



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

EDMILSON JOSÉ DOS SANTOS JÚNIOR

**DESCENTRALIZAÇÃO E COOPERAÇÃO FEDERATIVA NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE: O CASO DO CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO
DE JUAZEIRO DO NORTE – CE**

JUAZEIRO DO NORTE

2026

EDMILSON JOSÉ DOS SANTOS JÚNIOR

**DESCENTRALIZAÇÃO E COOPERAÇÃO FEDERATIVA NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE: O CASO DO CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO
DE JUAZEIRO DO NORTE – CE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Administração do Programa de Pós-Graduação em Administração do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Cariri, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Administração.

Linha de Pesquisa: Gestão, Desenvolvimento e Sustentabilidade.

Orientador: Prof. Dr. Ives Romero Tavares do Nascimento.

JUAZEIRO DO NORTE

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Cariri
Sistema de Bibliotecas

S237d Santos Júnior, Edmilson José dos.
Descentralização e cooperação federativa no Sistema Único de Saúde: o caso do
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte – CE / Edmilson José
dos Santos Júnior. – Juazeiro do Norte, CE, 2026.
106 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Ives Romero Tavares do Nascimento.

Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Cariri, Centro
de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Administração,
Juazeiro do Norte, CE, 2026.

1. Descentralização. 2. Cooperação federativa. 3. Consórcios públicos de saúde.
4. Regionalização. 5. Governança pública. I. Nascimento, Ives Romero Tavares do,
orient. II. Universidade Federal do Cariri. III. Título.

CDD 353.6

EDMILSON JOSÉ DOS SANTOS JÚNIOR

**DESCENTRALIZAÇÃO E COOPERAÇÃO FEDERATIVA NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE: O CASO DO CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA
MICRORREGIÃO DE JUAZEIRO DO NORTE – CE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Administração do Programa de Pós-
Graduação em Administração do Centro de
Ciências Sociais Aplicadas da Universidade
Federal do Cariri, como requisito para a
obtenção do grau de Mestre em Administração.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **IVES ROMERO TAVARES DO NASCIMENTO**
Data: 17/05/2026 21:45:51-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Ives Romero Tavares do Nascimento (Orientador)
Universidade Federal do Cariri

Documento assinado digitalmente
 **ELIAS PEREIRA LOPES JUNIOR**
Data: 05/05/2026 14:31:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Elias Lopes Pereira da Silva Júnior (Avaliador Interno)
Universidade Federal do Cariri

Documento assinado digitalmente
 **JAQUELINE DOURADO DO NASCIMENTO**
Data: 03/05/2026 12:58:54-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Jaqueline Dourado do Nascimento (Avaliadora Externa)
Universidade Federal do Cariri

Assinado por: **Helena Mafalda Martins Teles**
Num. de Identificação: 11666866
Data: 2026.05.18 15:03:54+01'00'

Prof.^a Dr.^a Helena Mafalda Martins Teles (Avaliadora Externa)
Universidade de Lisboa

Dedico esta dissertação ao Professor Dr. Ives Romero Tavares do Nascimento, que jamais soltou minha mão ao longo desta caminhada e fez de tudo para que este sonho se tornasse realidade. Sua confiança, dedicação e compromisso com a minha formação tornaram possível a conquista deste título.

AGRADECIMENTOS

A finalização desta dissertação simboliza o alcance de uma das principais metas da minha vida. Contudo, reconheço que a concretização deste trabalho acadêmico somente foi possível em razão das oportunidades que me foram dadas ao longo do caminho.

Primeiramente, agradeço a Deus pela vida, pela força e pela resiliência que me concedeu até aqui, permitindo-me construir minha trajetória pessoal, profissional e acadêmica, mesmo diante dos desafios.

Agradeço, de forma especial e prioritária, ao meu orientador, Prof. Dr. Ives Nascimento, por ter oportunizado, desde a graduação, minha inserção no campo da pesquisa e por ter enxergado em mim um potencial que, até então, era desconhecido até para mim mesmo. Sou profundamente grato pela paciência, atenção, rigor e generosidade ao longo de todo o processo formativo. O professor Ives é minha principal referência acadêmica e inspira, diariamente, meu percurso na universidade.

À Universidade Federal do Cariri, que é minha casa acadêmica desde 2018, onde percorri as etapas fundamentais da minha formação – graduação, especialização e, agora, o mestrado. Estendo meu agradecimento ao Laboratório Interdisciplinar de Estudos em Gestão Social (Liegs) e ao Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA), bem como a todos os professores e colegas que fizeram e fazem parte da minha trajetória universitária.

À minha família, expresso minha mais profunda gratidão. À minha mãe, Edna Luna (*in memoriam*), professora da rede pública de ensino, que dedicou 30 anos de sua vida ao magistério e deixou como maior herança o valor da educação. Ao meu pai, Edmilson Santos, exemplo de caráter, respeito e incentivo permanente aos estudos.

Às minhas irmãs, Karlla Luna e Élide Luna, que me cuidam e me amam como a um filho. Aos meus sobrinhos, Enzo Chikushi e Sara Landim, meu muito obrigado por tudo.

Agradeço, com imenso carinho, ao meu esposo, Bruno Barreto, companheiro de vida há 11 anos, que diariamente se dedica a tornar meus dias mais leves e felizes, abrindo mão de muitos projetos pessoais para que eu pudesse construir os meus. Aos meus filhos, Paulo Luna Barreto e Maria Luísa Luna Barreto, razão maior da minha existência. Maria Luísa chegou em nossas vidas na reta final do mestrado, como um verdadeiro presente de Deus.

Aos meus amigos e compadres Karol Muniz e Mateus Luna, que são uma extensão da minha família e cuja amizade me presenteou com meus afilhados, Pedro Henrique e Marina, minha eterna gratidão.

Registro também meu sincero agradecimento aos meus chefes imediatos, que demonstraram sensibilidade institucional e apoio concreto à minha trajetória acadêmica, possibilitando a conclusão do mestrado e a realização desta pesquisa de forma concomitante ao exercício das minhas funções como Assessor Técnico Especial na Prefeitura Municipal de Barbalha. Agradeço ao Dr. Guilherme Saraiva, Prefeito Municipal de Barbalha, à Catiane Landim, Secretária de Planejamento e Gestão, e ao Sandoval Barreto, Secretário de Assistência Social, pela confiança, compreensão e incentivo.

Agradeço também aos amigos que construí ao longo da vida e do trabalho: Fernanda Teles, Denise Miranda, Francina Barreto, Ézera Cruz, Fabiana Araruna, Thereza Raquel e Agnes Soares. A amizade de vocês é um bem precioso.

À minha banca de avaliação de mestrado, deixo meu sincero agradecimento à Prof.^a Dr.^a Helena Teles (Universidade de Lisboa) ao Dr. Elias Lopes Júnior (Universidade Federal do Cariri), pelas contribuições generosas, criteriosas e fundamentais para o aprimoramento deste trabalho. De maneira especial, agradeço à Prof.^a Dr.^a Jaqueline Dourado, integrante desta banca e figura fundamental na minha formação inicial como pesquisador, ainda na graduação, no âmbito da iniciação científica. Suas orientações precisas e seu incentivo permanente foram determinantes para consolidar as bases do meu percurso acadêmico.

Às minhas amigas do PPGA, Rossalyn Rebouças e Cristiane Porfírio, que nunca soltaram a minha mão ao longo desse percurso.

Aos gestores públicos que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa, compartilhando suas experiências e contribuindo para o avanço dos estudos organizacionais. Em especial, à Sra. Nerilane Lopes e à Sra. Sarah Rachel, pelo apoio decisivo na articulação das entrevistas.

Agradecimentos ao CNPq pelo financiamento do projeto A Descentralização Administrativa no Brasil, em Portugal e na França: Como tratam Educação, Saúde e Assistência Social?, à Funcap pelo financiamento do projeto O Liegs/UFCA nas mídias: Divulgando conhecimento a partir de uma pesquisa sobre descentralização, e à PRPI/UFCA pelo financiamento do projeto Análise da Descentralização Administrativa em Portugal e no Brasil: Educação, Saúde e Assistência Social.

Por fim, agradeço a todas e todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta dissertação se tornasse realidade. Cada gesto, palavra e apoio tiveram importância singular. Se fosse possível nomear a todos, certamente este espaço se transformaria em outra dissertação.

É com o coração repleto de gratidão que reconheço que, sob a graça de Deus, esta conquista se tornou possível.

E todas estas bênçãos virão sobre ti e te alcançarão.

Deuteronômio 28:2

RESUMO

Esta dissertação analisa o papel do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte como instrumento de descentralização e cooperação interfederativa das políticas públicas de saúde no Estado do Ceará. Trata-se de uma pesquisa aplicada, de abordagem qualitativa e caráter exploratório-descritivo, desenvolvida por meio de estudo de caso. As unidades de análise compreenderam gestores estaduais, gestores do consórcio e secretários municipais de saúde dos municípios consorciados, além de documentos institucionais e normativos relacionados à política de consórcios em saúde. A coleta de dados ocorreu por meio de pesquisa bibliográfica, análise documental e entrevistas semiestruturadas. O tratamento do *corpus* textual foi realizado com o *software Iramuteq*, enquanto a análise seguiu estratégia híbrida (dedutivo-indutiva) e triangulação entre as diferentes fontes de evidência. Os resultados indicam que o consórcio se consolidou como um mecanismo relevante de cooperação interfederativa, contribuindo para a organização regional da oferta de serviços e para a ampliação do acesso da população a procedimentos especializados. Contudo, o estudo também evidencia desafios relacionados à governança do arranjo consorcial, às assimetrias de capacidade administrativa entre os municípios e à dependência da coordenação estadual para a sustentabilidade do modelo. Conclui-se que os consórcios públicos representam instrumentos institucionais importantes para fortalecer a regionalização do SUS, embora sua efetividade dependa da articulação entre os entes federativos e do aprimoramento dos mecanismos de gestão e coordenação intergovernamental.

Palavras-chave: descentralização; cooperação federativa; consórcios públicos de saúde; regionalização; governança pública.

ABSTRACT

This dissertation analyzes the role of the Public Health Consortium of the Juazeiro do Norte Microregion as an instrument of decentralization and intergovernmental cooperation in public health policies in the state of Ceará, Brazil. It is an applied research with a qualitative approach and an exploratory-descriptive design, conducted through a case study. The units of analysis included state-level managers, consortium administrators, and municipal health secretaries from the participating municipalities, as well as institutional and regulatory documents related to health consortium policies. The data collection was carried out through bibliographic research, document analysis, and semi-structured interviews. The textual *corpus* was processed using the software Iramuteq, while the analysis followed a hybrid deductive-inductive strategy combined with triangulation across different sources of evidence. The results indicate that the consortium has consolidated itself as a relevant mechanism of intergovernmental cooperation, contributing to the regional organization of service provision and to the expansion of population access to specialized procedures. However, the study also highlights challenges related to the governance of the consortium arrangement, asymmetries in administrative capacity among municipalities, and the dependence on state coordination for the sustainability of the model. It is concluded that public consortia represent important institutional instruments for strengthening the regionalization of the Brazilian Unified Health System, although their effectiveness depends on coordination among federative entities and on the improvement of intergovernmental management and coordination mechanisms.

Keywords: decentralization; intergovernmental cooperation; public health consortia; health regionalization; public governance.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Posicionamentos quanto às características do federalismo brasileiro.....	35
Quadro 2 – Dimensões analíticas da descentralização	38
Quadro 3 – Sujeitos entrevistados e justificativas da seleção	49
Quadro 4 – Documentos analisados e suas finalidades e contribuições.....	52
Quadro 5 – População estimada dos municípios do CPSMJN	58
Quadro 6 – Leis municipais de ratificação do Protocolo de Intenções	59
Quadro 7 – Fluxos decisórios do CPSMJN	64

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa da Região Metropolitana do Cariri	18
Figura 2 – Lentes analíticas da pesquisa	28
Figura 3 – Ilustração de formas de associações nos consórcios.....	43
Figura 4 – Desenho do arranjo de cooperação vertical do CPSMJN	48
Figura 5 – Estrutura organizacional do CPSMJN atualizado	63
Figura 6 – Nuvem de palavras.....	70
Figura 7 – Análise de similitude	75

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACI	Ação Coletiva Institucional
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CE	Ceará
CEO	Centro de Especialidade em Odontologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CF	Constituição Federal
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CIM	Comunidades Intermunicipais
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
CN	Consórcio Nordeste
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPSMJN	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte
<i>FastMedic</i>	Sistema informatizado de regulação e agendamento utilizado nos consórcios de saúde do Ceará
FPE	Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
Funcap	Fundação Cearense de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
HCC	Hospital do Coração do Cariri
HMSA	Hospital Maternidade Santo Antônio
HMSVP	Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IR	Imposto de Renda
<i>Iramuteq</i>	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
Liegs	Laboratório Interdisciplinar de Estudos em Gestão Social
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas

PIB	Produto Interno Bruto
RMC	Região Metropolitana do Cariri
Scielo	Scientific Electronic Library Online
SESA	Secretaria da Saúde do Ceará
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFCA	Universidade Federal do Cariri

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Definição do objeto de estudo	16
1.2	Lacuna	22
1.3	Problema de pesquisa	24
1.4	Objetivos.....	26
1.4.1	Objetivo geral	26
1.4.2	Objetivos específicos.....	27
1.5	Pressupostos	27
1.6	Justificativa e relevância	29
1.7	Estrutura da dissertação	31
2	REFERENCIAL TEÓRICO	32
2.1	Federalismo brasileiro e sua relação com a descentralização	32
2.2	Descentralização: conceitos e perspectivas.....	36
2.3	Consórcios públicos em saúde: mecanismo de cooperação federativa e regionalização do SUS.....	41
3	METODOLOGIA	45
3.1	Caracterização do estudo	45
3.2	Descrição do local e participantes do estudo	47
3.3	Instrumentos e técnicas de coleta de dados	51
3.4	Processamento e análise dos dados	54
3.5	Procedimentos éticos da pesquisa	54
4	RESULTADO E ANÁLISE.....	56
4.1	Arranjos de governança, estrutura e fluxos decisórios	56
4.1.1	Arranjos de governança	56
4.1.2	Estrutura organizacional e fluxos decisórios	62
4.2	Regionalização, interiorização e acesso à média complexidade	65
4.3	Governança e coordenação entre Estado, CMPSMJN e Municípios	68
4.4	Mecanismos de financiamento e sustentabilidade institucional	71
4.5	Desigualdades territoriais e capacidade municipal	73
4.6	Desafios de gestão e institucionalização da política consorcial.....	76
5	CONCLUSÕES	79
5.1	Síntese da pesquisa	79
5.2	Verificação dos pressupostos	80
5.3	Análise teórica, metodológica e empírica	81
5.4	Lacunas para futuras pesquisas	81
5.5	Contribuições da pesquisa	82
	REFERÊNCIAS.....	83
	APÊNDICES	91
	APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista com Secretários de Saúde dos Municípios Consorciados	91
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista com o(a) Gestor de Saúde do Estado do Ceará..	92
	APÊNDICES C – Roteiro de Entrevista com Gestores do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte.....	93

APÊNDICE D – Roteiro de Análise Documental	95
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	97
APÊNDICES F – Declaração de Utilização Exclusiva de Dados Públicos	100
ANEXOS.....	101
ANEXO A – Termo de Anuência do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte.....	101
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	102
ANEXO C – Declaração de Validação.....	106

1 INTRODUÇÃO

Na introdução deste trabalho de mestrado, intitulado “Descentralização e Cooperação Federativa no Sistema Único de Saúde: o Caso do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte – CE”, tem-se a pretensão de apresentar uma breve exposição contextual do objeto de estudo, ou seja, o caso de um consórcio enquanto estratégia de descentralização da política de saúde no Brasil e, mais especificamente, no Cariri cearense.

A apresentação dessa temática se formaliza em um contexto no qual a descentralização de uma política pública ocupa o centro do debate e, de forma secundária, a cooperação intergovernamental, associada à arquitetura federalista, ganha força, dado o desenho político-institucional assumido por entes consorciados no Brasil. Nesse direcionamento, a construção desta seção introdutória organiza-se em: (i) definição do objeto de estudo; (ii) lacuna; (iii) problema de pesquisa; (iv) pressupostos; (v) objetivos; (vi) justificativa e relevância; e (vii) estrutura da dissertação.

1.1 Definição do objeto de estudo

Esta pesquisa integra o estudo comparado intitulado “Análise da Descentralização Administrativa em Portugal e no Brasil: Educação, Saúde e Assistência Social”¹, cujo objetivo é examinar as dinâmicas e os arranjos institucionais que orientam a descentralização administrativa nos dois países. No Brasil, o foco recai sobre o Consórcio Nordeste (CN), iniciativa interestadual que exemplifica mecanismos cooperativos na gestão de políticas públicas; em Portugal, a análise concentra-se nas Comunidades Intermunicipais (CIMS), formações regionais que se consolidam como instâncias descentralizadas de formulação e implementação de políticas públicas.

Adota-se a perspectiva analítica apresentada por Schneider *et al.* (2025), segundo a qual a descentralização consiste em um processo de organização da administração de uma nação-Estado, por meio do qual o governo central transfere e também compartilha com os entes subnacionais sua autoridade de escolha política, a gestão orçamentária e as decisões administrativas, em consonância com as demandas locais. Tal processo atribui à

¹ O referido estudo é conduzido pelo Laboratório Interdisciplinar de Estudos em Gestão Social (Liegs), da Universidade Federal do Cariri (UFCA). Conta com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap) e UFCA. Ademais, também envolve cooperação com instituições nacionais e internacionais, como *Conservatoire National des Arts et Métiers*, *Institute d'Administration des Entreprises*, Universidade de Lisboa e Universidade Federal da Bahia (UFBA).

descentralização características associadas ao aprimoramento da provisão de serviços públicos, bem como à ampliação da autonomia e da participação cidadã.

Schneider *et al.* (2025) ratificam o pensamento de autores clássicos do Brasil, como Falleti (2005), que analisa a descentralização como um processo social de (re)estruturação dos países latino-americanos, e Cavalcante (2011), que revisita teorias e conceitos ao sustentar que a descentralização não pode ser compreendida de forma monolítica, tampouco analisada apenas sob o viés de seus aspectos positivos ou negativos, uma vez que constitui uma realidade da administração pública brasileira. Esses autores (Falleti, 2005; Cavalcante, 2011; Schneider *et al.*, 2025) convergem ao compreender a descentralização como um fenômeno que se manifesta em diferentes dimensões (administrativa, fiscal e política) conforme o tipo de poder transferido e o grau de autonomia conferido. Ademais, Samuels (2004), Abrucio (2005) e Arretche (2009) atribuem ao Brasil a condição de um dos países mais descentralizados do mundo.

Ao se debruçar sobre tais experiências, identificam-se as estruturas de cooperação regional como instrumentos de fortalecimento das capacidades institucionais locais e de indução à descentralização territorial das políticas públicas (Flexa; Barbastefano, 2020; Andrade *et al.*, 2021; Biscarde *et al.*, 2024). Nesse escopo, os consórcios públicos emergem como arranjos intergovernamentais estratégicos, representando uma modalidade de gestão associada entre entes autônomos que compartilham objetivos comuns, denominado também como Ação Coletiva Institucional (ACI) (Leão; Perobelli; Ribeiro, 2024). Tais arranjos visam à prestação de serviços públicos de forma integrada, como estratégia para mitigar custos e aprimorar a operacionalização de políticas públicas (Brasil, 2005; Ceará, 2009).

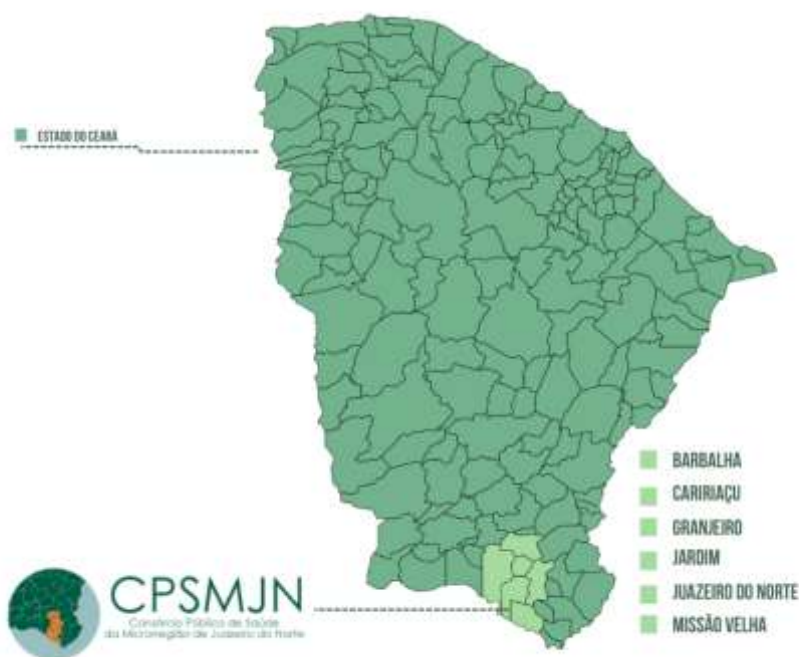
Instituídos pela Lei nº 11.107/2005, os consórcios públicos configuram-se como instrumentos jurídico-institucionais dotados de personalidade jurídica própria, possibilitando a gestão descentralizada e compartilhada de serviços públicos de interesse comum (Brasil, 1988; Brasil, 2005). Podem, também, ser compreendidos como iniciativas de inovação na Administração Pública, voltadas à superação das limitações estruturais e operacionais enfrentadas pelos municípios na execução plena de suas políticas (Flexa; Barbastefano, 2020). Nessa linha, Lui, Lima e Aguiar (2022, p. 146) os definem como “[...] um instrumento de agregação de interesses e aglutinação de esforços dos municípios de dada região para resolver demandas comuns [...]”.

No contexto brasileiro, uma das expressões mais relevantes da descentralização manifesta-se na cooperação entre os diferentes níveis federativos, especialmente no âmbito da política de saúde, que exige uma atuação coordenada entre Municípios, Estados e União (Lui; Lima; Aguiar, 2022). É nesse cenário que se destaca a figura do consórcio público vertical,

definido por Julião (2018) e Julião e Olivieri (2020) como uma forma de cooperação interfederativa que envolve entes de diferentes esferas de governo: União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em distintas configurações institucionais. Essa cooperação pode ocorrer, por exemplo, entre a União e os Estados, União e Municípios, Estados e Municípios ou ainda em arranjos mais amplos, que envolvem simultaneamente União, Estados e Municípios, ou a participação do Distrito Federal em parceria com os demais entes.

Sob essa perspectiva, o presente estudo toma como objeto de análise o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte (CPSMJN), situado na cidade de Barbalha, no Ceará. Trata-se de uma experiência concreta de consórcio vertical voltado à ampliação do acesso regionalizado aos serviços especializados de saúde, estruturado por meio de uma governança compartilhada entre o Governo do Estado do Ceará e alguns dos municípios integrantes da Região Metropolitana do Cariri (RMC)². O CPSMJN é composto, além do Estado do Ceará, por Barbalha, Cariri, Granjeiro, Jardim, Juazeiro do Norte e Missão Velha, ilustrado na Figura 1.

Figura 1 – Mapa da Região Metropolitana do Cariri



Fonte: Elaboração do autor (2026).

² A Região Metropolitana do Cariri (RMC), localizada no sul do Estado do Ceará, estrutura-se a partir do núcleo conurbado formado pelos municípios de Juazeiro do Norte, Crato e Barbalha, conhecido como CRAJUBAR, que constitui o segundo maior aglomerado urbano do Estado. Atualmente, é composta por nove municípios: Juazeiro do Norte, Crato, Barbalha, Jardim, Missão Velha, Cariri, Farias Brito, Nova Olinda e Santana do Cariri, abrangendo área territorial de 5.456,01 km².

Outrossim, o município no qual o consórcio está situado distingue-se por sua importância histórica, cultural e religiosa, bem como por sua crescente integração à rede de serviços públicos especializados de saúde, tendo estabelecido quatro hospitais no município: Hospital Maternidade São Vicente de Paulo (HMSVP), Hospital Maternidade Santo Antônio (HMSA), Hospital do Coração do Cariri (HCC) e Hospital *Gran Cariri*. Essas instituições são referências estaduais em oncologia adulta e pediátrica, cardiologia e neurologia, além de diversas clínicas.

Não obstante, ao abordar o assunto de descentralização das políticas públicas no Brasil, especialmente sob o enfoque dos consórcios públicos como instrumento de cooperação intergovernamental e regionalização do acesso aos serviços de saúde, cumpre destacar o marco institucional que inaugurou esse processo de ordenamento nacional: a promulgação da Constituição da República Federativa (CF) do Brasil de 1988 (Brasil, 1988). Este processo, o de descentralizar, apresenta-se de forma relevante, sobretudo, pela redefinição da arquitetura federativa brasileira, ao conferir aos municípios o *status* de ente federado autônomo, em igualdade com os estados e a União, no que se refere às camadas administrativas, políticas e fiscais (Grin; Abrucio, 2018).

Nesse enquadramento teórico-analítico, a Teoria Sequencial da Descentralização, defendida por Falleti (2005; 2006), merece destaque. A autora define, sob o ponto de vista da referida teoria, que a descentralização se qualifica como uma ação de alocação de responsabilidades e recursos entre entes subnacionais, organizada nas modalidades política, fiscal e administrativa.

O *paper* de Falleti (2006) classifica a descentralização administrativa como aquela mais ligada às áreas sociais, como educação, saúde e assistência social, com enfoque nas tomadas de decisão; a descentralização fiscal, por sua vez, diz respeito à capacidade dos governos subnacionais de criar novos mecanismos de arrecadação de renda, ampliando receitas locais e, conseqüentemente, sua autonomia financeira. Por último, a descentralização política caracteriza-se pela organização de espaços democráticos de escolha política, notadamente do ponto de vista eleitoral, com escolhas locais de governantes³.

Com isso, a CF de 1988 fixa as bases jurídicas da descentralização político-administrativa do Brasil, atribuindo autonomia política, administrativa e econômica aos

³ Para a autora, há, nos interesses políticos dos governos, uma preferência pela descentralização administrativa, seguida da fiscal e, por último, da política. O Brasil já no início da década de 1980 se distanciava do modelo de política desenvolvimentista e governo centralizador.

diferentes entes federativos. Em seu art. 1º, ao instituir a República Federativa do Brasil como formada pela união indissolúvel entre a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, consagra o princípio federativo, bem como a soberania popular, que fundamenta a organização descentralizada do Estado. Ademais, o art. 18 ratifica a organização político-administrativa que constitui o alicerce da descentralização nacional (Brasil, 1988).

Ao longo da Carta Cidadã de 1988 ainda são encontrados outros objetos que qualificam a repartição das competências entre os entes federativos. Nos arts. 23, 24 e 30, por exemplo, ficam estabelecidas as competências legislativas concorrentes e as atribuições específicas dos municípios, delineando de forma clara as responsabilidades compartilhadas na formulação e execução de políticas públicas. O art. 37, por sua vez, dispõe sobre os princípios da administração pública (legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência), fundamentais à gestão descentralizada e à cooperação federativa (Brasil, 1988).

Outrossim, extrai-se do texto constitucional, de forma expressa, a centralidade das políticas sociais no pacto federativo nacional, conferindo-lhes a condição de serviços públicos essenciais. Nos artigos 196 (saúde), 203 (assistência social) e 205 (educação), consagra-se o dever do Estado em garantir tais direitos, assegurando que a sua execução se dê sob a lógica de cooperação e da corresponsabilidade entre os entes federativos. Tal diretriz encontra respaldo na análise de Machado, Abrucio e Grin (2025), ao destacar que a construção de políticas sociais no Brasil depende de mecanismos coordenados de ação entre os entes subnacionais, o que implica em fortalecer capacidades locais sem abrir mão da coordenação nacional.

Machado, Abrucio e Grin (2025), por sua vez, identificam o Sistema Único de Saúde (SUS) a referência primária para a implementação dos princípios de universalização e descentralização no Brasil. A política de saúde evidencia uma articulação entre descentralização, regionalização e municipalização, sendo também neste campo que se manifestam os arranjos de cooperação federativa mais definidos, especialmente no tocante à dimensão fiscal e orçamentária do financiamento das políticas públicas de saúde.

Partindo dessa linha de pensamento, cumpre informar, segundo Grin e Abrucio (2021) que o princípio da descentralização político-administrativa assume papel central no arranjo federativo brasileiro, não apenas enquanto técnica de repartição de competências, mas como mecanismo normativo de coparticipação federativa na formulação e execução das políticas públicas, sobretudo em contextos marcados por assimetrias institucionais e fiscais entre os entes subnacionais.

Dessa maneira, a descentralização, notadamente promovida pelos consórcios públicos, concede aos municípios maior autonomia na gestão de serviços, ao mesmo tempo em que

promove a cooperação e o compartilhamento de recursos e acesso às políticas públicas. Este tipo de arranjo busca superar as limitações individuais dos municípios, principalmente aqueles com menor capacidade administrativa e financeira (Carvalho; Silva; Nicoletto, 2025).

Dessa forma, Arretche (2012) defende a ideia de que a descentralização no Brasil deve ser compreendida para além de uma lógica distributiva, revelando-se como um processo político-institucional que exige articulação e indução coordenada, especialmente por parte da União, a fim de evitar assimetrias e desigualdades no tocante às políticas sociais. Destarte, a universalização do acesso às políticas públicas, por sua vez, pressupõe a articulação entre autonomia local e indução federativa, sob uma lógica de corresponsabilidade, em consonância ao pensamento de Abrucio (2022), ao discutir o federalismo como ferramenta de enfrentamento às desigualdades.

Com efeito, a previsão constitucional nos termos do art. 241, conferindo legitimidade à gestão compartilhada (Brasil, 1988) e o posterior estabelecimento das normas para implantação dos consórcios públicos (Brasil, 2005), abrindo o caminho para o fortalecimento de arranjos institucionais capazes de enfrentar as desigualdades federativas, especialmente no campo das políticas públicas, onde as disparidades de capacidade entre os entes subnacionais ainda se apresentam como entrave à efetivação plena dos direitos sociais (Grin; Abrucio, 2018).

Ainda assim, de acordo com Machado, Abrucio e Grin (2025), a construção de uma capacidade federativa é essencial para que a descentralização produza resultados mais equitativos e efetivos. Essa capacidade depende principalmente do alinhamento entre autonomia local, coordenação nacional e cooperação entre os entes, sobretudo em contextos nos quais os municípios apresentam fortes desigualdades em termos de recursos, estrutura técnica e capacidade de gestão.

No campo específico da saúde, o estudo empreendido por Neves e Ribeiro (2006, p. 2.208) apresenta a ideia de que “[...] o processo de descentralização da política de saúde no Brasil levou a um significativo incremento das atividades e da participação dos municípios na provisão de serviços de saúde [...]”, sobretudo a partir da atuação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS). Os autores (Neves; Ribeiro, 2006) os classificam como estratégias de regionalização e hierarquização dos serviços que devem ser ofertados pelo SUS. De modo complementar, Gerigk e Pessali (2014) atribui aos CIS uma parceria celebrada entre entes federativos, localizados em regiões próximas, que juntos estabelecem acordos de financiamento de serviços compartilhados, dando à população o direito universal de acesso à saúde de qualidade no âmbito do SUS, atuando no sentido compensatório diante dos desequilíbrios econômicos e políticos oriundos do pacto federativo.

Importa dizer, nesta altura, que no caso do Estado do Ceará, existe um pioneirismo institucional relevante: a consubstanciada criação de um modelo estadual de consórcios públicos de saúde de natureza verticalizada, como iniciativa do governo do Estado, principalmente nas regiões do interior, com foco na gestão de policlínicas e Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) nos municípios cearenses. Esse modelo, regulamentado pela Lei Estadual nº 14.458/2009, deu origem a dezenas de consórcios distribuídos pelas diversas regiões do Estado, entre os quais se destaca o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte (Ceará, 2009; Julião, 2018; Julião; Olivieri, 2020; Carvalho; Silva; Nicoletto, 2025).

À vista disso, o CPSMJN se configura como um campo de pesquisa privilegiado, especialmente pela sua configuração vertical, superando de forma inovadora os entraves estabelecidos pela assimetria institucional e fiscal da federação no financiamento de políticas de saúde. Portanto, concluída a delimitação temática, passa-se à construção da lacuna investigativa e da problemática da pesquisa, as quais serão desenvolvidas nas seções seguintes.

1.2 Lacuna

Para a construção desta lacuna teórica, realizou-se uma busca na *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, em setembro de 2025, utilizando-se inicialmente o termo “consórcios públicos”, o que resultou em 18 pesquisas. Em seguida, empregou-se o termo “consórcios intermunicipais”, com o objetivo de mapear o estado da arte sobre a descentralização das políticas públicas de saúde e a atuação dos consórcios públicos, com especial atenção à experiência brasileira, obtendo-se como resultado 46 pesquisas.

Não foram aplicados filtros, sendo considerados todos os artigos completos disponíveis. Procedeu-se à leitura dos resumos de todos os trabalhos, selecionando-se aqueles que versam especificamente sobre consórcios de saúde, tanto estudos de natureza teórica quanto empírica. Assim, os artigos utilizados na construção da lacuna teórica desta pesquisa apoiam-se nos trabalhos de Carvalho, Silva e Nicoletto (2025), Julião e Olivieri (2020), Silva Júnior *et al.* (2020), Junqueira, Mendes e Cruz (1999), Almeida *et al.* (2022); Biscarde *et al.* (2024), e Lui, Lima e Aguiar (2022).

Constatou-se que, apesar do progresso no debate sobre regionalização e cooperação interfederativa, ainda há uma lacuna significativa de estudos organizacionais que visem a compreensão mais aprofundada dos mecanismos de governança interna, pactuação política e tomada de decisão nos consórcios, especialmente quando mediada por entidades estaduais,

conforme mencionado por Carvalho, Silva e Nicoletto (2025), em uma recente revisão sobre os consórcios de saúde no Brasil, sem delimitação temporal.

O estudo de Julião e Olivieri (2020) permanece como o mais próximo desta investigação, ao tratar da experiência pioneira dos consórcios públicos verticais no Ceará, incluindo o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte. No entanto, seu foco está restrito à análise da implantação da política pública, sem avançar na avaliação do seu desempenho institucional ou dos efeitos da descentralização no território.

Na mesma direção, Silva Júnior *et al.* (2020) analisam a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas no Ceará, enfatizando que, apesar de os consórcios não serem novidade, o Ceará se destaca pela cooperação interfederativa do Estado com os municípios, resultando em uma regionalização mais robusta e maior acesso aos serviços de saúde. Pinto *et al.* (2014) também exploram o CEO Regional de Sobral, mas não aprofundam sua pesquisa para compreensão das dimensões de governança interfederativa.

Estudos mais antigos, como o de Junqueira, Mendes e Cruz (1999, p. 96), ainda são fundamentais por apontarem questionamentos estruturais que continuam relevantes. Os autores perguntam diretamente: “[...] o governo estadual deve participar da estrutura administrativa do consórcio?” “[...] há bases jurídicas que possam garantir essa participação?” e ainda: “[...] como ficam os incentivos das políticas federais e estaduais na montagem de consórcios intermunicipais?”, sinalizando inquietações que permanecem atuais.

Na Bahia, Almeida *et al.* (2022) e Biscarde *et al.* (2024) se debruçam sobre experiências consorciadas e também identificam lacunas importantes. Para Almeida *et al.* (2022), ainda é escassa a produção acadêmica sobre instâncias de controle social e participação dos agentes políticos nos consórcios públicos de saúde. Já Biscarde *et al.* (2024, p. 12) apontam a “necessidade de outros estudos para análises mais aprofundadas sobre esse processo, a partir da concepção dos atores, dos pactos e do processo decisório”.

No contexto do Sul do país, Lui, Lima e Aguiar (2022), ao investigarem consórcios no Rio Grande do Sul, destacam que a relação entre consórcios e governos estaduais ainda carece de estudos com maior densidade analítica, especialmente no que diz respeito à sua capacidade de coordenação e indução federativa. De maneira convergente, Flexa e Barbastefano (2020, p. 336), após revisão sistemática da literatura, afirmam que “[...] há uma lacuna de trabalhos e publicações que tentam compreender, de forma detalhada e aprofundada, as estruturas e mecanismos de governança dos consórcios”. Na mesma linha, Lui, Schabbach e Nora (2020, p. 5073) reforçam que existe a “[...] necessidade de se realizar mais estudos sobre o tema, principalmente enfatizando a forma como os consórcios públicos se relacionam com outras

instâncias de gestão e controle social na área de saúde, bem como com outras esferas de governo”.

Com efeito, ao considerar o contexto da dimensão decisória dos consórcios, nota-se que, entre os sete estudos selecionados para subsidiar a elaboração desta lacuna, apenas três (Julião; Olivieri, 2020; Biscarde *et al.*, 2024; Lui; Lima; Aguiar, 2022) tangenciam, ainda que de maneira não abrangente a perspectiva de tomada de decisões, de práticas de gestão ou sobre os mecanismos de coordenação entre entes subnacionais e governos estaduais. Dessa maneira, o caso do CPSMJN, por sua estrutura verticalizada e relevância regional, oferece uma oportunidade singular para analisar como o Estado do Ceará articula, na prática, a descentralização político-administrativa com a cooperação federativa, e em que medida isso contribui (ou limita) a regionalização dos serviços públicos de saúde.

1.3 Problema de pesquisa

Em que pese a problemática desta pesquisa, vale salientar que, no contexto da descentralização brasileira, em suas dimensões política, fiscal e administrativa, as políticas sociais de educação, saúde, assistência social, saneamento e habitação popular assumiram papel estratégico no processo de reorganização do Estado, a partir da reconfiguração federativa promovida pela Constituição Federal de 1988 (Arretche, 1999).

Todavia, a descentralização no federalismo brasileiro tem se desenvolvido de forma marcada por assimetrias institucionais, capacidades estatais desiguais e forte dependência financeira dos entes subnacionais em relação à União, o que impõe limites à autonomia decisória e à efetividade das políticas públicas (Abrucio, 2005; Arretche, 2012). Nesse cenário, Abrucio e Franzese (2007) destacam que a descentralização, embora amplie responsabilidades locais, nem sempre é acompanhada da correspondente redistribuição de recursos e capacidades administrativas, produzindo tensões federativas e desafios adicionais à coordenação intergovernamental, sobretudo nas políticas sociais.

Para Arretche (2012), a descentralização brasileira caracteriza-se por uma ambivalência entre a delegação de responsabilidades e a manutenção do poder decisório e financeiro centralizado na União, o que exige mecanismos de coordenação eficazes para evitar a reprodução das desigualdades regionais e a fragmentação da ação pública. Contudo, a efetivação desse arranjo federativo tem demandado a construção de mecanismos institucionais capazes de responder aos desafios da gestão pública, especialmente no que se refere à superação

das desigualdades estruturais e às limitações orçamentárias enfrentadas pelos entes subnacionais (Cavalcante, 2011).

Nesse contexto, Arretche (2012) sustenta a ideia que o desenho institucional do federalismo brasileiro, embora formalmente descentralizado, não resultou, de modo efetivo, na plena autonomia da autoridade pública nos governos locais e subnacionais, uma vez que a própria Constituição Federal de 1988 preserva ampla centralidade legal e normativa à União. A lógica subjacente é que, ainda que os entes subnacionais (Estados, Municípios e o Distrito Federal) detenham garantias de escolha política e responsabilidades na gestão de políticas públicas, o desenho fiscal e a capacidade de implementação dessas políticas permanecem fortemente condicionados ao financiamento e às regras estabelecidas pelo Governo Federal, sobretudo no âmbito das políticas sociais.

Destarte, Abrucio (2022) ratifica que os desafios contemporâneos do federalismo, demonstrando que, embora a descentralização tenha ampliado a autonomia local, os entraves à sua efetividade decorrem da heterogeneidade das capacidades institucionais entre os entes, agravando as assimetrias na oferta de políticas sociais, sobretudo em contextos subnacionais com baixa densidade estatal.

Com isso, denota-se que o federalismo no Brasil conferiu uma configuração descentralizada à implementação das políticas públicas, especialmente nas áreas da saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990); da assistência social, por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (Brasil, 1993) e da educação, como o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) (Brasil, 2007; 2020).

Trata-se de sistemas complexos que operam como mecanismos de descentralização da gestão de recursos destinados a programas e projetos sociais, mas cuja efetividade encontra-se condicionada à estrutura administrativa, ao porte do ente subnacional e às suas capacidades estatais, bem como às tensões políticas inerentes ao arranjo federativo brasileiro. Esses aspectos relacionados às capacidades heterogêneas de governança, diante dos desafios da descentralização são amplamente discutidos por autores como Abrucio (2005), Abrucio e Franzese (2007), Cavalcante (2011) e Arretche (2012).

Nesse sentido, os consórcios públicos foram evidenciados como alternativa estratégica de gestão para mitigar os efeitos negativos da fragmentação federativa. No campo da saúde, os CIS têm se consolidado como instrumento institucionalizado com vistas a ampliar a oferta de serviços especializados e qualificar a gestão regionalizada, mediante racionalização de recursos e compartilhamento de capacidades administrativas (Neves; Ribeiro, 2006; Gerigk; Pessali,

2014). Todavia, sua eficácia depende de fatores como cooperação efetiva entre os entes, o desenho jurídico-institucional, a sustentabilidade financeira e o apoio político-administrativo (Julião; Olivieri, 2020; Lui; Lima; Aguiar, 2022).

Convém ressaltar, nesta altura, que algumas pesquisas empíricas mais recentes que investigaram realidades brasileiras de consórcios públicos de saúde (Julião; Olivieri, 2020; Almeida *et al.*, 2022; Lui; Lima; Aguiar, 2022; Biscarde *et al.*, 2024; Carvalho; Silva; Nicoletto, 2025; Lobo, 2025), evidenciam a nítida existência de limites correlacionados à governança interna, aos processos decisórios, à pactuação política e à articulação com os governos estaduais (ou até mesmo com os entes consorciados) e instâncias de controle social, ou seja, a ação de descentralizar por meio do consorciamento enfrenta fragilidades institucionais no que tange a sua habilidade de autonomia e autoridade sob as decisões, os orçamentos e a provisão do serviços público de saúde que é ofertado.

Dessa maneira, o objeto empírico desta pesquisa de mestrado, o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte, constituído institucionalmente como consórcio vertical e, portanto, marcado por uma significativa parte do financiamento do Governo do Estado do Ceará, tende a produzir dinâmicas específicas de poder e tensões distintas daquelas observadas em consórcios horizontais. Ademais, os municípios que compõem o CPSMJN apresentam portes populacionais e capacidades administrativas heterogêneas, abrangendo desde municípios de porte metropolitano até municípios de pequeno porte, o que adiciona camadas adicionais de complexidade às relações interfederativas.

Diante dessas considerações, o problema de pesquisa insta no seguinte questionamento: em que medida o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte tem atuado nas ações de descentralização e de cooperação interfederativa na oferta de serviços públicos de saúde no Estado do Ceará?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Analisar o papel do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte como instrumento de descentralização e cooperação interfederativa das políticas públicas de saúde no Estado do Ceará.

1.4.2 Objetivos específicos

- 1) Descrever a construção normativa e institucional dos consórcios públicos no Brasil, com ênfase nas diretrizes legais, modelos de governança e arcabouços regulatórios aplicáveis à política de saúde no Estado do Ceará;
- 2) Mapear a estrutura organizacional, os arranjos de governança e os fluxos decisórios do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte, considerando critérios de adesão, financiamento, pactuação e execução das ações consorciadas;
- 3) Verificar a atuação dos gestores públicos envolvidos com o consórcio, identificando as contribuições, limitações e potencialidades apontadas por esses atores para o acesso regionalizado aos serviços de saúde e para a efetivação da cooperação entre os entes federativos.

1.5 Pressupostos

Esta dissertação não opera com hipóteses no sentido de proposições preditivas a serem testadas por meio de desenho explicativo estatístico; em seu lugar, adota pressupostos analíticos que orientam a construção do problema, a delimitação do caso e a interpretação do material empírico. Dessa forma, esses pressupostos derivam do conhecimento acumulado na literatura sobre federalismo, descentralização e cooperação intergovernamental no Brasil, bem como das contribuições do campo da regionalização e da governança no SUS, funcionando como “lentes” interpretativas para a análise do CPSMJN.

O primeiro pressuposto parte da compreensão de que a descentralização das políticas sociais no Brasil combina autonomia subnacional e coordenação nacional, produzindo resultados condicionados por capacidades estatais desiguais. Assim, assume-se que a dinâmica decisória em arranjos descentralizados é atravessada por assimetrias fiscais e administrativas, o que tende a afetar a capacidade de formulação, implementação e sustentabilidade de ações regionais (Abrucio, 2005; Abrucio; Franzese, 2007; Arretche, 2012).

O segundo pressuposto sustenta que arranjos cooperativos interfederativos, como os consórcios públicos, constituem resposta institucional à fragmentação federativa e à insuficiência de escala municipal, mas não eliminam disputas políticas e problemas de coordenação. Parte-se da ideia de que o consorciamento pode produzir ganhos de escala, racionalização de recursos e ampliação do acesso regionalizado, ao mesmo tempo em que requer pactuação política contínua, regras claras de governança e mecanismos de decisão

capazes de acomodar interesses divergentes (Neves; Ribeiro, 2006; Gerigk; Pessali, 2014; Flexa; Barbastefano, 2020; Lui; Lima; Aguiar, 2022).

O terceiro pressuposto considera que, nos consórcios verticais, a presença do governo estadual tende a ampliar a capacidade de indução, financiamento e coordenação, podendo, entretanto, reconfigurar a autonomia municipal e a distribuição de poder decisório. Assume-se que a verticalização modifica a arquitetura de autoridade no arranjo cooperativo, exigindo atenção analítica à forma como se estruturam as arenas de decisão, os instrumentos de controle, os incentivos financeiros e os mecanismos de responsabilização (Julião, 2018; Julião; Olivieri, 2020; Grin; Abrucio, 2021; Carvalho; Silva; Nicoletto, 2025). Para melhor ilustração, a Figura 2 dispõe sobre a dinâmica pela qual as três principais “lentes analíticas” da pesquisa são construídas.

Figura 2 – Lentes analíticas da pesquisa



Fonte: Produção do autor (2026).

Em síntese, os pressupostos analíticos apresentados não pretendem antecipar conclusões, mas orientar o percurso interpretativo da pesquisa, delimitando dimensões a serem observadas no caso, governança, coordenação, financiamento, autonomia e indução, bem como

efeitos sobre a regionalização do acesso, e assegurando coerência entre o problema de pesquisa, os objetivos e as escolhas metodológicas.

1.6 Justificativa e relevância

Nesta seção expõem-se as justificativas teóricas, empíricas, institucionais e pessoais que motivam e sustentam a escolha pelo objeto de estudo. Inicialmente, justifica-se a relevância acadêmica-científica em razão da lacuna encontrada na literatura especializada. Em seguida, justifica-se a escolha do local de pesquisa, o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte, e os sujeitos, que são gestores ligados diretamente e indiretamente ao CPSMJN. Por fim, são delineadas as contribuições organizacionais, ressaltando uma conexão com a trajetória pessoal e profissional do pesquisador.

A escassez de estudos aprofundados sobre a governança e a dinâmica decisória dos consórcios públicos de saúde, especialmente no contexto do Ceará, evidencia uma oportunidade relevante de investigação científica. Embora a literatura reconheça os consórcios como importantes ferramentas de regionalização e cooperação interfederativa, como apontam Flexa e Barbastefano (2020) e Lui, Lima e Aguiar (2022), ainda são limitadas as análises que examinem como se estruturam internamente e como interagem com os diferentes níveis de governo. O caso específico do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte, apesar de sua relevância regional, permanece subexplorado quanto aos seus mecanismos institucionais e à sua capacidade de promover equidade no acesso à saúde pública. Dessa forma, esta pesquisa se justifica por sua contribuição potencial à compreensão da descentralização operada por meio da cooperação federativa, ao mesmo tempo em que oferece subsídios para o aprimoramento das práticas consorciais e da gestão territorial em saúde.

Ademais, a escolha do *lôcus* da pesquisa, o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte, justifica-se por sua relevância institucional e por constituir um modelo concreto de consorciamento vertical, coordenado pelo governo estadual e implementado por municípios consorciados. Inserido na macrorregião do Cariri cearense, o CPSMJN permite investigar, de forma qualificada, os efeitos da articulação interfederativa na estruturação regionalizada do acesso à saúde. Tal escolha contribui para o entendimento da governança consorciada em territórios de média complexidade demográfica, destacando aspectos como fluxos decisórios, financiamento e adesão de entes federados – elementos que permanecem pouco explorados na literatura especializada.

No tocante aos sujeitos da pesquisa, a investigação concentra-se nos secretários de saúde e gestores envolvidos diretamente com o consórcio. Essa escolha se justifica pela capacidade desses atores de oferecer uma visão estratégica e operacional do funcionamento da governança regional em saúde, permitindo uma análise que transcende o plano normativo e se ancora na percepção e nas práticas institucionais concretas. Ao capturar essas experiências e narrativas, a pesquisa reforça a centralidade dos sujeitos no estudo das políticas públicas e da gestão associada.

No que se refere à contribuição organizacional, a pesquisa se alinha diretamente aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), em especial ao ODS 3 – Saúde e Bem-Estar e ao ODS 16 – Paz, Justiça e Instituições Eficazes. Ao investigar os mecanismos de cooperação interfederativa em consórcios públicos de saúde, o estudo busca oferecer subsídios técnicos e analíticos para o aprimoramento das estruturas de governança regional, contribuindo para a efetividade, a equidade e a transparência dos serviços públicos de saúde em territórios descentralizados. A proposta também ressoa com os debates contemporâneos sobre inovação na gestão pública, governança interinstitucional e integração de políticas públicas em contextos federativos.

Por último, os aspectos pessoais e profissionais do pesquisador acrescentam profundidade reflexiva à seleção do objeto. A formação acadêmica, caracterizada pela iniciação científica e envolvimento em laboratórios interdisciplinares de pesquisa em políticas públicas, aliada à experiência prática como gestor público no nível municipal, fornece uma visão empírica, crítica e teórica da questão em estudo. Esse caminho não apenas justifica a escolha do tema, como também permite uma interação entre teoria e prática, um requisito essencial para a criação de conhecimento aplicado às realidades concretas do território.

Durante a graduação, o pesquisador foi bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic) no Laboratório Interdisciplinar de Estudos em Gestão Social da Universidade Federal do Cariri, participando do projeto de pesquisa denominado “A expansão do ensino superior brasileiro como estratégia de desenvolvimento territorial: o caso das novíssimas universidades federais”. Embora sob uma análise diferente, aquela pesquisa já examinou a relação entre instituições públicas, desenvolvimento regional e estrutura federativa, um tema que, com uma nova abordagem, é explorado em maior profundidade na presente dissertação.

A formação e a atuação do pesquisador na gestão de políticas públicas forjam a escolha do objeto do estudo, focado na cooperação interfederativa na área da saúde, com uma sensibilidade analítica em relação às desigualdades estruturais afetadas pela organização

assimétrica oriundas do modelo federalista brasileiro. Outrossim, os aspectos teóricos e empíricos reforçam uma pesquisa socialmente relevante, metodologicamente rigorosa, oportunizando a proposição de alternativas que forneçam subsídios para o aprimoramento das políticas públicas de regionalização do SUS.

1.7 Estrutura da dissertação

A dissertação está estruturada em cinco capítulos, além das referências e dos elementos pós-textuais. O primeiro capítulo apresenta a Introdução, na qual são discutidos o contexto da pesquisa, a delimitação do objeto de estudo, a lacuna teórica identificada na literatura, o problema de pesquisa, o objetivo geral e específicos, os pressupostos analíticos e a justificativa que fundamenta a relevância acadêmica e institucional da investigação.

O segundo capítulo apresenta o Referencial Teórico, no qual são discutidos os principais fundamentos conceituais que sustentam a análise da pesquisa. Nesse capítulo, são abordados o federalismo brasileiro e sua relação com a descentralização, as diferentes perspectivas teóricas sobre a descentralização administrativa e os consórcios públicos em saúde como mecanismos de cooperação federativa e regionalização do Sistema Único de Saúde.

O terceiro capítulo descreve a Metodologia, detalhando o delineamento da pesquisa, a caracterização do estudo, o local e os participantes investigados, bem como os instrumentos e técnicas de coleta de dados. Também são apresentados os procedimentos de processamento e análise das informações, além dos aspectos éticos que orientaram a condução da pesquisa.

O quarto capítulo reúne os Resultados e Análises, apresentando a discussão empírica do estudo a partir do caso do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte. Nesse capítulo são examinados os arranjos de governança e os fluxos decisórios do consórcio, o perfil dos gestores entrevistados, os processos de regionalização e acesso aos serviços de média complexidade, os mecanismos de coordenação entre estado e municípios, as formas de financiamento, bem como os desafios institucionais associados à gestão e à consolidação da política consorcial.

Por fim, o quinto capítulo apresenta a Conclusão, na qual são retomados os principais achados da pesquisa, destacando as contribuições do estudo para a compreensão da descentralização e da cooperação interfederativa no âmbito do Sistema Único de Saúde, bem como suas implicações para a gestão pública e para futuras agendas de pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Ao tratar do tema da descentralização federativa, é necessário utilizar uma base teórica que promova um diálogo aprofundado com o federalismo e, sobretudo, com as relações intergovernamentais que influenciam a implementação das políticas públicas nos diferentes níveis federativos. Nesse cenário, cumpre destacar as distintas formas de cooperação interfederativa, como os consórcios públicos, que constituem arranjos estratégicos para a execução conjunta e eficaz dessas políticas.

Ao direcionar a análise para o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte, enquanto ente público de relevância estratégica, este estudo propõe a discussão acerca da relação entre descentralização e os desafios que permeiam tal processo, incluindo a distribuição desigual do orçamento e a capacidade de governança de cada ente federativo. Neste trajeto, expõe-se ao leitor que a estratégia de descentralizar e regionalizar a política do Sistema Único de Saúde, por meio dos consórcios, consolidam uma estratégia para superar as desigualdades geradas pela estrutura federativa que foi estabelecida no Brasil desde a promulgação da Constituição Cidadã, em 1988.

Dessa maneira, construiu-se um referencial teórico que aborda a cooperação e a descentralização administrativa por meio dos consórcios públicos e sua relação com a ampliação do acesso e melhoria das práticas de gestão do Sistema Único de Saúde. Por isso, este capítulo está organizado em três seções, apresentadas adiante.

A primeira, “Políticas públicas no Brasil e o contexto do federalismo no seu novo desenho federativo”, aborda o desenho das políticas públicas e a influência do federalismo em seu planejamento, execução e financiamento. A segunda, “Descentralização: conceitos e perspectivas”, apresenta conceitos e abordagens diferentes, em especial a sua dimensão administrativa. E a terceira, “Consórcios públicos em saúde: mecanismo de cooperação federativa”, examina as formas de consorciamento e suas estratégias de cooperação federativa, sobretudo o modelo verticalizado, por ser a estratégia de cooperação adotada no objeto de estudo em tela.

2.1 Federalismo brasileiro e sua relação com a descentralização

A análise do federalismo brasileiro evolui por diversas perspectivas ao longo do tempo: Souza (2008) e Abrucio e Franzese (2009) ressaltam elementos híbridos que mesclam competitividade e cooperação; Arretche (2004) destaca a centralização prática da União; Soares

e Machado (2018) abordam o federalismo como um princípio constitucional e um meio de distribuição do poder; Machado e Palotti (2015) enfatizam a predominância da centralização normativa e financeira; e estudos mais recentes, como Arretche (2012) e Abrucio (2022), exploram os desafios da descentralização diante das desigualdades regionais e das disparidades nas capacidades institucionais frente ao federalismo brasileiro. O percurso dos debates define a lógica desta seção, que procura entender de que maneira as diversas formas de centralização e descentralização afetam a aplicação das políticas públicas no Brasil e a eficácia dos arranjos federativos⁴.

No âmbito deste debate, o trabalho “Federalismo e descentralização: um estudo comparado entre os modelos brasileiro e espanhol”, de Oliveira (2020), enriquece a compreensão do processo de organização do Estado brasileiro. O autor expõe o federalismo como um mecanismo de administração da diversidade, especialmente relevante em um país plural como o Brasil, uma vez que permite a descentralização de interesses regionais sem comprometer a unidade do Estado. Além disso, ao diferenciar soberania de autonomia, o autor enfatiza que o federalismo se fundamenta em um acordo entre a União e os estados, onde a primeira possui soberania, enquanto os entes subnacionais exercem autonomia dentro dos limites constitucionalmente definidos.

De acordo com Souza (2008) existe uma complexidade na discussão de federalismo, pois existem múltiplas perspectivas e correntes que analisam este fenômeno, como o federalismo entendido como descentralização das atividades políticas e econômicas, como pacto ou como forma de democracia. A autora enfatiza que, além dos diferentes enfoques, sempre há interesses políticos e econômicos que dificultam a compreensão quanto ao federalismo enquanto fenômeno plenamente unitário. O federalismo, sobremaneira, deve ser entendido em suas múltiplas dimensões, considerando que sua aplicação prática raramente se apresenta de maneira uniforme, estando sujeita a pressões e conflitos inerentes à organização do poder no Estado.

Soares e Machado (2018) indicam que a definição de federalismo pode parecer mais simples quando observada apenas pela lógica da constituição de um Estado nacional, visto como um preceito constitucional que organiza e distribui o poder político, subdividindo a estrutura do Estado principalmente entre um poder central e outro descentralizado.

⁴ Cumpre destacar que esta seção privilegia a produção acadêmica nacional, considerando que o objetivo é examinar o federalismo a partir de sua configuração constitucional e institucional no Brasil, não se propondo, neste momento, a realizar análise comparada com experiências internacionais.

Nesse sentido, percebe-se convergência com Souza (2008), pois embora exista estreita relação entre descentralização e relações intergovernamentais, os conceitos não se confundem, tratando-se de dimensões distintas. Vale salientar que, mesmo entre Estados que adotaram a descentralização por meio da constituição de federações, observa-se ampla variação nos níveis de concentração do poder, resultando em arranjos institucionais e políticos bastante diversos.

No contexto das políticas públicas, Soares e Machado (2018) destacam que o desenho da descentralização entre os entes subnacionais reflete diretamente nos resultados e na operacionalização das políticas, seja em termos de *accountability* ou *responsiveness*⁵, seja em relação à eficiência das ações governamentais e à definição de estratégias econômicas do país. Outrossim, Abrucio e Franzese (2009) afirmam que o federalismo brasileiro exerce forte influência sobre as decisões dos gestores públicos e a organização territorial, afetando não apenas as macroestruturas políticas, mas também o funcionamento das políticas públicas, incluindo investimentos e competências tributárias.

Ademais, os citados autores (Abrucio; Franzese, 2009) distinguem federalismo competitivo e cooperativo: no modelo competitivo, cada ente federativo atua de forma autônoma, com competências claramente delimitadas, favorecendo a independência, mas potencialmente estimulando disputas entre estados e municípios ou redução de investimentos sociais, fenômeno conhecido como *race to the bottom*; no modelo cooperativo, predomina a colaboração, com repartição de responsabilidades e coordenação para reduzir desigualdades horizontais e promover integração social e territorial por meio da coordenação entre União, estados e municípios. Nesse sentido, alguns autores identificam no Brasil uma configuração híbrida, com elementos tanto competitivos quanto cooperativos, como destacado por Abrucio e Franzese (2009) e Souza (2008).

Em contraponto, Arretche (2004) enfatiza que, na prática, o federalismo brasileiro tende a se aproximar de um padrão centralizado, em que a União desempenha papel predominante na coordenação e indução das políticas públicas. A autora observa que a descentralização da execução de políticas é compatível com a centralização da autoridade, mesmo em estados federativos, argumentando que a descentralização da execução de políticas é compatível com a centralização da autoridade, mesmo em estados federativos, destacando que as prioridades

⁵ *Accountability* refere-se aos processos de transparência presentes em todas as etapas do ciclo de políticas públicas, incluindo definição de metas, prestação de contas e avaliação de resultados, enquanto *responsiveness* corresponde à capacidade das instituições públicas de responder de forma efetiva e célere às demandas da sociedade, assegurando legitimidade e eficácia às ações governamentais.

políticas dos governos subnacionais podem ser largamente afetadas pela estrutura de incentivos derivada de suas relações com níveis superiores de governo.

Machado e Palotti (2015) reforçam essa perspectiva, apontando que, embora a Constituição de 1988 preveja o compartilhamento de competências entre União, estados e municípios, a implementação prática das políticas evidencia forte centralização normativa e financeira, com a União mantendo posição central na formulação das políticas e na indução de seus resultados. Para organizar e sintetizar a diversidade epistemológica dos autores, é útil apresentar o seguinte Quadro 1.

Quadro 1 – Posicionamentos quanto às características do federalismo brasileiro

AUTOR	POSICIONAMENTO SOBRE O FEDERALISMO BRASILEIRO	OBSERVAÇÃO SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS
Arretche (2004)	Federalismo centralizado na prática	Evidencia a verticalização e indução das políticas públicas
Souza (2008)	Federalismo híbrido: coexistem elementos competitivos e cooperativos	Destaca complexidade da descentralização e heterogeneidade entre Estados federativos
Abrucio e Franzese (2009)	Federalismo híbrido: coexistem elementos competitivos e cooperativos	Impacta decisões de gestores públicos, investimentos públicos e coordenação entre os entes
Arretche (2012)	Descentralização com manutenção de controle central	Insta a dualidade entre descentralização formal e coordenação central da União
Machado e Palotti (2015)	Federalismo centralizado, apesar da descentralização formal	Destacam a centralidade da União na implementação das políticas públicas
Soares e Machado (2018)	Federalismo como preceito constitucional e instrumento de distribuição de poder	Ressaltam que o federalismo e a descentralização afetam na <i>accountability</i> e <i>responsiveness</i>
Abrucio (2022)	Federalismo com desafios estruturais de coordenação e desigualdades	Pontua-se como foco as limitações decorrentes das disparidades regionais e das capacidades institucionais desiguais

Fonte: Produção do autor (2026).

O Quadro 1 não se restringe a uma organização cronológica, mas busca evidenciar as diferentes perspectivas analíticas sobre o federalismo brasileiro, com destaque para as convergências, inflexões, bem como a permanência no debate ao longo do tempo. Identificam-se, evidentemente, os “deslocamentos interpretativos”, sobremaneira no que tange ao (re)conhecimento sobre as desigualdades regionais e das capacidades institucionais como variáveis explicativas mais recentes. Essa interpretação mostra que o debate não evolui de maneira linear, mas ao contrário, observando-se uma correlação na exposição da literatura que ora enfatiza a centralização normativa e financeira da União, ora ressaltam elementos híbridos de cooperação e competição entre os entes federativos. Nessa lógica, o referido quadro

evidencia um campo de estudos analítico plural, onde distintas abordagens tecem continuidade no diálogo sobre a arquitetura federativa brasileira.

Dessa maneira, infere-se que o debate sobre federalismo e descentralização administrativa no Brasil adquire especial relevância ao considerar as complexidades da prestação de serviços públicos, conforme discutido por Arretche (2012) e Abrucio (2022). Arretche (2012) argumenta que a descentralização no Brasil se manifesta por meio de uma dualidade entre centralização e dispersão do poder, em que a União mantém controle significativo sobre as políticas públicas, mesmo com a transferência formal de responsabilidades para estados e municípios prevista pela Constituição de 1988. Essa configuração, embora assegure certa autonomia local, também impõe desafios à coordenação e à eficiência da execução dos serviços públicos, particularmente em razão de limitações financeiras e políticas enfrentadas por cada ente federativo.

Complementando essa análise, Abrucio (2022) observa que, apesar de o federalismo brasileiro ter sido concebido para promover equidade e eficiência, esses objetivos frequentemente encontram obstáculos devido às desigualdades regionais e às capacidades institucionais desiguais entre os entes federativos. Tais disparidades dificultam a plena realização do potencial da descentralização, sobretudo em contextos de gestão pública que exigem maior coesão, integração e suporte institucional, evidenciando a necessidade de mecanismos de coordenação mais robustos e políticas de equalização que promovam efetividade e equidade na prestação de serviços.

Este debate evidencia que, para compreender arranjos institucionais como os consórcios públicos, é imprescindível situá-los no contexto do federalismo brasileiro, caracterizado por um híbrido complexo, no qual coexistem elementos de centralização normativa e financeira e descentralização operacional, especialmente na implementação de políticas públicas nas áreas de saúde, educação e assistência social. A análise desses diferentes padrões de federalismo permite compreender tanto a autonomia formal conferida a estados e municípios quanto as limitações e induções praticadas pela União, esclarecendo como os arranjos federativos influenciam a governança e a eficácia das políticas públicas no Brasil.

2.2 Descentralização: conceitos e perspectivas

A produção acadêmica a respeito da descentralização é variada, tanto na esfera epistemológica, isto é, de caráter mais teórico, quanto em termos de definição, categorização e críticas. Esse fenômeno é claramente fundamentado pelo extenso e histórico debate em torno

dessa temática. Segundo Guinmarães (2002), além da variedade presente nesse tema, é igualmente relevante ter em consideração que as abordagens são múltiplas em relação a área do conhecimento que se dedica à descentralização, tais como: ciências econômicas, políticas, administração pública, entre outras.

Conforme o citado autor (Guinmarães, 2002), nas ciências econômicas, o foco reside na transferência das responsabilidades referentes às ações econômicas do setor público para o privado. Na sociologia, o assunto aborda uma prática de gestão que tem como objetivo aumentar a autonomia, a responsabilidade e o poder de decisão, direcionando-se mais para o exercício da cidadania. Na esfera da administração pública, exemplificado pela presente pesquisa referente ao consórcio público de saúde da microrregião de Juazeiro do Norte, observa-se a sua atuação como um instrumento de diluição política no contexto da arena decisória. Em outras palavras, possibilita um processo denominado desconcentração, o qual consiste na transferência de atribuições administrativas do serviço nacional para os entes regionais e locais.

Schneider (2003) reconhece três dimensões fundamentais da descentralização: a fiscal, a administrativa e a política. A primeira refere-se à capacidade do governo central em disponibilizar recursos aos entes subnacionais, abrangendo os mecanismos de arrecadação e a autonomia financeira. A descentralização administrativa, por sua parte, diz respeito ao grau de autonomia conferido às esferas subnacionais na execução de atribuições, ressaltando a intensidade do controle exercido pelo governo central sobre essas instâncias. A descentralização política está relacionada ao aprimoramento da representatividade e da governança em instâncias locais, assegurando uma participação ampliada dos entes federativos nos processos decisórios.

Falleti (2006) continua nessa linha, sob enfoque analítico da Teoria Sequencial da Descentralização, ressaltando que essas dimensões não se apresentam de maneira isolada, mas, ao contrário, de forma interdependente, podendo se evidenciar em diferentes sequências ou intensidades, conforme a estrutura institucional de cada federação. No bojo desse debate, Guinmarães (2002) propõe uma dimensão adicional, a social, voltada à ampliação da participação da sociedade civil e à legitimação das instituições descentralizadas.

Entretanto, essa perspectiva permanece menos recorrente na literatura quando comparada às dimensões administrativa, fiscal e política, amplamente adotadas nos estudos sobre descentralização. Diante da diversidade de enfoques presentes na produção acadêmica, torna-se pertinente sistematizar essas dimensões em uma estrutura comparativa, de modo a evidenciar suas especificidades analíticas e suas contribuições para a compreensão do fenômeno descentralizador. Nesse sentido, o Quadro 2 sintetiza as principais dimensões da descentralização, organizando-as conforme o foco estruturante, o tipo de competência

transferida, os efeitos institucionais decorrentes e os principais autores que fundamentam cada perspectiva.

Quadro 2 – Dimensões analíticas da descentralização

DIMENSÃO	FOCO PRINCIPAL	O QUE É TRANSFERIDO	EFEITO INSTITUCIONAL	PRINCIPAIS AUTORES
Fiscal	Distribuição de recursos e competências tributárias	Poder de arrecadar, gerir receitas e acessar transferências intergovernamentais	Amplia ou restringe a autonomia financeira dos entes subnacionais	Schneider (2003); Falletti (2005; 2006)
Administrativa	Execução e gestão de políticas públicas	Responsabilidades operacionais e capacidade decisória na implementação	Redefine o grau de autonomia local e o nível de supervisão do governo central	Schneider (2003); Falletti (2005; 2006)
Política	Organização do poder e representação democrática	Autoridade para escolha de governantes e participação nos processos decisórios	Fortalece a legitimidade e a governança em nível subnacional	Schneider (2003); Falletti (2005; 2006)
Social (dimensão adicional)	Inclusão da sociedade civil na dinâmica institucional	Espaços participativos e mecanismos de legitimação social	Amplia a base de sustentação democrática da descentralização	Guinmarães (2002)

Fonte: Produção do autor (2026).

A sistematização apresentada no Quadro 2 evidencia que a descentralização não constitui um fenômeno homogêneo, mas um conjunto de processos que assumem diferentes configurações institucionais conforme a natureza das competências transferidas. Cada dimensão enfatiza aspectos específicos da redistribuição de poder e responsabilidades entre os níveis de governo, produzindo efeitos distintos sobre a autonomia dos entes subnacionais, a capacidade de implementação de políticas públicas, a representação política e a participação social. Essa distinção analítica fornece a base conceitual que orientará a análise do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte, permitindo identificar quais dimensões da descentralização se manifestam em sua estrutura de governança e em seu funcionamento institucional.

Sobre a descentralização administrativa, especialmente dentro do contexto brasileiro, destacam-se aspectos como a otimização da eficiência na gestão pública, o fortalecimento da democracia e a promoção da equidade regional, visando reduzir as desigualdades presentes na alocação de recursos orçamentários e nas políticas públicas. Neste texto, algumas expressões são destacadas para a definição de “descentralização administrativa” no contexto das políticas governamentais na gestão pública, quais sejam: transferência de poder, eficiência no serviço público, transparência e governança descentralizada (Cavalcante, 2011).

Nesse diapasão, Arretche (1999) apresenta uma contribuição fundamental à discussão central, ao enfatizar que a descentralização, no contexto brasileiro, não implica, de maneira automática, na plena autonomia dos governos locais. A citada autora ressalta que a

implementação de políticas sociais pode ser atribuída a estados e municípios, no entanto, a União conserva a uma considerável habilidade de indução e supervisão, tanto em virtude do seu poder normativo quanto pela centralização de recursos financeiros. Apesar do *paper* de Arretche (1999) ter sido publicado no final da década de 1990, a análise contida no texto continua relevante e atual, uma vez que prevê debates que ainda configuram a realidade da descentralização brasileira na atualidade.

Com efeito, essa visão é desenvolvida por Souza (2008), que aponta que a descentralização e as relações intergovernamentais constituem dimensões diferentes, enfatizando que a atuação dos entes subnacionais está constantemente influenciada pela estrutura de incentivos e pela centralidade da União. Ademais, mais recentemente, Abrucio *et al.* (2020) fortalecem essa análise ao demonstrar como a pandemia de Covid-19 evidenciou tanto a importância da coordenação nacional quanto as restrições da autonomia dos governos estaduais e municipais, corroborando que o federalismo brasileiro funciona em um esquema híbrido, no qual a descentralização formal e a centralização prática coexistem de maneira dinâmica.

A Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988, desde seu primeiro artigo, evidencia a natureza descentralizada da República ao afirmar que o país é constituído pela união indissolúvel dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, instituindo um Estado Democrático de Direito (Brasil, 1988). Nesse contexto, o objetivo da descentralização é caracterizado pela obtenção de um nível de autonomia política e administrativa que a entidade descentralizada adquire ao ser desvinculada de seu órgão centralizador, abrangendo os vários níveis da administração pública e as diversas esferas de atuação do Estado (Arretche, 2004).

Assim, as diferentes competências elencadas na Constituição são repartidas entre os entes federativos, contemplando aspectos legislativos, administrativos e materiais, conforme evidenciado pelo artigo 21. Neste segmento do documento, verifica-se que a União possui competências exclusivas que não podem ser exercidas pelos demais entes federativos, além de competências de natureza comum, que são partilhadas por todos os entes federativos, e competências concorrentes, que são compartilhadas entre a União, os Estados e o Distrito Federal quando este exerce suas atribuições estaduais (Brasil, 1988).

É evidente, ao analisar a Constituição, a intenção de descentralizar responsabilidades entre todos os entes federativos, conforme previsto no artigo 21, que estabelece que compete à União explorar, de maneira direta ou por meio de autorização, concessão ou permissão, os serviços mencionados no inciso XII. Isso também é observado no artigo 25, parágrafo segundo, e no artigo 30, inciso V, que são exemplos de serviços atribuídos aos entes, os quais podem ser

delegados por meio de concessão, permissão ou autorização. Finalmente, ao longo da Constituição Federal, a própria estruturação de títulos voltados a regulamentar as diversas temáticas que apresenta constitui uma maneira de evidenciar que foi adotada como diretriz a descentralização das políticas públicas no território nacional.

No campo internacional, o estudo de Noory, Hassanain e Kassak (2024), ao examinar o processo de descentralização dos serviços de saúde no Sudão, evidencia que a descentralização é um aspecto político e institucional intrincado, frequentemente caracterizado por assimetrias de poder, decisões centralizadas, fragilidades na complexidade intergovernamental e restrições na capacidade administrativa em níveis subnacionais. Os autores demonstram que fatores contextuais como limitações orçamentárias e falta de participação efetiva dos atores locais impactam diretamente os resultados da política, podendo comprometer seus objetivos declarados de eficiência, equidade e expansão do acesso.

No contexto chinês, a descentralização fiscal é considerada um instrumento significativo para a melhoria do desempenho do sistema de saúde, particularmente no que tange ao aumento dos gastos públicos em saúde e à elevação dos indicadores de saúde populacional. Xu e Lin (2022), ao analisar dados de províncias chinesas entre 2008 e 2019, constata que a expansão da autonomia fiscal dos governos locais tende a aumentar os investimentos em saúde pública e a contribuir para a diminuição da mortalidade, embora esses efeitos não sejam automáticos nem lineares. Os autores enfatizam que o efeito benéfico da descentralização está condicionado à clara definição de responsabilidades entre os níveis de governo e à competência administrativa das entidades subnacionais (Xu; Lin, 2022).

À luz das abordagens apresentadas, constata-se que a descentralização não deve ser interpretada como um processo homogêneo ou automaticamente vinculado à expansão da autonomia local. As contribuições de Arretche (1999; 2004) demonstram que, no contexto brasileiro, a delegação de responsabilidades pode coexistir com uma robusta capacidade de indução normativa e financeira da União, enquanto Souza (2008) enfatiza que descentralização e relações intergovernamentais são dimensões analiticamente distintas, embora interdependentes.

As evidências internacionais demonstram que os efeitos da descentralização na saúde são condicionados pelas capacidades institucionais, pela clareza na distribuição de competências e pela coordenação entre os níveis de governo (Noory; Hassanain; Kassak, 2024; Xu; Lin, 2022). A descentralização, mais do que um princípio abstrato ou nacional, manifesta-se como um processo condicionado por arranjos institucionais específicos, cuja eficácia variou de acordo com o desenho federativo, os incentivos fiscais e os mecanismos de governança

estabelecidos. Por conseguinte, a análise dos consórcios públicos de saúde se insere nesse contexto, sendo uma manifestação concreta da descentralização administrativa e da cooperação interfederativa do Brasil.

2.3 Consórcios públicos em saúde: mecanismo de cooperação federativa e regionalização do SUS

Superada a análise conceitual do federalismo brasileiro, estruturado sob a lógica de um arranjo cooperativo e caracterizado pela repartição constitucional de competências entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios e reconhecido o avanço do processo de descentralização das políticas sociais no período posterior à Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (Brasil, 1988), impõe-se avançar para o exame dos mecanismos institucionais de cooperação interfederativa que buscam conferir racionalidade e coordenação à atuação estatal.

Nesse contexto, destacam-se os consórcios públicos de saúde, que, no âmbito do Sistema Único de Saúde, operam como arranjos de governança compartilhada voltados à promoção da cooperação intergovernamental (Lobo, 2025), à obtenção de ganhos de escala na prestação de serviços (Julião; Olivieri, 2020; Oliveira, 2025; Leal *et al.*, 2025) e à racionalização dos gastos públicos (Flexa; Barbastefano, 2020). Trata-se de instrumento jurídico-institucional previsto na Lei nº 11.107/2005, que formaliza a atuação conjunta de entes federativos para o exercício de competências comuns.

Cumprе ressaltar que o modelo descentralizado instituído pela Constituição de 1988 não foi integralmente acompanhado por instrumentos eficazes de planejamento regional e coordenação interfederativa (Pinafo; Carvalho; Nunes, 2016). Desse modo, os consórcios intermunicipais emergem como mecanismo de articulação situado em escala territorial intermediária, ultrapassando os limites administrativos municipais sem, contudo, atingir a abrangência estadual. Conforme assinalam Flexa e Barbastefano (2020, p. 328):

[...] nesse contexto, os consórcios intermunicipais surgiram como um mecanismo de coordenação que se localizam em esferas que extrapolam os limites territoriais dos municípios e, ao mesmo tempo, não alcançam os limites dos estados. Os consórcios públicos podem ser entendidos enquanto uma solução organizacional para suprir as necessidades de coordenação e integração entre os entes federativos, destinada a operar competências a ele delegadas, constituindo-se como expressão do exercício das autonomias dos entes consorciados.

Para Viana e Lima (2011), no campo da saúde, tais tensões assumem contornos particularmente evidentes, uma vez que a universalização do acesso pressupõe,

simultaneamente, capilaridade territorial, o que fortalece a municipalização e a proximidade da gestão com o cidadão e ganhos de escala com integração regional, os quais demandam arranjos robustos de coordenação interfederativa. Essa dualidade revela um dilema estrutural do federalismo sanitário brasileiro: a necessidade de conciliar autonomia local com racionalidade sistêmica. Nessa seara, importa dizer que:

A regionalização dos serviços de saúde tem ocupado o centro do debate da reorganização do SUS na última década, caminho bem representado no principal arcabouço normativo do período, com as NOAS, Pacto pela Saúde e, mais recentemente, Decreto 7.508 e seus contratos organizativos. Essa visão regional tem sido fortalecida pela crescente constatação dos limites de acesso e equidade em um sistema exclusivamente de base municipal. Dificuldade prevista ainda na própria NOB 96, principal responsável pela política de municipalização: “elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS”. A disjunção entre a descentralização e a regionalização na saúde brasileira tem sua explicação inicial na própria desmedida diferença de peso político, histórico e conceitual em favor da primeira. O modelo dessa orientação municipalista, por sua vez, resultou da somatória das possibilidades conjunturais de cada época, na qual aquela que se inicia define as novas possibilidades sobre o molde esboçado no momento anterior (Mello *et al.*, 2017, p. 1292).

O trecho permite compreender que a regionalização do Sistema Único de Saúde não constitui movimento originário, mas resposta institucional progressiva aos limites estruturais do modelo municipalista consolidado a partir da década de 1990. Embora a descentralização tenha ampliado a capilaridade dos serviços e fortalecido a autonomia local, sua primazia política e normativa produziu efeitos colaterais, como a fragmentação da rede assistencial e o aprofundamento de assimetrias intermunicipais, risco já advertido pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (Brasil, 1996).

Nesse contexto, instrumentos como as Normas Operacionais da Assistência à Saúde, o Pacto pela Saúde e o Decreto nº 7.508/2011 evidenciam a tentativa de recompor a unidade sistemática do SUS por meio de mecanismos de integração regional e coordenação interfederativa. Assim, a regionalização emerge como estratégia de reequilíbrio federativo, destinada a conciliar autonomia municipal com racionalidade organizacional e equidade territorial, revelando a tensão permanente entre descentralização e integração que caracteriza o federalismo sanitário brasileiro (Brasil, 2011).

Do ponto de vista jurídico-institucional, os consórcios públicos foram criados pela Lei nº 11.107/2005, que definiu regras gerais para sua constituição, governança e funcionamento, atribuindo-lhes personalidade jurídica própria, de direito público ou privado, conforme a conformação adotada, e prevendo instrumentos como o protocolo de intenções, o contrato de

consórcio e a gestão associada de serviços públicos (Brasil, 2005). Essa arquitetura legal ampliou a segurança institucional da cooperação intergovernamental e buscou reduzir custos de coordenação entre entes autônomos, aspecto particularmente relevante quando a política pública exige integração territorial e continuidade operacional.

Neves e Ribeiro (2006) destacam que os consórcios intermunicipais de saúde contribuíram para ampliar a participação municipal na provisão de serviços e estruturar mecanismos regionais de oferta, ainda que com variações conforme desenho institucional, capacidade local e suporte estadual. Na mesma perspectiva, análises sobre economia de escala e racionalização de recursos apontam que o consorciamento tende a ser mais atrativo quando há custos fixos elevados, a saber: equipamentos, especialistas e infraestrutura e demanda fragmentada entre municípios de pequeno e médio porte (Gerigk; Pessali, 2014).

Uma distinção relevante no debate contemporâneo é aquela entre consórcios horizontais e verticais – representados na Figura 3. Nos horizontais, a cooperação ocorre predominantemente entre municípios, com governança e financiamento concentrados no plano municipal e menor presença direta de outras esferas no comando do arranjo. Já nos verticais, há participação de diferentes níveis de governo, por exemplo, estado e municípios, o que altera a demanda de incentivos, a distribuição de capacidades e, frequentemente, a sustentabilidade financeira do consórcio (Julião, 2018; Julião; Olivieri, 2020).

Figura 3 – Ilustração de formas de associações nos consórcios



A verticalização pode ser interpretada como uma resposta institucional a alguns possíveis desafios recorrentes: a insuficiência de capacidade e escala municipal para sustentar serviços especializados (principalmente de média complexidade) e a necessidade de coordenação regional mais robusta, especialmente quando a rede depende de investimentos e regulação estadual (Silva; Nogueira; Santana, 2014). Contudo, a presença do nível estadual também reconfigura as relações de poder e autoridade no interior do consórcio.

Flexa e Barbastefano (2020), em revisão sistemática, apontam a lacuna de estudos que detalhem de forma aprofundada os mecanismos de governança e seus efeitos. Trabalhos empíricos em diferentes contextos estaduais também destacam fragilidades relacionadas à pactuação, coordenação política, transparência e participação, indicando que a efetividade do consórcio depende não apenas do formato jurídico, mas das práticas de gestão, da estabilidade de financiamento e da capacidade de manter acordos intergovernamentais ao longo do tempo (Lui; Lima; Aguiar, 2022; Almeida *et al.*, 2022; Biscarde *et al.*, 2024; Carvalho; Silva; Nicoletto, 2025).

Com efeito, é importante salientar que no período entre 2005 e 2025, ou seja, duas décadas de institucionalização dos consórcios públicos, houve uma complexa transformação no seu papel enquanto organização pública que sustenta uma agenda de regionalização dos serviços especializados de saúde. Se, no período imediatamente posterior à Lei nº 11.107/2005, predominou a consolidação de normativas legais para melhor funcionamento dos fluxos de governança dos consórcios no Brasil, logo depois percebe-se que a literatura recente passou a investigar os consórcios sob a ótica empírica, primando pelas dimensões de regionalização, financiamento, acesso e equidade à saúde pública (Julião; Olivieri, 2020; Flexa; Barbastefano, 2020; Carvalho; Silva; Nicoletto, 2025).

Assim, para fins deste referencial, o consórcio público em saúde é tomado como arranjo de cooperação interfederativa orientado à regionalização da oferta e à coordenação de serviços que exigem escala. Sua compreensão exige articular descentralização, regionalização e capacidades estatais, evitando tratá-lo como solução neutra para problemas de provisão. Ademais, seus resultados dependem da governança do arranjo (regras, arenas e rotinas decisórias), da estrutura de financiamento e dos mecanismos de coordenação e responsabilização que atravessam a relação entre municípios e estado, sobretudo nos modelos verticalizados.

3 METODOLOGIA

Para Bruyne, Herman e Schoutheete (1977, p. 27), “[...] o conhecimento científico só merece este nome se for elaborado segundo as regras da metodologia científica.”. Nesse sentido, Gil (2017) compreende a pesquisa científica como um processo sistemático que busca oferecer respostas objetivas a um problema previamente delimitado no campo de investigação. Com base nessa concepção e tendo como referência a pergunta norteadora deste estudo: “em que medida o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte tem atuado nas ações de descentralização e de cooperação interfederativa na oferta de serviços públicos de saúde no Estado do Ceará?”, apresentam-se, a seguir, os fundamentos metodológicos que sustentam esta pesquisa.

Dessa forma, este capítulo tem por finalidade delinear as opções metodológicas adotadas, assegurando a coerência entre os objetivos propostos e os procedimentos investigativos que serão desenvolvidos ao longo do trabalho. São tratados, de forma articulada, a caracterização da pesquisa, a descrição do *locus* e dos sujeitos envolvidos, as técnicas de coleta de dados, os instrumentos utilizados, o processamento e a análise das informações obtidas, os procedimentos éticos, bem como as etapas da pesquisa e a relação entre os métodos e os objetivos do estudo.

Ao explicitar esse conjunto de escolhas metodológicas, busca-se conferir consistência e rigor ao percurso investigativo, garantindo sua viabilidade científica. Além disso, objetiva-se demonstrar de que maneira os métodos selecionados dialogam com a proposta analítica do estudo, permitindo compreender o CPSMJN como expressão de um modelo de descentralização e de cooperação interfederativa no âmbito das políticas públicas de saúde.

3.1 Caracterização do estudo

A perspectiva metodológica coaduna-se com o propósito central da pesquisa, que é deslindar significados, identificar padrões de relação institucional e analisar práticas político-administrativas vigentes no âmbito do CSMJN, reconhecendo-o como expressão concreta de um modelo de cooperação interfederativa e de articulação entre os entes subnacionais no campo das políticas públicas de saúde.

Ao considerar a classificação da metodologia científica, entendida aqui como delineamento ou caracterização deste percurso investigativo, identificam-se quatro critérios fundamentais: a natureza da pesquisa (Marconi; Lakatos, 2003), a abordagem do problema

(Minayo, 2001; Gil, 2017), os objetivos da investigação (Gil, 2017) e os procedimentos técnicos adotados (Yin, 2007; Gil, 2017).

No que tange à natureza, conforme os aportes teóricos de Marconi e Lakatos (2003) e de Gil (2017), a presente investigação configura-se como pesquisa aplicada, por visar à produção de conhecimento orientado à resolução de problemas concretos, a partir da compreensão de que o tal conhecimento emerge de uma análise do CSMJN, compreendido na sua totalidade institucional, com a inclusão de múltiplos atores da esfera federativa, em especial o Estado do Ceará e os municípios partícipes desta cooperação interfederativa.

Quanto à abordagem metodológica insere-se no enfoque qualitativa, na medida em que busca interpretar os processos sociais em sua complexidade, indo além da mensuração de variáveis e se comprometendo com compreensão de sentidos e dinâmicas construídas no interior da organização estudada (Minayo, 2001). Nesse direcionamento, serão utilizados múltiplos instrumentos e fontes para compor um panorama de representatividade do contexto social analisado (Flick, 2009), no qual ênfase será dado nas formas pelas quais gestores, instâncias decisórias e instrumentos de gestão traduzem, no âmbito institucional, os caminhos da descentralização do acesso à saúde pública da Região Metropolitana do Cariri.

Em relação aos objetivos, esta pesquisa se classifica como exploratória e descritiva (Gil, 2017): é exploratória por tratar de um tema ainda pouco aprofundado no contexto regional cearense; e descritiva por buscar mapear e interpretar normas, estruturas institucionais e práticas administrativas associadas ao CSMJN. Por fim, em relação aos procedimentos técnicos, adota-se a estratégia metodológica do estudo de caso (Eisenhardt, 1989; Yin, 2007; Creswell, 2010; Godoy, 2010).

Nessa esteira, o estudo de caso adotado nesta pesquisa configura-se como único (Yin, 2007), por concentrar-se em um objeto específico de análise: o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte. Além disso, de acordo com Godoy (2010), trata-se de um estudo de caso descritivo e interpretativo, abordagem frequentemente empregada em estudos organizacionais, justificada pela articulação de múltiplos métodos qualitativos. É com base nessa perspectiva que esta pesquisa propõe a utilização de instrumentos de naturezas metodológicas distintas, a exemplo de entrevistas semiestruturadas, pesquisa documental e análise bibliográfica, cujos delineamentos serão apresentados nas seções subsequentes.

Nesse mesmo sentido, amparando-se na lógica analítica de Eisenhardt (1989) e Creswell (2010), e considerando o propósito de investigar os mecanismos institucionais, políticos e organizacionais que permeiam os processos de descentralização da saúde e de cooperação

interfederativa, a condução do estudo de caso mostra-se não apenas adequada, mas necessária, diante da problemática e objetivo da pesquisa.

3.2 Descrição do local e participantes do estudo

A presente pesquisa foi desenvolvida no âmbito do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte, entidade interfederativa que constitui o *lócus* institucional central do estudo. Embora a denominação do consórcio faça referência à microrregião homônima, sua sede administrativa está localizada no município de Juazeiro do Norte, no Ceará, situado a aproximadamente 610 km da capital, Fortaleza, na mesorregião sul do estado.

O CPSMJN constitui-se como um arranjo institucional de cooperação vertical, integrando o Governo do Estado do Ceará e os municípios de Barbalha, Caririaçu, Granjeiro, Jardim, Juazeiro do Norte e Missão Velha. Esses entes federativos atuam de forma consorciada na gestão e na oferta regionalizada de serviços públicos de saúde especializados, especialmente no âmbito da média complexidade assistencial.

Essa configuração institucional deve ser compreendida à luz da dinâmica territorial da Região Metropolitana do Cariri, especialmente da intensa conurbação existente entre os municípios de Barbalha, Crato e Juazeiro do Norte, que conformam o principal núcleo urbano da região. A continuidade da malha urbana, associada à elevada integração econômica, social, educacional e dos serviços públicos, faz com que os deslocamentos entre esses municípios ocorram de maneira cotidiana, reduzindo as barreiras territoriais para o acesso da população aos equipamentos públicos. Nesse contexto, a distribuição das estruturas administrativas e assistenciais do consórcio entre diferentes municípios não representa fragmentação da prestação dos serviços, mas uma estratégia de regionalização compatível com a organização espacial e funcional da RMC, permitindo o aproveitamento das vocações institucionais de cada município e a ampliação do acesso aos serviços especializados de saúde.

Dessa forma, a pesquisa não se limita ao espaço físico da sede do consórcio, mas estende-se aos entes federativos que o compõem, além das estruturas administrativas envolvidas na dinâmica consorcial, conforme pode ser observado na Figura 4. O objetivo é apreender, em seus contextos institucionais e operacionais, os mecanismos de gestão compartilhada, os fluxos decisórios e os efeitos dessa cooperação interfederativa no campo da descentralização das políticas públicas de saúde.

A organização territorial dos serviços vinculados ao Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte apresenta uma distribuição funcional entre os municípios da

região. A Policlínica Regional João Pereira dos Santos, principal unidade responsável pela oferta de consultas e exames especializados de média complexidade, encontra-se instalada no município de Barbalha, importante polo regional de saúde no sul do Ceará, caracterizado pela presença de infraestrutura hospitalar diversificada e pela concentração de serviços assistenciais especializados.

Entre as unidades hospitalares presentes no município destacam-se o Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, o Hospital Maternidade Santo Antônio, o Hospital do Coração do Cariri e o *Gran Cariri*, além de diversas clínicas especializadas que compõem a rede assistencial regional. Ademais, conta-se com a presença de um *campus* da Universidade Federal do Cariri, que oferta o curso de bacharelado em Medicina, contribuindo para o fortalecimento do complexo regional de saúde.

Por sua vez, a sede administrativa do consórcio, bem como o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Regional, estão localizados no município de Juazeiro do Norte. Essa distribuição institucional entre os dois municípios reflete uma estratégia de organização regional dos serviços de saúde, na qual diferentes estruturas assistenciais e administrativas são articuladas territorialmente para ampliar o acesso da população aos serviços especializados no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Figura 4 – Desenho do arranjo de cooperação vertical do CPSMJN



Fonte: Produção do autor (2026).

No que se refere aos participantes da pesquisa, foram entrevistados sete gestores públicos e agentes políticos diretamente vinculados ao Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte. A escolha desse grupo se justifica pela sua inserção estratégica nos processos decisórios e operacionais que envolvem a gestão consorciada e a cooperação interfederativa. Tal abordagem busca verificar a atuação dos gestores públicos envolvidos com o consórcio, identificando as contribuições, limitações e potencialidades apontadas por esses atores para a efetivação da cooperação entre os entes federativos.

A quantidade de participantes da pesquisa, seus respectivos níveis institucionais de atuação, os códigos alfanuméricos utilizados para preservar sua identidade e a justificativa para sua seleção enquanto atores-chave encontra-se sistematizados no Quadro 3. Para fins de organização analítica e garantia do anonimato dos entrevistados, cada participante foi identificado por meio de um código específico (E1–E7), adotado ao longo da apresentação e análise das entrevistas no capítulo de resultados. A seleção dos participantes foi orientada por critérios de relevância institucional, capacidade de influência nos processos decisórios e conhecimento técnico-político acerca do funcionamento do consórcio público de saúde, buscando contemplar diferentes perspectivas institucionais relacionadas à formulação, coordenação, gestão e operacionalização das ações consorciadas no âmbito da regionalização da saúde.

Quadro 3 – Sujeitos entrevistados e justificativas da seleção

CÓDIGO DO PARTICIPANTE	NÍVEL INSTITUCIONAL	QUANTIDADE	JUSTIFICATIVA
E1	Coordenação estadual da política de consórcios em saúde	1	Selecionado por atuar em instância estadual vinculada à coordenação da política de consórcios públicos de saúde, contribuindo com uma perspectiva estratégica sobre os processos de formulação, indução e acompanhamento desse arranjo institucional no âmbito do sistema estadual de saúde.
E2	Gestão de unidade regional de serviços especializados	1	Participante com atuação na gestão de unidade regional vinculada ao consórcio, possibilitando compreender aspectos operacionais relacionados à oferta de serviços especializados e à organização da rede assistencial regionalizada.
E3	Gestão municipal da política de saúde	1	Gestor vinculado à administração municipal responsável por funções de coordenação executiva da política de saúde, contribuindo para a compreensão das dinâmicas de articulação entre o nível municipal e a estrutura consorcial.
E4	Gestão do consórcio público de saúde	1	Participante com atuação na gestão executiva do consórcio, contribuindo para a compreensão da coordenação

CÓDIGO DO PARTICIPANTE	NÍVEL INSTITUCIONAL	QUANTIDADE	JUSTIFICATIVA
			administrativa, da articulação institucional e dos processos de governança interfederativa estabelecidos no âmbito da organização consorcial.
E5	Gestão do consórcio público de saúde	1	Participante com atuação na gestão executiva do consórcio, contribuindo para a compreensão da coordenação administrativa, da articulação institucional e dos processos de governança interfederativa estabelecidos no âmbito da organização consorcial.
E6	Gestão municipal da política de saúde	1	Gestor municipal diretamente envolvido na condução da política de saúde em seu território, oferecendo contribuições para a análise das demandas locais e da utilização dos serviços regionais ofertados pelo consórcio.
E7	Gestão municipal da política de saúde	1	Participante com atuação em funções executivas vinculadas à gestão administrativa e financeira da política municipal de saúde, contribuindo para a compreensão das relações interfederativas estabelecidas no âmbito da governança consorcial.

Fonte: Produção do autor (2026).

No que se refere à participação dos municípios consorciados, foram realizadas entrevistas com gestores municipais da política de saúde vinculados a parte dos municípios integrantes do consórcio. A seleção desses participantes buscou contemplar atores diretamente envolvidos na articulação interfederativa e na utilização dos serviços especializados ofertados no âmbito da gestão consorciada.

Buscou-se igualmente realizar entrevistas com representantes de outros municípios consorciados, tendo sido estabelecidos contatos tanto formais quanto informais com suas respectivas secretarias municipais de saúde. Contudo, em razão de incompatibilidades de agenda no período de realização da coleta de dados, não foi possível efetivar a realização dessas entrevistas.

Em um dos casos, foi realizado diálogo informal com um gestor municipal de saúde de um dos municípios consorciados, no qual foram discutidos aspectos gerais relacionados ao funcionamento do consórcio e à articulação regional dos serviços. Entretanto, o gestor optou por não participar da pesquisa em formato de entrevista formal, razão pela qual suas contribuições não foram consideradas como parte do conjunto de entrevistas analisadas neste estudo. Portanto, dos municípios participantes do CPSMJN, três gestores municipais não concederam entrevista formalmente.

A delimitação do *locus* e a escolha dos participantes da pesquisa fundamentam-se na centralidade institucional do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte como objeto de análise, bem como na relevância política e técnica dos atores envolvidos em sua constituição e funcionamento, especialmente no tocante à descentralização administrativa desta Entidade e os entes federativos envolvidos.

A presença de múltiplos entes federativos e o papel articulador do consórcio justificam a amplitude dos sujeitos selecionados, que permitirão à pesquisa acessar diferentes perspectivas sobre os processos de descentralização e cooperação interfederativa. Assim, a composição dos entrevistados e o contexto institucional em que se insere o estudo asseguraram a consistência metodológica necessária para alcançar os objetivos propostos.

3.3 Instrumentos e técnicas de coleta de dados

As técnicas de coleta de dados empregadas nesta pesquisa foram organizadas em três categorias principais: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas.

A pesquisa bibliográfica, embora tradicional, constituiu uma condição *sine qua non* para investigações de natureza qualitativa, exploratória e descritiva, conforme destacam Lima e Mioto (2007). Trata-se de um procedimento metodológico fundamental para a construção teórica do objeto de estudo, permitindo tanto a produção quanto a reprodução crítica do conhecimento científico já consolidado. Para esta pesquisa, foram consultadas bases de dados amplamente reconhecidas nas áreas da Administração e das Ciências Sociais Aplicadas, como o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), *Scopus*, *Web of Science*, além de repositórios de acesso aberto como *SciELO* e *Redalyc*.

A pesquisa documental, por sua vez, desempenhou papel complementar e estratégico, ao fornecer subsídios empíricos e institucionais capazes de aprofundar a compreensão dos fenômenos analisados (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009). Foram examinados documentos normativos e administrativos diretamente relacionados à institucionalização e ao funcionamento do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte, incluindo o arcabouço jurídico que sustenta os consórcios públicos no Brasil, no Estado do Ceará e instâncias consorciadas.

Entre os principais documentos analisados destacam-se a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a Lei nº 11.107 de 2005 e a legislação estadual que regulamenta

os consórcios de saúde no Ceará, bem como instrumentos institucionais do próprio consórcio, como as leis municipais de ratificação do protocolo de intenções, o protocolo de intenções, o contrato de programa, os contratos de rateio referentes à policlínica regional, ao centro de especialidades odontológicas e ao transporte sanitário, além do estatuto, seus aditivos e o regimento interno da entidade.

A análise desses documentos possibilitou reconstituir o contexto jurídico, institucional e organizacional do consórcio, bem como identificar os mecanismos formais que estruturam sua governança e funcionamento. O conjunto dos documentos analisados, bem como sua finalidade e contribuição para o desenvolvimento da pesquisa, encontra-se sistematizado no Quadro 4.

Quadro 4 – Documentos analisados e suas finalidades e contribuições

DOCUMENTO	FINALIDADE / CONTRIBUIÇÃO PARA A PESQUISA
Constituição da República Federativa do Brasil de 1988	Fornecer o marco constitucional da descentralização político-administrativa e da cooperação entre entes federativos, estabelecendo os fundamentos jurídicos para a organização de políticas públicas compartilhadas no país.
Lei nº 11.107 de 2005	Estabelecer o marco legal nacional que regulamenta a formação e o funcionamento dos consórcios públicos, definindo regras de governança, gestão administrativa e cooperação interfederativa.
Lei Estadual do Ceará sobre Consórcios Públicos de Saúde de 2009	Instituir o modelo estadual de consórcios públicos de saúde no Ceará, disciplinando a participação do governo estadual e a estrutura de governança interfederativa dos consórcios de saúde no estado.
Leis municipais de ratificação do Protocolo de Intenções	Formalizar a adesão dos municípios consorciados ao Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte, evidenciando o processo jurídico de institucionalização da cooperação entre os entes municipais e o estado.
Protocolo de Intenções do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte	Definir os objetivos, a estrutura institucional, as competências e as regras gerais de funcionamento do consórcio, constituindo o instrumento jurídico que fundamenta sua criação.
Contrato de Programa	Regulamentar a prestação de serviços públicos de saúde no âmbito do consórcio, estabelecendo responsabilidades entre os entes consorciados e disciplinando a execução das atividades assistenciais.
Contratos de Rateio (Policlínica Regional, Centro de Especialidades Odontológicas e Transporte Sanitário)	Estabelecer os critérios de financiamento compartilhado entre estado e municípios, detalhando os valores de contribuição e as responsabilidades financeiras de cada ente consorciado para manutenção dos serviços.
Estatuto do Consórcio e seus aditivos	Definir a estrutura organizacional, as instâncias decisórias e as normas administrativas que orientam o funcionamento institucional do consórcio.
Regimento Interno do Consórcio	Disciplinar os procedimentos operacionais e administrativos das instâncias de gestão do consórcio, detalhando regras de funcionamento das reuniões, deliberações e processos internos de governança.

Fonte: Produção do autor (2026).

Por fim, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, as quais, conforme orienta Godoy (2010), constituem instrumento relevante para compreender as experiências e interpretações dos sujeitos envolvidos no fenômeno estudado. As entrevistas foram conduzidas

com atores-chave vinculados ao Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte, a partir de roteiros específicos elaborados para cada grupo de participantes. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro de 2026 a fevereiro de 2026, contemplando a realização de todas as entrevistas.

Os instrumentos de coleta encontram-se apresentados nos seguintes apêndices: Roteiro de Entrevista com Secretários de Saúde dos Municípios Consorciados (Apêndice A); Roteiro de Entrevista com o(a) Gestor(a) de Saúde do Estado do Ceará (Apêndice B); Roteiro de Entrevista com Gestores do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte (Apêndice C).

A elaboração dos roteiros de entrevista foi orientada pelo referencial teórico e documental que fundamenta esta pesquisa, buscando assegurar a coerência entre os objetivos do estudo, as categorias analíticas e os dados empíricos produzidos. As questões foram construídas a partir da literatura sobre descentralização político-administrativa e cooperação interfederativa, especialmente das contribuições de Arretche (1999; 2012), Abrucio e Franzese (2007; 2013), Falleti (2005; 2006), Schneider (2003) e Guimarães (2002), bem como dos estudos sobre consórcios públicos de saúde e governança regional desenvolvidos por Flexa e Barbastefano (2020), Julião (2018), Julião e Olivieri (2020), Almeida *et al.* (2022) e Biscarde *et al.* (2024).

Complementarmente, a formulação das perguntas considerou a análise dos documentos institucionais e normativos examinados nesta pesquisa, dentre os quais a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 11.107/2005, a legislação estadual sobre consórcios públicos de saúde, o Protocolo de Intenções, o Estatuto, o Regimento Interno, o Contrato de Programa e os Contratos de Rateio do CPSMJN. A partir dessas referências, foram definidas questões voltadas à compreensão da governança interfederativa, dos mecanismos de coordenação, da descentralização, do financiamento, da regionalização da assistência e dos desafios da gestão consorciada.

Cada roteiro teve, em média, de oito a onze perguntas abertas, além de um bloco sociodemográfico para caracterizar os participantes. As entrevistas ocorreram, em sua maioria, de forma presencial, em espaços institucionais ligados à gestão da saúde na microrregião, como a sede administrativa do consórcio e órgãos municipais. Nos casos em que houve dificuldade de agenda, a coleta foi feita de forma remota, pela plataforma *Google Meet*®. Todas as entrevistas foram gravadas após autorização dos participantes, conforme os procedimentos éticos da pesquisa. Em média, cada entrevista durou cerca de 40 minutos.

3.4 Processamento e análise dos dados

A análise dos dados foi conduzida por triangulação de métodos, articulando pesquisa bibliográfica, análise documental e entrevistas semiestruturadas (Flick, 2009; Gibbs, 2009). A definição das categorias analíticas ocorreu por estratégia híbrida (dedutivo-indutiva) (Flick, 2009). No movimento dedutivo, foram estabelecidos eixos iniciais de leitura a partir da literatura sobre consórcios, regionalização e governança interfederativa, especialmente Flexa e Barbastefano (2020), Julião (2018), Julião e Olivieri (2020), Almeida *et al.* (2022), Biscarde *et al.* (2024), Abrucio e Franzese (2007; 2013) e Arretche (1999; 2012).

No movimento indutivo, esses eixos foram refinados a partir do material empírico das entrevistas, considerando recorrências, convergências e tensões nos discursos dos gestores. Operacionalmente, seguiram-se os dois momentos propostos por Marcondes e Brisola (2014): (i) organização e tratamento das narrativas; e (ii) confronto das relações estabelecidas entre os diferentes conjuntos de dados.

As entrevistas foram transcritas, organizadas no *Microsoft Word®* e tabuladas no *Microsoft Excel®*, e o *corpus* textual foi submetido ao *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq®)*, com apoio de análise lexical por meio da nuvem de palavras e da análise de similitude, procedimentos que permitem identificar frequência, centralidade e coocorrência entre termos, evidenciando núcleos de sentido e conexões discursivas relevantes (Carmargo; Justo, 2013).

Assim, as categorias finais não derivaram exclusivamente da teoria nem apenas das entrevistas, mas do cruzamento sistemático entre referencial teórico, documentos institucionais e evidências empíricas. Desse processo emergiram cinco dimensões analíticas centrais que orientaram a interpretação dos dados: (i) arranjos de governança e fluxos decisórios do consórcio; (ii) regionalização da saúde, interiorização e ampliação do acesso à média complexidade; (iii) governança e coordenação interfederativa entre Estado, consórcio e municípios; (iv) mecanismos de financiamento e sustentabilidade institucional; e (v) desigualdades territoriais e capacidades municipais na implementação da política consorcial.

3.5 Procedimentos éticos da pesquisa

Em termos éticos, cumpre destacar que esta pesquisa observou rigorosamente as determinações estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Brasil, em conformidade com as Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012, nº 510, de 07 de abril de 2016, e nº 674, de 06 de maio de 2022 (Brasil, 2012; 2016; 2022), bem como com a Lei Federal

nº 14.831, de 27 de março de 2024 (Brasil, 2024), que estabelece diretrizes gerais para a condução ética de pesquisas envolvendo seres humanos no país.

Nesse sentido, foi assegurado o consentimento formal dos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice E), além do Termo de Anuência Institucional para a realização da pesquisa no âmbito do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte (Anexo A).

A pesquisa foi submetida e devidamente autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Cariri, obtendo aprovação para a realização das entrevistas com os sujeitos da pesquisa, conforme o Parecer Consubstanciado nº 8.025.503 (Anexo B). Ademais, foi encaminhada ao CEP a Declaração de Utilização Exclusiva de Dados Públicos (Apêndice F), conforme exigências institucionais aplicáveis.

Foram incluídos na pesquisa gestores com vínculo direto com a política de consórcios públicos de saúde na microrregião estudada. Entraram no estudo profissionais que, no período da coleta, atuavam em funções de formulação, coordenação, gestão administrativa ou operacionalização dessa política. O grupo contemplou três frentes da governança do SUS: representação estadual ligada à coordenação dos consórcios, gestores municipais responsáveis pela condução da política de saúde em seus entes e dirigentes da estrutura administrativa e assistencial do consórcio.

Para preservar o anonimato, os participantes foram identificados por códigos alfanuméricos (E1–E7) ao longo da análise. Os códigos correspondem às funções institucionais ocupadas no momento da pesquisa. Com isso, foi possível proteger as identidades e, ao mesmo tempo, diferenciar os pontos de vista presentes no material analisado.

Foram excluídos potenciais participantes sem vínculo institucional formal com a política consorcial da região, sem disponibilidade de agenda durante a coleta ou que já não exerciam função de gestão relacionada ao tema no momento das entrevistas. A recusa em participar não foi tratada como exclusão, mas como direito do participante, em respeito aos princípios éticos da pesquisa com seres humanos.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Este capítulo apresenta os resultados da pesquisa empírica sobre o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte, articulando três estratégias complementares de investigação: a pesquisa bibliográfica, a análise documental e as entrevistas semiestruturadas realizadas com gestores a nível estadual, regional e municipal.

Insta, nesse direcionamento, apreender que a governança interna e as rotinas decisórias dos consórcios constituem variáveis centrais para compreender seus efeitos sobre a dinâmica da regionalização, da equidade territorial e do desempenho institucional, ainda que tais dimensões permaneçam relativamente subexploradas na literatura nacional (Flexa; Barbastefano, 2020; Almeida *et al.*, 2022; Biscarde *et al.*, 2024; Lui; Lima; Aguiar, 2022). Assim, mais do que descrever a conformação formal do arranjo, busca-se analisar como regras, estruturas e práticas se articulam na dinâmica concreta da cooperação interfederativa, sobretudo a partir de experiências distintas.

As unidades analíticas estruturam-se da seguinte forma: (i) arranjos de governança e fluxos decisórios do consórcio; (ii) regionalização da saúde, interiorização e ampliação do acesso à média complexidade; (iii) governança e coordenação interfederativa entre Estado, consórcio e municípios; (iv) mecanismos de financiamento e sustentabilidade institucional; e (v) desigualdades territoriais e capacidades municipais na implementação da política consorcial.

4.1 Arranjos de governança, estrutura e fluxos decisórios

4.1.1 Arranjos de governança

No contexto cearense, os consórcios intermunicipais de saúde se consolidaram como instrumento relevante da regionalização do SUS. A literatura sobre o tema aponta que esses arranjos são particularmente estratégicos em territórios marcados por assimetrias demográficas, fiscais e de capacidade estatal, pois permitem compartilhamento de custos, ampliação da escala de atendimento e maior estabilidade da oferta assistencial (Neves; Ribeiro, 2006; Biscarde *et al.*, 2024; Gerigk; Pessali, 2014).

Conforme delineado no sítio institucional da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, a regionalização constitui diretriz estruturante do Sistema Único de Saúde, orientando a descentralização das ações e serviços e os processos de pactuação entre gestores, nos termos do Pacto pela Saúde do Ceará.

No Ceará, essa organização materializa-se em 22 microrregiões e 3 macrorregiões de saúde, Fortaleza, Sobral e Cariri, que estruturam o Sistema Estadual de Saúde em redes hierarquizadas, integradas e sobretudo, descentralizadas. As microrregiões, delimitadas por critérios como malha viária, proximidade territorial, fluxos assistenciais, capacidade instalada e disposição política para pactuação, articulam a atenção primária municipal (com ênfase na Estratégia Saúde da Família e Hospitais de Pequeno Porte) à atenção secundária regionalizada, mediante hospitais-polo, policlínicas, Centros de Especialidades Odontológicas e demais serviços de média complexidade, organizados com base em economia de escala e resolutividade (Ceará, 2016).

Cada microrregião conta com Comissão Intergestores Bipartite Microrregional e com a atuação da Coordenadoria Regional de Saúde, responsável por implementar políticas estaduais, coordenar o sistema de referência e contrarreferência, monitorar ações e consolidar informações. No plano instrumental, a regionalização é operacionalizada por mecanismos como o Plano Diretor de Regionalização, o Plano Diretor de Investimentos, a Programação Pactuada e Integrada e os planos e relatórios de gestão, assegurando planejamento, financiamento e avaliação contínua (Ceará, 2016).

Já as macrorregiões concentram a atenção terciária de alta complexidade e alto custo, garantindo acesso a serviços especializados como oncologia, cardiologia, neurologia, terapia renal substitutiva e atendimento intensivo 24 horas. Desse modo, a regionalização cearense busca compatibilizar capilaridade municipal com integração regional, promovendo integralidade, equidade e racionalização de recursos no âmbito do SUS (Ceará, 2016). Merece destaque uma observação realizada por Julião (2018, p. 82), que em razão a restrições orçamentárias, “dentre as 22 regiões, apenas a região de Fortaleza não está organizada na forma de consórcio público”.

De modo específico, ao tratar da Microrregião de Juazeiro do Norte, a qual estão inseridos os municípios de Barbalha, Caririaçu, Granjeiro, Jardim, Juazeiro do Norte e Missão Velha, Julião (2018) chama atenção para algumas características distintas das demais microrregiões de saúde. Dentre elas, destaca-se: (1) a existência de um polo de saúde avançada, incluindo serviços de alta complexidade, como a referência no tratamento oncológico e cardiológico; (2) a oferta de serviços para municípios de outros Estados, como é o caso de Paraíba e Pernambuco; (3) a disparidade populacional; e (4) boas taxas de profissionais por habitante, dentre outras.

Segundo o Portal do Observatório dos Consórcios Públicos Intermunicipais⁶, todos os 184 municípios do Ceará participam de algum consórcio, com alguns municípios tendo mais de um tipo de consórcio. No total, há 48 consórcios atuando em diferentes áreas. Nesse contexto, Biscarde *et al.* (2024) afirmam que os consórcios públicos de saúde estão imersos em questões territoriais, uma vez que a descentralização pode beneficiar os municípios de pequeno ou médio porte que não possuem a capacidade de oferecer uma ampla gama de serviços. Por essa razão, o Quadro 5 apresenta a população dos municípios participantes do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte, que é o foco deste estudo.

Quadro 5 – População estimada dos municípios do CPSMJN

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO ESTIMADA
Barbalha	80.217
Caririaçu	27.482
Granjeiro	4.960
Jardim	28.707
Juazeiro do Norte	303.004
Missão Velha	38.767

Fonte: Adaptado do IBGE (2024).

As diferenças demográficas nos municípios que fazem parte do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte são evidenciadas no Quadro 5. É evidente que Juazeiro do Norte possui mais de 300 mil habitantes, o que representa uma população significativamente maior em relação aos demais municípios consorciados, que têm populações médias e pequenas, como Caririaçu (27.482), Jardim (28.707) e Missão Velha (38.767). Granjeiro, com uma população de apenas 4.960 habitantes, destaca-se no extremo da faixa inferior da escala, como o menor município do Estado do Ceará, evidenciando a desigualdade demográfica do território.

Essa disparidade reforça a análise de Biscarde *et al.* (2024), que sustenta que os consórcios públicos de saúde estão profundamente ligados a questões territoriais que afetam diretamente a capacidade de fornecer serviços. Cidades menores, como Granjeiro e Caririaçu, teriam grandes desafios para criar, de forma independente, serviços especializados de média e alta complexidade, tanto por questões financeiras quanto pela escala populacional. Dessa forma, a gestão colaborativa por meio de consórcios se mostra uma estrutura fundamental para garantir

⁶ As informações contidas no Portal do Observatório dos Consórcios Públicos Intermunicipais estão disponíveis no seguinte link: <https://consorcios.cnm.org.br/>.

o acesso equitativo à população, fomentando a redistribuição de competências estatais pelo território.

Ao considerar a abordagem de pesquisa documental adotada neste estudo, faz-se necessário registrar que o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte encontra respaldo no ordenamento jurídico brasileiro, especialmente na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), na Lei Federal nº 11.107/2005 (Brasil, 2005), que estabelece as diretrizes gerais para a formação e a atuação dos consórcios públicos no país, bem como na Lei Estadual do Ceará nº 14.458/2009 (Ceará, 2009), que dispõe sobre a organização e o funcionamento dos consórcios públicos no âmbito do Estado do Ceará. Ademais, foram igualmente analisadas as leis municipais dos entes consorciados, as quais formalizam e ratificam a adesão ao consórcio e disciplinam sua inserção no âmbito local, conforme sistematizado no Quadro 6.

Quadro 6 – Leis municipais de ratificação do Protocolo de Intenções

Lei Municipal	Município	Data de Aprovação
Lei Municipal nº 270	Município de Barbalha	29 de outubro de 2009
Lei Municipal nº 045 e Lei Municipal nº 075/2012	Município de Jardim	04 de dezembro de 2009 e 28 de março de 2012
Lei Municipal nº 3596	Município de Juazeiro do Norte	09 de novembro de 2009
Lei Municipal nº 044	Município de Missão Velha	05 de novembro de 2009
Lei Municipal nº 464	Município de Caririaçu	26 de fevereiro de 2010
Lei Municipal nº 18	Município de Granjeiro	21 de dezembro de 2009

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

De modo geral, observa-se que os citados diplomas municipais apresentam estrutura normativa e redação substancialmente semelhantes, tendo como elemento central a ratificação do Protocolo de Intenções, o qual integra o instrumento jurídico firmado entre o Governo do Estado do Ceará e os Municípios de Granjeiro, Caririaçu, Barbalha, Jardim, Juazeiro do Norte e Missão Velha, formalizando a constituição e a adesão ao Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte.

Verifica-se, ainda, no conteúdo das leis municipais, a previsão da prestação de serviços de saúde especializados, de média e alta complexidade, com destaque para os serviços de Urgência e Emergência hospitalar e extra-hospitalar, atendimentos ambulatoriais especializados, Policlínicas, Centros de Especialidades Odontológicas, Assistência

Farmacêutica, entre outros serviços correlatos, evidenciando o papel do consórcio como instrumento de regionalização da oferta e ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Os serviços ofertados dividem-se por tipo de profissional e suas habilitações. Destacam-se: médico de clínica cirúrgica, clínica médica, gastroenterologia, urologista, oftalmologista, otorrinolaringologista, ginecologia obstétrica, mastologia, cardiologia, anestesiologia, endocrinologia, neurologia, endoscopia digestiva, ortopedia, radiologia, diagnóstico por imagem e angiologia.

O documento-base da gestão do consórcio, principalmente em que pese a sua operacionalização é o Protocolo de Intenções, documento este que foi ratificado em todas as leis municipais. Parte de sua interpretação alguns aspectos ligados à gestão de saúde regionalizada, conferindo ao Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte a autonomia administrativa, financeira e patrimonial, ao mesmo tempo em que o submete integralmente ao regime jurídico de direito público, inclusive quanto à prestação de contas, controle externo e observância dos princípios da administração pública.

No plano das finalidades e competências, o documento explicita que o Consórcio não se limita à prestação de serviços, mas assume funções amplas de planejamento, coordenação, execução e gestão associada de ações e serviços de saúde, especialmente os de média e alta complexidade. Destacam-se, nesse sentido, a organização regional de serviços como urgência e emergência, policlínicas, centros de especialidades odontológicas, assistência farmacêutica e apoio diagnóstico, buscando ampliar a capacidade resolutiva e o acesso da população aos serviços de saúde.

O Protocolo também permite averiguar um modelo de governança compartilhada, no qual a Assembleia Geral se configura como instância máxima de deliberação, com participação dos prefeitos dos municípios consorciados e representantes do Estado, adotando critérios de votação que combinam base populacional e peso político do ente estadual. Esse arranjo reforça a lógica de corresponsabilidade federativa e evidencia a centralidade do Estado do Ceará na indução e sustentação do modelo consorcial.

Por fim, o documento revela que a operacionalização do Consórcio se dá por meio de contratos de programa e contratos de rateio, mecanismos típicos da gestão associada, que disciplinam o financiamento, a divisão de encargos e a prestação dos serviços, assegurando previsibilidade financeira e estabilidade institucional. Assim, o Protocolo de Intenções não apenas constitui juridicamente o Consórcio, mas também delimita seu papel como instrumento estruturante da descentralização e da cooperação interfederativa na política de saúde cearense.

Dada a elevada quantidade de contratos de rateio firmados anualmente entre o consórcio e os entes consorciados, optou-se por uma análise qualitativa e tipológica, concentrando-se em contratos representativos dos principais serviços regionalizados ofertados pelo CPSMJN, quais sejam: Policlínica, Centro de Especialidades Odontológicas e Transporte Sanitário Eletivo. Tal estratégia permitiu apreender os elementos estruturantes da cooperação interfederativa, sem prejuízo da compreensão do modelo jurídico-financeiro adotado

No que se refere especificamente aos contratos de rateio, a análise documental identificou três modalidades firmadas com os municípios consorciados: (i) contrato destinado ao Centro de Especialidades Odontológicas – CEO; (ii) contrato referente à Policlínica João Pereira dos Santos; e (iii) contrato voltado ao Sistema de Transporte de Pacientes Eletivos (STPE). A estrutura jurídica é essencialmente a mesma nos três casos, variando o objeto e os valores correspondentes à cota-parte de cada município, conforme o serviço regionalizado pactuado. Registra-se, contudo, que o município de Barbalha não aderiu ao contrato relativo ao transporte sanitário⁷, o que revela que, embora o arranjo consorcial seja estável, há margens de escolha quanto à adesão a determinados serviços.

Em termos de governança, o contrato de rateio cumpre função concreta de sustentação financeira do modelo regionalizado. Ele vincula a prestação do serviço à obrigação anual previamente consignada na Lei Orçamentária Municipal, define o valor da cota-parte e estabelece cronograma mensal de repasse. Além disso, repete-se nos instrumentos a autorização para retenção automática das parcelas junto à Secretaria da Fazenda (Sefaz) do Ceará, nos repasses de Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), mecanismo que reduz a inadimplência e assegura previsibilidade ao fluxo financeiro do Consórcio.

Outro ponto relevante é que a retirada do ente consorciado não afasta as obrigações já constituídas, o que protege a continuidade dos serviços e evita rupturas abruptas na política regionalizada. As cláusulas de fiscalização e de prestação de informações mensais também reforçam que o rateio não é mera transferência de recursos, mas integra um sistema de controle e acompanhamento recíproco entre os entes.

A homogeneidade normativa observada nas leis municipais de ratificação confirma achados de estudos sobre consórcios de saúde no Ceará, segundo os quais a padronização jurídica constitui condição de viabilidade para a cooperação interfederativa e para a organização

⁷ A não adesão do Município de Barbalha ao contrato de rateio do transporte sanitário decorre do fato de a Policlínica regional estar sediada em seu território, circunstância que reduz a necessidade de deslocamento intermunicipal de pacientes e, consequentemente, a demanda pelo Sistema de Transporte de Pacientes Eletivos.

regional da média complexidade (Julião; Olivieri, 2020; Biscarde *et al.*, 2024). No entanto, a literatura adverte que a convergência formal não implica, por si só, convergência de capacidades estatais entre os entes federados. Em territórios marcados por fortes assimetrias demográficas e fiscais, como no caso do CPSMJN, uma mesma regra pode produzir efeitos diferenciados entre municípios, exigindo coordenação política contínua para evitar que desigualdades de capacidade administrativa e financeira se convertam em desigualdades de acesso aos serviços de saúde (Viana; Lima, 2011; Arretche, 2012).

Assim, mais do que instrumento contábil, o contrato de rateio se apresenta como elemento estruturante da governança do CPSMJN: ele materializa a corresponsabilidade interfederativa, garante estabilidade financeira às unidades regionalizadas (CEO, Policlínica e Transporte Sanitário) e transforma a decisão política colegiada em compromisso orçamentário vinculante.

Os contratos de rateio analisados corroboram a interpretação de que os consórcios públicos dependem de mecanismos financeiros estáveis e vinculantes para sustentar a oferta regionalizada de serviços, sobretudo quando se trata de especialidades de maior custo operacional (Neves; Ribeiro, 2006; Gerigk; Pessali, 2014). Nesse contexto, o contrato de rateio opera simultaneamente como instrumento de cooperação e como arena de negociação intergovernamental, na qual autonomia municipal e integração regional precisam ser permanentemente equilibradas (Abrucio; Franzese, 2007; Flexa; Barbastefano, 2020).

4.1.2 Estrutura organizacional e fluxos decisórios

No plano organizacional, o CPSMJN opera por meio de estrutura descentralizada composta pela sede administrativa e por unidades assistenciais vinculadas: Centro de Especialidades Odontológicas, Policlínica João Pereira dos Santos, Centro Especializado em Reabilitação (CER II) e serviço de transporte sanitário. Essa conformação combina direção central com execução territorializada dos serviços, ou seja, evidencia a cooperação interfederativa no âmbito do Sistema Único de Saúde – o que também é verificado no trabalho empírico de Julião e Olivieri (2020) e teórico de Biscarde *et al.* (2024).

O CER II configura serviço habilitado e financiado pelo Governo Federal, em razão do atendimento às exigências técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, enquanto o Transporte Sanitário funciona mediante contratos específicos de adesão, com custeio restrito aos municípios que optam pelo serviço.

A governança organiza-se de forma colegiada, tendo a Assembleia Geral, composta pelos Chefes do Poder Executivo dos entes consorciados, como instância máxima de

deliberação estratégica, responsável pela aprovação de planos, orçamento, estatuto e contratos de rateio. A Presidência, exercida por Prefeito eleito entre os consorciados, responde pela representação política e institucional, ao passo que a Secretaria Executiva e a Diretoria Administrativa-Financeira concentram a gestão técnica e operacional, coordenando recursos humanos, contabilidade, licitações e compras. O desenho institucional contempla ainda instâncias de controle e integridade, como o Conselho Fiscal, a Controladoria e a Ouvidoria Geral, evidenciando aderência aos princípios da *accountability* e do controle público. A estrutura administrativa completa do CPSMJN é ilustrada na Figura 5.

Figura 5 – Estrutura organizacional do CPSMJN atualizado



Fonte: Site do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte (2025).

Por conseguinte, a leitura comparada do Estatuto publicado em 2009 e de seus aditivos posteriores revela um processo incremental de reestruturação e profissionalização da governança consorcial. A versão originária apresentava maior fragmentação decisória, com múltiplas diretorias concentradas nas unidades assistenciais, especialmente na Policlínica, e uma Secretaria Executiva com reduzida centralidade gerencial.

Os aditivos subsequentes promoveram reordenamento hierárquico, redistribuição de competências e progressiva diferenciação entre funções estratégicas do Consórcio e funções operacionais das unidades. Observa-se, nesse percurso, a unificação de diretorias, a equiparação

e posterior valorização funcional da Secretaria Executiva e a institucionalização de mecanismos formais de controle e transparência. O aditivo mais recente aprofunda essa distinção entre gestão consorcial e gestão das unidades, sinalizando amadurecimento institucional compatível com a complexidade da gestão regionalizada e interfederativa.

Nesse contexto, os fluxos decisórios articulam diferentes níveis: (i) o nível estratégico, concentrado na Assembleia Geral e na Presidência; (ii) o nível tático-administrativo, exercido pela Secretaria Executiva e pelas diretorias; e (iii) o nível operacional, situado nas unidades assistenciais. As decisões relativas ao planejamento regional, à celebração de contratos de rateio, à definição de prioridades assistenciais e à gestão orçamentária transitam entre essas instâncias, combinando deliberação colegiada e execução técnica. O Quadro 7 realiza um delineamento sobre os fluxos decisórios.

Quadro 7 – Fluxos decisórios do CPSMJN

Dimensão	Elementos	Descrição
Natureza Jurídica	Associação pública	Pessoa jurídica de direito público, de natureza autárquica e interfederativa, integrante da administração indireta dos entes consorciados
Base Legal	CF/1988; Lei nº 11.107/2005; Lei Estadual nº 14.458/2009; leis municipais ratificadoras	Fundamenta-se no regime constitucional da cooperação federativa e nas normas que disciplinam os consórcios públicos.
Órgão Máximo	Assembleia Geral	Instância superior de deliberação, composta pelos Chefes do Poder Executivo dos entes consorciados, responsável por decisões estratégicas, aprovação de planos, orçamento, estatuto e contratos de rateio
Direção Política	Presidência	Exercida por Prefeito eleito entre os consorciados, responsável pela representação legal e institucional do Consórcio
Gestão Executiva	Diretoria Executiva / Secretaria Executiva	Responsável pela administração, coordenação técnica, execução das deliberações da Assembleia e gestão operacional dos serviços
Controle Interno	Conselho Fiscal	Órgão de fiscalização contábil, financeira, orçamentária e patrimonial
Finalidade Institucional	Cooperação interfederativa em saúde	Organizar e executar, de forma regionalizada, ações e serviços de saúde de média e alta complexidade
Competências Assistenciais	Gestão de serviços especializados	Administração de serviços como urgência e emergência hospitalar e extra-hospitalar, ambulatorios especializados, policlínicas, centros de especialidades odontológicas, assistência farmacêutica, entre outros
Competências Administrativas	Planejamento, contratação e execução	Planejar ações regionais, realizar licitações, celebrar contratos, convênios e gerir recursos financeiros
Competências Federativas	Articulação institucional	Promover integração entre municípios consorciados e o Estado do Ceará, fortalecendo a regionalização do SUS
Regime de Funcionamento	Direito público	Submete-se às normas de direito público, inclusive controle externo, prestação de contas e princípios da administração pública

Fonte: Produzido pelo autor com base no estatuto do CPSMJN (2026).

A análise da estrutura organizacional e dos fluxos decisórios do Consórcio constitui dimensão central para compreender seus efeitos sobre a regionalização, a equidade e o desempenho institucional. Variáveis como desenho organizacional, arenas de pactuação, rotinas administrativas, mecanismos de controle e formas de articulação entre municípios influenciam diretamente a efetividade da cooperação interfederativa. Assim, a compreensão do CPSMJN exige articular o plano normativo (estatuto, contrato de consórcio, instrumentos de financiamento e regimento interno) às práticas concretas dos atores envolvidos, reconhecendo que a implementação de arranjos cooperativos depende das capacidades institucionais, interpretações e estratégias mobilizadas no nível regional.

Parte-se do entendimento de que variáveis como desenho organizacional, rotinas decisórias, arenas de pactuação, transparência, participação e relações com instâncias de controle social influenciam diretamente a efetividade do consórcio na oferta de serviços e na cooperação interfederativa (Flexa; Barbastefano, 2020; Almeida *et al.*, 2022; Biscarde *et al.*, 2024; Lui; Schabbach; Nora, 2020).

4.2 Regionalização, interiorização e acesso à média complexidade

A análise qualitativa desta pesquisa foi baseada principalmente em entrevistas semiestruturadas com gestores públicos envolvidos na implementação e coordenação de políticas de saúde no sul do Ceará. A escolha dos participantes considerou funções de decisão e gestão em diferentes instâncias da organização regional da assistência, incluindo atores ligados ao arranjo consorcial estudado.

O grupo reúne representantes de níveis distintos do SUS municipal, estadual e regional, o que permitiu examinar a cooperação interfederativa por ângulos complementares. Em geral, são profissionais com experiência em gestão pública, planejamento e coordenação de serviços. Com essa composição, a pesquisa buscou compreender tanto as decisões estratégicas da política consorcial quanto os desafios operacionais de sua execução no território.

No tocante aos relatos dos entrevistados, há indícios que a interiorização da saúde, mas sobretudo, da média complexidade, constitui uma das principais contribuições do modelo consorcial cearense. De acordo com um dos participantes vinculados à gestão estadual da política de consórcios em saúde (E1), a implantação das policlínicas e dos centros de especialidades odontológicas nas microrregiões reduziu significativamente o deslocamento de usuários do sistema público para a capital, ampliando o acesso da população do interior do Ceará aos serviços especializados do SUS.

Esse aspecto relacionado à regionalização, interiorização e descentralização da oferta assistencial foi igualmente ressaltado pelos gestores municipais e regionais entrevistados. De modo geral, os participantes destacaram o papel das unidades consorciadas na ampliação da oferta de exames e consultas anteriormente indisponíveis no nível local, como tomografias, endoscopias e colonoscopias, serviços cuja provisão isolada seria inviável para grande parte dos municípios em razão de limitações financeiras e estruturais. Essa compreensão aparece de forma explícita na fala de um dos gestores municipais entrevistados (E3), que argumenta que, apesar de determinados municípios da microrregião já exercerem papel de referência em atendimentos especializados, o consórcio contribui para facilitar a acessibilidade da população ao organizar a oferta de serviços dentro da própria microrregião de saúde, reduzindo distâncias que anteriormente exigiam deslocamentos para a capital do estado.

Esse achado dialoga com o estudo de Mello, Demarzo e Viana (2019) quando retratam um recorte conceitual sobre as realizações entre a descentralização, a municipalização e a regionalização de saúde no Brasil. Conforme pensam os referidos autores, a regionalização não se delimita a um conceito-chave administrativo da política nacional de saúde no Brasil, vai além, pode ser empreendido como “[...] um meio para alcançar o acesso equitativo aos recursos necessários ao enfrentamento do adoecer e seus determinantes sociais [...]” (Mello; Demarzo; Viana, 2019, p. 1.143). Essa reflexão denota que a regionalização está inerente a estratégia de superação das desigualdades de acesso, ou seja, ela é fundamental para articular distintas capacidades institucionais entre municípios na provisão de serviços especializados.

Nesse sentido, merece destaque a fala de um dos participantes vinculados à gestão do consórcio (E4), que interpreta o modelo consorcial cearense como um arranjo institucional capaz de materializar princípios de cooperação interfederativa no âmbito do SUS. Essa interpretação alinha-se à visão de Julião e Olivieri (2020) de que consórcios funcionam como estratégias de hierarquização e interiorização da oferta, especialmente em contextos de assimetria fiscal e administrativa entre entes subnacionais.

A lógica das políticas públicas voltadas ao enfrentamento das desigualdades no acesso aos serviços de saúde insere-se em uma agenda contemporânea de debates no campo da saúde pública. Estudos como os de Viana e Iozzi (2019) e Guerra *et al.* (2023) indicam, ainda que em contextos de investigação distintos, que o Brasil enfrenta a falta de equidade territorial como um problema de natureza estrutural.

Verificou-se, nesse direcionamento, que a percepção de equidade territorial emerge de forma recorrente nos discursos dos participantes, particularmente quando se compara a realidade de municípios de portes distintos no âmbito do Consórcio Público de Saúde da

Microrregião de Juazeiro do Norte. Um dos gestores vinculados à administração do consórcio (E4) destacou que a estrutura consorcial permite compartilhar custos e ampliar o acesso de municípios de menor porte a serviços especializados, evitando que esses entes precisem replicar localmente determinados equipamentos ou estruturas de alto custo.

Adicionalmente, um gestor municipal entrevistado (E6) reforçou essa lógica ao afirmar que o consórcio contribui para reduzir a demanda sobre as secretarias municipais ao ofertar exames de maior complexidade, como tomografia, cuja implantação isolada seria inviável para determinados municípios. Segundo o entrevistado, essa dinâmica contribui tanto para a redução de filas quanto para a diminuição dos custos associados ao deslocamento de pacientes para centros urbanos mais distantes. Outro participante da pesquisa (E2), com atuação na gestão de unidade regional de serviços especializados, observou que municípios de maior porte na microrregião tendem a concentrar parcela mais elevada das vagas em determinadas especialidades. No entanto, ressaltou que eventuais ociosidades são frequentemente redistribuídas entre os municípios consorciados, contribuindo para um equilíbrio relativo na oferta regional de serviços.

Essa dinâmica de compartilhamento de estrutura e redistribuição de vagas exemplifica a capacidade dos consórcios de mitigar desigualdades territoriais (Almeida *et al.*, 2022) dentro de uma microrregião, indo ao encontro da análise de Liziero (2025) sobre descentralização, ao afirmar que o federalismo brasileiro é assimétrico. O CPSMJN ilustra como a pactuação *per capita* permite que municípios de baixa capacidade acessem serviços equivalentes aos de entes maiores, alinhando-se à proposta de Franzese (2010) e Abrucio e Franzese (2013) de federalismo cooperativo, no qual a autonomia local se complementa com mecanismos de equalização para evitar fragmentação da rede assistencial.

Todavia, a concentração relativa de benefícios em municípios centrais, como Juazeiro do Norte e Barbalha, evidencia uma tensão inerente ao processo de descentralização em contextos territoriais desiguais. Conforme destacam Carvalho, Silva e Nicoletto (2025, p. 2), em revisão sobre consórcios de saúde no Brasil, persistem “[...] contextos heterogêneos, com altos níveis de desequilíbrios inter e intrarregionais, o que faz com que os resultados do processo de descentralização se mostrem altamente variáveis”, indicando a necessidade de ajustes contínuos na gestão desses arranjos.

Entre os desafios apontados pelos participantes, o absenteísmo e as barreiras geográficas aparecem como elementos que tensionam os resultados da regionalização. Um dos entrevistados vinculados à gestão administrativa municipal (E7) relatou que o absenteísmo ainda persiste mesmo com a existência de rotas de transporte sanitário organizadas com

múltiplos pontos de embarque, atribuindo parte do problema à preferência de alguns usuários por serviços locais e à incompatibilidade de horários.

De forma semelhante, outro gestor municipal entrevistado (E3) reconheceu o absenteísmo como um problema recorrente no SUS, destacando que faltas em consultas e exames acabam prejudicando outros usuários que aguardam atendimento. Já um gestor municipal (E6) mencionou a adoção de estratégias locais voltadas à redução dessas perdas, como mecanismos de controle de remarcações e maior acompanhamento por parte das equipes da atenção básica. Outro achado da pesquisa revela que, sob a perspectiva de um participante vinculado à gestão de serviços especializados (E2), uma parte das ausências decorre de falhas na orientação prévia aos pacientes, especialmente em exames que demandam preparo específico, como a colonoscopia.

A persistência do absenteísmo reflete capacidades regulatórias desiguais entre municípios, exigindo maior integração entre atenção básica local e média complexidade consorcial, como preconizado na NOB/96 e na literatura de Grin e Abrucio (2019) sobre coordenação multinível. O CPSMJN demonstra potencial para superar tais barreiras por meio de pactuações operacionais, mas as divergências entre gestores indicam a necessidade de mecanismos mais robustos de governança regulatória para transformar a oferta regional em acesso efetivo e equitativo.

4.3 Governança e coordenação entre Estado, CMPSMJN e Municípios

Os discursos dos entrevistados delineiam uma estrutura de governança multinível no CPSMJN, caracterizada por instâncias deliberativas que articulam prefeitos, secretários municipais e representantes estaduais. Um dos entrevistados (E5) descreve o consórcio como uma “autarquia interfederativa” composta por Assembleia Geral (prefeitos), Presidência, Diretoria Executiva (secretaria executiva, diretoria administrativa-financeira e procuradoria jurídica), Controladoria, Conselho Fiscal e Conselho Consultivo (secretários de saúde municipais).

Outro participante da pesquisa (E4) reforça que a Ouvidoria monitora indicadores e resultados, enquanto um dos gestores do CPSMJN (E2) enfatiza a distinção entre decisões assistenciais das unidades e administrativas do consórcio. Um participante vinculado à gestão estadual da política de consórcios (E1) cita a Coordenação de Gestão dos Consórcios na Secretaria Estadual de Saúde e as Superintendências Regionais como canais de articulação, além de um decreto recente que cria grupo de trabalho para atualizar a política consorcial.

Essa configuração exemplifica uma governança compartilhada que distribui competências entre arenas políticas e técnicas, alinhando-se à discussão de Flexa e Barbastefano (2020) sobre a necessidade de estruturas internas claras para superar limitações do formato jurídico genérico dos consórcios. No CPSMJN, a Assembleia de prefeitos como instância máxima e os conselhos como fóruns técnicos materializam o que Almeida *et al.* (2022) dialoga sobre a necessidade de ampliação dos mecanismos de participação social em arranjos consorciados, promovendo pactuação entre estado e municípios em linha com os princípios de corresponsabilidade federativa defendidos por Abrucio e Franzese (2013).

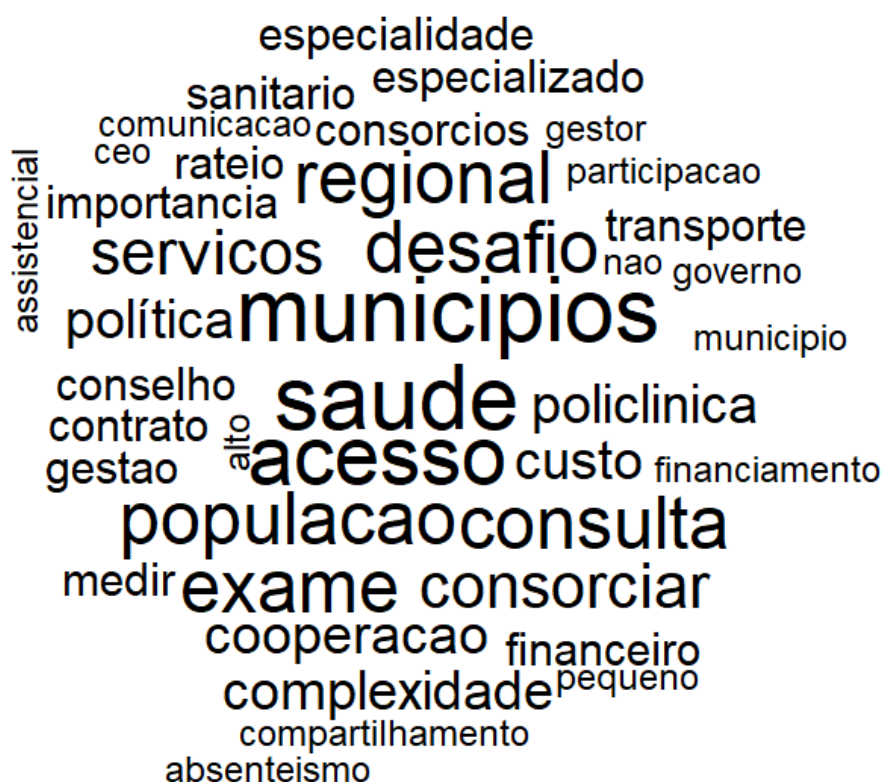
A coordenação da rede assistencial revela convergências na ênfase à integração entre atenção básica, média complexidade e transporte sanitário, mas também divergências quanto à regulação prática. Um dos gestores municipais entrevistados (E7) critica o Sistema *FastMedic* por não distinguir consultas de retorno, forçando o município a “consumir duas vagas” e limitando estratégias como *overbooking*, já usadas localmente com sucesso. Um dos participantes vinculados à gestão do consórcio (E4) menciona *feedbacks* trimestrais para secretários, enquanto um gestor municipal entrevistada (E3) elogia o acesso direto às agendas via *FastMedic*.

Esses relatos confirmam que a governança do CPSMJN avança na pactuação técnica, mas enfrenta limites na integração regulatória, ecoando a análise de Aleluia *et al.* (2022) sobre capacidades desiguais do SUS. A existência de *feedbacks* e capacitações exemplifica mecanismos de alinhamento operacional discutidos por Grin e Abrucio (2021), nos quais a cooperação se constrói por meio de arenas regulares que acomodam demandas locais. No entanto, restrições sistêmicas como as do *FastMedic* ilustram os desafios de harmonizar autonomias municipais com racionalidade regional, reforçando a necessidade de investimentos em tecnologias de informação compartilhadas para consolidar a rede, conforme preconizado na literatura sobre governança multinível em saúde.

Tensões entre autonomia municipal e indução estadual aparecem na concepção sobre os espaços de participação decisória. Um dos gestores municipais entrevistados (E7) menciona a participação mais limitada do Estado em algumas instâncias, como assembleias e conselhos consultivos, apontando que determinadas definições sobre especialidades no contrato de programa acabam ocorrendo de forma mais centralizada, o que pode reduzir a participação dos municípios na definição de demandas locais. O participante vinculado à gestão estadual (E1) reconhece a importância de fortalecer o diálogo no núcleo do governo, inclusive por meio de instrumentos normativos, enquanto um dos gestores da administração do consórcio (E5) menciona a existência de “desafios políticos” na articulação entre interesses estaduais e

municipais. Outra participante da gestão do consórcio (E4) ressalta que os contratos de rateio e de programa são firmados anualmente, embora esse processo também seja influenciado pela rotatividade de gestores. Para corroborar com o debate sobre governança, chama-se atenção para a nuvem de palavras (análise lexical) das entrevistas – Figura 6.

Figura 6 – Nuvem de palavras



Fonte: Produzido pelo autor a partir do *Software Iramuteq®* (2026).

A análise da nuvem de palavras (Figura 6) gerada a partir das entrevistas com os gestores participantes da pesquisa revela os principais eixos discursivos associados à governança e à coordenação interfederativa no âmbito do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte. Maior destaque são dados aos termos “municípios”, “saúde”, “acesso”, “consulta”, “exame” e “população”, indicando que o discurso dos entrevistados está fortemente orientado para a dimensão assistencial da política consorcial, especialmente no que toca à ampliação do acesso da população aos serviços de média complexidade.

A centralidade da palavra “municípios” sugere que os atores públicos entrevistados reconhecem o papel dos entes municipais na dinâmica de funcionamento do consórcio, quer

seja na definição das demandas assistenciais, quer seja na articulação institucional necessária para garantir o fluxo de atendimento regionalizado.

Chama-se atenção quanto aos termos que se inserem na seara da governança e gestão, como “contrato”, “rateio”, “financiamento”, “gestão” e “conselho”. Os termos ora apontados indicam que a coordenação entre Estado, consórcio e municípios ocorre por meio de arranjos institucionais formais, que estruturam tanto o financiamento quanto a tomada de decisão no consórcio. O destaque para o termo “rateio” evidencia a importância do compartilhamento de custos como mecanismo central para a viabilização da oferta de serviços especializados.

Assim, a análise lexical sugere que a governança do consórcio se estrutura a partir de três dimensões principais: (i) a ampliação do acesso aos serviços de saúde, (ii) a cooperação interfederativa entre municípios e estado, e (iii) os desafios administrativos e financeiros inerentes à gestão compartilhada da política consorcial.

O CPSMJN ilustra como consórcios verticais, conforme Julião e Olivieri (2020), ampliam indução estadual, mas geram disputas por maior autonomia municipal na definição de oferta, alinhando-se ao pressuposto da dissertação de que tais arranjos não eliminam conflitos, exigindo pactuação contínua. A proposta de grupo de trabalho estadual sugere evolução institucional, mas evidencia que a governança ainda depende de alinhamentos políticos para superar assimetrias de poder entre entes (Julião, 2018).

4.4 Mecanismos de financiamento e sustentabilidade institucional

O financiamento surge nos relatos como pilar fundamental da sustentabilidade do CPSMJN, com ênfase no modelo híbrido de rateio e consignação do ICMS. Um dos entrevistados vinculados à gestão estadual da política consorcial (E1) destaca a inovação cearense de consignar recursos do ICMS diretamente na conta do consórcio, garantindo “previsibilidade financeira” para salários, insumos e manutenção, enquanto o Estado aporta 40% e municípios 60% proporcionalmente à população. Um gestor da área administrativa do consórcio (E5) confirma que o desconto automático da cota municipal via ICMS “evita inadimplência” e assegura maior estabilidade que gestões municipais isoladas, com reajustes periódicos desde 2013. Outro gestor municipal entrevistado (E7) avalia a lógica *per capita* como “vantajosa economicamente”, considerando o volume de serviços especializados recebidos.

Esse arranjo exemplifica como mecanismos fiscais estáveis podem sustentar políticas descentralizadas em federações assimétricas, conforme analisado por Gerigk e Pessali (2014),

que veem consórcios como parcerias para racionalizar custos compartilhados em serviços de alta complexidade. No CPSMJN, a consignação do ICMS materializa a descentralização fiscal defendida por Falleti (2006) na sua teoria sequencial, combinando autonomia subnacional com coordenação orçamentária estadual e evitando os ciclos de crise financeira comuns em municípios pequenos. A sustentabilidade demonstrada reforça a leitura de Machado, Abrucio e Grin (2025) de que a construção de capacidade federativa depende de alinhamento entre receitas previsíveis e responsabilidades compartilhadas.

Apesar da estabilidade do modelo, os entrevistados identificam pressões crescentes sobre o orçamento, associadas, entre outros fatores, à valorização profissional e à necessidade de atualização tecnológica. Um dos gestores da administração do consórcio (E5) destaca o aumento da produção assistencial (de cerca de 50 mil atendimentos em 2020 para aproximadamente 200 mil em 2025) como um elemento que amplia as demandas sobre o financiamento e a organização dos serviços.

Um dos participantes também vinculado à gestão do consórcio (E4) menciona limitações relacionadas à carteira previamente pactuada de serviços, o que pode dificultar a incorporação de novas demandas sem processos de repactuação entre os entes consorciados. Assim como um outro entrevistado (E2) observa que procedimentos administrativos e operacionais podem, em alguns casos, tornar mais complexa a manutenção da infraestrutura tecnológica, com possíveis repercussões na oferta regional de serviços. Por sua vez, um dos entrevistados vinculados à gestão estadual (E1) menciona atualizações normativas realizadas por meio de decreto como estratégia para adequar a política aos novos contextos.

Essas limitações evidenciam que a sustentabilidade inicial não é automática em dinâmicas de expansão, alinhando-se à crítica de Arretche (1999) à descentralização como processo ambivalente, onde delegação de responsabilidades não é acompanhada por redistribuição plena de recursos. O CPSMJN confirma os alertas de Carvalho, Silva e Nicoletto (2025) sobre a necessidade de redesenho de instrumentos financeiros em consórcios verticais.

A transparência e prestação de contas aparecem como contrapartidas positivas do modelo financeiro compartilhado. Um dos agentes públicos da área gestora do consórcio (E5) relata prestação ao TCE, uso do Sistema de Informações Municipais desde 2025 e portal de transparência atualizado, acompanhando *rankings* públicos. Um outro participante da gestão do consórcio (E4) destaca monitoramento quadrimestral individualizado por município, enquanto um dos gestores municipais (E3) elogia o acesso facilitado a resultados via sistemas compartilhados. Esses mecanismos mitigam riscos de assimetrias na *accountability*.

A ênfase na transparência dialoga com os princípios de eficiência e publicidade da administração pública previstos na Constituição Federal de 1988, como ferramenta contra desigualdades. No contexto de consórcios, esses controles reforçam a legitimidade interfederativa, conforme Almeida *et al.* (2022), que identificam lacunas em instâncias de controle social. O CPSMJN demonstra que financiamento previsível habilita *accountability* robusta, contribuindo para institucionalizar a cooperação como política de Estado.

4.5 Desigualdades territoriais e capacidade municipal

A heterogeneidade entre municípios consorciados emerge como traço definidor do CPSMJN, com discursos que contrapõem as capacidades de Juazeiro do Norte e Barbalha às limitações de Granjeiro, por exemplo. Um dos entrevistados vinculados à gestão do consórcio (E4) enfatiza que o consórcio reúne “o maior município do interior do Nordeste” (referindo-se a Juazeiro do Norte) com “o menor do Ceará” (fazendo alusão à Granjeiro), permitindo que pequenos acessem serviços inviáveis isoladamente, como policlínica e CEO, via compartilhamento de custos per capita. Um gestor municipal entrevistado (E7) reconhece deter uma parcela considerável das vagas, mas observa ociosidades redistribuídas a entes menores, reduzindo desigualdades ao transferir “vagas de quem tem maior oferta para quem tem maior demanda”. Outrossim, outro gestor municipal (E6) alega que as vagas ofertadas ao município atendem à demanda em escala apropriada.

Essa dinâmica confirma a função equalizadora dos consórcios em federações assimétricas, como defendido por Abrucio e Franzese (2007), que veem na cooperação mecanismos para compensar disparidades de capacidade estatal subnacional. O CPSMJN exemplifica um modelo inovador, no qual rateio proporcional e redistribuição de vagas articulam autonomias desiguais em torno de uma oferta regional comum, alinhando-se à proposta de Arretche (1999) de descentralização que exige coordenação para evitar reprodução de desigualdades territoriais. Ao habilitar municípios periféricos como Granjeiro a exames de alta complexidade, o arranjo materializa princípios de equidade do SUS, superando limites do municipalismo isolado.

Fatores geográficos e de absenteísmo revelam como desigualdades de capacidade se manifestam no uso efetivo da oferta. Um dos gestores municipais entrevistados (E7) atribui ociosidades à preferência por serviços locais e queixas sobre transporte, apesar de rotas ampliadas, enquanto Barbalha registra menor absenteísmo por proximidade da policlínica. Outro gestor municipal (E6) relata reduções via cobrança a agentes comunitários e penalidades

para faltas, mas ainda perdas significativas (até 500 exames/quadrimestre), e um gestor vinculado ao serviço consorciado (E2) aponta falta de preparo para exames complexos como causa de vagas perdidas.

Os padrões ora citados, em que pese as capacidades regulatórias desiguais, expõe uma crítica realizada por Aleluia *et al.* (2022) sobre as fragmentações na coordenação do Sistema Único de Saúde. Neste *paper* (Aleluia *et al.*, 2022) ratifica-se as limitações relacionadas ao planejamento e a execução de políticas públicas regionalizadas, quer seja pela capacidade técnica, operacional (administrativa e orçamentária) ou política.

Esta realidade é empreendida no caso do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte, quando se observa o município de Juazeiro do Norte (como o maior município da microrregião e do CPSMJN) enfrentando barreiras culturais e comportamentais dos próprios usuários do SUS, enquanto os periféricos dependem mais de transportes, reforçando a necessidade de governança adaptada às condições de cada região. Estratégias locais, como penalidades aos Agentes Comunitários de Saúde que não realizam a entrega das marcações, como é o caso citado por um gestor municipal entrevistado (E6), revelam uma arena decisória *bottom-up*⁸, entretanto apenas reforçam a ideia de que a equalização estrutural exige suportes mais complexos e sistêmicos para uniformizar o acesso e a universalização da saúde pública, assim viabilizando a correção de problemas centrais, como o absenteísmo.

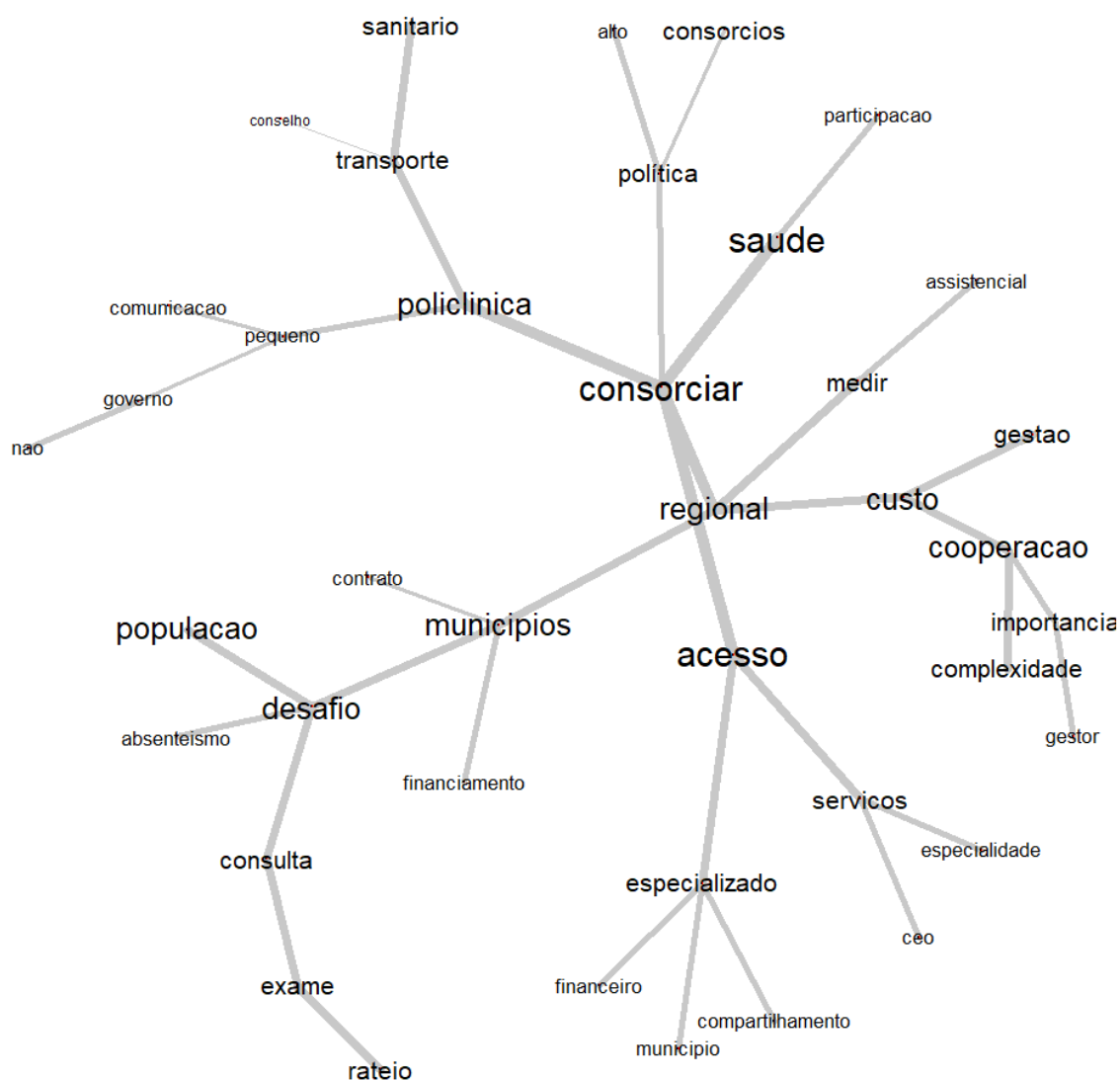
A complementaridade reforça a visão de Neves e Ribeiro (2006) de consórcios como extensores de capacidade municipal em média complexidade. Tensões com carteira uniforme ilustram limites da padronização em contextos desiguais, conforme Carvalho, Silva e Nicoletto (2025), demandando pactuações flexíveis para alinhar oferta regional a perfis locais sem fragmentar a rede. O CPSMJN demonstra potencial equalizador, mas sua efetividade depende de calibração contínua às capacidades municipais diferenciadas.

A respeito das capacidades dos municípios e desigualdades territoriais, realizou a análise de similitude através do *software Iramuteq*® (Figura 7), ferramenta que possibilita a identificação das relações de coocorrência entre os termos mais frequentes presentes nas entrevistas, revelando a estrutura do discurso dos gestores acerca da governança e da coordenação interfederativa no consórcio. Diferentemente da nuvem de palavras, que evidencia

⁸ *Bottom-up* trata-se de uma expressão que, traduzida, significa “de baixo para cima”. No campo de estudos das políticas públicas, é amplamente utilizada para indicar processos decisórios que se iniciam em níveis institucionais mais próximos da implementação e se projetam para instâncias superiores. Nesse caso, Missão Velha tomou uma decisão enquanto ente consorciado.

apenas a frequência dos termos, essa técnica demonstra como os conceitos se conectam entre si.

Figura 7 – Análise de similitude



Fonte: Produzido pelo autor a partir do *Software Iramuteq®* (2026).

No grafo resultante, verifica-se que o termo “consorciar” ocupa posição central na rede de relações semânticas, articulando-se diretamente com palavras como “regional”, “policlínica”, “saúde” e “política”. Essa centralidade provoca a ideia que o consórcio é percebido pelos gestores como o principal mecanismo institucional de articulação regional da política de saúde, funcionando como um arranjo de cooperação capaz de integrar municípios e governo estadual na provisão de serviços especializados.

Outro núcleo importante se forma em torno do termo “acesso”, que aparece fortemente conectado a “serviços”, “especializado” e “regional”. Essa associação indica que a ampliação do acesso da população aos serviços de média complexidade constitui um dos principais objetivos atribuídos ao arranjo consorcial. Nesse sentido, o consórcio é compreendido como instrumento de organização regional da assistência, viabilizando a oferta compartilhada de serviços especializados que dificilmente seriam mantidos individualmente pelos municípios.

4.6 Desafios de gestão e institucionalização da política consorcial

A burocracia administrativa e temporalidade da gestão pública configuram desafios recorrentes na operacionalização do CPSMJN. Um gestor vinculado ao CPSMJN (E2), com experiência privada, contrasta a agilidade anterior (“montar 10 leitos de UTI em 24 horas”) com a “burocracia triplicada” pública, especialmente para manutenção de tomógrafos com peças importadas, cujas paralisações impactam as ofertas regionais. Outro gestor do consórcio (E5) cita insegurança jurídica em vínculos trabalhistas e necessidade de concursos para cargos efetivos, bem como o entrevistado E4 aponta rotatividade municipal como ruptura de fluxos regulatórios. Um gestor municipal entrevistado (E7) relata adaptações locais como *overbooking*, inviáveis no sistema consorcial. Tais desafios são apontados por Flexa e Barbastefano (2020, p. 326):

[...] Apesar dos benefícios, existem ainda desafios para efetivar a regionalização, tais como as dificuldades para integrar e coordenar as ações e serviços, em diferentes espaços geográficos, com distintas gestões, para atender as necessidades de saúde e demandas da população na escala, qualidade e custos adequados. Além disso, essa diretriz também implica na fragmentação na prestação de serviços e redução do poder de barganha nos processos de aquisição de materiais e serviços.

A burocracia e rotatividade confirmam lacunas em governança interna identificadas por Flexa e Barbastefano (2020), onde formatos jurídicos genéricos demandam adaptações para eficiência operacional. Estratégias locais indicam resiliência, mas evidenciam que institucionalização exige profissionalização e redução de dependência de ciclos políticos municipais.

Regulação e sistemas de informação geram divergências entre gestores, com críticas à rigidez do *FastMedic*. Um dos gestores municipais entrevistados (E7) critica ausência de distinção entre consulta e retorno, forçando “duas vagas por paciente”, e limitações a inovações como disparos de lembrete via *WhatsApp*. Existe uma visão contrária sobre o sistema *FastMet* entre o que é observado na realidade do município gerido pelo entrevistado E7 e a compressão dos gestores de outros municípios (E3 e E6), que consideram um sistema funcional.

A rotatividade política e os desafios relacionados à continuidade administrativa aparecem nas entrevistas como fatores que podem influenciar a consolidação do modelo, com menções à possibilidade de descontinuidades ao longo do tempo. Um entrevistado vinculado à gestão estadual da política consorcial (E1) enfatiza a importância de tratar os consórcios como “política de Estado”, e não apenas de governo, mencionando inclusive a possibilidade de atualizações por meio de decreto. Um dos gestores do CPSMJN (E2) observa que mudanças na presidência podem gerar incertezas quanto à manutenção do modelo atualmente em funcionamento, enquanto outros gestores vinculados ao consórcio (E4 e E5) destacam a relativa estabilidade proporcionada pelo regime celetista, ainda que apontem a necessidade de avanços em termos de concursos e institucionalização de carreiras.

A vulnerabilidade a ciclos eleitorais confirma a interpretação de Arretche (1999) acerca das tensões que cercam a descentralização, frequentemente condicionada a alinhamentos políticos entre os entes federativos. Julião e Olivieri (2020) destacam que os consórcios verticais cearenses apresentam avanços em termos de estabilidade institucional; contudo, o risco de descontinuidade persiste na ausência de marcos mais consolidados que os caracterizem como políticas de Estado. Nesse contexto, embora o CPSMJN demonstre significativa densidade institucional, os desafios apontados indicam a necessidade de mecanismos de maior blindagem normativa frente à rotatividade de gestores.

A análise evidencia que o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte consolida-se como instrumento institucionalizado de descentralização e cooperação interfederativa, promovendo interiorização efetiva da média complexidade, equalização de capacidades municipais heterogêneas e ampliação do acesso equitativo a serviços especializados do SUS. Os achados revelam convergências robustas quanto à redução de deslocamentos para realização de exames e procedimento na Capital do Estado e à sustentabilidade financeira via rateio e ICMS consignado, mas também tensões institucionais persistentes em regulação compartilhada, sistemas de informação rígidos e dependência de alinhamentos políticos para atualizações contratuais.

Os resultados subsidiam proposições analíticas para aperfeiçoamento da política consorcial: (i) customização do *FastMedic* para pactuação flexível de carteiras epidemiológicas; (ii) estabilização técnica via concursos e redução de rotatividade; (iii) institucionalização normativa que assegure blindagem contra ciclos eleitorais, consolidando o modelo como política de Estado. Tais recomendações, ancoradas na triangulação empírica-teórica, orientam intervenções práticas no âmbito da SESA e dos municípios consorciados, contribuindo para a agenda de regionalização do SUS no Ceará.

Cumprе salientar que a influência interestadual e potencial de difusão aparece como perspectivas positivas. Um entrevistado vinculado à gestão estadual (E1) relata Bahia modelando-se no Ceará, visando “protagonismo nacional”. Um entrevistado da gestão do consórcio (E4) destaca o Núcleo de Educação Permanente aprovado em eventos nacionais e CER tipo II como inovações copiadas, enquanto um gestor municipal entrevistado (E6) sugere extensão a transporte sanitário e outro gestor municipal (E7) propõe *overbooking* sistêmico.

Flexa e Barbastefano (2019), Julião (2018) e Julião e Olivieri (2020) confirmam o Ceará como laboratório para consórcios verticais. Carvalho, Silva e Nicoletto (2025) veem potencial replicabilidade, mas alertam para adaptação a contextos assimétricos. Sugestões municipais indicam maturidade para evolução, transformando CPSMJN em vetor de políticas regionais além da saúde.

5 CONCLUSÕES

5.1 Síntese da pesquisa

A presente dissertação teve como objetivo geral analisar o papel de um consórcio público de saúde situado no sul do Ceará como instrumento de descentralização e de cooperação interfederativa na oferta de políticas públicas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Para alcançar tal finalidade, foram estabelecidos três objetivos específicos: (i) descrever a construção normativa e institucional dos consórcios públicos no Brasil, com ênfase nas diretrizes legais, modelos de governança e arcabouços regulatórios aplicáveis à política de saúde no Estado do Ceará; (ii) mapear a estrutura organizacional, os arranjos de governança e os fluxos decisórios do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte, considerando critérios de adesão, financiamento, pactuação e execução das ações consorciadas; e (iii) verificar a atuação dos gestores públicos envolvidos com o consórcio, identificando as contribuições, limitações e potencialidades apontadas por esses atores para o acesso regionalizado aos serviços de saúde e para a efetivação da cooperação entre os entes federativos.

De modo geral, os objetivos propostos foram atendidos de forma satisfatória. O primeiro objetivo foi alcançado por meio da revisão da literatura e da análise dos marcos institucionais que estruturam os consórcios públicos no Brasil, evidenciando sua relevância como instrumentos de cooperação federativa no âmbito do Sistema Único de Saúde. O segundo objetivo foi contemplado a partir do exame da estrutura organizacional do consórcio estudado, de seus mecanismos de governança e dos processos decisórios que orientam a gestão das ações consorciadas. Por sua vez, o terceiro objetivo foi alcançado mediante a análise das percepções e experiências dos gestores públicos entrevistados, permitindo identificar tanto os avanços quanto os desafios associados à implementação desse arranjo institucional.

A pesquisa partiu da seguinte questão norteadora: em que medida o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte tem atuado nas ações de descentralização e de cooperação interfederativa na oferta de serviços públicos de saúde no Estado do Ceará? Os resultados indicam que o consórcio desempenha papel relevante na ampliação do acesso regionalizado aos serviços de média complexidade, contribuindo para a interiorização da oferta de saúde e para a racionalização de recursos públicos.

Entretanto, também foram identificadas limitações relacionadas às desigualdades de capacidade administrativa entre os municípios participantes, às tensões inerentes aos processos de pactuação política e à dependência de mecanismos de financiamento e coordenação

envolvendo o governo estadual. Do ponto de vista metodológico, a adoção do estudo de caso qualitativo mostrou-se adequada para a compreensão aprofundada das dinâmicas institucionais que permeiam o funcionamento do consórcio. A utilização de múltiplas fontes de evidência, incluindo análise documental, revisão bibliográfica e entrevistas semiestruturadas, possibilitou construir uma interpretação consistente do fenômeno analisado. Ainda assim, reconhece-se que a natureza qualitativa e a delimitação do estudo a um único caso impõem limites à generalização dos resultados, constituindo uma das principais limitações do percurso metodológico.

5.2 Verificação dos pressupostos

Esta pesquisa foi orientada por três pressupostos analíticos derivados da literatura sobre federalismo, descentralização e cooperação interfederativa, utilizados como lentes interpretativas para compreender o funcionamento do consórcio analisado.

O primeiro pressuposto partiu da ideia de que a descentralização das políticas sociais no Brasil combina autonomia subnacional e coordenação nacional, produzindo resultados condicionados por capacidades estatais desiguais. Os resultados empíricos confirmam, em grande medida, esse pressuposto, uma vez que as desigualdades administrativas e financeiras entre os municípios participantes do arranjo consorcial se refletem nas dinâmicas de participação, tomada de decisão e implementação das ações compartilhadas.

O segundo pressuposto sustentou que arranjos cooperativos interfederativos, como os consórcios públicos, constituem respostas institucionais à fragmentação federativa e à insuficiência de escala municipal, mas não eliminam disputas políticas e problemas de coordenação. A análise empírica evidenciou que, de fato, o consorciamento contribui para ganhos de escala e ampliação do acesso a serviços de saúde, mas também revela a persistência de desafios relacionados à pactuação política, à coordenação entre os entes federativos e à gestão compartilhada de recursos e responsabilidades.

O terceiro pressuposto considerou que, em consórcios verticais, a presença do governo estadual tende a ampliar a capacidade de indução, financiamento e coordenação das ações regionais, ao mesmo tempo em que pode reconfigurar as relações de autonomia municipal e a distribuição do poder decisório. Os resultados da pesquisa indicam que esse pressuposto também encontra respaldo empírico, na medida em que o papel do governo estadual se mostra central tanto para a viabilização financeira do consórcio quanto para a coordenação das políticas regionais de saúde, influenciando diretamente a dinâmica de governança do arranjo institucional.

5.3 Análise teórica, metodológica e empírica

No plano teórico, esta pesquisa dialogou com a literatura sobre federalismo, descentralização administrativa e cooperação interfederativa, articulando esses referenciais ao campo da regionalização do Sistema Único de Saúde. A partir desse recorte, buscou-se compreender as dinâmicas institucionais que caracterizam os consórcios públicos de saúde, reconhecendo que tais arranjos se inserem em um contexto mais amplo de reorganização das relações entre os entes federativos.

Do ponto de vista metodológico, a escolha pelo estudo de caso único permitiu explorar em profundidade o funcionamento do arranjo consorcial investigado, captando nuances institucionais, compreensões dos gestores e práticas administrativas que dificilmente seriam apreendidas por meio de métodos quantitativos.

Entretanto, essa estratégia também implica limitações, sobretudo no que se refere à possibilidade de generalização dos resultados para outros consórcios ou contextos regionais. No plano empírico, a pesquisa conseguiu identificar elementos relevantes acerca da governança, da estrutura organizacional e das relações interfederativas que sustentam o funcionamento do consórcio. Ainda assim, algumas dimensões poderiam ter sido exploradas com maior profundidade, como a participação de outros atores institucionais, a percepção dos usuários dos serviços de saúde ou a comparação com experiências de consórcios em outras regiões.

5.4 Lacunas para futuras pesquisas

Os resultados desta dissertação indicam a existência de diversas lacunas que podem ser exploradas em pesquisas futuras. Uma delas refere-se à realização de estudos comparativos entre diferentes consórcios públicos de saúde, o que permitiria identificar padrões institucionais, variações de governança e diferentes níveis de efetividade na implementação das políticas regionais de saúde, sobretudo em territórios vizinhos.

Outra possibilidade consiste em aprofundar a análise sobre os impactos do consorciamento na qualidade e na equidade do acesso aos serviços de saúde, incorporando indicadores quantitativos e perspectivas dos usuários do sistema. Além disso, investigações que examinem de forma mais detalhada as relações de poder, os processos de negociação política e os mecanismos de controle social nos consórcios públicos podem contribuir para ampliar a compreensão das dinâmicas interfederativas que estruturam esses arranjos institucionais.

Também se mostra relevante explorar o papel do governo estadual e de outras instâncias federativas na indução e na coordenação de políticas regionais, especialmente em contextos marcados por desigualdades territoriais e por capacidades administrativas heterogêneas.

5.5 Contribuições da pesquisa

As contribuições desta pesquisa podem ser compreendidas em três dimensões complementares: teórica, metodológica e prática. No plano teórico, o estudo contribui para o avanço do debate sobre federalismo e descentralização no Brasil ao analisar empiricamente o funcionamento de um consórcio público de saúde enquanto mecanismo de cooperação interfederativa.

Ao articular conceitos provenientes da literatura sobre governança pública, regionalização do SUS e coordenação federativa, a pesquisa oferece elementos analíticos que ajudam a compreender as potencialidades e os limites desses arranjos institucionais. Do ponto de vista metodológico, a investigação demonstra a relevância do estudo de caso qualitativo como estratégia de análise de fenômenos institucionais complexos, especialmente quando se trata de compreender processos decisórios, relações de poder e práticas organizacionais no âmbito da administração pública.

A utilização de múltiplas fontes de evidência contribuiu para a construção de uma análise interpretativa consistente sobre o objeto investigado. Por fim, no plano prático, os resultados da pesquisa oferecem subsídios para gestores públicos, formuladores de políticas e instituições envolvidas na gestão do Sistema Único de Saúde, ao evidenciar desafios e oportunidades associados ao funcionamento dos consórcios públicos de saúde. Nesse sentido, o estudo pode contribuir para o aprimoramento das estruturas de governança regional, para o fortalecimento da cooperação interfederativa e para o aperfeiçoamento das políticas de regionalização da saúde no contexto brasileiro.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz *et al.* Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 663-677, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200354>. Acesso em: 05 jan. 2026.

ABRUCIO, Fernando Luiz. Federalismo brasileiro e projeto nacional: os desafios da democracia e da desigualdade. **Revista USP**, n. 134, p. 127-142, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/202382>. Acesso em: 8 jul. 2024.

ABRUCIO, Fernando Luiz. Federalismo brasileiro e projeto nacional: os desafios da democracia e da desigualdade. **Revista USP**, n. 134, p. 127-142, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/202382>. Acesso em: 8 jul. 2024.

ABRUCIO, Fernando Luiz; FRANCESE, Cibele; SEGATTO, Catarina; COUTO, Cláudio. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, v. 54, p. 663-677, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200354>. Acesso em: 8 jul. 2024.

ABRUCIO, Fernando Luiz; FRANZESE, Cibele. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: FERRAREZI, Elisabete; SOUZA, Celina; BRASIL, Fernando (orgs.). **Tópicos de economia paulista para gestores públicos**. v. 1. São Paulo: Fundação do Desenvolvimento Administrativo, 2007. p. 13-31.

ALELUIA, Ítalo Ricardo Santos; MEDINA, Maria Guadalupe; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. Desafios da gestão regionalizada no Sistema Único de Saúde. **Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 104–120, 2022. DOI: 10.12660/rgplp.v20n2.2021.83387. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rgplp/article/view/83387>. Acesso em: 9 mar. 2026.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Recentralizando a federação?. **Revista de Sociologia e Política**, p. 29-40, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782005000100004>. Acesso em: 09 jul. 2024.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; SANTOS, Adriano Maia dos; LIMA, Luciana Dias de; CABRAL, Lucas Manoel da Silva; LEMOS, Maria de Lourdes Lacerda; BOUSQUAT, Aylene Emilia Moraes. Consórcio interfederativo de saúde na Bahia, Brasil: implantação, mecanismo de gestão e sustentabilidade do arranjo organizativo no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00028922, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT028922>. Acesso em 12 jan. 2025.

ANDRADE, Silvia Karla Vieira; MENDONÇA, Fernanda de Freitas; ENDLICH, Angela Maria; GONZALEZ, Alberto Durán; CARVALHO, Cristina Gomes de; VIEIRA, Fabiana de Menezes Soares; BORGES, Luciana Ferreira. Consórcio público de saúde no processo de regionalização: análise sob o enfoque da ação coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, e320107, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320107>. Acesso em: 20 fev. 2025.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n. 40, p. 111-141, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69091999000200009>. Acesso em 15 mai. 2025.

ARRETCHE, Marta. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

ARRETCHE, Marta. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/7nwbw/pdf/arretche-9788575413986.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2024.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000200003>. Acesso em: 8 jul. 2024.

BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos; SANTOS, João Vitor Pereira dos; SANTOS, Vitória Oliveira; PRADO, Níli Maria de Brito Lima; ALMEIDA, Patty Fidelis de; PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de Moraes; SANTOS, Adriano Maia dos. Implantação de consórcios públicos de saúde e policlínicas regionais na Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 9, e07052023, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.07052023>. Acesso em: 20 fev. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Brasília: Senado, 1998.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 9 mar. 2026.

BRASIL. **Lei n. 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 8 jul. 2024.

BRASIL. **Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 abr. 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11795.htm. Acesso em: 20 fev. 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.874, de 27 de maio de 2024**. Dispõe sobre princípios, diretrizes e regras para a condução de pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 maio 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l14874.htm. Acesso em: 20 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 05 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 05 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 674, de 6 de maio de 2022**. Dispõe sobre a ética em pesquisa com seres humanos no Brasil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 maio 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acao-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2022/resolucao-no-674.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 01/96**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

BRUYNE, Paul de; HERMAN, Jacques; SCHOUTHEETE, Marc. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica**. Tradução de Rurth Joffily. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751532016.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2024.

CARVALHO, Brígida Gimenez; SILVA, João Felipe Marques da; NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano. Atuação de consórcios de saúde no sistema público de saúde brasileiro: arranjos, papéis e desafios. **Saúde em Debate**, v. 49, p. e9515, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251449515P>. Acesso em: 02 jan 2026.

CAVALCANTE, Pedro. Descentralização de políticas públicas sob a ótica neoinstitucional: uma revisão de literatura. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 45, n. 6, p. 1781 a 1804, 2011. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7059>. Acesso em: 30 abr. 2024.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Caderno de Informação em Saúde – Região de saúde de Juazeiro do Norte**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2016.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Manual de orientação dos consórcios públicos de saúde do Ceará**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2009. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/download/manual-consorcios-publicos-em-saude-no-ceara/>. Acesso em: 20 fev. 2025.

CRESWELL, John W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2010.

CUNHA, Rosani Evangelista da. **Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa**. 2004. 185 f. Dissertação

(Mestrado em Ciência Política) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

EISENHARDT, Kathleen M. Building theories from case study research. **The Academy of Management Review**, v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/258557>. Acesso em: 2 ago. 2024.

FALLETI, Tulia. Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada. **Sociologias**, n. 16, p. 46-85, jul. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/RPnSSXshkbLyhs4w6tbL4fC/?lang=pt#>. Acesso em: 30 abr. 2023.

FLEXA, Raquel Gonçalves Coimbra; BARBASTEFANO, Rafael Garcia. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 325-338, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.24262019>. Acesso em: 20 fev. 2025.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANZESE, Cibele. **Federalismo cooperativo no Brasil**: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas. 2010. 210 f. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/8219>. Acesso em: 9 mar. 2026.

GERIGK, Walter; PESSALI, Hugo Figueiredo. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 6, p. 1525-1543, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-76121779>. Acesso em: 22 mai. 2025.

GIBSS, Graham. **Análise de Dados Qualitativos**. Tradução de Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2017. GODOY, Arilda Schmidt. Estudo de caso qualitativo. In: GODOI, Christiane Kleinübing; BANDEIRA-DE-MELO, Rodrigo; SILVA, Anielson Barbosa (orgs.). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**: paradigmas, estratégias e métodos. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. cap. 4, p. 115-143.

GRIN, Eduardo José; ABRUCIO, Fernando Luiz. **Governos locais**: uma leitura introdutória. 1ª ed. Brasília, Enap, 2019.

GRIN, Eduardo José; ABRUCIO, Fernando Luiz. **O elo perdido da descentralização no Brasil**: a promoção das capacidades estatais municipais pelo governo federal. *Revista de Sociologia e Política*, v. 29, n. 77, p. e002, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-987321297702>. Acesso em: 8 jul. 2024.

GRIN, Eduardo José; ABRUCIO, Fernando Luiz. Quando nem todas as rotas de cooperação intergovernamental levam ao mesmo caminho: arranjos federativos no Brasil para promover

capacidades estatais municipais. **Revista do Serviço Público**, [S. l.], v. 69, p. 85-122, 2018. DOI: 10.21874/rsp.v69i0.3584. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/3584>. Acesso em: 21 ago. 2025.

GUERRA, Daniele Marie *et al.* Índice de Dependência Regional e Macrorregional: uma contribuição ao processo de regionalização do SUS. **Saúde em Debate**, v. 47, p. 431-443, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313805>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2023.v47n138/431-443/>. Acesso em: 8 mar. 2026.

GUINMARÃES, Maria do Carmo Lessa. O debate sobre a descentralização de políticas públicas: um balanço bibliográfico. **Organizações & Sociedade**, v. 9, p. 1-17, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-92302002000100003>. Acesso em: 8 jul. 2024.

JULIÃO, Karine Sousa. **Consórcios públicos verticais**: cooperação entre diferentes níveis de governo para a oferta de serviços de saúde no Ceará. 2018. 252 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

JULIÃO, Karine Sousa; OLIVIERI, Cecília. Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. e00037519, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037519>. Acesso em: 20 fev. 2025.

JUNQUEIRA, Ana Thereza Machado; MENDES, Áquilas Nogueira; CRUZ, Maria do Carmo Meirelles T. Consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo: situação atual. **Revista de Administração de Empresas**, v. 39, p. 85-96, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-75901999000400010>. Acesso em: 01 fev. 2025.

LEAL, Guilherme Arevalo; MANTOVANI, Daielly Melina Nassif; BRESCIANI, Luis Paulo; MACHADO JÚNIOR, Celso. CONSÓRCIOS PÚBLICOS BRASILEIROS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. **Veredas do Direito**, [S. l.], v. 22, p. e223430, 2025. DOI: 10.18623/rvd.v22.n3.3430. Disponível em: <https://revista.domhelder.edu.br/index.php/veredas/article/view/3430>. Acesso em: 9 fev. 2026.

LEÃO, Lucas; PEROBELLI, Fernando Salgueiro; RIBEIRO, Hilton Manoel Dias. Ação Coletiva Institucional e Consórcio Públicos Intermunicipais no Brasil. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, [S. l.], v. 16, 2025. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/Urbe/article/view/32207>. Acesso em: 8 set. 2025.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 10, n. 3, p. 37-45, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>. Acesso em: 27 jun. 2024.

LINHARES, João Eduardo; SANTOS, Gilson Ditzel; SANTOS, Marcelo Junior dos. Desafios e oportunidades da governança em saúde: um estudo de caso em um município de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, p. e14392023, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.14392023>. Acesso em: 8 jul. 2024.

LIZIERO, Leonam Baesso da Silva. O Federalismo é assimétrico: (ou porque o federalismo não é simétrico). *Revista de Ciências do Estado*, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, p. 1–21, 2025.

DOI: 10.35699/2525-8036.2025.58765. Disponível em:
<https://periodicos.ufmg.br/index.php/revce/article/view/e58765>. Acesso em: 8 mar. 2026.

LOBO, Priscila Gomes. **Avaliação de dois consórcios públicos de saúde municipais no estado do Ceará**. 2025. 95 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2025. Disponível em:
<https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/82636>. Acesso em: 03 jan. 2026.

LUI, Lizandro; LIMA, Luciana Leite; AGUIAR, Rafael Barbosa de. Avanços e desafios na cooperação interfederativa: uma análise dos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Rio Grande do Sul. **Novos Estudos CEBRAP**, v. 41, n. 1, p. 145-162, 2022. Disponível em:
<https://doi.org/10.25091/S01013300202200010007>. Acesso em: 20 fev. 2025.

LUI, Lizandro; SCHABBACH, Letícia Maria; NORA, Carlise Rigon Dalla. Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 5065-5074, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.03752019>. Acesso em 15 mai. 2025.

MACHADO, Gabriel Santana; ABRUCIO, Fernando Luiz; GRIN, Eduardo José. Coordenação federativa e desigualdade territorial: a efetividade e os limites da política redistributiva da União junto aos municípios no campo da saúde. **Revista Brasileira de Ciência Política**, v. 44, p. e286987, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-3352.2025.44.286987pt>. Acesso em: 8 jul. 2024.

MACHADO, José Angelo; PALOTTI, Pedro Lucas de Moura. Entre cooperação e centralização: federalismo e políticas sociais no Brasil pós-1988. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 30, n. 88, p. 61-82, 2015. Disponível em:
<https://doi.org/10.17666/308861-82/2015>. Acesso em: 8 jul. 2024.

MARCONDES, Nilsen Aparecida Vieira; BRISOLA, Elisa Maria Andrade. **Análise por triangulação de métodos**: um referencial para pesquisas qualitativas. *Revista Univap*, v. 20, n. 35, p. 201-208, 2014. Disponível em:
<http://revista2.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/228>. Acesso em: 20 ago. 2024.

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

MELLO, Guilherme Arantes; DEMARZO, Marcelo; VIANA, Ana Luiza D. Ávila. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 26, p. 1139-1150, 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n4/1291-1310/>. Acesso em: 09 fev. 2026.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

NEVES, Luiz Antonio; RIBEIRO, José Mendes. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2207-2217, 2006. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000027>. Acesso em: 22 mar. 2025.

NOORY, Bandar; HASSANAIN, Sara; KASSAK, Kassem. The implementation process of decentralization of health services: a qualitative perspective from Sudan. **Frontiers in Public**

Health, v. 12, p. 1439219, 2024. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1439219/full>. Acesso em: 08 fev. 2026.

OLIVEIRA, Silvio Mattoso G. Federalismo e Descentralização: um estudo comparado entre os modelos brasileiro e espanhol. **Revista da Escola Superior da PGE-SP**, v. 11, n. 1, p. 109-138, 2020. Disponível em: <https://revistas.pge.sp.gov.br/revistaespgesp/article/view/135>. Acesso em: 05 jan. 2026.

PINAFO, Elisângela; CARVALHO, Brígida Gimenez; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1511-1524, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015215.18942015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n5/1511-1524/pt/>. Acesso em: 9 fev. 2026.

PINTO, Vicente de Paulo Teixeira; TEIXEIRA, Alrieta Henrique; SANTOS, Paulo Roberto; ARAÚJO, Maria Walderez Andrade de; MOREIRA, Mário Áureo Gomes; SARAIVA, Sérgio Ricardo Moura. Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 2235-2244, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.09862013>. Acesso em: 01 jun. 2025.

SAMUELS, David. The Political Logic of Decentralization in Brazil.” In Decentralization and Democracy in Latin America, edited by A. P. Montero and D. J. Samuels. Notre Dame, in: University of Notre Dame Press, 67-93.2004.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, São Leopoldo, v. 1, n. 1, p. 1-15, jan./jul. 2009. Disponível em: http://www.rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf. Acesso em: 2 abr. 2012.

SCHNEIDER, Aaron. Decentralization: conceptualization and measurement. **Studies in Comparative International Development**, v. 38, n. 3, p. 32-56, 2003. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02686198>. Acesso em: 8 jul. 2024.

SCHNEIDER, Alexandre. Os consórcios intermunicipais de saúde no estado do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 51–66, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312001000200004>. Acesso em: 8 jul. 2025.

SILVA JUNIOR, Cesar Luiz; ALMEIDA, Patty Fidelis de; MARTINS FILHO, Moacir Tavares; LIMA, Luciana Dias de. Implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas no contexto da regionalização da saúde no estado do Ceará, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. e300404, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300404>. Acesso em: 01 jun. 2025.

SOUZA, Celina. Federalismo: teorias e conceitos revisitados. **BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, n. 65, p. 27-48, 2008. Disponível em: <https://bibanpocs.emnuvens.com.br/revista/article/view/311>. Acesso em: 24 ago. 2025.

SOUZA, Celina. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300004>. Acesso em: 8 jul. 2024.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IOZZI, Fabíola Lana. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00022519, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00022519. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2019.v35suppl2/e00022519/pt/>. Acesso em: 9 mar. 2026.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. In: **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. 2011. p. 215-215. DOI: 10.1590/1413-81232015215.18942015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n5/1511-1524/pt/>. Acesso em: 9 fev. 2026.

XU, Wangzi; LIN, Jia. Fiscal decentralization, public health expenditure and public health—evidence from China. **Frontiers in Public Health**, v. 10, p. 773728, 2022. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.773728/full>. Acesso em: 02 fev. 2026.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista com Secretários de Saúde dos Municípios Consorciados



República Federativa do Brasil
Ministério da Educação
Universidade Federal do Cariri
Centro de Ciências Sociais Aplicadas

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM SECRETÁRIOS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS

I – Informações demográficas

Nome:
Formação:
Sexo:
Cor da Pele:
Atividade/Cargo/Função que desempenha atualmente:
Tempo de ocupação do cargo:

II – Participação e adesão

1. Quando e como o município passou a integrar o Consórcio?
2. Quais foram as motivações para essa adesão?

III – Cooperação intergovernamental

3. Como o senhor(a) avalia a cooperação entre os municípios e o Governo do Estado no âmbito do Consórcio?
4. Como se dá a pactuação das ações e a definição das prioridades em saúde?

IV – Resultados para o município

5. Quais serviços o município passou a ter acesso a partir da adesão ao Consórcio?
6. Houve melhoria no acesso ou na qualidade dos serviços ofertados à população?

V – Avaliação geral

7. O Consórcio contribui com a gestão municipal da saúde? Em que medida?
8. Em sua opinião, esse arranjo contribui para a descentralização e para a redução das desigualdades regionais?

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista com o(a) Gestor de Saúde do Estado do Ceará

República Federativa do Brasil
Ministério da Educação
Universidade Federal do Cariri
Centro de Ciências Sociais Aplicadas

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ**I – Informações demográficas**

Nome:
Formação:
Sexo:
Cor da Pele:
Atividade/Cargo/Função que desempenha atualmente:
Tempo de ocupação do cargo:

II – Papel do Estado

1. Qual é o papel da Secretaria Estadual de Saúde na coordenação e funcionamento dos consórcios públicos regionais?
2. Qual foi a estratégia do Governo do Estado para implementar os consórcios de saúde?

III – Descentralização e regionalização

3. O senhor(a) considera os consórcios instrumentos eficazes de descentralização da política de saúde no Ceará?
4. Qual a contribuição desses arranjos para a regionalização da atenção à saúde?

IV – Relação com os municípios

5. Como se dá a articulação entre a Secretaria e os municípios no âmbito do consórcio?
6. Quais são os mecanismos de financiamento e pactuação utilizados?

V – Avaliação e futuro

7. Quais os principais resultados do modelo consorcial cearense?
8. Há intenção de expandir ou reformular esse modelo?

APÊNDICES C – Roteiro de Entrevista com Gestores do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte



República Federativa do Brasil
Ministério da Educação
Universidade Federal do Cariri
Centro de Ciências Sociais Aplicadas

ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM GESTORES DO CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE JUAZEIRO DO NORTE

I – Informações demográficas

Nome:
Formação:
Sexo:
Cor da Pele:
Atividade/Cargo/Função que desempenha atualmente:
Tempo de ocupação do cargo:

II – Estrutura e funcionamento

1. Como o senhor(a) descreveria a estrutura organizacional atual do Consórcio?
2. Quais são os critérios de adesão, financiamento e repartição de custos entre os municípios?
3. Como funciona a governança interna do Consórcio? Há um conselho deliberativo? Como se dá a tomada de decisão?

III – Governança e cooperação

4. Como é o relacionamento do Consórcio com os municípios consorciados? Há cooperação efetiva?
5. Quais os canais de pactuação utilizados com os municípios e com o Estado?
6. Há articulação com outros níveis de governo, como a Secretaria Estadual de Saúde?

IV – Resultados e desafios

7. Quais são, na sua visão, os principais resultados já alcançados pelo Consórcio?
8. Quais os principais desafios enfrentados na execução das ações consorciadas?
9. Que estratégias têm sido adotadas para enfrentar essas dificuldades?

V – Percepções institucionais

10. O senhor(a) considera que o Consórcio fortalece a descentralização e a cooperação federativa em saúde? Sim ou Não? Por quê?
11. Quais são as potencialidades e limitações deste modelo, na sua opinião?

APÊNDICE D – Roteiro de Análise Documental



República Federativa do Brasil
Ministério da Educação
Universidade Federal do Cariri
Centro de Ciências Sociais Aplicadas

ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL

SEÇÃO	QUESTÃO DE ANÁLISE	DADOS EXTRAÍDOS
1. Identificação do Documento	Título do documento	
	Tipo de documento	
	Órgão emissor	
	Data de emissão/publicação	
	Abrangência geográfica	
	Link do arquivo	
2. Estrutura Jurídico-Institucional (Objetivo Específico 1)	Vinculado à qual arcabouço legal?	
	Menciona Lei 11.107/2005, Decreto 6.017/2007, Art. 241 CF?	
	Define modelo de consórcio? (vertical/horizontal)	
	Natureza jurídica indicada?	
	Origem política da iniciativa?	
3. Organização e Governança (Objetivo Específico 2)	Estrutura organizacional descrita?	
	Instâncias decisórias citadas?	
	Fluxos de decisão e pactuação regulados?	
	Critérios de adesão e financiamento definidos?	
	Fontes de receita identificadas?	
4. Gestão e Operacionalização (Objetivos Específicos 2 e 3)	Plano de trabalho/metast/cronograma?	
	Áreas de cobertura e serviços ofertados?	
	Dados de atendimento/cobertura?	
	Articulação com secretarias de saúde?	
	Fluxos de atendimento descritos?	
5. Cooperação Interfederativa (Objetivo Específico 3)	Cláusulas de cooperação entre esferas?	
	Instâncias com representantes municipais/estaduais?	
	Objetivos de regionalização/equidade?	
	Compromissos de cofinanciamento/corresponsabilidade?	

SEÇÃO	QUESTÃO DE ANÁLISE	DADOS EXTRAÍDOS
6. Participação e Controle Social	Mecanismos de controle social previstos?	
	Prestação de contas/transparência?	
	Participação da sociedade civil?	
7. Notas Finais	Principais achados	
	Contribuições ao objetivo da pesquisa	
	Lacunas ou aspectos não abordados	

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



República Federativa do Brasil
Ministério da Educação
Universidade Federal do Cariri
Centro de Ciências Sociais Aplicadas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador Responsável/Orientador: Ives Romero Tavares do Nascimento

Orientando/Mestrando: Edmilson José dos Santos Júnior

Endereço: Av. Tenente Raimundo Rocha, 1639, Sala M409, Bloco M

Bairro Cidade Universitária, Juazeiro do Norte/CE, CEP 63048-080

Fone do Pesquisador Responsável: +55 (88) 99954-1595 / E-mail: ives.tavares@ufca.edu.br

Fone do Orientando/Mestrando: +55 (88) 99805-1203 / E-mail: edmilson.junior@ufca.edu.br

O(A) Sr(a). está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada Descentralização e Cooperação Federativa no Sistema Único de Saúde: o Caso do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte – CE, vinculada ao Mestrado em Administração do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Cariri, que tem como objetivo analisar o papel do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte como instrumento de descentralização e cooperação interfederativa das políticas públicas de saúde no Estado do Ceará.

A escolha do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte (CPSMJN) como objeto empírico desta pesquisa decorre de sua relevância prática e simbólica no contexto da gestão regionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Ceará. Como experiência concreta de consórcio público com característica vertical, no qual o Estado assume papel de liderança na coordenação e financiamento, enquanto os municípios integram a execução das ações, o CPSMJN oferece um campo privilegiado para compreender os arranjos institucionais e operacionais resultantes da cooperação interfederativa em saúde pública. Sua consolidação ao longo dos anos, especialmente no interior do Nordeste brasileiro, levanta questões pertinentes sobre sua efetividade, sustentabilidade e impactos na promoção do acesso equitativo aos serviços especializados de saúde.

A investigação insere-se no campo das políticas públicas, com foco analítico voltado à descentralização político-administrativa e aos mecanismos de cooperação federativa. Partindo do referencial teórico que compreende a descentralização como um processo multifacetado envolvendo redistribuição de competências, responsabilidades e recursos, este estudo pretende compreender como a institucionalização dos consórcios públicos tem contribuído para reconfigurar a lógica federativa brasileira, especialmente na área da saúde. Para isso, serão examinadas as dimensões normativa, organizacional, decisória e cooperativa do CPSMJN, dialogando com a literatura contemporânea sobre federalismo, regionalização da saúde e consórcios intergovernamentais.

Esta pesquisa assume relevância acadêmica, institucional e social ao buscar preencher uma lacuna teórico-metodológica identificada na literatura científica nacional, que ainda carece de estudos aprofundados sobre as formas de governança, pactuação e desempenho dos consórcios públicos de saúde em nível regional. Pesquisas recentes têm apontado a necessidade de se investigar os modos de operação, os desafios institucionais e a percepção dos atores envolvidos nessas estruturas cooperativas. Ao lançar luz sobre a experiência do CPSMJN, a pesquisa também pretende contribuir para a formulação de políticas mais eficazes, fortalecendo a governança colaborativa e a equidade na distribuição de serviços de saúde pública.

A partir da observação empírica e da fundamentação teórica desenvolvida, formula-se a seguinte pergunta de pesquisa: em que medida o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte tem se configurado como um instrumento de descentralização e de cooperação interfederativa para a promoção do acesso regionalizado aos serviços de saúde no Estado do Ceará? Esta pergunta orienta todo o percurso investigativo, articulando os objetivos específicos, a seleção dos sujeitos e documentos da pesquisa, bem como as técnicas de coleta e análise dos dados.

Para este estudo, serão adotados os seguintes procedimentos metodológicos: trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada, abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, voltada à análise, a partir de um estudo de caso, do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte, como experiência concreta de cooperação interfederativa no âmbito das políticas públicas de saúde. O trabalho envolverá coleta de dados primários, por meio de entrevistas semiestruturadas com atores-chave da governança consorcial: gestores estaduais, representando a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e municipais, especificamente Prefeitos e Secretários de Saúde dos Municípios consorciados, bem como Gestores do CPSMJN), e dados secundários, oriundos de documentos normativos, institucionais e operacionais do consórcio e da política estadual de saúde no Ceará.

A análise dos dados será realizada por meio de triangulação entre fontes documentais, entrevistas e revisão da literatura, com base na abordagem teórica da descentralização e da cooperação federativa. Para garantir a integridade do processo, as entrevistas serão previamente autorizadas pelos participantes, que serão convidados a assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Havendo autorização, as entrevistas poderão ser gravadas em áudio, e os materiais permanecerão sob responsabilidade do pesquisador, com garantia de confidencialidade, anonimato e uso exclusivamente acadêmico, permanecendo arquivados os arquivos por um período mínimo de 05 (cinco) anos.

O motivo deste convite é que o(a) Sr(a). se enquadra em um dos critérios de inclusão da pesquisa, por ser: a) gestor ou gestora do consórcio público de saúde; b) secretário(a) municipal de saúde dos municípios consorciados; c) representante da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará; ou d) prefeito(a) dos entes federativos que compõem o consórcio. O(A) Sr(a). poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, por decisão própria, ou nos casos em que se constate que não atende aos critérios estabelecidos para esta etapa da investigação.

Não haverá qualquer custo ou benefício financeiro para o(a) participante. A participação é inteiramente voluntária e não acarretará nenhum tipo de prejuízo institucional ou pessoal em caso de recusa. Todas as informações obtidas serão tratadas com rigoroso sigilo, conforme os princípios éticos definidos pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e Lei nº 14.874/2024, garantindo que nenhum dado seja utilizado de forma que comprometa a identidade ou a imagem dos(as) participantes.

Os resultados da pesquisa estarão disponíveis ao final do estudo e poderão ser acessados publicamente de forma gratuita, em conformidade com os princípios da ciência aberta e do compromisso social da pesquisa acadêmica.

SOBRE OS RISCOS:

Os danos decorrentes desta pesquisa são caracterizados como mínimos, mas são factíveis. Estima-se ocorrer, em caso de negligência ou imperícia do pesquisador responsável, danos à imagem do entrevistado e por suas opiniões expressadas. Em razão disso, reitera-se o compromisso assumido em não identificar V. S^a. Em qualquer ocasião ou publicação. Caso os danos persistam, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelo ressarcimento e pela indenização.

Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com o orientador, prof. Dr. Ives Romero Tavares do Nascimento, pelo número +55 (88) 99954-1595, e-mail ives.tavares@ufca.edu.br ou com o autor da pesquisa (mestrando), pelo número +55 (88) 999805-1203, e-mail edmilson.junior@ufca.edu.br, ou ainda pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Cariri, situado na rua Divino Salvador, 284, Barbalha, Ceará, CEP 63090-886, Brasil. Fone +55 (88) 3312-9606.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Eu,

_____, portador(a) do CPF/DNI _____, nascido (a) em
_____/_____/_____, residente no endereço

_____, na cidade de _____, Estado/Distrito/Conselho
_____, _____ (país), podendo ser contatado (a) pelo número
telefônico () _____ e/ou pelo e-mail
_____, fui informado(a) dos objetivos do
estudo Descentralização e Cooperação Federativa no Sistema Único de Saúde: o Caso do
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte – CE, de maneira clara e
detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo que os materiais e as informações obtidas
relacionadas à minha pessoa poderão ser utilizados em atividades de natureza acadêmico-
científica, desde que assegurada a preservação de minha identidade. Sei que a qualquer
momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim
o desejar, de modo que declaro que concordo em participar desse estudo e recebi uma via
eletrônica devidamente assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

_____, _____ de _____ de
_____.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Assinatura do pesquisador responsável

Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos deste estudo, poderá ser consultado o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Cariri (CEP/UFCA), sito na Faculdade de Medicina da UFCA.

Endereço: Rua Divino Salvador, 284, Térreo, Bairro Rosário, Barbalha, Ceará, CEP: 63090-886, Brasil. Telefone: +55 (88) 3221-9606 / E-mail: cep@ufca.edu.br

APÊNDICES F – Declaração de Utilização Exclusiva de Dados Públicos



Universidade Federal do Cariri
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Programa de Pós-Graduação em Administração
Mestrado Acadêmico em Administração

DECLARAÇÃO DE UTILIZAÇÃO EXCLUSIVA DE DADOS PÚBLICOS

Eu, Edmilson José dos Santos Júnior, pesquisador responsável pelo projeto intitulado “Descentralização e Cooperação Federativa no Sistema Único de Saúde: o Caso do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte/CE”, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Cariri (UFCA), venho, por meio desta, esclarecer e declarar formalmente que:

1. Toda a coleta de dados prevista no âmbito desta pesquisa utilizará exclusivamente informações públicas, amplamente disponibilizadas em portais oficiais de transparência, relatórios institucionais, normativas públicas, bases estatísticas e demais documentos acessíveis ao público em geral.
2. Não serão solicitados, acessados, manipulados ou armazenados dados sigilosos, sensíveis ou restritos de qualquer natureza pertencentes ao Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte ou a qualquer outra instituição pública ou privada vinculada.
3. A pesquisa não requer consulta a prontuários, documentos internos, dados administrativos protegidos, informações pessoais identificáveis ou quaisquer elementos sujeitos a sigilo institucional ou legal.
4. O Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte será envolvido apenas nos limites permitidos por sua natureza institucional, restringindo-se à cedência de informações públicas e à realização de entrevistas com agentes públicos, mediante termo de anuência já expedido e assinado pela instituição.
5. Reafirmo meu compromisso ético, metodológico e legal com o cumprimento integral das diretrizes da Resolução CNS nº 510/2016 e das orientações emanadas deste Comitê de Ética em Pesquisa, colocando-me à inteira disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Declaro, por fim, que esta pesquisa observa rigorosamente os princípios de respeito, transparência e responsabilidade ética, reafirmando a disposição do pesquisador em manter comunicação clara e contínua com o CEP/UFCA durante todas as suas etapas.

Juazeiro do Norte, Ceará, 06 de dezembro de 2025.

 Documento assinado digitalmente por
EDMILSON JOSÉ DOS SANTOS JÚNIOR
Data: 06/12/2025 13:12:13 -0300
Verifique em: <https://portal.trf.gov.br>

Edmilson José dos Santos Júnior
Pesquisador Responsável
CPF nº 069.991.363-27

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Anuência do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte



TERMO DE ANUÊNCIA

O Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte, CNPJ nº 11.436.747/0001-03 está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “Descentralização e cooperação federativa no Sistema Único de Saúde: o caso do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte/CE”, coordenado pelo (a) pesquisador(a) Edmilson José dos Santos Júnior, sob orientador do professor Dr. Ives Romero Tavares do Nascimento, desenvolvido em conjunto com o Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) da Universidade Federal do Cariri (UFCA) no Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte.

O Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte apoia o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados.

Declaramos ciência do compromisso do (a) pesquisador(a) responsável com o bem-estar dos participantes de pesquisa.

Barbalha, Ceará, 04 de dezembro de 2025.

SARAH RACHEL
CORREIA
PINHEIRO:014375293
64

Assinado de forma digital
por SARAH RACHEL CORREIA
PINHEIRO:01437529364
Data: 2025.12.06 13:06:00
-0100

Assinatura/Carimbo do responsável pela instituição pesquisada

Sarah Rachel Correia Pinheiro
Secretária Executiva do CPSMJN
Matricula nº 00192

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CARIRI - FMUF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESCENTRALIZAÇÃO E COOPERAÇÃO FEDERATIVA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O CASO DO CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE JUAZEIRO DO NORTE-CE

Pesquisador: EDMILSON JOSE DOS SANTOS JUNIOR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 94024325.6.0000.5698

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI-UFCA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 8.025.503

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa vinculado ao Mestrado em Administração da UFCA, que tem como objeto de estudo o papel do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte como instrumento de descentralização e cooperação interfederativa das políticas públicas de saúde no Estado do Ceará. Será um estudo de caso, do tipo pesquisa aplicada, exploratória, descritiva, qualitativa. Haverá também uma pesquisa bibliográfica e uma análise documental. Para a pesquisa de campo, o local será as dependências do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte, situado em Barbalha - Ceará. Serão entrevistados, por meio de roteiro semiestruturado, os gestores públicos e os agentes políticos diretamente vinculados ao referido Consórcio, totalizando em 16 participantes. Para a pesquisa bibliográfica, serão consultados o Portal de Periódicos da CAPES, Scopus, Web of Science, SciELO e Rede de Revistas Científicas da América Latina e Caribe, Espanha e Portugal (Redalyc). Para a pesquisa documental serão examinados documentos normativos e administrativos pertinentes à temática da descentralização interfederativa, como leis, decretos, portarias, planos de regionalização e instrumentos de pactuação, atas, resoluções e demais registros institucionais do Consórcio. Esses materiais

Endereço: Rua Divino Salvador, 284

Bairro: Rosário

CEP: 63.180-000

UF: CE

Município: BARBALHA

Telefone: (88)3221-9600

E-: cep@ufca.edu.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CARIRI - FMUF



Continuação do Parecer: 8.025.503

permitirão reconstituir o contexto histórico, político e organizacional do consórcio, bem como identificar elementos que influenciam sua governança e funcionamento. As informações coletadas serão processadas nos softwares: Microsoft Word for Windows®, Microsoft

Excel for Windows® e Iramuteq®. Também será utilizada a Técnica de Arena de Atores.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Analisar o papel do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte como instrumento de descentralização e cooperação interfederativa das políticas públicas de saúde no Estado do Ceará.

Objetivos específicos:

- Descrever a construção normativa e institucional dos consórcios públicos no Brasil, com ênfase nas diretrizes legais, modelos de governança e arcabouços regulatórios aplicáveis à política de saúde no Estado do Ceará;
- Mapear a estrutura organizacional, os arranjos de governança e os fluxos decisórios do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte, considerando critérios de adesão, financiamento, pactuação e execução das ações consorciadas;
- Verificar a atuação dos gestores públicos envolvidos com o consórcio, identificando as contribuições, limitações e potencialidades apontadas por esses atores para o acesso regionalizado aos serviços de saúde e para a efetivação da cooperação entre os entes federativos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Mínimos. Estima-se ocorrer, em caso de negligência ou imperícia do pesquisador responsável, danos à imagem do entrevistado e por suas opiniões expressadas. Em razão disso, reitera-se o compromisso de manter o anonimato dos participantes. Caso os danos persistam, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelo ressarcimento e pela indenização.

Benefícios: estão relacionados ao avanço do conhecimento científico e ao aperfeiçoamento das práticas de gestão pública em saúde.

Endereço: Rua Divino Salvador, 284
Bairro: Rosário **CEP:** 63.180-000
UF: CE **Município:** BARBALHA
Telefone: (88)3221-9800 **E-:** cep@ufca.edu.br

**FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CARIRI - FMUF**



Continuação do Parecer: 8.093.087

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa atende aos requisitos das Resoluções da CONEP e encontra-se apto a ser Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2631197.pdf	08/12/2025 13:46:42		Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_UTILIZACAO_EXCLUSIVA_DE_DADOS_PUBLICO_assinado.pdf	08/12/2025 13:45:10	EDMILSON JOSE DOS SANTOS JUNIOR	Aceito
Outros	Termo_anuencia.pdf	08/12/2025 13:43:52	EDMILSON JOSE DOS SANTOS JUNIOR	Aceito
Outros	Roteiro_Prefeitos.pdf	24/10/2025 09:36:50	EDMILSON JOSE DOS SANTOS JUNIOR	Aceito
Outros	Roteiro_Secretaria_Estadual.pdf	24/10/2025 09:36:02	EDMILSON JOSE DOS SANTOS JUNIOR	Aceito
Outros	Roteiro_Secretarios_Municipais.pdf	24/10/2025 09:35:05	EDMILSON JOSE DOS SANTOS JUNIOR	Aceito
Outros	Roteiro_gestores.pdf	24/10/2025 09:33:57	EDMILSON JOSE DOS SANTOS JUNIOR	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	24/10/2025 09:32:54	EDMILSON JOSE DOS SANTOS JUNIOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_CEP.pdf	24/10/2025 09:32:11	EDMILSON JOSE DOS SANTOS JUNIOR	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	24/10/2025 09:31:15	EDMILSON JOSE DOS SANTOS JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/10/2025 09:26:23	EDMILSON JOSE DOS SANTOS JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinado.pdf	24/10/2025 09:25:12	EDMILSON JOSE DOS SANTOS JUNIOR	Aceito

Endereço: Rua Divino Salvador, 284

Bairro: Rosário

CEP: 63.180-000

UF: CE

Município: BARBALHA

Telefone: (88)3221-9800

E-mail: cep@ufca.edu.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CARIRI - FMUF



Continuação do Parecer: 8.093.087

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BARBALHA, 08 de Janeiro de 2026

Assinado por:

Sally de França Lacerda Pinheiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Divino Salvador, 284

Bairro: Rosário

CEP: 63.180-000

UF: CE

Município: BARBALHA

Telefone: (88)3221-9600

E-mail: cep@ufca.edu.br

ANEXO C – Declaração de Validação

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que esta dissertação, intitulada Descentralização e Cooperação Federativa do Sistema Único de Saúde: o Caso do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro do Norte – CE, escrita sob minha orientação, está em versão final, de acordo com as solicitações realizadas pela banca examinadora. Informo também que procedi à revisão final do texto, constatando que atende às especificações das normas da ABNT para apresentação de trabalhos acadêmicos da UFCA, no que diz respeito ao conteúdo e à formatação.

Juazeiro do Norte, Ceará, 28 de julho de 2026.



IVES ROMERO TAVARES DO NASCIMENTO

Professor do Magistério Superior
Universidade Federal do Cariri
SIAPE 1053060