

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Katiana dos Santos Teléfora

Tendências e padrões regionais dos Consórcios Públicos de Saúde no Brasil

Rio de Janeiro

2020

Katiana dos Santos Teléfora

Tendências e padrões regionais dos Consórcios Públicos de Saúde no Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento e Gestão do Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Luciana Dias de Lima

Coorientadora: Prof^a Dr^a Adelyne Maria Mendes Pereira

Rio de Janeiro

2020

Título do trabalho em inglês: Regional trends and patterns of public health consortia in Brazil.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

[I267t] Teléfora, Katiana dos Santos.
Tendências e padrões regionais dos Consórcios Públicos de Saúde no Brasil / Katiana dos Santos Teléfora. -- 2020.
90 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientadora: Luciana Dias de Lima.
Coorientadora: Adelyne Maria Mendes Pereira.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Consórcios de Saúde. 2. Consórcio Público. 3. Regionalização.
4. Federalismo. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Gestão em Saúde.
I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.10425

Katiana dos Santos Teléfora

Tendências e padrões regionais dos Consórcios Públicos de Saúde no Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento e Gestão do Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 30 de julho de 2020.

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Anamaria Carvalho Schneider

Fundação Estatal de Saúde de Niterói

Prof^a Dr José Mendes Ribeiro

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Prof^a Dr^a Adelyne Maria Mendes Pereira (Coorientadora)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Prof^a Dr^a Luciana Dias de Lima (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2020

Dedico esse trabalho a todas as pessoas que acreditam na gestão do SUS como espaço de trabalho e mudança da realidade.

Além disso, dedico a memória dos meus avós paternos – Maria Teresa e Benjamim Miguel e aos maternos – Perolina e Antônio Gabriel. Por fim e principalmente aos meus pais, Tarcísio Teléfora e Norma Sueli dos Santos Teléfora. Essas seis pessoas construíram (e constroem) a estrada para que pudesse chegar nesse momento através de amor, trabalho, resiliência e suporte familiar aos seus filhos.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à minhas orientadoras, as professoras Luciana Dias de Lima e Adelyne Maria Mendes Pereira. Ambas foram orientadoras em toda a completude que o substantivo pode passar. Poder ser orientada por nossas referências, me encheu de orgulho. Luciana, obrigada por me acolher no projeto de pesquisa sobre consórcios do seu grupo de pesquisa que participei nesse período. E através delas agradeço a Ensp/Fiocruz por ser aluna de uma instituição que contribui tanto para o Brasil!

Aos amados meus pais e irmãos, aos quais dedico todos meus projetos e conquistas da minha vida. Em especial, meus pais e as minhas irmãs Suzana e Karina. Obrigada por me apoiarem desde a decisão em fazer a prova, pelo suporte e aguentarem as ausências, principalmente na parte final. Não seria ninguém sem vocês.

Ao “meu assistente de pesquisa” Guilherme, que com seu apoio e amor, contribuiu muitíssimo nessa caminhada, talvez nem ele saiba o quanto.

Agradeço às minhas chefias que autorizaram a liberação para realização das minhas aulas, assim como aos meus colegas de carreira da Secretaria de Estado da Casa Civil que me substituíram nesses momentos, principalmente no primeiro ano. Agradeço assim, como muito carinho, a Priscilla e ao Henrique. Como não agradecer as minhas amigas de carreira Carol, Teresa, Gisela e Renata Vianna (uma das referências deste trabalho) que além de segurar as pontas, sempre torceram genuinamente por mim.

Meu obrigada as minhas amigas que sempre torcem para mim: Ana Luisa, Ávila, Camila, Débora, Flávia, Glenda, Juliana, Isabel, Luana, Luiza e Tainan e todas as amigas do meu grupo das “Nutris”. Ao meu professor de Português, Tiago Starling. E a todas as pessoas não tenha citado, mas, me apoiaram nesse processo tão intenso.

Quero encerrar essa chuva de agradecimentos à minha turma de mestrado, de Políticas, Planejamento e Gestão do Cuidado em Saúde - 2018 e das outras que tivemos contato, das outras áreas de concentração e doutorandos. Que experiência maravilhosa! A essa turma de pessoas aguerridas que transbordam SUS por aí. Uma turma que me permitiu experienciar tanta vida e também a finitude. Angélica, a você também dedico a esse trabalho.

À Deus por guiar meus caminhos, sempre!

“Nossos passos vêm de longe”

WERNECK, 2006.

RESUMO

As estratégias e instrumentos de cooperação intergovernamental na gestão e prestação de serviços são aspectos importantes para o avanço da regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Os consórcios públicos são acordos entre entes federativos através da constituição de associação pública ou pessoa jurídica de direito privado, de acordo com a Lei 11.107/2005. A pesquisa teve como objetivo analisar as tendências e os padrões regionais dos consórcios públicos de saúde no Brasil no período de 2005 a 2015. Buscou-se compreender como os consórcios se desenvolveram no país considerando o número, as características e a localização dos municípios consorciados, no contexto da regulamentação federal e estadual sobre o tema. Foram analisados dados sobre municípios consorciados no país considerando a presença de todos os entes federativos utilizando os dados da Pesquisa MUNIC/IBGE. Além disso, se levantou a produção legislativa disponível em todos os estados brasileiros a fim de identificar nos documentos, elementos normativos e processos regionais sobre a implementação dos consórcios anteriores e posteriores à 2005. Os resultados encontrados mostram que embora os consórcios não sejam novas estruturas na gestão pública nacional, ainda existem divergências no campo do Direito Brasileiro acerca de seus formatos organizacionais. As tendências e os padrões regionais sugerem que após a publicação da Lei de Consórcios Públicos, o número de municípios consorciados no setor saúde aumentou para mais de 50 % em números absolutos no período entre 2005 a 2015. Verificou-se o aumento da presença de estados e da União na conformação de consórcios intermunicipais, que foi uma das mudanças relativas à nova legislação. Além disso, identificou-se um aumento do número de municípios consorciados nas regiões nordeste, centro-oeste e norte, regiões que não possuíam tradição de consorciamento se comparada às regiões sul e sudeste. No plano estadual, observou-se um aumento da produção legislativa sobre o tema com maior protagonismo dos entes estaduais nos processos de conformação de consórcios. Os processos de desenvolvimento de consórcios intergovernamentais se colocam como uma profícua agenda futura de pesquisa, assim como um maior aprofundamento dos consórcios públicos como atores da coordenação federativa regional.

Palavras chaves: Consórcios de Saúde; Consórcio Público; Regionalização; Federalismo, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The strategies and instruments of intergovernmental cooperation in the management and provision of services are important aspects for the advancement of the regionalization of the Unified Health System (SUS). Public consortia are agreements between federative entities through the constitution of a public association or legal entity under private law, in accordance with Law 11.107/2005. The research aimed to analyze the trends and regional patterns of public health consortia in Brazil from 2005 to 2015. We sought to understand how consortia developed in the country considering the number, characteristics and location of the consortium municipalities, in the context of federal and state regulations on the subject. Data on consortium municipalities in the country were analyzed considering the presence of all federative entities using data from the MUNIC/IBGE Survey. In addition, the legislative production available in all Brazilian states was surveyed in order to identify in the documents, normative elements and regional processes on the implementation of consortia before and after 2005. The results show that although the consortia are not new structures in the national public management, there are still divergences in the field of Brazilian law regarding their organizational formats. Regional trends and patterns suggest that after the publication of the Public Consortia Law, the number of municipalities in the health sector increased to over 50% in absolute numbers in the period from 2005 to 2015. There was an increase in the presence of states and the federal government in forming inter-municipal consortia, which was one of the changes related to the new legislation. In addition, an increase in the number of municipalities in the northeast, central-west and north regions was identified, regions that did not have a consortium tradition when compared to the south and southeast regions. At the state level, there was an increase in legislative production on the topic, with a greater role for state entities in the processes of forming consortia. The development processes of intergovernmental consortia stand as a fruitful future research agenda, as well as a greater deepening of public consortia as actors in the regional federative coordination.

Keywords: Health Consortia; Public Consortium; Regional Health Planning; Federalism; Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Diferenças entre consórcios públicos de direito público e de direito privado.....	19
Gráfico 1 -	Distribuição proporcional de municípios consorciados na área da saúde por região (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.....	30
Gráfico 2 -	Participação proporcional de municípios consorciados na área da saúde segundo macrorregiões (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.....	32
Gráfico 3 -	Distribuição proporcional de municípios consorciados na área da saúde com presença do estado por macrorregião (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.....	34
Gráfico 4 -	Distribuição proporcional de municípios consorciados na área da saúde com presença da União por macrorregião (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.....	34
Gráfico 5 -	Distribuição proporcional de municípios consorciados na área da saúde por porte populacional (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015	36
Gráfico 6 -	Distribuição proporcional de municípios consorciados na área da saúde com presença do estado por porte populacional (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.....	36
Gráfico 7 -	Distribuição proporcional de municípios consorciados na área da saúde com presença da União por porte populacional (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.....	37
Gráfico 8 -	Participação proporcional de municípios consorciados na área da saúde segundo porte populacional (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.....	37
Quadro 2	Quadro-síntese sobre os principais temas abordados na produção legislativa estadual sobre consórcios no Brasil (1934-2019).....	49
Gráfico 9 -	Participação proporcional de municípios consorciados na área da saúde segundo macrorregião com presença do estado (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.....	68

Gráfico 10 -	Participação proporcional de municípios consorciados na área da saúde segundo macrorregião com presença da União (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.....	68
Gráfico 11 -	Participação proporcional de municípios consorciados na área da saúde segundo porte populacional com presença do estado (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.....	68
Gráfico 12 -	Participação proporcional de municípios consorciados na área da saúde segundo porte populacional com presença da União (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número e proporção de municípios que participam de consórcios em diferentes áreas da política pública. Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.....	29
Tabela 2	Distribuição de municípios consorciados na área da saúde por macrorregiões e estados (em n e %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015..	31
Tabela 3	Participação de municípios consorciados na área de saúde segundo macrorregiões e estados (em n e %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015..	33
Tabela 4	Distribuição de municípios consorciados na área da saúde por porte populacional (em n e %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.....	35
Tabela 5	Produção legislativa estadual sobre consórcios segundo macrorregiões e estados do Brasil (em n e %).....	40
Tabela 6	Produção legislativa estadual sobre consórcios segundo período de origem do documento (em n e %).....	41
Tabela 7	Tabela 7: Produção legislativa estadual sobre consórcios segundo tipos de documentos (em n e %).....	41
Tabela 8	Produção legislativa estadual sobre consórcios segundo temas abordados nos documentos (em n e %).....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDTD: Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

CF: Constituição Federal

CGR: Colegiados de Gestão Regional

CO: Centro-Oeste

COAP: Contrato Organizativo da Ação Pública

CONLESTE: Consórcio de Desenvolvimento Regional da Região Petrolífera de Parte da Região Metropolitana

CPS: Consórcios Públicos de Saúde

GT: Grupo de Trabalho

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MUNIC: Pesquisa de Informações Básicas Municipais

N: Norte

NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde

NE: Nordeste

RAS: Redes Temáticas de Atenção à Saúde

S: Sul

SE: Sudeste

SENAC: Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SENAI: Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SES: Secretaria Estadual de Saúde

SESC: Serviço Social do Comércio

SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do estado de São Paulo

SUS: Sistema Único de Saúde

TCE: Tribunal de Contas do Estado

TCU: Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	CONSÓRCIOS PÚBLICOS E SAÚDE	15
2.1	Aspectos gerais.....	15
2.2	Experiências no âmbito do Sistema Único de Saúde.....	20
3	DESENHO DO ESTUDO	24
3.1	Objetivos.....	24
3.1.1	Objetivo geral.....	24
3.1.2	Objetivos específicos.....	24
3.2	Metodologia.....	24
4	MUNICÍPIOS INTEGRANTES DE CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL	28
4.1	Municípios consorciados na área da saúde segundo macrorregiões e estados.....	29
4.2	Municípios consorciados na área da saúde segundo porte populacional	35
5	PRODUÇÃO LEGISLATIVA ESTADUAL SOBRE CONSÓRCIOS	39
5.1	Distribuição e tipologia dos documentos.....	39
5.2	Principais temas e atores envolvidos na formulação dos documentos.....	42
6	CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL: APONTAMENTOS SOBRE DINÂMICAS PREGRESSAS, ATUAIS E FUTURAS	51
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
	REFERÊNCIAS	62
	APÊNDICE 1 - GRÁFICOS COMPLEMENTARES	68
	ANEXO A	70
	ANEXO B	77

1 INTRODUÇÃO

A regionalização é um processo técnico-político que tem como objetivo ampliar o acesso à saúde com qualidade, eficiência e economia de escala, por meio da integração e coordenação regional de políticas, ações e serviços de saúde (Viana *et al.*, 2018; Viana; Lima; Ferreira, 2010).

Nesse processo, as regiões são concebidas como:

base territorial para o planejamento e organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção que possuem distintas densidades tecnológicas e capacidade de oferta de ações e serviços de saúde; espaços geográficos vinculados à condução político-administrativa do sistema de saúde (Lima; Viana; Machado, 2014, p. 21).

No Brasil, a regionalização é tensionada pela multiplicidade de instituições, organizações e grupos de interesse (governamentais e não governamentais; públicos e privados), sendo a região de saúde instituída na política como locus de planejamento e governança do Sistema Único de Saúde (SUS) (Lima; Viana; Machado, 2014).

Conforme estabelecido na Constituição de 1988 (CF 88) e na Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080 e 8142/1990), o SUS deve ser organizado de forma regionalizada e em níveis crescentes de complexidade (Carvalho; Jesus; Senra, 2017). No entanto, durante a década de 1990, os esforços e iniciativas das políticas desenvolvidas se voltaram para o fortalecimento dos municípios enquanto entes federativos autônomos reconhecidos na CF 88 (Mendes, 2001; Viana *et al.*, 2018).

Somente na virada dos anos 2000, a regionalização ganhou destaque na agenda da política nacional de saúde. Com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2002) foram introduzidos novos conceitos e instrumentos de estímulo à conformação de redes e à negociação intergovernamental (Pereira; Lima; Machado, 2018). Posteriormente, por meio do Pacto pela Saúde, foram instituídos espaços de cogestão permanente no âmbito das regiões de saúde – os Colegiados de Gestão Regional (CGR) - com participação dos secretários municipais de saúde e representantes da Secretaria de Estado de Saúde (Lima; Queiroz, 2012; Pereira; Lima; Machado, 2018).

Já no início da década de 2010, por meio do Decreto 7508 de 2011 que regulamentou a Lei Orgânica do SUS, houve um processo de formalização das regiões através da proposta do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP). O COAP associa

às regiões requisitos ligados às Redes Temáticas de Atenção à Saúde (RAS). No entanto, essas duas últimas regulamentações – Pacto e o Decreto – não contemplam outras estruturas e instrumentos de gestão implantados nos estados e vigentes no SUS desde os anos 1980, como, por exemplo, os Consórcios Públicos de Saúde (CPS).

Os CPS são instrumentos que permitem a formalização da cooperação entre os entes governamentais na gestão e prestação de serviços. O setor da saúde é a área que concentra o maior número de consórcios no Brasil. No entanto, o número de estudos sobre as formas de organização e atuação dos consórcios em vários setores das políticas públicas é reduzido (Galindo et al, 2014; Gerigk; Pessali, 2014; IPEA, 2010; Abrucio; Filippim; Dieguez, 2013). Na saúde, percebem-se lacunas da literatura no que tange à compreensão das funções exercidas pelos consórcios na estruturação da rede de atenção, bem como na governança regional do SUS (Flexa, 2018).

Partindo-se dessa discussão, questiona-se: como os consórcios se expressam na política pública e de saúde a partir dos anos 2000? Quais as principais características dos consórcios públicos de saúde e como estes se diferenciam no período de 2005 a 2015? Quais são suas possíveis implicações para a organização regional do SUS?

Espera-se com essa dissertação contribuir para o campo da Saúde Coletiva e, mais especificamente, da política, planejamento e gestão em saúde.

2 CONSÓRCIOS PÚBLICOS E SAÚDE

2.1 Aspectos gerais

Consórcios intergovernamentais são definidos como acordos realizados entre entidades públicas da mesma espécie ou do mesmo nível para desenvolvimento de ações de interesse comum (Neves; Ribeiro, 2006).

Essa forma associativa também é observada internacionalmente. Possuem os seguintes nomes de acordo com o país: *consorzi pubblici* e da *gestione associata de servizi pubblici*, na Itália; as associações de municípios em Portugal; as mancomunidades na Espanha; os *syndicats de communes*, na França, na Bélgica e na região suíça de língua francesa; e as *Zwerckverbände* na Alemanha (Cunha, 2004).

Na Espanha, essa modalidade de associação foi reconhecida pela primeira vez em 1870 por meio de uma lei municipal. Atualmente, a Constituição espanhola estabelece que os municípios poderão criar associações diferentes da Província, tendo como objetivo a realização de obras e serviços comuns. No entanto, a regulamentação espanhola é feita em cada Comunidade Autônoma, característica da organização deste país (Federação Espanhola de Municípios e Províncias, 2012).

Na França, os consórcios foram instituídos em 1890 para a execução de políticas de assistência. Atualmente, existem cerca de 11.200 consórcios de múltiplas modalidades e áreas de atuação, que incluem abastecimento de água, saneamento, resíduos, transportes públicos, energia e telecomunicações (Guéranger; Poupeau, 2018). Estudos ressaltam a atuação política dos consórcios no território, além do seu papel de executor de políticas públicas. Na atuação política, destacam-se o papel dessas organizações nos processos técnicos e políticos e as regras formais e informais que permeiam essas atividades. Já como executor de políticas públicas, seus recursos financeiros e fiscais, o papel do consórcio no território no qual atua, e assim, como são realizados os processos de gestão internos (Guéranger; Poupeau 2018).

A questão do consorciamento dos entes federados está presente no Estado Brasileiro desde o final do século XIX. A Constituição Federal de 1891 instituiu a possibilidade dos governos estaduais organizarem as suas estruturas locais de acordo com suas necessidades (Cunha, 2004). A Constituição de 1937 previu esta forma de organização como de direito público, porém, durante o contexto do Estado Novo, nenhuma iniciativa foi realizada. Somente com o advento da Constituição de 1946, o tema

da cooperação federativa foi retomado. Na década de 1960, foi criado o Banco Regional de Desenvolvimento da Região Sul, conformado pelos três estados da região (Pedreira, 2007), que ainda está em atividade.

A primeira experiência de consórcios no Brasil ocorreu na década de 1960, com a implantação do Consórcio de Promoção Social da Região de Bauru em São Paulo, seguido do Consórcio de Desenvolvimento do Vale do Paraíba nos anos 1970. Porém, até 1985 eram poucos os consórcios públicos municipais sendo estes fortemente subordinados à política estadual. Neste período, foi constituído o primeiro consórcio intermunicipal de saúde, o Consórcio de Penápolis, em 1986 (Cunha, 2004).

A região sul possui tradição em consorciamento e o estado de Santa Catarina possui uma das experiências mais antigas do Brasil, que se iniciou em 1960, não como consórcio, mas, como associação de municípios. Várias associações se formaram e, em 1980, eles estruturam a Federação Catarinense de municípios, que impulsionou a formação dos consórcios intermunicipais.

O artigo 241 da Constituição Federal (1988), ao trazer o conceito de consórcio público e não administrativo, como se legislava antes, apresenta a interpretação dos direitos espanhol e italiano, que apontam que esta expressão se origina da cooperação intergovernamental, logo, obrigatoriamente de Direito Público (Ribeiro; Losadas, 2013).

O consorciamento público se multiplicou a partir da década de 1990 devido à formação de redes federativas na tentativa de equilibrar os processos positivos decorrentes da competição *versus* cooperação e da centralização em relação à descentralização (Abrucio; Filippim; Dieguez, 2013).

Destaca-se o documento elaborado pelo governo federal em 2004 no processo de discussão da proposta de Lei dos Consórcios, aprovada no ano seguinte, que apresenta os objetivos para implementação destas estruturas. Entre eles, Cunha (2004) destaca: “a) a instituição de um mecanismo de coordenação federativa adequado às diversas escalas de atuação territorial; b) o fortalecimento do papel do ente público de agente planejador, regulador e fiscalizador de serviços públicos; c) a possibilidade de incrementar a efetividade das políticas públicas executadas em parceria por diferentes entes governamentais”.

Com o advento da Lei dos Consórcios em 2005 (Lei 11.107) e sua regulamentação em 2007 (Decreto 6.017) foi introduzida a possibilidade de entidades de diferentes níveis se organizarem em consórcios públicos. Além disso, essa lei ressalta a obrigatoriedade

dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) estarem regendo as atividades dos consórcios relacionados à saúde.

Esse novo arcabouço legal prevê a participação da União e estados nos consórcios – no caso da União, somente naqueles em que também estejam presentes os estados cujos municípios sejam participantes. Além disso, aponta aspectos interessantes como a possibilidade de consórcios serem formados por entes de estados diferentes, assim como de municípios não-limítrofes. Desta forma, o desinteresse de algum município numa dada região não impediria a formação de um consórcio (Fonseca, 2013).

No parágrafo 1º do artigo 1º da Lei 11.107/2005 (Lei dos Consórcios) são definidas as modalidades organizativas dos consórcios públicos. Os consórcios podem ser associações públicas ou pessoas jurídicas de direito privado. Sendo de direito público, estes consórcios são incorporados à administração indireta dos entes consorciados. Já os de direito privado, seguem os dispositivos do código civil (a exceção das normas de licitação, contratos, prestação de contas e admissão de pessoal, que utilizam as mesmas do direito público).

O Decreto 6.017/2007 estabeleceu normas para a execução da Lei dos Consórcios (Lei 11.107/2005), definindo regras gerais para a contratação de consórcios públicos. Além da clássica gestão associada de serviços públicos, ele trouxe alguns outros objetivos dos consórcios, entre eles:

- a prestação de serviços, inclusive de assistência técnica, a execução de obras e o fornecimento de bens à administração direta ou indireta dos entes consorciados;
- o compartilhamento de instrumentos e equipamentos, inclusive de gestão, de manutenção, de informática, de pessoal técnico e de procedimentos de licitação e de admissão de pessoal;
- a instituição e o funcionamento de escolas de governo;
- o planejamento, a gestão e a administração dos serviços e recursos da previdência social dos servidores de qualquer dos entes da Federação que integram o consórcio;
- as ações e políticas de desenvolvimento urbano, socioeconômico local e regional.

O mesmo Decreto afirma que está facultado aos consórcios instituídos antes da legislação se tornarem consórcios públicos, tanto de direito público ou privado, mas para

isso ocorrer é necessária a publicação do protocolo de intenções dos entes consorciados e a ratificação por lei.

Uma das vantagens dessa nova regulamentação e às possibilidades de ampliação da atuação dos consórcios. Antes dela, esses arranjos apresentavam modalidade administrativa de direito privado, e se submetiam ao direito civil, o que trazia alguns problemas, como a impossibilidade de realizar serviços exclusivos do Estado (como por exemplo de regulação e vigilância sanitária), a obtenção de recursos externos, além da inadimplência de alguns municípios participantes. Além disso, esses acordos não traziam uma obrigatoriedade de permanência e obrigações, tornando-se muito frágeis (Fonseca, 2013).

A Lei dos Consórcios (Lei 11.107/2005) resolveu algumas questões, pois, ao estarem submetidos ao direito público, eles assumem uma personalidade jurídica. Assim, o ente consorcial representa a soma de todos os participantes (Ribeiro; Losadas, 2013). A existência de um aparato jurídico próprio do consórcio é uma vantagem proveniente da personalidade jurídica. Mais um ponto positivo é poder gozar de prerrogativas do poder público, a exemplo de prazos processuais e emissão de precatórios (Santos *et al*, 2013).

A regulamentação sobre consórcios não obriga aqueles existentes antes da lei a se adequarem a ela e também existem consórcios ligados a entidades privadas. Diante disso, é importante esclarecer que consórcios públicos não são as únicas denominações dos consórcios existentes no Brasil.

Existem consórcios administrativos, a forma existente antes da Lei de Consórcios Públicos. É um pacto de colaboração que não gera nenhuma pessoa jurídica distinta dos entes que se associaram e é regida pelo Código Civil.

Os consórcios públicos também são considerados um pacto, porém, geram uma nova pessoa jurídica. São divididos em *consórcio público de direito público e consórcio público de direito privado*. O primeiro integra as administrações indiretas dos entes consorciados regidos pelas legislações específicas dessa figura administrativa. O consórcio público de direito privado é regido pelo Direito Civil. Abaixo, são apresentadas as diferenças entre as duas modalidades.

Quadro 1: Diferenças entre consórcios públicos de direito público e de direito privado.

Consórcios de Direito Público	Consórcios de Direito Privado
Associação Pública	Associação civil
Totalmente regulada pela Lei 11.107/2005	Podem firmar parcerias através de termo de colaboração ou termo de convênio que envolve transferências de recursos menos rígidas que a Lei de Licitações
Imunidade Tributária	
Impenhorabilidade dos bens	
Processo especial de execução	Podem ser enquadradas como Organizações da Sociedade Civil, ainda que criadas pelo poder público
Juízo privativo	
Duplo grau de execução	

Fonte: Araújo (2020); Losada (2008); Di Prieto (2005) – *elaboração própria*

Por sua vez, existem semelhanças e prerrogativas dos consórcios públicos independente da natureza público ou privada:

- Celebração de contratos
- A possibilidade de realizar de licitação
- Possibilidade de ser contratado pela administração direta ou indireta com dispensa de licitação
- Limites mais elevados para fins de escolha de modalidade de licitação e dispensa de licitação
- Poder de dispensa de licitação na celebração de contrato de programa
- A admissão de pessoal, que será regida pela CLT
- Poder para promover desapropriações e instituir servidões

Em relação aos pagamentos, a Lei instituiu claramente um instrumento, o Contrato de Rateio, por meio do qual os entes participantes devem expor os valores de pagamento e se responsabilizar por eles de acordo com a sua dotação orçamentária para o ano vigente. Em caso de não pagamento existem sanções que podem ser aplicadas. A condição de associação pública de direito público também permite que eles possam receber recursos da União, além de realizar licitações compartilhadas e com aumento do limite financeiro das mesmas.

Outro ponto importante é a fiscalização pelos Tribunais de Contas, que a partir da regulamentação se tornou obrigatória para os consórcios de direito público e privado.

Em 2011, mais da metade dos municípios brasileiros estavam consorciados (Oliveira; Ganzeli, 2013), sendo que a maioria significativa era do setor saúde (78,1%). Em 2015, segundo o IBGE, 66% dos municípios brasileiros pertenciam a algum tipo de

consórcio e, deste total, 6,3% eram relacionados à política de transporte (Ré; Oliveira, 2018).

Ré e Oliveira (2018) também apresentam a experiência do Consórcio Intermunicipal do Grande ABC, no estado de São Paulo, implementado em 1990. Esse consórcio congrega diversas áreas como as de infraestrutura; segurança pública; saúde; assistência, inclusão social e direitos humanos; educação, cultura e esportes; desenvolvimento econômico regional; desenvolvimento urbano e gestão ambiental; institucional. O trabalho aponta que além dos participantes tradicionais, existe a participação de outros atores, como empresas e sociedade civil organizada. Os autores afirmam que este consórcio tem conseguido promover a integração e articulação entre esses entes/entidades, assumindo desta forma o papel de articulador regional na área de mobilidade urbana.

Avalia-se a partir do processo de implementação dos consórcios, antes e após a Lei dos Consórcios, que um fator importante para a construção de experiências exitosas é o protagonismo político, em especial dos prefeitos que conduzem o processo inicial até a consolidação. Outros são:

“1) um pacto político de fundação forte entre os atores políticos locais envolvidos com a institucionalização do consórcio intermunicipal; 2) capacidade de gestão do consórcio enquanto organização pública; 3) fluxo contínuo e suficiente de recursos financeiros (Caldas; Cherubine, 2013, p. 66).

Outros elementos podem contribuir ou não para o “sucesso” de um consórcio, como alternância dos dirigentes face às eleições municipais; as dinâmicas regionais; e o fluxo instável de recursos disponíveis para as ações. Assim como a presença da União e dos estados nesses consórcios, configurando assim consórcios verticais. Não ter uma sobreposição de atividades entre consórcios, municípios e outros entes regionais existentes, também é uma estratégia para fortalecimento dos consórcios (Dieguez, 2011; Caldas; Cherubine, 2013; Laczynski e Abrucio, 2013).

2.2 Experiências no âmbito do Sistema Único de Saúde

Botti *et al* (2014) afirmam que o consorciamento no âmbito do SUS é uma estratégia para expansão da oferta de serviços nos municípios de pequeno porte possibilitando o acesso aos serviços e a regionalização da atenção à saúde.

A Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080 e 8142/1990) possui artigos que versam sobre os consórcios, porém, na perspectiva de que os municípios podem se organizar na forma consorciada para a prestação de ações e serviços e o recebimento de recursos financeiros dos entes federativos. É interessante destacar que o artigo 18 da Lei 8080/1990 delimita que a direção municipal é o ente responsável pela estruturação desses espaços, ou seja, a questão regional não está presente.

Somente em 1997, o Ministério da Saúde lançou um documento intitulado “Consórcios e a Gestão Municipal em Saúde” no qual explica esse dispositivo e elenca os procedimentos administrativos para instituição destes. É provável que essa publicação esteja relacionada à expansão dos consórcios de saúde até esse momento.

Segundo Neves e Ribeiro (2006), as experiências dos primeiros consórcios de saúde estavam centradas na disponibilização de atenção especializada e de apoio diagnóstico. Pedreira (2007) afirma que os consórcios de saúde formados durante a década de 1990 têm como características: a personalidade jurídica de direito privado; objetivo de promover e diversificar a oferta de serviços de saúde em municípios de pequeno e médio porte; compras e contratações de profissionais seguindo regras e remunerações do setor privado; decisões políticas realizadas pelos prefeitos; operacionalização das atividades consorciais pelos secretários municipais de saúde; articulação com os conselhos de saúde; otimização dos recursos regionais e realização de atividades mais complexas através dos municípios-pólo.

Desde a década de 1990, diversos estados desenvolveram experiências de consórcios saúde em seus territórios. Como descrito anteriormente, o primeiro consórcio intermunicipal de saúde no Brasil foi estruturado em 1986, na região de Penápolis em São Paulo, no entanto, a disseminação nacional se iniciou no ano de 1993. Em 1997, um levantamento demonstra que sete estados brasileiros possuíam consórcios intermunicipais de saúde (todos do centro-sul), que totalizavam 23% de cobertura populacional (Neves; Ribeiro, 2006).

Ainda em relação às experiências dos estados é observado que, na primeira onda de implementação dos consórcios intermunicipais de saúde nos anos 90, houve grande difusão nos estados de São Paulo, Paraná e Mato Grosso, tendo como influência a tradição desses estados com o associativismo (Rocha, 2016; Botti, 2010).

Entre 2005 a 2009, o número de consórcios intermunicipais de saúde era maior do que aquele observado em outras áreas, porém, estes se concentravam em municípios de pequeno porte enquanto os outros, como de meio ambiente e desenvolvimento regional,

possuíam maior força em municípios com maior porte populacional (IPEA, 2009). Houve um aumento de 20% de municípios participantes de consórcios intermunicipais de saúde no período de 2005 a 2011, com diminuição na participação de estados e União (Gerigk; Pessali, 2014).

A partir dos anos 2000, alguns estados da região Nordeste (Pernambuco, Bahia e Ceará) iniciaram a formação de consórcios capitaneados pelos governos estaduais. No que se refere ao setor saúde, esses consórcios foram tidos como estratégia para organização da atenção especializada, mas, também para coordenação do processo de regionalização (Julião, 2018; Goya, 2017; Galindo et al, 2014).

No estado do Rio de Janeiro, os consórcios começaram ser implementados ao final da década de 1990, à exceção do consórcio Hemolagos, que foi criado em 1988 para organizar a hemorrede na região da Baixada Litorânea. Os consórcios para disponibilização de serviços de atenção à saúde mais diversos iniciaram em 1997 com a estruturação do consórcio da região Noroeste, sendo seguido pelo Consórcio da região Centro-Sul, Médio Paraíba e Baixada Fluminense (Schneider, 2001). Segundo Flexa (2018), existem oito consórcios intermunicipais de saúde no estado do Rio de Janeiro, porém, apenas cinco estão em operação: Centro Sul Fluminense; Baixada Fluminense; Serrana; Médio Paraíba e Desenvolvimento da Saúde Pública (que envolve somente dois municípios da região noroeste – Natividade e Porciúncula).

Os consórcios no âmbito do SUS possuem algumas especificidades. Segundo Santos e colegas (2013), a direção do SUS continua sendo do gestor consorciado, ou seja, o consórcio não atua de forma autônoma; não há repasse direto dos estados e União para os consórcios. É necessário que os recursos sejam provenientes dos Fundos Municipais de Saúde; os consórcios também são fiscalizados pelos Conselhos Municipais de Saúde e pelo Sistema Nacional de Auditoria, assumindo a característica de prestadores de serviços. Segundo os mesmos autores, o consórcio não representa a criação de um novo ente, sendo assim, uma forma de gestão compartilhada, mas, com os mesmos regramentos de uma autarquia ou fundação.

Alguns estudos destacam que além da ampliação ao acesso de serviços de saúde, a possibilidade de resolução dos desafios relacionados à implementação das políticas, assim, como a qualificação técnica e administrativa de suas estruturas são ganhos que os consórcios trazem as suas gestões. No entanto, os conflitos entre os entes participantes que surgem dos processos de negociação e a utilização dos consórcios para questões

político-partidárias são limites levantados para as experiências em questão (Botti *et al*, 2014; Gerigk; Pessali, 2014).

No Brasil, apesar das experiências de consórcios se concentrarem em municípios de pequeno porte, existem vantagens em municípios maiores se consorciarem, por exemplo, a divisão dos custos que possuem por atender municípios de cidades vizinhas (Santos et al, 2013). Outros apontam que o apoio e indução do governo estadual e/ou federal é outro fator que pode incentivar a criação e manutenção de consórcios, reduzindo rivalidades e incertezas que possam existir entre os prefeitos (Abrucio, Filippim, Dieguez, 2013).

Somam-se também como incentivos para a formação de consórcios, a existência de uma identidade regional prévia formada historicamente ou por um catalizador localizado em um dado tempo; a presença de lideranças políticas regionais; problemas coletivos que envolvam diversos motivos e, por fim, políticas que estimulem claramente a formação de consórcios, como a Política Nacional de Resíduos Sólidos, que repassa recursos apenas para municípios consorciados (Abrucio, Filippim, Dieguez, 2013). Além disso, políticas que estimulem através de regras as ações regionalizadas, como exemplo emblemático, a política de saúde.

A política de consórcios, ao contrário da regionalização, teve maior desenvolvimento nos anos 1990, enquanto a regionalização no SUS se fortaleceu na última década. As iniciativas mais recentes foram capitaneadas por estados e relacionados a processos de desenvolvimento regional, muitas vezes não ligados somente ao setor saúde (Julião, 2018; Goya, 2017).

Santos et al (2013) discutem os avanços do Decreto 7508/2011 no que se refere à articulação federativa no espaço regional e apontam que os consórcios não interferem no Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), pois são instrumentos diferentes, e muitas das vezes os consórcios possuem composições diferentes das Regiões de Saúde estabelecidas.

Diante disso, estudar a organização e a atuação dos Consórcios Públicos de Saúde se faz pertinente para compreender como este processo se desenvolve no período mais recente, além dos seus desafios e potencialidades.

3 DESENHO DO ESTUDO

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo geral

- Analisar as tendências e os padrões regionais dos consórcios de saúde no Brasil no período de 2005 a 2015.

3.1.2 Objetivos específicos

- Identificar o número e as características dos municípios consorciados.
- Comparar situação de consorciamento da saúde com outras áreas da política pública.
- Analisar os arranjos organizacionais e as finalidades dos consórcios no contexto da regulamentação federal e estadual sobre o tema a partir dos anos 2000.
- Discutir as tendências e os padrões observados à luz da literatura e do marco de regulamentação dos consórcios públicos no Brasil.

3.2 Metodologia

Para compreender os processos relacionados às tendências e padrões regionais de consórcios no Brasil, além do entendimento inicial de como o tema tem sido discutido em termos normativos e históricos no cenário nacional e em outros países, esse trabalho se baseou em duas estratégias metodológicas complementares.

A primeira estratégia envolveu o levantamento e análise de dados disponibilizados nos bancos da Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC. Essa pesquisa tem como objetivo investigar a gestão pública municipal no Brasil a partir de dados institucionais e de registros administrativos. A primeira edição ocorreu no ano de 1999 e atualmente está na sua 13ª edição (IBGE, 2005).

Em alguns anos da pesquisa, foi possível coletar dados sobre consórcios administrativos e termos de parcerias. Mas, por opção de uniformidade metodológica, foram utilizados dados relacionados somente aos consórcios públicos. As edições estudadas foram todas as publicadas até o presente momento que abordaram o tema “Articulações Interinstitucionais”: anos 2005, 2009, 2011 e 2015. A seguir, apresenta-se

brevemente como esse eixo está organizado em cada uma das edições da Pesquisa MUNIC:

- Edição MUNIC 2005. Neste ano, a pesquisa traz o bloco “Articulações Interinstitucionais” e, para cada política pública investigada, pergunta-se sobre a existência de consórcios públicos e a sua classificação em intermunicipais, com estados ou com a União. Também existem perguntas sobre a participação de municípios em convênios em parceria com o setor privado ou apoio do setor privado ou comunidade. É feita a separação da avaliação da existência de consórcios pelas políticas desenvolvidas. Em 2005, foram objeto de análise 12 políticas (Educação, Saúde, Assistência e desenvolvimento social, Direito da criança e do adolescente, Emprego e/ou trabalho, Turismo, Cultura, Habilitação, Meio ambiente, Transporte, Desenvolvimento Urbano e Saneamento e/ou manejo de resíduos sólidos).
- Edição MUNIC 2009. A temática “Articulações Interinstitucionais” constitui-se como um componente de investigação das políticas públicas, organizando-se de forma inversa ao ano anterior. No entanto, as perguntas são as mesmas. Porém, foram investigadas 9 áreas (Educação, Saúde, Emprego e/ou Trabalho, Turismo, Cultura, Habitação, Meio ambiente, Transporte, Desenvolvimento Urbano), três políticas a menos que no ano anterior.
- Edição MUNIC 2011. Aborda 11 políticas públicas: Educação, Saúde, Assistência e Desenvolvimento Social, Emprego e/ou Trabalho, Turismo, Cultura, Habitação, Meio ambiente, Transporte, Desenvolvimento Urbano, Saneamento Básico. No ano em questão, a pesquisa retorna a estrutura de 2005, tendo um bloco unificado e distribuído segundo as políticas públicas. Contudo, existe um novo sub-item chamado “consórcios administrativos”, cujas respostas também se dividem em intermunicipais, estaduais e União.
- Edição MUNIC 2015. Mantém a estrutura de 2011 no que se refere ao tema “Articulações Interinstitucionais” e aborda 12 políticas públicas: Educação, Saúde, Assistência e Desenvolvimento Social, Turismo, Cultura, Habitação, Meio ambiente, Transporte, Desenvolvimento Urbano, Saneamento Básico, Gestão das Águas e Manejo de Resíduos Sólidos. Nesse ano, também existe uma pergunta sobre se o município possui consórcios intermunicipais com presença do estado e da União. As perguntas sobre consórcios administrativos não se repetem.

A partir do entendimento das potencialidades e limites dos dados da Pesquisa MUNIC, foi definido que somente se trabalharia com os dados sobre consórcios públicos nos quatro anos do estudo. Tabelas dinâmicas foram construídas no software Microsoft Office Excel para elaboração de planilhas com o consolidado de todos os anos da pesquisa por ente federativo.

Os dados por município foram agrupados por estados, grandes regiões (macrorregiões), faixas de porte populacional e Brasil. Em seguida, procedeu-se a análise descritiva dos dados segundo localização (1) e porte populacional (2), considerando a distribuição e a participação de municípios consorciados em cada agrupamento. As tabelas e gráficos foram confeccionadas também por meio do software Microsoft Office Excel.

A segunda delas teve como objetivo apreender os processos formais de estruturação e desenvolvimento de consórcios por meio da análise da produção legislativa em âmbito estadual. Para isso, foi realizada busca nos sítios eletrônicos das Assembleias Legislativas de todos os estados brasileiros para verificar a existência de documentos que tratassem do tema consórcios.

A pesquisa foi realizada através dos mecanismos de busca disponíveis nesses sites utilizando os descritores “consórcio”, “consorcio” sem fazer qualquer restrição quanto ao ano de publicação. Isso se deve ao objetivo de observar marcos temporais de publicação pré e pós Decreto 11.107/2005. Quaisquer tipos de documentos encontrados foram analisados, como notícias, projetos de lei, mensagens ao poder legislativo e manuais.

Os sites das assembleias legislativas foram acessados em dois momentos – em julho de 2019 e dezembro de 2019. Os sites que nos momentos de consulta estavam inacessíveis, ou não geraram resultados a partir dos descritores utilizados, foram considerados sem produção.

A produção legislativa encontrada foi organizada em um banco de dados utilizando o Excel. Na planilha, os documentos foram organizados considerando as seguintes variáveis: estados; macrorregião; nome do documento; classificação do documento (lei, decreto, portaria, entre outros); data; ementa; atores envolvidos na produção do documento; tipologia do documento. A tipologia do documento foi estabelecida a partir da análise de conteúdo de cada ementa.

Na primeira etapa, priorizou-se a análise quantitativa dos documentos segundo as diversas variáveis do banco. Em seguida, procurou-se correlacionar os achados da

primeira etapa com os elementos de destaque na revisão bibliográfica, objetivo geral e específicos da dissertação através de uma análise qualitativa dos elementos textuais.

O foco de análise direcionou-se para compreensão dos seguintes aspectos: a) aspectos jurídico-administrativos que influenciam a conformação e atuação dos consórcios; b) especificidades presentes em regulamentações estaduais sobre consórcios. c) temporalidade; e d) distribuição regional.

4 MUNICÍPIOS INTEGRANTES DE CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL

Nesse capítulo, são apresentadas as análises dos padrões regionais e tendências no processo de consorciamento de municípios, em especial na área de saúde, utilizando os dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) do IBGE publicada em 2005, 2009, 2011 e 2015.

Como já abordado na seção de Estratégias Metodológicas, a MUNIC tem como unidade de análise o ente municipal e expressa o número de municípios que informam participar de consórcios. No período de 2005 a 2015, cinco municípios foram criados no Brasil, o que explica a diferença no total de municípios nos anos estudados. Cabe ressaltar que o mesmo município pode participar de consórcios de áreas de políticas públicas distintas.

Em 2015, a saúde era a área da política pública que agregava o maior número de municípios consorciados (2800 municípios), seguida pelo setor de saneamento/manejo de resíduos sólidos (2417 municípios) (Tabela 1).

De 2005 a 2015, as áreas que obtiveram maior incremento da proporção de municípios consorciados foram o saneamento e/ou manejo de resíduos sólidos (de 4,3 % em 2005 para 43,4% em 2015) a saúde (de 10,0 % em 2005 para 50,3% em 2015) (Tabela 1). Outras, como é o caso da educação, sofreram decréscimo (de 13,8% em 2005 para 6,7% em 2015). Entretanto, observa-se comportamento variado se considerados os diferentes anos da série, com queda ou manutenção da proporção de municípios consorciados na maioria das áreas da política pública de 2011 para 2015.

Tabela 1: Número e proporção de municípios brasileiros que participam de consórcios segundo áreas da política pública. Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.

Municípios consorciados/ área de política pública	2005		2009		2011		2015	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Educação	767	13,8	398	7,2	280	5,0	374	6,7
Saúde	558	10,0	2323	41,7	2288	41,1	2800	50,3
Assistência e desenvolvimento social	660	11,9	NI	NA	232	4,2	463	8,3
Direito da criança e adolescente	321	5,8	NI	NA	NI	NA	NI	NA
Emprego/Trabalho	164	2,9	159	2,9	143	2,6	NA	NA
Turismo	138	2,5	450	8,1	456	8,2	485	8,7
Cultura	206	3,7	336	6,0	248	4,5	358	6,4
Habitação	428	7,7	170	3,1	241	4,3	281	5,0
Meio ambiente	225	4,0	974	17,5	704	12,7	929	16,7
Transportes	207	3,7	207	3,7	211	3,8	351	6,3
Desenvolvimento urbano	247	4,4	847	15,2	402	7,2	724	13,0
Saneamento e/ou manejo de resíduos sólidos	231	4,2	NI	NA	426	7,7	2417	43,4

Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC/IBGE.

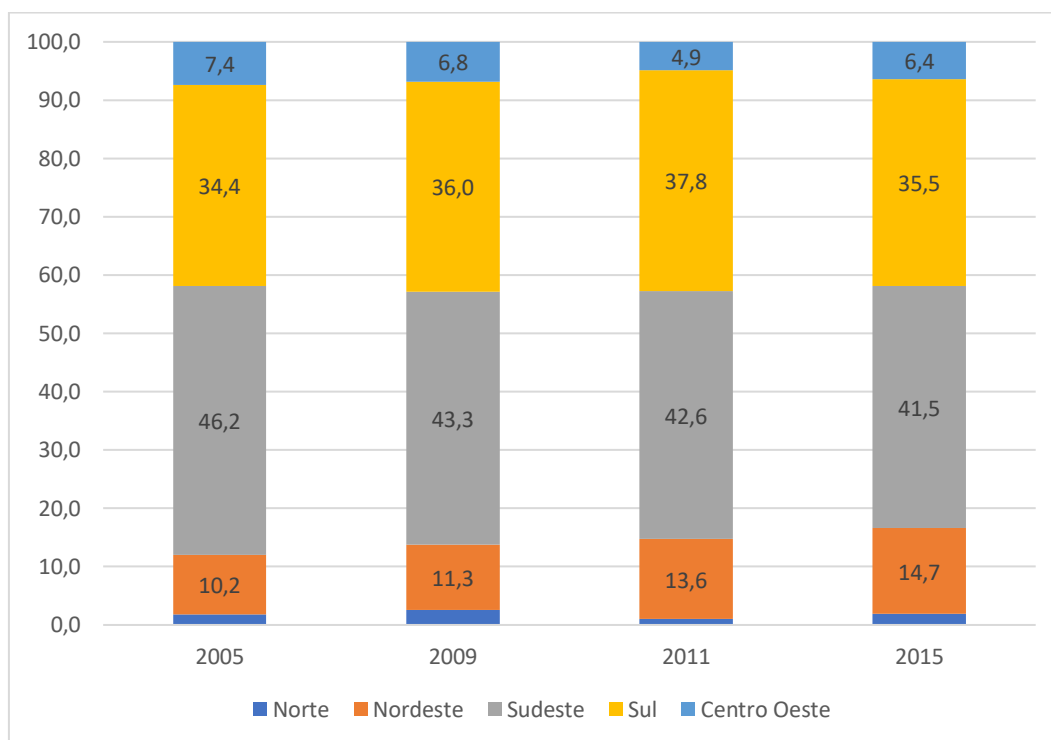
A seguir são analisados os perfis dos municípios que integram consórcios de saúde segundo localização e porte populacional.

4.1 Municípios consorciados na área da saúde segundo macrorregiões e estados

Em 2015, a maior proporção de municípios consorciados na área da saúde encontrava-se nas macrorregiões SE (41,5%) e S (35,5%), seguidas do NE (14,7%), CO

(6,4%) e N (1,9%), esta última com valores residuais (Gráfico 1). Nos quatro anos estudados, este padrão se mantém, apesar de algumas variações e do maior incremento da proporção de municípios consorciados situados no NE (de 10,2% em 2005 para 14,7% em 2015).

Gráfico 1: Distribuição proporcional de municípios consorciados na área da saúde por macrorregião (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.



Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC/IBGE.

Em 2015, a maior proporção de municípios consorciados no SE situava-se no estado de Minas Gerais e, na região S, nos estados do Paraná e Rio Grande do Sul (Tabela 2). No período, observa-se um incremento da proporção de municípios consorciados localizados nos estados do Ceará (de 0,2% em 2005 para 3,1% em 2015) e do Rio Grande do Norte (de 1,3% em 2005 para 3,0% em 2015).

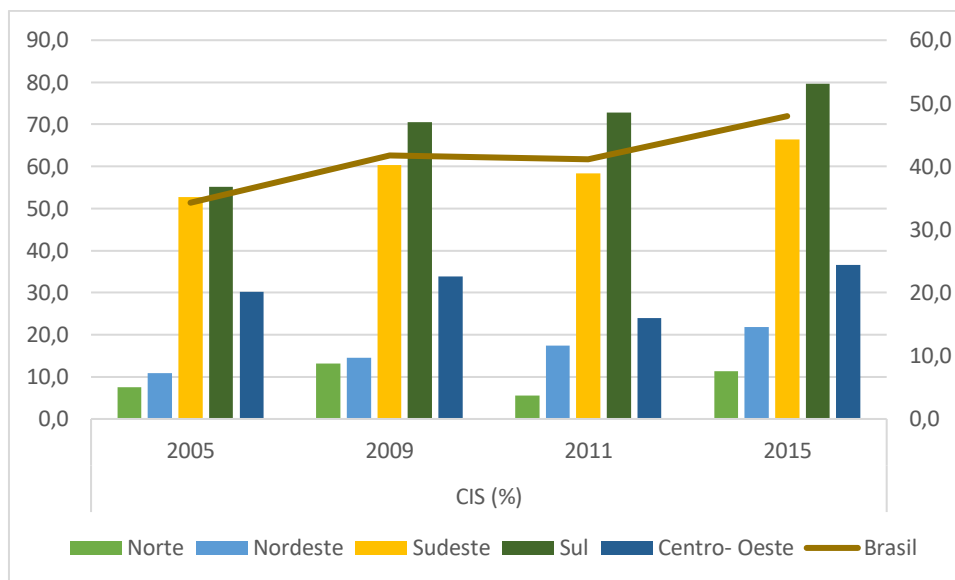
Tabela 2: Distribuição de municípios consorciados na área da saúde por macrorregiões e estados (em n e %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.

Região/Estado	2005			2009			2011			2015		
	Municípios (n)	CIS (n)	CIS (%)	Municípios (n)	CIS (n)	CIS (%)	Municípios (n)	CIS (n)	CIS (%)	Municípios (n)	CIS (n)	CIS (%)
AC	22	5	0,3	22	2	0,1	22	1	0,0	22	3	0,1
AM	62	3	0,2	62	7	0,3	62	2	0,1	62	7	0,3
AP	16	0	0,0	16	3	0,1	16	3	0,1	16	0	0,0
PA	143	23	1,2	143	34	1,5	143	19	0,8	144	27	1,0
RO	52	1	0,1	52	5	0,2	52	0	0,0	52	13	0,5
RR	15	0	0,0	15	0	0,0	15	0	0,0	15	0	0,0
TO	139	2	0,1	139	8	0,3	139	0	0,0	139	1	0,0
Total Norte	449	34	1,8	449	59	2,5	449	25	1,1	450	51	1,9
AL	102	3	0,2	102	7	0,3	102	2	0,1	102	16	0,6
BA	417	42	2,2	417	62	2,7	417	49	2,1	417	95	3,6
CE	184	4	0,2	184	16	0,7	184	100	4,4	184	83	3,1
MA	217	21	1,1	217	22	0,9	217	15	0,7	217	15	0,6
PB	223	73	3,8	223	72	3,1	223	67	2,9	223	57	2,1
PE	185	14	0,7	185	32	1,4	185	29	1,3	185	34	1,3
PI	223	7	0,4	224	12	0,5	224	7	0,3	224	13	0,5
RN	167	25	1,3	167	32	1,4	167	43	1,9	167	80	3,0
SE	75	6	0,3	75	7	0,3	75	0	0,0	75	0	0,0
Total Nordeste	1793	195	10,2	1794	262	11,3	1794	312	13,6	1794	393	14,7
ES	78	45	2,4	78	58	2,5	78	51	2,2	78	56	2,1
MG	853	637	33,4	853	657	28,3	853	693	30,3	853	777	29,1
RJ	92	51	2,7	92	62	2,7	92	46	2,0	92	44	1,6
SP	645	147	7,7	645	230	9,9	645	184	8,0	645	232	8,7
Total Sudeste	1668	880	46,2	1668	1007	43,3	1668	974	42,6	1668	1109	41,5
PR	399	335	17,6	399	342	14,7	399	357	15,6	399	371	13,9
RS	496	199	10,4	496	281	12,1	496	270	11,8	497	322	12,1
SC	293	122	6,4	293	214	9,2	293	238	10,4	295	255	9,5
Total Sul	1188	656	34,4	1188	837	36,0	1188	865	37,8	1191	948	35,5
DF	1	0	0,0	1	0	0,0	1	0	0,0	1	0	0,0
GO	246	30	1,6	246	36	1,5	246	3	0,1	246	29	1,1
MS	78	8	0,4	78	9	0,4	78	5	0,2	79	27	1,0
MT	141	103	5,4	141	113	4,9	141	104	4,5	141	115	4,3
Total Centro Oeste	466	141	7,4	466	158	6,8	466	112	4,9	467	171	6,4
Total Brasil	5564	1906	100	5565	2323	100,0	5565	2288	100,0	5570	2672	100,0

Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC/IBGE.

A tabela 3 evidencia a elevada proporção de municípios consorciados no S e SE do país. Em 2015, respectivamente, 79,6% e 66,5% dos municípios dessas macrorregiões informaram participar de consórcios de saúde. Por sua vez, entre 2005 e 2015, observa-se um incremento da proporção de municípios integrantes de consórcios de saúde em todas as macrorregiões, com destaque para o S (de 55,2% em 2005 para 79,6% em 2015), o NE (de 10,9% em 2005 para 21,9% em 2015) e o CO (de 30,3% em 2005 para 36,6% em 2015).

Gráfico 2: Participação proporcional de municípios consorciados na área da saúde segundo macrorregiões (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.



Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC/IBGE.

Em 2015, seis estados apresentavam mais de 50% de seus municípios integrando consórcios de saúde (Tabela 3). Os estados com maior proporção de municípios consorciados eram Paraná (93%), Minas Gerais (91,1%), Santa Catarina (86,4%) e Mato Grosso (81,6%).

Analisando as tendências de aumento e queda de consorciamento por estados, destaca-se a grande diminuição dos percentuais dos estados do Acre (22,7% para 13,6%), Paraíba (32,7% para 25,6%) e de Sergipe (8% para 0%). Em relação ao aumento, os estados de Rondônia (1,9% para 25%), Ceará (2,2% para 45,1%), Rio Grande do Norte (15% para 47,9%), Minas Gerais (74,7% para 91,1%), Santa Catarina (41,6% para 86,4%) e Mato Grosso do Sul (10,3% para 34,2%) tiveram incrementos mais significativos.

Tabela 3: Participação de municípios consorciados na área de saúde segundo macrorregiões e estados (em n e %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.

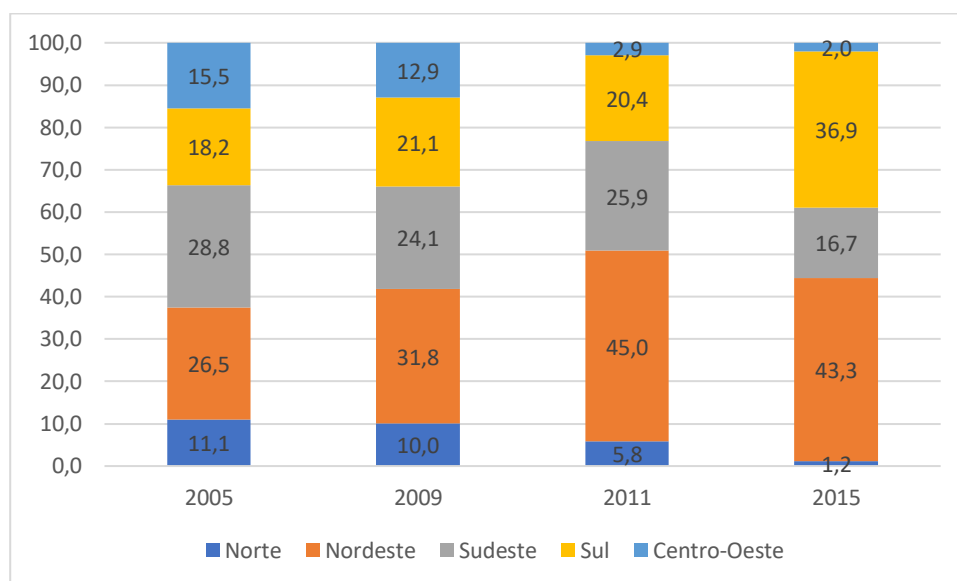
Estado	2005			2009			2011			2015		
	Municípios (n)	CIS (n)	CIS (%)	Municípios (n)	CIS (n)	CIS (%)	Municípios (n)	CIS (n)	CIS (%)	Municípios (n)	CIS (n)	CIS (%)
AC	22	5	22,7	22	2	9,1	22	1	4,5	22	3	13,6
AM	62	3	4,8	62	7	11,3	62	2	3,2	62	7	11,3
AP	16	0	0,0	16	3	18,8	16	3	18,8	16	0	0,0
PA	143	23	16,1	143	34	23,8	143	19	13,3	144	27	18,8
RO	52	1	1,9	52	5	9,6	52	0	0,0	52	13	25,0
RR	15	0	0,0	15	0	0,0	15	0	0,0	15	0	0,0
TO	139	2	1,4	139	8	5,8	139	0	0,0	139	1	0,7
Total Norte	449	34	7,6	449	59	13,1	449	25	5,6	450	51	11,3
AL	102	3	2,9	102	7	6,9	102	2	2,0	102	16	15,7
BA	417	42	10,1	417	62	14,9	417	49	11,8	417	95	22,8
CE	184	4	2,2	184	16	8,7	184	100	54,3	184	83	45,1
MA	217	21	9,7	217	22	10,1	217	15	6,9	217	15	6,9
PB	223	73	32,7	223	72	32,3	223	67	30,0	223	57	25,6
PE	185	14	7,6	185	32	17,3	185	29	15,7	185	34	18,4
PI	223	7	3,1	224	12	5,4	224	7	3,1	224	13	5,8
RN	167	25	15,0	167	32	19,2	167	43	25,7	167	80	47,9
SE	75	6	8,0	75	7	9,3	75	0	0,0	75	0	0,0
Total Nordeste	1793	195	10,9	1794	262	14,6	1794	312	17,4	1794	393	21,9
ES	78	45	57,7	78	58	74,4	78	51	65,4	78	56	71,8
MG	853	637	74,7	853	657	77,0	853	693	81,2	853	777	91,1
RJ	92	51	55,4	92	62	67,4	92	46	50,0	92	44	47,8
SP	645	147	22,8	645	230	35,7	645	184	28,5	645	232	36,0
Total Sudeste	1668	880	52,8	1668	1007	60,4	1668	974	58,4	1668	1109	66,5
PR	399	335	84,0	399	342	85,7	399	357	89,5	399	371	93,0
RS	496	199	40,1	496	281	56,7	496	270	54,4	497	322	64,8
SC	293	122	41,6	293	214	73,0	293	238	81,2	295	255	86,4
Total Sul	1188	656	55,2	1188	837	70,5	1188	865	72,8	1191	948	79,6
DF	1	0	0,0	1	0	0,0	1	0	0,0	1	0	0,0
GO	246	30	12,2	246	36	14,6	246	3	1,2	246	29	11,8
MS	78	8	10,3	78	9	11,5	78	5	6,4	79	27	34,2
MT	141	103	73,0	141	113	80,1	141	104	73,8	141	115	81,6
Total Centro Oeste	466	141	30,3	466	158	33,9	466	112	24,0	467	171	36,6
Total Brasil	5564	1906	34,3	5565	2323	25,5	5565	2288	41,1	5570	2672	48,0

Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC/IBGE.

Em ambos (estados e União) observa-se que a região nordeste possui os maiores percentuais de municípios consorciados com a presença de outros entes federativos.

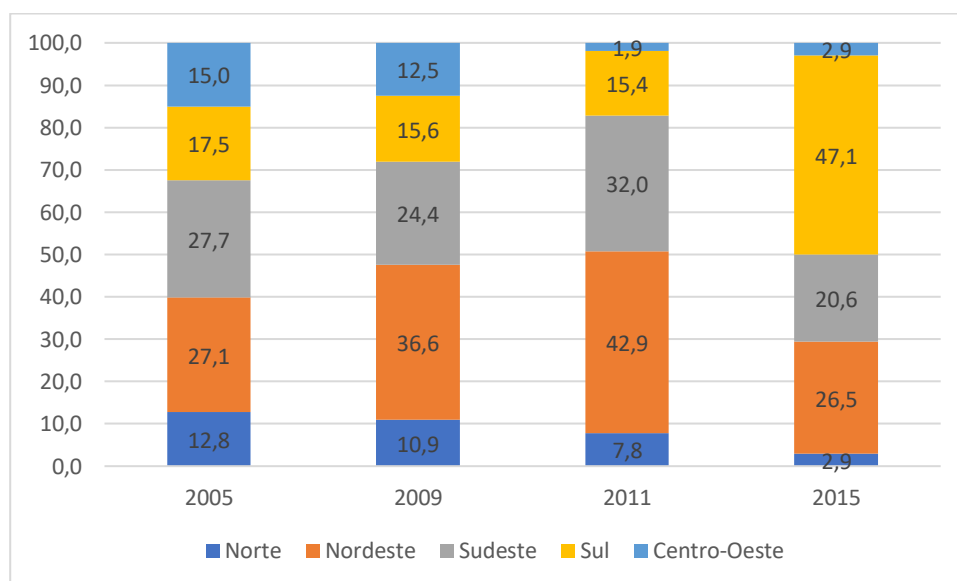
Quanto à tendência, em relação a presença do estado, a região nordeste mantém a tendência de crescimento assim como a região sul, no entanto, todas as macrorregiões diminuiram seus percentuais, chegando a valores residuais. No que se refere à presença da União, as macrorregiões NE e S aumentaram os percentuais, porém, no ano de 2015, a região NE também tem uma queda acentuada e, com isso, a região S apresenta o maior percentual entre as macrorregiões.

Gráfico 3: Distribuição proporcional de municípios consorciados na área da saúde com presença do estado por macrorregião (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.



Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC/IBGE.

Gráfico 4: Distribuição proporcional de municípios consorciados na área da saúde com presença da União por macrorregião (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.



Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC/IBGE – elaboração própria

4.2 Municípios consorciados na área da saúde segundo porte populacional

O Brasil é composto em sua maior parte por municípios de pequeno e médio porte, ou seja, com menos de 25 mil habitantes e de 25-100 mil habitantes, respectivamente. Os municípios considerados de grande porte, que possuem população acima de 100 mil habitantes, representavam apenas cerca de 5,4% do total em 2015. Os resultados mostram que esse municípios representam menos de 5% dos municípios consorciados. Na Tabela 4, é possível observar que a maioria dos municípios que participam de consórcios possuem até 50 mil habitantes (90,4 % em 2015).

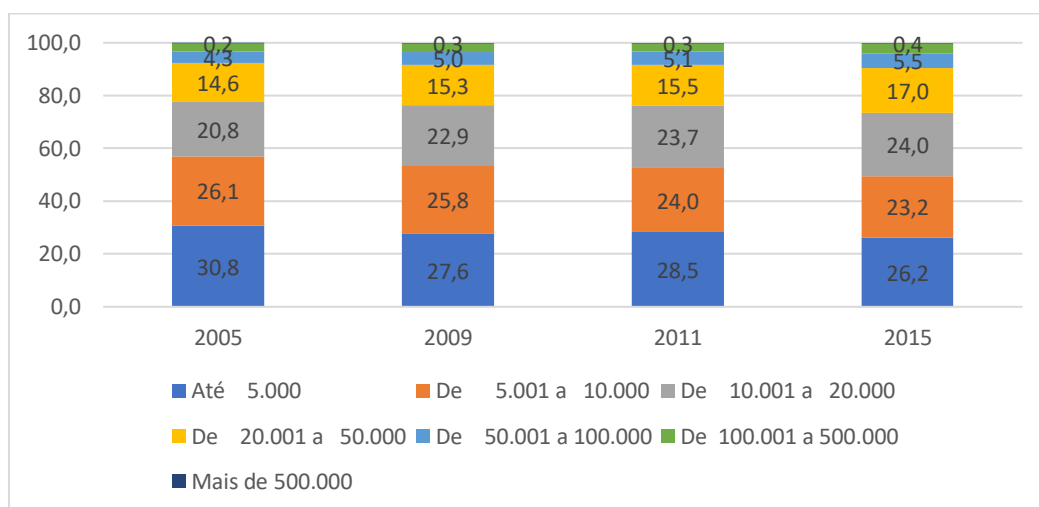
Houve queda nas faixas abaixo de 10 mil habitantes, como se vê na tabela 4, o percentual partiu de 56,9% em 2005 caindo para 49,4% em 2015 (tabela 4). No entanto, nas faixas superiores à 10 mil habitantes houve crescimento (gráfico 5), também contínuo em todas os intervalos populacionais - 43% em 2005 para 50,5% em 2015 (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição de municípios consorciados na área da saúde por porte populacional (em n e %). Brasil, 2005,2009, 2011 e 2015.

Municípios segundo porte populacional	Municípios	2005		Municípios	2009		Municípios	2011		Municípios	2015	
		CIS (n)	CIS (%)		CIS (n)	CIS (%)		CIS (n)	CIS (%)		CIS (n)	CIS (%)
Até 5.000	1.362	588	30,8	1.257	641	27,6	1.303	651	28,5	1.237	701	26,2
De 5.001 a 10.000	1.310	497	26,1	1.294	600	25,8	1.212	550	24,0	1.214	621	23,2
De 10.001 a 20.000	1.298	397	20,8	1.370	531	22,9	1.400	542	23,7	1.377	640	24,0
De 20.001 a 50.000	1.026	279	14,6	1.055	355	15,3	1.043	354	15,5	1.087	455	17,0
De 50.001 a 100.000	313	82	4,3	316	116	5,0	324	117	5,1	353	147	5,5
De 100.001 a 500.000	220	59	3,1	233	73	3,1	245	67	2,9	261	96	3,6
Mais de 500.000	35	4	0,2	40	7	0,3	38	7	0,3	41	12	0,4
Brasil	5.564	1.906	100,0	5.565	2.323	100,0	5.565	2.288	100,0	5.570	2.672	100,0

Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC/IBGE.

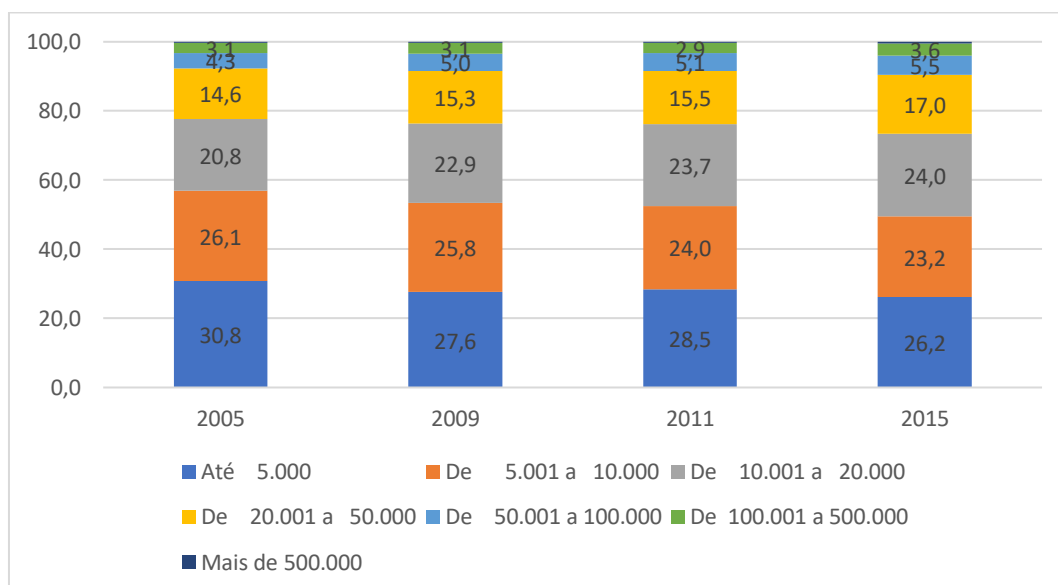
Gráfico 5: Distribuição proporcional de municípios consorciados na área da saúde por porte populacional (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.



Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC/IBGE.

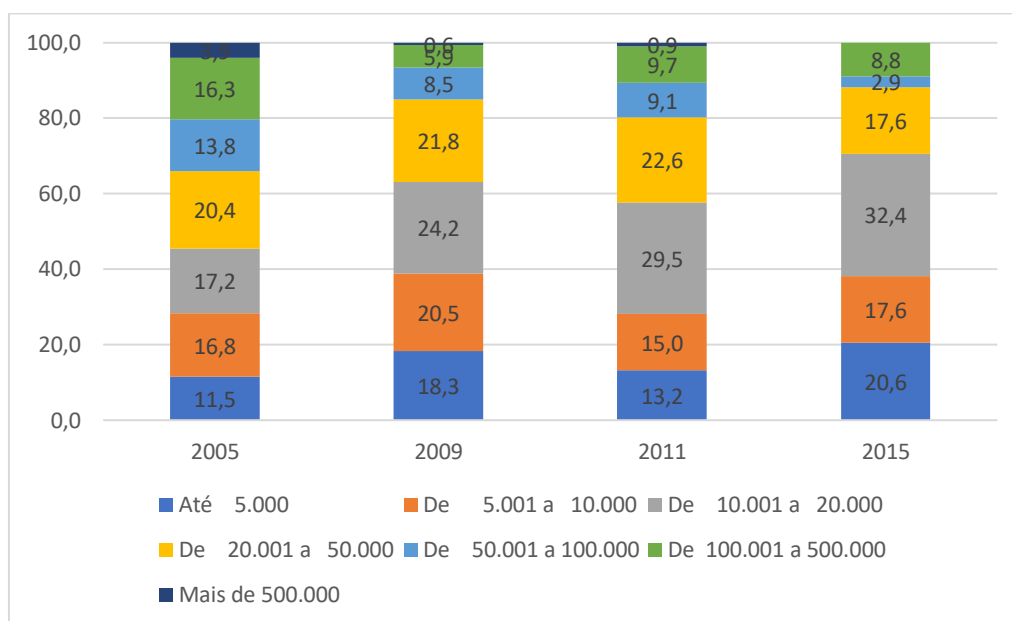
O padrão frente às proporções de municípios consorciados mostra a concentração nas faixas inferiores a 20 mil habitantes, no entanto, a mais expressiva está na faixa de cidades com menos de 5 mil habitantes, que ultrapassa 56% (Gráfico 8). Por sua vez, a tendência foi de crescimento em todas as faixas populacionais, com destaque no crescimento de 11,4% em 2005 para 29,3% na faixa acima de 500 mil habitantes.

Gráfico 6: Distribuição proporcional de municípios consorciados na área da saúde com presença do estado por porte populacional (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.



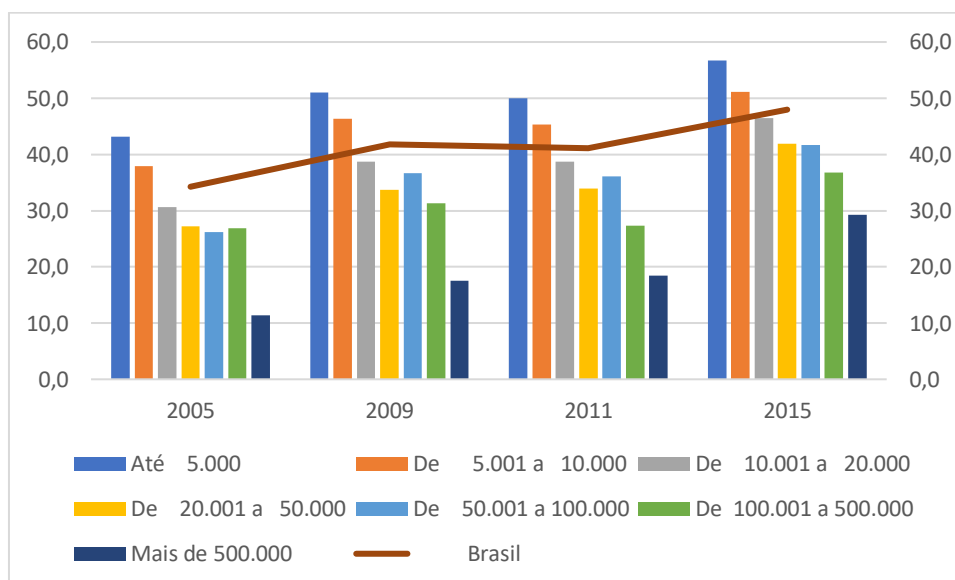
Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC/IBGE.

Gráfico 7: Distribuição proporcional de municípios consorciados na área da saúde com presença da União por porte populacional (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.



Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC/IBGE.

Gráfico 8: Participação proporcional de municípios consorciados na área da saúde segundo porte populacional (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.



Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC/IBGE.

Como já destacado, é necessário cautela para interpretar os dados da MUNIC em relação às presenças dos entes estaduais e da União por conta da alteração da metodologia empregada (APÊNDICE 1). De toda forma, a maior proporção de municípios

participantes de consórcios tanto com o estado (Gráfico 6) quanto com a União (Gráfico 7) encontra-se em municípios com menos de 100 mil habitantes.

No entanto, os gráficos mostram tendências distintas de crescimento. Nos municípios com consórcios com presença do estado (Gráfico 6), houve crescimento em todas as faixas de municípios com população acima de 10 habitantes (43% em 2005 para 50,5% em 2015). Em contrapartida, com a presença da União (Gráfico 7), o crescimento expressivo se deu nas faixas inferiores a 10 a 20 mil habitantes (de 45,5 % em 2005 para 70,6 % em 2015). Cabe ressaltar que, somente nesta análise, a faixa acima de 500 mil habitantes aparece, porém somente nos três primeiros anos e de forma quase imperceptível, com valores menores de 1% nos anos de 2009 e 2011.

5 PRODUÇÃO LEGISLATIVA ESTADUAL SOBRE CONSÓRCIOS

Os estudos sobre consórcios de saúde geralmente se concentram nas experiências dos governos municipais com pouco destaque para o papel desempenhado por outros atores.

Entretanto, a constituição de consórcios pode expressar processos de negociação e regulamentação própria sobre o tema, que se evidenciam nas Assembleias Legislativas dos estados, por meio da atuação de distintos poderes, níveis de governos e organizações da sociedade. Dessa forma, conhecer a produção legislativa sobre os consórcios no âmbito estadual é importante para uma compreensão mais abrangente desse fenômeno no Brasil.

Este capítulo está estruturado em duas seções. A primeira envolve uma análise exploratória da distribuição e tipologia dos documentos encontrados. A segunda na identificação dos principais temas abordados e atores envolvidos na formulação dos documentos.

5.1 Distribuição e tipologia dos documentos

A maioria dos estados brasileiros possui uma produção legislativa diversa sobre consórcios, incluindo leis, projetos de lei, mensagens legislativas e notícias. Dos 147 documentos encontrados, 146 são provenientes dos estados e 01 da União. Os maiores percentuais de documentos encontram-se nas regiões sul e sudeste com 42,9% e 37,4 % respectivamente (tabela 1). São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul agregam 76,9 % da produção, sendo aqueles com os maiores percentuais de documentos (respectivamente, 34%, 33,3% e 9,5%). Não foram identificados documentos nos estados de Amapá, Piauí, Sergipe, Rondônia e Roraima

Tabela 5: Produção legislativa estadual sobre consórcios segundo macrorregiões e estados do Brasil (em n e %).

Origem do documento	Documentos	
	n	%
Acre	1	0,7
Amapá	0	0
Amazonas	3	2,0
Pará	3	2,0
Rondônia	0	0
Roraima	0	0
Tocantins	1	0,7
Norte	8	5,4
Alagoas	3	2,0
Bahia	3	2,0
Ceará	3	2,0
Maranhão	1	0,7
Paraíba	1	0,7
Pernambuco	2	1,4
Piauí	0	0
Rio Grande do Norte	1	0,7
Sergipe	0	0
Nordeste	14	9,5
Espirito Santo	2	1,4
Minas Gerais	1	0,7
Rio de Janeiro	2	1,4
São Paulo	50	34,0
Sudeste	55	37,4
Paraná	49	33,3
Rio Grande do Sul	14	9,5
Santa Catarina	0	0
Sul	63	42,9
Distrito Federal	1	0,7
Goiás	1	0,7
Mato Grosso	3	2,0
Mato Grosso do Sul	1	0,7
Centro Oeste	6	4,1
União	1	0,7
Total	147	100

Fonte: Sítios eletrônicos das Assembleias Legislativas dos estados.

A distribuição temporal dos documentos mostra que parte da produção legislativa sobre consórcios no âmbito estadual no Brasil tem origem na década de 1930. Observamos o percentual expressivo entre as décadas de 1960 e 1990 (tabela 2). Entretanto, a maioria dos documentos foram produzidos nos últimos 20 anos, sendo que

após a publicação da Lei de Consórcios Públicos foram publicados 68 documentos (48,3%).

Tabela 6: Produção legislativa estadual sobre consórcios segundo período de origem do documento (em n e %).

Décadas	Documentos	
	(n)	%
30-60	4	2,7
60-90	41	27,9
90-2000	21	14,3
2000-2010	36	24,5
2010-2020	43	24,3
Sem informação	02	1,4
Total	185	100,0

Fonte: Sítios eletrônicos das Assembleias Legislativas dos estados.

A tipologia dos documentos evidencia a predominância de leis (46,3%) e decretos do poder executivo (31,3%), apesar de muitos outros tipos de documentos, como resoluções ou notícias (tabela 3).

Tabela 7: Produção legislativa estadual sobre consórcios segundo tipos de documentos (em n e %).

Tipo	Documentos	
	n	%
Decreto	46	31,3
Decreto Legislativo	2	1,4
Lei	68	46,3
Manual	1	0,7
Mensagem Legislativa	2	1,4
Notícia	6	4,1
Portaria	2	1,4
Processo Administrativo	2	1,4
Projeto de Lei	4	2,7
Resolução	12	8,2
Resolução Conjunta	1	0,7
Resolução legislativa	1	0,7
Total Geral	147	100,0

Fonte: Sítios eletrônicos das Assembleias Legislativas.

5.2. Principais temas e atores envolvidos na formulação dos documentos

A tabela 4 sistematiza os principais temas abordados nos documentos. Existe uma diversidade de assuntos relacionados aos consórcios nos documentos produzidos pelas assembleias legislativas. Documentos como leis e decretos abordam a autorização para que o ente estadual faça parte de consórcios ou que participe de alguma ação conjunta. No entanto, o maior percentual de achados foi a Declaração de Utilidade Pública dos consórcios intermunicipais (24,5 %), seguido da doação de permissão ou doação de terrenos, equipamentos ou materiais para consórcios (13,8%), ratificação de protocolo de intenção e autorização para participação em consórcios.

Tabela 8: Produção legislativa estadual sobre consórcios segundo temas abordados nos documentos (em n e %).

Temas	Documentos	
	n	%
Declaração de utilidade pública	36	24,5
Permissão ou Doação de equipamento/material a consórcio	17	11,6
Ratificação de protocolo de intenção	13	8,8
Autorização para participação em consórcio	11	7,5
Convênio de entes com consórcios	10	6,8
Documentos de múltiplas finalidades que possuem o tema consórcios	9	6,1
Notícia	5	3,4
Destinação de recursos para consórcio	4	2,7
Criação de Grupo de Trabalho para formação de consórcio	3	2,0
Política Estadual específica	3	2,0
Alteração artigo de Lei sobre consórcios	2	1,4
Cancelamento de ação em conjunto com consórcio	2	1,4
Criação de consórcio	2	1,4
Criação de Grupo de Trabalho para gestão de consórcio	2	1,4
Instituição de GT para elaboração de processos de gestão de consórcios	2	1,4
Instituição de GT para realização de política pública com consórcio	2	1,4
Autorização para consórcio integrar comissão do governo estadual	1	0,7
Documento de política pública estadual que inclui consórcios com beneficiário	1	0,7
Documento de política pública estadual que não inclui consórcios com beneficiário	1	0,7
Documento para orientar normas para consórcios	1	0,7
Extrato de consorciamento	1	0,7
Formação de comitê de estruturação de consórcio	1	0,7
Lei de criação de consórcios	1	0,7

Manual de orientações	1	0,7
Mensagem Legislativa	1	0,7
Minuta de aprovação de legislação	1	0,7
Normas para criação de consórcio	1	0,7
Normas para participação do estado em consórcios com municípios	1	0,7
Normas que regulam a atividade de consórcios e empresas	1	0,7
Relatório de acompanhamento da atividade de consórcios	1	0,7
Resolução do Tribunal de Contas	1	0,7
Total Geral	147	100,0

Fonte: Sítios eletrônicos das Assembleias Legislativas dos estados.

A maioria dos documentos se refere à declaração de utilidade pública de consórcios intermunicipais de saúde e se concentra nos estados de São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul, com quase a totalidade nos dois primeiros estados (36 de 37 documentos). No entanto, existe uma diferença entre os momentos de publicações das declarações. No estado de São Paulo, eles foram produzidos na década de 70 e, no caso do Paraná, a partir dos anos 90 até 2016.

As ratificações dos protocolos de intenção foram assinadas após 2005, sendo um procedimento obrigatório para a constituição de consórcios públicos de acordo com a Lei de Consórcio de 2005. Dos 12 documentos com esse assunto, grande parte refere-se aos estados componentes dos Consórcios Interestaduais do Nordeste, do Brasil Central e da Amazônia Legal. Outros são relacionados a conformação de consórcios de saúde e de gestão de resíduos sólidos com participação do ente estadual. Os três casos encontrados são do estado do Ceará (saúde) e Distrito Federal (resíduos sólidos).

Concentra-se no estado do Paraná a quase a totalidade de documentos que apresentam a formação de Grupos de Trabalho no âmbito estadual para formação de consórcios, para realização de política pública ou até mesmo para avaliação da prestação de contas de consórcios que prestaram algum serviço para o estado.

Foi identificado poucos documentos que tornam públicas as políticas desenvolvidas entre os entes estaduais juntamente com consórcios intermunicipais ou consórcios intermunicipais e a União. Somente 6,8% desses documentos (tabela 4) descrevem os convênios feitos entre consórcios e o ente estadual. Os estados que se destacam são os de São Paulo, Rio Grande do Sul e Paraná, cujas legislações foram publicadas em anos anteriores a 2005.

Destacamos dois documentos que mostram elementos da experiência do estado do Paraná. No primeiro deles, a Secretaria Estadual de Saúde apresenta uma resolução

que estabelece uma modalidade de financiamento específico para municípios não consorciados. O outro documento apresenta uma normativa, também da secretaria estadual, que regulamenta a norma técnica orientadora a bancos de sangue, na qual coloca os consórcios como um tipo de entidade a seguir os critérios apontados, juntamente com unidades privadas contratadas e unidades conveniadas ao SUS.

Nos anos de 1998 e 2000, o estado do Paraná publicou decreto e leis que discorrem sobre normas para que o estado participe de consórcios com municípios e empresas.

O estado de São Paulo formou um grupo de trabalho junto com o Ministério da Agricultura na década de 1930 voltada para a qualificação técnica de cafeicultores imigrantes, além da promoção de atividades relacionadas a cafeeicultura, sendo esse documento a primeira produção legislativa, publicada em 1934.

Em 2009, o estado de Minas Gerais publicou legislação específica sobre consórcios públicos. É o único documento com esse tema em todos os documentos encontrados nessa pesquisa.

O tema consórcios também está presente em documentos que não tratam especificamente de consórcios como Plano Plurianual, leis sobre orçamento, leis sobre estrutura. É importante destacar documentos que descrevem o modelo de administração pública estadual (Alagoas) e até mesmo o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do estado de São Paulo - SUDS no ano de 1988.

O governo de Alagoas considera o consórcio como entidade que o poder executivo pode associar-se para a realização de atividades exclusivas e não exclusivas do Estado. No plano plurianual do estado do Tocantins, no processo de Revisão do ano de 2018, contém um indicador que contabiliza o número de consórcios operacionalizados numa ação programática cujo o objetivo é desconcentrar a economia regional para promoção do desenvolvimento socioeconômico estadual.

Em relação ao SUDS, na única citação ao tema, apontava que a partir da publicação da lei, os novos consórcios, assim como municípios e hospitais filantrópicos ficariam submetidos àquela lei.

Também destacamos que existem alguns documentos que versam sobre minutas, projetos de lei e discussões através de eventos como audiências públicas como dos estados do Amazonas e Rio de Janeiro. Essas atividades realizadas pelas assembleias legislativas no caso do Amazonas e secretaria estadual de saúde do Rio de Janeiro, no caso do evento sobre consórcios de saúde. O estado do Rio de Janeiro ainda possui um projeto de lei

sobre consórcios que abarcaria os consórcios existentes – de saúde e desenvolvimento territorial de parte da região metropolitana.

O estado do Ceará possui alguns documentos sobre consórcios, como apontado, mas, destaca-se um manual extenso produzido pela SES sobre a temática a fim de orientar os municípios. Ele se baseia na compilação e explicação dos aspectos da legislação nacional sobre consórcios públicos. No entanto, ele traz uma classificação sobre tipologia de consórcios – consórcios verticais e horizontais. Porém, o mesmo estado não realiza uma proposição de alterações legais nas legislações de consórcios do estado.

O Tribunal de Contas do estado de Pernambuco possui resolução que obriga os consórcios se cadastrarem no sistema de controle do Tribunal. Os consórcios se configuram como unidades jurisdicionadas do TCE, independentemente de ter o ente estadual na sua composição. A resolução no seu *caput* traz a necessidade daquele tribunal em ter entendimento próprio sobre a legislação de consórcios públicos.

O estado de Minas Gerais possui uma lei publicada exclusiva para orientar a formação de consórcios públicos no seu estado. A lei foi promulgada em 2009, após a lei de consórcios públicos. Destaca-se a obrigatoriedade de prestação de contas e aprovação das mesmas também para os conselhos de políticas públicas, municipais e estaduais, à exemplo da Saúde e Assistência Social. E também aponta a possibilidade do governo estadual fazer convênios com os consórcios, sem necessariamente fazer parte deles.

O estado da Bahia, além de participar do consórcio interestadual do Nordeste possui uma experiência recente de participação em consórcio público de saúde. Eles denominam de Consórcio Interfederativo de Saúde. Essa legislação disciplina a participação do governo do estado da Bahia em consórcios públicos de saúde e estes precisam ter as seguintes finalidades:

- I - planejar, programar e executar ações, atividades e serviços na área da saúde;
- II - fortalecer as instâncias colegiadas locais e regionais e o processo de descentralização das ações e serviços de saúde;
- III - compartilhar recursos financeiros, tecnológicos e de gestão de pessoas, e o uso em comum de equipamentos, serviços de manutenção, tecnologia da informação, de procedimentos de licitação, de unidade prestadoras de serviços, instrumentos de gestão, em especial programação assistencial e plano de gerenciamento do consórcio, entre outros, obedecendo as normas da regionalização;
- IV - prestar cooperação técnica, realizar treinamento, estudos técnicos e pesquisa, bem como executar ações conjuntas de prestação de serviços assistenciais e de vigilância em saúde;
- V - estabelecer vínculo de cooperação e articular esforços com vistas a criar condições de viabilidade, eficiência, eficácia e melhores resultados na gestão da saúde;

VI - promover a capacidade resolutiva e ampliar a oferta e o acesso da população aos serviços de saúde (Bahia, 2015).

Em relação aos atores que participaram da formulação dos documentos destacam-se os deputados, os governadores e chefes dos órgãos do poder executivo (em geral, das secretarias estaduais). Dentre as secretarias estaduais que mais produziram documentos estão as Secretarias de Ambiente, Fazenda, Saúde, Governo, Planejamento e até mesmo de Segurança Pública. O Tribunal de Contas dos estados além de ter produzido materiais também foi partícipe de diversos eventos, assim como representantes de secretarias estaduais e de associação de Municípios.

Alguns deputados ao longo dos anos participaram de grupos de trabalhos ou foram propositores de audiências públicas. Os partidos políticos foram: PT, PDS, PSDB, PFL (atual DEM), PL.

É importante destacar que três estados possuem legislação própria vigente de consórcios estaduais ou com a participação do estado – os estados do Ceará e Minas Gerais, além do Consórcio de Resíduos Sólidos da região metropolitana do Distrito Federal.

O Consórcio Brasil Central tem como objetivo e prioridades: a. agropecuária, o desenvolvimento de políticas para a ampliação da produtividade da pequena e média propriedade, com ênfase no assessoramento técnico, base para a emergência e fortalecimento de uma nova classe média rural; b. infraestrutura e na logística, o desenvolvimento de projetos de integração para a região e inserções nacional e global; c. ampliação da produção industrial e promovam a competitividade dos entes federativos associados; d. educação, o aprimoramento do ensino básico e profissionalizante além do funcionamento de escolas de governo ou de estabelecimentos congêneres; e. empreendedorismo, a ampliação da competitividade e o acesso a crédito; f. na inovação, o fortalecimento do sistema de ciência e tecnologia, dos serviços avançados e das ações de fomento de seu ecossistema tais como parques tecnológicos, incubadoras, aceleradoras, startups e inserção em redes globais; g. o aprimoramento do licenciamento ambiental e o desenvolvimento de instrumentos de planejamento e gestão ambiental.

O consórcio Amazônia Sustentável tem um número extenso de finalidades, no qual chama atenção o último onde aponta onde outras iniciativas além das listadas podem ser objeto do consórcio. As restantes são a. desenvolvimento econômico e social; b. integração e fortalecimento social; c. Compartilhamento de instrumentos, ferramentas, estudos, projetos e processos inovadores de gestão pública e de ciência e tecnologia; d.

criação e o fortalecimento de políticas de estímulo à produção e produtividade rural; e. desenvolvimento de projetos de infraestrutura e logística; f. integração de políticas e iniciativas na segurança pública, com ênfase nas regiões de fronteiras e em áreas de conflitos agrários; g. melhoria do sistema prisional da região; h. captação de investimentos para fomento e desenvolvimento da Amazônia e conservação da sua biodiversidade; i. desenvolvimento de projetos voltados a uma economia de baixo carbono; j. estabelecimento de uma relação cooperativa nas diversas áreas da gestão pública, além do incentivo a parcerias público-privadas; k. execução direta ou indireta de serviços públicos de interesse; l. execução de obras e assessoria técnica aos entes membros do consórcio; m. promoção da comunicação pública aos entes membros do consórcio.

O consórcio Nordeste também possui finalidades amplas, que envolvem diversas políticas públicas traduzidas nas suas finalidades, como: : a. desenvolvimento econômico; b. infraestrutura; c. Ciência Tecnologia e Inovação; d. desenvolvimento social (saúde, educação, cultura e assistência social e direitos humanos, a promoção da igualdade racial e de gênero); e. segurança pública e administração penitenciária; f. meio ambiente; g. desenvolvimento da gestão; h. articulação política, jurídica e institucional, além do desenvolvimento da comunicação pública e estatal.

Seus objetivos na área da saúde se concentram na aquisição centralizada e ou compartilhada de medicamentos, equipamentos e materiais de saúde, gestão de serviços de saúde, em especial hospitais e laboratórios regionais, desenvolvimento e implantação de tecnologias digitais e inovação em saúde, prontuários eletrônicos e compartilhamento de estruturas, dados e sistemas; gestão compartilhada e associada de transporte sanitário, integração de sistemas de vigilância sanitária, qualificação do trabalho e formação profissional em saúde.

Com esses objetivos mais amplos existe uma maior necessidade de discussão e articulação interna entre os governadores que são as figuras administrativas que representam os consórcios no ente estadual, assim como prefeitos nos consórcios intermunicipais.

No exemplo do Consórcio Nordeste isso tem se evidenciado mais e as discussões tem a presença mais cotidiana dos governadores, principalmente no exemplo da região Nordeste. Um ponto a se destacar são as sedes desses consórcios. Elas variam, como se pode ver em seus protocolos de intenção. O do Brasil Central tem sede em Brasília, no entanto, o Distrito Federal faz parte dele, mas, o da Amazônia Legal também se encontra

nessa cidade. Já o do Nordeste a sede é rotativa de acordo com o Estado-líder do consórcio no ano em questão.

O estado do Ceará possui uma produção legislativa que mostrou protocolos de intenção assinados com algumas regiões de saúde. Se reporta a lei nacional e não apresentou inovações jurídico-administrativas, mas propõe a assinatura dos protocolos do estado do Ceará com municípios de forma regionalizada.

Minas Gerais com sua lei estadual de consórcios de 2009 aponta a possibilidade desse estado celebrar convênios e participar de consórcios com outros estados. Mas traz a questão do controle social em um dos seus artigos. Aponta diferenças de acordo com a composição do consórcio, conforme vemos a seguir:

I - pelos conselhos municipais de cada área de atuação da maioria dos Municípios envolvidos, quando o consórcio público for constituído somente por Municípios; II - pelo conselho estadual e pelos conselhos municipais de cada área de atuação da maioria dos Municípios envolvidos, quando o consórcio público for constituído pelo Estado e por Municípios com territórios nele contidos; e III - pelos conselhos estaduais de cada área de atuação dos Estados envolvidos, quando o consórcio público for constituído por mais de um Estado (Minas Gerais, 2009).

O Consórcio da região metropolitana do Distrito Federal também apresenta a necessidade do controle social das atividades do consórcio através do Conselho Regional de Manejo dos Resíduos Sólidos e das Águas Pluviais e Conferência Regional de Manejo dos Resíduos Sólidos e das Águas Pluviais, controle social formado para especificamente para o consórcio em questão.

A seguir apresentamos um quadro síntese com os principais temas abordados na produção legislativa em âmbito estadual.

Quadro 2: Quadro-síntese sobre os principais temas abordados na produção legislativa estadual sobre consórcios no Brasil (1934-2019).

Estado	Produção Legislativa (n)	Principais temas abordados
Acre	1	Ratificação do protocolo de intenções no Consórcio de Desenvolvimento Sustentável da Amazônia Legal (interestadual).
Alagoas	3	Ratificação do protocolo de intenções para conformação do Consórcio Nordeste (interestadual).
Amazonas	3	Discussões sobre necessidade de processos de consorciamento dos municípios no estado do Amazonas, com destaque para os municípios do interior, para a política de resíduos sólidos e estradas vicinais.
Bahia	3	Ratificação do protocolo de intenções para conformação do Consórcio Nordeste (interestadual) e participação do estado em consórcios de saúde (consórcios interfederativos). Homologação do estabelecimento de convênio com o estado do Ceará decorrente da autorização do consorciamento entre esses estados.
Ceará	3	Os documentos abordam ratificação de protocolos de intenção de consórcios regionais do setor saúde e municípios de regionais, além de um manual de orientação sobre estruturação e atividades de consórcios no âmbito da saúde.
Distrito Federal	1	Ratificação do protocolo de intenções do Consórcio Brasil Central (interestadual).
Espirito Santo	2	Aprovação de um consórcio público de saúde na região metropolitana de Vitória.
Goiás	2	Ratificação do protocolo de intenções para conformação Consórcio Brasil Central (interestadual). Participação do estado em um consórcio para manejo de resíduos sólidos que envolve a Região Integrada do Distrito Federal e Entorno - RIDE.
Maranhão	1	Aprovação de proposta do executivo estadual para a conformação de um consórcio estadual de saúde. Mas, o estado participa dos consórcios da Amazônia Legal e Consórcio Público do Nordeste.
Mato Grosso	3	Ratificação do protocolo de intenções para conformação nos Consórcios Brasil Central e Amazônia Legal (interestaduais). Proposta de consórcio realizado através de grupo de trabalho composto por deputados de diferentes partidos (1993).
Mato Grosso do Sul	1	Ratificação do protocolo de intenções do Consórcio Brasil Central (interestadual).
Minas Gerais	1	Lei Estadual de Consórcios (2009).

Pará	3	Constituição de grupo de trabalho para formulação de política estadual de consórcios públicos (2008). Relatório de uma consultoria sobre a regionalização de resíduos sólidos que propõe o estabelecimento de consórcios (2013). Ratificação do protocolo de intenções para conformação do Consórcio da Amazônia Legal (2017).
Paraíba	1	Ratificação do protocolo de intenções para conformação do Consórcio Nordeste.
Paraná	49	Estado com tradição em consórcios tem suas primeiras produções legislativas na década de 1990 quando declarou utilidade pública de diversos consórcios intermunicipais, em especial, os de saúde. Se destaca a multiplicidade de temáticas de documentos que envolvem o processo de controle administrativo e acompanhamento das atividades dos consórcios que o governo estadual realiza convênios.
Pernambuco	2	A produção é exclusiva do Tribunal de Contas do Estado que trouxe diretrizes estaduais para o Controle Externo dos consórcios existentes no estado com o sem presença do estado e de até mesmo que o estado de Pernambuco com outros estados.
Rio de Janeiro	2	O estado do Rio possui um projeto de lei de 2016 não aprovado com proposta de regulamentação dos consórcios registrados no estado, em sua maioria do setor saúde. O outro documento é sobre evento promovido em 2019 pela SES para discutir a importância dos consórcios para a gestão em saúde.
Rio Grande do Norte	1	Ocorreu uma audiência pública para discutir a regionalização do setor saúde e o papel dos consórcios interfederativo.
Rio Grande do Sul	14	Grande parte da produção se concentra em consórcios do poder público com empresas a fim de realização de obras de infraestrutura na década de 1990. Os documentos mais recentes falam de estudos para instituir consórcios de saneamento ambiental e transporte e mobilidade urbana.
São Paulo	50	Existem três momentos: o inicial, na década de 30 com o incentivo ao consorciamento de municípios pelo governo estadual. O segundo, na década de 60 e 70 com a declaração de utilidade pública de consórcios municipais e permissão ou cessão de uso de equipamento e terrenos do estado. O terceiro, após a publicação da Lei do Consórcios é centrada na celebração de convênios com consórcios intermunicipais, documentos sobre a política de resíduos sólidos e documentos que autorização de uso de bens do estado por consórcio.
Tocantins	1	É mais um caso de estados que participam de dois consórcios estaduais diferentes - Brasil Central e Amazônia Legal. Porém, o único documento disponível, o Plano Plurianual mostra o incentivo do ente estadual na implementação de consórcios no próprio estado.

Fonte: Assembleias Legislativas dos estados – elaboração própria.

6 CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL: APONTAMENTOS SOBRE DINÂMICAS PREGRESSAS, ATUAIS E FUTURAS

No debate público e na literatura científica sobre consórcios é muito comum apontá-los como uma experiência inovadora. No entanto, como identificado nos capítulos anteriores, as experiências de consórcios no mundo e no Brasil, assim como a constituição de consórcios públicos no país, não são novas.

Dados internacionais e nacionais apresentam as primeiras experiências nos meados do século XIX, em países como Itália, Espanha e França onde foram identificadas associações de municípios para o enfrentamento de problemas comuns (Almeida, 1958; Cunha, 2004; Guéranger; Poupeau, 2018) e, no Brasil na década de 30, no estado de São Paulo, onde municípios se associaram para a estruturação de hospitais. A Constituição Paulista de 1935 foi a primeira legislação que permitiu juridicamente a associação entre municípios e a Constituição Federal de 1937, a primeira em nível nacional, porém existe uma diferença marcante entre as duas legislações. Na paulista, era necessária a aprovação legislativa e, na nacional, essa obrigatoriedade foi suprimida, sendo que os municípios para se associarem precisavam ser limítrofes (Almeida, 1958).

A publicação da Lei 11.107 em 2005 regulamentou a possibilidade de que diferentes entes federativos pudessem se consorciar, ou seja, autorizou a formação de consórcios entre municípios com estados e a União ou de estados entre si (Fonseca, 2013; Linhares; Messenberg; Ferreira, 2017).

A regulamentação do artigo 241 da Constituição de 1988, através dessas legislações, permitiu que se resolvesse a insegurança jurídica dos consórcios administrativos no que se referia a recursos financeiros (contribuições financeiras dos consorciados), prestação de contas e controle externo, extinção do consórcio, entrada e saída de participantes, assim como o recebimento de recursos estaduais ou federais.

No entanto, é apontada como uma desvantagem dos consórcios públicos características jurídicas que dificultam a realização de contrair empréstimos que utilizem recursos financeiros do Tesouro dos seus participantes, assim como todo o detalhamento necessário para a estruturação e formalização dos consórcios (Fonseca, 2013; Losada 2008).

Observa-se que os consórcios, assim como o Consórcio Público, suas regulamentações, as possibilidades administrativas não são pacíficas no campo do Direito

Nacional. Existem discussões antigas, como se observa no texto de Almeida (1958), que discorreu sobre os consórcios municipais. Essas discussões continuaram durante o processo de formatação da lei, assim como após sua publicação. E essa disputa de entendimento é realizada por vários nomes importantes do Direito Administrativo brasileiro (Di Pietro, 2005; Losada, 2008; Fonseca, 2013; Ribeiro; Losada, 2013).

As discussões abordam a possibilidade do consórcio ter uma personalidade jurídica própria, outra inovação da lei, e quais são as reais vantagens da legislação frente a realização de convênios, se estados ou municípios devem ter normas estaduais ou municipais para detalhamento de suas experiências ou se a União deveria publicar tal norma, ou seja, a própria Lei de consórcios públicos (Di Pietro, 2005; Losada, 2008). E essas discussões não possuem um consenso.

Evidencia-se o movimento da organização de consórcios interestaduais com múltiplos temas voltados para o desenvolvimento das regiões trazendo a necessidade imperativa de fortalecimento das regiões e da articulação intergovernamental. No entanto, esse movimento se concentra no eixo Centro Oeste, Norte e Nordeste. As regiões Sul e Sudeste mantêm o padrão tradicional de consórcios concentrados nas experiências intermunicipais sem que haja um protagonismo do ente estadual.

A pesquisa realizada no que se refere a distribuição de municípios consorciados no Brasil mostrou um aumento nos anos de realização da pesquisa MUNIC¹. Flexa (2020) demarca a existência de consórcios interestaduais de saúde como um fenômeno particularmente importante nos últimos cinco anos.

Quando se analisam os dados de distribuição de municípios com consórcios públicos no Brasil, nota-se que, nos quatro anos da pesquisa MUNIC, a saúde é a principal política pública seguida atualmente pelas políticas de saneamento e resíduos sólidos. No entanto, em termos de crescimento, a segunda cresceu mais expressivamente. Outras políticas têm diferentes comportamentos como, por exemplo, a educação, que diminuiu no mesmo período de análise.

Outro ponto que se destaca é o “silêncio” das regiões Sul e Sudeste, ou seja, a falta de iniciativas de consórcios interestaduais nas regiões com o maior número de consórcios públicos de saúde no Brasil. Não foi encontrada nenhuma normativa que discutisse alguma proposta. Porém destaca-se novamente que não existe o entendimento

¹ A MUNIC – Pesquisa de Informações Municipais Básica investigou a questão dos consórcios públicos nos anos 2005, 2009, 2011 e 2015.

legal da obrigatoriedade em ter normas infranacionais em cada estado. Os elementos apontados nos protocolos de intenção de cada consórcio são considerados o detalhamento das especificidades de cada estado, desde que não contrariem a legislação nacional.

Cabe ressaltar que as regiões Centro-Oeste e Nordeste tiveram um crescimento importante no percentual de municípios consorciados no setor saúde nos anos investigados da MUNIC. A região Nordeste em especial tem um percentual expressivo de municípios consorciados com a participação do ente estadual.

Existe um padrão de implantação de consórcios públicos de saúde no eixo Sul-Sudeste, que são as regiões que ao longo dos anos possuem os maiores percentuais de municípios consorciados no Brasil. Contudo, vimos um crescimento expressivo das regiões Nordeste e a Centro Oeste, apesar desta última ter um dos seus estados com experiências bem antigas de consorciamento na área (Botti *et al*, 2014).

Sendo assim, a produção legislativa dos estados acerca dos consórcios contribuiu para compreender como o setor saúde se comportou em relação ao tema e as influências nos movimentos regionais e estaduais de implantação, permanência ou alterações deles no Brasil.

Analisando as características das experiências estaduais, relacionando os dados da pesquisa MUNIC e a produção legislativa, observa-se que o estado de Santa Catarina não possui produção legislativa sobre a temática, e apesar dos estados do Paraná e Rio Grande do Sul possuírem muitos documentos, nenhum discorre sobre uma legislação própria de consórcios. Isso se repete nas propostas não concretizadas de projeto de lei e decreto dos estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo, respectivamente.

O estado de São Paulo está na 5ª posição entre os estados com os maiores percentuais de municípios consorciados na área de saúde, no entanto, existe um silêncio sobre a temática após o SUS e a lei dos consórcios públicos.

Somente cinco dos 50 documentos do estado de São Paulo são posteriores ao ano de 2005 e apenas um deles se relaciona com o setor saúde, ainda que indiretamente, à medida que é um decreto da secretaria estadual de Fazenda cedendo bens para o Consórcio do Vale da Ribeira, o que é uma das principais práticas do estado de São Paulo analisando a produção legislativa.

Por outro lado, o estado do Ceará é o estado do Nordeste que obteve o maior crescimento do número de municípios consorciados na saúde, chegando a ter a metade deles consorciados no ano de 2011 e sua produção legislativa apresenta um movimento estadual conduzido pela Secretaria Estadual de Saúde através da organização de

consórcios de saúde com a participação do estado e municípios com um modelo regionalizado.

Além disso, o Ceará possui um manual bem detalhado sobre consórcios públicos de saúde com todo o detalhamento sobre formação, questões administrativas e legais da legislação estadual e federal. Todos os documentos são do ano de 2009.

A inovação que a experiência do Ceará traz é o modelo associativo: a vocalização da formação do consórcio a partir das regiões e o uso da diferenciação do consórcio vertical ou consórcio horizontal para a separação do modelo com a presença do estado e do modelo que o mesmo não participa. Essa discussão observamos na tese de Neusa Goya (2017) e no artigo de Julião e Olivieri (2020), que apresentam o modelo cearense e destacam a indução e condução do ente estadual nesse processo.

São Paulo, apesar de ser um estado com tradição de consórcios em saúde, tendo nele a primeira experiência reconhecida, como o de Penápolis (Neves; Ribeiro, 2006), o percentual mais alto de municípios consorciados foi de 36% em 2015. Uma hipótese é que os consórcios existentes não tenham feito a migração para o modelo de consórcios públicos, que é facultativa de acordo com a legislação vigente.

As vantagens jurídicas do modelo de consórcios são um aspecto desafiante para análise. As experiências do estado do Paraná e de consórcio de resíduos sólidos que envolve o Distrito Federal e Goiás contribuem para examinar a questão.

O estado do Paraná possui na área de desenvolvimento urbano, uma entidade chamada PARANACIDADE, serviço social autônomo, de pessoa jurídica de direito privado que existe desde 2006, ano seguinte da publicação da Lei de Consórcios Públicos. Essa entidade existe até os dias atuais e tem como finalidade, segundo a sua lei de criação, o fomento e execução de atividades e serviços não exclusivos do Estado, ligados ao desenvolvimento regional, urbano e institucional dos municípios, além da administração de recursos e de fundos financeiros públicos, como o Fundo Estadual de Desenvolvimento Urbano do estado do Paraná (Paraná, 2006).

O estado delega suas funções para essa entidade que tem regime jurídico semelhante ao Sistema S, como o SESC, SENAC, SENAI e outros. Ou seja: o estado optou por usar um modelo diferente do consórcio público nessa área.

Em diversos documentos da produção legislativa do estado do Paraná, se vê que essa entidade é mais uma modalidade de gestão do estado, que inclusive pode se associar com os consórcios do estado, assim como as secretarias de estado. A experiência de celebração de convênios das secretarias estaduais com consórcios também é observada

nos estados de São Paulo e Minas Gerais, sendo que o último possui Lei Estadual de Consórcios Públicos, de 2009.

A concentração da celebração de convênios com consórcios com a União em estados do sul e sudeste é observada no estudo de Liu, Schabbach, Nora (2019). Em outro estudo também se pode compreender diferenças entre a celebração de convênios entre consórcios com estados e com a União:

Analisando-se as diferenças estaduais, percebeu-se um padrão distinto entre os estados de São Paulo, Bahia e Minas Gerais – que registraram mais convênios entre os consórcios intermunicipais e os respectivos governos estaduais do que com a União – versus Paraná e Rio Grande do Sul – que firmaram mais convênios com a União (LUI; L.; SCHABBACH, L.M; 2020, p. 24).

É importante trazer alguns elementos sobre o modelo de convênio, a fim de que possamos compreender as diferenças. Segundo o TCU (2016):

É todo e qualquer instrumento formal que discipline a transferência de recursos financeiros dos orçamentos da União para um órgão ou entidade da administração pública estadual, distrital ou municipal, direta ou indireta, ou ainda entidade filantrópica sem fins lucrativos na área da saúde (§1º do art. 199 da CF/1988). Sua finalidade é a execução de programa de governo envolvendo a realização de projeto, atividade, serviço, aquisição de bens ou evento de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação (Brasil, 2016, p. 12).

Para entrar num consórcio é necessário um rito detalhado (Ribeiro, Losada, 2013), e que gera um vínculo mais perene porque cria uma nova figura perante à administração, à medida que o consórcio público de direito público integra obrigatoriamente a estrutura da administração indireta do governo seja municipal, estadual ou da União, como uma autarquia.

O convênio se detém num objeto específico, e além disso, na relação convencional existe uma relação hierárquica, com um vínculo temporário e com garantias mais claras acerca do não cumprimento de obrigações.

No período seguinte a promulgação da Lei de Consórcios foi observada um aumento da celebração de convênios entre a União e Consórcios Públicos, no entanto, ao longo dos anos esse número diminuiu. (Liu; Schabbach, 2020).

Um caso interessante é o consórcio de resíduos sólidos e águas fluviais da região metropolitana, que envolve o estado de Goiás, alguns municípios do mesmo estado e o Distrito Federal. O protocolo de intenções desse consórcio tem características específicas,

à medida que congrega um estado (Goiás), o Distrito Federal, que possui característica de município e estado, e os próprios municípios do estado do Goiás.

O consórcio em questão é público de direito público, logo possui uma característica de autarquia fazendo parte da administração indireta de cada ente consorciado, como preconiza a legislação. No entanto, a estrutura administrativa traz algumas diferenças em relação a outros consórcios.

Nele, existe o controle social de suas atividades através do conselho e conferência regional de Manejo dos Resíduos Sólidos e das Águas Pluviais, além de uma ouvidoria. Outro ponto é a questão dos pesos de votos das assembleias. O voto do estado de Goiás tem o peso igual à soma dos pesos dos votos de todos os municípios consorciados. No entanto, seu voto possui peso menor que o Distrito Federal². O uso de votos para pactuação, além de ser uma opção administrativa não adotada em outros consórcios, que geralmente usam a opção de decisão através de consensos traz um conceito que existe um ente com uma maior influência ou importância para tomada de decisão do consórcio. E nesse caso é o ente estadual.

Também é destacado em seu protocolo de intenções a necessidade do número de habitantes dos municípios participantes totalize no mínimo de 500 mil de forma a viabilizar a escala mínima para a realização dos seus serviços.

Pela produção legislativa encontrada, não foi possível identificar vantagens no modelo de gestão administrativa nas experiências dos estados, porque de fato poucos estados publicaram documentos que normatizam a questão internamente e, quando o fizeram, seguiram a estrutura da Lei 11.107/2005 e do Decreto 6.017/2017, sem acrescentar inovações ou especificidades.

O tempo de existência de consórcios é considerado um ponto positivo sobre o sucesso de suas atividades e a articulação entre seus atores. São Paulo, Paraná e Minas Gerais possuem experiências antigas de consorciamento entre municípios (Oliveira, 2008). O que poderia sugerir que esses entes estaduais não desejam ter um vínculo permanente, ou pelo menos mais duradouro com outros entes federativos ou até mesmo

² CLÁUSULA 18ª. (*Dos votos*). Na Assembléia Geral, os votos dos entes consorciados serão distribuídos da seguinte maneira:

I – o voto de cada Município consorciado terá peso 1 (um);

II – o voto do Estado de Goiás terá peso igual a soma dos pesos dos votos de todos os Municípios consorciados;

III – o voto do Distrito Federal terá peso igual 4/3 (quatro terços) do peso do voto do estado de Goiás. (Goiás, 2012).

participar da condução de políticas com um processo de compartilhamento de decisões e recursos financeiros.

A atuação coletiva para gerenciar projetos ou políticas públicas é desafiadora devido à necessidade de coordenação. E isso se complica à medida que envolve diferentes entes governamentais como estados, municípios, além da própria União. Os acordos intergovernamentais, elemento esperado num processo de coordenação federativa, podem ser muito tensionados devido a aspectos como a interdependência entre os atores, constrangimentos políticos, administrativos e institucionais (Grin; Abrucio; Bergues, 2018; Marques, 2016).

As análises advindas dos capítulos anteriores mostram a tendência de crescimento de consórcios públicos no Brasil, no entanto, o setor saúde nesses anos não é a área que mais tem sido discutida (até o final do ano de 2019).

No entanto, quando analisamos a produção legislativa do setor saúde no período de implementação da Lei de Consórcios Públicos, ela não aparece de uma forma tão forte. Destaca-se a proposta dos consórcios públicos do estado do Ceará, que tem assinatura de dois protocolos de intenção distintos com regiões de saúde, trazendo assim a importância da regionalização do setor saúde para essa discussão. Além disso, uma das linhas de atuação do Consórcio Nordeste traz a saúde como um dos seus objetivos de maneira expressa.

Os estados do Nordeste, através do Consórcio Nordeste, aprovaram uma legislação na qual o protocolo de intenções envolve a participação do ente estadual em consórcios. Além disso, os estados da Bahia e Ceará aprovaram um convênio para desenvolvimento de ações conjuntas.

Antes da assinatura do Consórcio Nordeste, o estado da Bahia já estava desenvolvendo uma proposta de consórcios públicos de saúde centrado na atenção especializada através da estruturação de policlínicas regionais, com início em 2015. O estado da Bahia possui 29 regiões de saúde e 19 delas possuem Consórcios Interfederativos de Saúde em funcionamento (Bahia, 2020).

No estado do Rio de Janeiro, existe um projeto de lei que elenca todos os consórcios públicos registrados no estado, que em sua maioria são consórcios de saúde, apesar de somente dois terem um funcionamento mais perene ao longo do tempo de existência. Os dois consórcios em pleno funcionamento tiveram suas atividades iniciadas no final de década de 1990 (Schneider, 2001). Além disso, também é listado o

CONLESTE, consórcio de desenvolvimento regional da região petrolífera de parte da região metropolitana.

Além do silêncio regional das regiões Sul e Sudeste sobre a proposta de consórcios interestaduais, os consórcios de governadores, alguns estados que possuem experiências fortes de consórcios de saúde ao longo do tempo, como o estado do Paraná, São Paulo, Minas Gerais e Mato Grosso, mas também não foi encontrada produção que expresse fortemente a questão do consórcio público em saúde após a publicação das leis atuais.

A Lei de Consórcios Públicos no Brasil, no mês de abril de 2020, fez 15 anos de publicação. Juntamente com o Decreto 6017/2007, a Lei de Consórcios foi apontada por autores como um marco legal do federalismo cooperativo no Brasil (Losada, 2008; Linhares; Messenberg; Ferreira, 2017).

Entretanto, todo o marco normativo do Sistema Único de Saúde iniciado em 1990 trouxe a necessidade de articulação entre os entes federativos – município, estado e União. No entanto, as formas desenvolvidas foram distintas. As primeiras normas destacavam o processo de descentralização e o forte movimento municipalista.

A publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2002 mostrou entendimento da necessidade de qualificação da gestão regional no âmbito do SUS na que se fortaleceu após a publicação do Pacto pela Saúde em 2006 com a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), no mesmo período da publicação dos marcos normativos dos consórcios públicos.

No entanto, naquele momento essa discussão foi centralizada nas secretarias municipais e estaduais de saúde através da atuação dos CGR e posteriormente das Comissões Intergestores Regionais, que apesar de apontar estratégias e mecanismos de gestão regional (Pereira, Lima, Machado, 2018; Lima; Viana; Machado, 2014; Vargas *et al*, 2015) desconsiderou atores distintos, como os consórcios (Goya, 2016), ainda que já existentes.

Alguns desses estados, como Mato Grosso, Minas Gerais e Paraná, além de ter experiências de consórcios públicos, possuem processos de regionalização e gestão regional no SUS considerados avançados. Inclusive a existência de consórcio e os espaços pode ser apontada como fator que contribui para isso (Botti *et al*, 2014; Vianna, 2012; Botti, 2010).

Os desafios colocados para o setor saúde mostram o quanto é importante o amadurecimento de processos e espaços de coordenação federativa no Brasil (Lima *et al*, 2012; Abrucio, 2013; Trevas, 2013). E todos os atores precisam ser visualizados e

considerados. Os consórcios, sejam eles de direito público ou privado, existem como executores, como partícipes na formulação de políticas, recebem recursos públicos e precisam de forma serem acompanhados, serem submetidos ao controle social do SUS, ou seja, serem incorporados no processo, como atores que são.

Cabe ressaltar, os limites das análises apresentadas por utilizar base de dados de uma pesquisa que aborda somente dados quantitativos que representam os municípios participantes de consórcios (Baldissera, 2015), assim como os documentos disponíveis somente nos sites das Assembleias Legislativas. A produção legislativa analisada está ligada também ao padrão de organização e processos de arquivamento de documento dessas instituições. No entanto, os resultados apresentados dialogam com os achados provenientes da revisão bibliográfica sobre o tema.

Diante disso, pode-se apontar como os principais achados desse trabalho: a) consórcios não são uma nova estrutura de gestão no Estado brasileiro; b) a discussão jurídica sobre a temática ainda gera entendimentos distintos acerca da sua normatização e suas possibilidades de atuação; c) após a publicação da Lei de Consórcios Públicos houve aumento no número de municípios consorciados, assim como o aumento no percentual de participação de estado e União; d) a última década mostra a organização de consórcios interestaduais exclusivamente constituídos por governos estaduais; e) os maiores percentuais de municípios consorciados estão na área saúde e na ambiental; f) apesar da concentração de consórcios públicos de saúde estar nas regiões sudeste e sul, houve crescimento importante no eixo nordeste, centro-oeste e norte; g) a pouca produção legislativa ligada ao setor saúde mostra a valorização da organização regional para execução de atividades ligadas à atenção especializada.

Como apontamos no início desse capítulo, os consórcios públicos de saúde, apesar de não serem novos, apresentaram mudanças significativas após os 15 anos de Lei de Consórcios Públicos no Brasil. O estudo evidenciou que não existe um único modelo de consórcios e que há muitas especificidades no seu funcionamento que precisam ser investigadas de modo aprofundado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como finalizar um trabalho acadêmico, uma dissertação de mestrado em 2020 sem contextualizar seu tema à pandemia de COVID-19? Os consórcios, em especial, os de Saúde como verificamos nesse trabalho possuem a potencialidade de agregar municípios, estado e a União na execução, mas, também são atores que atuam ou podem contribuir nas políticas públicas de saúde.

Historicamente no setor saúde eles estão voltados para a execução de ações de atenção à saúde sejam serviços de atenção especializada, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e área hospitalar. Aumentar e aprofundar os estudos sobre consórcios públicos já era importante pela potencialidade desse ator influenciar na organização de serviços.

A atuação de consórcios públicos formados e liderados pelos estados sem a presença expressa de municípios na condução das ações, os consórcios interestaduais, os chamados consórcios de governadores é uma nova temática a ser explorada. Se fará necessário compreender como novos e antigos consórcios agiram durante a pandemia.

O investimento na melhoria de sistemas de informações de órgãos públicos para a disponibilização de informações básicas como o e número absoluto de consórcios e não municípios consorciados é essencial. Assim como a permanência da metodologia de coleta e organização de dados primários por um tempo mais longo se faz necessário. É importante que a Pesquisa de Informações Básicas Municipais do IBGE seja mantida com uma regularidade temporal, assim como a coleta de dados mais qualitativos no eixo da pesquisa dedicado aos consórcios públicos. No ano de 2019 foi realizada mais uma MUNIC abordando o tema, cujos resultados ainda serão divulgados.

Um limite deste trabalho está neste elemento. Os dados mais atuais são dados eminentemente quantitativos, mas, dada mudanças metodológicas, como a cobrança da apresentação de documentos comprobatórios da participação de consórcios no momento da pesquisa, que é importante, mas, prejudicou a análise de uma questão relevante da pesquisa - a atuação de outros entes federativos como estados e União.

Outro aspecto a ser explorado com maior detalhamento é sobre as reais diferenças em relação à consórcios públicos de direito público e de direito privado. Quais seriam as reais potencialidades e desafios sob o ponto de vista administrativo, em especial no SUS?

Não podemos mais usar o discurso que uma experiência iniciada nos anos 30 do século passado é uma nova experiência ou inovação. Os consórcios no Brasil em

particular os consórcios públicos que em 2020 completam 15 anos mostram que existem diversas dinâmicas, distribuições geográficas e atores envolvidos.

Os consórcios públicos como atores da coordenação federativa é a face mais atual e futura no tema no Brasil, em especial no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba ,n.24, p. 41-67, junho, 2005.

ABRUCIO, F.L.; FILIPPIM, E. S.; DIEGUEZ, R.C. Inovação na cooperação intermunicipal no Brasil: a experiência da Federação Catarinense de Municípios (Fecam) na construção de consórcios públicos. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 6, p. 1543-568, nov./dez. 2013.

ALMEIDA, F. M. de. Consórcio municipal. **Revista de Direito Administrativo**. v.52, abr-jun, 1958.

ARAÚJO. T.C.d'A. **A opção de consórcio público por associação civil**. Disponível em <https://www.conjur.com.br/2016-abr-03/thiago-davila-opcao-consorcio-publico-associacao-civil>. Acesso em 08/02/2020.

BAHIA. **Lei nº 14.087** de 26 de abril de 2019. Ratifica o Protocolo de Intenções do Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste - Consórcio Nordeste e o Convênio de Cooperação firmado entre o Estado da Bahia e o Estado do Ceará. Disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/lei-no-14087-de-26-de-abril-de-2019>

BALDISSERA. D.S. **Consórcios Públicos Intermunicipais no Brasil: Panorama após os 10 anos da Lei 11.107/2005** [dissertação]. Rio de Janeiro: FGV; 2015.

BOTTI, C. S. **Avaliação do processo de implementação do consórcio intermunicipal de saúde da região do Teles Pires no Estado de Mato Grosso**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2354> 2010

BOTTI, C. S *et al.* Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Teles Pires: uma estratégia de regionalização da saúde em Mato Grosso. In: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M. A. S. **Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. São Paulo, Hucitec, 2014. p. 265-287.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Atlas, 1988.

BRASIL. **Decreto n. 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: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm>.

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 29 jun.

BRASIL. **Lei 11.107** de 06 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm>.

BRASIL. **Lei n. 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Convênios e outros repasses**– 6ª .ed. – Brasília : Secretaria-Geral de Controle Externo, 2016.

CALDAS, E.L.; CHERUBINE, M.B. Condições de Sustentabilidade dos consórcios intermunicipais. In: CHERUBINE, M.; TREVAS, V. (org). **Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro**. São Paulo : Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 55-70.

CARNEIRO, P.S *et al.* A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. **Saúde e Debate**, v. 38, n. 100, p.57-68, 2014.

CARVALHO, A. L. B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 155-164, 2017.

CHERUBINE, M; TREVAS. V. (org) Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro. São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo, 2013

CUNHA, R.E. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. **Revista do Serviço Público**, ano 5, n. 3, p.5-36, jul-set, 2004.

DIEGUEZ, R. C. Consórcios intermunicipais em foco: Debate conceitual e construção de quadro metodológico para análise política e institucional. **Cadernos do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 9, p. 291-319, jul.-dez. 2011. Disponível em: <http://www.centrocelsofurtado.org.br/arquivos/image/201111011227580.CD9_artigo_12.pdf>.

DI PRIETO. M. S. Z. O consórcio público na Lei 11.107/2005 de 6/4/2005. **Revista Eletrônica de Direito do Estado**. n.3. jul-set, 2005

FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MUNICIPIOS E PROVINCIAS. **Radiografía actual de las mancomunidades en España. Las Mancomunidades y otras formas de Asociación voluntaria de Municipios en el ámbito territorial**, 2012. Disponível em: <http://femp.femp.es/files/566-1290archivo/RADIOGRAFIA%20MANCOMUNIDADES_WEB.pdf>.

FLEXA. R.G.C. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.1, 325-338, 2020

FLEXA, R.G.C. **Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Rio de Janeiro: um estudo comparativo sobre como as estruturas de Governança afetam seus**

desempenhos. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e Sistemas, do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, CEFET/RJ. Abril, 2018.

FONSECA, F. Consórcios Públicos: possibilidades e desafios. Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro. In: CHERUBINE, M.; TREVAS, V. (org). **Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro**. São Paulo : Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p.29-40.

GALINDO, J.M. *et al.* Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 6, p. 1545–66, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003476122014000600009&lang=pt>.

GERIGK, W.; PESSALI, H.F. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 1525-1543, nov.dez. 2014.

GOIÁS. **Lei nº 17.661** de 11 de junho de 2012. Ratifica o Protocolo de Intenções firmado pelo Estado de Goiás, Distrito Federal e por Municípios da Região Integrada do Distrito Federal e Entorno –RIDE–, com a finalidade que especifica. Disponível em: http://www.gabinetecivil.goias.gov.br/leis_ordinarias/2012/lei_17661.htm

GOYA, N. Regionalização e reforma do setor saúde: o trânsito de institucionalidades pelos Consórcios Públicos de Saúde e Organização Social de Saúde. In: **Regionalização da saúde: cartografia dos modos de produção do cuidado e de gestão em saúde**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2017.

GOYA, N. *et al.* Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, p.902919, 2016.

GRIN, E.J.; ABRUCIO, F.L.; BERGUES, M. Gestão intergovernamental: evolução, abordagens teóricas e perspectivas analíticas. **BIB**, São Paulo, n. 87, dez, p. 157-180, 2018

GUÉRANGER, D.; POUPEAU, F-M. **Les syndicats de communes en France: organisations, luttes institutionnelles, production de l'action publique**. Disponível em: <https://www.pantheonsorbonne.fr/fileadmin/GRALE/Envoi_fichiers_GRALE/appe_l_a_contribution_s_JE_syndicats-communes.pdf>. Acesso em: fev. 2019.

GUIMARÃES, A.M. d'A.; CAVALCANTE, C.C.B.; LINS, M.Z.S. **Planificação da atenção primária à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde**. Brasília: CONASS, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos municípios brasileiros**: 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 61 p.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Coordenação federativa**: a formação de consórcios públicos no Brasil. In: Brasil em Desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: IPEA, 2010. p. 551-563.

JULIÃO, K. S. **Cooperação intergovernamental na saúde**: os Consórcios Públicos de Saúde no Ceará como estratégia de coordenação estadual. Dissertação (Mestrado em Ciências). Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2018.

JULIÃO, K.S; OLIVIERI, C. Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36; n.3, 2020

KEHRIG, R. T; SOUZA, E. S, SCATENA, J. H. G. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, p. 948-961, 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042015000400948&lang=pt>.

LACZYNSKI, P.; ABRUCIO, F. Desigualdade e cooperação federativa: um novo olhar para a discussão dos consórcios. In: CHERUBINE, M.; TREVAS, V. (Orgs.). **Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro** / – São Paulo : Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 71-80.

LINHARES, P.T; MESSENBURG, R.P.; FERREIRA, A.P.L. **Transformações na federação brasileira**: o consórcio intermunicipal no Brasil do início do século XXI. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. - Brasília. Boletim de Análise Político-Institucional, n. 12. 8p, 2017

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. A regionalização no Brasil: condicionantes e desafios. In: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M. A. S. **Regiões de Saúde**: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 21-46.

LOSADA, P.R. **Consórcio Público**: o instrumento de realização de um federalismo cooperativo e democrático no Brasil. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Direito. Universidade de Brasília, 2008

LUI, L.; SCHABBACH, L.M. Cooperação intergovernamental e consórcios públicos: uma análise da celebração de convênios. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v.56, n. 1, p. 13-25, jan-abr, 2020

LUI, L.; SCHABBACH, L.M.; NORA, C.R.D. Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: O papel dos consórcios intermunicipais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2019

MARQUES, E.C.L. Governo, Atores Políticos e Governança em Políticas Urbanas no Brasil e em São Paulo: conceitos para uma agenda de pesquisa futura. In: MENICUCCI, T. (org). **Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo: tendências nacionais e internacionais**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2016.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS: tomo II**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 167 p.

MINAS GERAIS. **Lei 18.036 de 12 de janeiro de 2009**. Dispõe sobre a constituição de consórcios públicos no Estado e dá outras providências. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?num=18036&ano=2009&tipo=LEI>

NEVES, L. A.; RIBEIRO, J. M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, 2006.

OLIVEIRA, V.E. Municípios cooperando com municípios: relações federativas e consórcios intermunicipais de saúde no Estado de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, v.2, n.1 107-122,2008.

OLIVEIRA, C.; GANZELI, P. Relações intergovernamentais na educação: fundos, convênios, consórcios públicos e arranjos de desenvolvimento da educação. **Educ. Soc.**, v. 34, n. 125, p. 1031-1047, 2013.

PARANÁ. **Lei 15.211** de 17 de julho de 2006. Objetiva instituir o Paranacidade, conforme especifica e adota outras providências. Disponível em: <http://www.paranacidade.org.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=55>

PEDREIRA, R. S. **Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil: contexto, panorama e regulamentação recente**. Monografia de Conclusão de Pós Graduação em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ, 2007.

PEREIRA, A. M. M; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2239-2251, 2018.

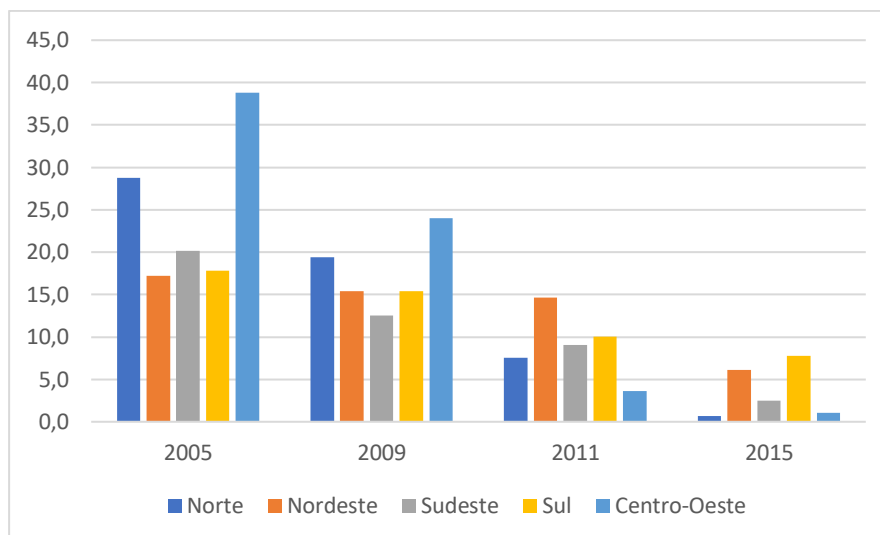
RÉ, E.; OLIVEIRA, V. E. Cooperação Intergovernamental na Política de Mobilidade Urbana: o caso do Consórcio Intermunicipal do ABC. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 10, n. 1, p. 111-123, 2018.

RIBEIRO, P.T. *et al.* Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde coletiva**. v. 22, n. 4, p. 1075-1084, 2017.

- RIBEIRO, W. A; LOSADAS, P. R. Consórcios Públicos: dilemas jurídicos ou políticos? In: CHERUBINE, M.; TREVAS, V. (Orgs.). **Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 41-54.
- ROCHA, C.V. 2016. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. **Cadernos Metr pole**, São Paulo, v. 18, n. 36, p. 377-399
- SANTOS, L. *et al.* O Consórcio Público e o Sistema  nico de Saúde: uma abordagem jurídico administrativa situacional. In: CHERUBINE, M.; TREVAS, V. (org). **Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro**. São Paulo: Editora Funda o Perseu Abramo, 2013. p.103-121.
- SCHNEIDER, A. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Rio de Janeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 51-66, 2001.
- SOUZA, C. Federalismo e Políticas Públicas Nacionais: diversidade ou uniformidade. In: MENICUCCI, T.; GONTIJO, J.G.L. **Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo: tendências nacionais e internacionais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p. 131-153.
- SPEDO, S. M. A regionaliza o intramunicipal do sistema único de saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 533-546, 2010. ano.
- VIANA, A. L. d' , *et al.* Novas Perspectivas para a regionaliza o da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.
- VIANA, A. L. d' .; LIMA L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionaliza o na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.
- VIANNA, R. P. **Colegiados de gestão regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negocia o intergovernamental**. Disserta o (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

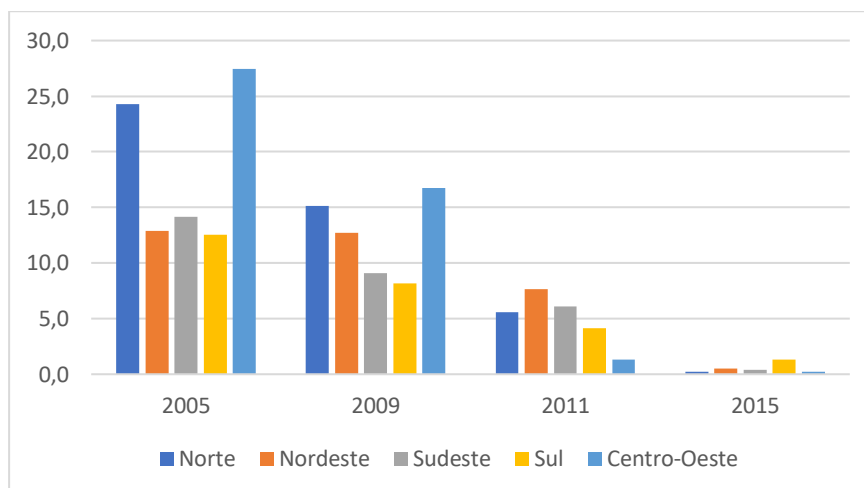
APÊNDICE 1 - GRÁFICOS COMPLEMENTARES

Gráfico 9: Participação proporcional de municípios consorciados na área da saúde segundo macrorregião com presença do estado (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.



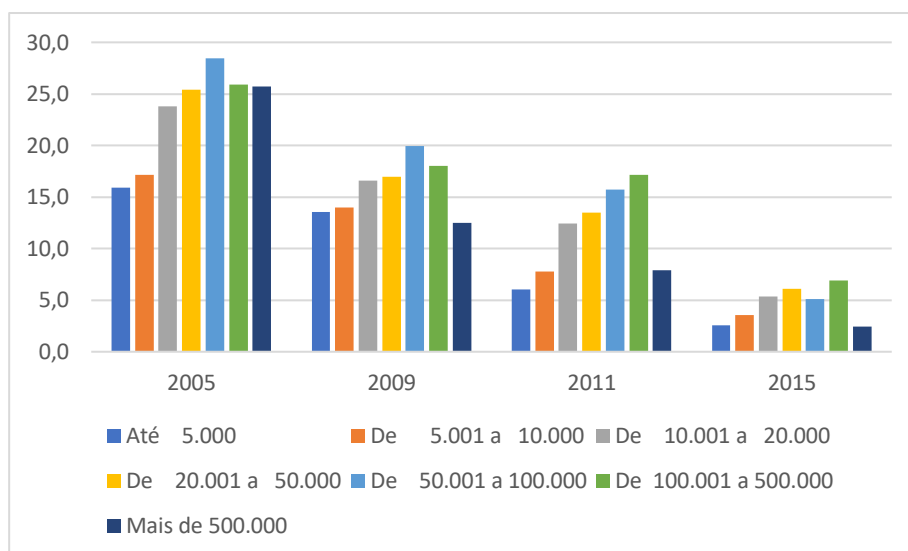
Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC/IBGE.

Gráfico 10: Participação proporcional de municípios consorciados na área da saúde segundo macrorregião com presença da União (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.



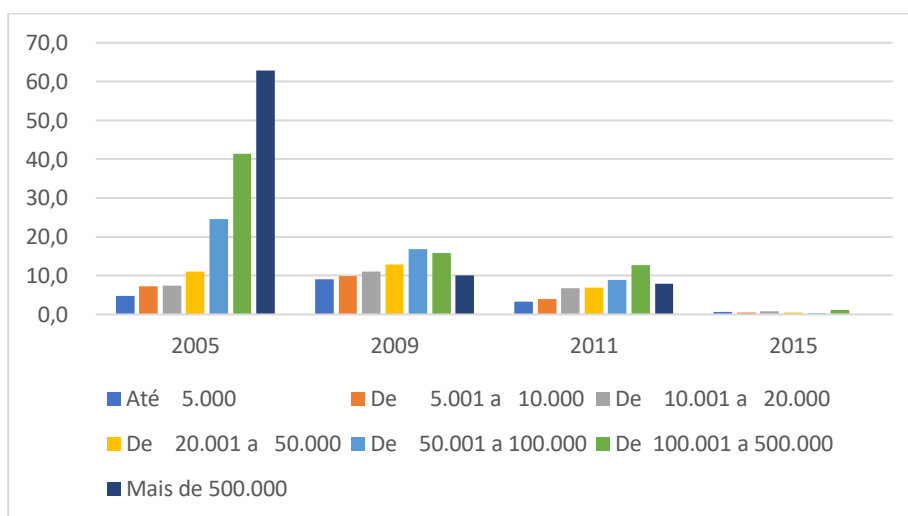
Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC/IBGE – elaboração própria

Gráfico 11: Participação proporcional de municípios consorciados na área da saúde segundo porte populacional com presença do estado (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.



Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC/IBGE.

Gráfico 12: Participação proporcional de municípios consorciados na área da saúde segundo porte populacional com presença da União (em %). Brasil, 2005, 2009, 2011 e 2015.



Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC/IBGE.

ANEXO A**LEI Nº 11.107/2005 – LEI DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS****LEI Nº 11.107, DE 6 DE ABRIL DE 2005**

Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre normas gerais para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios contratarem consórcios públicos para a realização de objetivos de interesse comum e dá outras providências.

§ 1º O consórcio público constituirá associação pública ou pessoa jurídica de direito privado.

§ 2º A União somente participará de consórcios públicos em que também façam parte todos os Estados em cujos territórios estejam situados os Municípios consorciados.

§ 3º Os consórcios públicos, na área de saúde, deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º Os objetivos dos consórcios públicos serão determinados pelos entes da Federação que se consorciarem, observados os limites constitucionais.

§ 1º Para o cumprimento de seus objetivos, o consórcio público poderá:

I - firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções sociais ou econômicas de outras entidades e órgãos do governo;

II - nos termos do contrato de consórcio de direito público, promover desapropriações e instituir servidões nos termos de declaração de utilidade ou necessidade pública, ou interesse social, realizada pelo Poder Público; e

III - ser contratado pela administração direta ou indireta dos entes da Federação consorciados, dispensada a licitação.

§ 2º Os consórcios públicos poderão emitir documentos de cobrança e exercer atividades de arrecadação de tarifas e outros preços públicos pela prestação de serviços ou pelo uso ou outorga de uso de bens públicos por eles administrados ou, mediante autorização específica, pelo ente da Federação consorciado.

§ 3º Os consórcios públicos poderão outorgar concessão, permissão ou autorização de obras ou serviços públicos mediante autorização prevista no contrato de consórcio público, que deverá indicar de forma específica o objeto da concessão, permissão ou autorização e as condições a que deverá atender, observada a legislação de normas gerais em vigor.

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

Art. 4º São cláusulas necessárias do protocolo de intenções as que estabeleçam:

I - a denominação, a finalidade, o prazo de duração e a sede do consórcio;

II - a identificação dos entes da Federação consorciados;

III - a indicação da área de atuação do consórcio;

IV - a previsão de que o consórcio público é associação pública ou pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos;

V - os critérios para, em assuntos de interesse comum, autorizar o consórcio público a representar os entes da Federação consorciados perante outras esferas de governo;

VI - as normas de convocação e funcionamento da assembleia geral, inclusive para a elaboração, aprovação e modificação dos estatutos do consórcio público;

VII - a previsão de que a assembleia geral é a instância máxima do consórcio público e o número de votos para as suas deliberações;

VIII - a forma de eleição e a duração do mandato do representante legal do consórcio público que, obrigatoriamente, deverá ser Chefe do Poder Executivo de ente da Federação consorciado;

IX - o número, as formas de provimento e a remuneração dos empregados públicos, bem como os casos de contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público;

X - as condições para que o consórcio público celebre contrato de gestão ou termo de parceria;

XI - a autorização para a gestão associada de serviços públicos, explicitando:

a) as competências cujo exercício se transferiu ao consórcio público;

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

c) a autorização para licitar ou outorgar concessão, permissão ou autorização da prestação dos serviços;

d) as condições a que deve obedecer o contrato de programa, no caso de a gestão associada envolver também a prestação de serviços por órgão ou entidade de um dos entes da Federação consorciados;

e) os critérios técnicos para cálculo do valor das tarifas e de outros preços públicos, bem como para seu reajuste ou revisão; e

XII - o direito de qualquer dos contratantes, quando adimplente com suas obrigações, de exigir o pleno cumprimento das cláusulas do contrato de consórcio público.

§ 1º Para os fins do inciso III do *caput* deste artigo, considera-se como área de atuação do consórcio público, independentemente de figurar a União como consorciada, a que corresponde à soma dos territórios:

I - dos Municípios, quando o consórcio público for constituído somente por Municípios ou por um Estado e Municípios com territórios nele contidos;

II - dos Estados ou dos Estados e do Distrito Federal, quando o consórcio público for, respectivamente, constituído por mais de 1 (um) Estado ou por 1 (um) ou mais Estados e o Distrito Federal;

III - (VETADO)

IV - dos Municípios e do Distrito Federal, quando o consórcio for constituído pelo Distrito Federal e os Municípios; e

V - (VETADO)

§ 2º O protocolo de intenções deve definir o número de votos que cada ente da Federação consorciado possui na assembleia geral, sendo assegurado 1 (um) voto a cada ente consorciado.

§ 3º É nula a cláusula do contrato de consórcio que preveja determinadas contribuições financeiras ou econômicas de ente da Federação ao consórcio público, salvo

a doação, destinação ou cessão do uso de bens móveis ou imóveis e as transferências ou cessões de direitos operadas por força de gestão associada de serviços públicos.

§ 4º Os entes da Federação consorciados, ou os com eles conveniados, poderão ceder-lhe servidores, na forma e condições da legislação de cada um.

§ 5º O protocolo de intenções deverá ser publicado na imprensa oficial.

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

§ 1º O contrato de consórcio público, caso assim preveja cláusula, pode ser celebrado por apenas 1 (uma) parcela dos entes da Federação que subscreveram o protocolo de intenções.

§ 2º A ratificação pode ser realizada com reserva que, aceita pelos demais entes subscritores, implicará consorciamento parcial ou condicional.

§ 3º A ratificação realizada após 2 (dois) anos da subscrição do protocolo de intenções dependerá de homologação da assembléia geral do consórcio público.

§ 4º É dispensado da ratificação prevista no *caput* deste artigo o ente da Federação que, antes de subscrever o protocolo de intenções, disciplinar por lei a sua participação no consórcio público.

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.

§ 1º O consórcio público com personalidade jurídica de direito público integra a administração indireta de todos os entes da Federação consorciados.

§ 2º O consórcio público, com personalidade jurídica de direito público ou privado, observará as normas de direito público no que concerne à realização de licitação, à celebração de contratos, à prestação de contas e à admissão de pessoal, que será regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. ([*Parágrafo com redação dada pela Lei nº 13.822, de 3/5/2019*](#))

Art. 7º Os estatutos disporão sobre a organização e o funcionamento de cada um dos órgãos constitutivos do consórcio público.

Art. 8º Os entes consorciados somente entregarão recursos ao consórcio público mediante contrato de rateio.

§ 1º O contrato de rateio será formalizado em cada exercício financeiro e seu prazo de vigência não será superior ao das dotações que o suportam, com exceção dos contratos que tenham por objeto exclusivamente projetos consistentes em programas e ações contemplados em plano plurianual ou a gestão associada de serviços públicos custeados por tarifas ou outros preços públicos.

§ 2º É vedada a aplicação dos recursos entregues por meio de contrato de rateio para o atendimento de despesas genéricas, inclusive transferências ou operações de crédito.

§ 3º Os entes consorciados, isolados ou em conjunto, bem como o consórcio público, são partes legítimas para exigir o cumprimento das obrigações previstas no contrato de rateio.

§ 4º Com o objetivo de permitir o atendimento dos dispositivos da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, o consórcio público deve fornecer as

informações necessárias para que sejam consolidadas, nas contas dos entes consorciados, todas as despesas realizadas com os recursos entregues em virtude de contrato de rateio, de forma que possam ser contabilizadas nas contas de cada ente da Federação na conformidade dos elementos econômicos e das atividades ou projetos atendidos.

§ 5º Poderá ser excluído do consórcio público, após prévia suspensão, o ente consorciado que não consignar, em sua lei orçamentária ou em créditos adicionais, as dotações suficientes para suportar as despesas assumidas por meio de contrato de rateio.

Art. 9º A execução das receitas e despesas do consórcio público deverá obedecer às normas de direito financeiro aplicáveis às entidades públicas.

Parágrafo único. 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, inclusive quanto à legalidade, legitimidade e economicidade das despesas, atos, contratos e renúncia de receitas, sem prejuízo do controle externo a ser exercido em razão de cada um dos contratos de rateio.

Art. 10. (VETADO)

Parágrafo único. Os agentes públicos incumbidos da gestão de consórcio não responderão pessoalmente pelas obrigações contraídas pelo consórcio público, mas responderão pelos atos praticados em desconformidade com a lei ou com as disposições dos respectivos estatutos.

Art. 11. A retirada do ente da Federação do consórcio público dependerá de ato formal de seu representante na assembléia geral, na forma previamente disciplinada por lei.

§ 1º Os bens destinados ao consórcio público pelo consorciado que se retira somente serão revertidos ou retrocedidos no caso de expressa previsão no contrato de consórcio público ou no instrumento de transferência ou de alienação.

§ 2º A retirada ou a extinção do consórcio público não prejudicará as obrigações já constituídas, inclusive os contratos de programa, cuja extinção dependerá do prévio pagamento das indenizações eventualmente devidas.

Art. 12. A alteração ou a extinção de contrato de consórcio público dependerá de instrumento aprovado pela assembléia geral, ratificado mediante lei por todos os entes consorciados.

§ 1º Os bens, direitos, encargos e obrigações decorrentes da gestão associada de serviços públicos custeados por tarifas ou outra espécie de preço público serão atribuídos aos titulares dos respectivos serviços.

§ 2º Até que haja decisão que indique os responsáveis por cada obrigação, os entes consorciados responderão solidariamente pelas obrigações remanescentes, garantindo o direito de regresso em face dos entes beneficiados ou dos que deram causa à obrigação.

Art. 13. Deverão ser constituídas e reguladas por contrato de programa, como condição de sua validade, as obrigações que um ente da Federação constituir para com outro ente da Federação ou para com consórcio público no âmbito de gestão associada em que haja a prestação de serviços públicos ou a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal ou de bens necessários à continuidade dos serviços transferidos.

§ 1º O contrato de programa deverá:

I - atender à legislação de concessões e permissões de serviços públicos e, especialmente no que se refere ao cálculo de tarifas e de outros preços públicos, à de regulação dos serviços a serem prestados; e

II - prever procedimentos que garantam a transparência da gestão econômica e financeira de cada serviço em relação a cada um de seus titulares.

§ 2º No caso de a gestão associada originar a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos, o contrato de programa, sob pena de nulidade, deverá conter cláusulas que estabeleçam:

I - os encargos transferidos e a responsabilidade subsidiária da entidade que os transferiu;

II - as penalidades no caso de inadimplência em relação aos encargos transferidos;

III - o momento de transferência dos serviços e os deveres relativos a sua continuidade;

IV - a indicação de quem arcará com o ônus e os passivos do pessoal transferido;

V - a identificação dos bens que terão apenas a sua gestão e administração transferidas e o preço dos que sejam efetivamente alienados ao contratado;

VI - o procedimento para o levantamento, cadastro e avaliação dos bens reversíveis que vierem a ser amortizados mediante receitas de tarifas ou outras emergentes da prestação dos serviços.

§ 3º É nula a cláusula de contrato de programa que atribuir ao contratado o exercício dos poderes de planejamento, regulação e fiscalização dos serviços por ele próprio prestados.

§ 4º O contrato de programa continuará vigente mesmo quando extinto o consórcio público ou o convênio de cooperação que autorizou a gestão associada de serviços públicos.

§ 5º Mediante previsão do contrato de consórcio público, ou de convênio de cooperação, o contrato de programa poderá ser celebrado por entidades de direito público ou privado que integrem a administração indireta de qualquer dos entes da Federação consorciados ou conveniados.

§ 6º O contrato celebrado na forma prevista no § 5º deste artigo será automaticamente extinto no caso de o contratado não mais integrar a administração indireta do ente da Federação que autorizou a gestão associada de serviços públicos por meio de consórcio público ou de convênio de cooperação.

§ 7º Excluem-se do previsto no *caput* deste artigo as obrigações cujo descumprimento não acarrete qualquer ônus, inclusive financeiro, a ente da Federação ou a consórcio público.

Art. 14. A União poderá celebrar convênios com os consórcios públicos, com o objetivo de viabilizar a descentralização e a prestação de políticas públicas em escalas adequadas.

Parágrafo único. Para a celebração dos convênios de que trata o *caput* deste artigo, as exigências legais de regularidade aplicar-se-ão ao próprio consórcio público envolvido, e não aos entes federativos nele consorciados. ([Parágrafo único acrescido pela Lei nº 13.821, de 3/5/2019](#))

Art. 15. No que não contrariar esta Lei, a organização e funcionamento dos consórcios públicos serão disciplinados pela legislação que rege as associações civis.

Art. 16. O inciso IV do art. 41 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 41.

 IV - as autarquias, inclusive as associações públicas;
 " (NR)

Art. 17. Os arts. 23, 24, 26 e 112 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 23.

 § 8º 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."
 (NR)

"Art. 24.

 XXVI - na celebração de contrato de programa com ente da Federação ou com entidade de sua administração indireta, para a prestação de serviços públicos de forma associada nos termos do autorizado em contrato de consórcio público ou em convênio de cooperação.
 Parágrafo único. Os percentuais referidos nos incisos I e II do *caput* deste artigo serão 20% (vinte por cento) para compras, obras e serviços contratados por consórcios públicos, sociedade de economia mista, empresa pública e por autarquia ou fundação qualificadas, na forma da lei, como Agências Executivas." (NR)

"Art. 26. As dispensas previstas nos §§ 2º e 4º do art. 17 e no inciso III e seguintes do art. 24, as situações de inexigibilidade referidas no art. 25, necessariamente justificadas, e o retardamento previsto no final do parágrafo único do art. 8º desta Lei deverão ser comunicados, dentro de 3 (três) dias, à autoridade superior, para ratificação e publicação na imprensa oficial, no prazo de 5 (cinco) dias, como condição para a eficácia dos atos.
 " (NR)

"Art. 112.
 § 1º Os consórcios públicos poderão realizar licitação da qual, nos termos do edital, decorram contratos administrativos celebrados por órgãos ou entidades dos entes da Federação consorciados.
 § 2º É facultado à entidade interessada o acompanhamento da licitação e da execução do contrato." (NR)

Art. 18. O art. 10 da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, passa a vigorar acrescido dos seguintes incisos:

"Art. 10.
"

XIV - celebrar contrato ou outro instrumento que tenha por objeto a prestação de serviços públicos por meio da gestão associada sem observar as formalidades previstas na lei;

XV - celebrar contrato de rateio de consórcio público sem suficiente e prévia dotação orçamentária, ou sem observar as formalidades previstas na lei." (NR)

Art. 19. O disposto nesta Lei não se aplica aos convênios de cooperação, contratos de programa para gestão associada de serviços públicos ou instrumentos congêneres, que tenham sido celebrados anteriormente a sua vigência.

Art. 20. O Poder Executivo da União regulamentará o disposto nesta Lei, inclusive as normas gerais de contabilidade pública que serão observadas pelos consórcios públicos para que sua gestão financeira e orçamentária se realize na conformidade dos pressupostos da responsabilidade fiscal.

Art. 21. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2005; 184º da Independência e 117º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Márcio Thomaz Bastos

Antonio Palocci Filho

Humberto Sérgio Costa Lima

Nelson Machado

José Dirceu de Oliveira e Silva

ANEXO B**DECRETO 6.017/2007 – DECRETO DE REGULAMENTAÇÃO DA LEI DE
CONSÓRCIOS PÚBLICOS****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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 20 da Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005,

DECRETA:

CAPÍTULO I**DO OBJETO E DAS DEFINIÇÕES**

Art. 1º Este Decreto estabelece normas para a execução da Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005.

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;

II - área de atuação do consórcio público: área correspondente à soma dos seguintes territórios, independentemente de figurar a União como consorciada:

a) dos Municípios, quando o consórcio público for constituído somente por Municípios ou por um Estado e Municípios com territórios nele contidos;

b) dos Estados ou dos Estados e do Distrito Federal, quando o consórcio público for, respectivamente, constituído por mais de um Estado ou por um ou mais Estados e o Distrito Federal; e

c) dos Municípios e do Distrito Federal, quando o consórcio for constituído pelo Distrito Federal e Municípios.

III - protocolo de intenções: contrato preliminar que, ratificado pelos entes da Federação interessados, converte-se em contrato de consórcio público;

IV - ratificação: aprovação pelo ente da Federação, mediante lei, do protocolo de intenções ou do ato de retirada do consórcio público;

V - reserva: ato pelo qual ente da Federação não ratifica, ou condiciona a ratificação, de determinado dispositivo de protocolo de intenções;

VI - retirada: saída de ente da Federação de consórcio público, por ato formal de sua vontade;

VII - contrato de rateio: contrato por meio do qual os entes consorciados comprometem-se a fornecer recursos financeiros para a realização das despesas do consórcio público;

VIII - convênio de cooperação entre entes federados: pacto firmado exclusivamente por entes da Federação, com o objetivo de autorizar a gestão associada de serviços públicos, desde que ratificado ou previamente disciplinado por lei editada por cada um deles;

IX - gestão associada de serviços públicos: exercício das atividades de planejamento, regulação ou fiscalização de serviços públicos por meio de consórcio público ou de convênio de cooperação entre entes federados, acompanhadas ou não da prestação de serviços públicos ou da transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos;

X - planejamento: as atividades atinentes à identificação, qualificação, quantificação, organização e orientação de todas as ações, públicas e privadas, por meio das quais um serviço público deve ser prestado ou colocado à disposição de forma adequada;

XI - regulação: todo e qualquer ato, normativo ou não, que discipline ou organize um determinado serviço público, incluindo suas características, padrões de qualidade, impacto sócio-ambiental, direitos e obrigações dos usuários e dos responsáveis por sua oferta ou prestação e fixação e revisão do valor de tarifas e outros preços públicos;

XII - fiscalização: atividades de acompanhamento, monitoramento, controle ou avaliação, no sentido de garantir a utilização, efetiva ou potencial, do serviço público;

XIII - prestação de serviço público em regime de gestão associada: execução, por meio de cooperação federativa, de toda e qualquer atividade ou obra com o objetivo de permitir aos usuários o acesso a um serviço público com características e padrões de qualidade determinados pela regulação ou pelo contrato de programa, inclusive quando operada por transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos;

XIV - serviço público: atividade ou comodidade material fruível diretamente pelo usuário, que possa ser remunerado por meio de taxa ou preço público, inclusive tarifa;

XV - titular de serviço público: ente da Federação a quem compete prover o serviço público, especialmente por meio de planejamento, regulação, fiscalização e prestação direta ou indireta;

XVI - contrato de programa: instrumento pelo qual devem ser constituídas e reguladas as obrigações que um ente da Federação, inclusive sua administração indireta, tenha para com outro ente da Federação, ou para com consórcio público, no âmbito da prestação de serviços públicos por meio de cooperação federativa;

XVII - termo de parceria: instrumento passível de ser firmado entre consórcio público e entidades qualificadas como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, destinado à formação de vínculo de cooperação entre as partes para o fomento e a execução de atividades de interesse público previstas no art. 3º da Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999; e

XVIII - contrato de gestão: instrumento firmado entre a administração pública e autarquia ou fundação qualificada como Agência Executiva, na forma do art. 51 da Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998, por meio do qual se estabelecem objetivos, metas e respectivos indicadores de desempenho da entidade, bem como os recursos necessários e os critérios e instrumentos para a avaliação do seu cumprimento.

Parágrafo único. A área de atuação do consórcio público mencionada no inciso II do *caput* deste artigo refere-se exclusivamente aos territórios dos entes da Federação que tenham ratificado por lei o protocolo de intenções.

CAPÍTULO II

DA CONSTITUIÇÃO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS

Seção I: Dos Objetivos

Art. 3º Observados os limites constitucionais e legais, os objetivos dos consórcios públicos serão determinados pelos entes que se consorciarem, admitindo-se, entre outros, os seguintes:

I - a gestão associada de serviços públicos;

II - a prestação de serviços, inclusive de assistência técnica, a execução de obras e o fornecimento de bens à administração direta ou indireta dos entes consorciados;

III - o compartilhamento ou o uso em comum de instrumentos e equipamentos, inclusive de gestão, de manutenção, de informática, de pessoal técnico e de procedimentos de licitação e de admissão de pessoal;

IV - a produção de informações ou de estudos técnicos;

V - a instituição e o funcionamento de escolas de governo ou de estabelecimentos congêneres;

VI - a promoção do uso racional dos recursos naturais e a proteção do meio-ambiente;

VII - o exercício de funções no sistema de gerenciamento de recursos hídricos que lhe tenham sido delegadas ou autorizadas;

VIII - o apoio e o fomento do intercâmbio de experiências e de informações entre os entes consorciados;

IX - a gestão e a proteção de patrimônio urbanístico, paisagístico ou turístico comum;

X - o planejamento, a gestão e a administração dos serviços e recursos da previdência social dos servidores de qualquer dos entes da Federação que integram o consórcio, vedado que os recursos arrecadados em um ente federativo sejam utilizados no pagamento de benefícios de segurados de outro ente, de forma a atender o disposto no art. 1º, inciso V, da Lei nº 9.717, de 1998;

XI - o fornecimento de assistência técnica, extensão, treinamento, pesquisa e desenvolvimento urbano, rural e agrário;

XII - as ações e políticas de desenvolvimento urbano, sócio-econômico local e regional; e

XIII - o exercício de competências pertencentes aos entes da Federação nos termos de autorização ou delegação.

§ 1º Os consórcios públicos poderão ter um ou mais objetivos e os entes consorciados poderão se consorciar em relação a todos ou apenas a parcela deles.

§ 2º Os consórcios públicos, ou entidade a ele vinculada, poderão desenvolver as ações e os serviços de saúde, obedecidos os princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde - SUS.

Seção II: Do Protocolo de Intenções

Art. 4º A constituição de consórcio público dependerá da prévia celebração de protocolo de intenções subscrito pelos representantes legais dos entes da Federação interessados.

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

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

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

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

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

V - os critérios para, em assuntos de interesse comum, autorizar o consórcio público a representar os entes da Federação consorciados perante outras esferas de governo;

VI - as normas de convocação e funcionamento da assembleia geral, inclusive para a elaboração, aprovação e modificação dos estatutos do consórcio público;

VII - a previsão de que a assembleia geral é a instância máxima do consórcio público e o número de votos para as suas deliberações;

VIII - a forma de eleição e a duração do mandato do representante legal do consórcio público que, obrigatoriamente, deverá ser Chefe do Poder Executivo de ente da Federação consorciado;

IX - o número, as formas de provimento e a remuneração dos empregados do consórcio público;

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

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

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

a) competências cuja execução será transferida ao consórcio público;

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

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

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

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

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

§ 1º O protocolo de intenções deve definir o número de votos que cada ente da Federação consorciado possui na assembleia geral, sendo assegurado a cada um ao menos um voto.

§ 2º Admitir-se-á, à exceção da assembleia geral:

I - a participação de representantes da sociedade civil nos órgãos colegiados do consórcio público;

II - que órgãos colegiados do consórcio público sejam compostos por representantes da sociedade civil ou por representantes apenas dos entes consorciados diretamente interessados nas matérias de competência de tais órgãos.

§ 3º Os consórcios públicos deverão obedecer ao princípio da publicidade, tornando públicas as decisões que digam respeito a terceiros e as de natureza orçamentária, financeira ou contratual, inclusive as que digam respeito à admissão de pessoal, bem como permitindo que qualquer do povo tenha acesso a suas reuniões e aos documentos que produzir, salvo, nos termos da lei, os considerados sigilosos por prévia e motivada decisão.

§ 4º O mandato do representante legal do consórcio público será fixado em um ou mais exercícios financeiros e cessará automaticamente no caso de o eleito não mais ocupar a Chefia do Poder Executivo do ente da Federação que representa na assembléia geral, hipótese em que será sucedido por quem preencha essa condição.

§ 5º Salvo previsão em contrário dos estatutos, o representante legal do consórcio público, nos seus impedimentos ou na vacância, será substituído ou sucedido por aquele que, nas mesmas hipóteses, o substituir ou o suceder na Chefia do Poder Executivo.

§ 6º É nula a cláusula do protocolo de intenções que preveja determinadas contribuições financeiras ou econômicas de ente da Federação ao consórcio público, salvo a doação, destinação ou cessão do uso de bens móveis ou imóveis e as transferências ou cessões de direitos operadas por força de gestão associada de serviços públicos.

§ 7º O protocolo de intenções deverá ser publicado na imprensa oficial.

§ 8º A publicação do protocolo de intenções poderá dar-se de forma resumida, desde que a publicação indique o local e o sítio da rede mundial de computadores - internet em que se poderá obter seu texto integral.

Seção III: Da Contratação

Art. 6º O contrato de consórcio público será celebrado com a ratificação, mediante lei, do protocolo de intenções.

§ 1º A recusa ou demora na ratificação não poderá ser penalizada.

§ 2º A ratificação pode ser realizada com reserva que deverá ser clara e objetiva, preferencialmente vinculada à vigência de cláusula, parágrafo, inciso ou alínea do protocolo de intenções, ou que imponha condições para a vigência de qualquer desses dispositivos.

§ 3º Caso a lei mencionada no *caput* deste artigo preveja reservas, a admissão do ente no consórcio público dependerá da aprovação de cada uma das reservas pelos demais subscritores do protocolo de intenções ou, caso já constituído o consórcio público, pela assembléia geral.

§ 4º O contrato de consórcio público, caso assim esteja previsto no protocolo de intenções, poderá ser celebrado por apenas uma parcela dos seus signatários, sem prejuízo de que os demais venham a integrá-lo posteriormente.

§ 5º No caso previsto no § 4º deste artigo, a ratificação realizada após dois anos da primeira subscrição do protocolo de intenções dependerá da homologação dos demais subscritores ou, caso já constituído o consórcio, de decisão da assembléia geral.

§ 6º Dependerá de alteração do contrato de consórcio público o ingresso de ente da Federação não mencionado no protocolo de intenções como possível integrante do consórcio público.

§ 7º É dispensável a ratificação prevista no *caput* deste artigo para o ente da Federação que, antes de subscrever o protocolo de intenções, disciplinar por lei a sua participação no consórcio público, de forma a poder assumir todas as obrigações previstas no protocolo de intenções.

Seção IV: Da Personalidade Jurídica

Art. 7º O consórcio público adquirirá personalidade jurídica:

I - de direito público, mediante a vigência das leis de ratificação do protocolo de intenções; e

II - de direito privado, mediante o atendimento do previsto no inciso I e, ainda, dos requisitos previstos na legislação civil.

§ 1º Os consórcios públicos, ainda que revestidos de personalidade jurídica de direito privado, observarão as normas de direito público no que concerne à realização de licitação, celebração de contratos, admissão de pessoal e à prestação de contas.

§ 2º Caso todos os subscritores do protocolo de intenções encontrem-se na situação prevista no § 7º do art. 6º deste Decreto, o aperfeiçoamento do contrato de consórcio público e a aquisição da personalidade jurídica pela associação pública dependerão apenas da publicação do protocolo de intenções.

§ 3º Nas hipóteses de criação, fusão, incorporação ou desmembramento que atinjam entes consorciados ou subscritores de protocolo de intenções, os novos entes da Federação, salvo disposição em contrário do protocolo de intenções, serão automaticamente tidos como consorciados ou subscritores.

Seção V: Dos Estatutos

Art. 8º O consórcio público será organizado por estatutos cujas disposições, sob pena de nulidade, deverão atender a todas as cláusulas do seu contrato constitutivo.

§ 1º Os estatutos serão aprovados pela assembléia geral.

§ 2º Com relação aos empregados públicos do consórcio público, os estatutos poderão dispor sobre o exercício do poder disciplinar e regulamentar, as atribuições administrativas, hierarquia, avaliação de eficiência, lotação, jornada de trabalho e denominação dos cargos.

§ 3º Os estatutos do consórcio público de direito público produzirão seus efeitos mediante publicação na imprensa oficial no âmbito de cada ente consorciado.

§ 4º A publicação dos estatutos poderá dar-se de forma resumida, desde que a publicação indique o local e o sítio da rede mundial de computadores - internet em que se poderá obter seu texto integral.

CAPÍTULO III DA GESTÃO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS

Seção I: Disposições Gerais

Art. 9º Os entes da Federação consorciados respondem subsidiariamente pelas obrigações do consórcio público.

Parágrafo único. Os dirigentes do consórcio público responderão pessoalmente pelas obrigações por ele contraídas caso pratiquem atos em desconformidade com a lei, os estatutos ou decisão da assembléia geral.

Art. 10. Para cumprimento de suas finalidades, o consórcio público poderá:

I - firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções sociais ou econômicas;

II - ser contratado pela administração direta ou indireta dos entes da Federação consorciados, dispensada a licitação; e

III - caso constituído sob a forma de associação pública, ou mediante previsão em contrato de programa, promover desapropriações ou instituir servidões nos termos de declaração de utilidade ou necessidade pública, ou de interesse social.

Parágrafo único. A contratação de operação de crédito por parte do consórcio público se sujeita aos limites e condições próprios estabelecidos pelo Senado Federal, de acordo com o disposto no art. 52, inciso VII, da Constituição.

Seção II: Do Regime Contábil e Financeiro

Art. 11. A execução das receitas e das despesas do consórcio público deverá obedecer às normas de direito financeiro aplicáveis às entidades públicas.

Art. 12. O consórcio público está sujeito à fiscalização contábil, operacional e patrimonial pelo Tribunal de Contas competente para apreciar as contas do seu representante legal, inclusive quanto à legalidade, legitimidade e economicidade das despesas, atos, contratos e renúncia de receitas, sem prejuízo do controle externo a ser exercido em razão de cada um dos contratos que os entes da Federação consorciados vierem a celebrar com o consórcio público.

Seção III: Do Contrato de Rateio

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

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

§ 2º Constitui ato de improbidade administrativa, nos termos do disposto no art. 10, inciso XV, da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, celebrar contrato de rateio sem suficiente e prévia dotação orçamentária, ou sem observar as formalidades previstas em Lei.

§ 3º As cláusulas do contrato de rateio não poderão conter disposição tendente a afastar, ou dificultar a fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo ou pela sociedade civil de qualquer dos entes da Federação consorciados.

§ 4º Os entes consorciados, isolados ou em conjunto, bem como o consórcio público, são partes legítimas para exigir o cumprimento das obrigações previstas no contrato de rateio.

Art. 14. Havendo restrição na realização de despesas, de empenhos ou de movimentação financeira, ou qualquer outra derivada das normas de direito financeiro, o ente consorciado, mediante notificação escrita, deverá informá-la ao consórcio público, apontando as medidas que tomou para regularizar a situação, de modo a garantir a contribuição prevista no contrato de rateio.

Parágrafo único. A eventual impossibilidade de o ente consorciado cumprir obrigação orçamentária e financeira estabelecida em contrato de rateio obriga o consórcio público a adotar medidas para adaptar a execução orçamentária e financeira aos novos limites.

Art. 15. É vedada a aplicação dos recursos entregues por meio de contrato de rateio, inclusive os oriundos de transferências ou operações de crédito, para o atendimento de despesas classificadas como genéricas.

§ 1º Entende-se por despesa genérica aquela em que a execução orçamentária se faz com modalidade de aplicação indefinida.

§ 2º Não se considera como genérica as despesas de administração e planejamento, desde que previamente classificadas por meio de aplicação das normas de contabilidade pública.

Art. 16. O prazo de vigência do contrato de rateio não será superior ao de vigência das dotações que o suportam, com exceção dos que tenham por objeto exclusivamente projetos consistentes em programas e ações contemplados em plano plurianual.

Art. 17. Com o objetivo de permitir o atendimento dos dispositivos da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, o consórcio público deve fornecer as informações financeiras necessárias para que sejam consolidadas, nas contas dos entes consorciados, todas as receitas e despesas realizadas, de forma a que possam ser contabilizadas nas contas de cada ente da Federação na conformidade dos elementos econômicos e das atividades ou projetos atendidos.

Seção IV: Da Contratação do Consórcio por Ente Consorciado

Art. 18. O consórcio público poderá ser contratado por ente consorciado, ou por entidade que integra a administração indireta deste último, sendo dispensada a licitação nos termos do art. 2º, inciso III, da Lei nº 11.107, de 2005.

Parágrafo único. O contrato previsto no *caput*, preferencialmente, deverá ser celebrado sempre quando o consórcio fornecer bens ou prestar serviços para um determinado ente consorciado, de forma a impedir que sejam eles custeados pelos demais.

Seção V: Das Licitações Compartilhadas

Art. 19. Os consórcios públicos, se constituídos para tal fim, podem realizar licitação cujo edital preveja contratos a serem celebrados pela administração direta ou indireta dos entes da Federação consorciados, nos termos do § 1º do art. 112 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

Seção VI: Da Concessão, Permissão ou Autorização de Serviços Públicos ou de Uso de Bens Públicos

Art. 20. Os consórcios públicos somente poderão outorgar concessão, permissão, autorização e contratar a prestação por meio de gestão associada de obras ou de serviços públicos mediante:

- I - obediência à legislação de normas gerais em vigor; e
- II - autorização prevista no contrato de consórcio público.

§ 1º A autorização mencionada no inciso II do *caput* deverá indicar o objeto da concessão, permissão ou autorização e as condições a que deverá atender, inclusive metas de desempenho e os critérios para a fixação de tarifas ou de outros preços públicos.

§ 2º Os consórcios públicos poderão emitir documentos de cobrança e exercer atividades de arrecadação de tarifas e outros preços públicos pela prestação de serviços ou pelo uso ou outorga de uso de bens públicos ou, no caso de específica autorização, serviços ou bens de ente da Federação consorciado.

Art. 21. O consórcio público somente mediante licitação contratará concessão, permissão ou autorizará a prestação de serviços públicos.

§ 1º O disposto neste artigo aplica-se a todos os ajustes de natureza contratual, independentemente de serem denominados como convênios, acordos ou termos de cooperação ou de parceria.

§ 2º O disposto neste artigo não se aplica ao contrato de programa, que poderá ser contratado com dispensa de licitação conforme o art. 24, inciso XXVI, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

Seção VII: Dos Servidores

Art. 22. A criação de empregos públicos depende de previsão do contrato de consórcio público que lhe fixe a forma e os requisitos de provimento e a sua respectiva remuneração, inclusive quanto aos adicionais, gratificações, e quaisquer outras parcelas remuneratórias ou de caráter indenizatório.

Art. 23. Os entes da Federação consorciados, ou os com eles conveniados, poderão ceder-lhe servidores, na forma e condições da legislação de cada um.

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

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

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

CAPÍTULO IV DA RETIRADA E DA EXCLUSÃO DE ENTE CONSORCIADO

Seção I: Disposição Geral

Art. 24. Nenhum ente da Federação poderá ser obrigado a se consorciar ou a permanecer consorciado.

Seção II: Do Recesso

Art. 25. A retirada do ente da Federação do consórcio público dependerá de ato formal de seu representante na assembléia geral, na forma previamente disciplinada por lei.

§ 1º Os bens destinados ao consórcio público pelo consorciado que se retira somente serão revertidos ou retrocedidos no caso de expressa previsão do contrato de consórcio público ou do instrumento de transferência ou de alienação.

§ 2º A retirada não prejudicará as obrigações já constituídas entre o consorciado que se retira e o consórcio público.

§ 3º A retirada de um ente da Federação do consórcio público constituído por apenas dois entes implicará a extinção do consórcio.

Seção III: Da Exclusão

Art. 26. A exclusão de ente consorciado só é admissível havendo justa causa.

§ 1º Além das que sejam reconhecidas em procedimento específico, é justa causa a não inclusão, pelo ente consorciado, em sua lei orçamentária ou em créditos adicionais, de dotações suficientes para suportar as despesas que, nos termos do orçamento do consórcio público, prevê-se devam ser assumidas por meio de contrato de rateio.

§ 2º A exclusão prevista no § 1º deste artigo somente ocorrerá após prévia suspensão, período em que o ente consorciado poderá se reabilitar.

Art. 27. A exclusão de consorciado exige processo administrativo onde lhe seja assegurado o direito à ampla defesa e ao contraditório.

Art. 28. Mediante previsão do contrato de consórcio público, poderá ser dele excluído o ente que, sem autorização dos demais consorciados, subscrever protocolo de intenções para constituição de outro consórcio com finalidades, a juízo da maioria da assembléia geral, iguais, assemelhadas ou incompatíveis.

CAPÍTULO V DA ALTERAÇÃO E DA EXTINÇÃO DOS CONTRATOS DE CONSÓRCIO PÚBLICO

Art. 29. A alteração ou a extinção do contrato de consórcio público dependerá de instrumento aprovado pela assembléia geral, ratificado mediante lei por todos os entes consorciados.

§ 1º Em caso de extinção:

I - os bens, direitos, encargos e obrigações decorrentes da gestão associada de serviços públicos custeados por tarifas ou outra espécie de preço público serão atribuídos aos titulares dos respectivos serviços;

II - até que haja decisão que indique os responsáveis por cada obrigação, os entes consorciados responderão solidariamente pelas obrigações remanescentes, garantido o direito de regresso em face dos entes beneficiados ou dos que deram causa à obrigação.

§ 2º Com a extinção, o pessoal cedido ao consórcio público retornará aos seus órgãos de origem, e os empregados públicos terão automaticamente rescindidos os seus contratos de trabalho com o consórcio.

CAPÍTULO VI DO CONTRATO DE PROGRAMA

Seção I: Das Disposições Preliminares

Art. 30. Deverão ser constituídas e reguladas por contrato de programa, como condição de sua validade, as obrigações contraídas por ente da Federação, inclusive entidades de sua administração indireta, que tenham por objeto a prestação de serviços por meio de gestão associada ou a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal ou de bens necessários à continuidade dos serviços transferidos.

§ 1º Para os fins deste artigo, considera-se prestação de serviço público por meio de gestão associada aquela em que um ente da Federação, ou entidade de sua administração indireta, coopere com outro ente da Federação ou com consórcio público, independentemente da denominação que venha a adotar, exceto quando a prestação se der por meio de contrato de concessão de serviços públicos celebrado após regular licitação.

§ 2º Constitui ato de improbidade administrativa, a partir de 7 de abril de 2005, celebrar contrato ou outro instrumento que tenha por objeto a prestação de serviços públicos por meio de cooperação federativa sem a celebração de contrato de programa, ou sem que sejam observadas outras formalidades previstas em lei, nos termos do disposto no art. 10, inciso XIV, da Lei nº 8.429, de 1992.

§ 3º Excluem-se do previsto neste artigo as obrigações cujo descumprimento não acarrete qualquer ônus, inclusive financeiro, a ente da Federação ou a consórcio público.

Art. 31. Caso previsto no contrato de consórcio público ou em convênio de cooperação entre entes federados, admitir-se-á a celebração de contrato de programa de ente da Federação ou de consórcio público com autarquia, empresa pública ou sociedade de economia mista.

§ 1º Para fins do *caput*, a autarquia, empresa pública ou sociedade de economia mista deverá integrar a administração indireta de ente da Federação que, por meio de consórcio público ou de convênio de cooperação, autorizou a gestão associada de serviço público.

§ 2º O contrato celebrado na forma prevista no *caput* deste artigo será automaticamente extinto no caso de o contratado não mais integrar a administração indireta do ente da Federação que autorizou a gestão associada de serviços públicos por meio de consórcio público ou de convênio de cooperação.

§ 3º É lícito ao contratante, em caso de contrato de programa celebrado com sociedade de economia mista ou com empresa pública, receber participação societária com o poder especial de impedir a alienação da empresa, a fim de evitar que o contrato de programa seja extinto na conformidade do previsto no § 2º deste artigo.

§ 4º O convênio de cooperação não produzirá efeitos entre os entes da Federação cooperantes que não o tenham disciplinado por lei.

Seção II: Da Dispensa de Licitação

Art. 32. O contrato de programa poderá ser celebrado por dispensa de licitação nos termos do art. 24, inciso XXVI, da Lei nº 8.666, de 1993.

Parágrafo único. O termo de dispensa de licitação e a minuta de contrato de programa deverão ser previamente examinados e aprovados por assessoria jurídica da Administração.

Seção III: Das Cláusulas Necessárias

Art. 33. Os contratos de programa deverão, no que couber, atender à legislação de concessões e permissões de serviços públicos e conter cláusulas que estabeleçam:

I - o objeto, a área e o prazo da gestão associada de serviços públicos, inclusive a operada por meio de transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços;

II - o modo, forma e condições de prestação dos serviços;

III - os critérios, indicadores, fórmulas e parâmetros definidores da qualidade dos serviços;

IV - o atendimento à legislação de regulação dos serviços objeto da gestão associada, especialmente no que se refere à fixação, revisão e reajuste das tarifas ou de outros preços públicos e, se necessário, as normas complementares a essa regulação;

V - procedimentos que garantam transparência da gestão econômica e financeira de cada serviço em relação a cada um de seus titulares, especialmente de apuração de quanto foi arrecadado e investido nos territórios de cada um deles, em relação a cada serviço sob regime de gestão associada de serviço público;

VI - os direitos, garantias e obrigações do titular e do prestador, inclusive os relacionados às previsíveis necessidades de futura alteração e expansão dos serviços e conseqüente modernização, aperfeiçoamento e ampliação dos equipamentos e instalações;

VII - os direitos e deveres dos usuários para obtenção e utilização dos serviços;

VIII - a forma de fiscalização das instalações, dos equipamentos, dos métodos e práticas de execução dos serviços, bem como a indicação dos órgãos competentes para exercê-las;

IX - as penalidades contratuais e administrativas a que se sujeita o prestador dos serviços, inclusive quando consórcio público, e sua forma de aplicação;

X - os casos de extinção;

XI - os bens reversíveis;

XII - os critérios para o cálculo e a forma de pagamento das indenizações devidas ao prestador dos serviços, inclusive quando consórcio público, especialmente do valor dos bens reversíveis que não foram amortizados por tarifas e outras receitas emergentes da prestação dos serviços;

XIII - a obrigatoriedade, forma e periodicidade da prestação de contas do consórcio público ou outro prestador dos serviços, no que se refere à prestação dos serviços por gestão associada de serviço público;

XIV - a periodicidade em que os serviços serão fiscalizados por comissão composta por representantes do titular do serviço, do contratado e dos usuários, de forma a cumprir o disposto no art. 30, parágrafo único, da Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995;

XV - a exigência de publicação periódica das demonstrações financeiras relativas à gestão associada, a qual deverá ser específica e segregada das demais demonstrações do consórcio público ou do prestador de serviços; e

XVI - o foro e o modo amigável de solução das controvérsias contratuais.

§ 1º No caso de transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos, o contrato de programa deverá conter também cláusulas que prevejam:

I - os encargos transferidos e a responsabilidade subsidiária do ente que os transferiu;

II - as penalidades no caso de inadimplência em relação aos encargos transferidos;

III - o momento de transferência dos serviços e os deveres relativos à sua continuidade;

IV - a indicação de quem arcará com o ônus e os passivos do pessoal transferido;

V - a identificação dos bens que terão apenas a sua gestão e administração transferidas e o preço dos que sejam efetivamente alienados ao prestador dos serviços ou ao consórcio público; e

VI - o procedimento para o levantamento, cadastro e avaliação dos bens reversíveis que vierem a ser amortizados mediante receitas de tarifas ou outras emergentes da prestação dos serviços.

§ 2º O não pagamento da indenização prevista no inciso XII do *caput*, inclusive quando houver controvérsia de seu valor, não impede o titular de retomar os serviços ou adotar outras medidas para garantir a continuidade da prestação adequada do serviço público.

§ 3º É nula a cláusula de contrato de programa que atribuir ao contratado o exercício dos poderes de planejamento, regulação e fiscalização dos serviços por ele próprio prestados.

Seção IV: Da Vigência e da Extinção

Art. 34. O contrato de programa continuará vigente mesmo quando extinto o contrato de consórcio público ou o convênio de cooperação que autorizou a gestão associada de serviços públicos.

Art. 35. A extinção do contrato de programa não prejudicará as obrigações já constituídas e dependerá do prévio pagamento das indenizações eventualmente devidas.

CAPÍTULO VII DAS NORMAS APLICÁVEIS À UNIÃO

Art. 36. A União somente participará de consórcio público em que também façam parte todos os Estados em cujos territórios estejam situados os Municípios consorciados.

Art. 37. Os órgãos e entidades federais concedentes darão preferência às transferências voluntárias para Estados, Distrito Federal e Municípios cujas ações sejam desenvolvidas por intermédio de consórcios públicos.

Art. 38. Quando necessário para que sejam obtidas as escalas adequadas, a execução de programas federais de caráter local poderá ser delegada, no todo ou em parte, mediante convênio, aos consórcios públicos.

Parágrafo único. Os Estados e Municípios poderão executar, por meio de consórcio público, ações ou programas a que sejam beneficiados por meio de transferências voluntárias da União.

Art. 39. A partir de 1º de janeiro de 2008 a União somente celebrará convênios com consórcios públicos constituídos sob a forma de associação pública ou que para essa forma tenham se convertido.

§ 1º A celebração dos convênios de que trata o *caput* está condicionada à comprovação do cumprimento das exigências legais pelo consórcio público, conforme o disposto no parágrafo único do art. 14 da Lei nº 11.107, de 2005. [*\(Parágrafo com redação dada pelo Decreto nº 10.243, de 13/2/2020\)*](#)

§ 2º A comprovação do cumprimento das exigências legais para a celebração de convênios poderá ser feita por meio de extrato emitido no Serviço Auxiliar de Informações para Transferências Voluntárias - CAUC ou por outro meio que venha a ser estabelecido por ato do Secretário do Tesouro Nacional da Secretaria Especial de Fazenda do Ministério da Economia. [*\(Parágrafo com redação dada pelo Decreto nº 10.243, de 13/2/2020\)*](#)

CAPÍTULO VIII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 40. Para que a gestão financeira e orçamentária dos consórcios públicos se realize na conformidade dos pressupostos da responsabilidade fiscal, a Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda:

I - disciplinará a realização de transferências voluntárias ou a celebração de convênios de natureza financeira ou similar entre a União e os demais Entes da Federação que envolvam ações desenvolvidas por consórcios públicos;

II - editará normas gerais de consolidação das contas dos consórcios públicos, incluindo:

- a) critérios para que seu respectivo passivo seja distribuído aos entes consorciados;
- b) regras de regularidade fiscal a serem observadas pelos consórcios públicos.

Art. 41. Os consórcios constituídos em desacordo com a Lei nº 11.107, de 2005, poderão ser transformados em consórcios públicos de direito público ou de direito privado, desde que atendidos os requisitos de celebração de protocolo de intenções e de sua ratificação por lei de cada ente da Federação consorciado.

Parágrafo único. Caso a transformação seja para consórcio público de direito público, a eficácia da alteração estatutária não dependerá de sua inscrição no registro civil das pessoas jurídicas.

Art. 42. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 17 de janeiro de 2007; 186º da Independência e 119º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Márcio Thomaz Bastos

Guido Mantega

José Agenor Álvares da Silva

Paulo Bernardo Silva

Marcio Fortes de Almeida

Dilma Rousseff

Tarso Genro