



PBPC
ISSN 2674-9432



Qualis A3
CAPES 2021-2024



DOI - Crossref

Latindex

Indexado no
Google Acadêmico

DESEMPENHO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO CEARÁ: uma análise comparativa entre Caucaia e Baturité

Priscila Gomes Lobo, Marcelo Davi Santos, Marcel Pereira Pordeus, Lara Holanda, Nathalie Costa Milhome, Rebeca de Oliveira Cardoso



<https://doi.org/10.36557/2674-9432.2026v5n1p2924-2957>

Artigo recebido em 20 de Janeiro e publicado em 20 de Março de 2026

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

O estudo avalia o desempenho dos Consórcios Públicos de Saúde nos municípios de Caucaia e Baturité (CE), analisando sua contribuição para a ampliação do acesso, a qualificação da atenção especializada e o fortalecimento da regionalização no Sistema Único de Saúde (SUS). Parte da concepção dos consórcios como arranjos institucionais estratégicos para reduzir desigualdades territoriais e promover a gestão compartilhada. A metodologia combina abordagens quantitativa e qualitativa, com análise documental, dados secundários do DataSUS e entrevistas semiestruturadas com gestores e técnicos. Os resultados indicam avanços na organização da atenção ambulatorial especializada, com destaque para o papel indutor do Estado na regionalização. Contudo, persistem desafios relacionados ao financiamento, à regulação da demanda e à articulação entre os níveis de atenção. A comparação entre os dois consórcios revela dinâmicas distintas de uso e adesão dos serviços. Conclui-se que os consórcios fortalecem o SUS regional, mas demandam aprimoramentos na gestão, no financiamento e na integração interfederativa.

Palavras-chave: SUS; Consórcio Público; Regionalização; Avaliação de Políticas Públicas; Ceará.



ABSTRACT

The study evaluates the performance of Public Health Consortia in the municipalities of Caucaia and Baturité (Ceará, Brazil), analyzing their contribution to expanding access, improving specialized care, and strengthening regionalization within the Unified Health System (SUS). It is based on the conception of consortia as strategic institutional arrangements to reduce territorial inequalities and promote shared management. The methodology combines quantitative and qualitative approaches, including document analysis, secondary data from DataSUS, and semi-structured interviews with managers and technical staff. The results indicate progress in the organization of specialized outpatient care, highlighting the State's role as an inducer of regionalization. However, significant challenges remain regarding financing, demand regulation, and coordination among levels of care. The comparison between the two consortia reveals distinct dynamics of service use and user adherence. It is concluded that health consortia strengthen regional SUS arrangements but require improvements in management, financing, and intergovernmental integration.

Keywords: SUS; Public Consortium; Regionalization; Public Policy Evaluation; Ceará.

Instituição afiliada – Priscila Gomes Lobo

Mestra em Avaliação de Políticas Públicas

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7506-6798>

Marcelo Davi Santos

Doutor e Mestre em Economia Aplicada

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4737-9068>

Marcel Pereira Pordeus

Doutor e Mestre em Políticas Públicas

Instituição: Universidade Estadual do Ceará (UECE)

E-mail: dr.marcelpordeus@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4317-0619>

Lara Holanda

Pós-Graduanda em Ensino de Línguas Estrangeiras

Instituição: Instituto Federal do Ceará (IFCE)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2218-4651>

Nathalie Costa Milhorne

Pós-Graduanda em Gestão em Saúde

Instituição: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5542-7427>

Rebeca de Oliveira Cardoso

Mestra em Avaliação de Políticas Públicas

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8928-3945>





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) (Milhome *et al.*, 2025). 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, houveram 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 de 1988 (CF/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 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).

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.

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).

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 (Milhome *et al.*, 2025). 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.

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?

2 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).

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. 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* (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).

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).

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. 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).

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.

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.

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.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantiqualitativa, 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 (Pordeus *et al.*, 2025).

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.

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.

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.

3.1 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. 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.

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.

3.2 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 específica 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.

4 RESULTADOS e DISCUSSÃO

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.

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. 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.

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).*



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 (Pordeus; Santos, 2025).

4.1 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 (Pordeus; Santos, 2025). 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 (Pordeus; Oliveira; Gonçalves; Fernandes, 2022), 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 (Pordeus; Santos, 2025). *“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 (Pordeus et al., 2025).

4.2 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”.



4.3 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 (Oliveira *et al.*, 2025). 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 (Oliveira *et al.*, 2025).

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.

4.4 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% |



DESEMPENHO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO CEARÁ: uma análise comparativa entre Caucaia e Baturité

Lobo *et. al.*

| | | | |
|------|--------|--------|--------|
| 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 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 (Pordeus; Pordeus; Mesquita, 2022), 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).

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



DESEMPENHO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO CEARÁ: uma análise comparativa entre Caucaia e Baturité

Lobo *et. al.*

| 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 resolutividade 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 1 - 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 (Oliveira *et al.*, 2025). 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.

4.5 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.

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 (Pordeus *et al.*, 2023). 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.

5 CONCLUSÃO

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 (Pordeus; Oliveira; Gonçalves; Fernandes, 2022).

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.

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.

REFERÊNCIAS

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 nomarco da reforma sanitária no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.],



v. 8, n. 1/2, p. 84392, 2000. Disponível em:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8778/3021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 jun. 2024.

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**, v. 3, p. 5193523, 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, J. P. de A. **A regionalização da saúde do Estado do Ceará**. Ceará: Secretaria da Saúde, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

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. 2025.

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. 2025.

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. 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 maio 2025.

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**.

BRASIL. 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.

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

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. 2026.

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.

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

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

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

CUNHA, C. B. **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.

DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748. 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>. Acesso em: 14 dez. 2025.



DOURADO, D. DE A.; ELIAS, P. E. M.. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 2043211, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100023>. Acesso em: 17 jan. 2025.

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

FARIA, C. A. P. de. **Governança federativa e políticas públicas no Brasil**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2022.

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

GADELHA, C. O. O.. Desafios para a regionalização e a garantia do direito à saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 45, n. spe1, p. 82395, 2021.

GERSCHMAN, S.; BAPTISTA, T. Consórcios públicos e regionalização da saúde no Brasil: desafios e potencialidades. **Revista de Administração Pública**, v. 56, n. 1, p. 45363, 2022.

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. 4663479, 2021.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **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. 9853996, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400017>. Acesso em: 14 jan. 2026.

LIMA, L. P.; DALLABRIDA, V. R.; PIRES, R. R. C. Eficiência e eficácia na gestão pública: avanços e desafios. *In: Encontro da ANPAD*, 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. 733139. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/98kjlw/pdf/noronha-9788581100173-05.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2025.

LIMA, L. D. de *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: avanços, impasses e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 2103223, 2023.

LOPES, C. M. N. **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**, v. 72, n. 4, p. 5953620, 2021.

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

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

MARTINS, G. de A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MILHOME, N. C.; SANTOS, M. D.; LOBO, P. G.; ARAUJO, M. V. A.; PORDEUS, M. P.; CARDOSO, R. de O.; OLIVEIRA, C. M. da S. A Programação Pactuada e Integrada (PPI) como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS: um estudo de caso no aprimoramento da assistência oncológica na região de saúde de Fortaleza, Ceará. **Revista de Geopolítica**, v. 16, n. 4, p. e658, 2025. Disponível em: <https://mail.revistageo.com.br/revista/article/view/658>. Acesso em: 16 mar. 2026.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 229732305, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 14 jan. 2026.

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

MENDES, E. V.; CARNUT, L. **Redes de atenção à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2020.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, M. H. M. de; ALMEIDA, C. M. M. de. Consórcios públicos intermunicipais de saúde: estratégias para a regionalização no SUS. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 40353, 2020.

OLIVEIRA, C. M. da S.; NUNES, G. P.; OLIVEIRA, M. N. de; PORDEUS, M. P. A Produção do Cuidado na Atenção Primária à Saúde: Uma Análise das Percepções dos Trabalhadores. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 16, n. 101, p. 17502–17519, 2025. Disponível em:



<https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3603>.
Acesso em: 16 mar. 2026.

OLIVEIRA, C. M. da S.; OLIVEIRA, M. N. de; PORDEUS, M. P. Círculos de Cultura como Ferramenta de Reflexão e Transformação no Trabalho em Saúde. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 16, n. 101, p. 17488–17501, 2025. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3604>. Acesso em: 16 mar. 2026.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 11331, 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8). Acesso em: 28 set. 2025.

PAIM, J. S. **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**, 2021.

PEREIRA, B. L. S. **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. 2025.

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

PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. **Financiamento e gasto público em saúde**: desafios para o SUS. Brasília: IPEA, 2021.

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

PORDEUS, M. P.; PORDEUS, C. L. V.; SANTOS, M. D.; ROCHA FILHO, R. A. .; JOSINO, J. da R.; FONTELES, J. C. P.; JOSINO, J. N. Políticas Públicas de Saúde: ações do Poder Judiciário no controle e efetivação do direito à Saúde no Brasil. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasil, São Paulo, v. 8, n. 19, p. e082759, 2025. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/2759>. Acesso em: 16 mar. 2026.

PORDEUS, M. P.; PORDEUS, C. L. V.; ROLIM, F. A. R.; NUNES, K. J. O.; E SILVA, E. D. S.; ARAÚJO, A. M.; DO AMARAL, M. S.; ALVES, S. R. M. Psicodinâmica do trabalho e sua implicância na saúde do trabalhador: contexto da Reforma Trabalhista. **REVISTA FOCO**, v. 16, n. 6, 2023. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/2344>. Acesso em: 16 mar. 2026.

PORDEUS, M. P.; PORDEUS, C. L. V.; MESQUITA, S. M. S. O trabalhador e a conjuntura do desemprego na pandemia de COVID-19: consequências para a saúde mental. **Conjecturas**, v. 22, n. 4, 2022, p. 359–373. Disponível em:



<https://doi.org/10.53660/CONJ-1264-V21>. Acesso em: 18 fev. 2026.

PORDEUS, M. P.; OLIVEIRA, R. N.; GONÇALVES, R. S.; FERNANDES, M. M. dos S. S. Governança e arranjos institucionais: a coparticipação como instalações para planejamento, controle e aperfeiçoamento das Políticas Educacionais no Estado do Ceará. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, v. 3, p. e78409, 2025. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/78409>. Acesso em: 16 mar. 2026.

PORDEUS, M. P.; SANTOS, K. P. dos. Arranjos Institucionais, coparticipação popular e governança em políticas públicas educacionais: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE)**, v. 12, n. 2, p. 105 – , 2025. Disponível em: <https://portal.unifafibe.com.br:443/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/1531>. Acesso em: 16 mar. 2026.

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**, v. 25, p. e210387, 2021.

SILVA, L. A. da; NOGUEIRA, M. de F. N.; SANTANA, W. W. M. 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**, v. 10, n. 1, p. 2023231, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2525-5584.2025v10n1.69746>. Acesso em: 14 jan. 2026.

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

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**, v. 23, n. 6, p. 179131798, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>. Acesso em: 28 jan. 2026.

VIEIRA, F. S. Financiamento público da saúde: reflexões e perspectivas. **Revista de Administração Pública**, v. 56, n. 2, p. 2513271, 2022.