



Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Instituto de Ciências Sociais Aplicada - ICSA  
Curso de Graduação em Administração Pública

ANTONIO RODRIGUES ALEXANDRE

**CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE: AVANÇOS E CONQUISTAS NA REGIÃO DE  
ARACATI - CEARÁ**

Pólo Aracati - CE  
2016



Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Instituto de Ciências Sociais Aplicada - ICSA  
Curso de Graduação em Administração Pública

ANTONIO RODRIGUES ALEXANDRE

**CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE: AVANÇOS E CONQUISTAS NA REGIÃO DE  
ARACATI - CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Administração Pública da UNILAB, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Aparecida Silva

Pólo Aracati - CE  
2016

**Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira**  
**Direção de Sistema Integrado de Bibliotecas da UNILAB (DSIBIUNI)**  
**Biblioteca Setorial Campus Liberdade**  
**Catálogo na fonte**

**Bibliotecário: Gleydson Rodrigues Santos – CRB-3 / 1219**

---

A366c Alexandre, Antonio Rodrigues.

Consórcio público de saúde: avanços e conquistas na região de Aracati - Ceará. / Antonio Rodrigues Alexandre. – Aracati, 2016.

40 f.; 30 cm.

Monografia apresentada ao Curso de Administração Pública da Diretoria de Educação Aberta e a Distância – DEAAD da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Aparecida Silva.

Inclui referências.

1. Política de saúde – Ceará. 2. Saúde pública. I. Título.

CDD 362.1098131

---

ANTONIO RODRIGUES ALEXANDRE

**CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE: AVANÇOS E CONQUISTAS NA REGIÃO DE  
ARACATI - CEARÁ**

Monografia julgada e aprovada para obtenção do Diploma de Graduação em Administração Pública da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Nota: \_\_\_\_\_.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr.

---

Prof. Dr.

---

Profª Drª

## **Dedicatória**

*À Deus por me abençoar com a construção,  
através da minha esposa e filhas,  
do patrimônio mais valioso da vida:  
A FAMÍLIA.*

## **AGRADECIMENTO**

A Deus, pela vida, pelas inúmeras dádivas e pela força para permanecer firme em todos os momentos, principalmente, nos mais difíceis.

À Coordenadora do Curso, Professora Maria Aparecida, pelo seu esforço, paciência e persistência em nos fazer atingir o objetivo.

A toda minha família, em especial minha esposa, que solidariamente às nossas filhas e genros compreenderam as minhas ausências na hora do lazer familiar e não mediram esforços para contribuir com a realização desse sonho.

À Wilma, tutora do polo, pela paciência e incentivo à realização deste trabalho, bem como pelo espelho profissional e por sua dedicação.

A todos os professores e funcionários desta Faculdade, que desempenharam importante papel no meu comportamento e interesse durante o curso.

Aos meus amigos de faculdade, que fizeram dessa jornada um momento único, compartilhando medos, alegrias e desafios.

Aos Diretores Dr. Mauro Júnior e Dr. Ricardo Lotif do CEO e da Policlínica, respectivamente, pelas suas colaborações em ajudar na coleta dos dados desta pesquisa.

E ainda às pessoas entrevistadas que gentilmente colaboraram com os meus esforços, e a todos os amigos e amigas que estiveram presentes nesta caminhada e que, direta ou indiretamente, torceram pelo meu sucesso.

ALEXANDRE, ANTONIO RODRIGUES. Consórcio Público de Saúde: avanços e conquistas na Região de Aracati – Ceará. 40 pp. 2016. Monografia (Graduação) – Pólo de EaD de Aracati/CE, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Aracati, 2016.

## **RESUMO**

O tema central desse estudo tem por objetivo um diagnóstico acerca dos avanços e conquistas advindos do Modelo de Gestão por Consórcio Público de Saúde no âmbito da Região de Aracati/Ceará. Sabe-se que os serviços de saúde precisam estar organizados em Redes de Atenção em Saúde, com tecnologia adequada para cada nível, potencializando a resolução. Focado nas atividades desenvolvidas no Consórcio Público de Saúde, este trabalho apresenta um estudo de caso da Região de Aracati no Estado do Ceará. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva, do tipo estudo de caso. Na análise dos aspectos pesquisados, à luz do referencial teórico e com base nas evidências, observamos relevantes necessidades enfrentadas pelos municípios, em especial os de pequeno porte, para programar as ações de saúde: falta de estrutura física, de materiais, de recursos humanos, de acesso a novas tecnologias médicas, de apoio diagnóstico, o que tem levado os municípios a buscarem parcerias para a melhoria do processo de gestão. Em resumo, buscamos através desse estudo, esclarecer dúvidas existentes quanto à implantação do Modelo de Gestão do Consórcio Público de Saúde, com relação às melhorias da capacidade técnica, gerencial e financeira conquistadas pelos entes federativos vinculados à Região de Aracati - Ceará.

**Palavras-chave:** Gestão Pública. Consórcio Público de Saúde. Regiões de Saúde.

## SUMÁRIO

1. A escolha do tema	8
2. A problematização, o problema e o objetivo da pesquisa	11
3. O referencial teórico	12
4. A concepção da metodologia	25
5. A coleta e a análise de dados	27
6. Proposta de Intervenção na Administração Pública	30
7. Avanços e conquistas	31
8. Contribuições dos resultados da pesquisa	33
Referências	35
Cronograma	37
Apêndices	38



## 1 A escolha do tema

O Sistema Único de Saúde - SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal.

Em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, o termo “saúde” foi definido como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Tratava-se das bases para as discussões da Constituinte de 1987. Em outubro de 1988, o SUS foi criado constitucionalmente, sendo que a seção que trata da saúde na Constituição vai dos artigos 196 a 200, sendo entre eles a universalização do acesso e a descentralização da gestão. Foi uma das maiores conquistas da sociedade brasileira, pois a partir deste momento, a saúde não era somente um direito da população, mas um dever do Estado. Membros da Constituinte filiados a partidos com visões ideológicas que favoreciam apenas uma classe em detrimento de toda a sociedade, rechaçaram a Constituição, numa tentativa de negar aos brasileiros um dos direitos mais elementares a um ser humano.

O SUS foi da Constituição para a lei durante a gestão de Collor, começando com a Lei 8080 que atribuía os objetivos e funções das esferas do poder no sistema de saúde. Caberia à União definir as prioridades e formular políticas públicas de saúde, às Unidades Federativas a coordenação e aos municípios a execução. Porém a municipalização ficou apenas no papel. A transferência das responsabilidades para o município iniciou-se no fim do governo Itamar Franco, através do seu ministro Jamil Haddad com os planos de comissões inter gestores, formadas por membros da esfera estadual e municipal (GONZAGA. P. - Artigo, 2011).

A Norma Operacional Básica – NOB/96 é decorrente, sobretudo, da experiência observadas nos instrumentos operacionais anteriores - em especial da NOB 1993 - o que possibilitou o fortalecimento da crença na viabilidade e na importância do SUS para a saúde de cada um e de todos os brasileiros e, também, fortalecer o papel dos municípios, definindo estratégias para atenção básica, estabelecendo política de incentivos. Priorizou como modelo de atenção o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF), além de outros programas para a área da saúde. Como instrumento de regulação do SUS, esta NOB, além de incluir as orientações operacionais propriamente ditas, explicita e dá consequência prática, em sua totalidade, aos princípios e às diretrizes do Sistema, consubstanciados na Constituição Federal e nas Leis No. 8.080/90 e No. 8.142/90, favorecendo, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil (CNS, 1996).

A organização dos serviços públicos de saúde no Brasil passou por expressivas transformações ao longo de sua história. O Sistema Único de Saúde (SUS), resultante de intensas lutas oriundas do movimento da Reforma Sanitária Brasileira que tiveram seu início nos anos 1970, surge como movimento contra hegemônico aos modelos de saúde ora propostos (ALMEIDA, 1989).

A descentralização política do estado brasileiro transferiu diversos serviços públicos aos municípios, em contraponto à contínua concentração dos recursos públicos no nível central (governo federal), agravando as desigualdades regionais e a baixa capacidade técnica das gestões municipais, sendo esta última oriunda, inclusive, da escassez de recursos para profissionalização da sua gestão (REIS, 2008).

O impacto ocasionado pelas transformações econômicas e sociais (globalização) indica a necessidade de desenvolvimento de uma política regional, ou seja, buscar uma ação na esfera local através de um planejamento estratégico (REIS, 2008).

Neste contexto, (Ravanelli, 2010) destaca a falta de um papel mais ativo por parte dos governos estaduais na coordenação regional do processo de

descentralização, considerando o aumento de gastos sociais que se observa, principalmente, no âmbito dos governos municipais, e a necessidade de se desenvolver novas soluções para enfrentar a reduzida capacidade técnica, administrativa e financeira dos pequenos e micromunicípios que não possuem escala suficiente para a prestação de serviços públicos e estão amarrados às transferências intergovernamentais para sua sustentabilidade.

A Emenda Constitucional Nº. 19/1998, a qual alterou o Art. 241 da Constituição Federal do Brasil, possibilitou o estabelecimento da Lei Federal Nº. 11.107/2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos, proporcionando segurança jurídica e viabilidade às cooperações instituídas pelos entes federativos, com base na integração e solidariedade.

Neste estudo são suscitadas reflexões acerca da opção pela formação de consórcios de saúde, tomando por base a regionalização, com a integração dos municípios localizados numa mesma microrregião de saúde, assim facilitando o processo de estruturação de redes de atenção à saúde. E faz uma análise subjetiva da forma como os municípios vivenciam, em suas práxis, a implantação dos consórcios públicos de saúde, enquanto estratégias de gestão no âmbito do SUS.

O fato de ter participado da primeira seleção pública para a direção das Policlínicas dos Consórcios Públicos de Saúde no Estado do Ceará, tendo envolvimento com o assunto, ainda em sua fase de implantação, trouxe o interesse pelo tema. Como um dos classificados na seleção pública realizada pela Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE, senti a perspectiva da nomeação para cargos de diretoria de técnicos preparados e nomeados por concorrência/seleção pública e não, somente, por indicação político-partidária, assim tornando possível a promoção de mudanças efetivas na melhoria da assistência à saúde. Em resumo, assumi um cargo comissionado de gestão da saúde de um dos municípios da região, o que tem me proporcionado importantes e exitosas experiências com as unidades e o sistema que compõem a Rede hierárquica do SUS na referida região.

Por entender que se trata de uma ferramenta de gestão com potencial para

minimizar as dificuldades dos municípios, no que concerne aos investimentos em equipamentos e profissionais especializados com elevados custos para as prefeituras, o estudo foi motivado pela vontade de investigar se os Consórcios Públicos de Saúde possuem, realmente, capacidade de unir forças para a promoção do fortalecimento dos municípios, ressaltando-se a importância da economia de escala para todos os atores do processo, com o propósito de identificar os reais avanços e conquistas de uma região de saúde do estado do Ceará após a implantação de um Modelo de Gestão por Consórcio Público de Saúde.

## **2 A problematização, o problema e o objetivo da pesquisa**

A busca por um volume superior de recursos para emprego local, imposta pela Constituição de 1988, criou um novo desempenho competitivo entre os entes federados, avivando o debate acerca da possibilidade de associação de municípios, com vistas a tornar a captação e aplicação de recursos públicos mais eficaz e eficiente (RIBEIRO; BASTOS; BUGARIN, 2006).

Os consórcios públicos de saúde trazem em sua essência o *know-how* para viabilizar parcerias que permitam a realização de ações partilhadas que fomentem a melhoria da qualidade dos serviços prestados (TEIXEIRA; MENEGUIN, 2006).

Segundo os mesmos autores, o entrave causado pela incompatibilidade da escala de produção de um serviço com a necessidade local, levando ao excesso de capacidade instalada ou à escassez de demanda, pode ser minimizado e até dirimido com a integração entre os municípios, trazendo ainda economias de escala.

Tendo em vista a premissa de que os consórcios públicos de saúde trazem relevantes benefícios aos municípios e suas populações, no que concerne à prestação de serviços de saúde, o presente estudo intenta responder à seguinte questão norteadora: ***Quais as melhorias conquistadas pelos entes federativos a partir da implantação do Consórcio Público de Saúde na Região de Aracati?***

Para responder à questão proposta, o estudo traz os seguintes objetivos:

**- Objetivo geral**

\* Identificar os avanços e conquistas advindos do modelo de gestão do Consórcio Público de Saúde no âmbito da Região de Aracati – Ceará.

**- Objetivos específicos**

\* Conhecer a Rede Integrada do SUS na Região de Aracati;

\* Avaliar o Modelo de Gestão do Consórcio Público de Saúde da Região de Aracati;

\* Identificar as responsabilidades dos Entes Federativos Consorciados em relação à Rede Integrada do SUS na Região de Aracati.

**3 Referencial teórico**

O referencial teórico dessa pesquisa é composto por indicadores fundamentais que auxiliam numa melhor compreensão no que se refere aos avanços e conquistas advindos com a implantação dos consórcios na área da saúde, e por um forte desejo de mudança de paradigmas nas práticas de gestão em saúde. A reversão do modelo de gestão individual, pouco resolutiva e onerosa para o sistema de saúde, para um modelo compartilhado entre os entes federativos envolvidos, viabilizando um SUS eficiente e efetivo em suas redes regionalizadas e hierarquizadas.

A estratégia compartilhada em saúde promoveu maior integração dos governos municipais e estadual na busca de resolver os problemas de saúde, de forma conjunta, além de fortalecer o processo de regionalização e promover o acesso a serviços especializados e de qualidade no âmbito local. O Consórcio Público é um dos mecanismos que garante a utilização adequada dos recursos limitados e aglutina em um comando único o planejamento da saúde da região.(ACILON, 2014).

(Vaz, 1997) afirma que, com o consórcio há o aumento da capacidade de realização dos governos municipais, podendo ampliar o atendimento aos cidadãos, há maior eficiência do uso dos recursos públicos (compartilhamento de recursos

escassos, de máquinas, de unidades de saúde ou unidades de disposição de resíduos sólidos, por exemplo), há a realização de ações inacessíveis a uma única prefeitura (aquisição de equipamentos de alto custo), e há o aumento do poder de diálogo, pressão e negociação dos municípios junto às organizações privadas e outras esferas do poder público.

(César, 2008) cita a lei 11.107/2005 que prevê benefícios para os entes consorciados abrangendo desde a racionalização do uso dos recursos até o fortalecimento dos vínculos preexistentes com a formação ou consolidação de uma identidade regional. Além disso, há o estímulo que representa em relação às políticas públicas, que têm maior probabilidade de serem executadas de maneira mais técnica e eficiente, e a possibilidade de se coordenar a ação entre diversos entes federativos. Para Alves (2006) apud César, (2008) os consórcios públicos representam uma evolução como instrumento eficiente de cooperação inter-federativa, sobretudo a intermunicipal e metropolitana, visto que:

(...) a própria personalidade jurídica oriunda dos consórcios públicos como “plus” de eficiência, passo que permite ampliação da efetividade da cooperação inter-federativa, substituindo um vínculo tido como precário dos antigos consórcios administrativos por um de caráter permanente, além de desenvolver uma gestão associada que não se esgota na consecução de objetivos pontuais e temporários (CÉSAR, 2008, p. 23).

### **3.1 Sistema Único de Saúde (SUS)**

De acordo com PEREIRA et al. (2004), o Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e dos serviços de saúde sob gestão pública, o qual está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas atuando no território nacional, de forma única em cada esfera de governo, conforme estabelece as leis orgânicas da saúde, muito embora, esteja se buscando uma nova reorganização em Rede de Atenção à Saúde (MENDES, 2006).

O SUS é responsabilidade das três esferas de governo. De modo que sua implementação e gestão são também obrigações das municipalidades, que devem trabalhar integradas às demais esferas de governo, na construção de políticas

setoriais e intersetoriais que garantam à população acesso universal e igualitário à saúde que, acima de tudo, é um direito universal e fundamental do ser humano.

A efetivação da saúde como direito de todos é um desafio para a Gestão Pública, que para ser alcançado requer maior atenção às políticas sociais e econômicas com ênfase na redução das desigualdades sociais e regionais assegurando a cidadania e o fortalecimento da democracia. Para que se possa discutir o papel de cada esfera de governo no SUS, é importante entender os seus diversos modelos de gestão em seus respectivos níveis de atuação.

### **3.2 Estrutura Institucional e Decisória do SUS**

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro de Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado de Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde.

A participação da comunidade no SUS acontece, nos municípios, por meio de canais institucionalizados, ou seja, previstos por leis ou normas do SUS.

A participação social na saúde é uma das maneiras de se efetivar a democracia, por meio da inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS, os quais poderão atuar como participantes ativos em debates, formulações e fiscalização das ações desenvolvidas pela saúde pública brasileira, conferindo legitimidade e transparência. O SUS deve ver o usuário como membro de uma comunidade, tendo estes, direitos e deveres, e não como receptor passivo de benefícios do Estado.

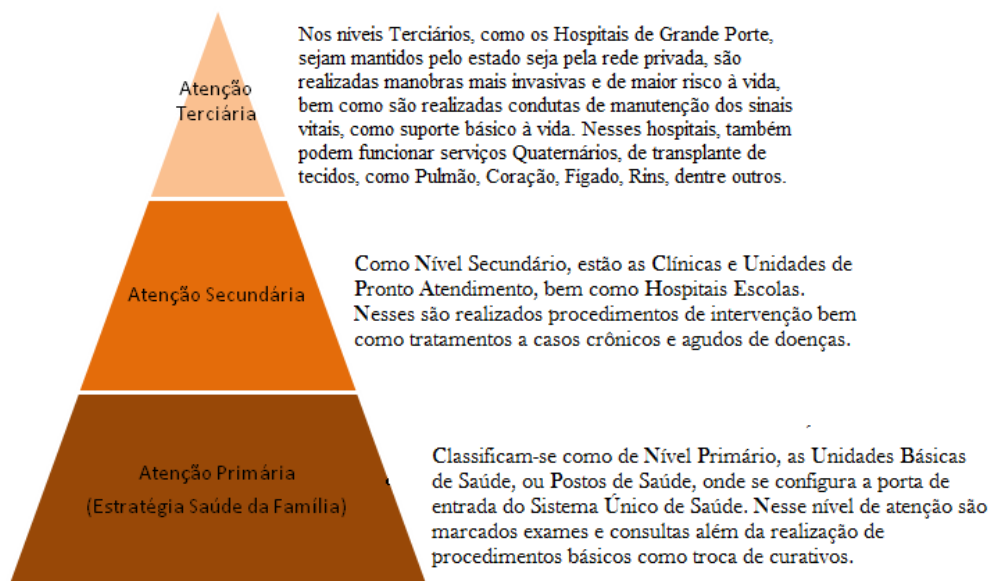
O Sistema de Saúde é composto por três níveis de atenção, cada um possui uma função específica, mas são complementares, devendo funcionar de maneira integrada para haver resolutividade. Nenhum nível é mais importante do que o outro, pois são interdependentes. Se o nível de atenção básica de saúde, ESF, não funciona adequadamente os outros níveis ficam sobrecarregados e perdem assim

sua eficiência. Desta forma, mesmo a atenção primária, estando bem estruturada e conseguindo resolver 85% dos problemas de saúde, como diz o Ministério da Saúde, os demais níveis são considerados, também, fundamentais para a qualidade da assistência.

Com a finalidade de ofertar uma atenção em saúde mais específica e adequada, a saúde foi descentralizada de forma regionalizada, para melhor triar os casos e desafogar centros especializados de alta complexidade em relação aos casos de menor urgência ou de fácil resolução, ofertando a assistência à saúde com base no nível de complexidade, ou seja, nível Primário, Secundário e Terciário.

Esse modelo tecno - assistencial, usualmente se descreve pela figura clássica de uma pirâmide, onde sua ampla base representa um conjunto de unidades de saúde responsável pela atenção primária como a porta de entrada do sistema. Na parte intermediária, localizam-se os serviços de atenção secundária, ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico. E no topo da pirâmide, encontram-se os serviços de alta complexidade, tendo no seu vértice os hospitais terciários, de caráter regional ou federal.

#### SUS - Modelo piramidal



Fonte: <http://www.portaleducacao.com.br/fisioterapia/artigos/33011/niveis-de-atencao-a-saude-no-brasil#ixzz3HyQOJIWn>



### **3.3 Atenção Básica: porta de entrada para o SUS**

A Atenção Básica é pautada no objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. No Brasil, a Atenção Básica é praticada no local mais próximo da vida das pessoas, isso porque se entende que ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012), estando dentro da hierarquia desta Rede de Atenção a ordenação e coordenação das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em meados da década de 90, após muitas relutâncias e até mesmo entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, foi implantada uma estratégia para mudança do modelo hegemônico, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), financiada pelo Ministério da Saúde.

### **3.4 Equipe Saúde da Família (ESF)**

Através da Estratégia Saúde da Família o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece atendimentos não emergenciais à população e a partir da ESF, Médicos, enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde podem interagir com os usuários, tanto para a solução dos problemas apresentados como para encaminhamentos e promoção da saúde. (AZEVEDO, 2007).

Uma das principais responsabilidades do Serviço de Atenção Básica da Saúde deve ser a prevenção de doenças, e prevenção se faz com orientação. Portanto, esta é uma questão que precisa ser repensada principalmente dentro da ESF, tendo em vista que este serviço necessita ser bastante disseminado nas comunidades (MENDES, 1998).

A Estratégia Saúde da Família tem como uma de suas principais características a realização do atendimento domiciliar. Sua equipe é composta por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e até seis agentes comunitários de saúde.

Jeffer et al. (1971) formula e Paim (1982) reporta, que a distinção entre desejos, demandas e necessidades, é que os desejos e demandas são construídos pelos próprios usuários, sendo que *desejo* está ligado à *percepção* de problemas de saúde e este gera a necessidade de ter acesso a um atendimento de saúde, já a *demanda* está incluída em uma *avaliação da possibilidade* concreta de acesso ao serviço desejado. Por outro lado, as *necessidades* de serviços de saúde estão vinculadas a quantidade e o tipo desses serviços, definidos pelos profissionais (médicos), para serem consumidos pela população para permanecer ou tornar-se sadia.

A disseminação da ESF e os investimentos na chamada rede básica de saúde ampliaram o debate em nível nacional gerando novas questões para a reflexão, entre estas questões, destaca-se a forma de organização e hierarquização das redes assistenciais, onde a ideia predominante envolve a imagem de uma pirâmide para a atenção à saúde, bem como a ideia da complexidade crescente, em direção ao topo. Hospital no topo e rede básica como porta de entrada do sistema de saúde.

O modelo piramidal, de base alargada, em razão de a atenção primária ser a principal porta de entrada do sistema e responsável pela resolução da maioria das necessidades de saúde da população, deve ser estruturada qualitativamente, com fixação de metas e a atribuição de garantir o acesso do usuário ou o seu caminhar na rede de atenção à saúde. Os serviços denominados de 'regulação' devem ser, na realidade, serviços que se integram à atenção primária, ordenadora de todo o modelo assistencial do SUS.

### **3.5 Atenção Secundária: atendimentos Especializados**

A Atenção Secundária é composta por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Os modelos tecno - assistenciais buscaram a eficiência no atendimento e na utilização dos recursos. Para isso, pensaram a saúde como uma pirâmide do SUS, compondo um modelo assistencial tendo a porta de entrada na atenção primária, favorecendo a hierarquia dos serviços e fluxos ascendentes e descendentes de usuários, para serviços de urgência e emergência em hospitais públicos ou privados.

Para constituir um novo modelo, transformador e efetivo, é necessário incorporar instrumentos que consigam enxergar os indivíduos como expressões de processos coletivos de viver (MERHY et al, 1991).

Imagina-se que a pirâmide organiza a assistência em graus crescentes de complexidade, e que a população flua de forma organizada entre os diversos níveis por meio de mecanismos formais de referência e contra referência (normas de fluxos de usuários na busca de alternativas de assistência). Na prática, essa é uma postura prescritiva, presa a uma formalidade, que não leva em conta as necessidades e os fluxos reais das pessoas dentro do sistema.

Os serviços funcionam com lógicas muito diferentes, a articulação entre eles não acontece, não se assegura a resolução dos problemas e a população termina entrando no sistema por todas as portas.

### **3.6 Consórcio Público de Saúde**

O consórcio é a união de dois ou mais entes federativos (União, Estados e Municípios) e constitui um instrumento para a superação de desafios locais, podendo contemplar a ampliação e o ordenamento da oferta de serviços, bem como a otimização dos recursos regionais disponíveis, para qualificar o acesso e os serviços, ampliando a resolubilidade de tais políticas públicas (TEIXEIRA et al, 2002).

A regulamentação da Lei Federal Nº. 11.107/2005, por meio do Decreto Federal Nº. 6.017/2007, reinsere na discussão da execução de políticas públicas a gestão associada de serviços públicos, dando aos consórcios a competência do

exercício das atividades de planejamento, regulação ou fiscalização dos serviços, ressaltando-se a importância da atividade de planejamento essencial a boa e regular prestação dos serviços públicos, dando viabilidade para que este planejamento seja macro e de longo prazo, trazendo mais benefícios ao município participante do consórcio e à região na qual ele está inserido.

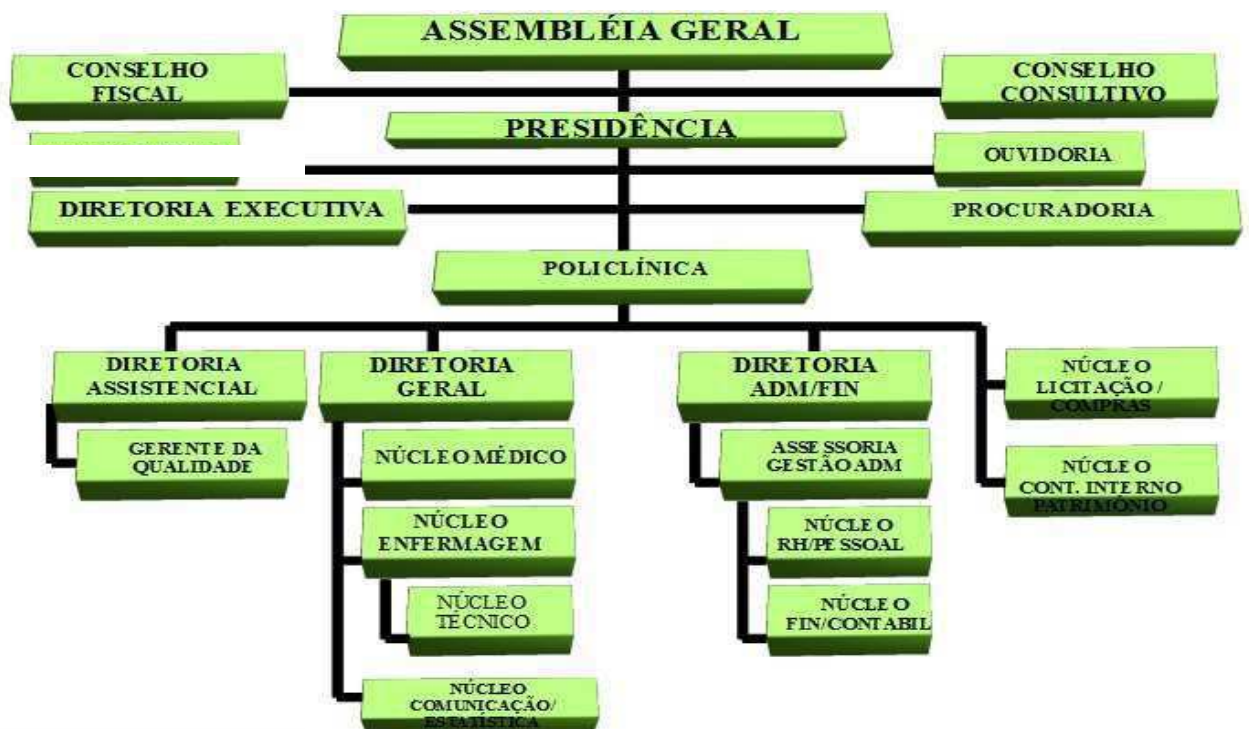
Segundo a Confederação Nacional de Municípios (CNM, 2012), por meio de registros de contratos dos consórcios na Receita Federal do Brasil (RFB), há 1,5 mil Cadastros Nacionais de Pessoas Jurídicas (CNPJ) de consórcios públicos. Desse total registrado, apenas 600 estão ativos. São criados 26 consórcios no Brasil anualmente e em média, cada um atende 13 municípios (CONASEMS, 2012).

Analisando o agrupamento de municípios para um bem comum, Cunha (2004) evidencia que o setor em que o consorciamento é mais utilizado é o da saúde. Cerca de 35% do total de municípios brasileiros, correspondente a 1.969, informam a participação em consórcios de saúde. Desses, 80% têm menos de 20.000 habitantes e, se considerarmos aqueles com até 100.000 habitantes, 97% do total de municípios consorciados são de pequeno e médio porte.

O Consórcio Público de Saúde é um valioso instrumento de atendimento das demandas dos cidadãos e uma importante ferramenta no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Promove o fortalecimento das instâncias locais e regionais no processo de descentralização, formando vínculos de cooperação e de gestão compartilhada, e integra diferentes realidades locais, preservando suas peculiaridades, na busca da solução de problemas comuns (TORRES, 2001).

Várias evidências sugerem que o consorciamento em saúde propiciou o aumento de eficiência e de qualidade dos serviços ofertados, haja vista que, por exigir escala de produção incompatível com a demanda da população correspondente, a provisão de serviços de saúde por um único município de pequeno porte, pode levar a um excesso de capacidade instalada ou à ausência de determinados serviços (TEIXEIRA, 2006). Esse achado os remete à reflexão de que a união de pequenos municípios, com fortes vínculos entre si, torna-os mais fortes.

## Estrutura Organizacional do Consórcio Público de Saúde



Fonte: CPSMAR/2014

### 3.7 Policlínica Regional



A Policlínica da Região de Saúde de Aracati/CE se tornou um grande referencial na saúde pública da Região do Litoral Leste, inaugurada em 04 de agosto de 2013, teve o primeiro atendimento à população já no dia 13 de agosto do mesmo ano.

Construída exclusivamente com recursos do Tesouro estadual, a Policlínica Dr. José Hamilton Saraiva Barbosa, localizada na Rua Armando Praça, 805, Centro de Aracati, recebeu investimentos de R\$ 4.793.093,13 em obras e R\$ 3.523.743,00 reais em equipamentos. Na policlínica de porte I, a população da região de saúde tem acesso a consultas e exames em cirurgia geral, cardiologia, ginecologia e obstetrícia, gastroenterologia, traumatoortopedia, otorrinolaringologia, oftalmologia. A unidade realiza exames de mamografia e Raio-X e consultas e procedimentos de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e nutrição.

É um ente mantido pelo Consórcio Público de Saúde, que faz parte da 7ª Coordenadoria de Saúde do Estado do Ceará, composta por 04 municípios (Aracati, Fortim, Itaiçaba e Icapuí). O prédio onde está instalada e os equipamentos foram cedidos, em comodata, pelo estado que mantém 60% do custeio, enquanto cada município tem contrapartida de 10% do valor do ICMS que seria destinado ao tesouro municipal.

Essa forma de gestão financeira tem como finalidade o cumprimento de seu papel social que é gerir os recursos oriundos da arrecadação do contrato de rateio

assinado pelos municípios com o Estado, tornando possível a execução do contrato que visa atender às necessidades de saúde da população da região.

A Policlínica tem o papel de atender com qualidade e eficiência a população dos 04 municípios consorciados, no que se refere à demanda de serviços de saúde da atenção secundária, hoje são ofertadas mais de 3.000 consultas realizadas por 44 profissionais de saúde, onde 20 são médicos, 04 fisioterapeutas, 03 enfermeiros, 10 técnico de enfermagem, dentre outros. Atualmente a policlínica faz mais de 5.000 atendimentos, entre procedimentos e exames por mês, contando com uma infraestrutura adequada para atender as principais especialidades médicas de interesse epidemiológico no âmbito da Coordenadoria Regional de Saúde – CRES/CE e, também, com serviços de suporte ao diagnóstico e reabilitação dos pacientes atendidos.



As 19 policlínicas regionais construídas pelo governo do Estado e em funcionamento em 19 regiões de saúde realizaram até dez/2016 um total de 1.670.152 atendimentos, desde a inauguração da primeira unidade, em setembro de 2010, em Tauá. Somente no ano passado foram realizados 915.952 atendimentos, de 1.439.777 ofertados, entre consultas e exames especializados e procedimentos de reabilitação dos pacientes atendidos.

### **3.8 Centro de Especialidades Odontológica – CEO**



O CEO da Região de Aracati, atende a uma demanda de extrema importância na região. O CEO trabalha com especialistas que atendem casos específicos encaminhados pelos dentistas do PSF. No centro são feitos tratamentos na área de endodontia (canal), prótese, pequenas cirurgias buco-maxilo facial, dentre outras especialidades. Ali são atendidos também pacientes especiais como crianças com síndrome de Down ou outra necessidade especial qualquer. Os profissionais que atuam no centro também são capacitados para identificar sinais de câncer de boca para que seja iniciado tratamento com a doença ainda em fase inicial.

### **3.9 Situação da saúde no âmbito da Região de Aracati/Ceará**

As Regiões de Saúde são espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios, formadas em conformidade com um processo espontâneo e natural de integração e interdependência, com vontade política unificada e capacidade de gerar soluções para problemas comuns na área da saúde. O Ceará foi dividido em vinte e uma regiões de saúde e quatro macrorregiões – Fortaleza, Sobral, Cariri e Sertão Central.

A Regional de Saúde, ao agregar um conjunto de municípios com carências, problemas sociais e hábitos culturais semelhantes, desenvolve ações com vistas à recomposição de uma escala econômica ideal, possibilitando um serviço mais eficiente, de melhor qualidade e uma atenção mais humanizada.





### 7ª CRES ARACATI/CE

Vila Isaura nº 01, Bairro Farias Brito CEP: 62.800-000

Fone: (88) 3446 2590 a 2598 / FAX: (88) 3446 2595 e-mail: [aracati@saude.ce.gov.br](mailto:aracati@saude.ce.gov.br)

Coordenadora: Ângela Maria Cardoso Gurgel

Total populacional: 114.048 habitantes (Aracati 71.749 hab; Icapuí 19.129 hab; Fortim 15.603 hab; Itaiçaba 7.567 hab).

**Figura: Caracterização da Região de Saúde de Aracati/Ceará. Fonte: 7ª CRES/Aracati, 2016.**

A situação atual de assistência à saúde na Região acima citada, segue as orientações do MS, sendo, a Atenção Básica da incumbência dos quatro municípios que a compõem (Aracati, Fortim, Itaiçaba e Icapuí), através da Estratégia Saúde da Família e dos Hospitais Municipais, formando a Rede de Atendimento, em observância ao sistema de referência e contra referência, onde o município pólo assume responsabilidade referente ao nível secundário.

Fundamentado em indicadores epidemiológicos (mortalidades por doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas, mortalidade materna e neonatal e respectivas patologias) e, ainda considerando as lacunas assistenciais e envelhecimento populacional, o Governo do Estado do Ceará lançou o **Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado do Ceará** objetivando contribuir para a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços especializados de saúde, promovendo a integração entre os distintos níveis de atenção, com a expansão da cobertura da assistência especializada em todas as microrregiões do interior do estado. As ações que embasam o Programa, repercutem de forma positiva no conjunto dos indicadores da saúde do estado e a consequente melhoria da qualidade de vida da população cearense.

A saúde da região de Aracati participa deste programa, especialmente, com a implantação da Policlínica Regional e do CEO, equipamentos administrados sob a Gestão do Consórcio Público Regional de Saúde, sendo sua avaliação, controle, regulação e auditoria de responsabilidade do presidente do consórcio, que é eleito dentre um dos prefeitos dos municípios que compõem a região, nomeado para um mandato de 02 anos e dos Diretores selecionados pela Escola de Saúde Pública do Ceará e nomeados pelo governador através de critérios técnico-político.

## **4 A concepção de metodologia**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, que possui como estratégia metodológica o estudo de caso. A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, respondendo a questões bastante particulares, por isso, escolhemos essa abordagem metodológica para nossa pesquisa. Segundo Trivinus, 1994, p. 22:

[...] ela trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa exploratória fornece informações sobre o objeto do estudo, orientando a formulação de hipóteses, na medida em que estabelece critérios, métodos e técnicas de elaboração e consecução da pesquisa, objetivando a descoberta, o achado, a elucidação ou explicação de fenômenos (CERVO; SILVA, 2006; GONÇALVES, 2014).

A pesquisa foi caracterizada como sendo um estudo de caso, cujo uso é pertinente quando se deseja investigar as formas e causas de eventos contemporâneos, dentro de um contexto real, com uma investigação empírica (YIN, 2005).

(GIL, 2009), define os objetivos de um estudo de caso como, exploração de situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos; preservação do caráter unitário do objeto estudado; descrição da situação do contexto em que está sendo feita uma determinada investigação; formulação de hipóteses ou desenvolvimento de teorias e explicação das variáveis causais de determinado fenômeno em situações complexas que não permitam o uso de levantamentos e experimentos.

O presente estudo de caso foi delimitado em diferentes unidades de análise, tendo sido, por meio delas, explorado o problema de pesquisa, a fim de corroborar com nossa revisão de literatura, de descobertas e questionamentos até então não levantados.

## **4.2 População e amostra**

Segundo Yin (2004), a unidade de análise está relacionada com a definição do que o caso é, podendo ser um indivíduo, uma decisão, um programa ou sobre a implantação de um processo e/ou uma mudança organizacional. A definição das unidades de análises está ligada à maneira pela qual as questões de estudo foram definidas.

Nesse sentido, selecionamos as unidades de análises identificadas com este assunto (ESF/UBS, Hospital Municipal, Hospital Pólo, CEO e Policlínica), para conseguirmos viabilizar a nossa pesquisa, aprofundando assim, a compreensão de como o Consórcio Público de Saúde contribuiu com avanços e conquistas para a melhoria da saúde pública na região de saúde de Aracati/Ceará.

Desta forma, realizamos o estudo de caso com os oito gestores envolvidos no consórcio, sendo o Presidente, quatro Secretários Municipais de Saúde, uma Coordenadora da Região de Saúde, um Diretor da Policlínica Regional, um Diretor do Centro de Especialidades Odontológicas e dez usuários do serviço.

## **5 Coleta de dados**

Para contemplar o material empírico, utilizou-se como instrumentos de coleta de dados, uma entrevista semi-estruturada, a observação direta e a análise de documentos referente às organizações. Esses dados foram obtidos através de relatórios gerenciais, arquivos de registros funcionais, internet, que, juntamente com a observação, assumiram um caráter mais objetivo e concreto.

Inicialmente as organizações e os gestores escolhidos foram contatados por telefone, quando foi feito o convite para a participação na pesquisa. Os usuários foram abordados e selecionados aleatoriamente, na Policlínica Regional e no CEO, de acordo com a disponibilidade presencial do pesquisador.

Após respostas favoráveis, foram realizadas as entrevistas, sendo esclarecidos todos os aspectos relacionados à pesquisa, inclusive os aspectos éticos preconizados pela Resolução 466/2012, que garante, dentre outras, o anonimato do participante em todo processo da pesquisa, embora a mesma ainda não tenha sido apreciada pelo Comitê de Ética.

Os instrumentos de entrevistas semi-estruturados foram aplicados individualmente em local e hora marcada com os gestores/coordenadores, e, espontaneamente com os usuários, no período de março a junho de 2016.

### **5.1 Análise dos dados**

O presidente do Consórcio Público de Saúde da Região de Aracati, demonstrou no decurso de sua entrevista que o período pactuado pelos gestores dos entes federativos consorciados, vem fazendo um diferencial nesse modelo de gestão, uma vez que a cada dois anos assume um novo presidente, cargo que é exercido, única e exclusivamente, por um dos prefeitos dos municípios que formam o Consórcio Público de Saúde da Região, período pelo qual o prefeito indicado para presidência desempenha um acompanhamento mais próximo, no que diz respeito

aos serviços e ações praticados, bem como, o contato mais cuidadoso com o embasamento jurídico concernente aos Consórcios Públicos de Saúde.

Os quatro gestores municipais de saúde entrevistados, declaram suas preocupações com os recursos financeiros que são direcionados para o custeio do consórcio, recursos do ICMS que são retidos na fonte pelo governo estadual e repassado direto para a Instituição consorciada, calculado de forma per capita/populacional, para o custeio integral do consórcio. Alguns secretário levantaram a questão dúbia dessa forma de rateio colocando que alguns municípios podem ter retido um valor para o rateio que não compensa na relação custo-benefício.

O Diretor da Policlínica deixou claro em sua entrevista que o equipamento oferta através da regulação, exames e consultas especializadas, e que a estratégia de gestão aplicada muito se assemelha com as unidades de saúde privadas, sendo as ofertas acompanhadas pelo setor de avaliação, controle e auditoria, e num curto espaço de tempo a demanda estará adequada aos conceitos de acreditação previstos pela Organização Mundial de Saúde.

O Diretor do Centro de Especialidades Odontológica, por ter assumido recentemente a direção deste importante equipamento de saúde, que até 2015 fazia parte da gestão municipal de Aracati, o mesmo foi incorporado ao modelo gerencial de consórcio, tendo atualmente, a mesma estratégia proposta pela Policlínica, no quesito da acreditação, porém, após ser incorporado ao Consórcio Público de Aracati, tem se destacado por seu notável desempenho, tendo conseguido, inclusive, zerar a fila de espera.

A representante da Coordenadoria Regional de Saúde – CRES/ARACATI, enfatizou que a CRES de Aracati representa o ente estadual como consorciado majoritário, tendo voto peso dois nas assembleias decisórias, com essa participação majoritária no rateio, o governo estadual se precaveu para possíveis desistências de entes municipais, assim, podendo arcar com a falta por desistência de algum ente consorciado. A CRES é a responsável pela integração das ações de saúde propostas na rede hierárquica do SUS.

Os usuários dos equipamentos vinculados ao consórcio, demonstraram, em sua maioria, que as conquistas trazidas pelos serviços ofertados na Policlínica e no CEO de Aracati são claras e deixam evidente que existe um elevado grau de satisfação em relação aos serviços prestados nos referidos equipamentos, porém, no que diz respeito ao acesso a algumas consultas e exames especializados, afirmam que ainda existem entraves, do tipo: demora(fila longa), falta de vínculo, falta do profissional especializado, tempo de retorno descompactuado da data da consulta, etc.

### PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE USUÁRIO 2016/01

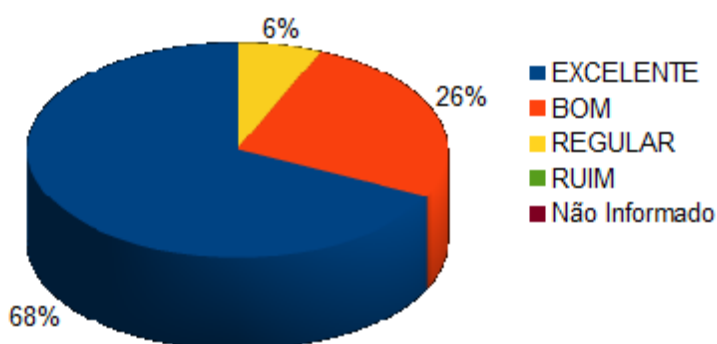


Gráfico: Refere-se ao número de cidadãos que responderam através dos formulários a Pesquisa de Satisfação dos Usuários, realizada no período de 15 de Abril a 30 de junho de 2016.

Acredita-se que, ao investigar a satisfação dos usuários dos equipamentos do CPSMAR, torna-se possível perceber o desempenho da organização, bem como, indicar possíveis caminhos para a tomada de decisões. Tendo como base que o princípio de satisfação com os serviços prestados agregam valores aos processos, mediante a iniciativa de políticas públicas que promovam ações e serviços em saúde, bem como a garantia desses direitos conforme Art. 196 da Constituição Federal.

Embuídos dessas premissas, os quatro municípios: Aracati, Fortim, Icapuí e Itaiçaba, mantenedores do CPSMAR, buscam estrategicamente a otimização dos recursos aqui aplicados para o fortalecimento da regionalização da saúde, com foco nas melhores práticas e resultados. Tudo isso, levando em conta a perspectiva do cidadão. Deste modo, os cidadãos tem recorrido aos serviços de saúde nesta

instituição, contribuindo com a Pesquisa, onde foram distribuídos 120 formulários, destes, 70 retornaram com respostas (59%). Representa um índice de retorno satisfatório para a amostra pesquisada.

A pesquisa foi realizada no período de 15 de Abril à 30 de junho de 2016, foi revelado o seguinte resultado: 30 pessoas, ou seja, (25,63%) dos entrevistados avaliaram os serviços oferecidos como BOM, 81 pessoas, (67,89%) dos entrevistados avaliaram como EXCELENTE e outras 7 pessoas, (6,48%) dos entrevistados avaliaram como REGULAR. Dentro de uma perspectiva positiva de opinião expressa pelo cidadão, o percentual de promotores em potencial, BOM, mais os promotores reais, EXCELENTE, chegam a 93,52% de satisfação interna.

## **6 Proposta de Intervenção na Administração Pública**

Mesmo com os avanços e conquistas alcançados, a população adscrita à Coordenadoria Regional de Saúde – CRES de Aracati enfrenta dificuldades no acesso aos serviços especializados de saúde.

Este acesso vem sendo trabalhado pelo governo do estado, que através da regionalização dos serviços de saúde, desenvolve um modelo de gestão através de consórcio público de saúde, onde os entes consorciados (municípios circunvizinhos) pactuam e organizam os serviços, baseando-se na economia de escala e na efetividade dos procedimentos.

Diante do exposto pelos entrevistados, à luz do referencial teórico, várias evidências sugerem que o consorciamento em saúde propiciou o aumento de eficiência e de qualidade dos serviços ofertados, tendo em vista o entendimento (TEIXEIRA, 2006), a provisão de serviços de saúde ofertada por um único município, de pequeno porte, pode levá-lo a um excesso de capacidade instalada ou à ausência de determinados serviços. Esse achado nos remete à reflexão de que a união de pequenos municípios, com fortes vínculos entre si, torna-os mais fortes.

Percebe-se, também, que esse sentimento de vínculo é um importante indicador para a eficiência ou ineficiência do Consórcio Regional de Saúde.

## **7 Avanços e conquistas advindos através do Consórcio Público de Saúde na Região de Aracati – Ceará**

O Governo do Estado desenvolveu uma inédita Rede de Saúde, co-responsabilizando os entes federativos envolvidos, e de forma consorciada entre a secretaria estadual e os municípios, implementou ações facilitadoras para atender a demanda da atenção secundária, referentes a consultas, procedimentos e exames especializados, que estavam superlotando os hospitais e demais serviços de Fortaleza.

Esta estratégia visa a obtenção do fortalecimento da regionalização da saúde, para melhoria do acesso aos serviços de saúde, com atuação exclusiva na atenção secundária, reduzindo custos operacionais, compartilhando recursos, equipamentos e pessoal dentro da microrregião, visando fortalecer as instâncias locais. O novo modelo de gestão através de Consórcio, pelo qual os quatro municípios da Região de Aracati de comum acordo e com base na economia de escala, passaram a ofertar serviços/procedimentos que não seria possível custear individualmente aos seus municípios.

Assim, por intermédio do CPSMAR, foi possível tornar realidade a construção dos seguintes equipamentos: uma Policlínica que atende os 04 municípios da região, realizando consultas e exames em cirurgia geral, cardiologia, ginecologia e obstetrícia, gastroenterologia, traumatologia-ortopedia, otorrinolaringologia, urologia, oftalmologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, enfermagem, nutrição, dentre outros. A unidade realiza exames de mamografia, raio-x, ecocardiograma, ergometria, teste da orelhinha, tratamento do pé-diabético, ultra som, audiometria, eletrocardiograma, pequenas cirurgias de lesões e sinais. Atendendo à população das cidades com exames e consultas pré-agendados no Sistema Nacional de regulação o SISREG, marcados pela central de regulação dos municípios, que ao todo geram uma demanda de mais de 5.000 atendimentos mensais em diversas



especialidades, facilitando o acesso à população, com um alto padrão de excelência no SUS. E um Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, que disponibiliza especialistas para o atendimento de casos específicos encaminhados pelos dentistas do PSF. No CEO são feitos tratamentos na área de endodontia (canal), prótese, pequenas cirurgias buco-maxilo facial, dentre outras especialidades. Ali são atendidos também pacientes especiais como crianças com síndrome de Down ou outra necessidade especial qualquer.

E, com o objetivo de facilitar o acesso dos usuários desses equipamentos, bem como, minimizar a possibilidade de evasão em relação ao comparecimento aos exames e consultas devidamente reguladas, o consórcio reunido em assembléia, decidiu adquirir 01 micro-ônibus para cada ente consorciado, para o fim único e exclusivo de transporte dos referidos usuários com procedimentos agendados.

## Aquisição de novos Veículos





## 8 Contribuições dos resultados da pesquisa

Ao avaliar as características gerenciais da região em estudo, observou-se que a implantação do modelo de gestão, através do Consórcio Público de Saúde na Região de Aracati trouxe melhorias da capacidade técnica, gerencial e financeira para os Entes Federativos envolvidos, considerando os serviços ofertados pela Policlínica e pelo CEO.

Sugerimos aos Gestores dos Entes Federativos vinculados ao Consórcio Público de Saúde de Aracati que aprimorem este promissor modelo de gestão, primando por concursos e seleções técnicas e idôneas de profissionais para ocuparem os diversos cargos gerenciais, proporcionando, assim, a eficiência e eficácia no âmbito destas unidades e equipamentos da saúde pública, cientes de que o fundamental não é apenas aumentar a oferta e sim qualificar a demanda. Acreditamos que a valorização do gestor contratado, treinado e com estabilidade via estado ou federação, com salário também regulado pelo mercado, seria um passo relevante para a eficiência e eficácia desse modelo de gestão. Considero a carreira para gestores uma ponte para o êxito e a efetividade dos consórcios intermunicipais de saúde pública.

Este cenário de vantagens e privilégios traz importantes inovações nas relações de parcerias entre os diferentes níveis de governo, entre as quais destacam-se a redução dos custos operacionais, o ganho de escala na execução das políticas públicas e o aperfeiçoamento dos mecanismos de articulação

municipal. Pode se destacar ainda que o consorciamento é sempre um ato voluntário, que preserva a autonomia dos entes federados, este de caráter inviolável, e como pilar sustentável da cooperação que possibilita a superação das desigualdades regionais.

A Gestão por Consórcio Público de Saúde configura-se, sem dúvida, uma aliada para a melhoria da qualidade na assistência à saúde. Apesar de considerá-la um avanço, ainda não podemos definir esse modelo como uma solução para o problema de insuficiência de recursos financeiros dos municípios brasileiros. Todavia, pode ser o instrumento de otimização destes recursos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. M. **Os Atalhos da Mudança na Saúde do Brasil/Serviços em Nível Local: 9 Estudos de Caso - Uma Análise Comparativa**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, 1989.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. do. **Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática**. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, RJ, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. **A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família**. *Interface*. Botucatu, SP, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000400007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000400007&script=sci_abstract&tlng=pt).

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. DA. **Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo, SP: Ed. Pearson Education, 2006.

CEZAR, P. S. M. C. **Consórcios Públicos e o princípio da eficiência na administração pública**. Monografia. Faculdade de Direito – UFMG. Belo Horizonte, 2008.

GONÇALVES, H. A. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica**. 2. ed. São Paulo, SP: Ed. Avercamp, 2014.

MERHY, E. E. **O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio da micropolítica do trabalho vivo)**. São Paulo, SP: Lemos Editorial, 1991. p. 125-141.

MENDES, E. V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. 3. ed. São Paulo, SP: Hucitec – Abrasco, 1998.

MENDES, E. V. **Avançando no federalismo sanitário brasileiro: a descentralização convergente**. In: KEINERT, T. M. M. et al. **Inovação e cooperação intergovernamental: microrregionalização, consórcios e terceirização no setor saúde**. São Paulo, SP: Annablume Editora, 2006.

MENDES, E. V. – **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007 a - b.

PINTO JÚNIOR, A. G. **Gestão em Rede Interfederativa**. In: SILVA, L. A. de; NOGUEIRA, M. de F. N.; SANTANA, W. W. M. de. **Consórcios Públicos de Saúde no Ceará: da implantação à gestão**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2014. p. 17-18.

RAVANELLI, P. **Consórcios Públicos: os Desafios do Fortalecimento de Mecanismos de Cooperação e Colaboração entre os Entes Federados**. III

Congresso Consad de Gestão Pública. Painel 51/202: Articulação federativa na prestação de serviços sociais, Brasília, 2010.

RIBEIRO, H. M.; BASTOS, S. Q. A.; BUGARIN, M. S. **Consórcios Públicos Municipais: uma análise institucional**. Anais do Encontro Nacional ANPEC, 2006.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R. **Consórcios Intermunicipais no SUS**. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada 1999.

SILVA, L. A. de; NOGUEIRA, M. de F. N.; SANTANA, W. W. M. de. **Consórcios Públicos de Saúde no Ceará: da implantação à gestão**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2014. 160 p.

TEIXEIRA, L. Consórcios intermunicipais: instrumento para aumentar a eficiência do gasto público. In: MENDES, M. (Org.). **Gasto Público Eficiente: 91 Propostas para o Desenvolvimento do Brasil**. São Paulo: Instituto Fernand Braudel/Topbooks, 2006.

TEIXEIRA, L. da S.; MENEGUIN, F. B. **Os consórcios intermunicipais aumentam a eficiência no setor público?** Brasil: economia e governo: 2012. Disponível em <http://www.brasil-economia-governo.org.br>. Acesso em 13. Out. 2016.

TORRES, L. A. G. **Consórcio: uma forma de cooperação intermunicipal**. São Paulo, SP: Sebrae SP Cepam, 2001.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

**CRONOGRAMA**

Atividades	Semestre V	Semestre VI	Semestre VII	Semestre VIII
Elaboração do Projeto de Pesquisa				
Revisão da bibliografia				
Definição da Metodologia				
Coleta de dados secundários				
Realização de pesquisa de campo				
Resultados e Conclusões				
Apresentação do Relatório de Pesquisa				

## APÊNDICES

### APÊNDICE I

ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM OS GESTORES MUNICIPAIS DA SAÚDE E COM OS GESTORES DO CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA REGIÃO DE ARACATI:

1. A implantação do modelo de gestão através do Consórcio Público de Saúde na Região de Aracati, trouxe melhorias da capacidade técnica, gerencial e financeira para os Entes Federativos envolvidos? Quais?
2. Qual a contribuição da sua gestão nos avanços e conquistas da Rede Integrada do SUS, advindos com a implantação do Consórcio Público de Saúde na Região de Aracati?
3. Quais os critérios utilizados para a seleção dos servidores nesta Instituição?
4. A organização possui plano estratégico conhecido por todos os servidores? Qual a missão, visão e valores que norteiam o plano de gestão?
5. Como é feita a capacitação, aperfeiçoamento e atualização dos colaboradores desta instituição?
6. De que forma a comunicação interna e externa é realizada?
7. Quais tecnologias sociais são desenvolvidas e implantadas pela organização para o atendimento das necessidades do cidadão?
8. Quais são os instrumentos utilizados para testar o nível de qualidade e de satisfação do cidadão para com os serviços prestados pela instituição?
9. De que forma a Instituição busca manter um vínculo com a comunidade?
10. A Instituição sob sua gestão avalia suas ações? De que modo isso acontece, quais são os principais instrumentos utilizados na avaliação?

## APÊNDICE II

### ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM USUÁRIOS (AS) DOS EQUIPAMENTOS DO CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA REGIÃO DE ARACATI:

1. Você tem vínculo com alguma Unidade de Saúde desta região?
2. Que nota você dar (de 0 a 10) para o acesso e acolhimento nas Unidades de Saúde do seu Município e da sua Região?
3. Você conhece a hierarquia da Rede Integrada do SUS?
4. Quais os avanços e conquistas advindos com esses equipamentos (Policlínica / CEO)?
5. Qual o seu grau de satisfação (de 0 a 10) para os serviços ofertados pelos equipamentos (Policlínica e CEO) geridos pelo Consórcio Público de Saúde/Aracati?



### APÊNDICE III

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

#### MODELO DE GESTÃO POR CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE: AVANÇOS E CONQUISTAS NA REGIÃO DE ARACATI/CE

Objetivo Geral: Identificar os avanços e conquistas advindas do Modelo de Gestão por Consórcio Público de Saúde na Região de Aracati/Ce.

Serão aplicadas entrevistas com o Gestor Municipal da Saúde, com o coordenador da ESF, com o diretor do HPP, com o diretor da Policlínica, com o diretor do CEO, com o presidente do consórcio, com os usuários (as) dos equipamentos do consórcio;

Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o estagiário Ant. Rodrigues Alexandre, que pode ser encontrado no endereço Av. Prof. José Arthur de Carvalho, 400 – casa 13 – Lagoa Redonda, contato 85. 8670.53.62. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o CEPPE – Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia – Rua Marquês de São Vicente, 3001 – Água Branca – CEP: 05036-000 - São Paulo – Capital – tel.: (11) 3613.7009 – e-mail: ceppe@unip.br

Garantia de saída: é garantida a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar deste estudo, sem qualquer prejuízo;

Direito de confidencialidade: será preservada sua identidade, assim como as identidades de todas as pessoas por você referidas;

Eu, \_\_\_\_\_, acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li ou do que foi lido para mim, descrevendo o estudo

Concordo voluntariamente em participar deste estudo, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a realização do mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

\_\_\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_

Local

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste liderado para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pelo estudo

\_\_\_\_\_

Local

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Data