISENÇÃO. PROIBIÇÃO DE 'REFORMATIO IN PEJUS' EM DESFAVOR DA FAZENDA PÚBLICA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. REMESSA NECESSÁRIA CONHECIDA COM A REFORMA PARCIAL DA SENTENÇA OBJURGADA. 1) O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). É dever do Estado propiciar aos necessitados não qualquer tratamento, mas o tratamento mais adequado e eficaz, capaz de ofertar ao enfermo maior dignidade e menor sofrimento. 2) Os entes federados - tanto o Município, quanto a União, bem como o Estado - possuem responsabilidade solidária pela prestação do serviço de saúde em prol dos cidadãos, já que o próprio Texto Constitucional atribui, expressamente, à esfera de competência de todos eles o cuidado com o direito à saúde, nos termos do art. 23, inciso II, c/c o arts. 6º e 196. [...] (TJES, Remessa Ex-officio, 47100085431, Relator: RONALDO GONÇALVES DE SOUSA, J. 19/02/2013, DJ. 01/03/2013)

APELAÇÃO. MANDADO DE SEGURANÇA. FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO ESPECÍFICA PARA DIABETES TIPO 1. POSSIBILIDADE DE SUBSTITUIÇÃO POR MEDICAMENTO SIMILAR GENÉRICO. QUANDO O FORNECIDO PELO SUS ATENDER À NECESSIDADE DO PACIENTE. APELAÇÃO CONHECIDA E PARCIALMENTE PROVIDA. [...] 2. O artigo 198, parágrafo único, da Carta Magna, estabelece que o Sistema Único de Saúde será firmado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados e dos Municípios, além de outras fontes. 03. A Lei nº 8.080/90, por sua vez, que disciplina o Sistema Único de Saúde, atribuiu aos Estados, Distrito Federal e Municípios a prestação dos serviços de saúde à população, estabelecendo, essa forma, a responsabilidade solidária dos entes a federação. [...] 6. O Sistema Único de Saúde, embora preveja o fornecimento de determinados medicamentos para os casos de *diabetes mellitus*, é fato incontestável que existem diversos tipos de diabetes, com complexidades diferentes, de modo que não se pode tratar todos os tipos com apenas uma medicação genérica. É necessário, portanto, analisar a gravidade da doença em consonância com as características individuais do doente, para posteriormente definir qual é o tratamento existente para a respectiva situação [...] (TJES, Reexame Necessário, 21080094986, Relator: ÁLVARO MANOEL ROSINDO BOURGUIGNON, J. 02/07/2013, DJ. 10/07/2013)

EMENTA: REMESSA NECESSÁRIA. AÇÃO CÍVEL PÚBLICA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO FORA DA LISTA REMENE. SAÚDE DIREITO DE TODOS E

DEVER DO ESTADO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DA UNIÃO, ESTADOS E MUNICÍPIOS. PRECEDENTES DESTE TJES E DO SJT. REMESSA CONHECIDA. SENTENÇA CONFIRMADA. 1. O Ministério Público ajuizou ação civil pública para que o Estado do Espírito Santo e o Município de Castelo cumprissem com suas atribuições constitucionais de garantir a saúde do cidadão, conforme estabelecido no artigo 196, da CR/88. 2. O Órgão Ministerial tentou pela via administrativa obter a medicação, mas teve negado seu pleito sob a justificativa de não constar da lista REMENE. 3. Entendimento pacífico acerca da responsabilidade solidária dos entes federativos no fornecimento de medicamentos a pessoas carentes e que necessitem do tratamento prescrito por médico. Precedentes deste Tribunal de Justiça (030100092094 - 100100027935) e do c. STJ. 4. Remessa necessária conhecida, para confirmar a sentença. (TJES, Reexame Necessário, 13090003149, Relator: ÁLVARO MANOEL ROSINDO BOURGUIGNON, J. 09/04/2013, DJ.17/04/2013)

Por outro lado, ao contrário do que afirmam os apelantes, uma vez que o beneficiário da assistência judiciária gratuita, que possui advogado particular como patrono, obtém êxito na ação intentada contra o Estado, tem o advogado direito à percepção dos honorários de sucumbência (art. 11, da Lei n.º 1.060/1950 e art. 20, "caput", do Código de Processo Civil):

[...] 3) Não obstante a disponibilização pelo Estado dos serviços da Defensoria Pública, são devidos os honorários sucumbenciais ao advogado particular da parte beneficiária da assistência judiciária gratuita, quando o Estado tenha dado causa ao ajuizamento da ação, por força do princípio da causalidade. [...] (TJES, Apelação / Reexame Necessário, 24110267879, Relator: RONALDO GONÇALVES DE SOUSA, J. 20/08/2013, DJ. 30/08/2013)

EMENTA APELAÇÃO CÍVEL - PROCESSUAL CIVIL - HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS - PRINCÍPIO DA CAUSALIDADE - ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA - ADVOGADO PARTICULAR - CONDENAÇÃO DO ESTADO - POSSIBILIDADE - RECURSO DESPROVIDO. 1 - O Princípio da Sucumbência, adotado pelo art. 20 do CPC, encontra-se contido no Princípio da Causalidade, segundo o qual aquele que deu causa à instauração do processo ou do incidente deve arcar com as despesas dele decorrentes. 2 - O fato da parte autora estar assistida por advogado particular em localidade onde exista instalações defensoria pública não afasta a possibilidade de condenação da fazenda pública sucumbente nos honorários advocatícios. (Apelação Cível nº 8110033936) 3 - Recurso desprovido. (TJES, Apelação, 47100011007, Relator Substituto: LYRIO REGIS DE SOUZA LYRIO, J. 20/08/2013, DJ. 27/08/2013)

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - DIREITO À APOSENTAÇÃO - RECONHECIDO EM MANDADO DE SEGURANÇA - TRÂNSITO EM JULGADO - REDISSCUSSÃO - IMPOSSIBILIDADE - CUSTAS PROCESSUAIS - FAZENDA PÚBLICA - ISENÇÃO - HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS - ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA - CONDENAÇÃO - RECURSO IMPROVIDO. [...] 3. Não há qualquer razoabilidade em se deixar de condenar a Fazenda Pública ao pagamento de honorários sucumbenciais em favor de advogado que tenha patrocinado causa amparada pela assistência judiciária gratuita, ainda que estivesse à disposição do necessitado a Defensoria Pública. 4. Recurso improvido. (TJES, Apelação, 26090020764, Relator Substituto Designado: LUIZ GUILHERME RISSO, J. 13/05/2013, DDJ. 27/06/2013)

AGRAVO INTERNO NA APELAÇÃO CÍVEL. CUSTAS SUCUMBENCIAIS. FAZENDA PÚBLICA. ISENÇÃO. IRRELEVÂNCIA DA EXISTÊNCIA DE DEFENSORIA PÚBLICA E DO DIREITO À ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA. CONDENAÇÃO DO ESTADO AOS HONORÁRIOS DE SUCUMBÊNCIA AO ADVOGADOR PARTICULAR. PRINCÍPIO DA CAUSALIDADE. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. [...] Não obstante a disponibilização pelo Estado dos serviços da Defensoria Pública, são devidos os honorários sucumbenciais ao advogado particular da parte beneficiária da assistência judiciária gratuita, quando o Estado tenha dado causa ao ajuizamento da ação, por força do princípio da causalidade [...] (TJES, Agravo em Apelação n.º 24110424637, Relator: Álvaro Manoel Rosindo Bourguignon, J 11/06/2013, DJ 19/06/2013).

Diante de todo o exposto, CONHEÇO das apelações interpostas pelo ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (fls. 113/129) e pelo MUNICÍPIO DE LINHARES/ES (fls. 144/151), e, no mérito, NEGO-LHES PROVIMENTO.

Outrossim, CONHEÇO da remessa necessária e, por não vislumbrar vícios formais e/ou materiais no julgado, mantenho a sentença em todos os seus termos (fls. 109/111).

É como voto.

Vitória, 07 de outubro de 2013.

DESEMBARGADOR RONALDO GONÇALVES DE SOUSA  
RELATOR

**O SR. DESEMBARGADOR DAIR JOSÉ BREGUNCE DE OLIVEIRA :-**

Voto no mesmo sentido

\*

**O SR. DESEMBARGADOR LUIZ GUILHERME RISSO :-**

Voto no mesmo sentido

\*

### **DECISÃO**

Vistos, relatados e discutidos estes autos, APELAÇÃO / REEXAME NECESSÁRIO Nº 0011741-65.2011.8.08.0030 (030110117410), em que são as partes as acima indicadas, ACORDA o Egrégio Tribunal de Justiça do Espírito Santo (Terceira Câmara Cível), na conformidade da ata e notas taquigráficas da sessão, que integram este julgado, em, à unanimidade, conhecer dos recursos de apelação e negar-lhes provimento. Outrossim, conhecer da remessa necessária e, por não vislumbrar vícios formais e/ou materiais no julgado, manter intacta a sentença.

\*

\*

\*