



ANÁLISE DA GESTÃO DE EMPENHO COM PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS NOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS EM SAÚDE DO CEARÁ EM 2019

Analysis of the Management of Commitment to Personnel and Social in Public Health Consortia of Ceará in
2019

Sergio Ricardo Gaspar¹

Leandro Campi Prearo²

Alessandra Santos Rosa³

Sergio Roberto da Silva⁴

Resumo

A gestão em saúde pública no Brasil passa por inúmeras dificuldades e enfrenta as limitações dos recursos de todas as ordens, o que a coloca diante de um ambiente de demandas reprimidas por serviços públicos de qualidade, notadamente as de caráter básico. O Objetivo do trabalho: Verificar se os consórcios públicos de saúde (CPS) do estado do Ceará administraram adequadamente os empenhos com pessoal e encargos sociais no ano civil de 2019 e se não quais geraram restos a pagar não-processados para o ano de 2020. Metodologicamente Analisou-se e compilou-se os dados quantitativos dos Relatórios de Gestão Fiscal e Relatórios Resumido de Execução Orçamentária dos três quadrimestres de 2019 e o primeiro de 2020 da despesa bruta corrente dos 20 consórcios públicos de saúde no estado do Ceará, com vistas a identificar inscrições em restos a pagar não-processados de 2020 relativos a empenhos com pessoal e encargos sociais dos servidores. Como Resultados: Verificou-se que a soma dos restos a pagar não-processados de 17 CPS do Ceará referente aos empenhos com despesas com pessoal e encargos sociais dos servidores em relação ao valor transferido pelo contrato de rateio entre Estado e municípios, baseado no último RREO de 2019 e primeiro de 2020 era de apenas 0,57% e abaixo de 0,45% para os CPS de Interfederativo Vale do Curu e da Microrregião de Camocim indicando um bom nível de administração. Todavia, o CPS da Microrregião de Quixadá indicou um índice de 10,79% o que demanda ajustes nas práticas de gestão de empenhos. O estudo Contribui para avaliar a estratégia de regionalização da saúde nos CPS do Ceará, corrobora para ação inter-federativa e a responsabilização compartilhada entre municípios consorciados e Estado. Portanto, os CPS mostram-se como arranjo público-administrativo viável e alinhado ao ideário do SUS. Além, de indicar que o repasse de recursos financeiros aos CPS por contrato de rateio é um caminho interessante, mas, não exime o Estado de monitorar e de modo a certificar da prestação do serviço público, ações que passam inequivocamente pela gestão adequada dos empenhos de pessoal e encargos sociais dos servidores dos CPS.

Palavras-chave: Ceará; consórcio público; empenho; LRF; saúde.

¹ Doutorando em Administração pela FEI- Centro Universitário da Fundação Educacional Inaciana Padre Saboia. Professor de Administração na Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação do Estado do Mato Grosso (SECITECI). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0262-8013>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9699399539953064> profsergiorgaspar@gmail.com

² Doutorado em Administração pela Universidade de São Paulo. Professor do programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Administração e Mestrado Profissional em Docência e Gestão Educacional da Universidade Municipal de São Caetano do Sul. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6039-1280>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5069741934577746> e-mail: leandro.prearo@prof.uscs.edu.br

³ Mestra em Administração na Universidade Municipal São Caetano do Sul. Assessora Econômica e Diretora de Inovação no município de Hortolândia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8252-7855>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4077500398552186>

⁴ Doutorando em Administração pela FEI- Centro Universitário da Fundação Educacional Inaciana Padre Saboia. Professor da Faculdades de Guarulhos e da Faculdade Educa Mais. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1861-3548>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2656278097254959>. E-mail: sergiroberto@auditaconsultoria.com.br Research Gate: https://www.researchgate.net/profile/Sergio_Silva60

Abstract

Public health management in Brazil is going through numerous difficulties and faces the limitations of resources of all orders, which places it in an environment of repressed demands for quality public services, notably those of a basic nature. whether the public health consortia (PHC) of the state of Ceará adequately managed the commitments with personnel and social charges in the calendar year 2019 and if not which generated unprocessed leftovers for the year 2020. Methodologically It was analyzed and compiled quantitative data from the Fiscal Management Reports and Summary Reports on Budget Execution for the three quarters of 2019 and the first of 2020 of the current gross expenditure of the 20 public health consortia in the state of Ceará, with a view to identifying enrollments in unpaid remnants unprocessed payments related to staff commitments and social security charges for civil servants. As Results: It was verified that the sum of the unprocessed remains to be paid from 17 CPS do Ceará referring to the commitments with personnel expenses and social charges of the servants in relation to the amount transferred by the apportionment contract between State and municipalities, based on RREO of 2019 and first of 2020 was only 0.57% and below 0.45% for CPS of Interfederativo Vale do Curu and Microregion of Camocim indicating a good level of administration. However, the CPS of the Microregion of Quixadá indicated an index of 10.79%, which requires adjustments in the commitment management practices. The study contributes to assess the strategy of regionalization of health in PHC in Ceará, corroborates for inter-federative action and shared accountability between consortium municipalities and the State. Therefore, the PHC are shown as a viable public-administrative arrangement and linked to the ideas of the SUS. In addition, to indicate that the transfer of financial resources to the PHC through an apportionment contract is an interesting path, but it does not exempt the State from monitoring and in order to certify the provision of the public service, actions that go unequivocally through the proper management of the personnel and social charges of PHC servers.

Keywords: Ceará; public consortium; effort; LRF; health.

1 Introdução

O sistema federativo brasileiro, a partir do texto constitucional de 1988, reconheceu os municípios como entes federados, junto aos Estados e a União. Fato este que contribuiu para a composição de um cenário de descentralização fiscal, organização político-administrativa e agendas diversificadas no tocante a políticas públicas nas três esferas governamentais. Para Keinert, Rosa e Meneguzzo (2006) dentre as políticas afetadas por essa descentralização segundo a saúde se destaca, culminando conforme Abrucio (2005) no projeto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Andrade e Machado (2014), o SUS é a estrutura estatal que possibilita a prestação de serviços públicos em saúde pública de modo a atender às necessidades coletivas da sociedade com eficiência e qualidade. Assim, a partir do quadro da descentralização fez-se necessário instituir uma estratégia da administração pública em distribuir a prestação de serviços entre os entes federados para suprir competências e obrigações que lhe são próprias, um dos avanços do SUS ao longo de sua implementação e no atendimento a demandas populacionais (Andrade & Machado, 2014).

Todavia, o avanço da descentralização no campo da gestão em saúde pública exigiu a criação de mecanismos que possibilitassem fazer frente aos problemas que desta decorrem (Bravo, 2012). Então, criou-se a regulamentação dos consórcios públicos em saúde (CPS) como órgãos para exercer regionalmente as funções gerenciais, principalmente nos denominados vazios assistenciais, ou seja, locais de desassistência em razão da escassez de recursos de diferentes naturezas gerando um efeito multiplicador que atinge sobremaneira os municípios ainda que estes aumentem a dotação orçamentária para o setor de saúde.

A gestão em saúde pública no Brasil passa por inúmeras dificuldades e enfrenta as limitações dos recursos de todas as ordens, o que a coloca diante de um ambiente de demandas reprimidas por serviços públicos de qualidade, notadamente as de caráter básico. Situação evidenciada pelo aumento significativo com os gastos com a atenção básica e hospitalar (Crozatti, 2020). O que instiga a implantação de projetos e aplicação de recursos de forma racional, econômica e inovadora. Daí a opção pela gestão consorciada, ser uma estratégia compatível com os princípios do SUS e ao enfrentamento das limitações financeiras que mais favorecem o processo de regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde (Vaz, 1997).

Portanto, a inovação associada à gestão da saúde pública com relação aos consórcios públicos apresenta-se como alternativa de cooperação inter-federativa que visa o fortalecimento da administração pública para ações conjuntas que objetivam o interesse comum, mirando na melhoria da eficiência na prestação dos serviços públicos, levando-se em conta nuances e especificidades regionais e da inter-relação produtiva de entes governamentais que se associam para a disponibilização de serviço públicos de saúde.

A contribuição desta pesquisa vai *a priori* no sentido de qualificar o debate sobre novas formas de gestão no campo público. A segunda contribuição ao campo da administração é a análise de base prática da relação entre gestão dos empenhos de despesas com pessoal dos consórcios públicos de saúde do Ceará e a oferta regionalizada de saúde. Desta contextualização emerge a seguinte pergunta de pesquisa: os consórcios públicos de saúde do Ceará gerenciam adequadamente os recursos públicos no tocante a gestão de empenho associada as despesas com pessoal?

A natureza do estudo é aplicada, posto que busca produzir conhecimentos acerca dos consórcios públicos de saúde no estado do Ceará, no tocante a gestão de empenhos com pessoal destas instituições. Desta forma, esta pesquisa estrutura-se em introdução; referencial teórico que contém os subtópicos: regionalização e gestão associada de serviços públicos, consórcios públicos de saúde, Lei de Responsabilidade Fiscal e consórcios públicos de saúde; procedimentos metodológicos; dados e análises; conclusão e referências.

2 Regionalização e gestão associada de serviços públicos

Para Melo e Cavalcante (2013), as diretrizes jurídico-políticas de sistemas federativos devem abranger notadamente a auto-organização e a autoadministração, assim como o dever constitucional de solidariedade, de união ou de cooperação equilibradamente entre os entes federados de modo a garantir o direito constitucional da plena autonomia e por conseguinte à redução das desigualdades regionais e à garantia do desenvolvimento nacional. Tais como insculpido no art.3º da Constituição da República Federativa do Brasil (1988) - “Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: III – [...] reduzir as desigualdades sociais e regionais; [...]”.

A gestão regionalizada da saúde é uma ação que pode reduzir a significativa discrepância nos montantes totais, *per capita* e proporcionais dos gastos pelos municípios, posto que apenas os mecanismos de repasses financeiros não surtiram efeitos suficientes para a melhoria dos serviços públicos no campo da saúde (Crozatti, 2020). Desta situação M. S. Silva (2005) usa como lente analítica o Teorema da Descentralização de Oates (TDO) que indica o serviço público deva ser provisionado pelo ente com a área geográfica mínima, permitindo internalizar os benefícios, o custeio da atividade e mostra-se como alternativa ao federalismo compartimentalizado.

o principal problema da descentralização ao longo da redemocratização foi a conformação de um federalismo compartimentalizado, em que cada nível de governo procurava encontrar o seu papel específico e não havia incentivos para o compartilhamento de tarefas e a atuação consorciada (Abrúcio, 2005, p.49)

Para o enfrentamento da situação disseminou-se o federalismo de cooperação que se caracteriza como estratégia dos entes subnacionais em cooperar para a realização das funções distributiva e estabilizadora do Estado, como no caso da disponibilização de serviços de saúde. Mas, preservando-se a autonomia dos entes componentes para a alocação mais eficiente de recursos e consequentemente reduzir as desigualdades regionais (Carvalho, 2007).

Tomando-se o TDO e o princípio legal da subsidiariedade, resultaria na descentralização de atividades e ampliação do conhecimento sobre as necessidades propiciando: melhor alocação de recursos, eliminação de conflitos de competências e consolidação da cooperação inter-federativa (Silva, 2005). Posto que o interesse dos entes subnacionais para o desenvolvimento da cooperação inter-federativa, verifica-se o fenômeno da disseminação da gestão associada dos serviços públicos. Contudo, esta forma de prestação de serviço na qual um ente federativo pode colaborar na realização

de atividade pública atribuída a outro ente, não se limita à mera transferência de receitas (Melo & Cavalcante, 2013).

A gestão associada é a possibilidade da execução de funções de fiscalização, de organização, de planejamento, de regulação e de prestação dos serviços públicos (Melo & Cavalcante, 2013). Segundo os autores a gestão associada permite no curto prazo a redução de custos em atividades administrativas, notadamente as atividades regulatórias pelo ganho de escala da mesma forma que facilita a divisão entre os entes associados dos custos de infraestrutura para a prestação de serviços públicos.

Já no âmbito municipal a gestão associada para fins de serviços de saúde diminui o conflito de competências e minimiza externalidades espaciais, visto que o custeio é dividido ao final pelos municípios dos entes que compõem o arranjo político-administrativo dos consórcios públicos. Desta forma, conjugando-se a gestão compartilhada ao processo da regionalização, se constitui uma estratégia de garantia a integralidade e a universalidade do acesso a saúde preconizadas pelo SUS (Goya, Andrade, Pontes & Jarl, 2016).

Há que se destacar que a descentralização das políticas de saúde no Brasil evoluiu em ciclos que inicialmente tiveram caráter municipalista e só posteriormente regionalista (Viana, Ibañez, Elias, Lima, Albuquerque & Iozzi, 2008). Para esses autores, a primeira onda reformista foi a normativa burocrática sob a alegação do controle das despesas nacionais e caracterizou-se pela edição das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOB) que é a forma como a saúde organizou-se em torno da microrregião e do módulo assistencial, indicados no Quadro 1.

A segunda geração de reformas acerca da regionalização da saúde no Brasil é compreendida entre 2006 e 2010, a denominada regionalização pactuada para (Goya et al, 2016). De acordo com os autores, esta é caracterizada pelo gerenciamento por meio de mecanismos de contratualização tal como o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), o planejamento e o desenvolvimento regional integrado e a disseminação do conceito de Região de Saúde (RS). Esta última é conceituada como espaço geográfico contínuo formado pelo agrupamento de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados (Ministério da Saúde, 2011), como elencados no Quadro 1.

Quadro 1

Evolução de tipologias normativas de regionalização em saúde no Brasil

Normativa burocrática (Viana et al, 2008)	Pactuada		Contratual Interfederativa		
2001/2002	2006	2010	2011	2012	2013/2014
Sem instrumento formal de contratualização de responsabilidades	Termo de Compromisso de Gestão (TCG) - adesão individual de cada ente federado		Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde		
Organização regional: Microrregião de Saúde e Módulo Assistencial	Perspectiva: diversidade econômica, cultural e social para redefinição das Regiões de Saúde	Redes de Atenção à Saúde perpassando às Regiões de Saúde	Adesão dos entes federados com responsabilização compartilhada na Região de Saúde		
Alta de planejamento regional	Ênfase ao planejamento e desenvolvimento integrado regional para enfrentamento das desigualdades socioeconômicas territoriais	Rede de Atenção à Saúde (RAS)	Implantação das Redes Temáticas e planejamento integrado	das Redes	Ênfase ao planejamento regional inter-federativo; pactuação técnico-política e gestão cooperada

Fonte: Adaptado de Goya et al. (2016, pp.906)

O terceiro ciclo de regionalização da saúde no país é o denominado contratual inter-federativo (Goya et al, 2016). Temporalmente definido pelos autores entre os anos de 2011 e 2014, tendo como características: planejamento regional integrado inter-federativo; responsabilização compartilhada dos entes subnacionais com a RS e a implantação das redes temáticas; celebração técnico-política de gestão cooperada da Manutenção do Pacto pela Saúde e do Contrato Organizativo

da Ação Pública da Saúde (COAP), como indicado no Quadro 1.

Constata-se que no período compreendido entre 2000 a 2014 o Ministério da Saúde pautou normativamente a formalização da nova territorialidade assistencial e da gestão em torno das RS. Explicado pela descentralização do SUS como diretriz na prestação de serviços de saúde, sob competência dos entes subnacionais no período supracitado, bem como, a compreensão do planejamento como processo no debate e no desenvolvimento integrado e intersetorial do espaço regional (Goya et al, 2016).

A partir da concepção do SUS como sistema organizativo para o interesse público em saúde universal e integral, houve um confronto ao empresariamento da saúde, processo este que articula, coexiste e tenciona a regionalização da saúde (Mendes & Louvison, 2015; Viana, Miranda & Silva, 2015). Assim, as reorientações normativo-conceituais referentes às tipologias de regionalização em saúde no Brasil, traduzem e orientam tanto os discursos, como as práticas da regionalização da saúde e evidentemente as formas de gestão regionais do SUS tais como os consórcios públicos (Goya et al, 2016).

Têm-se, por conseguinte uma necessidade crescente de indução do comportamento cooperativo entre entes federados para a promoção da ação coletiva de modo a superar a disposição de particularizar atendimentos e de se maximizar benefícios do SUS para o campo público. Desta maneira, os consórcios intergovernamentais são um arranjo político-administrativo capaz prover em certa medida a eficiência, a eficácia (Miller & Hammond, 1994). E, fortalecer o comportamento cooperativo por parte dos membros consorciados de assinalarem que os CPS a exemplo do Ceará, sejam protagonistas no espaço decisório e no planejamento dentro das RS (Almeida, Giovanella, Martins Filho & Lima, 2019).

2.1 Consórcios públicos de saúde

Formalmente os consórcios públicos são resultado da Emenda Constitucional 19 (1998) que modificou o art. 241 da Constituição da República Federativa do Brasil (1988) e foram regulamentados pela Lei Federal 11.107/2005, que deixou a cargo de estados e de municípios a normatização complementar para regulação a respeito de peculiaridades locais e regionais no campo da saúde. Desta possibilidade de normatização complementar destacando-se a dimensão jurídico-financeira indicada no art. 8º da Lei Federal n. 11.107/2005 “os entes consorciados somente entregarão recursos ao consórcio público mediante contrato de rateio.”

A gestão pública municipal com a intenção de otimizar a manutenção e consolidar os consórcios públicos os identificaram como arranjos jurídico-administrativos estratégicos de olhar regionalizado e maior sensibilidade política, em função da aproximação com a realidade dos cidadãos (Viana et al, 2008). Nesse sentido a lei dos consórcios públicos (LCP) formalizou a relação entre os entes participantes, permitindo o consorciamento entre esferas governamentais distintas, instituindo a responsabilidade solidária, o compromisso com o rateio das despesas, aventando-se a possibilidade de licitação compartilhada e a ampliação dos valores licitatórios (Cruz, 2011; Linhares, 2011).

Portanto, gestores públicos municipais no campo da saúde ao passo da evolução legal foram construindo uma visão local e regional com vista a aglutinação de pequenos grupos populacionais, normalmente limítrofes, com realidades e dificuldades parecidas, através da celebração de CP, adequando-se ao assim arcabouço jurídico disponível e corroboradas pelo art.18 da Lei nº 8.080 (1990), a lei orgânica do SUS, descrevendo e fortalecendo as competências da direção municipal do SUS no item “VII - formar consórcios administrativos intermunicipais”.

Consoante a Brasil (1997) para que os CPS auferissem importância estes deveriam: ampliar o acesso à saúde e a garantia da qualidade de vida dos municípios consorciados, elementos estes que se somam a prerrogativa tendo como concepção de CP:

instrumentos para administração pública criados com a finalidade de gerar melhorias aos cidadãos; reduzindo o formalismo, agilizando e viabilizando projetos regionais, compras compartilhadas que refletem em um melhor aproveitamento dos recursos financeiros disponíveis. Podem ser utilizados como artifício para fortalecer a região perante a União, viabilizando projetos e recursos, que um

município sozinho provavelmente nunca alcançaria concernentemente a (Ceará, 2009, p. 5).

Com relação Ceará (2009, p. 5) os CP passam a instrumentalizar os municípios e habilitá-los para a gestão plena do sistema de saúde municipal, sem distanciá-los da responsabilidade sobre a atenção básica e da vigilância sanitária. O que segue o entendimento em relação a Ceará (2009) quando esse coloca que não compete aos CPS gerenciar os sistemas municipais de saúde e/ou interferir na gestão e na autonomia municipal, tanto menos substituir e/ou assumir as incumbências e as competências dos administradores do SUS.

A questão funcional dos CPS é que a implantação destes é uma mudança de paradigma nas práticas de gestão no SUS (Nogueira, Santana & Silva, 2014). Pois, de acordo com os autores a “reversão do modelo de gestão individual, pouco resolutive e onerosa para o sistema de saúde” para um modelo cooperativo de recursos financeiros, humanos e tecnológicos mostra-se como estratégia apropriada de ampliação de acesso a serviços de saúde (W. A. Mendes, W. A. Mendes & Maurílio, 2019). Assim como é uma ação pública de otimização do uso de equipamentos, de transportes e de insumos que prioriza a parceria e o processo de decisão conjunta sobre as questões regionais em saúde, alargando e garantindo a saúde como direito aos munícipes.

O fomento para a constituição de redes de atenção à saúde no SUS e, por conseguinte a implantação dos CPS nos municípios foi em grande medida resultado da articulação e das coordenações regionais de saúde (Nogueira et al, 2014). Pois, em concordância com os autores haviam questões precípuas como o levantamento de informações de saúde nos municípios, a realização de diagnósticos situacionais, avaliação do perfil de demandas atendidas e a necessidade da organização das oficinas de sensibilização junto aos gestores, equipes de saúde, prefeitos e demais atores políticos.

Os CPS como estratégia de oferta de serviços de saúde a regiões populosas ao mesmo tempo que fortalecem a regionalização o que na prática formalizam redes consorciadas inter-federativas em saúde em diferentes graus de estruturação e/ou abrangência (Andrade & Machado, 2014; Nogueira et al, 2014). Estimulam o caráter participativo entre gestores públicos e atores políticos no debate regional, no que concerne à Ceará (2009), fazendo desta diretriz do SUS o eixo estruturante e norteador da descentralização e da organização nas ações e nos serviços de saúde.

Nesse contexto para Pereira e Moreira (2016) os CPS regionalizados no Ceará aproximam-se aos consórcios públicos das Sul e Sudeste no sentido de proporcionar uma prática inovadora de gestão da saúde e disponibilização de atendimento no Brasil, desde os níveis mais elementares até os mais complexos no SUS (Rodrigues, 2012). Igualmente Morais e Chaves (2016) indicam os CPS como inovações do setor público que podem ser incluídos entre as iniciativas da reforma do Estado, para a melhoria de gestão e do provimento de serviços especializados com maior densidade tecnológica à população, articulando os municípios consorciados na viabilização de aumento de ganhos ambientais e econômicos.

2.2 Lei de Responsabilidade Fiscal e consórcios públicos de saúde

Para Fioravante, Pinheiro e Vieira (2007), sob o contexto macroeconômico e político da década de 1990 favoreceu-se a implementação de um regime fiscal consistente e a normatização das finanças públicas dos municípios, estados e União propiciando o espaço para a edição e a aprovação da Lei Complementar nº101/2000 ou Lei da Responsabilidade Fiscal (LRF, 2000). O cenário econômico do setor público nacional era caracterizado pela formação de dívidas devido à falta de planejamento, o que impulsionou *déficits* orçamentários e inibiu o desenvolvimento econômico, o aumento de taxas de juros e da inflação demandando forte restrição orçamentária. Assim, sob a condição de membro da federação, os municípios, iniciaram a gestão direta e autônoma parte da arrecadação nacional (Bresser-Pereira, 1998).

A LRF veio a complementar a Lei n. 4.320 (1964) e a substituir a Lei n. 96 (1999), com a incorporação dos princípios e diretrizes de modelos de controle fiscal do Fundo Monetário Internacional (FMI), do *Fiscal Responsibility Act* - Nova Zelândia, do Tratado de *Maastricht* -

Comunidade Econômica Europeia e do *Budget Enforcement Act* - Estados Unidos da América (E. R. Nascimento & Debus, 2002). E, quando de sua promulgação pretendia disseminar um novo relacionamento dos cidadãos com o controle das contas públicas nos tocantes a transparência, publicidade e eficiência, visto que o arcabouço jurídico à época em linhas gerais apenas tratava do planejamento e da execução dos orçamentos públicos (D. R. Silva & Bonacin, 2010).

Portanto, a LRF inovou no sentido em que estruturou a discussão das finanças públicas em torno do equilíbrio das contas e, aliou a essa a transparência que no entendimento de Assoni (2007) complementaria o princípio da publicidade, pois, “de nada adianta a mera divulgação, ainda que ampla, se seu objeto vier em uma linguagem técnica e ininteligível ao cidadão comum, que na verdade é o legítimo destinatário”. A LRF (2002) também relaciona os atos públicos obrigatórios no que envolve planos, diretrizes orçamentárias e a elaboração dos orçamentos públicos, estendendo-se a execução dos programas, a aplicação de recursos e a divulgação dos resultados obtidos pelos diversos entes e órgãos públicos baseados no princípio da transparência e conforme o parágrafo primeiro da LRF (2000) no art. 48-A (Gerigk, Clemente & Ribeiro, 2014).

É pressuposto da responsabilidade fiscal a ação planejada e transparente com vistas a diminuição de riscos e correção de desvios que atinjam negativamente a relação entre receitas e despesas nas contas públicas, gestão do empenho, movimentação financeira irregulares e/ou lesivas ao erário público, expansão ou aperfeiçoamento de ação governamental. Dessa imposição legal o art. 48 da LRF elenca os instrumentos de transparência da gestão fiscal que são: Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO); Relatório de Gestão Fiscal (RGF) e a Versão Simplificada do Relatório de Gestão Fiscal (VSRGF), além ser regulado pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); Lei Orçamentária Anual (LOA) e o Plano Plurianual (PPA).

O RGF é um instrumento contábil de transparência da gestão fiscal previsto no art. 48 da LRF que no âmbito municipal, estadual e federal deverá ser assinado pelo chefe do Poder Executivo e pelos membros da mesa diretora dos órgãos do Poder Legislativo, além das autoridades responsáveis pela administração financeira e pelo controle interno. A elaboração do RGF deve se dar ao final de cada quadrimestre e o limite para publicação de 30 dias findo o quadrimestre de referência e, se tratando do último quadrimestre há que destacar a demonstração do montante das disponibilidades ao final do exercício financeiro e das despesas inscritas em restos a pagar.

O Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) exigido pela LRF (2000) no art. 52 e de elaboração e publicação bimestral, até trinta dias após o encerramento de cada bimestre e tem por finalidade demonstrar a situação fiscal do ente federado e dos órgãos/entidades da administração direta, autarquias, fundações, fundos especiais e empresas estatais dependentes, mediante consolidação de suas informações no tocante a execução orçamentária da receita e da despesa. Propiciando assim à sociedade, aos órgãos de controle interno e externo e aos usuários de serviços públicos a publicidade e a transparência nas informações públicas e desta possibilitar acompanhar, analisar e conhecer o desempenho do ciclo orçamentário estruturado a partir do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA).

Ainda que seja um arranjo jurídico-institucional com ares de inovação do campo público, os CPS têm a especificidade de operarem em um setor intensivo de mão de obra como o da saúde BNDES (2001). Nesse sentido o objeto desta pesquisa que é a gestão de despesas empenhos no tocante a inscrições de restos a pagar processados e não processados associados a pessoal e a encargos sociais, à luz do controle proposto pela LRF na linha de eficiência. É razoável e se justifica, assim como o processo metodológico aplicado a análise da gestão de empenho relativo aos gastos com servidores do CPS do Ceará e sua relação com o ciclo orçamentário aliando-se os dados constantes do RGFs e o RREO.

3 Procedimentos Metodológicos

A natureza do estudo proposto é descritiva e aplicada, uma vez que produz conhecimentos acerca dos consórcios públicos de saúde no estado do Ceará no período de janeiro a dezembro de 2019. Para o desenvolvimento da pesquisa a abordagem quantitativa mostra-se apropriada e

corroborar para a estruturação, a organização, e a interpretação dos dados numéricos coletados (Martins & Theóphilo, 2016). Mas, para que a abordagem quantitativa gerasse as informações, aplicou-se os procedimentos de pesquisas documentais e sistematizou-se os dados secundários dos Relatórios de Gestão Fiscal (RGF) e Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) dos três quadrimestres do ano fiscal de 2019, obtidos do site da transparência e Diário Oficial do Estado do Ceará.

De posse dos dados dos RGFs e RREOs calculou-se os percentuais executados frente aos recursos transferidos pelos entes consorciados o que possibilitou a edição de uma tabela e um gráfico. A vista disso compilou-se e analisou-se os dados dos empenhos referentes aos gastos com servidores e encargos sociais dos CPS do Ceará, gerando informações que possibilitaram comparar e avaliar a gestão por quadrimestre dos empenhos ao longo de 2019. Assim como, viabilizou a identificação das inscrições em restos a pagar não-processados de 2019 para 2020 de cada um dos CPS relativos aos empenhos com pessoal e encargos sociais dos servidores, o que é um indicador de afetação no orçamento do ano posterior.

Justificam-se a escolha dos RGFs e dos RREO por sua natureza obrigatória pela Lei de Responsabilidade Fiscal incidente sobre os CPS e amparados nos princípios constitucionais da legalidade e da publicidade. De tal modo, de posse dos dados obtidos nos documentos supracitados montou-se gráfico e tabelas, com o objetivo: de evidenciar como cada consórcio de saúde cearense administrou os empenhos e as liquidações associadas a despesas com pessoal em 2019 frente as transferências e se a gestão desses empenhou em prazo hábil entre os quadrimestres e se não geraram restos a pagar não processados de 2019 para 2020, sendo necessário para esse ponto a averiguação do RREO do primeiro quadrimestre de 2020.

Referente ao tipo de pesquisa a que se propõe está se aproxima da classificação teórico-empírica dada por Creswell (2010) e com a especificidade de não existir no Brasil outro exemplo de arranjo de CPS que cubra todo o território de um estado a exemplo no caso do Ceará. Além disso este estudo produz conhecimento atualizado e sistematizado de caráter quantitativo e exploratório sobre gestão de empenho em CPS, no tocante a recursos aplicados na execução das despesas brutas com pessoal e encargos sociais por meio das informações divulgadas nos documentos públicos disponibilizados nos sites do Diário Oficial do Estado e da transparência do estado do Ceará.

4 Dados e análises

As análises relativas as despesas brutas empenhada com pessoal e encargos sociais nos três quadrimestres de 2019 baseadas nos dados primários em Ceará (2019a), Ceará (2019b) e Ceará (2019c) onde constam os valores transferidos por contrato de rateio e valor executado por quadrimestre o que possibilitou o cálculo do percentual executado da despesa corrente com salários dos servidores por cada um dos CPS do Ceará, como indicado na Tabela 1.

Tabela 1

Relaciona o percentual de execução das despesas brutas com pessoal e encargos sociais frente ao valor transferido no contrato de rateio com o Estado do Ceará nos quadrimestres e indicados nos RGFs do ano de 2019

Despesa bruta com pessoal por ente consorciado	1 Quadrimestre		2 Quadrimestre		3 Quadrimestre	
	Valor transferido (R\$)	Percentual executado	Valor transferido (R\$)	Percentual executado	Valor transferido (R\$)	Percentual executado
Acarauá	1.399.735,14	130,63%	4.766.055,85	33,19%	4.696.082,18	36,34%
Camocim	1.419.815,42	97,27%	5.786.263,58	58,82%	5.729.361,65	60,72%
Crateús	272.476,77	127,17%	5.511.391,67	48,56%	5.416.300,83	55,13%
Ibiapaba (Tianguaá)	1.337.456,30	231,65%	5.366.720,46	69,46%	5.402.561,00	65,72%
Iguatu	1.276.490,33	75,84%	5.035.268,62	64,59%	5.142.461,28	59,94%
Inter-federativa do Vale	1.606.999,10	187,43%	8.061.746,52	53,39%	7.416.596,30	56,92%

do Curu						
Itapipoca	1.190.172,58	100,00%	4.870.107,38	39,90%	4.813.790,27	37,49%
Maciço de Baturité	1.508.305,21	219,13%	6.006.210,25	70,30%	6.089.320,35	71,44%
Maracanaú	320.401,18	38,64%	1.959.907,08	63,08%	2.006.157,00	57,13%
Microrregião de Brejo Santo	1.306.822,71	21,47%	5.247.966,25	94,06%	5.227.290,90	86,43%
Microrregião de Canindé	531.602,36	79,38%	1.766.867,93	91,45%	1.819.207,06	85,48%
Microrregião de Cascavel	1.497.170,32	237,06%	5.007.755,53	90,14%	5.288.681,18	82,38%
Microrregião de Crato	1.063.670,32	284,62%	4.570.983,94	76,32%	4.300.281,27	73,29%
Microrregião de Aracati	1.084.618,84	155,71%	4.352.161,79	49,30%	4.338.475,31	49,41%
Microrregião de Icó	1.560.562,76	145,83%	6.405.669,77	33,66%	6.539.049,17	31,82%
Microrregião de Juazeiro do Norte	1.169.059,92	7,71%	4.291.215,25	68,37%	4.729.831,90	66,43%
Microrregião de Limoeiro do Norte	1.087.819,27	227,42%	5.069.117,26	55,42%	5.079.663,85	58,06%
Microrregião de Russas	1.121.955,88	292,88%	4.522.537,85	67,34%	4.579.023,47	62,89%
Microrregião de Sobral	0,00	-	5.034.212,99	63,87%	5.034.212,98	63,88%
Quixadá	874.185,69	125,56%	5.230.898,60	75,45%	5.237.949,72	75,46%
Tauá	2.661.653,41	1,65%	9.729.349,37	7,26%	9.801.099,26	7,16%
TOTAL	24.290.973,51		108.592.407,94		108.687.396,93	

Fonte: elaborado pelos autores

Nota: o primeiro quadrimestre do Consórcio Público de Saúde de Microrregião de Sobral, não enviou o RGF no prazo estipulado pela LRF

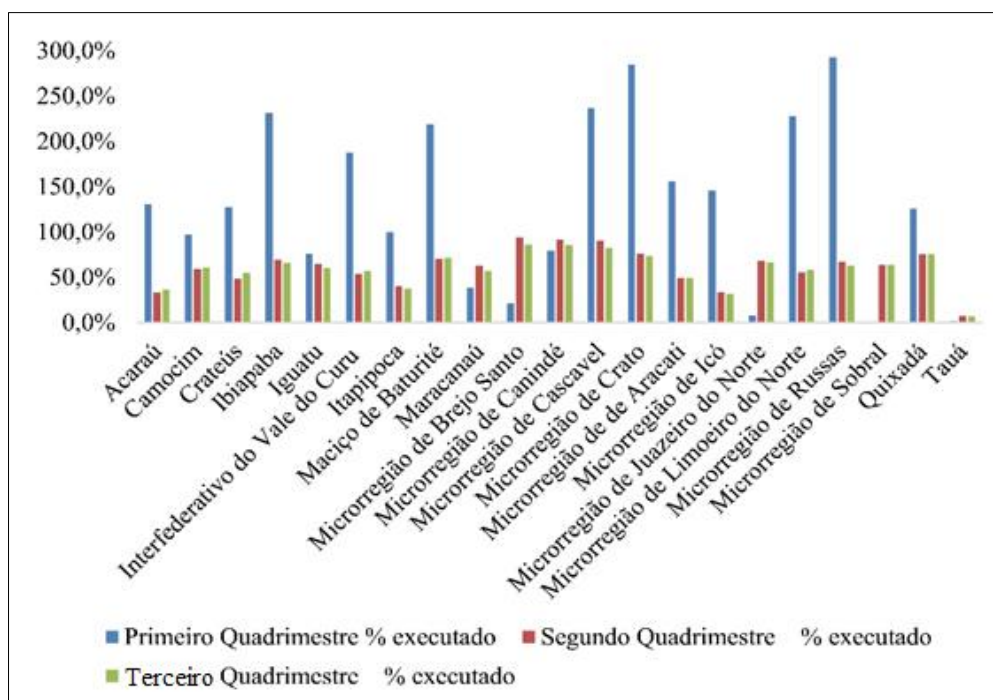
Levando-se em consideração os dados da Tabela 1, verifica-se uma variação alta do percentual executado da despesa bruta referente ao gasto com pessoal dos diferentes CPS do Ceará. Aprofundando a análise também é possível averiguar que há situações problemáticas considerando-se um percentual executado abaixo de 60,0% por dois quadrimestres nos CPS de como Acaraú, Iguatu, Itapipoca - ainda que este não apresentara a prestação de contas do RGF no primeiro quadrimestre de 2019 como exigido pela LRF, Microrregião de Aracati, Microrregião de Icó. E, o de Tauá que é em situação mais crítica, pois, nos 3 quadrimestres de 2019 o percentual executado dos empenhos com pessoal e encargos sociais ficou abaixo de 8%.

Todavia, seguindo a apuração da Tabela 1 obtém-se bons resultados de execução despesas brutas com pessoal e encargos sociais tais como os CPS Maciço de Baturité, Microrregião de Cascavel, Microrregião do Crato e Quixadá com valores acima de 70% nos três quadrimestres de 2019 corroboram para a argumentação de que a auto-organização e a autoadministração defendidos por Melo e Cavalcante (2013) a respeito da garantia da qualidade do serviço público em função da ampliação da solidariedade, da união e da cooperação entre instituições públicas.

Apoiando-se nos dados da Tabela 1 editou-se o Gráfico 1 de maneira a facilitar a comparação entre os CPS sobre a execução do empenho referente a gastos com pessoal e encargos sociais fundamentados nos RGFs de 2019 com a transferência dos contratos de rateio firmados entre os consórcios e o governo do Estado do Ceará. E destes dois instrumentos analíticos depreende-se que há heterogeneidade administrativa entre os CPS sob a dimensão escolhida para a pesquisa, ainda que se considerando o Ceará como de pequena extensão territorial e os 20 CPS estejam sobre o mesmo arcabouço legal e regidos por um igual contrato de rateio e regulado por um arcabouço legal iniciado pela Constituição Federal de 1988.

Gráfico 1

Execução do empenho referente a gastos com pessoal e encargos sociais dos consórcios públicos de saúde do Ceará baseado nos Relatórios de Gestão Fiscal de 2019 em comparação aos contratos de rateio com o governo do Estado do Ceará.



Fonte: elaborado pelos autores

É perceptível no Gráfico 1 que no primeiro quadrimestre a execução de empenho de gastos com pessoal e encargos sociais são altos, baseando-se em Ceará (2019a), Ceará (2019b) e Ceará (2019c) a exceção dos CPS de Maracanaú, da Microrregião de Brejo Santo, da Microrregião de Juazeiro do Norte e de Tauá que empenharam na integralidade a despesa com pessoal. Agora, avaliando-se separadamente os CPS por quadrimestre averiguou-se que no geral a discrepância no empenho de gastos com pessoal e encargos sociais entre os segundos e terceiros quadrimestres, é significativa. E, assim como Tabela 1 identificou-se problemas com o CPS de Tauá no Gráfico 1 demonstrando a situação singularmente ruim deste na execução dos empenhos no tocante a gastos com pessoal e encargos sociais.

Além da análise da evolução da gestão do empenho com gastos com pessoal e encargos sociais indicados na Tabela 1 e no Gráfico 1 que relacionam a despesa bruta com o valor transferido para a execução desse tipo de despesa corrente no CPS do Ceará, fundamentados nos RGFs do ano de 2019 constantes no site da transparência do estado e Diário Oficial do Estado do Ceará. Identificou-se a necessidade de analisar a relação entre o empenho e despesa liquidada associadas aos salários e aos encargos sociais dos servidores dos CPS no primeiro RREO do ano de 2020, de modo a dar suporte a avaliação dos valores inscritos em restos a pagar não-processados em relação aos valores disponibilizados pelas transferências constantes nos contratos de rateio. E, assim averiguar se houve restos a pagar não-processados do ano de 2019 para o de 2020 para esse tipo de despesa como indicado no Quadro 2.

Quadro 2

Gestão da despesa de empenho referente a gastos com pessoal e encargos sociais não-processados pelos consórcios públicos de saúde do Ceará no ano de 2019

Consórcios Públicos de Saúde do Ceará	Despesa Empenhada (pessoal) / Total de Despesa Corrente Empenhada	Despesa Liquidada (pessoal)/ Total de Despesa Corrente Liquidada	Inscritos em Restos a Pagar Não-processados/ transferência por contrato de rateio
Acaraú; Aracati; Baturité; Brejo Santo; Canindé; Cascavel; Cisvale; Crateús; Icó; Iguatu; Itapipoca; Juazeiro do Norte; Crato; Ibiapaba; Limoeiro do Norte; Maracanaú; Russas; Sobral; Tauá	52,79%	52,84%	0,57%
Interfederativo Vale do Curu	57,74%	57,74%	0,40%
Microrregião de Camocim	72,62%	72,86%	0,43%
Microrregião de Quixadá	67,22%	71,01%	10,79%

Fonte: Editado pelos autores

Tomando-se como base o Quadro 2, a totalidade os CPS possuem inscrições em restos a pagar não-processados no primeiro Ceará (2020), o que denota em certa medida problemas na gestão de empenho quanto as despesas com pessoal e encargos sociais dos servidores desses órgãos. Ainda que nos caso de Acaraú; Crateús; Ibiapaba (Tiangúá); Iguatu; Itapipoca; Maciço de Baturité; Maracanaú; Microrregião de Brejo Santo; Microrregião de Canindé; Microrregião de Cascavel; Microrregião de Crato; Microrregião de Aracati; Microrregião de Icó; Microrregião de Juazeiro do Norte; Microrregião de Limoeiro do Norte; Microrregião de Russas; Microrregião de Sobral; e Tauá tenham um valor somado de empenhos inscritos em restos a pagar não-processados em relação ao valor do total do valor transferido pelo contrato de rateio proporcionalmente pequeno 0,57%.

Situação muito próxima a identificada nos CPS Interfederativo Vale do Curu; da Microrregião de Camocim e da Microrregião de Quixadá, denotando que nesse ponto no plano geral a gestão dos empenhos no que se refere as despesas com pessoal é deficiente, mas ainda não delicada. Contudo, a exceção é o CPS da Microrregião de Quixadá com o valor de 10,79% inscrito em restos a pagar não-processados de 2019 para 2020 em relação ao valor da transferência do contrato de rateio demonstrando dessa maneira uma situação que merece atenção dos órgãos de controle interno e externo.

Agora considerando-se a situação do CPS da Microrregião de Quixadá no que tange as inscrições em restos a pagar não-processados ao lado da questão da gestão do empenho com pessoal nos CPS do Ceará em 2019 é verificável em Ceará (2019a), Ceará (2019b), Ceará (2019c) e Ceará (2020) o seguinte ponto: ainda que se tenha um nível adequado de gestão dos empenhos no decorrer do ano isso não implica que mesmo um CPS com baixo nível de empenho executado como o de Tauá e indicado na Tabela 1. Consiga evitar a inscrição de restos a pagar não processados na última RREO. Assim, cada um dos CPS do Ceará refletiu resquícios dos dilemas da cooperação entre regiões de saúde (A. M. Nascimento e Fernandes, 2015).

5 Conclusão

Levando-se em consideração a tipologia da despesa bruta corrente de empenhos salários e encargos sociais dos servidores da área da saúde lotados nos CPS do estado do Ceará, e que estas organizações são notadamente em relação a BNDES (2001) um grupo de despesa de intensivo uso de mão de obra. Parte dos CPS mostraram-se falhos pelos dados analisados nesta pesquisa o que demanda ajustes tais como a taxa de executado abaixo de 60,0% por dois quadrimestres ano de 2019 de 5 CPS (Acaraú, Iguatu, Itapipoca, Aracati e Icó) e o de Tauá que nos 3 quadrimestres de 2019

onde o percentual ficou abaixo de 8%, comprometendo todo o sistema de CPS do Ceará e indo no sentido contrário proposto por Melo e Cavalcante (2013) da ampliação da solidariedade, da união e da cooperação entre os entes federados.

Seguindo na apuração dos RGFs e RREO dos CPS do Ceará em 2019 verificou-se por outro lado bons resultados em 4 destes quanto a execução de empenhos das despesas com pessoal e encargos obtendo-se um percentual de execução acima de 70% indicando-se, portanto, para uma gestão de empenho adequada além de se identificar heterogeneidade administrativa. Contudo, verificou-se que o CPS da Microrregião de Quixadá tinha inscrito em restos a pagar não-processados em relação a transferência do contrato de rateio apenas 10,79%.

Portanto, demanda-se atenção dos órgãos de controle interno e externo e maior atenção e suporte administrativo do poder executivo e do poder legislativo do Estado do Ceará. Indicando que mesmo que em número pequeno a inscrição em restos a pagar não processados dos CPS e tendo como base o último RREO de 2019, se refletiu no primeiro RREO de 2020 o que afetou negativamente o planejamento e a alocação orçamentária dos CPS e do Estado do Ceará no tocante a saúde, ou seja, essa falha atingiu o ciclo orçamentário formado pelo Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual.

Assim a estratégia de regionalização da saúde segundo Goya et al (2016) e identificável nos CPS do Ceará, corrobora positivamente para a tese do planejamento regional integrado inter-federativo e com responsabilização compartilhada dos municípios consorciados dentro das regiões de saúde é um arranjo viável dentro do campo público. E, levando-se em consideração Mendes e Louvison (2015) e Viana *et al* (2015) os CPS mostram-se como arranjos públicos que se aproximam ao ideário do SUS. Entretanto, reforça-se o entendimento de que o simples repasse de recursos financeiros por contrato de rateio não exime o ente maior em executar o controle interno e externo. Além de se ampliar a responsabilidade do Tribunal de Contas do Estado e do Poder Legislativo de modo a certificar da prestação do serviço público de qualidade, o que passa inequivocamente pela gestão adequada dos empenhos de pessoal e encargos sociais dos servidores desses CPS.

Dada as limitações do escopo dessa pesquisa propõe-se para estudos futuros uma análise que incluía a gestão de empenhos com relação a absorção de tecnologias de informação, o nível de integração de dados e informações entre os consórcios públicos de saúde do Ceará e desses verificar se estes formam um sistema integrado de atendimento da demanda no território como um todo ou operam estritamente apoiados no repasse de recursos por parte do estado do Ceará sem a perspectiva de ganhos de efetividade de serviços e prevenção de patologias.

Referências

- ABRUCIO, F. L. (2005). Coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, 24(24), 41-67.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MARTINS FILHO, M. T.; LIMA, L. D. (2019). Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24(12), 4527-4540. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182412.25562019>.
- ANDRADE, M. L. C.; MACHADO, J. A. (2014). Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. *Revista da Administração Pública*, Rio de Janeiro, 48(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-76121626>.
- ASSONI, S. (2007). *Crédito público e responsabilidade fiscal*. Porto Alegre: Nuria Fabris.
- BATISTA, S. (2011). As Possibilidades de Implementação do Consórcio Público. In *Guia de Consórcios Públicos* (1 ed), 3, Brasília, DF: Caixa Econômica Federal.
- BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL – BNDES. (2001). Setores intensivos em mão-de-obra: uma atualização do modelo de geração de emprego do BNDES. *INFORME-SE*, 31.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL [CF] (1988). Brasília, promulgada em: 05 de out. de 1988.

BRAVO, M. I. S.; COSTA, M. V. (2012). Desafios do controle social na atualidade. *Revista do Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, 109, 126-150. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282012000100008>.

BRESSER-PEREIRA, L. C. (1998). A Reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. São Paulo: Lua Nova, 45. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451998000300004>.

CARVALHO, J. S. (2007). *Manual de Direito Administrativo*. (17 ed.). Rio de Janeiro: Lumen Juris.

CEARÁ. (2009). *Manual de Orientação – Consórcios Públicos em Saúde no Ceará – Estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde*. Secretaria da Saúde. Ceará.

CEARÁ (2019a). *Relatório de Gestão Fiscal. Demonstrativo da Despesa com Pessoal Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social. Período de Referência Maio/2018 a Abril/2019*. Recuperado em 03 de março de 2020, de https://cearatr transparente.ce.gov.br/attachments/04a0d195586293834ae131e02938b2d377bb6c0a/store/eb74a8efd5500ca5c52744988dac302088facf3edaad8cf067fb79bdc5a/RGF_1QUA_2019.pdf.

CEARÁ (2019b). *Relatório de Gestão Fiscal. Demonstrativo da Despesa com Pessoal Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social. Setembro/2018 a Agosto/2019*. Recuperado em 03 de março de 2020, de https://cearatr transparente.ce.gov.br/attachments/a42c915ca71ada0622d22a58756fd52400befc89/store/4d4271906d210a6dfc7bdcc1506d7bcc5a050b305441ccd5de171031da2e/RGF_2QUA_2019.pdf.

CEARÁ (2019c). *Relatório de Gestão Fiscal. Demonstrativo da Despesa com Pessoal Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social. Setembro/2018 a Agosto/2019*. Recuperado em 03 de março de 2020, de https://cearatr transparente.ce.gov.br/attachments/04a0d195586293834ae131e02938b2d377bb6c0a/store/eb74a8efd5500ca5c52744988dac302088facf3edaad8cf067fb79bdc5a/RGF_1QUA_2019.pdf.

CEARÁ. (2019d). *Relatório Resumido da Execução Orçamentária. Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde. Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social. Período de Referência Janeiro a Dezembro 2019/ bimestre: novembro - dezembro*. Secretaria da Fazenda. Secretaria Executiva do Tesouro Estadual e Metas Fiscais. Coordenadoria de Gestão da Execução Orçamentária, Patrimonial e Contábil. Diário Oficial do Ceará. Recuperado em 03 de março de 2020, de https://cearatr transparente.ce.gov.br/attachments/85b2b090ef5d8f2d899e07d0f9d8c26dbf409141/store/d6d435e08aa5b33b1f88080de0537ff30ae256c7ac2d539bd25b188e184f/RREO_6BIM_2019-mesclado.pdf.

CRESWELL, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. (3 ed.). Porto Alegre: Artmed, 2010.

CROZATTI, J., LIMA JUNIOR, A. F., LIMA, L. N., OLIVEIRA, L. L. et al (2020) O gasto e as fontes do financiamento do SUS nos municípios brasileiros de 2003 a 2018. *Revista Ambiente Contábil*, 12(2). DOI: <https://doi.org/10.21680/2176-9036.2020v12n2ID18708>.

CRUZ, M. C. M. T., ARAÚJO, F. F., BATISTA, S. (2011). Consórcios numa perspectiva histórico-institucional. In *Cadernos Adenauer*, Rio de Janeiro, 12(4), 111-124.

GOYA, N., ANDRADE, L. O. M., PONTES, R. J. S., TAJRA, F. S. (2016). Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. *Saúde Sociedade São Paulo*, 25(4), 902-919.

EMENDA CONSTITUCIONAL n. 19, de 04 de junho de 1998 (1998). Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras

providências. DF, Brasília, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado em 08 de março de 2020, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm.

FIORAVANTE, D. G., PINHEIRO, M. M. S., VIEIRA, R. S. V. (2007). Dinâmica dos Municípios. In *Finanças públicas municipais: uma reflexão sobre os impactos da lei de responsabilidade fiscal*. Brasília: Ipea.

GERICK, W., CLEMENTE, A., RIBEIRO, F. (2014). O padrão do endividamento público nos municípios brasileiros de porte médio após a Lei De Responsabilidade Fiscal. Natal-RN, *Revista Ambiente Contábil*, 6(1), 22-140.

KEINERT, T. M. M., ROSA, T. E. C., MENEGUZZO, M. (2006). *Inovação e cooperação intergovernamental: microrregionalização, consórcio, parcerias e terceirização no setor de saúde*. São Paulo: Annablume.

LEI Nº 4320, de 17 de março de 1964. (1964). Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado em 12 de dezembro de 2019, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/14320.htm.

LEI Nº 8080, 19 setembro 1990. (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. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado em 07 de maio de 2020, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

LEI Nº 11107, de 6 de abril de 2005. (2005). Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado em 07 de abril de 2020, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm.

LEI COMPLEMENTAR Nº 101, de 4 de maio de 2000. (2000). [LRF]. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado em 07 de novembro de 2019, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm.

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

MARTINS, G. A., THEÓPHILO, C. R. (2016). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas* (3a ed.). São Paulo, SP: Atlas.

MELO, Á. J. M., CAVALCANTE, D. L. (2013). Federalismo Fiscal e Gestão Associada de Serviços Públicos. *R. Fac. Dir.*, Fortaleza, 34(1), 21-41.

MENDES, A., LOUVISON, M. (2015). O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. *Saúde e Sociedade São Paulo*, 24(2), 393-402. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200200>.

MENDES, W. A., MENDES, W. A., MAURILIO, A. S. (2019). Análise dos gastos públicos no tratamento do câncer em Minas Gerais. *Revista Científica Hermes*, 24, 270-271. DOI: <http://dx.doi.org/10.21710/rch.v24i0.432>.

MILLER, G., HAMMOND, T. (1994). Why politics is more fundamental than economics: incentive-compatible mechanisms are not credible. *Journal of Theoretical Politics*, 6(1), 5-26. DOI: <https://doi.org/10.1177/0951692894006001001>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011). *Resolução n.1, de 29 de setembro de 2011*. Recuperado em 05 de março de 2020, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001_29_09_2011.html.

MORAIS, V. S., CHAVES, A. P. L. (2016). Percepção dos gestores municipais de saúde

relacionada à saúde ambiental: consórcio intermunicipal de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. *Saúde e Sociedade São Paulo*, 25(2), 349-360. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016149984>.

NASCIMENTO, E. R., Debus, I. (2002). *Lei Complementar nº101/2000: entendendo a lei de responsabilidade fiscal*. Tesouro Federal, Brasília. Recuperado em 20 de fevereiro, 2020 de <http://www3.tesouro.gov.br/hp/downloads/EntendendoLRF.pdf>.

NASCIMENTO, A. M., FERNANDES, A. S. A. (2015). Relações de cooperação em consórcios públicos de regiões metropolitanas: análises do CONDIAM/PB e Consórcio Grande Recife/PE. *Teoria e Prática em Administração*, 5(1), 25-52. DOI: <https://doi.org/10.21714/2238-104X2015v5i1-20798>.

NOGUEIRA, M. F. N., SANTANA, W. W. M., SILVA, L. A. C. (2014). *Consórcios públicos de saúde no Ceará: da implantação à gestão*. Fortaleza.

PEREIRA, G. A., MOREIRA, T. B. S., (2016). Consórcio público intermunicipal: características dos municípios participantes. *Revista de Políticas Públicas*, 20(1), 307-326. DOI: <http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865>.

SANTOS, L., CAMPOS, G. W. S. (2015). SUS Brasil: a região de saúde como o caminho. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 24(2), 438-446. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200004>.

SHIMIZU, H. E. (2013). Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de atenção à saúde no Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23(4), 101-1122. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400005>.

SILVA, D. R., BONACIM, C. A. G. (2010). A Influência da Lei de Responsabilidade Fiscal na gestão das contas públicas segundo a percepção de um contador. *Sociedade, Contabilidade e Gestão*. Rio de Janeiro, 5(2). DOI: https://doi.org/10.21446/scg_ufrj.v5i2.13208.

SILVA, M. S. (2005). Teoria do federalismo fiscal: notas sobre as contribuições de Oates, Musgrave, Shah e Ter-Minassian. *Nova Economia*, Belo Horizonte, 15(1), 117-137.

VAZ, J. C. (1997). *Consórcios intermunicipais*. Dicas Polis Ildesfes: ação administrativa – ideias para a ação municipal.

VIANA, A. L. D., IBAÑEZ, N., ELIAS, P. E. M., LIMA, L. D., ALBURQUERQUE, M. V., IOZZI, F. L. (2008). Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, 22(1), 92-106.

VIANA, A. L. D., MIRANDA, A. S., SILVA, H. P. (2015). *Segmentos institucionais de gestão em saúde: descrição, tendências e cenários prospectivos*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. (Textos para discussão, n. 2).

AOS LEITORES

Artigos indicados com temas relacionados e aproximados publicados na REP:

BALDAM, R.; PAULA, K.; OLIVEIRA, A.; MORAES, A.; MONTOVANI FILHO, J. Reclamações trabalhistas decorrentes da terceirização de serviços públicos. Espaço Público, Recife, v. 6 (2021). [\[Link\]](#)

CARMO, E. Federalismo e políticas públicas educacionais. Espaço Público, Recife, v. 4 (2019). [\[Link\]](#)

SILVA, C.; REIS, M.; SANTOS, A. As capitais brasileiras e o Fundo de Participação dos Municípios: análise sobre a dependência das transferências intergovernamentais. Espaço Público, Recife, v. 6 (2021). [\[Link\]](#)