



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

PRYSCILA GOMES LOBO

AVALIAÇÃO DE DOIS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE MUNICIPAIS NO
ESTADO DO CEARÁ

FORTALEZA

2025

PRYSCILA GOMES LOBO

AVALIAÇÃO DE DOIS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE MUNICIPAIS NO
ESTADO DO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Avaliação de políticas públicas.

Orientador: Profº Dr. Fernando José Pires de Sousa.

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- L784a Lobo, Priscila Gomes.
Avaliação de Dois Consórcios Públicos de Saúde Municipais no Estado do Ceará / Priscila Gomes Lobo. – 2025.
95 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2025.
Orientação: Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa.
1. Sistema Único de Saúde. 2. Consórcio Público. 3. Regionalização. 4. Avaliação de Políticas Públicas. 5. Ceará. I. Título.

CDD 320.6

PRYSCILA GOMES LOBO

AVALIAÇÃO DE DOIS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE MUNICIPAIS NO ESTADO DO
CEARÁ

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Avaliação de políticas públicas.

Aprovada em: 30 / 06 / 2025.

BANCA EXAMINADORA

Profº Dr. Fernando José Pires De Sousa (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profº Dra. Maria de Nazaré Moraes Soares
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profº Dra. Maria do Socorro de Sousa
Secretaria Estadual da Saúde - SESA

A Deus.

Aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é reconhecer que nenhuma conquista se constrói sozinha. É compreender que o caminho é feito com apoio, partilha, amor e fé. Neste momento especial da minha vida, expresso minha gratidão àqueles que, de diferentes formas, foram presença, acolhimento, força e inspiração ao longo da minha trajetória.

Agradeço, primeiramente, a Deus, fonte de toda sabedoria e fortaleza, por sustentar meus passos em cada etapa deste caminho. Também à Nossa Senhora, Mãe intercessora, e a São José, protetor silencioso e fiel, por me envolverem com ternura, coragem e serenidade diante dos desafios. Sua presença espiritual foi minha rocha nos momentos difíceis, minha luz nas incertezas e meu abrigo nos dias de cansaço e entrega.

Aos meus pais, Pedro Noid e Ana Paula, por todo o amor, dedicação e pela educação que me proporcionaram. Foram eles que me ensinaram o valor do estudo, do respeito e da honestidade — princípios que me acompanham até hoje e me trouxeram até aqui. À minha irmã, Patrícia Lobo, por estar ao meu lado em todas as horas. Sua presença constante, seus conselhos e seu carinho fizeram toda a diferença nessa jornada. Vocês são meu alicerce.

Ao meu namorado, que foi um alicerce importante neste processo. Sou profundamente grata por sua paciência nos meus dias de cansaço, por sua escuta nos momentos em que eu só precisava falar e por seu cuidado constante, que fizeram toda a diferença para que eu seguisse em frente. Obrigada por cada palavra de incentivo, por cada gesto de cuidado, por me acolher com tanto carinho e, sobretudo, por permanecer ao meu lado com tanta entrega, sendo sempre uma presença leve e segura. Esta conquista também carrega um pouco de você.

Às minhas amigas de sempre, Carla Jayanne e Juliana Girão, que foram fundamentais em cada etapa desta jornada. Seu apoio constante, incentivo e presença fizeram toda a diferença nos momentos difíceis e nas conquistas. Vocês me ajudaram muito, e sou profundamente grata por compartilhar lágrimas, risos, dúvidas e vitórias com vocês. Ter vocês ao meu lado tornou essa caminhada muito mais leve e significativa.

Às minhas amigas do trabalho, Carolina Alencar e Nathalie Milhome, que dividiram comigo as angústias e os anseios durante nossa rotina frenética. Obrigada por me ouvirem, me acolherem e me apoiarem de forma tão genuína.

Agradeço também ao meu orientador, professor Fernando Pires, cuja escuta atenta, rigor acadêmico e generosidade intelectual foram fundamentais para a construção

deste trabalho. Sua orientação segura, competente e sensível foi indispensável para transformar minhas inquietações em caminhos investigativos consistentes. Sou grata pelo respeito, pela confiança e pelo incentivo que me ofereceu ao longo deste processo.

À Universidade Federal do Ceará, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Política Pública, por proporcionar um espaço de formação crítica, plural e comprometida com os princípios do Sistema Único de Saúde.

Aos professores e professoras do programa, cujas contribuições teóricas e debates em sala de aula enriqueceram minha trajetória acadêmica e ampliaram minha compreensão sobre as políticas públicas de saúde.

Por fim, a todas e todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta dissertação se tornasse realidade, cada um foi importante de alguma forma. Se eu fosse nomear todo mundo, com certeza renderia outra dissertação.

Como está escrito em Filipenses 4,13, “Tudo posso naquele que me fortalece”, é com esse coração agradecido que celebro a conclusão deste percurso, reconhecendo que foi pela graça e força de Deus que esta conquista se tornou possível.

“Os consórcios se tornaram instrumentos fundamentais para otimizar recursos e ampliar o acesso, viabilizando a prestação de serviços especializados de forma mais racional e integrada.” (Oliveira; Almeida, 2020, p. 45).

RESUMO

A presente dissertação tem como objetivo avaliar o desempenho dos Consórcios Públicos de Saúde nos municípios de Caucaia e Baturité, no estado do Ceará, a partir da análise de sua contribuição para a ampliação do acesso, qualificação da atenção especializada e fortalecimento da regionalização no Sistema Único de Saúde (SUS). Fundamenta-se na compreensão dos consórcios como arranjos institucionais estratégicos para mitigar desigualdades territoriais em saúde e promover a gestão compartilhada entre entes federados. A pesquisa adota uma abordagem quantitativa e qualitativa combinando análise documental, levantamento de dados secundários oriundos de sistemas oficiais (como o DataSUS) e entrevistas semiestruturadas com gestores e técnicos envolvidos na operacionalização dos consórcios. Além da análise documental e estatística, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com um total de oito participantes, compreendendo superintendentes, diretores, secretários executivos e assessores administrativos dos consórcios públicos de saúde estudados. Esses relatos permitiram aprofundar a compreensão sobre aspectos organizacionais, principais desafios enfrentados, estratégias de governança adotadas e percepções sobre o desempenho institucional. As entrevistas contribuíram de forma significativa para contextualizar os dados quantitativos, proporcionando uma leitura crítica e fundamentada da realidade vivenciada nos territórios analisados. A análise quantitativa descreve indicadores de produção assistencial das Policlínicas Regionais vinculadas aos consórcios de Baturité e Caucaia entre 2020 e 2024. Já a análise qualitativa, ancorada no método de análise de conteúdo de Bardin, permite aprofundar a compreensão sobre os desafios operacionais, estratégias de governança e percepções institucionais sobre os efeitos do modelo consorciado. Os resultados evidenciam avanços significativos na organização da atenção ambulatorial especializada no Ceará, com destaque para o papel do Estado como ente indutor de uma regionalização efetiva, por meio de consórcios verticais. No entanto, persistem desafios importantes relacionados ao financiamento insuficiente, à regulação da demanda e à articulação entre os níveis de atenção. A experiência comparada entre Baturité e Caucaia revela dinâmicas distintas de adesão dos usuários, com implicações para o planejamento e monitoramento dos serviços. Conclui-se que os Consórcios Públicos de Saúde representam uma estratégia relevante para o fortalecimento do SUS no nível regional, mas requerem aprimoramentos nos mecanismos de gestão, financiamento, participação e avaliação. A consolidação desse modelo depende de maior integração interfederativa, estabilidade financeira e valorização da escuta ativa dos territórios, contribuindo para a efetividade e

equidade das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Consórcio Público; Regionalização; Avaliação de Políticas Públicas; Ceará.

ABSTRACT

This dissertation aims to evaluate the performance of Public Health Consortia in the municipalities of Caucaia and Baturité, in the state of Ceará, by analyzing their contribution to expanding access, improving specialized care, and strengthening regionalization within the Unified Health System (SUS). It is based on understanding consortia as strategic institutional arrangements to mitigate territorial health inequalities and promote shared management among federal entities. The research adopts a quantitative and qualitative approach, combining documentary analysis, secondary data collection from official systems (such as DataSUS), and semi-structured interviews with managers and technicians involved in the consortia's operations. In addition to the documentary and statistical analysis, semi-structured interviews were conducted with a total of eight participants, including superintendents, directors, executive secretaries, and administrative advisors of the public health consortia studied. These reports allowed for a deeper understanding of organizational aspects, key challenges faced, governance strategies adopted, and perceptions of institutional performance. The interviews contributed significantly to contextualizing the quantitative data, providing a critical and informed reading of the reality experienced in the analyzed territories. The quantitative analysis describes indicators of care production by the Regional Polyclinics linked to the Baturité and Caucaia consortia between 2020 and 2024. The qualitative analysis, anchored in Bardin's content analysis method, allows for a deeper understanding of operational challenges, governance strategies, and institutional perceptions of the effects of the consortium model. The results demonstrate significant progress in the organization of specialized outpatient care in Ceará, highlighting the role of the State as a driver of effective regionalization through vertical consortia. However, significant challenges remain related to insufficient funding, demand regulation, and coordination between levels of care. The comparative experience between Baturité and Caucaia reveals distinct user engagement dynamics, with implications for service planning and monitoring. The conclusion is that Public Health Consortia represent a relevant strategy for strengthening the SUS at the regional level, but require improvements in management, financing, participation, and evaluation mechanisms. The consolidation of this model depends on greater inter-federative integration, financial stability, and an emphasis on active listening within the territories, contributing to the effectiveness and equity of public health policies.

Keywords: Unified Health System; Public Consortium; Regionalization; Public Policy Evaluation; Ceará.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Regionalização de Saúde no Estado do Ceará.....	33
Figura 2 – Superintendências de Saúde Regionais.....	33
Figura 3 – Superintendência da Região de Saúde de Fortaleza – SRFOR.....	35
Figura 4 – Consórcios Públicos de Saúde do Estado do Ceará.....	42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Produção Policlínica Regional Dr. Clovis Amora - Baturité.....	71
Gráfico 2 – Produção Policlínica Regional Caucaia.....	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Configuração do Estado do Ceará, por Regiões de Saúde, municípios e população, em 2022.....	34
Quadro 2 – Configuração da SRFOR, por COADS's, municípios e população.....	36
Quadro 3 – Leis estaduais de criação dos consórcios públicos de saúde do estado do Ceará.....	41
Quadro 4 – Superintendência da Região de Saúde de Fortaleza - SRFOR.....	43
Quadro 5 – Superintendência da Região de Saúde do Cariri - SRSUL.....	44
Quadro 6 – Superintendência da Região de Saúde do Sobral - SRNOR.....	45
Quadro 7 – Superintendência da Região de Saúde do Sertão Central - SRCEN.....	46
Quadro 8 – Superintendência da Região de Saúde Litoral Leste /Jaguaribe - SRLES.....	47
Quadro 9 – Documentos técnicos utilizados no processo de análise documental.....	58
Quadro 10 – Percepção sobre suficiência dos recursos financeiros.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Produção Policlínica Regional Dr. Clovis Amora - Baturité.....	70
Tabela 2 – Produção Policlínica Regional Caucaia.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde APS
CEO's	Centros de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CISs	Consórcios Intermunicipais de Saúde
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COADS	Coordenadorias das Áreas Descentralizadas de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
COPIS	Coordenadoria de Políticas Intersetoriais
CORAM	Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Monitoramento
CPS	Consórcios Públicos de Saúde
DataSUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DFID/UK	<i>Department for International Development</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP/CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
HELV	Hospital Estadual Leonardo da Vinci
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PAS	Programa de Agentes de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDRA	Plano de Desenvolvimento Regional
PMAE	Programa Mais Acesso a Especialistas
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
POPs	Procedimentos Operacionais Padrão
PPA	Plano Plurianual
PRS	Plano Regional de Saúde

PS	Plano de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMF	Região Metropolitana de Fortaleza
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SRFOR	Superintendência Regional de Saúde de Fortaleza
SUS	Sistema Único de Saúde
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
2.1	Descentralização e Regionalização: Estratégias para Conformação de Consórcios Públicos na Saúde	25
2.1.1	<i>Retrospectiva Histórica da Saúde Pública no Ceará</i>	30
2.2	O Ceará como Pioneiro na Gestão Consorciada em Saúde.....	37
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	54
3.1	Delineamento do Estudo.....	54
3.2	Cenário do Estudo.....	56
3.3	Fonte e Coleta de Dados.....	57
3.4	Análise de Dados.....	57
3.5	Aspectos Éticos.....	59
4	RESULTADOS SOBRE A DINÂMICA DA GESTÃO CONSORCIADA... 61	
4.1	Análise Descritiva dos Dados.....	61
4.1.1	<i>Financiamento como Estrangulamento da Gestão</i>	61
4.1.2	<i>Desafios Político-Institucionais</i>	64
4.1.3	<i>Reconhecimento da Importância Estrutural dos Consórcios</i>	65
4.1.4	<i>Recursos Humanos e Retenção Profissional</i>	67
4.1.5	<i>Panorama da Atenção Especializada em Regiões Consorciadas: Evidências das Policlínicas de Baturité e Caucaia</i>	70
4.2	Uma Análise Comparativa entre as Policlínicas Regionais de Baturité e Caucaia.....	75
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
	REFERÊNCIAS.....	82
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	92
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	94

1 INTRODUÇÃO

Nos anos 1990, o setor de atenção à saúde no Brasil passou por rápidas inovações, impulsionadas pela descentralização promovida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essas transformações visavam resolver questões relacionadas à contratação de profissionais, oferecer incentivos para a fixação de especialistas e melhorar o desempenho das instituições. Além disso, houve inovações gerenciais que aumentaram a autonomia e reorganizaram a oferta de serviços, dentre essas inovações surgem os Consórcios Públicos de Saúde (CPS).

Ao longo do tempo, o sistema de saúde tem se consolidado e avançado no processo de regionalização. No entanto, a gestão da Saúde Pública continua a enfrentar desafios, especialmente devido à falta de recursos humanos, materiais e financeiros, o que dificulta a plena implementação das políticas públicas (Lima, 2000, p. 993).

A Constituição Federal (CF) de 1988 reorganizou a estrutura político-administrativa do Brasil, promovendo a descentralização do poder e distribuindo competências entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Com essa reforma, cada um desses entes federativos passou a ter autonomia política, legislativa, administrativa, financeira e tributária, o que fortaleceu o papel dos governos locais na gestão de políticas públicas, inclusive na área da saúde (Brasil, 1988). Contribuindo assim para o federalismo cooperativo no Brasil, integrando os municípios à estrutura federativa com os estados e a União, passando a transferir aos primeiros mais responsabilidades e recursos para assumirem o provimento de bens e serviços aos cidadãos (Dourado; Elias, 2011).

O direito à saúde foi incluído na Constituição Federal de 1988, no título dedicado à ordem social, cujo objetivo é promover o bem-estar e a justiça social. No Art. 6º, ela estabelece como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social e a proteção à maternidade e à infância (Brasil, 1988). Já os Arts. 196 e 198 trouxeram um conceito ampliado de saúde, ao dispor sobre a organização das ações e serviços públicos de saúde de forma regionalizada e hierarquizada. Reconhece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visam reduzir o risco de doenças e outros agravos. Assegura-se, assim, o acesso universal e igualitário às ações e serviços necessários para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organizados de forma regionalizada e hierarquizada (Brasil, 1988). O documento aponta ainda que:

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

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (Vide ADPF 672)

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (Brasil, 1988).

O conceito do SUS foi estabelecido no Art. 4º da Lei n.º 8.080: “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, e pelas fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 1990a). Foi então implementado pelas Leis n.º 8.080 e 8.142 de 1990, por meio de diretrizes e princípios baseados na universalidade, integralidade e equidade, representando, assim, um avanço. Além dos princípios doutrinários, também são estabelecidos princípios organizativos, como a descentralização e regionalização dos serviços, o comando unificado em cada esfera administrativa e a participação ativa da comunidade (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b; Andrade; Pontes; Martins Junior, 2000).

A Lei n.º 8.080/90 não apenas simboliza, mas também detalha na legislação ordinária muitas das diretrizes estabelecidas pela Constituição de 1988. Ela surge no contexto da construção da ideia de saúde como um direito, reafirmando elementos centrais da Constituição ao destacar que a responsabilidade pela saúde da população é do Estado, ao mesmo tempo em que valoriza o papel do indivíduo e da comunidade. A lei reforça ainda o conceito ampliado de saúde no sistema normativo brasileiro, entendendo-a como bem-estar físico, mental e psicossocial (Brasil, 1990a).

A descentralização político-administrativa, com gestão unificada em cada nível de governo, conforme estabelecido pelo Art. 7º da Lei n.º 8.080/90, foi planejada para enfatizar a ‘descentralização dos serviços para os municípios’, em conjunto com a “regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”. Durante o primeiro decênio de implementação do sistema público de saúde, a municipalização da saúde foi priorizada, refletindo o movimento de descentralização das políticas sociais no país, na década de 1990, enquanto a regionalização recebeu pouca atenção (Dourado; Elias, 2011).

O novo modelo institucional impactou significativamente a redefinição das relações intergovernamentais no país. Franzese (2010) destaca duas particularidades desse processo: o forte movimento de descentralização, bem como o estabelecimento de

competências compartilhadas entre os entes federativos, como exemplificado pela criação do SUS.

A ênfase na descentralização em nível municipal trouxe avanços para o sistema de saúde público, especialmente em relação à responsabilização e à ampliação da capacidade de gestão dos municípios na área da saúde. Esse esforço permitiu a criação de componentes essenciais ao sistema, como a instituição dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo e a modificação progressiva dos critérios de financiamento (Dourado; Elias, 2011).

O Art. 8º, da referida Lei, determina que as ações e serviços de saúde, executados pelo SUS – diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada – sejam organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (Brasil, 1990a). É nessa perspectiva que a adoção dos consórcios na área da saúde no Brasil, foi associada à implementação do SUS, especialmente no contexto do processo de descentralização das políticas de saúde iniciado na década de 1990 (Lima, 2000). Dessa forma, a lei nº 8.080/90, em seu Art. 10º, menciona a possibilidade de formação de Consórcios de Saúde, reforçando a cooperação entre municípios. Esse dispositivo permite assim que os municípios se organizem em consórcios para a execução conjunta de serviços e ações de saúde, visando à otimização de recursos e à ampliação da capacidade de atendimento no SUS (Brasil, 1990a).

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde (Brasil, 1990a).

Essa nova configuração constitucional foi fundamental para impulsionar a criação de modelos de gestão descentralizados, cujos consórcios tornaram-se ferramentas estratégicas para otimizar recursos e ampliar a oferta de serviços de saúde em diferentes regiões do país. A descentralização permitiu uma maior articulação entre os entes federados, promovendo soluções conjuntas para problemas regionais, fortalecendo a saúde e facilitando a implementação de políticas públicas de maneira mais eficaz e adaptada às necessidades locais (Lima, 2013).

Referindo-se, agora, ao processo de estruturação do SUS no Ceará; a saúde tem passado por transformações significativas, marcadas não apenas pela interiorização dos serviços e pela construção de grandes hospitais, Policlínicas, Unidades de Pronto

Atendimento (UPAs) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's), mas, também, por investimentos na ampliação da capacidade instalada e no número de leitos nas unidades hospitalares já existentes. Essas mudanças vão além da infraestrutura, refletindo-se principalmente na modernização dos modelos de gestão, na ampliação da oferta de serviços especializados, na regulação e no reordenamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em todo o estado (Silva; Nogueira; Santana, 2014).

Ao longo dos anos, a saúde tem se consolidado na Atenção Primária, com avanços no processo de municipalização no estado, no fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde e na criação de programas como o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), entre outras iniciativas. Apesar desses progressos, a população cearense, especialmente nas regiões do interior, ainda enfrenta desafios no acesso a serviços de saúde especializados de média e alta complexidade (Silva; Nogueira; Santana, 2014).

A saúde pública no Ceará enfrenta desafios, como a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, a escassez de recursos financeiros e humanos, e a complexidade na gestão do SUS. Para mitigar esses problemas, surgiram os Consórcios Públicos de Saúde, uma iniciativa colaborativa entre os municípios e o governo estadual para fortalecer a prestação de serviços de saúde, principalmente no âmbito regional (Ceará, 2009). Esses consórcios visam descentralizar a administração e a otimização de recursos, oferecendo uma gama mais ampla de serviços, como consultas especializadas, exames de alta complexidade e procedimentos cirúrgicos. No entanto, mesmo com essas iniciativas, persistem questões como a eficiência na execução das atividades, a adequação da infraestrutura e o impacto eficaz dessas ações no bem-estar da população (Lima; Dallabrida; Pires, 2012).

Nesse sentido, justifica-se a realização deste estudo com o objetivo de avaliar a gestão dos consórcios públicos de saúde no Ceará, com foco na região de Fortaleza, contextualizando os Consórcios Públicos de Saúde de Baturité e Caucaia. A pesquisa se concentra nos principais aspectos de desempenho desses consórcios e buscou compreender o processo de sua formulação. Também é importante investigar a possível evolução na gestão dos serviços, com foco na integração, equidade e descentralização do SUS.

É fundamental verificar a alocação de recursos financeiros e humanos, a qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos usuários em relação aos cuidados recebidos. A questão central que se coloca é: “Em que medida os Consórcios Públicos de Saúde têm cumprido sua função de ampliar o acesso e qualificar os serviços de saúde nos municípios consorciados?” Ademais, torna-se relevante investigar sobre os fatores que podem influenciar os resultados alcançados por esse modelo de gestão pública em saúde, bem como examinar

aspectos relacionados à organização regional da oferta de serviços e à otimização do uso dos recursos públicos.

Partindo desse pressuposto, estudos sobre a saúde da população cearense indicam significativos avanços na redução dos índices de mortalidade infantil, ocasionada por desnutrição e doenças imunopreveníveis. Contudo, não se pode deixar de expor os agravos referentes ao aumento da violência, assim como ao crescimento exponencial das cidades, o que gera outros problemas. A título de exemplo, um dos agravantes mais intensos se encontra no grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (Estudo Setorial Especial de Saúde, 2018; Ceará, 2016; IBGE, 2014).

A escolha por avaliar a gestão dos Consórcios Públicos de Saúde no estado do Ceará, com foco na região de Fortaleza, partiu da minha vivência profissional e do interesse em aprofundar a compreensão sobre esse modelo de gestão compartilhada. O estudo abrange os Consórcios Públicos de Saúde das Regiões de Baturité e Caucaia, selecionados com base em critérios como base populacional, estrutura de governança, aspectos operacionais da gestão e indicadores epidemiológicos relevantes.

Minha trajetória na área da saúde pública tem sido marcada pelo compromisso com a qualificação da gestão e pela busca constante por estratégias que promovam a equidade, a regionalização e a efetividade do cuidado. Essa perspectiva foi consolidada durante minha formação na Ênfase de Saúde Coletiva da Residência Integrada da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) e aprofundada por meio de experiências práticas em diversas instâncias do SUS, incluindo atividades de monitoramento, avaliação e apoio técnico em unidades especializadas e na gestão regional da saúde. Durante minha passagem pela Coordenadoria de Políticas Intersetoriais (COPIS) da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), enquanto bolsista de Extensão Tecnológica vinculada à ESP/CE, participei de atividades relevantes para o fortalecimento da atenção primária e da vigilância em saúde. Realizei o monitoramento e avaliação da produção assistencial nas Policlínicas Municipais de Fortaleza, por meio de visitas técnicas que incluíam a análise de infraestrutura, recursos humanos e fluxos de atendimento. Atuei, ainda, na Vigilância Epidemiológica, com investigações de óbitos infantis e por Covid-19, além de integrar plantões epidemiológicos na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e prestar apoio técnico em unidade sentinela para Covid-19. Também contribuí na implementação do Programa Previne Brasil junto aos gestores municipais.

Além disso, colaborei na etapa inicial de estruturação do Programa Estadual “Cuidar Melhor”, apoiando a mobilização dos Comitês Intersetoriais de Promoção da Saúde e o fortalecimento das ações da Política Estadual de Promoção da Saúde.

Atualmente, exerço minhas funções na Superintendência Regional de Saúde de Fortaleza (SRFOR), na Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Monitoramento (CORAM), com ênfase no monitoramento e avaliação dos Consórcios Públicos de Saúde — modelo de gestão compartilhada que tem ganhado protagonismo na estruturação da rede de atenção ambulatorial especializada no estado do Ceará. Sou responsável pelo acompanhamento das Policlínicas e dos CEO's Regionais, vinculados aos consórcios dos municípios de Baturité, Cascavel, Itapipoca, Maracanaú e Caucaia. Minhas atividades incluem a análise de produção assistencial, metas pactuadas, apoio na elaboração de contratos de programa e rateio, além da capacitação técnica das equipes locais.

Também atuo como referência técnica do Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), promovendo a ampliação do cuidado integrado e colaborando com o programa de cirurgias eletivas na região. No campo da atenção hospitalar, participo da habilitação de unidades de média e alta complexidade e do monitoramento da Política Estadual de Incentivo Hospitalar. No Hospital Estadual Leonardo da Vinci (HELV), realizo atividades assistenciais e gerenciais, coordenando reuniões multiprofissionais, promovendo integração intersetorial e contribuindo para a padronização dos processos por meio da elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs).

Diante da complexidade e relevância das funções que desempenho, especialmente no que tange aos Consórcios Públicos de Saúde, percebo a necessidade urgente de aprofundar o estudo sobre esses arranjos. Entender suas potencialidades, barreiras operacionais, formas de financiamento e impacto na regionalização da assistência especializada é essencial para qualificar a gestão pública e apoiar a tomada de decisão baseada em evidências. A realização de pesquisas nessa área é fundamental para ampliar o conhecimento técnico e científico sobre o funcionamento dos consórcios, subsidiando processos de planejamento, regulação e pactuação mais eficazes. Além disso, destaca-se a importância do fortalecimento da cultura de avaliação de políticas públicas, como instrumento imprescindível para mensurar resultados, aprimorar estratégias de gestão e garantir maior efetividade às ações implementadas. Trata-se de uma temática estratégica para o fortalecimento do SUS no Ceará, que se alinha diretamente à minha vivência profissional e aos meus compromissos éticos com a saúde pública.

Diante do exposto, as particularidades do Ceará evidenciam a necessidade de avaliar as atividades desenvolvidas pelos Consórcios Públicos de Saúde, levando em

consideração os determinantes sociais e os desafios epidemiológicos da região. Com base nessa discussão, surgem os seguintes questionamentos: Como os Consórcios Públicos de Saúde no Ceará, especificamente nas regiões de Baturité e Caucaia, têm impactado a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde nos municípios consorciados? Quais são os principais desafios enfrentados pelos consórcios públicos de saúde nas regiões estudadas, e de que forma o suporte oferecido pelos governos estadual e municipais tem influenciado a capacidade de gestão e a resolução desses desafios?

Os pontos investigados no estudo incluíram a avaliação de desempenho dos Consórcios Públicos de Saúde e a análise dos contratos de programa publicados nos sites oficiais. Para a análise quantitativa, foram utilizados dados secundários obtidos no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS), com base nos registros de produção dos equipamentos de saúde vinculados aos consórcios das regiões de Baturité e Caucaia. As variáveis analisadas foram delimitadas conforme os objetivos da pesquisa, permitindo o levantamento de indicadores relacionados à oferta e utilização dos serviços especializados.

Além da análise documental e estatística, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com um total de 08 (oito) participantes, entre eles superintendentes, diretores, secretários executivos e assessores administrativos dos consórcios públicos de saúde estudados. Esses relatos permitiram aprofundar a compreensão sobre aspectos organizacionais, desafios enfrentados, estratégias de governança e percepções sobre o desempenho institucional. As entrevistas contribuíram significativamente para contextualizar os dados quantitativos, oferecendo uma leitura crítica e fundamentada da realidade vivenciada nos territórios.

Esta pesquisa teve como objetivo geral avaliar o desempenho dos Consórcios Públicos de Saúde do Ceará, com foco nas experiências das regiões de Baturité e Caucaia. De forma específica, buscou: identificar as principais potencialidades e desafios enfrentados pelos consórcios, bem como o suporte conferido pelos governos estadual e municipais; analisar a disponibilidade e a utilização dos recursos financeiros e humanos; e mapear como esses recursos são empregados na operacionalização das atividades consorciadas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Descentralização e Regionalização: Estratégias para Conformação de Consórcios Públicos na Saúde

A Política de Saúde evolui como uma estratégia de transformação para os modelos existentes de organização nos atuais serviços de saúde. Ela abre espaços para discutir a realidade social num contexto de saúde pública para além de uma perspectiva patologicista, facultando o estabelecimento de uma vertente crítica, auxiliando na prevenção de doenças, bem como indo de encontro à superação das barreiras meramente conceituais. No Brasil, a partir da década de 1980, quando o país passa por um forte processo de redemocratização, a saúde ganha uma notoriedade importante no que diz respeito ao seu entendimento enquanto promoção de políticas de saúde (Carvalho; Cohen; Akerman, 2017).

Destacou-se, naquele momento, a relevância da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, cujo eixo central foi a temática “Democracia é Saúde”. O debate priorizou a luta pela descentralização do Sistema de Saúde, de igual forma, a instituição de políticas públicas que abarcasse as necessidades dos sujeitos dentro de suas singularidades como fundamental para o cuidado em saúde. Nessa perspectiva histórica, salienta-se o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que expressou contribuições histórico-sociais para a construção de uma Política de Saúde democrática e equânime, devendo abarcar os múltiplos desdobramentos da gestão e atenção integral à saúde (Dias; Fonseca; Cordeiro, 2018). A Política de Saúde, no Brasil, pode ser entendida como:

(...) um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (Brasil, 2018, p. 7).

Com isso, o estado do Ceará se comprometeu com a expansão e aprimoramento das ações e serviços do SUS. Essa intencionalidade em criar uma política de cunho regionalizado reforça a prioridade que se tem buscado oferecer no que concerne à atenção em níveis setoriais de desenvolvimento de atividades de cuidado para com o ser humano em suas particularidades. Isto é, a saúde não aparece como um conceito fechado em si, mas que se ramifica também a outros espaços da sociedade, tais como territórios comunitários, escolas, praças públicas, campos esportivos etc (Pinto; Silva, 2019).

O marco central desse período foi a promulgação de uma nova Constituição em 1988, resultado de um processo de reformas conhecido como Reforma do Estado. Esse documento garantiu uma série de direitos sociais, como saúde, educação, assistência social e habitação, e estabeleceu a autonomia de diferentes níveis de governo, tornando-os corresponsáveis pela prestação desses serviços.

Conforme Linhares e Cunha (2010), estudos indicam que o caráter descentralizador da Constituição teve um impacto significativo na organização do Estado brasileiro, delegando novas responsabilidades aos municípios, que, por estarem mais próximos dos cidadãos, podem identificar melhor suas necessidades e implementar políticas públicas de forma mais eficaz. Estudos realizados nos anos 1980 e 1990 iniciaram o processo de formação de consórcios para a prestação regionalizada de serviços públicos, com destaque especial para o setor de saúde. Um exemplo marcante desse período é a criação de um consórcio de saúde em uma cidade do interior paulista, fundado em 1986.

Todavia, a Constituição não prevê mecanismos formais de cooperação entre os diferentes níveis de governo, deixando uma lacuna na criação de instrumentos que possam ajudar a superar os desafios enfrentados, especialmente a escassez de recursos para atender às necessidades mais urgentes da população, sobretudo em municípios de pequeno e médio porte. Dessa forma, os consórcios eram vistos como simples acordos de cooperação, de natureza temporária e sem reconhecimento jurídico, semelhantes aos convênios tradicionais (Batista *et al.*, 2011). Somente em 1998, com a promulgação da emenda constitucional nº 19, a fragilidade dos consórcios foi gradualmente substituída por uma base legal mais sólida.

Art. 241. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos (Brasil, 1998).

De acordo com análises de Ribeiro (2007) sobre a Emenda Constitucional nº 19, as principais mudanças que ela trouxe foram: a obrigatoriedade de que os consórcios públicos e convênios de cooperação sejam regulamentados por leis dos entes envolvidos; o reconhecimento dos consórcios públicos como entidades jurídicas que integram a administração pública, permitindo que sejam formados por diferentes níveis de governo, incluindo a União, estados, municípios e o Distrito Federal; além da autorização para que tanto os consórcios públicos quanto os convênios de cooperação realizem a gestão associada de serviços públicos.

O desenvolvimento do SUS, na década de 1990, foi marcado por profundas transformações e inovações, especialmente impulsionadas pelo processo de descentralização e pela reorganização das políticas públicas de saúde. Com a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988, o sistema de saúde no Brasil passou a ser universal, gratuito e com o objetivo de atender todas as camadas da população de maneira equitativa. No entanto, o grande desafio da época foi consolidar esse sistema e adaptá-lo às diferentes realidades regionais do país (Brasil, 1990a).

Um dos marcos desse período foi a descentralização da gestão da saúde, transferindo responsabilidades para estados e municípios, o que permitiu uma maior proximidade das políticas de saúde com as necessidades locais. Esse movimento de descentralização também foi acompanhado pela regionalização dos serviços de saúde, visando organizar a oferta conforme as características e demandas de cada área, promovendo uma melhor integração entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária (Botti; Salvador; Andrade, 2019).

Ademais, a década de 1990 foi marcada pela implementação de novas estratégias de gestão no SUS, como a criação de programas prioritários para o combate de doenças e a melhoria dos indicadores de saúde pública, como por exemplo, o Programa de Agentes de Saúde (PAS) e o Programa Saúde da Família (PSF) (Tendler, 1997).

De igual forma, se destacaram iniciativas voltadas à criação dos Consórcios Públicos de Saúde, surgiu como uma estratégia inovadora e eficaz para enfrentar os desafios de gestão e oferta de serviços de saúde, especialmente em regiões com limitações financeiras e estruturais. Essa modalidade de cooperação intermunicipal permitiu que diversos municípios, principalmente os de pequeno e médio porte, se unissem para melhorar a utilização de recursos, melhorar a capacidade de atendimento e promover uma gestão mais eficiente e equitativa dos serviços de saúde.

O avanço do financiamento do SUS também foi um tema central na década de 1990, com a regulamentação de mecanismos de transferência de recursos federais para estados e municípios, garantindo maior autonomia para a execução das políticas públicas de saúde. Entretanto, a insuficiência de recursos e a necessidade de maior equidade na distribuição de recursos entre as diferentes regiões continuaram a ser desafios enfrentados. O desenvolvimento do SUS, nos anos 1990, foi marcado pela descentralização, regionalização e novas estratégias de gestão, com foco na ampliação do acesso e na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, apesar das dificuldades orçamentárias e estruturais.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) estabeleceu a base da estrutura federativa no setor, ao atribuir a responsabilidade compartilhada entre os três entes federados na promoção, proteção e recuperação da saúde. Cada esfera de governo possui autonomia para gerir o sistema dentro dos limites de seu território, consolidando assim um modelo de organização política conhecido como “federalismo sanitário brasileiro” (Dourado; Elias, 2011, p. 205).

Os consórcios no SUS começaram a ganhar força na década de 1990, alinhados com as diretrizes de regionalização e descentralização do sistema, condicionadas pela Lei 8.080/90. A regionalização exige que os serviços de saúde sejam organizados em territórios que considerem características e necessidades locais, promovendo a integração entre os diferentes níveis de atenção. No entanto, muitos municípios, sozinhos, não tinham capacidade técnica e financeira para cumprir essas diretrizes de forma eficiente.

Segundo Silva, Nogueira e Santana (2014), o consórcio público é uma associação entre dois ou mais entes federados – como municípios, estados e a União – para desenvolver ações conjuntas de interesse público. Esse conceito surgiu com a Emenda Constitucional n.º 19/98, que alterou o artigo 241 da Constituição Federal de 1988 (CF/88). Já nas palavras de Campos (2006), os consórcios públicos são instrumentos de relações intergovernamentais cooperativas, com potencial para superar assimetrias de capacidades e permitir o exercício das novas responsabilidades dos entes governamentais.

A formalização dos consórcios ganhou um respaldo jurídico mais claro com a Lei Federal n.º 11.107/2005 (conhecida como a Lei dos Consórcios Públicos), que regulamentou a possibilidade de cooperação entre entes federativos para a realização de ações e serviços de interesse comum, inclusive na área da saúde. Os consórcios são formados pela união de municípios e, em alguns casos, também podem incluir estados. Sua estrutura permite uma gestão compartilhada de recursos financeiros, equipamentos, infraestrutura e profissionais de saúde, permitindo a oferta de serviços de maior complexidade, como consultas especializadas e exames de alta tecnologia, que individualmente os municípios não teriam condições de oferecer (Brasil, 2005).

Mais de vinte anos após a criação do SUS, tornou-se evidente a necessidade de regulamentar dispositivos da Lei Orgânica da Saúde, diante de lacunas legais relacionadas à organização do sistema, ao planejamento e à assistência em saúde, bem como à articulação interfederativa. O Decreto n.º 7.508, de 2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080/90, surge em um momento em que gestores, profissionais de saúde e trabalhadores possuem uma compreensão mais aprofundada sobre a organização constitucional e legal do SUS, e os usuários estão mais cientes de seu direito à saúde. O SUS, por sua natureza, é um sistema de

grande complexidade, pois garante o direito à saúde, fundamental para a preservação da vida, sendo administrado pelos entes federativos, com financiamento tripartite e gestão participativa (Brasil, 2011).

O Decreto n.º 7.508, de 2011, menciona a Região de Saúde como o espaço que tem a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, o qual será referência para as transferências entre os entes. Além disso, a RAS, em que se inicia e se completa a integralidade da assistência, será organizada na Região de Saúde (Brasil, 2011).

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se: I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2005).

Adicionalmente, o decreto destaca a importância da cooperação interfederativa, especialmente com a introdução do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que visa promover a colaboração entre as esferas governamentais nas regiões. Conforme Art. 2º, considera-se:

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (Brasil, 2005).

A governança pública, entendida como o conjunto de mecanismos que orientam a atuação do Estado em relação à sociedade, tem ganhado centralidade nos debates sobre a gestão pública contemporânea. No ensaio de Soares (2024), o autor propõe uma reflexão crítica sobre o modo como os princípios de governança têm sido apropriados pelos governos e como muitas vezes são distorcidos em narrativas que aparentam compromisso com a transparência, a participação e a responsabilização, mas que, na prática, reproduzem lógicas burocráticas e autoritárias. A provocação do título — “é verdade esse bilhete” — aponta para a ironia de políticas públicas que simulam diálogo, mas na realidade operam de forma unilateral, revelando contradições entre o discurso e a prática governamental.

O referido autor destaca ainda que o desafio da governança pública não está apenas na formulação de normativas ou estruturas participativas, mas na efetiva incorporação da escuta e da

corresponsabilização como valores operacionais do Estado. O ensaio denuncia a fragilidade dos espaços de escuta ativa e o esvaziamento dos conselhos e fóruns deliberativos, ao mesmo tempo que alerta para o risco de transformar a governança em mero jargão técnico descolado da realidade social. Ao propor uma “governança insurgente”, o autor clama por uma atuação pública que não apenas reconheça os sujeitos coletivos e seus saberes, mas que os incorpore como coautores de políticas públicas transformadoras.

Com isso, avançamos a discussão para a exposição do resgate histórico da história da saúde pública no Ceará, com vistas a apontar os direcionamentos necessários à execução da presente pesquisa.

2.1.1 Retrospectiva Histórica da Saúde Pública no Ceará

A gestão de saúde pública no Ceará tem passado por inúmeras transformações e, seguindo o princípio da regionalização, o estado foi um dos pioneiros na descentralização dos serviços de saúde (Cunha, 2013). A reforma de Pellon, realizada em 1933, foi a primeira tentativa de institucionalizar uma estrutura administrativa voltada à saúde pública, visando criar distritos sanitários para controlar e prevenir surtos epidêmicos, promovendo ações reformistas nessa área (Barbosa, 2013).

Quanto às políticas brasileiras de saúde para melhorar o acesso às ações e serviços, a proposta de municipalização dos serviços de saúde remonta ao período imperial. Esse tema foi retomado na 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, que destacou a municipalização como um dos principais pontos. A reformulação do setor de saúde, no entanto, iniciou-se na década de 1970, já com a perspectiva de criação do SUS. Esse processo foi conduzido por intelectuais, políticos e profissionais de saúde, configurando o chamado “Movimento Sanitário” (Mota, 2007). Ressalte-se que, em 1971, o Ceará já contava com oito regiões de saúde com Centros Executivos Regionais, número que aumentou para quatorze em 1974.

A Constituição Estadual do Ceará de 1989, destaca-se por sua ênfase na atuação conjunta, conforme disposto no Art. 32: O Estado e os Municípios atuarão conjuntamente, nas microrregiões, na região metropolitana e nas aglomerações urbanas, para ordenar as ações governamentais, assim configuradas:

- I – planejamento e disciplinamento urbano físico e social;
- II – compatibilização de planos, programas e projetos;
- III – articulação do sistema viário em que se inserem os Municípios (Ceará, 2016).

No entanto, foi apenas em 1998, com a aprovação das diretrizes para organizar a atenção à saúde no estado, que os princípios de regionalização e hierarquização do SUS foram efetivamente implementados, conforme aponta Lopes (2007). Todavia, para estabelecer uma estrutura alinhada às diretrizes de regionalização, foi imprescindível uma articulação entre a Secretaria da Saúde do Ceará e consultores externos, contando com colaboração internacional e suporte financeiro do governo britânico, por meio do *Department for International Development*¹ (DFID/UK). Como resultado, criou-se uma estrutura de saúde no estado organizada em 20 microrregiões e três macrorregiões, definidas conforme os fluxos de usuários e demandas locais (Lopes, 2007).

Em 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001), seguida de sua atualização (NOAS 01/2002), orientou o Estado na organização de sua estrutura de saúde. Segundo Lopes (2007), essas normas ampliaram as responsabilidades dos municípios na atenção primária, impulsionando a regionalização e descentralização dos sistemas locais de saúde. Com a implementação das NOAS, a descentralização da saúde no Ceará avançou significativamente entre 2003 e 2006, período em que a gestão deu continuidade às estratégias do governo anterior, adaptando-se às diretrizes vigentes e realizando ajustes necessários frente às alterações na política nacional (Lopes, 2007).

Na prática, a NOAS buscou renovar o modelo de federalismo sanitário no Brasil, introduzindo níveis regionais, como módulos assistenciais, regiões e macrorregiões, para fortalecer a gestão descentralizada e promover a coordenação das ações de saúde entre os municípios (Dourado; Elias, 2011, p. 207-208).

Já o Pacto pela Saúde, em 2006, trouxe uma nova visão de gestão pública focada em resultados e na responsabilização sanitária, intensificando a descentralização para estados e municípios por meio de três eixos: o Pacto em Defesa do SUS (apoio ao SUS), o Pacto pela Vida (priorizando saúde do idoso, mortalidade infantil e materna, controle de doenças, câncer de colo de útero e mama, promoção da saúde e Atenção Primária) e o Pacto de Gestão (definindo responsabilidades entre entes federativos com regionalização integrada dos serviços de saúde) (Brasil, 2006).

Para alinhar-se aos princípios e diretrizes do SUS, o pacto deve abranger os seguintes pontos: regionalização, universalidade, integralidade, planejamento ascendente, transferência de recursos conforme a legislação, controle e avaliação, complexo regulatório e definição de competências conforme o porte do município (Santos; Andrade, 2009).

¹ Departamento de Desenvolvimento Internacional - Reino Unido.

Nesse sentido, em 2006, foi estabelecido um novo Plano Diretor de Regionalização (PDR) para o Estado do Ceará, que redesenhou as regiões de saúde, identificando os municípios polos e de apoio no sistema de referência microrregional para assistência de média e alta complexidade, considerando a capacidade de resolução dos serviços nos sistemas municipais (Lopes, 2007, p. 45). A esfera estadual passou a ordenar o processo de regionalização sanitária com o Plano Diretor de Regionalização, conforme “Plano Diretor de Regionalização, instrumento que traduziria o planejamento regional de acordo com as particularidades de cada estado (e do Distrito Federal), em consonância com os recursos disponíveis” (Dourado; Elias, 2011).

Dessa forma, o Governo do Estado do Ceará, vem mantendo seu compromisso com a regionalização da saúde. Em 2011, lançou o Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde, visando fortalecer o atendimento especializado em todo o estado, com o objetivo de:

Contribuir para a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços especializados de saúde, promovendo a integração entre os distintos níveis de atenção, com a expansão da cobertura da assistência especializada em todas as microrregiões do interior do estado. As ações que embasam o Programa deverão repercutir de forma positiva no conjunto dos indicadores da saúde do estado e a consequente melhoria da qualidade de vida da população cearense. É importante frisar que, sobretudo e além da expansão pura e simples da capacidade instalada e da oferta de serviços, o Programa refere o reordenamento da rede de atenção à saúde e da efetiva possibilidade do estado exercer o papel de regulador dessa rede, objetivo intermediário sem o qual não se atinge a capacidade de exercer a efetiva Gestão do Sistema (Ceará, 2011).

Considerando o Decreto nº 7.508, de junho de 2011, definiu as Regiões de Saúde como áreas formadas por municípios vizinhos e instituiu o COAP, para integrar e organizar serviços de saúde em rede. O decreto também regulamenta as portas de entrada do SUS, as Comissões Intergestores para pactuação entre entes federativos e a Rede de Atenção à Saúde, estruturada em níveis de complexidade (Brasil, 2011).

Posteriormente, o Ceará instituiu a Lei n.º 17.006, de 30 de setembro de 2019, que estabelece a integração das ações e serviços de saúde no SUS, em Regiões de Saúde, as quais são definidas como áreas geográficas contínuas, formadas por municípios vizinhos que, devido a suas características epidemiológicas, geográficas, viárias, de comunicação, ambientais, políticas e socioeconômicas, integram suas ações e serviços em redes de atenção à saúde com o estado (Ceará, 2019).

Figura 1 – Regionalização de Saúde no Estado do Ceará.



Fonte: SESA/CE. Secretaria da Saúde do Ceará. Regionalização. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>. Acesso em: 07 de outubro de 2024.

Figura 2 – Superintendências de Saúde Regionais.

REGIONALIZAÇÃO



Fonte: SESA/CE. Secretaria da Saúde do Ceará. Regionalização. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>. Acesso em: 07 de outubro de 2024.

No Ceará, atualmente a regionalização encontra-se organizada em 05 (cinco) Regiões de Saúde (Fortaleza, Norte-Sobral, Sul-Cariri, Litoral Leste/Jaguaribe e Sertão Central), todas sob a coordenação da SESA. Cada Região de Saúde é representada por uma Superintendência, responsável por implementar as políticas de saúde do Estado, organizando processos e articulando atores-chave em um modelo de governança compartilhada. Além disso, também é função de cada uma implantar as diretrizes do Plano Regional de Saúde (PRS), conforme a Lei Estadual 17.006/2019, assim como coordenar e monitorar a gestão orçamentária, financeira, contábil, patrimonial, documental e de recursos humanos necessários ao funcionamento da região sob sua competência.

Quadro 1 – Configuração do Estado do Ceará, por Regiões de Saúde, municípios e população, em 2022.

POPULAÇÃO DO ESTADO DO CEARÁ					
CENSO DEMOGRÁFICO 2022 - IBGE					
Regiões de Saúde	SEDE	Quantidade de COADS	Quantidade de Municípios	População em N° de Hab.	% População
SRFOR	1	5	44	4.553.473	51,77
SRCEN	1	2	20	618.818	7,04
SRLES	1	2	20	530.927	6,04
SRNOR	1	4	55	1.644.010	18,69
SRSUL	1	4	45	1.447.729	16,46
TOTAL	5	17	184	8.794.957	100

Fonte: Censo Demográfico 2022 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2023.

O Ceará conta com 17 Coordenadorias das Áreas Descentralizadas de Saúde (COADS), distribuídas entre as cinco Regiões de Saúde. As COADS estão localizadas nos municípios de Acaraú, Aracati, Baturité, Brejo Santo, Camocim, Canindé, Cascavel, Caucaia, Crateús, Crato, Icó, Iguatu, Itapipoca, Maracanaú, Russas, Tauá e Tianguá. Essas unidades estão organizadas em Superintendências das Regiões de Saúde, que incluem as regiões de Fortaleza, Litoral Leste/Jaguaribe, Sertão Central, Região Norte e Região do Cariri.

A SRFOR, abrange 44 municípios e um contingente populacional de 4.553.473 habitantes (Censo Demográfico 2022 - IBGE), ou seja, 51,77% da população total do Estado, que é de 8.794.957 habitantes com a particularidade de ser a Região que está situada a Capital Fortaleza, conforme expressa o Quadro a seguir:

Figura 3 – Superintendência da Região de Saúde de Fortaleza – SRFOR.



Fonte: SESA/CE. Secretaria da Saúde do Ceará. Regionalização. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>. Acesso em: 07 de outubro de 2024.

A Superintendência de Saúde de Fortaleza é composta por 05 coordenadorias (COADS), abrangendo um total de 44 municípios. Esses municípios estão organizados em regiões que incluem Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Baturité, Itapipoca e Cascavel, somando uma população total de 4.553. 473 milhões de habitantes. Cada coordenadoria abrange diversos municípios, sendo Fortaleza o maior centro, atendendo mais de 2,6 milhões de pessoas. Essas unidades são essenciais para descentralizar e organizar os serviços de saúde (Ceará, 2019)

A sede Fortaleza abrange os municípios de Aquiraz (80.645 habitantes), Eusébio (74.170), Fortaleza (2.428.708) e Itaitinga (64.650), totalizando uma população de 2.648.173 pessoas.

Quadro 2 – Configuração da SRFOR, por COADS's, municípios e população.

SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA – SRFOR											
TOTAL POPULAÇÃO SRFOR: 4.553.473											
SEDE FORTALEZA		COADS CAUCAIA		COADS MARACANAÚ		COADS BATURITÉ		COADS ITAPIPOCA		COADS CASCABEL	
Municípios	População	Municípios	População	Municípios	População	Municípios	População	Municípios	População	Municípios	População
AQUIRAZ	80.645	APUIARÉS	12.928	ACARAPE	14.027	ARACOIABA	25.553	AMONTADA	42.156	BEBERIBE	53.114
EUSÉBIO	74.170	CAUCAIA	355.679	BARREIRA	22.392	ARATUBA	11.224	ITAPIPOCA	131.123	CASCABEL	72.720
FORTALEZA	2.428.708	GENERAL SAMPAIO	6.734	GUAIÚBA	24.325	BATURITÉ	35.218	MIRAÍMA	14.196	CHOROZINH O	20.163
ITAITINGA	64.650	ITAPAJÉ	46.426	MARACANAÚ	234.509	CAPISTRANO	17.254	TRAIRI	58.415	HORIZONTE	74.755
TOTAL	2.648.173	PARACURU	38.980	MARANGUAPE	105.093	GUARAMIRANG A	5.654	TURURU	15.412	OCARA	24.493
		PARAIPABA	32.216	PACATUBA	81.524	ITAPIÚNA	17.841	UMIRIM	17.470	PACAJUS	70.983
		PENTECOSTE	37.813	PALMÁCIA	10.242	MULUNGU	10.569	URUBURETAMA	20.189	PINDORETA MA	23.391
		SÃO GONÇALO DO AMARANTE	54.143	REDENÇÃO	27.214	PACOTI	11.186	TOTAL	298.961	TOTAL	339.619
		SÃO LUÍS DO CURU	10.822	TOTAL	519.326	TOTAL	134.499				
		TEJUÇOUCA	17.154								
		TOTAL	612.895								

Fonte: Censo Demográfico 2022 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2023.

2.2 O Ceará como Pioneiro na Gestão Consorciada em Saúde

A partir dos anos 2000, alguns estados do Nordeste, como Pernambuco, Bahia e Ceará, começaram a estruturar consórcios liderados pelos governos estaduais. No setor da saúde, esses consórcios surgiram como uma estratégia para organizar a atenção especializada e facilitar a coordenação do processo de regionalização (Galindo *et al.*, 2014).

O Estado do Ceará foi pioneiro na formulação dos consórcios públicos de saúde. A estratégia de consórcios adotada pelo Ceará destaca-se por sua natureza vertical,² um diferencial em relação às demais experiências de consórcios no Brasil, que tradicionalmente seguem um modelo horizontal, com a participação exclusiva de municípios (Barbosa, 2013).

De acordo com Julião (2018), a estratégia consorcial teve grande destaque durante o governo de Cid Gomes, que enfatizou a importância da articulação entre o governo estadual e os municípios cearenses para a efetiva implementação das políticas de saúde no estado. Esse modelo de cooperação foi crucial para a criação e consolidação dos consórcios de saúde no Ceará, configurando-se como uma iniciativa estratégica para aprimorar a gestão e a distribuição dos serviços de saúde em todo o território estadual.

O Ceará traz como inovação o modelo associativo, com a formação dos consórcios nas regiões e a distinção entre consórcios verticais e horizontais, diferenciando os primeiros dos segundos, pela participação ou não do Estado, respectivamente. Esse tema é discutido na tese de Neusa Goya (2017) e no artigo de Julião e Olivieri (2020), que destacam o papel de indução e condução do ente estadual nesse processo.

Precursor na implementação de consórcios verticais na área da saúde, logo após a aprovação da Lei dos Consórcios, no Ceará a partir de 2005, com a nova normatização federal, tornou-se possível a formação de consórcios que envolvem, além dos municípios, a participação direta dos governos estaduais e até do governo federal, o que ampliou significativamente o alcance e a eficácia dessas parcerias (Silva; Nogueira; Santana, 2014). Conforme IBGE realiza a distinção entre consórcio público e consórcio intermunicipal. Para tanto, as definições do IBGE, que classifica o consórcio intermunicipal como uma das modalidades de consórcio público:

a) **consórcio público**: parceria formada por dois ou mais entes da federação para a realização de objetivos de interesse comum em qualquer área, voltados para o

² Todos os consórcios públicos de saúde do Ceará seguem o modelo de gestão vertical.

desenvolvimento regional. Os consórcios podem ser firmados entre todas as esferas de governo (município-município, município-estado, município-estado-União). Entretanto, a União somente participará de consórcios públicos em que também façam parte todos os estados em cujos territórios estejam situados os municípios consorciados. Todo consórcio público possui número de registro no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ (IBGE, 2014, p. 45).

b) **consórcio intermunicipal**: pessoa jurídica de direito privado ou associação pública entre dois ou mais municípios do mesmo estado, visando à execução de projetos, obras e/ou serviços de interesse comum voltados para o desenvolvimento regional (IBGE, 2014, p. 46).

Os consórcios públicos são regulamentados pela Lei Federal n.º 11.107, de 6 de abril de 2005 (Brasil, 2005), e pelo Decreto Federal n.º 6.017, de 17 de janeiro de 2007 (Brasil, 2007). Com base na Lei Federal n.º 11.107, de 6 de abril de 2005, que estabelece normas gerais para a contratação de consórcios públicos e outras disposições, o artigo primeiro traz as seguintes disposições:

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.

§ 4º Aplicam-se aos convênios de cooperação, no que couber, as disposições desta Lei relativas aos consórcios públicos (Brasil, 2005).

A criação da Lei Federal n.º 11.107, de 2005, abordou exclusivamente a regulamentação dos instrumentos de cooperação federativa, incluindo a personalidade jurídica dos consórcios públicos. Essa legislação permitiu maior controle sobre os recursos públicos, formalizou as contribuições financeiras e as responsabilidades dos entes consorciados, além de proporcionar maior segurança jurídica tanto para os participantes quanto para a população (Ribeiro, 2007, p. 9).

Apenas com a publicação do Decreto Federal n.º 6.017, de 17 de janeiro de 2007, essa estrutura administrativa foi definida de forma mais clara, estabelecendo os requisitos e formalidades permitidas para sua constituição, proporcionando maior segurança aos gestores públicos (Brasil, 2007).

A constituição de um consórcio público requer, conforme a legislação vigente, a criação de uma pessoa jurídica apta a assumir seus direitos e obrigações. Conforme o Artigo 2º do Decreto n.º 6.017, os consórcios podem adquirir personalidade jurídica de direito público

ou privado, ambos sendo parte da administração indireta (Brasil, 2007). Quando estruturados sob a forma de direito privado, os consórcios podem adotar o formato de associação ou fundação, estando sujeitos às normas do direito público no que diz respeito à admissão de pessoal, contratações e à gestão de suas receitas e despesas. Contudo, conforme estabelece o artigo 39 do Decreto, não têm permissão para celebrar convênios com a União. Além disso, esses consórcios não podem desempenhar as mesmas funções que os consórcios públicos de direito público, uma vez que devem operar em condições de igualdade com os demais entes privados (Cunha, 2013).

Cunha (2023), observa-se que a principal característica dos consórcios públicos é atuar como um instrumento de apoio ao fortalecimento da gestão descentralizada, promovendo a organização e a prestação de serviços públicos para alcançar o bem-estar social, a principal finalidade da administração pública.

O Decreto n.º 6.017, de 2007, fundamentado na Lei n.º 11.107, define o consórcio público como uma pessoa jurídica composta exclusivamente por entes federativos, com o propósito de estabelecer relações de cooperação interfederativa para a realização de objetivos de interesse comum (Brasil, 2007). Considerando que os consórcios públicos possuem prerrogativas que lhes conferem maior flexibilidade em comparação com a Administração Direta. A seguir, serão destacadas as principais vantagens dos consórcios públicos:

- a) Celebrar contrato de gestão, nos termos e limites da legislação estadual pertinente, contrato de programa ou termo de parceria, respeitados, no último caso, os critérios e disposições da legislação federal aplicável;
- b) Licitar serviços e obras públicas visando a implementação de políticas de interesse comum dos entes consorciados, desde que aprovado pela Assembleia Geral.
- c) Dispor de maiores valores nos limites de licitação. Os valores são contados em dobro quando o Consórcio é constituído por até 03 entes federados, ou o triplo, se formado por um número acima de três (03) consorciados;
- d) Firmar convênios, contratos e acordos;
- e) Receber auxílio, contribuição ou subvenção;
- f) Celebrar concessões, permissões e autorizações de serviços públicos;
- g) Gozar de maior flexibilidade no poder de compra, na remuneração de pessoal e de pagamento de incentivos; e
- h) Ser contratado pela administração direta ou indireta, sem necessidade de licitação (Ceará, 2009).

Segundo Silva, Nogueira e Santana (2014), os consórcios públicos em saúde têm um papel de destaque na política de saúde do Ceará. Essa estratégia tem permitido promover mudanças efetivas no setor, ampliando o acesso da população a serviços especializados de qualidade e fomentando discussões sobre o financiamento da atenção especializada e a organização da rede de saúde.

A implantação no Ceará ocorreu de maneira gradual, com planejamento ascendente baseado na regionalização e descentralização. Esse processo respeitou as características e peculiaridades de cada região e município, levando em conta o perfil epidemiológico e socioeconômico de cada local (Silva; Nogueira; Santana, 2014).

A descentralização era vista como uma forma de ampliar tanto a democracia quanto a eficiência e eficácia das políticas públicas. A ideia central era que, ao fortalecer os governos subnacionais, os cidadãos teriam maior capacidade de controle sobre as ações governamentais, contribuindo assim para a redução da ineficiência burocrática e da corrupção (Franzese; Abrucio, 2009; Almeida, 2005; Franzese, 2010).

Até 2007, no estado do Ceará, os serviços de saúde de atenção secundária e terciária estavam amplamente centralizados em Fortaleza. Essa concentração não apenas limitava o atendimento à população do interior, como também gerava elevados custos com o deslocamento dos pacientes para a capital, dificultando o acesso aos serviços especializados. Além disso, essa centralização resultava no acúmulo de demandas em Fortaleza, agravado pela ausência de cobertura assistencial adequada nas regiões mais distantes, criando um vazio assistencial no interior do estado (Ceará, 2007).

O governo, então, optou pelo modelo de gestão consorciada por seu caráter democrático, demonstrando ser a melhor alternativa para fortalecer a regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde no Estado. Ele assegura autonomia administrativa e financeira, com patrimônio e receita próprios, além de possibilitar a celebração de convênios, contratos e acordos diversos (Márcia; Eloy, 2019).

Para administrar as Policlínicas Regionais e CEO's, o governo estadual elegeu a formação de consórcios públicos entre o Estado e os municípios, segundo os princípios, diretrizes e normas que regulam o SUS. O que fez necessário criar, no âmbito da SESA, a Comissão de Fomento e Implantação de Consórcios Públicos de Saúde no Estado do Ceará, por meio da Portaria n.º 2.061, de 08 de novembro de 2007, tendo, dentre outras competências, a tarefa de planejar o processo de implantação e efetivação de consórcios públicos de saúde no Estado (Ceará, 2008).

O estado do Ceará adotou a estratégia de incentivar a formação de consórcios de saúde com base nos municípios pertencentes a uma mesma microrregião de saúde, para facilitar a estruturação de redes de atenção à saúde. Essa organização regionalizada foi orientada pelo Plano de Desenvolvimento Regional (PDRA), implementado em 2009, que serviu como referência para o fortalecimento da articulação entre os serviços de saúde e para a otimização dos recursos em nível regional (Ceará, 2009).

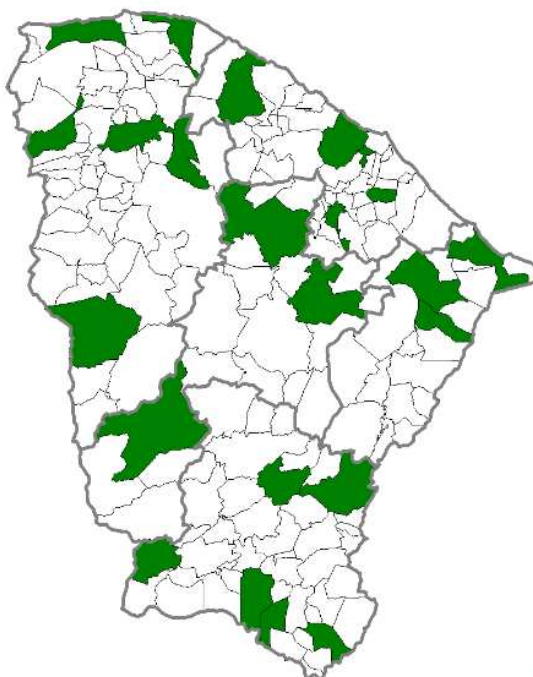
Conforme as legislações que regulamentam os consórcios públicos de saúde no estado, a região conta com 21 consórcios públicos de saúde e 44 unidades de saúde sob gestão consorciada, sendo 22 Policlínicas Regionais e 22 CEO's, sendo todos de modelo vertical. Na região de Fortaleza, há cinco Consórcios Públicos de Saúde, localizados nos municípios de Baturité, Maracanaú, Caucaia, Cascavel e Itapipoca. Esses consórcios são responsáveis pela gestão de 05 (cinco) Policlínicas Regionais e 06 (seis) CEO's, oferecendo serviços de saúde à população local, conforme quadro abaixo:

Quadro 3 – Leis estaduais de criação dos consórcios públicos de saúde do estado do Ceará.

ANO	LEI ESTADUAL	CONSÓRCIO
2009	Lei nº 14.457, de 15 de setembro de 2009	Acaraú, Baturité, Crateús, Itapipoca, Tianguá e Vale do Curu (Caucaia)
	Lei nº 14.458, de 15 de setembro de 2009	Aracati, Brejo Santo, Crato, Juazeiro do Norte e Limoeiro do Norte
	Lei nº 14.459, de 15 de setembro de 2009	Canindé, Iguatu e Russas
	Lei nº 14.491, de 29 de outubro de 2009	Maracanaú
	Lei 14.534, de 21 de dezembro de 2009	Quixadá e Sobral
2010	Lei nº 14.622, de 26 de fevereiro de 2010	Cascavel
	Lei nº 14.627, de 26 de fevereiro de 2010	Icó
	Lei nº 14.628, de 26 de fevereiro de 2010	Tauá
	Lei nº 14.692, de 30 de abril de 2010	Camocim

Fonte: Diário Oficial do Estado do Ceará, DOE/CE, 2009 à 2010.

Figura 4 - Consórcios Públicos de Saúde do Estado do Ceará.



Fonte: Diário Oficial do Estado do Ceará, DOE/CE, 2009 à 2010.

Registre-se que a atenção secundária, também denominada de média complexidade, abrange os ambulatorios de especialidades, como as Policlínicas. Esses serviços oferecem suporte especializado, incluindo diagnóstico, terapias e atendimentos de urgência e emergência, distribuídos por todo o estado. As Policlínicas são classificadas em dois tipos: tipo I, que oferece 10 especialidades, e tipo II, que disponibiliza 13 especialidades. (Márcia; Eloy, 2019, p. 39).

Os CEO's foram criados para ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), são classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Os CEO's, estão estruturados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: diagnóstico bucal, com foco na detecção de câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor de tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a pessoas com necessidades especiais, considerando que todos os CEO's regionais do Ceará são tipo III (Brasil, 2006).

Como mencionado anteriormente, o Estado do Ceará possui 44 unidades de saúde sob gestão consorciada, das quais 22 são Policlínicas Regionais e 22 são CEO's, distribuídos para atender às necessidades específicas de cada região de saúde. Essa organização busca promover a descentralização e o fortalecimento do atendimento especializado, garantindo que

cada região conte com unidades adequadas para oferecer serviços de saúde especializados e integrados, conforme as diretrizes do SUS, segundo quadro abaixo:

Quadro 4 – Superintendência da Região de Saúde de Fortaleza - SRFOR.

POLICLÍNICAS REGIONAIS		
UNIDADE	TIPO	MUNICÍPIO SEDE
Policlínica Regional Dr. Clóvis Amora Vasconcelos	I	Baturité
Policlínica Regional Dra. Márcia Moreira de Meneses	I	Pacajus
Policlínica Regional Dr Francisco Pinheiro Alves	I	Itapipoca
Policlínica Regional Senador Almir Pinto	II	Maracanaú
Policlínica Regional Dr. José Corrêa Sales	II	Caucaia
CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEOS)		
UNIDADE	TIPO	MUNICÍPIO SEDE
CEO Dr. Danilo Dalmo da Rocha Corrêa	III	Caucaia
CEO Dr. Raimundo Fialho	III	São Gonçalo do Amarante
CEO José Marcelo de Holanda	III	Baturité
CEO Neusa Prado Gondim de Oliveira	III	Maracanaú
CEO Dr. Francisco Mansueto de Sousa	III	Cascavel
CEO Dr. Hugues Pessoa Amorim	III	Itapipoca

Fonte: SESA/CE. Secretaria da Saúde do Ceará.

Quadro 5 – Superintendência da Região de Saúde do Cariri - SRSUL.

POLICLÍNICAS REGIONAIS		
UNIDADE	TIPO	MUNICÍPIO SEDE
Policlínica Regional Dr Sebastião Limeira Guedes	I	Icó
Policlínica Regional Bárbara Pereira De Alencar	I	Campos Sales
Policlínica Regional José Gilvan Leite Sampaio	I	Brejo Santo
Policlínica Regional João Pereira dos Santos	II	Barbalha
Policlínica Regional Manoel Carlos de Gouveia	II	Iguatu
Policlínica Regional do Crato	II	Crato
UNIDADE	TIPO	MUNICÍPIO SEDE
CEO Eduardo Peixoto de Medeiros	III	Icó
CEO Manoel Inácio Torres	III	Brejo Santo
CEO Dr. Aníbal Viana de Figueiredo	III	Crato
CEO Oduvaldo Ferreira Lessa	III	Iguatu
CEO Juazeiro do Norte	III	Juazeiro do Norte

Fonte: SESA/CE. Secretaria da Saúde do Ceará.

Quadro 6 – Superintendência da Região de Saúde do Sobral - SRNOR.

POLICLÍNICAS REGIONAIS		
UNIDADE	TIPO	MUNICÍPIO SEDE
Policlínica Regional Dr. Plácido Marinho de Andrade	I	Acaraú
Policlínica Regional Raimundo Soares Resende	I	Crateús
Policlínica Dr. Francisco Edvaldo Coelho Moita	I	Tianguá
Policlínica Regional Bernardo Felix da Silva	II	Sobral
Policlínica Regional Coronel Libório Gomes da Silva	II	Camocim
CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEOS)		
UNIDADE	TIPO	MUNICÍPIO SEDE
CEO-R Dr Nestor de Paula Ribeiro Pessoa	III	Acaraú
CEO-R Dr Silvio Geraldo Figueiredo Frota	III	Crateús
CEO-R Dr. Antenor Isaías de Andrade	III	Ibiapaba
CEO-R Reitor ícaro de Sousa Moreira	III	Sobral
CEO-R José Hindenburg Sabino Aguiar	III	Camocim

Fonte: SESA/CE. Secretaria da Saúde do Ceará.

Quadro 7 – Superintendência da Região de Saúde do Sertão Central - SRCEN.

POLICLÍNICAS REGIONAIS		
UNIDADE	TIPO	MUNICÍPIO SEDE
Policlínica Regional Francisco Carlos Cavalcante Roque	I	Quixadá
Policlínica Regional Frei Lucas Dolle	I	Canindé
Policlínica Regional Dr. Frutuoso Gomes de Freitas	I	Tauá
CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEOS)		
UNIDADE	TIPO	MUNICÍPIO SEDE
CEO-R Dr. José Felício Filho(Quixeramobim)	II	Quixadá
CEO-R Francisco Alberto Martins	II	Canindé
CEO-R Elizabete Gonçalves Rego	II	Tauá

Fonte: SESA/CE. Secretaria da Saúde do Ceará.

Quadro 8 – Superintendência da Região de Saúde Litoral Leste /Jaguaribe - SRLES.

POLICLÍNICAS REGIONAIS		
UNIDADE	TIPO	MUNICÍPIO SEDE
Policlínica Regional Dr. José Hamilton Saraiva Barbosa	I	ARACATI
Policlínica Regional Dr. José Martins de Santiago	I	RUSSAS
Policlínica Regional Judite Chaves Saraiva	II	LIMOEIRO DO NORTE
CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEOS)		
UNIDADE	TIPO	MUNICÍPIO SEDE
CEO Dr. José Martins de Santiago	III	RUSSAS
CEO Dr. João Eduardo Neto	III	ARACATI
CEO Dr. João Eduardo Neto	III	LIMOEIRO DO NORTE

Fonte: SESA/CE. Secretaria da Saúde do Ceará.

Como já assinalado, a descentralização refere-se ao processo de transferência de responsabilidades de gestão, com a definição de atribuições comuns e competências específicas para a União, estados, Distrito Federal e municípios, conforme as determinações constitucionais e legais que sustentam o SUS. Entre esses entes governamentais, os municípios foram os que assumiram mais funções, visto que, antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, suas responsabilidades eram limitadas. Com essa mudança, tornaram-se peças essenciais para o sucesso do Sistema Único de Saúde, pois têm a capacidade de agir diretamente sobre os problemas locais (Brasil, 2009).

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2010), a forte orientação para a descentralização presente na Constituição mencionada teve um impacto significativo na organização do estado brasileiro, transferindo responsabilidades inéditas aos municípios em relação à formulação e implementação de políticas públicas. Por estarem mais próximos dos cidadãos, os municípios têm uma capacidade maior de reconhecer e atender às necessidades da população (Linhares; Cunha, 2010).

Embora a descentralização político-administrativa da saúde tenha sido idealizada em conjunto com a regionalização e a hierarquização dos serviços, a implantação do SUS no primeiro decênio foi influenciada por um movimento que favorece a descentralização das políticas sociais para os municípios. Como resultado, a municipalização dos serviços de saúde foi priorizada, muitas vezes em detrimento da regionalização (Dourado; Elias, 2011).

Com o aumento da complexidade dos serviços de saúde e o limitado financiamento dos municípios, tornou-se necessário buscar alternativas para enfrentar os desafios gerados pela descentralização (Gerigk; Pessali, 2014; Galindo *et al.*, 2014). Dessa forma, a reorganização dos serviços de saúde foi acompanhada por um processo de experimentação de inovações, cujo foco principal, conforme apontam Ribeiro e Costa (2000), era atrair profissionais da área, desenvolver novos modelos de gestão e implementar práticas que pudessem melhorar o desempenho do sistema.

Segundo Gomes (2008, p. 33-34), o governo estadual desempenha um papel crucial na descentralização dos serviços públicos, uma vez que essa estratégia depende fortemente da cooperação dos municípios. Embora o governo federal tenha a capacidade de aprovar medidas que impactam a autonomia financeira dos entes federados, sem encontrar resistência significativa da esfera estadual, esta ainda se mantém como um ente central na implementação de políticas públicas.

Os consórcios surgiram como uma solução inovadora para a gestão do SUS, especialmente voltados para a implementação dos serviços de saúde em pequenos municípios brasileiros, em uma lógica de inovação (Galindo *et al.*, 2014; Oliveira, 2008; Nicoletto; Cordoni Jr.; Costa, 2005; Lima, 2000). A colaboração entre municípios provou ser a parceria ideal para otimizar estruturas e equipamentos de maior complexidade tecnológica, além de resolver questões relacionadas a recursos humanos e financeiros, facilitando o acesso aos serviços de saúde para um número maior de pessoas (Lima, 2000; Oliveira, 2008).

Conforme Junqueira, Mendes e Cruz (1999), os consórcios se destacam como um importante mecanismo para promover a municipalização da saúde. Os municípios, que carecem muitas vezes de recursos técnicos, financeiros, infraestrutura adequada e profissionais de saúde, acabam dependendo dos municípios de maior porte para suprir suas necessidades. A criação de consórcios pode, assim, suprir essas lacunas na municipalização (Neves; Ribeiro, 2006) e “auxiliar no planejamento e na organização das ações e serviços de saúde, conforme as especificidades e demandas de cada localidade e região” (Junqueira; Mendes; Cruz, 1999).

Considerando que a responsabilidade pela organização dos sistemas regionais de atenção à saúde cabe aos governos estaduais, esses governos enfrentaram uma perda

significativa de suas funções executivas, o que dificultou o sucesso na definição eficaz das regiões de saúde. Nesse contexto, os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CISs) emergiram como uma alternativa ao SUS, oferecendo uma solução para a organização regional dos serviços de saúde, conforme Ministério da Saúde:

Com a publicação da Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde em 1996 (MS, 1997a), os Consórcios Intermunicipais de Saúde passaram a ser considerados, no contexto da regionalização e hierarquização da rede de serviços, como sendo estratégias para articulação e mobilização dos municípios, com coordenação estadual, de acordo com características geográficas, demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, principalmente, a vontade política expressa pelos diversos municípios de constituírem um consórcio ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo (Lima, 2000, p. 987).

Neves e Ribeiro (2006) apontam que nos consórcios intermunicipais, os municípios estabelecem uma rede de atenção conforme a capacidade de cada membro, promovendo cooperação para reduzir a ociosidade dos recursos. Já Oliveira (2008) destaca que um dos principais benefícios da formação de consórcios é a diminuição do número de municípios “*free-riders*” - aqueles de menor porte, que utilizam os serviços de cidades vizinhas sem arcar com os custos. Com a adesão a um consórcio, esses municípios passam a ser financeiramente responsáveis pelos serviços que sua população já utilizava, mas antes não contribuíam para o custeio.

Isso se torna viável porque os consórcios verticais combinam dois movimentos cada vez mais relevantes para as relações intergovernamentais no Brasil: a articulação entre municípios e a coordenação vertical (Abrúcio; Sano, 2013). No setor de saúde, embora a coordenação vertical tenha suas raízes no governo federal, a transferência da responsabilidade pelo processo de regionalização dos serviços para os governos estaduais tornou fundamental a busca por modelos de gestão que favorecessem uma maior interação com os governos municipais.

Guimarães e Giovanella (2004, p. 151) apontam que, durante a década de 1990, a evolução dos consórcios de saúde ocorreu principalmente em estados que já possuíam uma estrutura de atenção regionalizada. Isso evidencia que as particularidades da relação entre um governo estadual e seus municípios, envolvendo aspectos “políticos, institucionais, normativos e organizacionais”, desempenham um papel crucial para compreender o surgimento dos consórcios em determinada região.

De acordo com Watts (2006), um dos maiores desafios nas relações intergovernamentais de cooperação é equilibrar os princípios de colaboração, enquanto se

preserva a autonomia das esferas governamentais envolvidas. A atuação do governo estadual na promoção e formação dos consórcios pode seguir dois rumos: fortalecer o arranjo, proporcionando mais segurança, ou comprometer a autonomia dos municípios. Quando a indução se baseia em mecanismos de coordenação federativa, há uma maior garantia de integração entre os entes participantes dos consórcios (Watts, 2006).

Os consórcios podem atuar em diversas áreas, desde que suas atividades tenham como objetivo beneficiar a população, melhorar o acesso e elevar a qualidade da prestação de serviços. Algumas das áreas em que os consórcios podem ser constituídos incluem: educação, saúde, cultura, esporte, turismo, transporte público, segurança, infraestrutura, saneamento básico e gestão ambiental, entre outras (Ceará, 2009).

Os consórcios facilitam a descentralização de recursos técnicos e financeiros, além de contribuir para a regionalização e o desenvolvimento de políticas públicas. Eles também agilizam a execução de projetos que, muitas vezes, um único ente - seja um município, estado ou mesmo a União - não consegue realizar com a mesma eficiência (Batista *et al.*, 2011).

Para Calderan (2013, p. 120), o consórcio público é considerado um importante instrumento de cooperação técnica e financeira entre os três níveis de governo. Ele não apenas promove, mas também controla as ações voltadas para “políticas públicas que visam à melhoria da qualidade de vida e à resolução dos problemas de infraestrutura da sociedade”.

Entretanto, o princípio da regionalização reforçou que a hierarquização do SUS entre os entes governamentais servia apenas como um meio de estruturar e organizar o novo sistema de saúde, sem implicar uma relação de subordinação. Na verdade, a divisão regional da saúde estimulou “a integração e a interlocução das diversas esferas do governo nos fóruns de negociação e pactuação, visando a garantir um maior acesso da população aos serviços de saúde” (Andrade, 2007).

No Ceará, os consórcios foram estabelecidos com os seguintes objetivos: oferecer serviços especializados de média e alta complexidade, além de serviços de urgência e emergência hospitalar, ambulatoriais especializados e outras ações relacionadas à saúde. Esses serviços são alinhados às necessidades da população e seguem os princípios e diretrizes do SUS, com atuação nas Policlínicas Regionais e nos CEO's (Silva; Nogueira; Santana, 2014).

Os objetivos são definidos pelos entes consorciados com base nas necessidades comuns, segundo a Lei dos Consórcios e seu regimento. Esse processo respeita os limites constitucionais e a pactuação estabelecida nos protocolos de intenções.

É importante destacar que os objetivos, metas e ações previstos nos consórcios em saúde devem ser incluídos nos instrumentos de planejamento e gestão, como o Plano

Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a Lei Orçamentária Anual (LOA), o Plano de Saúde (PS) e a Programação de Saúde PAS (Silva; Nogueira; Santana, 2014).

De acordo com Silva, Nogueira e Santana (2014, p. 37), a implantação dos consórcios no Ceará ocorreu em várias etapas, que incluem:

Etapa I - Formalização de Comissão para elaborar proposta e coordenar o processo;
Etapa II - Política;
Etapa III- Técnica;
Etapa IV - Jurídica e Normativa;
Etapa V - Organização e estruturação de serviços.

Diante do exposto, observa-se que a principal característica dos consórcios públicos é fornecer suporte ao fortalecimento da gestão de forma descentralizada, auxiliando na organização e na prestação de serviços públicos. Esse modelo visa promover o bem-estar social, a principal finalidade da administração pública.

A avaliação de políticas públicas, enquanto prática técnica e política, exige cada vez mais o fortalecimento da participação social, especialmente de atores sociais, profissionais e gestores envolvidos nos territórios. Como afirma Gussi (2008), trata-se de um processo que vai além da análise de resultados, assumindo um compromisso com a realidade social e com a transformação das condições que a estruturam. Nesse sentido, torna-se essencial dialogar com abordagens que ampliem a compreensão sobre os arranjos institucionais e as dinâmicas de poder que moldam as políticas. A perspectiva da governança multinível, conforme desenvolvida por Ferreira (2022), oferece uma contribuição relevante ao propor a articulação entre diferentes níveis de governo e a inclusão de múltiplos atores na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas. Essa abordagem rompe com modelos hierárquicos e favorece estruturas colaborativas e participativas, fundamentais para uma avaliação que reconheça os sujeitos como agentes ativos do processo. Ao articular avaliação e governança, reafirma-se a centralidade da escuta qualificada, da corresponsabilização e do compromisso com a construção coletiva de soluções públicas mais justas e eficazes.

Dessa forma, ao considerar a avaliação de políticas públicas como um processo comprometido com a transformação social, reconhece-se a necessidade de integrar a participação ativa dos sujeitos envolvidos, superando a visão tecnocrática e fragmentada da análise. A governança multinível, ao propor articulações horizontais e verticais entre diferentes esferas de governo e atores sociais, oferece um referencial potente para sustentar avaliações mais democráticas, contextualizadas e participativas. Assim, ao articular os aportes

de Gussi (2008) e Ferreira (2022), evidencia-se que a construção de políticas públicas efetivas e justas depende da escuta ativa, da corresponsabilização e da valorização dos saberes plurais presentes nos territórios. Encerrar esse tópico com essa perspectiva reforça o entendimento de que avaliar é também um ato político, que exige comprometimento ético com a realidade e com os sujeitos que nela habitam.

Diante da necessidade de avaliações mais participativas e territorializadas, é fundamental compreender que a governança pública vai além da ação estatal tradicional. Como destaca Gonçalves (2005), trata-se de um conjunto de mecanismos, processos e instituições por meio dos quais diferentes grupos sociais e cidadãos articulam interesses, exercem direitos e mediam conflitos. Esse entendimento amplia a noção de avaliação e gestão pública ao incluir a diversidade de sujeitos e saberes que compõem a realidade social, reafirmando o compromisso com a transparência, a participação e a responsabilização. Assim, a governança deixa de ser uma técnica de gestão e passa a ser um espaço político de negociação e construção coletiva.

Nesse sentido, o diálogo entre os aportes de Gussi (2008), Ferreira (2022) e Gonçalves (2005) evidencia a urgência de repensar os arranjos institucionais e metodológicos das políticas públicas, sobretudo nos campos marcados por desigualdades históricas, como o da saúde. A governança, quando pensada em termos de corresponsabilidade entre Estado e sociedade, favorece a emergência de práticas mais democráticas, adaptáveis e sensíveis às realidades locais. Ela se configura, portanto, como um campo estratégico para a consolidação de processos avaliativos mais justos e eficazes, nos quais os sujeitos não são apenas fontes de dados, mas protagonistas da transformação social.

Portanto, reafirmando que esta pesquisa é, antes de tudo, avaliativa, buscaremos dialogar com as redes de cuidado e os consórcios públicos de saúde, considerando desde as necessidades dos usuários dos serviços de saúde até o processo decisório dos gestores. Entende-se que esse processo de construção deve levar em conta o contexto e as relações sociais que compõem a rede de saúde da população atendida pelos consórcios. A análise das atividades desenvolvidas pelos consórcios, juntamente com os perfis epidemiológicos da população nas diferentes regiões de saúde, possibilita uma compreensão mais clara das práticas e necessidades da comunidade, auxiliando no combate às desigualdades em saúde.

Os processos de avaliação são fundamentais para garantir uma gestão eficaz nos consórcios públicos de saúde. O principal objetivo dessa avaliação é fornecer suporte à tomada de decisões, permitindo verificar a efetividade das ações e programas implementados, revisar estratégias e otimizar a alocação de recursos. Entre as estratégias de avaliação

disponíveis para os consórcios, destaca-se o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) (Reis, 2014).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade (Minayo; Deslandes, 2002).

3.1 Delineamento do Estudo

Esta seção apresenta a metodologia adotada na pesquisa, visando detalhar os métodos, técnicas e procedimentos utilizados para a investigação do objeto de estudo, visando à resposta do problema de pesquisa e ao alcance dos objetivos inicialmente propostos.

Trata-se de um estudo de abordagem quantiquantitativa, com caráter reflexivo, fundamentado em análise documental e na técnica de análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin (2011). A pesquisa compreendeu uma análise descritiva dos Contratos de Programa firmados no âmbito dos Consórcios Públicos de Saúde, complementada pela realização de entrevistas semiestruturadas.

Conforme Minayo (2013), as pesquisas qualitativas voltam-se para um nível de realidade que se expressa por meio das histórias de vida, das trajetórias biográficas, das relações sociais e do universo simbólico dos sujeitos. Elas buscam compreender os significados atribuídos às experiências, os motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que permeiam o cotidiano dos indivíduos e dos grupos sociais. Por se apoiarem em múltiplas técnicas de investigação empírica e valorizarem a complexidade dos fenômenos sociais, essas pesquisas mostram-se particularmente adequadas à avaliação de políticas públicas de caráter social, especialmente na área da saúde, como propõe este estudo.

No que se refere à abordagem quantitativa, esta não deve ser compreendida como oposta à abordagem qualitativa, mas sim como complementar. Ambas se articulam na compreensão dos fenômenos sociais, uma vez que toda ação humana envolve tanto aspectos mensuráveis quanto dimensões subjetivas. Conforme destaca Minayo (2014, p. 34): “A pesquisa qualitativa não se opõe à quantitativa; ambas se complementam na busca por compreender a complexidade da realidade social”.

Essa perspectiva reforça a importância de considerar os aspectos quantitativos e qualitativos para uma análise abrangente e aprofundada das políticas públicas de saúde, como abordado neste estudo.

Participaram do estudo o Superintendente da Região de Saúde de Fortaleza, o coordenador dos Consórcios Públicos de Saúde do Estado do Ceará, secretários executivos,

diretores(as) das unidades de saúde administradas pelos referidos consórcios, bem como auxiliares administrativos que atuam diretamente na gestão dessas unidades pelos referidos consórcios. A escolha das regiões de saúde de Caucaia e Baturité foi pautada em critérios como a base populacional, aspectos relacionados à gestão regional e indicadores epidemiológicos relevantes. Quanto ao perfil dos(as) entrevistados(as), a seleção foi orientada pela ocupação laboral, priorizando profissionais diretamente envolvidos com a gestão dos consórcios, por sua capacidade de oferecer informações pertinentes à avaliação da implementação e do funcionamento dessas estruturas no contexto do SUS.

Segundo Richardson (1999), a metodologia pode ser entendida como o conjunto de métodos utilizados para alcançar um objetivo de pesquisa, abrangendo todos os procedimentos envolvidos na condução do estudo. Collis e Hussey (2005) apresentam que a metodologia envolve desde a fundamentação teórica até a coleta e análise de dados, e tem como foco responder perguntas como: “Por que determinados dados foram coletados? Onde, quando e como foram obtidos? E como serão analisados? A abordagem metodológica deve garantir a coerência e a clareza em cada etapa do processo de pesquisa”.

Vale destacar que a análise do documental, conforme Cellard (2008, p. 303), “é uma análise preliminar do documento, focada em uma análise crítica dos seguintes aspectos: contexto, autores, interesses envolvidos, confiabilidade, natureza do conteúdo e principais conceitos abordados”. É essencial identificar o autor, avaliar a credibilidade e a autenticidade do texto, bem como observar os conceitos-chave e a relevância do conteúdo. Segundo Cellard (2008), o pesquisador deve desconstruir o material de forma criteriosa e, em seguida, reconstruí-lo para responder às suas questões de pesquisa.

De acordo com Lakatos e Marconi (2003, p. 195), a entrevista “é um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social”. Por esta razão, julgamos relevante não só elencar dados históricos acerca do cenário da saúde pública no Ceará, como apontar quais as transformações realizadas ao longo do tempo e quais os seus impactos na construção institucional, bem como para a sociedade. Tal perspectiva analítica, ao conjugar dimensões objetivas, substantivas e subjetivas, potencializa a reorientação de estratégias, a otimização da força de trabalho e o fortalecimento institucional, assegurando a efetividade e a pertinência das políticas consorciadas frente às demandas concretas das populações abrangidas (Arcoverde; Albuquerque, 2016).

As entrevistas semiestruturadas foram utilizadas como instrumento central de coleta de dados qualitativos, permitindo a exploração aprofundada das percepções,

experiências e entendimentos dos sujeitos sobre os consórcios públicos de saúde. Segundo Minayo (2014), esse tipo de entrevista é especialmente eficaz em pesquisas que buscam interpretar fenômenos complexos e captar a subjetividade dos atores sociais, pois combina questões previamente definidas com a liberdade de aprofundar temas emergentes durante a interlocução.

Com relação à abordagem dos dados, a pesquisa adotou uma direção qualitativa, caracterizando-se pela descrição, compreensão e interpretação de fatos e tendências (Martins; Theóphilo, 2009). De acordo com Collis e Hussey (2005), esse método foi considerado subjetivo, uma vez que a análise e os resultados dependeram da interpretação das percepções estudadas, refletindo a compreensão obtida pela pesquisa. Dito isto:

O método qualitativo de pesquisa é aqui entendido como aquele que se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social e é tratado por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais (Minayo, 2013).

Em vista disso, esse processo “fornece ao investigador um caminho para o conhecimento da realidade” (Prodanov, 2013, p. 48). Diante dessa discussão, o objetivo geral da presente pesquisa procura avaliar o desempenho do Consórcio Público de Saúde da Região de Caucaia e Baturité. Especificamente, objetivamos também avaliar a otimização do uso de recursos financeiros e humanos, identificar as principais barreiras e desafios enfrentados pelos consórcios e compreender a contribuição dos consórcios para a redução das desigualdades regionais e avaliar o papel do governo estadual no suporte aos consórcios. O presente estudo é de natureza aplicada, haja vista que tem o intuito de gerar conhecimento com posterior proposição de solução para problemáticas específicas, no referido caso.

3.2 Cenário do Estudo

O estudo foi realizado na região de saúde de Fortaleza, com foco específico nos Consórcios Públicos de Saúde dos municípios de Caucaia e Baturité. A região de saúde de Caucaia é composta por dez municípios: Apuiarés, Caucaia, General Sampaio, Itapajé, Paracuru, Paraipaba, Pentecoste, São Gonçalo do Amarante, São Luís do Curu e Tejuçuoca, totalizando uma população de 612.895 habitantes.

Já a região de saúde de Baturité abrange oito municípios: Aracoiaba, Aratuba, Baturité, Capistrano, Guaramiranga, Itapiúna, Mulungu e Pacoti, com uma população estimada em 134.499 habitantes.

Observou-se que a região de saúde de Fortaleza configura-se como o maior centro populacional do estado, atendendo a mais de 2,6 milhões de pessoas. Segundo dados do Censo Demográfico de 2022, Fortaleza possui uma população de 2.647.739 habitantes, o que representa 58,27% da população total do Ceará. Além disso, essa região faz fronteira com as regiões de saúde do Norte, do Sertão Central e do Litoral Leste/Jaguaribe.

3.3 Fonte e Coleta de Dados

Foram utilizados dados públicos disponíveis nos sites dos Consórcios Públicos de Saúde e no portal do DataSUS, referentes às produções realizadas entre os anos de 2020 e 2024. Além disso, realizou-se a análise dos Contratos de Programa dos respectivos consórcios, em alinhamento com os dados e informações fornecidos pelos(as) entrevistados(as).

3.4 Análise de Dados

Foi utilizada a metodologia de Análise de Conteúdo pautada em Bardin (1977, p. 42) para a análise descritiva dos Contratos de Programa. O autor define essa análise como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, descrições do conteúdo das mensagens, que possibilitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens”.

A aplicação dessa metodologia ocorreu em três etapas: inicialmente, realizou-se a pré-análise, com a organização e seleção do material a ser analisado; em seguida, procedeu-se à exploração do conteúdo, com a codificação e categorização dos dados; por fim, foi realizado o tratamento dos resultados, compreendendo a inferência e interpretação das informações obtidas. Essa abordagem possibilitou uma compreensão aprofundada dos aspectos presentes nos documentos analisados, permitindo identificar padrões e elementos relevantes para a avaliação dos Consórcios Públicos de Saúde.

O autor define essa análise como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A análise de conteúdo, conforme Bardin (2011, p. 41), consiste em “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, descrições do conteúdo das mensagens, que possibilitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens”. Nessa perspectiva, foram selecionados: leis, decretos, portarias, relatórios, atas, entre outros, como demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 9 – Documentos técnicos utilizados no processo de análise documental.

Documento	Conceito	Esfera Administrativa	Quantidade	Identificação
Constituição Federal 1988	Norma fundamental do ordenamento jurídico de um Estado federativo.	Federal	I	Doc.1
Lei nº 8080/1990	Lei Orgânica da Saúde, define o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece princípios e diretrizes para o seu funcionamento:	Federal	I	Doc. 2
Decreto 7.508/2011	Documento estabelece que o SUS deve ser organizado em Regiões de Saúde, que são espaços de gestão compartilhada entre o Estado e os municípios.	Federal	I	Doc. 3
Lei Federal nº 11.107/2005	Lei de Consórcios Públicos, estabelece normas gerais para a contratação de consórcios públicos entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.	Federal	I	Doc. 4
Decreto Federal nº 6.017/ 2007	regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que estabelece normas gerais para a	Federal	I	Doc. 5

	contratação de consórcios públicos.			
Contratos de Programa	instrumento pelo qual deve ser constituída e regulada as obrigações que um ente da federação tenha com outro ente, ou para com o Consórcio Público, no âmbito da prestação dos serviços públicos, constando as metas e as obrigações de cada ente consorciado	Estadual	I	Doc. 6
Contrato de Rateio	O contrato de rateio de consórcio público é um instrumento jurídico que permite que os entes consorciados transfiram recursos financeiros para o consórcio público	Estadual	I	Doc. 7

Fonte: Dados sistematizados pela autora, 2025.

3.5 Aspectos Éticos

Este estudo é amparado pela Resolução CNS n.º 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que segundo o Artigo 1º, inciso II, essa resolução especifica que pesquisas que utilizam dados de domínio público não necessitam de avaliação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) no Brasil.

A pesquisa adotou a técnica de entrevistas semiestruturadas como instrumento central para a coleta de dados primários, considerando sua adequação à abordagem qualitativa. Essa modalidade permitiu uma aproximação mais sensível à realidade dos sujeitos envolvidos na gestão dos Consórcios Públicos de Saúde, possibilitando captar discursos, percepções e experiências que não seriam acessíveis por instrumentos fechados.

Segundo Minayo (2014), as entrevistas semiestruturadas se mostram especialmente eficazes na investigação de fenômenos sociais complexos, por reunirem uma estrutura de perguntas previamente estabelecida com a flexibilidade necessária para explorar dimensões emergentes ao longo da interlocução. Assim, a interação entre pesquisador(a) e

entrevistado(a) se constrói de forma dialógica, valorizando os significados atribuídos pelos sujeitos às suas práticas e vivências.

Ainda conforme a autora, as pesquisas qualitativas se ocupam de um nível de realidade que não pode ser quantificado, lidando com aspectos como valores, crenças, atitudes, relações e motivações humanas. A utilização dessa técnica foi, portanto, coerente visando compreender os sentidos atribuídos à implementação da política de saúde por meio da gestão consorciada. As narrativas coletadas foram posteriormente organizadas e interpretadas com base na Análise de Conteúdo, conforme Bardin (2011), buscando identificar categorias temáticas que revelassem padrões, tensões e singularidades do objeto estudado.

Dessa forma, a seção a seguir apresenta os resultados dessa análise, organizados sob o título “A Dinâmica da Gestão Consorciada: O Que Revelam os Dados”, com o objetivo de evidenciar os principais achados acerca do desempenho, dos desafios e do uso dos recursos nos Consórcios Públicos de Saúde de Caucaia e Baturité.

4 RESULTADOS SOBRE A DINÂMICA DA GESTÃO CONSORCIADA

Nesta seção, são apresentados os principais achados da pesquisa, organizados a partir da análise qualitativa dos dados coletados por meio das entrevistas semiestruturadas e documentos analisados. A organização dos resultados seguiu categorias temáticas construídas conforme a metodologia de Análise de Conteúdo (Bardin, 2011), que permitiu identificar e interpretar os discursos dos(as) entrevistados(as) acerca do desempenho, dos desafios e da gestão dos recursos nos Consórcios Públicos de Saúde das regiões de Caucaia e Baturité.

A estrutura desta análise contempla quatro eixos principais: perfil dos respondentes, barreiras e desafios na gestão consorciada, recursos financeiros e humanos, e as contribuições para a redução das desigualdades em saúde. Cada eixo é ilustrado com os depoimentos dos(as) participantes, garantindo o devido anonimato e fundamentado em reflexões que dialogam com o referencial teórico adotado.

4.1 Análise Descritiva dos Dados

A partir das respostas coletadas com os gestores, profissionais de saúde e administradores locais que atuam nos Consórcios Públicos de Saúde de Caucaia e Baturité, foi possível observar um panorama detalhado sobre as principais barreiras, desafios e contribuições da gestão consorciada no Ceará.

Conforme a proposta metodológica, realizamos uma Análise de Conteúdo, pautada em Bardin (2016), que orienta a sistematização e interpretação dos dados a partir de categorias emergentes do próprio material empírico.

A escolha pelas entrevistas semiestruturadas permitiu, segundo Minayo (2014), captar não apenas informações objetivas, mas também os sentidos, motivações e subjetividades que permeiam a atuação dos respondentes na gestão consorciada, valorizando o aspecto dialógico da produção de dados.

As falas revelam uma percepção homogênea sobre a insuficiência do financiamento, traduzindo-se em um estrangulamento operacional que impacta diretamente a capacidade de oferta dos serviços. Como apontam Mendes e Carnut (2020), esse é um dos maiores entraves para a consolidação de políticas públicas regionais de saúde.

4.1.1 Financiamento como Estrangulamento da Gestão

A insuficiência dos recursos financeiros nos consórcios, apontada unanimemente pelos entrevistados, evidencia o que Piola e Servo (2021) denominam de “subfinanciamento estrutural do SUS”, que compromete a execução das políticas de saúde regionalizadas.

Quadro 10 – Percepção sobre suficiência dos recursos financeiros.

Resposta	Frequência
Insuficiente	80%
Regular	15%
Adequado	5%

Fonte: Dados sistematizados pela autora, 2025.

Além disso, como destaca Vieira (2022), os modelos de consórcios públicos exigem uma engenharia financeira complexa e constante negociação entre os entes federativos, o que muitas vezes resulta em atrasos, contingenciamentos e insegurança administrativa.

As entrevistas realizadas revelaram unanimidade entre os respondentes quanto à insuficiência dos recursos financeiros para a manutenção e ampliação das ações consorciadas de saúde. Essa percepção corrobora o que aponta Pereira (2022): a instabilidade e a crônica insuficiência de financiamento do SUS colocam sob pressão especialmente os municípios, que acabam por assumir, com recursos próprios, a maioria dos custos.

Segundo o levantamento de Pereira (2022), os municípios brasileiros vêm ultrapassando sistematicamente o mínimo constitucional de 15% de aplicação em saúde, chegando a mais de 23% em 2021. Esse dado dialoga diretamente com a realidade dos Consórcios de Caucaia e Baturité, nos quais os gestores apontam a necessidade crescente de aportes locais frente à ausência de repasses suficientes do nível federal, que permanece atrelado ao mínimo constitucional, impactado ainda pela vigência da Emenda Constitucional 95/2016, que impôs um teto aos gastos sociais. *“A insuficiência de recursos e a irregularidade nos fluxos financeiros sempre estiveram presentes, mesmo com as normas de vinculação”* (Pereira, 2022, p. 7). A esse cenário, soma-se a crítica de Soares (2024) à adoção acrítica dos modelos gerencialistas e da “governança pública” de base neoliberal, que, ao

enfatizarem a eficiência e o controle, muitas vezes mascaram a realidade do subfinanciamento e da desresponsabilização federativa.

A recente institucionalização da política de governança pública apenas instrumentaliza uma discussão essencial para o devir das políticas públicas no Brasil, sem debate público ou ontológico sobre o financiamento e a prioridade social da saúde (Soares, 2024, p. 10).

Este ponto é fundamental para compreender a percepção, manifestada pelos gestores entrevistados, de que as receitas consorciadas encontram-se “congeladas” ou “insuficientes para garantir o pleno funcionamento dos serviços”.

Ainda, a perspectiva crítica proposta por Soares (2024) convida a refletir sobre a necessidade de uma governança pública mais ética, social e dialógica, que transcenda a lógica do mero cumprimento de indicadores financeiros e de compliance, aproximando-se de uma gestão pública orientada pelo interesse coletivo.

Em consonância, as falas dos participantes sugerem a urgência de atualização do custeio e de um maior protagonismo do nível estadual no fortalecimento financeiro dos consórcios.

Como alertam Blenda Pereira e Daniel Faleiros (2022), há uma tendência preocupante de que, mantendo-se o atual modelo, os municípios sejam ainda mais sobrecarregados nos próximos anos, com uma previsão de que, em 2024, assumam cerca de 59% do total dos gastos em saúde pública, invertendo a lógica federativa.

O histórico do (des)financiamento federal vem pressionando os entes subnacionais, sobremaneira municípios, a alocarem parcelas cada vez maiores de suas arrecadações para financiar as demandas e custos crescentes (Pereira, 2022, p. 27).

Assim, os dados da pesquisa revelam que a gestão consorciada, embora promova eficiência na utilização dos recursos compartilhados, encontra-se severamente limitada pelo contexto macroestrutural de subfinanciamento, exigindo reformas federativas, revisão dos pactos financeiros e uma nova concepção de governança pública, mais comprometida com a equidade e a sustentabilidade do SUS.

Além disso, as críticas dos entrevistados à ausência de atualização dos repasses refletem uma percepção aguda da falta de prioridade política para o fortalecimento financeiro da gestão consorciada:

“É preciso que o governo estadual e o federal assumam mais responsabilidade. A conta está ficando toda para os municípios.”
 – Entrevistado 01.

Esse ponto conecta-se à reflexão de Soares (2024) sobre a “instrumentalização da governança pública”, que mascara a realidade do subfinanciamento e transfere a responsabilidade da gestão pública para os entes mais frágeis da federação, sob o discurso da eficiência.

Assim, os dados indicam que, embora o modelo consorciado possibilite ganhos em eficiência e compartilhamento de recursos, ele permanece severamente condicionado por uma política federativa que historicamente transfere responsabilidades sem assegurar o financiamento correspondente.

Essa constatação reforça a necessidade de repensar o pacto federativo na saúde e a adoção de uma governança pública que não apenas regulamente processos, mas que assegure equidade, sustentabilidade e justiça social.

4.1.2 Desafios Político-Institucionais

As entrevistas revelaram que, além dos desafios financeiros, a gestão consorciada enfrenta importantes barreiras político-institucionais, que comprometem a eficácia das ações e o pleno funcionamento dos consórcios.

Os principais obstáculos identificados incluem a falta de apoio político efetivo, a interferência político-partidária nas decisões e a ausência de uma governança estável entre os entes consorciados. Isso é evidenciado nas falas:

“Infelizmente, há muita interferência política nas decisões do consórcio, o que dificulta a implementação de ações mais técnicas e eficientes. A articulação entre os municípios é frágil. Cada um quer defender seu próprio interesse e, muitas vezes, não há consenso para decisões conjuntas.”
 – Entrevistado 03.

Esses relatos refletem o que Fleury (2019) denomina de “fragilidade da governança interfederativa” no Brasil, marcada pela ausência de mecanismos sólidos de cooperação e pela prevalência de interesses localizados em detrimento do planejamento regional integrado. *“A regionalização da saúde brasileira permanece incompleta e instável, tensionada entre a necessidade de integração e as forças centrífugas dos entes federados”* (Fleury, 2019, p. 112).

Além disso, segundo Lotta (2021), a governança multinível, característica dos consórcios públicos, requer a construção de arranjos colaborativos duradouros e pautados na confiança interinstitucional – algo que, como apontam os entrevistados, nem sempre se verifica na prática:

“Cada município quer puxar para o seu lado. Falta uma visão coletiva de que o consórcio é um instrumento de fortalecimento regional.”
– Entrevistado 02.

Como complementam Santos e Merhy (2021, p. 76), a eficácia dos consórcios depende da superação dessas disputas político-partidárias, muitas vezes naturalizadas nas relações intergovernamentais brasileiras. *“O modelo consorciado não se sustenta apenas pela estrutura formal; exige pactos políticos sólidos e relações de confiança entre os entes que o integram”*.

Outro aspecto crítico levantado pelos participantes foi a falta de clareza nos fluxos decisórios e a ausência de regimentos internos bem definidos, o que cria insegurança jurídica e operacional:

“Precisamos de um regimento interno claro, que defina responsabilidades e competências, para evitar conflitos e decisões arbitrárias.”
– Entrevistado 04.

Esse ponto reforça a análise de Faria (2022) sobre a importância da institucionalização da governança nos consórcios públicos, mediante a formalização de normas e processos de decisão democráticos e transparentes.

Sem regras claras e mecanismos institucionais bem delineados, os consórcios tendem a reproduzir as assimetrias de poder e a precariedade das relações intergovernamentais” (Faria, 2022, p. 134).

Diante desse cenário, os dados indicam que a gestão consorciada, embora reconhecida como instrumento estratégico para a regionalização da saúde, ainda enfrenta barreiras político-institucionais significativas, que limitam sua capacidade de induzir políticas públicas eficazes e sustentáveis.

4.1.3 Reconhecimento da Importância Estrutural dos Consórcios

Apesar das limitações apontadas nas categorias anteriores, os dados indicam um reconhecimento generalizado, por parte dos entrevistados, acerca da importância estrutural dos consórcios públicos de saúde como estratégia fundamental para a garantia do acesso e para a redução das desigualdades regionais em saúde. Esse reconhecimento está expresso nas seguintes falas:

“Sem o consórcio, seria impossível para municípios pequenos oferecer serviços especializados como consultas e exames de média complexidade. O consórcio permitiu que a população tivesse acesso a serviços que, de outra forma, só encontraria em Fortaleza.” – Entrevistado 05.

As falas confirmam o que defendem Oliveira e Almeida (2020): os consórcios públicos são uma resposta à necessidade de garantir eficiência e equidade na oferta de serviços de saúde, especialmente em regiões que, isoladamente, não dispõem da infraestrutura necessária para assegurar atendimento de qualidade.

Os consórcios se tornaram instrumentos fundamentais para otimizar recursos e ampliar o acesso, viabilizando a prestação de serviços especializados de forma mais racional e integrada (Oliveira; Almeida, 2020, p. 45).

A percepção dos entrevistados também se alinha com a análise de Lima *et al.* (2023), que destacam a gestão consorciada como uma das principais estratégias contemporâneas para o enfrentamento das desigualdades territoriais no campo da saúde:

A gestão consorciada é uma aposta no fortalecimento da regionalização sanitária, especialmente em contextos marcados pela fragmentação administrativa e pela carência de recursos (Lima *et al.*, 2023, p. 212).

Um dos entrevistados sintetiza bem esse papel estruturante:

“O consórcio é a única forma de garantir acesso a especialidades para a população do interior. Ele representa um ganho imenso para a saúde regional.” – Entrevistado 07.

Essa percepção reforça o papel dos consórcios como estratégias de regionalização, conforme previsto na Política Nacional de Regionalização e nos pactos interfederativos estabelecidos pelo SUS (Brasil, 2006).

No entanto, os entrevistados também apontaram que esse impacto positivo, embora significativo, ainda é limitado pela insuficiência de recursos financeiros e pela dificuldade de articulação política, como discutido anteriormente:

“O consórcio é importante, mas poderia fazer muito mais se houvesse mais recursos e menos interferência política.” – Entrevistado 01.

Assim, a análise revela que, mesmo diante das adversidades, os consórcios são percebidos como estruturas indispensáveis para o fortalecimento do SUS nos territórios regionais, sendo capazes de ampliar o acesso, reduzir desigualdades e otimizar recursos, desde que fortalecidos política e financeiramente.

Como afirmam Gerschman e Baptista (2022, p. 59), “os consórcios públicos são hoje a via mais promissora para a superação das desigualdades regionais na saúde, desde que haja investimento político e financeiro que assegure sua sustentabilidade”.

4.1.4 Recursos Humanos e Retenção Profissional

Um dos desafios mais recorrentes apontados pelos entrevistados refere-se à dificuldade de contratação e retenção de profissionais de saúde nos Consórcios Públicos de Caucaia e Baturité. Esse aspecto é reconhecido como um dos principais gargalos para a consolidação e o pleno funcionamento da gestão consorciada. As falas dos entrevistados ilustram com clareza essa preocupação:

“É muito difícil manter profissionais aqui, principalmente médicos especialistas. Muitos preferem trabalhar na capital ou em municípios maiores.” – Entrevistado 02.

“Mesmo quando conseguimos contratar, a rotatividade é alta. Falta atratividade, principalmente pela sobrecarga de trabalho e pelos salários que não são competitivos.” – Entrevistado 08.

Essas manifestações estão em consonância com as análises de Dussault e Franceschini (2020), que identificam a distribuição desigual de profissionais como um dos maiores desafios para a garantia do direito à saúde, especialmente em regiões interioranas e de baixa atratividade.

A fixação de profissionais de saúde em regiões periféricas não depende apenas de incentivos financeiros, mas de um conjunto de condições que incluem infraestrutura

adequada, segurança e oportunidades de desenvolvimento profissional” (Dussault; Franceschini, 2020, p. 312).

Além disso, conforme destacam Paim (2019) e Lima *et al.* (2023), o modelo de gestão consorciada, ao mesmo tempo que amplia a oferta de serviços especializados, também intensifica a necessidade de recursos humanos qualificados, o que, na ausência de políticas públicas específicas de valorização, gera sobrecarga e fragilidade na continuidade do cuidado. Essa sobrecarga é percebida pelos entrevistados:

“Temos poucos profissionais para muita demanda. Isso compromete a qualidade do atendimento e gera insatisfação, tanto dos usuários quanto da equipe.” – Entrevistado 03.

Além disso, a falta de políticas de valorização e carreira para os profissionais atuantes nos consórcios é mencionada como fator desmotivador:

“Não há uma política de carreira que estimule o profissional a permanecer no consórcio. Muitos se encaram como um ‘bico’, até conseguirem algo melhor.” – Entrevistado 01.

Esse quadro revela o que Gadelha (2021) denomina de “precarização silenciosa” do trabalho em saúde no SUS, especialmente nas iniciativas de regionalização, que, embora ampliem a oferta de serviços, não são acompanhadas de estratégias estruturantes para o fortalecimento das equipes de trabalho.

A regionalização da saúde, para ser efetiva, exige não apenas a organização territorial dos serviços, mas também políticas consistentes de recursos humanos que garantam a atração, fixação e qualificação contínua dos profissionais (Gadelha, 2021, p. 89).

Assim, a análise evidencia que, embora os Consórcios Públicos desempenhem papel essencial na ampliação do acesso aos serviços de saúde, eles enfrentam grandes desafios na gestão dos recursos humanos, que, se não superados, podem comprometer a sustentabilidade e a qualidade das ações consorciadas.

Esse cenário aponta para a necessidade de políticas intergovernamentais articuladas, que contemplem não apenas o financiamento, mas também a valorização do trabalho em saúde no âmbito dos consórcios públicos.

A análise dos dados coletados revelou que, embora os Consórcios Públicos de Saúde de Caucaia e Baturité desempenhem papel fundamental na ampliação do acesso aos

serviços de saúde especializados e na redução das desigualdades regionais, enfrentam barreiras estruturais que comprometem sua efetividade e sustentabilidade.

O subfinanciamento crônico do SUS, destacado por todos os entrevistados, aparece como o principal estrangulamento da gestão consorciada, corroborando as análises de Piola & Servo (2021) e Pereira (2022), que apontam a necessidade urgente de revisão dos pactos federativos e da responsabilização financeira entre os entes federados.

As barreiras político-institucionais emergem como obstáculos significativos, especialmente pela ausência de mecanismos sólidos de governança interfederativa e pela prevalência de interesses localizados, fenômeno já amplamente descrito por Fleury (2019) e Lotta (2021).

Por outro lado, o reconhecimento da importância estratégica dos consórcios foi consenso entre os participantes, que destacaram seu papel na racionalização de recursos, na expansão da oferta de serviços especializados e na promoção da equidade territorial, conforme defendem Oliveira & Almeida (2020) e Lima *et al.* (2023).

Contudo, a fragilidade na gestão dos recursos humanos, com dificuldade de contratação e retenção de profissionais, evidencia a necessidade de políticas públicas que articulem a regionalização sanitária à valorização e qualificação das equipes, como recomendam Dussault & Franceschini (2020) e Gadelha (2021).

Observa-se, ainda, que a efetividade das ações consorciadas está fortemente condicionada ao contexto político, econômico e sociocultural dos territórios em que se inserem. Elementos como práticas políticas locais, disponibilidade de recursos e engajamento comunitário influenciam diretamente a implementação e a sustentabilidade das políticas, podendo potencializar ou restringir seus impactos. Assim, a análise dos resultados deve considerar não apenas os indicadores objetivos, mas também os condicionantes contextuais que moldam a percepção, a participação e a apropriação das mudanças pelos atores envolvidos (Arcoverde; Albuquerque, 2016).

Como destaca Soares (2024), é necessário que a governança pública transcenda o discurso técnico-gerencial e se oriente por uma perspectiva ética e política, que assegure a prioridade da saúde pública como um direito social e um dever do Estado.

Dessa forma, os achados desta pesquisa indicam caminhos para o aperfeiçoamento da gestão consorciada, sinalizando a necessidade de ações integradas entre os níveis de governo, gestores, profissionais e sociedade civil, com vistas à construção de um sistema regionalizado de saúde mais equitativo, eficiente e sustentável.

4.1.5 Panorama da Atenção Especializada em Regiões Consorciadas: Evidências das Policlínicas de Baturité e Caucaia

A análise descritiva permite compreender a dinâmica do serviço de saúde ofertado nas Policlínicas Regionais de Baturité e Caucaia entre 2020 e 2024. Segundo Gil (2008), a análise descritiva objetiva resumir e descrever as principais características de um conjunto de dados, sendo fundamental em estudos de políticas públicas para diagnóstico situacional.

Tabela 1 – Produção Policlínica Regional Dr. Clovis Amora - Baturité.

Ano	Agendados	Finalizados	Taxa de comparecimento (%)
2020	57.712	44.190	76,57%
2021	33.675	25.938	77,02%
2022	33.165	25.311	76,32%
2023	36.636	25.311	79,25%
2024	40.113	29.895	74,53%

Fonte: Sistema Integrado de Gestão em Saúde - SIGES.

O comportamento dos dados demonstra uma estabilidade significativa na taxa de comparecimento ao longo dos anos, sempre se mantendo entre 74% e 79%, o que evidencia uma boa adesão da população às consultas agendadas.

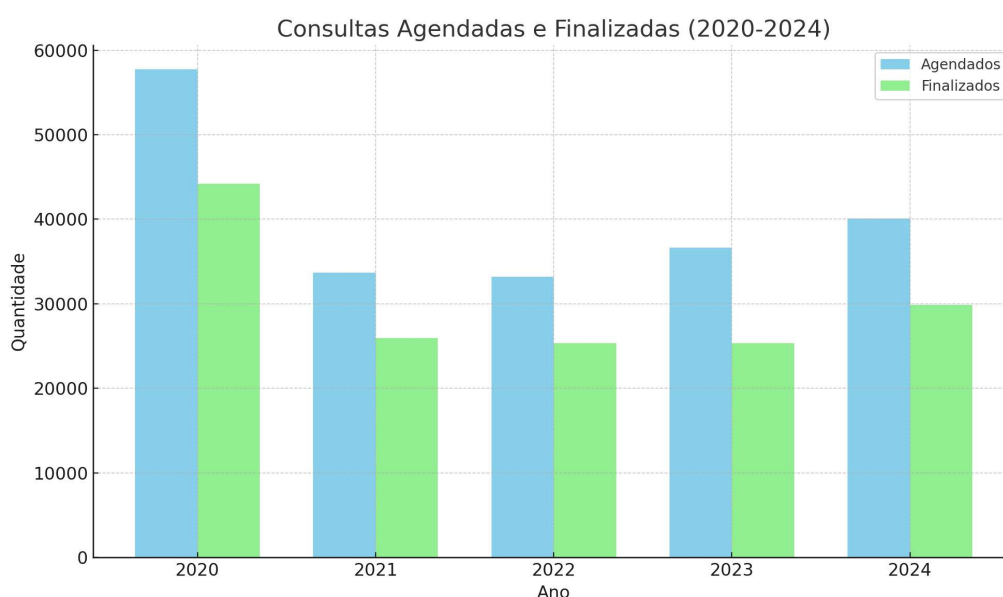
Esse padrão de estabilidade é um indicativo positivo da capacidade organizacional da Policlínica, especialmente no que se refere à articulação entre a oferta de serviços especializados e a efetividade do acesso. Como destacam Mendes (2011) e Starfield (2002), a efetividade da atenção especializada depende, fundamentalmente, de processos organizacionais que promovam a continuidade do cuidado, acessibilidade e responsividade às necessidades da população.

Por outro lado, a redução no volume de agendamentos de 2020 para 2021 pode estar relacionada ao impacto da pandemia da COVID-19, que gerou uma restrição nos serviços de saúde eletivos em todo o país (Paim *et al.*, 2021). Esse fenômeno foi amplamente documentado e justifica a retração na oferta de consultas nesse período.

A recuperação gradual dos agendamentos a partir de 2022 e o aumento observado em 2024 demonstram um processo de retomada das atividades assistenciais e possivelmente um represamento da demanda acumulada durante a pandemia, como também apontam estudos recentes sobre o impacto da crise sanitária nos sistemas regionais de saúde (Campos; Figueiredo, 2022).

Contudo, chama atenção o fato que, mesmo com a retomada e ampliação do volume de agendamentos, a taxa de comparecimento se manteve relativamente constante, revelando a eficiência na gestão do processo de agendamento e atendimento, evitando um aumento significativo do absenteísmo. Isso é fundamental, pois o absenteísmo elevado compromete a eficiência dos serviços e gera desperdício de recursos públicos (Lima *et al.*, 2019).

Gráfico 1 – Produção Policlínica Regional Dr. Clovis Amora - Baturité.



Fonte: Sistema Integrado de Gestão em Saúde - SIGES.

A análise gráfica reforça essas tendências: o gráfico de barras demonstra a oscilação nos volumes de agendamentos e finalizações, enquanto o gráfico de linha evidencia a relativa estabilidade e, posteriormente, a queda na taxa de comparecimento.

Os dados analisados indicam uma variação expressiva no volume de consultas agendadas e finalizadas nas Policlínicas de Baturité entre os anos de 2020 a 2024. Em 2020,

houve o maior volume de agendamentos, totalizando 57.712 consultas, das quais 44.190 foram efetivamente realizadas, resultando em uma taxa de comparecimento de 76,57%.

Em 2023, verifica-se uma leve recuperação no número de agendamentos (36.636) e uma manutenção nos atendimentos finalizados (25.311), com um pico na taxa de comparecimento, que atingiu 79,25%. Tal incremento pode estar relacionado ao avanço das campanhas de vacinação e ao restabelecimento gradual dos serviços ambulatoriais especializados (Brasil, 2023).

No entanto, em 2024, observa-se novamente um aumento nos agendamentos (40.113), acompanhado de um crescimento no número de finalizados (29.895), mas com uma redução na taxa de comparecimento para 74,53%, a menor do período analisado. Esse comportamento pode indicar desafios na adesão ao atendimento, possivelmente relacionados a questões socioeconômicas ou estruturais que impactam a efetividade dos agendamentos (Almeida; Pereira, 2023).

De acordo com Donabedian (1988), a qualidade dos serviços de saúde depende da estrutura, do processo e do resultado. Neste contexto, as taxas de comparecimento e a diferença entre consultas agendadas e finalizadas podem ser indicativos de barreiras de acesso e de limitações na estruturação dos serviços ofertados pelas policlínicas.

Portanto, os resultados desta análise sugerem a necessidade de um monitoramento contínuo dos indicadores de desempenho das policlínicas e a adoção de estratégias para melhorar a adesão ao atendimento, como o fortalecimento da comunicação com os usuários e a implementação de medidas para reduzir faltas e absenteísmo, como o envio de lembretes e flexibilização de horários (Macinko; Lima-Costa, 2020).

Tabela 2 – Produção Policlínica Regional Caucaia.

Ano	Agendados	Finalizados	Taxa de comparecimento (%)
2020	37.965	29.218	76,96%
2021	40.336	28.905	71,66%
2022	49.323	28.195	57,16%
2023	63.170	38.683	61,24%
2024	57.892	31.887	55,08%

Fonte: Sistema Integrado de Gestão em Saúde - SIGES.

Os dados apresentados revelam uma trajetória marcada por um aumento expressivo no número de consultas agendadas entre 2020 e 2023, com uma elevação de aproximadamente 66% nesse período (de 37.965 para 63.170 consultas). Todavia, a quantidade de consultas efetivamente realizadas não acompanhou esse crescimento na mesma proporção, especialmente a partir de 2022, quando a taxa de comparecimento caiu drasticamente para 57,16%, atingindo seu menor valor em 2024, com apenas 55,08%.

Em 2020, primeiro ano da série, a Policlínica de Caucaia apresentou uma taxa de comparecimento de 76,96%, considerada satisfatória para serviços ambulatoriais especializados. Esse desempenho pode ser associado ao modelo de gestão compartilhada das policlínicas implantado no Ceará, que busca otimizar o acesso regionalizado à média complexidade, como defendem Mendes (2010) e Viana *et al.* (2018), ao tratarem da regionalização como estratégia para a integralidade do cuidado.

Entretanto, observa-se uma tendência de queda progressiva na adesão ao atendimento, com taxas inferiores a 62% a partir de 2023, mesmo com o número crescente de consultas agendadas. Esse fenômeno pode ser interpretado como reflexo das dificuldades estruturais enfrentadas pela rede de saúde na Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), marcada por alta demanda, desigualdades no acesso e desafios logísticos relacionados ao transporte e à continuidade do cuidado (Almeida; Pereira, 2023).

A literatura aponta que um dos principais determinantes para o absenteísmo em serviços ambulatoriais é a combinação de barreiras socioeconômicas e falhas no processo de comunicação entre usuários e unidades de saúde (Macinko; Lima-Costa, 2020). No contexto de Caucaia, município que integra a RMF, tais fatores podem ter se intensificado após a pandemia de COVID-19, que impactou de forma significativa a organização dos fluxos assistenciais e gerou, segundo Santos *et al.* (2021), uma "pandemia secundária" de descontinuidade nos tratamentos ambulatoriais.

Outro aspecto a ser considerado é a ampliação da capacidade de agendamento sem a correspondente expansão na resolatividade e no acolhimento, o que pode gerar frustração dos usuários e consequente elevação das faltas (Donabedian, 1988). A elevação de agendamentos verificada em 2023 (63.170) e a manutenção de altos números em 2024 (57.892) indicam uma tentativa do serviço em responder à demanda reprimida, mas que não se traduziu em um aumento proporcional das consultas finalizadas, permanecendo abaixo de 62%.

Este cenário reforça a necessidade de estratégias que promovam maior adesão ao atendimento, como o fortalecimento da regulação assistencial, o investimento em tecnologias

de comunicação para lembretes e confirmações de consultas, e o aprimoramento do transporte sanitário (Brasil, 2023). Além disso, políticas que considerem as especificidades territoriais da RMF podem ser fundamentais para superar os obstáculos identificados.

As implicações desse cenário são relevantes: a manutenção de altas taxas de absenteísmo pode resultar em desperdício de recursos públicos, além de reduzir a efetividade do modelo de regionalização. Esse modelo depende não apenas da expansão da oferta, mas da estruturação de fluxos assistenciais capazes de garantir o acesso efetivo. Como afirmam Viana *et al.* (2018), o sucesso da regionalização depende não apenas da oferta de serviços, mas da garantia do acesso efetivo, mediado por fluxos assistenciais bem estruturados.

Gráfico 2 – Produção Policlínica Regional Caucaia.



Fonte: Sistema Integrado de Gestão em Saúde - SIGES.

A análise da produção da Policlínica Regional de Caucaia entre os anos de 2020 a 2024 revela um panorama ambíguo: enquanto houve uma elevação expressiva no número de atendimentos agendados — passando de 37.965 em 2020 para um pico de 63.170 em 2023 —, a taxa de comparecimento dos usuários apresentou trajetória de queda, saindo de 76,96% em 2020 para 55,08% em 2024. A Figura 1 sintetiza graficamente essa tendência, comparando os agendamentos com os atendimentos efetivamente finalizados.

Essa discrepância crescente entre oferta e comparecimento pode ser compreendida à luz de diferentes estudos que abordam os determinantes da adesão a serviços de saúde ambulatorial e especializada. Segundo Malta *et al.* (2022), o primeiro ano da pandemia foi marcado por uma valorização da saúde individual e uma intensificação na procura por

cuidados médicos, motivada pela percepção de risco iminente. Esse cenário pode ter favorecido o alto engajamento inicial observado em 2020.

Em 2023, observa-se o maior número de atendimentos finalizados (38.683), o que pode indicar a realização de estratégias de busca ativa, mutirões ou ações específicas de gestão para reduzir filas e ampliar a produção. Contudo, o ano subsequente registra nova queda, evidenciando que tais ações, embora importantes, não substituem a construção de um modelo assistencial que promova continuidade e centralidade no cuidado. Como argumentam Giovanella *et al.* (2021), a efetivação das Redes de Atenção à Saúde depende, entre outros fatores, da integração entre APS e os pontos de atenção especializados, com fluxos coordenados e foco na longitudinalidade do cuidado.

Dessa forma, os dados da Policlínica Regional de Caucaia não apenas demonstram desafios estruturais de gestão e organização da oferta, mas também apontam para a necessidade de aprofundamento das estratégias de escuta, mobilização e co-responsabilização dos sujeitos em relação ao seu cuidado. A construção de vínculos, a redução de barreiras socioterritoriais e o fortalecimento da comunicação entre os níveis de atenção são condições indispensáveis para que os atendimentos agendados se convertam, efetivamente, em oportunidades terapêuticas concretas.

4.2 Uma Análise Comparativa entre as Policlínicas Regionais de Baturité e Caucaia

Observa-se que, em Baturité, houve uma relativa estabilidade tanto no número de consultas agendadas quanto nas taxas de comparecimento, com ligeira redução em 2024. Essa estabilidade pode indicar uma adequada organização da oferta e demanda de serviços, como discutem Mendes (2011) e Paim *et al.* (2011), ao abordarem a regionalização da saúde como estratégia para a racionalização do acesso.

Souza (2014) enfatiza que a análise de resultados deve considerar não apenas o desempenho quantitativo, mas também as condições estruturais e contextuais que sustentam tais indicadores, de modo a compreender se a estabilidade observada reflete efetivamente a eficiência do sistema ou se oculta desigualdades latentes no acesso e na utilização dos serviços.

Por outro lado, Caucaia apresentou um crescimento expressivo no número de consultas agendadas, sobretudo entre 2022 e 2023. Contudo, a taxa de comparecimento caiu significativamente, chegando a apenas 55% em 2024. Esse fenômeno pode refletir barreiras

ao acesso efetivo, como dificuldades logísticas, socioeconômicas ou organizacionais, aspectos amplamente discutidos na literatura sobre (Travassos; Martins, 2004; Starfield, 2002).

A discrepância entre consultas agendadas e efetivamente realizadas em Caucaia indica a necessidade de uma avaliação mais aprofundada dos determinantes locais que influenciam o absenteísmo que, segundo dados já registrados na planilha, é mais acentuado nessa unidade.

Conforme Lima *et al.* (2019), compreender as taxas de utilização e absenteísmo em serviços especializados é fundamental para o planejamento e a eficiência do SUS. Assim, esses resultados reforçam a importância do fortalecimento dos consórcios públicos de saúde, especialmente em regiões de maior vulnerabilidade e demanda reprimida.

A comparação entre as Policlínicas Regionais de Baturité e Caucaia revela tendências distintas na prestação de serviços ambulatoriais especializados no período de 2020 a 2024.

Em Baturité, observa-se uma estabilidade relativa na taxa de comparecimento, variando entre 74,5% e 79,2%, mesmo com oscilações moderadas no volume de agendamentos e finalizações. Esse padrão sugere uma gestão eficiente da oferta e da demanda, com mecanismos que favorecem o acesso e a adesão dos usuários aos serviços especializados. Segundo Mendes (2011), a articulação eficiente das redes de atenção à saúde depende da capacidade de integração entre os pontos de atenção, aspecto que parece ter sido mais bem alcançado em Baturité.

Por outro lado, Caucaia apresentou uma tendência preocupante de queda progressiva na taxa de comparecimento, que passou de 76,9% em 2020 para 55,1% em 2024, apesar do crescimento expressivo nas consultas agendadas, especialmente a partir de 2022. Esse descompasso sugere que, embora a capacidade instalada e a oferta de serviços tenham aumentado, persistem ou até se agravam as barreiras ao acesso efetivo — sejam elas de natureza socioeconômica, territorial ou organizacional (Travassos; Martins, 2004).

A literatura destaca que o absenteísmo em serviços de saúde especializados pode resultar de múltiplos fatores, incluindo o tempo de espera, a distância do domicílio até a unidade, a ausência de transporte adequado, bem como aspectos culturais e de percepção da necessidade de cuidados (Starfield, 2002; Lima *et al.*, 2019). No caso de Caucaia, a expressiva queda na adesão pode refletir a combinação desses fatores, exigindo uma análise mais aprofundada sobre o perfil dos usuários e os fluxos organizacionais.

Por sua vez, a análise descritiva, conforme apontam Gil (2008) e Cervo & Bervian (2002), constitui uma ferramenta indispensável para o diagnóstico situacional, permitindo

identificar padrões e tendências que orientem a formulação de políticas públicas. A partir dessa análise, evidencia-se a necessidade de intervenções específicas em Caucaia, que visem a melhorar as condições de acesso e permanência dos usuários, bem como a otimização dos processos de agendamento e acolhimento.

Conforme destacam Paim *et al.* (2011), a efetividade da regionalização da saúde depende não apenas da distribuição dos serviços, mas da sua capacidade de promover o acesso e a resolutividade das ações ofertadas, princípios fundantes do SUS.

Com base na análise descritiva dos dados das Policlínicas Regionais de Baturité e Caucaia, algumas recomendações podem ser propostas no sentido de qualificar o acesso e a resolutividade dos serviços especializados no âmbito do Consórcio Público de Saúde.

Em primeiro lugar, destaca-se a necessidade de fortalecimento da APS e dos mecanismos de regulação. A ampliação expressiva das consultas agendadas em Caucaia não foi acompanhada por uma melhoria proporcional na taxa de comparecimento, o que sugere falhas na articulação entre a demanda real e a oferta de serviços. Assim, recomenda-se aprimorar os processos de regulação, assegurando a priorização de casos que, de fato, demandam atenção especializada, bem como a integração efetiva entre os diversos pontos de atenção, conforme defendem Mendes (2011) e Starfield (2002).

Além disso, é fundamental adotar estratégias específicas para reduzir o absenteísmo, especialmente em Caucaia, que apresentou uma queda significativa na adesão dos usuários ao longo do período analisado. A literatura sugere medidas como a confirmação ativa das consultas por meio de ligações ou mensagens, a reorganização dos fluxos para reduzir o tempo de espera e a flexibilização de horários, facilitando o comparecimento dos usuários (Lima *et al.*, 2019).

Outro aspecto crucial diz respeito ao investimento em transporte sanitário e em melhorias logísticas. Sabendo-se que barreiras geográficas e dificuldades de locomoção são importantes fatores que contribuem para o absenteísmo (Travassos; Martins, 2004), recomenda-se o fortalecimento dos mecanismos de transporte assistencial, garantindo que os usuários, especialmente aqueles residentes em áreas mais distantes ou vulneráveis, tenham condições adequadas de acessar os serviços especializados.

Recomenda-se também a institucionalização de processos de monitoramento contínuo dos indicadores de desempenho das policlínicas, especialmente a taxa de comparecimento. A experiência de Baturité, que apresentou uma taxa mais estável ao longo dos anos, pode ser utilizada como referência para a formulação de boas práticas em gestão da

demanda e da oferta de serviços. A avaliação sistemática dos dados permite identificar falhas, promover ajustes e qualificar as ações ofertadas, conforme propõem Cervo e Bervian (2002).

Adicionalmente, ressalta-se a importância da realização de pesquisas qualitativas junto aos usuários das policlínicas, visando compreender, de forma mais aprofundada, os fatores subjetivos e contextuais que influenciam o não comparecimento às consultas. Essa abordagem, conforme Minayo (2010), é essencial para orientar intervenções mais sensíveis às especificidades locais e às necessidades da população.

Do ponto de vista macroestrutural, deve-se considerar, conforme analisa Souza (2006), que a consolidação de sistemas regionais de saúde enfrenta também desafios decorrentes da crise de legitimidade e de eficácia da proteção social, principalmente em contextos de precarização do trabalho e restrição fiscal. A ausência de mecanismos sólidos de redistribuição e a fragmentação institucional tendem a minar a capacidade do Estado de garantir a universalização e a equidade no acesso aos serviços. Nesse sentido, o fortalecimento da governança do Consórcio Público de Saúde exige, além de maior articulação entre os municípios consorciados, uma estratégia clara de enfrentamento das desigualdades territoriais e sociais, considerando os condicionantes estruturais que afetam a proteção social e os serviços de saúde.

Como discutido por Sousa (2006), o subfinanciamento compromete a legitimidade do sistema público de proteção social, uma vez que limita sua capacidade de resposta e redistribuição. Essa limitação gera crises simultâneas de capacidade, eficácia e legitimidade — que se manifestam na saúde por meio do absenteísmo, da falta de transporte sanitário, da rotatividade profissional e da dificuldade de implementação de políticas permanentes.

Nesse sentido, tanto o artigo quanto a análise das policlínicas convergem na necessidade de reforço da governança regional. Em contextos de consórcio intermunicipal como o do Ceará, a coordenação federativa é essencial. Segundo Sousa, Silva e Sousa (2024), a atuação conjunta dos municípios em consórcios para manutenção de policlínicas e serviços especializados tem sido uma alternativa concreta para driblar os limites orçamentários impostos.

Por fim, é imperioso reforçar a importância do fortalecimento da governança do Consórcio Público de Saúde, promovendo uma maior integração entre os municípios consorciados e buscando uniformizar processos de agendamento, acolhimento e atendimento, bem como qualificar os profissionais envolvidos e aprimorar a resolutividade das ações, conforme os princípios da regionalização do SUS (Mendes, 2011).

Essas recomendações, fundamentadas na literatura e na análise empírica realizada, visam contribuir para a qualificação da gestão e da oferta dos serviços especializados nas regiões de Baturité e Caucaia, promovendo, assim, avanços na garantia do acesso universal e igualitário à saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo avaliar o desempenho de dois Consórcios Públicos de Saúde no estado do Ceará, os consórcios de Baturité e Caucaia, com foco na análise de sua contribuição para a ampliação do acesso, qualificação da atenção especializada e fortalecimento da regionalização do SUS. Para isso, utilizou-se uma abordagem quantiquantitativa, articulando dados secundários de produção assistencial com entrevistas semiestruturadas com atores-chave da gestão.

Os achados evidenciaram avanços significativos na organização da atenção ambulatorial especializada, especialmente em função da indução estadual de políticas regionais. Observou-se, no entanto, que a experiência dos consórcios de Baturité e Caucaia é marcada por contrastes territoriais importantes. Enquanto uma das unidades analisadas demonstrou estabilidade nos indicadores de agendamento e comparecimento, refletindo uma articulação mais consistente entre oferta e demanda, a outra apresentou crescimento expressivo no volume de agendamentos, acompanhado de uma redução progressiva na taxa de adesão dos usuários.

Esse descompasso aponta para desafios concretos na garantia do acesso efetivo, que vão além da mera expansão da oferta. Os desafios identificados incluem dificuldades logísticas, limitações socioeconômicas, fragilidades na regulação da demanda e ausência de mecanismos de escuta qualificada dos territórios. Além disso, a análise revelou a necessidade de revisão dos fluxos organizacionais, reforço da articulação com a APS e aprimoramento dos instrumentos de monitoramento e avaliação.

A experiência analisada mostra que a gestão compartilhada por meio dos consórcios públicos pode ser uma alternativa viável para a regionalização da atenção especializada. Contudo, para que essa estratégia realmente cumpra seu potencial, é necessário garantir mecanismos eficazes de governança interfederativa, estabilidade financeira e uma integração consistente entre os entes consorciados. Sem esses elementos, corre-se o risco de que os consórcios se tornem meros instrumentos burocráticos, limitando seu impacto no fortalecimento do sistema de saúde.

Os consórcios públicos possuem um papel estratégico no fortalecimento dos direitos sociais, da cidadania e do SUS, ao promoverem a gestão compartilhada e a organização regionalizada dos serviços de saúde. Entretanto, é fundamental reconhecer as tensões e interesses diversos que permeiam esses arranjos. É preciso estar atento para garantir

que os benefícios cheguem de fato à população, evitando que interesses políticos ou econômicos se sobreponham às necessidades reais dos grupos mais vulneráveis.

Conclui-se que os consórcios públicos de saúde, embora representem uma estratégia de gestão importante para aprimorar os serviços do SUS, ainda requerem aprimoramentos substanciais em sua estruturação e gestão. A valorização da escuta ativa dos territórios, a promoção da corresponsabilização entre os entes federados e o fortalecimento da regulação do acesso são condições imprescindíveis para que o modelo consorciado cumpra plenamente sua função de garantir o acesso universal, integral e equitativo à saúde.

Dessa forma, esta pesquisa contribui para o campo da avaliação de políticas públicas ao oferecer evidências empíricas e teóricas sobre o desempenho de experiências regionais de consórcios públicos de saúde, propondo recomendações que podem orientar o aperfeiçoamento das políticas regionais de saúde e da governança interfederativa no âmbito do SUS.

Como toda pesquisa, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Em primeiro lugar, a análise concentrou-se em apenas duas experiências consorciadas, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras regiões ou contextos federativos. Ademais, a utilização de dados secundários pode apresentar lacunas relacionadas à padronização e à atualização das informações, o que impôs cuidados adicionais à interpretação dos achados.

Outro ponto a ser destacado é que as entrevistas foram realizadas com um número restrito de gestores e profissionais, embora tenha permitido captar percepções estratégicas sobre o funcionamento dos consórcios.

Diante disso, recomenda-se a realização de estudos comparativos com um número maior de consórcios públicos de saúde, bem como investigações que incorporem metodologias qualitativas mais amplas, com a inclusão da perspectiva dos usuários e trabalhadores dos serviços. Ademais, sugere-se o aprofundamento das análises sobre os arranjos de governança regional e os efeitos do financiamento federal e estadual sobre a sustentabilidade das experiências consorciadas.

Tais investigações futuras poderão contribuir de forma decisiva para o aprimoramento das estratégias de regionalização da atenção à saúde, promovendo maior equidade, efetividade e corresponsabilidade na gestão pública do SUS.

REFERÊNCIAS

- ABRÚCIO, F. L.; SANO, H.. **Associativismo intergovernamental: experiências brasileiras**. Fundação Instituto para o Fortalecimento das Capacidades Institucionais – IFICI / Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento – AECID / Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG. Brasília, DF: Editora IABS, 2013.
- ALMEIDA, M. H. T. DE. Recentralizando a federação?. **Revista de Sociologia e Política**, [s.l.], n. 24, p. 29–40, jun. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782005000100004>
- ALMEIDA, R. S.; PEREIRA, F. B.. Barreiras de acesso aos serviços de saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Saúde em Foco**, [s.l.], 2023.
- ANDRADE, L. O. M. DE; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T.. A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.], v. 8, n. 1/2, p. 84–92, 2000. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8778/3021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 jun. 2024.
- ANDRADE, Maria Goreti Macedo Lobo de. **Microrregiões de saúde: a experiência do Estado do Ceará**. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Políticas Públicas) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.
- ARCOVERDE, A. C. B.; ALBUQUERQUE, C. M. P.. Avaliação de impactos como modalidade de pesquisa qualitativa e problema de investigação: reflexões e resultados. **Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**, [s.l.], v. 3, p. 519–523, 2016. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/622287885/Avaliacao-de-impactos-como-modalidade-de-pesquisa-qualitativa-e-problema-de-investigacao>. Acesso em: 12 ago. 2025.
- BARBOSA, José Policarpo de Araújo. **A regionalização da saúde do Estado do Ceará**. Ceará: Secretaria da Saúde, 2013.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BATISTA, S. *et al.*. **Guia de Consórcios Públicos: o papel dos prefeitos e das prefeitas na criação e na gestão de consórcios públicos**. Brasília, DF: Caixa Econômica Federal, 2011.
- BOTTI, L.; SALVADOR, F. G.; ANDRADE, A. B.. Regionalização da saúde no Brasil: elementos para compreender os desafios da gestão interfederativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 6, p. 2047–2056, 2019.
- BRASIL. Senado Federal. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em:

https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 25 jun. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 02 jul. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 02 jul. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm. Acesso em: 10 jul. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm. Acesso em: 05 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 10 jul. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007**. Regulamenta a Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm. Acesso em: 06 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município : garantindo saúde para todos**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf. Acesso em: 02 mai. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que trata da organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e

dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 05 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portfólio da Rede de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Atividades das Policlínicas Regionais**, 2023.

CALDERAN, Thanabi Bellenzier. **Consórcio público intermunicipal de gerenciamento de resíduos sólidos domésticos**: um estudo de caso. Dissertação (Mestrado em Ambiente e Desenvolvimento) – Centro Universitário UNIVATES, Lajeado. 2013.

CAMPOS, Lilian Maria Salvador Guimarães. **Consórcios públicos na administração pública brasileira**: em busca de uma administração pública consensual. Dissertação (Mestre em Direito do Estado) – Universidade Federal do Paraná, Pouso Alegre, 2006.

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEIREDO, M. D.. Desafios do Sistema Único de Saúde frente à pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], 2022.

CARVALHO, F. F. B. DE; COHEN, S. C.; AKERMAN, M.. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas'. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe3, p. 265–276, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S320>

CEARÁ. **Lei n.º 17.006, de 30 de setembro de 2019**. Dispõe sobre a integração, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, das ações e serviços de saúde em Regiões de Saúde no Estado do Ceará. Fortaleza: Diário Oficial do Estado do Ceará, 2019. Disponível em: <https://bela.ce.gov.br/index.php/legislacao-do-ceara/organizacao-tematica/seguridade-social-e-saude/item/6785-lei-n-17-006-30-09-19-d-o-30-09-19>. Acesso em: 11 jan. 2025

CEARÁ. Assembleia Legislativa do Estado do Ceará. Instituto de Estudos e Pesquisas sobre o Desenvolvimento do Estado do Ceará. [Constituição (1998)] **Constituição do Estado do Ceará 1989**. Fortaleza: INESP, 2016. Disponível em: https://www.dhnet.org.br/dados/lex/a_pdf/constituicao_ce.pdf. Acesso em: 05 jun. 2024.

CEARÁ. **Portaria nº 2.061, de 08 de novembro de 2007**. Estabelece diretrizes para a criação e o funcionamento dos Consórcios Públicos de Saúde no Estado do Ceará. Fortaleza: SESA, 2007. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/portaria_2061-2007.pdf. Acesso em: 15 jul. 2024.

CEARÁ. **Relatório Anual de Gestão 2007**. Fortaleza: SESA, 2008. Disponível em: file:///C:/Users/Samsung/Downloads/relatorio_de_desempenho_da_gesto_sesa_2007.pdf. Acesso em: 04 jul. 2024.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Ceará. **Plano de Desenvolvimento da Atenção à Saúde**. Fortaleza: SESA, 2009.

CEARÁ. **Nova rede: perfil do programa**. 2011. Disponível em:

<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/rede-em-construcao/proexmaes/perfil-do-programa>. Acesso em: 14 set. 2024.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Plano Estadual de Saúde 2016–2019**. Fortaleza: SESA, 2016.

CELLARD, A. A Análise Documental. In: POUPART, J. *et al.*. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295–316.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

COLLIS, Jill. HUSSEY, Roger. **Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CUNHA, Camile Brito. **Análise das atividades desenvolvidas nos consórcios públicos de saúde: um estudo na região de Cascavel-CE**. 2023. Monografia (Graduação em Ciências Contábeis) – Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2023.

DIAS, M. DA C. S.; FONSECA, A. F.; CORDEIRO, H. A.. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, impasses e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 6, p. 1903–1914, 2018.

DONABEDIAN, A.. The quality of care: How can it be assessed? **JAMA**, [s.l.], v. 260, n. 12, p. 1743–1748. 1988. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>

DOURADO, D. DE A.; ELIAS, P. E. M.. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 45, n. 1, p. 204–211, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100023>

DUSSAULT, G.; FRANCESCHINI, M. C.. Recursos humanos em saúde: desafios para a gestão e a formação. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.], v. 44, p. e21, 2020.

ESTUDO SETORIAL ESPECIAL DE SAÚDE. **Ceará 2050: juntos pensando o futuro**. CEARÁ 2050, Diagnóstico Consolidado, Desenvolvimento do Ceará, entre 1987 - 2017. Fortaleza, 2018. Disponível em: <https://www.seplag.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/14/2020/07/1.6-Diagn%C3%B3stico-Consolidado.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2024.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **Governança federativa e políticas públicas no Brasil**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2022.

FARIAS, C. M. L. *et al.*. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 43, n. esp. 5, p. 190–204, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S516>

FERREIRA, Filipe Eduardo Miranda. **A Governança Multinível: Proposta de um modelo de avaliação de instrumentos de política pública territorial**. Tese (Doutorado em Administração

Pública) – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2022.

FLEURY, S.. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 35, n. 2, p. e00185218, 2019.

FRANZESE, C.; ABRUCIO, F. L.. A combinação entre federalismo e políticas públicas no Brasil pós-1988: os resultados nas áreas de saúde, assistência social e educação. *In*: FRANZESE, Cíbele *et al.* **Reflexões para Ibero-América: Avaliação de Programas Sociais**. Brasília: ENAP, 2009.

FRANZESE, C.. A dinâmica institucional do federalismo no Brasil: estratégia e processo na reforma da saúde. *In*: MELO, M. A.; REZENDE, F. **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. p. 121–152.

GADELHA, C. O. O.. Desafios para a regionalização e a garantia do direito à saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 45, n. spe1, p. 82–95, 2021.

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**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 1545–1566, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-76121478>

GERIGK, W.; PESSALI, H. F.. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 1525–1543, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-76121779>

GERSCHMAN, S.; BAPTISTA, T.. Consórcios públicos e regionalização da saúde no Brasil: desafios e potencialidades. **Revista de Administração Pública**, [s.l.], v. 56, n. 1, p. 45–63, 2022.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. *et al.*. A organização das redes de atenção à saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 466–479, 2021.

GONÇALVES, A. L. M.. **O conceito de governança: uma abordagem conceitual e analítica**. Brasília: ENAP, 2005.

GOMES, Sandra Cristina. **Fatores explicativos das diferentes estratégias de municipalização do ensino fundamental nos governos subnacionais do Brasil (1997-2000)**. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Departamento de Ciência Política, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

GOYA, Neusa. **Regionalização da saúde: cartografia dos modos de produção do cuidado e de gestão em saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação Saúde Coletiva com Associação Ampla da Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará e Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2017.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L.. Cooperação intergovernamental: os consórcios em saúde de Mato Grosso. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 67, p. 149–158, 2004. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/676286/v28-n67-maioago2004-149-158.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2024.

GUSSI, A. F.. Apontamentos teórico-metodológicos para avaliação de programas de microcrédito. **Revista Avaliação de Políticas Públicas (AVAL)**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 29–37, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

JULIÃO, K. S.; OLIVIERI, C.. Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 36, n. 3, p. e00037519, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037519>

JULIÃO, Karine Sousa. **Cooperação intergovernamental na saúde: os Consórcios Públicos de Saúde no Ceará como estratégia de coordenação estadual**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

JUNQUEIRA, A. T. M.; MENDES, Á. N.; CRUZ, M. DO C. M. T.. Consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo: situação atual. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 85–96, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-75901999000400010>

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LIMA, A. P. G. DE. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985–996, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400017>

LIMA, L. P.; DALLABRIDA, V. R.; PIRES, R. R. C.. **Eficiência e eficácia na gestão pública: avanços e desafios**. In: Encontro da ANPAD, [s.l.], 2012.

LIMA, L. D. DE. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013, v. 3, p. 73–139. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/98kjlw/pdf/noronha-9788581100173-05.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.

LIMA, L. D. DE *et al.*. Regionalização da saúde no Brasil: avanços, impasses e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 28, n. 1, p. 210–223, 2023.

LINHARES, P. DE T.; CUNHA, A.. Cooperação federativa: a formação de consórcios públicos no Brasil. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Brasil em Desenvolvimento 2010: Estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2010, v. 3, p. 551–564. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3796/3/Coopera.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2024.

LOPES, Clélia Maria Nolasco. **Sistemas microrregionais de serviços de Saúde no Ceará (1998 – 2006): implantação e resultados na utilização de internações hospitalares**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

LOTTA, G. S.. Governança multinível e políticas públicas: desafios para a cooperação federativa no Brasil. **Revista do Serviço Público**, [s.l.], v. 72, n. 4, p. 595–620, 2021.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F.. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, [s.l.], 2020.

MALTA, D. C. *et al.*. Desafios da assistência à saúde na pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 38, n. 1, 2022.

MÁRCIA, Helena; ELOY, Bruno. **O SUS e os consórcios públicos em saúde: da teoria à prática**. A experiência do Ceará. Fortaleza: INESP, 2019. p. 39. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_consortorios_publicos_saude_teorica_pratica.pdf. Acesso em: 05 mai. 2024.

MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MENDES, E. V.. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>

MENDES, E. V.. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 21 jun. 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça; CARNUT, Liliana. **Redes de atenção à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOTA, Maria Vaudelice. **Descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Ceará: a experiência na microrregião de Baturité**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

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. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000027>

NICOLETTO, S. C. S.; CORDONI JR., L.; COSTA, N. DO R.. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 29–38, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100004>

OLIVEIRA, V. E. DE. Municípios cooperando com municípios: relações federativas e consórcios intermunicipais de saúde no Estado de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 107–122, 2008. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_08.pdf. Acesso em: 08 mai. 2024.

OLIVEIRA, M. H. M. DE; ALMEIDA, C. M. M. DE. Consórcios públicos intermunicipais de saúde: estratégias para a regionalização no SUS. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 44, n. 126, p. 40–53, 2020.

PAIM, J. *et al.*. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, [s.l.], v. 377, n. 9779, p. 11–31, 2011. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

PAIM, J. *et al.*. A crise da COVID-19 e os desafios do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, [s.l.], 2021.

PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. **Financiamento do SUS na perspectiva municipal: contribuições do CONASEMS para o debate**. Brasília, DF: CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/08/Financiamento-do-SUS-na-perspectiva-municipal.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2024.

PEREIRA, Blenda; FALEIROS, Daniel. **Desafios do pacto federativo no financiamento das políticas públicas locais**. Brasília: Instituto de Estudos Governamentais, 2022.

PINTO, J. M.; SILVA, M. V.. Território, vulnerabilidade e promoção da saúde: reflexões sobre práticas intersetoriais no SUS. In: BOSI, M. L. M.; SOUSA, F. M. T.; JORGE, M. S. B. **Atenção psicossocial e intersectorialidade: práticas no SUS**. Fortaleza: EdUECE, 2019. p. 45–60.

PIOLA, Sérgio Francisco; SERVO, Luciana Moreira. **Financiamento e gasto público em saúde: desafios para o SUS**. Brasília: IPEA, 2021.

PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

REIS, A. T.. Experiência setoriais: o monitoramento nas áreas da educação e saúde. *In: Seminário: Gestão da Informação e Monitoramento de Políticas Sociais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). **Planejamento e Políticas Públicas**, [s.l.], n. 22, 2000. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/84>. Acesso em: 17 jun. 2025.

RIBEIRO, Wladimir Antônio. **Cooperação Federativa e a Lei de Consórcios Públicos**. Brasília, DF: CNM, 2007. Disponível em: https://www.ba.gov.br/seplan/sites/site-seplan/files/migracao_2024/arquivos/wp-content/uploads/Cooperacao_Federativa_e_a_Lei_de_Consorcios_Publicos.pdf. Acesso em: 18 jun. 2024.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: Métodos e Técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **SUS: o espaço da gestão inovadora e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros**. Campinas: Editora Saberes, 2009.

SANTOS, A. P. *et al.*. Impactos da pandemia de COVID-19 nos serviços de saúde ambulatoriais. **Cadernos de Saúde Pública**, 2021.

SANTOS, L. C.; MERHY, E. E.. Governança regional e consórcios públicos de saúde: análise crítica. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 25, p. e210387, 2021.

SILVA, Luciene Alice da; NOGUEIRA, Maria de Fátima Nepomuceno; SANTANA, Washington Willem Mendes de. **Consórcios públicos de saúde no Ceará: da implantação à gestão**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2014.

SOARES, M. DE N. M.. Governança pública: é verdade esse bilhete? Um deslocamento na análise do Decreto n. 9.203/2017 a partir da redução sociológica de Guerreiro Ramos. **Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais - RPPI**, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 202–231, 2025. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2525-5584.2025v10n1.69746>

SOUSA, F. J. P. DE. Globalização e condicionantes da proteção social no Brasil. *In: CARLEIAL NETO, A. Projetos Nacionais e Conflitos na América Latina*. Fortaleza: Edições UFC; Edições UECE, 2006. p. 173–187.

SOUSA, Natália Lima; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da; SOUSA, Fernando José Pires de. **Vivências e percepções: a realidade de Secretarias de Saúde municipais com o financiamento federal**. [s.l.], 2024.

SOUZA, C.. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 20–45, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TENDLER, Judith. **Bom Governo nos Trópicos: Uma visão crítica**. Rio de Janeiro: Revan; Brasília: ENAP, 1997.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YRRTVTLJfXMjRWPHvFDJvRg/?lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2025.

VIANA, A. L. D. *et al.*. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 6, p. 1791–1798, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>

VIEIRA, F. S.. Financiamento público da saúde: reflexões e perspectivas. **Revista de Administração Pública**, [s.l.], v. 56, n. 2, p. 251–271, 2022.

WATTS, R. L.. Origins of Cooperative and Competitive Federalism. *In*: GREER, S. **Territory, Democracy and Justice: Regionalism and Federalism in Western Democracies**. NY: Palgrave MacMillan, 2006.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Seção 1: Perfil do Respondente

1. Qual é o seu cargo/função no consórcio público ou unidade consorciada?
 - ☐ () Gestor
 - ☐ () Profissional de saúde
 - ☐ () Administrador local
 - ☐ () Outro: _____
2. Há quanto tempo você atua na área dos consórcios públicos de saúde?
 - ☐ () Menos de 1 ano
 - ☐ () Entre 1 e 3 anos
 - ☐ () Mais de 3 anos

Seção 2: Barreiras e Desafios

3. Quais são as principais barreiras enfrentadas no funcionamento do consórcio? (Marque todas as opções que se aplicam.)

- ☐ () Insuficiência de recursos financeiros
- ☐ () Falta de recursos humanos qualificados
- ☐ () Dificuldade de integração entre os municípios
- ☐ () Baixo suporte técnico ou político do governo estadual
- ☐ () Outros: _____

4. Como você avalia o suporte oferecido pelos governos estadual e municipais ao consórcio?
 - ☐ () Muito adequado
 - ☐ () Adequado
 - ☐ () Regular
 - ☐ () Insuficiente
 - ☐ () Muito insuficiente

5. Quais ações poderiam ser implementadas para superar os desafios enfrentados pelo consórcio?
 - ☐ () Aumento de repasses financeiros
 - ☐ () Melhor qualificação dos profissionais
 - ☐ () Reestruturação organizacional
 - ☐ () Maior articulação entre os municípios e o estado
 - ☐ () Outros: _____

Seção 3: Recursos Financeiros e Humanos

6. Os recursos financeiros disponíveis são suficientes para atender à demanda dos serviços de saúde?

- ☐ () Sim
- ☐ () Não

7. Como você avalia a utilização dos recursos financeiros pelo consórcio?

8. A equipe de profissionais de saúde do consórcio é suficiente em número e qualificação para atender às necessidades da população?
9. Existem dificuldades na contratação ou retenção de profissionais no consórcio?
- () Sim, frequentemente
 - () Sim, ocasionalmente
 - () Não

Seção 4: Contribuições para Redução das Desigualdades

10. Na sua opinião, os consórcios têm contribuído para melhorar o acesso à saúde nas regiões atendidas?

- () Sim, de forma significativa
- () Sim, mas ainda de forma limitada
- () Não
- Justifique _____

Os serviços oferecidos pelo consórcio atendem de forma satisfatória às necessidades dos diferentes municípios consorciados? Isto contribui para a equidade dos serviços de saúde no Ceará.

- () Sim
- () Parcialmente
- () Não
- Justifique _____

12. Como você avalia a contribuição dos consórcios para a redução das desigualdades regionais em saúde?

- () Muito positiva
- () Positiva
- () Regular
- () Negativa
- () Muito negativa
- Justifique _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado Pryscila Gomes Lobo como participante da pesquisa intitulada Avaliação de Dois Consórcios Públicos de Saúde Municipais no Estado do Ceará. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Sua participação é voluntária e consistirá de na coleta de dados que serão realizada entre 01/05/2025 à 30/05/2025, sendo obtidos a partir da análise por meio de entrevista individual com perguntas abertas e fechadas, e as informações obtidas na entrevista serão analisadas em momento posterior analisados como fonte de dados para a pesquisa. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos mínimos e podem estar relacionados ao constrangimento em responder a algum item da pesquisa, no qual você contará com a opção de não responder em todos os itens Para diminuir ou mesmo evitar esta situação, me comprometo a (respeitar caso não queira responder alguma pergunta, pausar a entrevistar caso sinta-se necessidade, constara no questionário a opção não responder, ou terminar a entrevista caso seja necessário). Se o/a Sr (a) aceitar participar, as respostas obtidas por esta pesquisa poderão contribuir para Os benefícios esperados com o estudo são voltados para a divulgação do conhecimento científico aos profissionais da área, aos gestores públicos e à população em geral. Isso permitirá compreender as conexões e interações no contexto dos consórcios públicos de saúde de Caucaia e Baturité. Além disso, ao fim da análise dos dados, pretende-se promover um momento de reflexão sobre o cenário atual, a regionalização e o desempenho dos Consórcios Públicos de Saúde . Se depois de consentir a sua participação o/a Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Destacar, ainda no convite, que a qualquer momento o participante poderá recusar a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garantir que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Pryscila Gomes Lobo
Instituição: Secretaria Estadual da Saúde do Ceará
Endereço: Rua Almirante Barroso nº 600, CEP: 600.60-230,
Telefones para contato: (85) 987498118.

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura