



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA**

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - ICSA
CURSO DE BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

DÉBORA LAÍS LIMA DE OLIVEIRA

**OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E O
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO: UMA ANÁLISE DO IFDM-SAÚDE NOS
MUNICÍPIOS DO MACIÇO DE BATURITÉ (2005–2015).**

ACARAPE

2025

DÉBORA LAÍS LIMA DE OLIVEIRA

**OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E SEUS EFEITOS
NO DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO: UMA ANÁLISE DO IFDM-SAÚDE NOS
MUNICÍPIOS DO MACIÇO DE BATURITÉ (2005–2015).**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Administração
Pública, do Instituto de Ciências Sociais
Aplicadas da Universidade da Integração
Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira,
como requisito parcial para a obtenção do Título
de Bacharel em Administração Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Oliveira Lima.

ACARAPE

2025

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Oliveira, Débora Laís Lima de.

042c

Os consórcios públicos intermunicipais de Saúde e o desenvolvimento comunitário: uma análise do IFDM-Saúde nos municípios do Maciço de Baturité 2005-2015 / Débora Laís Lima de Oliveira. - Redenção, 2025.
45f: il.

Monografia - Curso de Administração Pública, Instituto De Ciências Sociais Aplicadas, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2025.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Oliveira Lima.

1. Consórcios públicos Saúde. 2. Saúde pública. 3. Desenvolvimento municipal. 4. Governança federativa. 5. Políticas territoriais. I. Título

CE/UF/BSCA

CDD 352.7042

DÉBORA LAIS LIMA DE OLIVEIRA

**OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E SEUS EFEITOS
NO DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO: UMA ANÁLISE DO IFDM-SAÚDE NOS
MUNICÍPIOS DO MACIÇO DE BATURITÉ (2005–2015).**

Monografia apresentada como requisito para obtenção do título de Bacharel em Administração Pública, na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, UNILAB.

Aprovado em: 27/05/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alexandre Oliveira Lima (Orientador)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Prof^a. Dra. Sandra Maria Guimarães Callado (professor(a) avaliador(a))

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Prof. Dr. Luiz Miguel Dias Caetano (professor(a) avaliador(a))

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Dedico este trabalho a Deus – o Único, a quem pertence tudo o que sou e tudo o que tenho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar como a atuação do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Maciço de Baturité influenciou o desempenho dos municípios que fazem parte dele no componente Saúde do Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM-SA), entre 2005 a 2015. Parte-se do entendimento de que os consórcios públicos, enquanto instrumentos de cooperação entre diferentes níveis de governo, podem ajudar a reduzir as desigualdades territoriais na oferta de serviços de saúde. A pesquisa combina dados quantitativos e qualitativos, usando informações secundárias do IFDM e uma análise interpretativa baseada na literatura sobre federalismo cooperativo e governança intermunicipal. Os resultados mostram uma melhora significativa no IFDM-Saúde dos municípios após a formação do consórcio, especialmente nos indicadores relacionados à atenção básica, como o atendimento adequado ao pré-natal e a diminuição de internações que poderiam ser evitadas com cuidados primários. Ao comparar os períodos antes e depois da criação do consórcio, percebemos que municípios com menor capacidade institucional tiveram ganhos percentuais mais expressivos, indicando um efeito positivo da cooperação para promover melhorias. Além disso, constatamos que a participação ativa na gestão do consórcio e a articulação regional dos serviços contribuíram para fortalecer a equidade e a integralidade no acesso à saúde. Apesar dos avanços, identificou-se uma lacuna na literatura nacional quanto à análise dos impactos sociais diretos da cooperação intermunicipal, o que aponta para a necessidade de aprofundamento teórico e empírico sobre o tema. Conclui-se que os consórcios públicos representam uma estratégia relevante para o aprimoramento da governança sanitária em contextos regionais marcados por assimetrias estruturais.

Palavras-chave: consórcios públicos; saúde pública; desenvolvimento municipal; governança federativa; políticas territoriais.

ABSTRACT

This study aims to analyze how the actions of the Intermunicipal Public Health Consortium of the Maciço de Baturité influenced the performance of its member municipalities in the Health component of the FIRJAN Municipal Development Index (IFDM-SAÚDE) between 2005 and 2015. It is based on the understanding that public consortia, as instruments of cooperation between different levels of government, can help reduce territorial inequalities in the provision of health services. The research combines quantitative and qualitative data, using secondary information from the IFDM and an interpretative analysis based on literature on cooperative federalism and intermunicipal governance. The results show a significant improvement in the IFDM-Health of the municipalities after the formation of the consortium, especially in indicators related to primary care, such as adequate prenatal care and the reduction of hospitalizations that could be avoided through basic care. By comparing the periods before and after the creation of the consortium, we observe that municipalities with lower institutional capacity experienced more significant percentage gains, indicating a positive effect of cooperation in fostering improvements. Furthermore, active participation in consortium management and regional coordination of services contributed to strengthening equity and comprehensiveness in access to health care. Despite the progress, a gap in the national literature was identified regarding the direct social impacts of intermunicipal cooperation, highlighting the need for further theoretical and empirical investigation on the subject. It is concluded that public consortia represent a relevant strategy for enhancing health governance in regional contexts marked by structural asymmetries.

Keywords: public consortia; public health; municipal development; federative governance; territorial policies.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1. A Governança Colaborativa e a Cooperação Intermunicipal.	11
2.2. Princípios do Consorciamento: O Caso do Setor de Saúde no Brasil.	14
2.3. O Cenário dos Consórcios no Estado do Ceará.	17
3. METODOLOGIA.....	20
4. ÍNDICE FIRJAN	21
4.1. Componente Saúde do Índice FIRJAN (IFDM-SA).	23
5. ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
5.1. Evolução dos Indicadores de Saúde nos Municípios Consorciados do Maciço de Baturité.	24
5.2. O desempenho dos municípios no componente Saúde do Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM-SA) antes e após o consórcio.....	26
5.3. A relação entre os princípios organizacionais do SUS e a atuação dos consórcios públicos como instrumentos de descentralização e regionalização dos serviços de saúde.	36
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	42

1. INTRODUÇÃO

A efetividade da prestação de serviços por meio dos consórcios tem gerado estudos e, concomitantemente, controvérsias, uma vez que a cooperação pública é assumida como um possível arranjo para a prestação de serviços públicos, tendo a cooperação através de consórcios em vistas a redução dos custos da prestação de serviços públicos, adicionalmente, avança-se na perspectiva de que a cooperação pública poderá elevar a quantidade e/ou a qualidade desses serviços (SILVA; SILVESTRE; EMBALO, 2020).

Observa-se, conquanto, que parte importante dos estudos acerca das cooperações públicas a apresentam como uma possível alternativa – em relação à introdução das organizações privadas, principalmente, para ao nível municipal (BÈL; WARNER, 2015). Alternativa porque estes, os municípios, não conseguem, sozinhos, resolver seus problemas operacionais e que impactam na implantação e funcionamento de políticas públicas. Em resumo a cooperação pública promove, em teoria, maior eficiência operacional (ABRUCIO; FILIPPIM; DIEGUEZ, 2013). Porém, alertam Aldag, Warner e Bèl (2021), os efeitos positivos da cooperação pública para a prestação de serviços está dependente do setor de atividade, isto é, só em setores específicos se constata ganhos de eficiência, enquanto em outros, o mesmo não se verifica. Segundo os autores, isso sucede pelas suas características e maturidades operacionais e gerenciais instaladas.

Embora a adesão de cooperações intermunicipais seja um fenômeno que começou a atrair elevado enfoque na área das pesquisas acadêmicas (HEFETZ, WARNER & VIGODA-GADOT, 2012), existem, ainda, abordagens a serem convenientemente exploradas.

A literatura ainda não fornece uma resposta definitiva sobre se a Cooperação Governamental Intermunicipal contribui para o aumento da eficiência administrativa, o que torna necessário o aprofundamento empírico do tema (ALLERS; DE GREEF, 2017). Apesar disso, os estudos existentes ainda são escassos e, em sua maioria, focados em serviços específicos, como a coleta de resíduos sólidos.

Ante a isso, nota-se a evidente lacuna na literatura acerca da descrição entre consórcios e seus efeitos na vida da população (SICILIANO *et al*, 2020). Ao observarmos os estudos nos Estados Unidos da América (USA) e Europa, temos os estudos europeus mais focados em economia de custos, enquanto os estudos dos EUA estão direcionados aos fatores de organização do governo (BEL; WARNER, 2015).

O cenário nacional se torna um campo de pesquisa propício para a aplicação da pesquisa ao observar os indicadores em aspectos gerais, por tipo e por região, pois verifica-se que, a esfera da saúde pública mantém-se como a principal área de consórcios dos municípios (LINHARES; CUNHA, 2010).

Três características da política pública de saúde do país podem ser apresentadas como base para a adesão dos consórcios de saúde. A primeira relaciona-se à proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, que, desde sua criação, previa a criação de consórcios de saúde por meio da Lei Orgânica da Saúde de 1990 (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990). O segundo aspecto, por sua vez, diz respeito aos princípios organizacionais que regem o SUS e introduzem mecanismos de descentralização¹ e regionalização. Por fim, a Lei dos Consórcios Públicos (Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005), que determina que os consórcios públicos de saúde devem obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regem o SUS (NASCIMENTO; FERNANDES; SANO; GRIN; SILVESTRE, 2021)

Os consórcios públicos de saúde têm se consolidado como uma estratégia eficaz para a regionalização e descentralização da saúde no Brasil. Atualmente, há cerca de 297 consórcios intermunicipais atuando especificamente na área da saúde, abrangendo todas as regiões do país. Tem-se que a maioria desses consórcios é formada de maneira exclusiva por municípios, sendo apenas cerca de 20% compostos também por estados como entes consorciados (FIORATI *et al.*, 2023).

No Nordeste, a expansão dos consórcios tem se destacado, especialmente nos estados da Bahia e do Ceará, onde o modelo de consórcio vertical — que compreende a participação ativa do governo estadual — tem contribuído significativamente para o fortalecimento da gestão regionalizada do SUS (PEREIRA; MOREIRA, 2021). No estado do Ceará, até 2023, foram implantadas 19 policlínicas e 22 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), administrados via consórcios públicos de saúde (CEARÁ, 2020).

As policlínicas cearenses funcionam atendendo, em média, 3.696 consultas médicas especializadas e 3.344 exames diagnósticos por mês. Com serviços oferecidos que vão desde cardiologia, ginecologia e oftalmologia até fisioterapia e exames de imagem (CEARÁ, 2010). Os números obtidos reforçam o papel estratégico dos consórcios públicos como alternativa para

¹ A Constituição Federal de 1988 imprimiu forte impulso descentralizador à organização estatal brasileira, transferindo aos municípios responsabilidades inéditas quanto à formulação e à implementação de políticas públicas. (LINHARES; CUNHA, 2010).

limitações individuais dos municípios na gestão da saúde, promovendo maior escala, eficiência e acesso à população.

No contexto do Maciço de Baturité, no Ceará, observa-se a formação de um Consórcio Público Intermunicipal de Saúde como possível caminho para superar limitações operacionais dos municípios e otimizar o acesso e a qualidade dos serviços públicos de saúde. No entanto, ainda há poucos estudos que avaliem, de forma empírica, os efeitos concretos dessa adesão sobre o desenvolvimento local. Para entender esses efeitos, a presente pesquisa utiliza como norteador o componente Saúde do Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM-SA), que oferece uma métrica consolidada de indicadores relacionados à atenção básica, mortalidade infantil e pré-natal.

Em virtude da discussão apresentada, a questão de partida do presente estudo é: em que medida a participação dos municípios do Maciço de Baturité no Consórcio Público Intermunicipal de Saúde teve efeito no desempenho no componente Saúde do Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM-SA), a nível comunitário, entre 2005 a 2015?

Diante da questão problema apresentada, destacam-se os objetivos desta pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar os efeitos da participação dos municípios do Maciço de Baturité no Consórcio Público Intermunicipal de Saúde, a ser mensurado pelo componente Saúde do Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM-SA) a nível comunitário no período de 2005 a 2015.

Objetivos Específicos

- Observar a evolução do IFDM-SA nos municípios do Maciço de Baturité no Consórcio Público Intermunicipal de Saúde;
- Comparar o desempenho dos municípios no componente Saúde do Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM-SA) antes e após adesão do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde.
- Avaliar a relação entre os princípios organizacionais do SUS e a atuação dos consórcios públicos como instrumentos de descentralização e regionalização dos serviços de saúde.

A fim de verificar tais efeitos, pretende-se observar os componentes do Índice FIRJAN desenvolvimento para, empiricamente, verificar se a participação dos municípios brasileiros nos Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde contribui para a evolução da área de desenvolvimento Saúde (IFDM-SA) analisada no Índice.

A pesquisa adota uma abordagem quantitativa, de caráter descritivo e comparativo, baseada em pesquisa documental e bibliográfica. A coleta de dados foi realizada de janeiro a maio de 2025, com base nos relatórios oficiais do IFDM, documentos do Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité e publicações acadêmicas. Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas (Excel) para posterior análise comparativa entre os períodos pré e pós adesão ao consórcio.

A pesquisa foi estruturada em cinco capítulos, além da introdução, referências e considerações finais.

O segundo capítulo discute os fundamentos teóricos da Governança Colaborativa.

O terceiro capítulo aborda os princípios do consorciamento público, com foco especial na saúde no Brasil.

O quarto capítulo apresenta o panorama dos consórcios públicos de saúde no estado do Ceará.

O quinto capítulo descreve a metodologia adotada na pesquisa.

O sexto capítulo explora o Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM), detalhando o componente Saúde (IFDM-SA) e seus subindicadores, como atendimento adequado de pré-natal, óbitos por causas mal definidas, óbitos infantis evitáveis e internações sensíveis à atenção básica.

O sétimo capítulo apresenta a análise dos resultados e a discussão crítica sobre os efeitos do consórcio público no desempenho dos municípios.

Por fim, o oitavo capítulo traz as considerações finais, destacando as conclusões e sugestões para pesquisas futuras.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. A Governança Colaborativa e a Cooperação Intermunicipal.

A cooperação intermunicipal desponta de uma realidade marcada por contínuas dificuldades sistêmicas de financiamento às unidades e, por conseguinte, da escassez de insumos para a prestação de serviços públicos quando operacionalizadas isoladamente (BEL; WARNER, 2015), desse modo, tem sido considerada como uma alternativa estratégica para enfrentar os desafios atuais da administração pública, ao buscar simultaneamente a redução de custos e a ampliação da oferta e da qualidade dos serviços públicos. Embora não se trate de uma inovação recente, essa forma de cooperação ganhou destaque no contexto da Nova Governança

Pública, ao ser incorporada como instrumento de modernização e reforma administrativa (TORFING; SORENSEN, 2017).

Nas últimas décadas, o debate sobre a reforma na prestação de serviços públicos pelos governos locais tem se concentrado, em grande parte, sobre a contratação com o setor privado (BOYNE, 1998; HODGE, 2000). Contudo, a abordagem da cooperação intermunicipal tem ganhado relevância no cenário das políticas públicas. Essa forma de colaboração entre municípios vem sendo reconhecida, principalmente no contexto norte-americano, como uma alternativa viável às estratégias tradicionais de reforma da gestão pública local (HEFETZ; WARNER; VIGODA-GADOT, 2012).

Diferente da fusão municipal, que costuma enfrentar maior resistência política, a cooperação entre municípios apresenta maior aceitabilidade e flexibilidade, tornando-se uma escolha atrativa para gestores públicos (FEIOCK; SCHOLZ, 2010). Ao contrário da privatização, cujo foco está na eficiência de custos, a cooperação intermunicipal incorpora fatores ligados à estrutura administrativa e à governança local, considerando o contexto territorial e as capacidades institucionais dos entes envolvidos (BEL; FAGEDA; WARNER, 2013).

Estudos empíricos indicam que a adoção da cooperação intermunicipal é influenciada por um conjunto mais amplo de variáveis do que aquelas tradicionalmente relacionadas à privatização.

Esse modelo de governança se apoia, essencialmente, em duas diretrizes: a construção de políticas públicas com a participação de múltiplos atores sociais e a coimplementação das ações governamentais, integrando diferentes esferas da sociedade civil e do Estado (OSBORNE, 2006). Tal participação social, sobretudo a cidadã, é considerada fundamental para a ampliação dos mecanismos de democratização e legitimidade das decisões públicas, reforçando os pilares da *accountability* e da representatividade (PETERS, 2004).

Nessa perspectiva, instaura-se uma nova lógica de governar, centrada nos princípios de responsabilidade, integridade e transparência, com vistas a ampliar a eficácia e a confiança nas instituições públicas (CHRISTESEN, 2012; SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

A cooperação intermunicipal por meio de consórcios compreende contratos ou colaborações conjuntas com outros órgãos governamentais locais, usualmente, visando alcançar economias de escala, aprimorar a qualidade dos serviços e fomentar a coordenação regional em áreas onde a governança local é fragmentada (BEL & WARNER, 2015).

Nesse ponto, a estrutura de Governança Colaborativa (GC) surge como um aspecto central nos consórcios públicos intermunicipais, uma vez que compreende a organização de *stakeholders* envolvidos na busca de gerenciar um “problema” específico (WANG, H.; RAN, B., 2023).

Emerson, Nabatchi & Balogh (2012) preocupam-se em conceituar a Governança Colaborativa de maneira ampla, a compreendendo-a como:

Processos e estruturas de tomada de decisão e gestão de políticas públicas que envolvem pessoas construtivamente através dos limites de agências públicas, níveis de governo e/ou esferas pública, privada e cívica para **realizar um propósito público que não poderia ser alcançado de outra forma.** (EMERSON; NABATCHI; BALOGH, 2012, grifo nosso.)

Verificam-se assim, alguns aspectos que Feiock (2007) apresentou anteriormente em sua abordagem sobre a Ação Institucional Coletiva. O autor propõe que os governos tendem a cooperar quando decidem pelo complemento transacional de bens entre unidades de posição geográficas conexas – usualmente, e que apresentam as mesmas semelhanças ao nível do problema a ser tratado. A resolução desses problemas constatados inclui aqueles operacionais, humanos e financeiros para a prestação desses serviços. A cooperação pública não é, contudo, e segundo o autor, livre de conflitos entre as unidades, principalmente no que tange à distribuição de benefícios e custos dessa ação.

Acrescenta Feiock (2007) que eles - os consórcios públicos, podem ainda, compreender a arranjos voluntários e coordenação entre unidades, tendo como interesse principal a melhora no processo decisório no que se refere ao desenvolvimento do processo e dos efeitos das políticas.

As motivações para os municípios cooperarem entre si para a prestação de serviços segue o pressuposto de que, ao cooperar, alcançarão a redução de custos na prestação dos serviços, dos quais são compulsoriamente responsáveis (LEROUX & CARR, 2007).

A redução dos custos pode ser alcançada aproveitando as economias de escala, que se baseiam na diminuição dos custos médios do serviço resultante de um maior número de habitantes e de uma área maior (HEFETZ & WARNER, 2011).

A literatura acerca do assunto tem apontado que esse tipo de arranjo institucional apresenta potencial para alcançar uma escala de produção mais eficaz para serviços locais, resultando em economias de escala de menores custos de transação. Na prática, ao cooperarem, os municípios conseguem descentralizar os custos de coordenação e os custos de transação

associados à celebração de acordos contratuais, seja optando pela cooperação ou pela privatização (BEL; FAGEDA; MUR, 2013).

No entanto, estudos mais aprofundados chamam atenção para a possibilidade de que tais redes permaneçam apenas como “possibilidades”, sem que se concretize uma implementação substancial de políticas ou o fortalecimento da ação coletiva (SABOURIN; MASSARDIER; SOTOMAYOR, 2016).

Vale ressaltar mais uma vez que, diante da ausência de consenso teórico, torna-se necessário recorrer a evidências empíricas para verificar se a Cooperação Intermunicipal de fato contribui para o aumento da eficiência (ALLERS; DE GREEF, 2017; BEL; WARNER, 2015)., como levanta-se a hipótese. Diante desse cenário, torna-se necessário aprofundar as investigações empíricas sobre a efetividade das redes de cooperação intermunicipal, a fim de avaliar sua capacidade de gerar impactos reais nas políticas públicas e no cotidiano das populações atendidas.

2.2. Princípios do Consorciamento: O Caso do Setor de Saúde no Brasil.

No cenário nacional, o ponto lógico para iniciar a discussão sobre os princípios do consorciamento parte das diretrizes estabelecidas a partir da Constituição de 1988, especialmente pela inclinação à descentralização² iniciada com a referida.

A afirmação anterior baseia-se no fortalecimento do viés descentralizador da Constituição Federal de 1988, ao transferir aos municípios responsabilidades concernentes à formulação e à implementação de políticas públicas.

Entretanto, ao analisar a atribuição de competências entre a União, os estados-membros e os municípios, observa-se que não existiam mecanismos capazes de “induzir a cooperação”. Neste particular se questiona: para quê cooperar? Isso sucede porque não havia, até então, instrumentos formais de coordenação e controle. (ABRÚCIO; SANO, 2013).

Klok *et al.* (2018) destacam que há inegável importância da legislação na promoção da cooperação, pois as instituições políticas estabelecem as bases para a criação dos acordos colaborativos. A legislação não apenas facilita o funcionamento dos arranjos cooperativos, mas, também, define os procedimentos e os parâmetros pelos quais a cooperação é legalmente constituída.

² Comumente, os consórcios são pensados como meios para os pequenos municípios prestarem serviços que, dada a escala dos investimentos, não seriam economicamente viáveis se oferecidos isoladamente, ou seja, há a descentralização na prestação dos serviços públicos, a fim de atingirem maior número de cidadãos assistidos. (LINHARES; CUNHA, 2010).

Nesse sentido, um dos primeiros passos dados pela câmara dos Deputados e do Senado Federal na busca de preencher a lacuna quanto a formalização e ainda, suprir as carências referentes a crise fiscal que se perdurava no período, foi a promulgação da Emenda Constitucional nº 19 de 1998, que estabelece no Artigo 241 que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem regulamentar, por meio da lei, os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os diferentes níveis de governo. Permitindo assim, a gestão conjunta de serviços públicos, além de possibilitar a transferência total ou parcial de responsabilidades, serviços, pessoal e bens necessários para a continuidade dos serviços transferidos. (BRASIL, 1998).

Apesar disso, o instrumento jurídico ainda apresentava fragilidades, um exemplo disso era o fato de que a maioria das corporações no âmbito de saúde eram implementados por intermédio de convênios e assumia a configuração da associação civil de direito privado, o que o colocava os consórcios de saúde estabelecidos por meio de convênios em completa dependência da vontade política dos governantes em exercício e sujeitos a períodos de intensa atividade ou completa inatividade. (LINHARES; MENDES; LASSANCE, 2012).

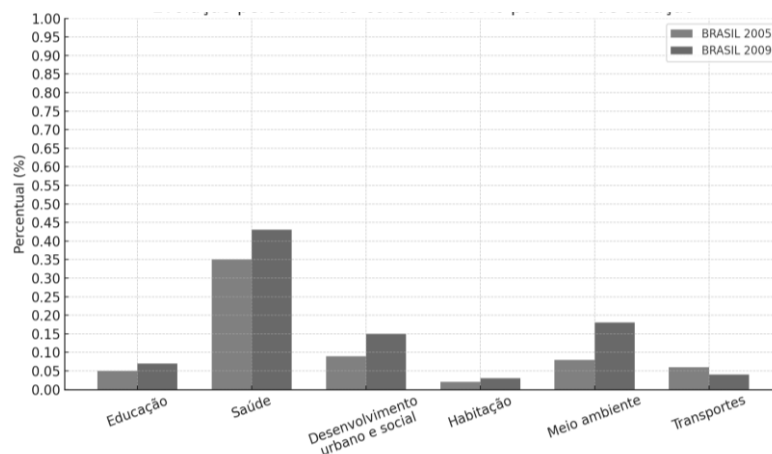
Nesse cenário, a Lei Federal Nº 11.107/2005, conhecida como Lei de Consórcios (LC), surge como um dos principais meios de coordenação federativa para o desenvolvimento de políticas e a oferta de serviços públicos.

A Lei Complementar n.º 111/2005 foi marcada por importantes avanços institucionais ao nortear os consórcios públicos como instrumentos de cooperação federativa. Sua principal inovação compreende a introdução de mecanismos jurídicos que garantem maior segurança institucional e política aos compromissos assumidos entre os entes consorciados. Dois dispositivos merecem destaque: primeiramente, a exigência de que o protocolo de intenções seja submetido à aprovação dos respectivos Poderes Legislativos, o que amplia a transparência, a publicidade e o respaldo político da iniciativa. Em segundo lugar, a criação de uma nova modalidade contratual — o contrato de consórcio público, em substituição aos antigos convênios — com maiores garantias jurídicas, especialmente no que se refere à possibilidade de rescisão unilateral e ao cumprimento das obrigações pactuadas entre os entes (LINHARES; CUNHA, 2010).

A formalização aponta para os sinais concretos da efetividade da legislação. A análise dos dados da pesquisa MUNIC/IBGE no período de 2005 a 2009 revela um crescimento considerável tanto na quantidade de consórcios públicos formalizados quanto na diversidade temática e na expansão territorial desses arranjos. Os dados demonstram que a área da saúde

pública permaneceu como o setor de maior concentração dos consórcios, enquanto o setor ambiental apresentou o crescimento relativo mais expressivo, saltando de 7% para mais de 18% dos municípios consorciados. Em sentido oposto, os consórcios voltados ao transporte apresentaram retração, passando de 5% para 4% no período, como indica o gráfico 1.

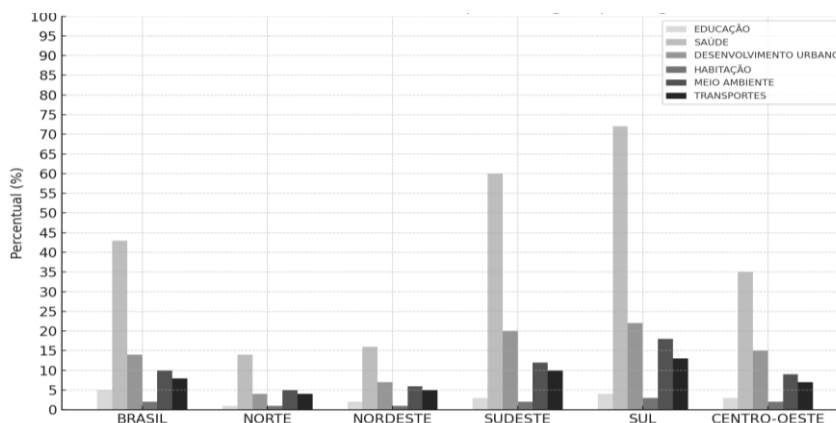
GRÁFICO 1 – EVOLUÇÃO PERCENTUAL DO CONSORCIAMENTO POR SETOR DE ATUAÇÃO (2005-2009).



FONTE: IBGE (2009). Elaboração própria.

Ao direcionar a observação para o ponto de vista territorial, as regiões Sul e Sudeste concentram os maiores percentuais de municípios consorciados, notadamente na área da saúde. Já nas demais regiões, ainda que a incidência geral seja inferior, há maior a diversificação, com áreas como meio ambiente, saneamento e desenvolvimento regional, demonstrado no gráfico 2.

GRÁFICO 2 – MODALIDADE DE CONSORCIAMENTO - PORCENTAGEM (POR REGIÃO) DO TOTAL DE MUNICÍPIOS PARTICIPANDO DE CONSÓRCIOS (2009).



FONTE: IBGE (2009). Elaboração própria.

Como observado através dos gráficos, o cenário nacional aponta para o fato de que os consórcios públicos têm se consolidado como um dos principais instrumentos de cooperação federativa no Brasil, especialmente após a promulgação da Lei Complementar nº 111/2005 e a formalização jurídica desse arranjo proporcionou maior segurança institucional, previsibilidade administrativa e incentivos para a ampliação da adesão municipal.

Assim, evidenciando que o consorciamento público tem evoluído não apenas como estratégia de gestão eficiente, mas como expressão concreta de uma governança colaborativa em contextos de escassez e assimetrias institucionais.

Continuando, a próxima seção se dedicará a analisar o cenário específico do estado do Ceará, com foco nas estratégias de implementação dos consórcios públicos intermunicipais, seu desenho institucional e os resultados observados, especialmente no setor da saúde.

2.3. O Cenário dos Consórcios no Estado do Ceará.

Em contrapartida ao massivo crescimento dos consórcios intermunicipais dentro do contexto nacional, há uma evidente carência de informações compiladas, o que dificulta o acompanhamento da estrutura, utilização de recursos, programas, políticas públicas e efetividade na atuação dos consórcios existentes (CNM, 2023).

Ante a isso, a Confederação Nacional dos Municípios se propôs a criar o *Observatório Municipalista de Consórcios Públicos*, com intuito de mapear os consórcios públicos existentes no Brasil e buscar suas informações básicas de constituição e formação.

A partir deste levantamento, pode-se observar dados acerca dos consórcios públicos ativos no Estado do Ceará, que fortalecem o cenário como campo propício para a aplicação da pesquisa.

O levantamento apontou que, dos 184 municípios do Ceará, todos participam de pelo menos um consórcio público, tendo a saúde como a área de maior concentração, com o total de 22 consórcios públicos ativos - compreendendo as seguintes microdivisões: Saúde (Média e Alta Complexidade), Saúde (Samu), Saúde (Compra de Medicamentos), Saúde (Outro) e ainda, considerando o Consórcio CONECTAR - para aquisição de vacinas contra o COVID-19. (CNM, 2023), apresentados na tabela 1.

TABELA 1 - CONSÓRCIOS ATIVOS NO ESTADO DO CEARÁ (2024).

NOME	ENTES	Nº	CRIAÇÃO
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Camocim	Barroquinha, Camocim, Chaval, Granja, Martinópole	5	2010

Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Acaraú	Acaraú, Bela Cruz, Cruz, Itarema, Jijoca De Jericoacoara, Marco, Morrinhos	7	2010
Consórcio Público de Saúde da Ibiapaba	Carnaubal, Croatá, Guaraciaba Do Norte, Ibiapina, São Benedito, Tiangua, Ubajara, Viçosa Do Ceará	9	2009
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral	Alcântara, Cariré, Catunda, Coreaú, Forquilha, Frecheirinha, Graça, Groaíras, Hidrolândia, Ipu, Irauçuba, Massapê, Meruoca, Moraújo, Mucambo, Pacujá, Pires Ferreira, Reriutaba, Santana Do Acaraú, Santa Quitéria, Senador Sá, Sobral, Varjota	23	2010
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca	Amontada, Itapipoca, Miraima, Trairi, Tururu, Umirim, Uruburetama	7	2010
Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel	Beberibe, Cascavel, Chorozinho, Horizonte, Ocara, Pacajus, Pindoretama	7	2010
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Tauá	Aiuaba, Arneiroz, Parambu, Tauá	4	2010
Consórcio Público de Saúde da Microrregião do Crato	Altaneira, Antonina Do Norte, Araripe, Assaré, Campos Sales, Crato, Farias Brito, Nova Olinda, Potengi, Salitre, Santana do Cariri, Tarrafas, Várzea Alegre	13	2010
Consórcio Público Saúde da Microrregião de Brejo Santo	Aurora, Barro, Brejo Santo, Jati, Maurícia, Milagres, Penaforte, Porteiras	8	2010
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Canindé	Boa Viagem, Canindé, Caridade, Itatira, Madalena, Paramoti	6	2009
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Quixadá	Banabuiú, Choró, Ibicuitinga, Milhã, Pedra Branca, Quixadá, Quixeramobim, Senador Pompeu, Solonópole, Varjota	10	2009
Consórcio Público de Saúde Interfederativo do Vale do Curu	Apuiarés, Caucaia, General Sampaio, Itapajé, Paracuru, Paraipaba, Pentecoste, São Gonçalo Do Amarante, São Luís do Curu, Tejuçuoca	10	2009
Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité	Aracoiaba, Aratuba, Baturité, Capistrano, Guaramiranga, Itapiúna, Mulungu, Pacoti	8	2009
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Crateús	Ararendá, Crateús, Independência, Ipaporanga, Ipueiras, Monsenhor Tabosa, Nova Russas, Novo Oriente, Poranga, Quiterianópolis, Tamboril	11	2009
Consórcio Público de Saúde da Microrregião Iguatu	Acopiara, Cariús, Deputado Irapuan Pinheiro, Iguatu, Jucás, Mombaça, Piquet Carneiro, Quixelô, Saboeiro	9	2009
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Russas	Jaguaretama, Jaguaruana, Morada Nova, Palhano, Russas	5	2009

Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Limoeiro do Norte	Alto Santo, Ererê, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe, Limoeiro do Norte, Pereiro, Potiretama, Quixerê, São João do Jaguaribe, Tabuleiro do Norte	11	2009
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Icó	Baixo, Cedro, Icó, Ipaumirim, Lavras Da Mangabeira, Orós, Umari	7	2010
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Aracati	Aracati, Fortim, Icapuí, Itaiçaba	4	2009
Consórcio Público de Saúde da Região de Maracanaú	Acarape, Barreira, Guaiúba, Maracanaú, Maranguape, Pacatuba, Palmácia, Redenção	8	2009
Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Juazeiro Do Norte	Barbalha, Caririaçu, Granjeiro, Jardim, Juazeiro Do Norte, Missão Velha	6	2009
		178	

FONTE: Observatório de Consórcios Públicos (2023). Elaboração própria.

Dando continuidade à análise da cooperação por meio dos consórcios públicos, observa-se que o estado do Ceará tem se destacado como uma das unidades federativas que mais avançaram na institucionalização e regionalização da gestão pública consorciada, especialmente no setor da saúde. A experiência cearense evidencia uma estratégia deliberada de fortalecimento da pactuação interfederativa, orientada pela diretriz de organização regional do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme preconizado na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS/01 e reafirmado na Política Nacional de Regiões de Saúde (BRASIL, 2011).

A adesão do Ceará ao modelo de consórcios ocorreu de maneira planejada, com base na divisão do estado em microrregiões de saúde, cada qual servida por um Consórcio Público Intermunicipal de Saúde (CPIS) responsável por organizar e prover serviços especializados de média complexidade, por meio da implantação de Policlínicas Regionais e Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). (SILVA JUNIOR *et al.*, 2020).

Essa estruturação regionalizada foi viabilizada pelo protagonismo do Governo do Estado, que assumiu a liderança no financiamento e na coordenação técnica, favorecendo a integração entre os municípios consorciados. Além disso, o Ceará inovou ao institucionalizar mecanismos de governança interfederativa mais estáveis, com previsão de conselhos administrativos e câmaras técnicas para deliberação conjunta, o que contribuiu para maior legitimidade e efetividade dos consórcios (SILVA JUNIOR *et al.*, 2020).

O Estado do Ceará buscou incentivar a formação de consórcios em saúde baseando-se pela união de municípios localizados numa mesma microrregião de saúde, uma vez que,

facilitaria o processo de estruturação de redes de atenção à saúde e tendo como referência o Plano de Desenvolvimento Regional - PDR.

Dado o contexto geográfico e regional, o presente estudo delimita sua área de pesquisa aos municípios que fazem parte do Maciço de Baturité, que compreende Acarape, Aracoiaba, Aratuba, Barreira, Baturité, Capistrano, Guaramiranga, Itapiúna, Mulungu, Pacoti, Palmácia e Redenção.

3. METODOLOGIA

O presente estudo tem como finalidade analisar os efeitos da participação dos municípios do Maciço de Baturité no Consórcio Público Intermunicipal de Saúde, mensurados por meio do componente Saúde do Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM-SA) a nível comunitário, compreendendo ao período de 2005 a 2015.

Segundo Gil (2010), a pesquisa é um procedimento formal e sistemático que visa o desenvolvimento de conhecimentos científicos, baseando-se em métodos e técnicas específicas.

Quanto aos objetivos, trata-se de uma pesquisa descritiva e explicativa. É descritiva, pois busca caracterizar e analisar a evolução do IFDM-SA nos municípios estudados; e explicativa, na medida em que procura identificar as possíveis relações entre a atuação dos Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde e as variações nos indicadores de saúde observados.

Quanto aos procedimentos metodológicos, a pesquisa combina três estratégias principais: pesquisa bibliográfica, documental e estudo de caso. A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir de livros, artigos científicos e documentos oficiais que abordam os consórcios públicos, descentralização do SUS, indicadores de desenvolvimento e o IFDM. A pesquisa documental consistiu na análise de bases de dados secundários, como os relatórios do IFDM, documentos de consórcios públicos e dados governamentais. O estudo de caso se justifica pela análise aprofundada dos municípios do Maciço de Baturité enquanto unidade empírica de observação, no contexto específico da atuação do consórcio público de saúde.

Quanto à abordagem do problema, a pesquisa possui natureza quantitativa e qualitativa. A análise quantitativa se expressa na comparação dos índices e evolução dos indicadores de saúde, enquanto a análise qualitativa se dedica a interpretar o contexto organizacional e institucional dos consórcios públicos e suas repercussões na gestão da saúde pública.

A coleta de dados da pesquisa foi realizada no período de janeiro a maio de 2025, acompanhando todas as fases do desenvolvimento do trabalho, desde a etapa exploratória até a

consolidação das informações para análise. Os dados utilizados são de natureza secundária, extraídos de fontes oficiais, especialmente do Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM), componente Saúde, que reúne informações sobre mortalidade infantil, atendimento pré-natal, internações por causas evitáveis, entre outros indicadores de saúde pública. Também foram consultados documentos oficiais e bibliografia especializada acerca dos Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde, com foco na atuação dos municípios pertencentes ao Maciço de Baturité. Para organização e tratamento das informações, foram utilizadas planilhas eletrônicas (Excel), visando facilitar a análise comparativa dos dados no período de 2005 a 2015.

4. ÍNDICE FIRJAN

O Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM) foi instituído em 2008 com o objetivo de acompanhar, de forma anual, o progresso socioeconômico do Brasil, considerando as especificidades de sua menor unidade federativa: o município. Desde sua criação, o IFDM tem monitorado a evolução dos 5.570³ municípios brasileiros, permitindo uma análise comparativa e contínua do desenvolvimento local. Vale ressaltar que, o Índice FIRJAN passou a ser divulgado a partir do ano de 2008, com base em dados relativos ao ano de 2005. Desde então, o índice passou a ser calculado anualmente, com base em dados públicos oficiais, especialmente os fornecidos pelos ministérios da Saúde, Educação e Trabalho.

Trata-se de um indicador que integra três dimensões fundamentais do desenvolvimento humano: Emprego e Renda, Educação e Saúde. A metodologia empregada consiste no cálculo da média aritmética simples dos resultados obtidos em cada uma dessas áreas, o que possibilita sintetizar o nível de desenvolvimento socioeconômico municipal em um único índice.

Consolidado como uma referência na mensuração do desenvolvimento local, o IFDM utiliza dados estatísticos públicos e oficiais. A análise do índice permite avaliar, sob a ótica da gestão municipal, os avanços e desafios enfrentados nas seguintes frentes: promoção de um ambiente favorável à geração de emprego e renda, oferta de educação infantil e ensino fundamental, e provisão de serviços básicos de saúde.

³ O Brasil possui atualmente 5.570 municípios - considerando o Distrito de Fernando de Noronha, conforme os dados mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com a recente e ainda inclusão do município de Boa Esperança do Norte (MT) e excluindo o Distrito Federal, que não está dividido em municípios, mas em regiões administrativas. (IBGE, 2025). Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43213-ibge-atualiza-estruturas-territoriais-do-pais#:~:text=Assim%2C%20a%20estrutura%20territorial%20do%20pa%C3%ADs%20tem%20agora%205.569%20munic%C3%ADpios.>

O quadro abaixo apresenta as variáveis que compõem o Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal.

QUADRO 1 - RESUMO DOS COMPONENTES DO IFDM.

EMPREGO E RENDA	EDUCAÇÃO	SAÚDE
Geração de emprego formal	Atendimento à educação infantil	Proporção de atendimento adequado de pré-natal.
Taxa de formalização do mercado de trabalho	Distorção idade-série no ensino fundamental	Óbitos por causas mal definidas
Geração de renda	Docentes com ensino superior no ensino fundamental	Óbitos infantis por causas evitáveis
Massa salarial real no mercado de trabalho formal.	Média de horas-aula diárias no ensino fundamental	Internação sensível à atenção básica (ISAB)
Índice de Gini de desigualdade de renda no trabalho formal	Resultado do IDEB no ensino fundamental	
	Abandono no ensino fundamental	

FONTE: Componentes do IFDM, baseado no Ministério do Trabalho e Emprego, Saúde e Educação. Elaboração própria.

A interpretação dos resultados do índice é objetiva: a escala varia de 0 a 1, assim, valores mais próximos de 1 indicam níveis mais elevados de desenvolvimento municipal.

Salienta-se que o índice não se limita a um recorte de determinado ano, possibilitando análises comparativas temporais do período. Tal característica permite avaliar com maior precisão se os avanços observados em um município resultam da implementação de políticas públicas específicas ou se refletem, na verdade, um declínio relativo dos demais municípios envolvidos. Portanto, a análise do indicador orienta a ir além da posição ocupada no ranking, mas, buscando compreender se, de fato, houve progresso efetivo em determinado município ou região ao longo do tempo.

Buscando facilitar a interpretação dos resultados, o Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM) adota uma classificação padronizada em quatro categorias, com base nos valores: municípios com índice entre 0,0 e 0,4 são considerados em **baixo estágio de desenvolvimento**; com índices entre 0,4 e 0,6 apresentam **desenvolvimento regular**; entre 0,6 e 0,8 são classificados como de **desenvolvimento moderado**; por fim, os municípios com IFDM entre 0,8 e 1,0 são enquadrados em **alto estágio de desenvolvimento**.

A edição mais recente do IFDM, de 2018, utiliza como referência os dados de 2016 e permite a realização de comparações com anos anteriores, iniciada em 2005. Embora o país

conte com 5.570 municípios, a edição do Índice abrange 5.471 cidades, que concentram aproximadamente 99,5% da população nacional. Foram excluídos da análise os municípios recentemente criados, para os quais não há dados disponíveis, bem como aqueles - 94 ao todo, cujos registros estatísticos não são suficientes para análise. (FIRJAN, 2018).

4.1. Componente Saúde do Índice FIRJAN (IFDM-SA).

Conforme os pressupostos supracitados, no que tange aos consórcios públicos, pretende-se observar a influência da participação dos municípios que integram o Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité acerca do desempenho da área de Saúde a nível comunitário, conforme mensurado pelo componente Saúde do Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal. (FIRJAN, 2018).

Nesse sentido, o componente Saúde do Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM-SA) concentra-se na atenção básica e leva em consideração indicadores cuja gestão está sob responsabilidade direta dos municípios. Dentre os critérios avaliados, incluem-se: a proporção de gestantes com atendimento pré-natal adequado, a taxa de óbitos por causas mal definidas, a taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis e a proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária.

Esses dados são obtidos de sistemas oficiais ligados ao Ministério da Saúde, especificamente: o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), todos pertencentes ao DataSUS. Vale destacar que os indicadores de saúde utilizados no IFDM correspondem à média dos resultados apurados no triênio anterior ao ano de referência, sendo organizados desse modo a fim de reduzir a instabilidade dos dados e, conseqüentemente, evitar oscilações bruscas entre períodos consecutivos.

O cálculo do indicador IFDM Saúde compreende a:

IFDM – Saúde

$$\begin{aligned} &= (\text{Proporção de atendimento adequado de pré – natal} * 25\%) \\ &+ (\text{Óbitos por causas mal definidas} * 25\%) \\ &+ (\text{Óbitos evitáveis em menores de 5 anos} * 25\%) \\ &+ (\text{Internações sensíveis à atenção básica} * 25\%) \end{aligned}$$

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.

Com base nos objetivos propostos neste estudo, esta seção tem como finalidade apresentar e interpretar os dados coletados à luz da hipótese central: a de que a atuação dos consórcios públicos intermunicipais de saúde pode influenciar positivamente o desempenho dos municípios no IFDM-Saúde a nível comunitário. A análise está estruturada de acordo com os objetivos específicos delineados, sendo o primeiro deles a observação da evolução do índice nos municípios integrantes do Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité.

5.1. Evolução dos Indicadores de Saúde nos Municípios Consorciados do Maciço de Baturité.

Com o objetivo de observar a evolução do IFDM-Saúde nos municípios do Maciço de Baturité que compõem o Consórcio Público Intermunicipal de Saúde, esta seção apresenta uma análise detalhada dos municípios.

O primeiro objetivo específico consiste em observar a evolução do IFDM-Saúde entre os anos de 2005 a 2015 nos municípios que compõem o Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité. Para isso, foi realizado o levantamento e sistematização dos dados do índice para os 12 municípios consorciados⁴, conforme apresentados na Tabela 3 e Gráfico 3.

Ressalta-se que, o IFDM-Saúde, elaborado pela FIRJAN, considera quatro indicadores-chave que, isoladamente, permitem avaliar o desempenho dos municípios na prestação de serviços de atenção à saúde.

São eles: (i) Proporção de atendimento adequado de pré-natal; (ii) Óbitos por causas mal definidas; (iii) Óbitos infantis por causas evitáveis; e (iv) Internações sensíveis à atenção básica (ISAB). A análise considera a evolução dos dados entre os anos de 2005 a 2015.

A análise dos dados revela que todos os municípios apresentaram evolução positiva no índice ao longo da série histórica, o que indica, em termos gerais, uma melhora na qualidade e/ou na oferta de serviços de saúde pública.

TABELA 3 – IFDM-SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DO MACIÇO DE BATURITÉ (2005-2015).

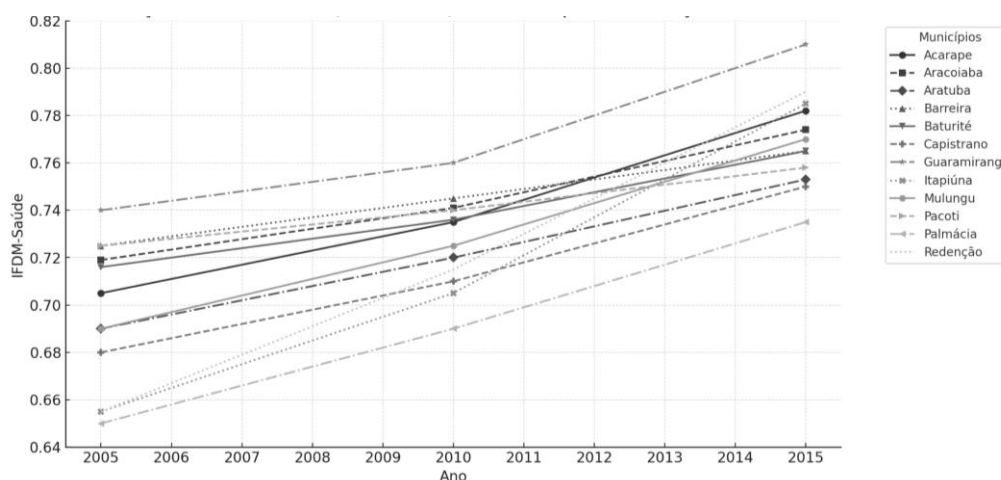
⁴ Foram consideradas para fins de comparação e análise de dados, os municípios do Maciço de Baturité que entraram em consórcios no ano de 2009, desse modo, Ocara não foi incluída na pesquisa por ter se consorciado em 2010 e Guaiúba ainda não era considerada parte do Maciço no período.

Município	2005	2015	Variação 2005–2015	Média
Acarape	0,6895	0,7870	+0,0975	0,7337
Aracoiaba	0,6524	0,7329	+0,0805	0,7007
Aratuba	0,7185	0,7402	+0,0217	0,7229
Barreira	0,6493	0,7604	+0,1111	0,7100
Baturité	0,7126	0,7595	+0,0469	0,7324
Capistrano	0,6920	0,7532	+0,0612	0,7132
Guaramiranga	0,7404	0,8058	+0,0654	0,7702
Itapiúna	0,6973	0,7667	+0,0694	0,7236
Mulungu	0,6745	0,7687	+0,0942	0,7239
Pacoti	0,7121	0,7927	+0,0806	0,7497
Palmácia	0,7287	0,7672	+0,0385	0,7473
Redenção	0,7267	0,7932	+0,0665	0,7551

FONTE: FIRJAN (2018). Elaboração própria.

A seguir, são apresentados os dados em gráfico de evolução dos índices para melhor visualização das tendências (Gráfico 3).

GRÁFICO 3 – IFDM-SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DO MACIÇO DE BATURITÉ (2005-2015).



FONTE: FIRJAN (2018). Elaboração própria.

A evolução positiva do IFDM-Saúde nos municípios do Maciço de Baturité pode estar relacionada a ações coordenadas e racionalização dos recursos de saúde viabilizadas pelo consórcio intermunicipal. A padronização de serviços, compartilhamento de equipamentos, transporte de pacientes e contratação conjunta de profissionais de saúde são estratégias comuns adotadas por consórcios públicos e que podem ter contribuído para os resultados observados.

Além disso, a redução de desigualdades intermunicipais nos indicadores também pode ser observada. Em 2005, havia maior disparidade entre os valores mínimos e máximos do IFDM-Saúde; em 2015, os valores estão mais próximos, sugerindo maior uniformidade na prestação dos serviços

Os indicadores avaliados estão alinhados a aspectos que influenciam diretamente os resultados a nível comunitário, uma vez que refletem o impacto dos efeitos da adesão dos consórcios na vida da população.

A partir da análise da evolução do IFDM-Saúde entre 2005 a 2015, constatou-se uma melhora gradual nos indicadores de saúde dos municípios integrantes do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Maciço de Baturité. No entanto, a simples progressão temporal não permite, por si só, atribuir causalidade direta à atuação consorciada.

A avaliação da efetividade dos consórcios intermunicipais exige a consideração de variáveis institucionais, temporais e operacionais, que vão além da observação de tendências lineares. Para avançar na compreensão dos efeitos concretos da cooperação intermunicipal, torna-se necessário comparar o desempenho dos municípios antes e depois da adesão ao consórcio, permitindo verificar em que medida os resultados obtidos podem ser associados à institucionalização dessa forma de governança. Essa abordagem é coerente com a perspectiva analítica de Massardier e Sabourin (2013), ao reconhecer que os impactos da ação coletiva em redes cooperativas variam conforme os contextos e os objetivos mobilizados pelos atores envolvidos.

5.2. O desempenho dos municípios no componente Saúde do Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM-SA) antes e após o consórcio.

Uma vez observada que, de fato, houve uma evolução dos indicadores de saúde no recorte temporal analisado, segue-se para a comparação entre os desempenhos avaliados antes e depois da adesão dos municípios ao Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Maciço de Baturité. O intuito é identificar se a cooperação institucional promovida por meio do consórcio teve efeitos concretos sobre os resultados do IFDM-SAÚDE. Esta análise considera o ano de formalização do consórcio como marco divisor (2009), permitindo aferir eventuais variações positivas ou negativas nos indicadores agregados e isolados da saúde municipal. A seguir, serão apresentados os dados comparativos e suas respectivas interpretações.

A análise comparativa do desempenho dos municípios consorciados no componente Saúde do IFDM permite observar as possíveis repercussões da cooperação intermunicipal na

oferta e qualidade dos serviços de saúde pública. Para isso, foram considerados dois marcos temporais: o período **pré-adesão**, de 2005 a 2009, e o período **pós-adesão**, de 2010 a 2015, considerando que os municípios que compõem o Maciço de Baturité foram consorciados em 2009.

A Tabela a seguir apresenta os valores médios do IFDM-SA para os municípios consorciados, discriminando os períodos anteriores e posteriores à adesão ao consórcio:

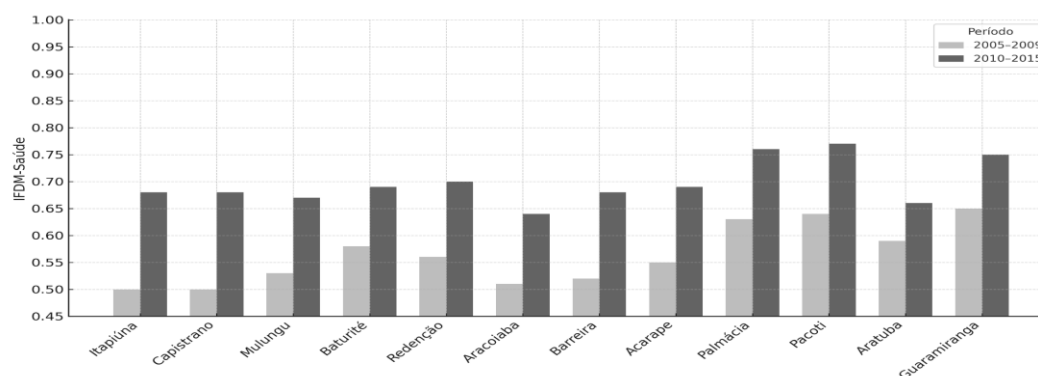
TABELA 4 – IFDM-SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DO MACIÇO DE BATURITÉ (2005, 2010, 2015).

Município	Média IFDM-SA (2005–2009)	Média IFDM-SA (2010–2015)	Varição (%)
Aracoiaba	0,509	0,638	+25,34%
Aratuba	0,487	0,631	+29,57%
Baturité	0,555	0,683	+23,06%
Capistrano	0,525	0,675	+28,57%
Guaramiranga	0,562	0,699	+24,38%
Itapiúna	0,532	0,687	+29,10%
Mulungu	0,495	0,660	+33,33%
Pacoti	0,521	0,689	+32,25%
Redenção	0,541	0,701	+29,57%
Acarape	0,533	0,695	+30,21%
Barreira	0,512	0,670	+30,86%

FONTE: FIRJAN (2018). Elaboração própria.

Como se observa na Tabela, todos os municípios apresentaram um crescimento significativo nos valores do IFDM-SA no período pós-adesão ao consórcio. Com base nesses dados, foi elaborado o **Gráfico 4**, que ilustra as variações observadas:

GRÁFICO 4 – COMPARAÇÃO DO IFDM-SAÚDE: 2005-2009 VS 2010-2015.



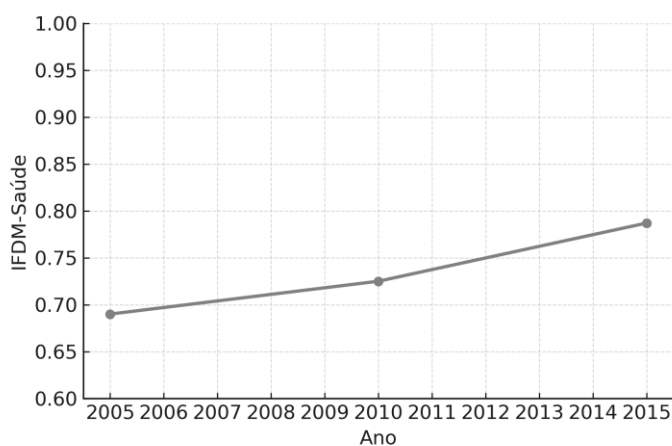
FONTE: FIRJAN (2018). Elaboração própria.

A análise revela que todos os municípios apresentaram aumento no índice IFDM-Saúde após a entrada em operação do consórcio. Os avanços variaram em intensidade, com destaque para:

Acarape

Acarape apresentou um crescimento de +0,0975 no IFDM-Saúde entre 2005 a 2015, resultado que reflete avanços expressivos na organização e oferta de serviços de saúde. Esse salto pode estar associado à ampliação da cobertura da atenção básica, melhorias nos atendimentos materno-infantis e à estruturação de uma rede assistencial mais resolutiva. A integração aos fluxos regionais promovidos pelo consórcio também pode ter facilitado o acesso a exames especializados e transporte sanitário, impactando positivamente os indicadores do IFDM. Como indica o gráfico 5.

GRÁFICO 5 – EVOLUÇÃO DO IFDM-SAÚDE - ACARAPE.

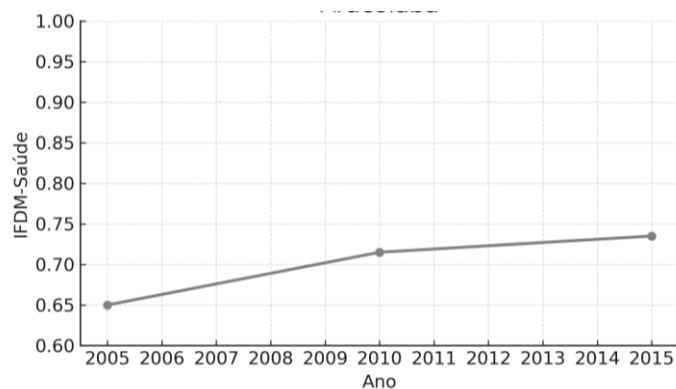


FONTE: FIRJAN (2018). Elaboração própria.

Aracoiaba

Com um avanço de +0,0805, Aracoiaba demonstra progresso consistente na área da saúde pública. A adesão ao consórcio permitiu ao município diversificar os serviços ofertados, o que se reflete na redução das internações por causas sensíveis e na melhoria dos índices de atendimento pré-natal. A elevação do índice pode indicar maior eficiência na aplicação dos recursos e adoção de práticas de gestão regionalizadas. Como indica o gráfico 6.

GRÁFICO 6 – EVOLUÇÃO DO IFDM-SAÚDE - ARACOIABA.

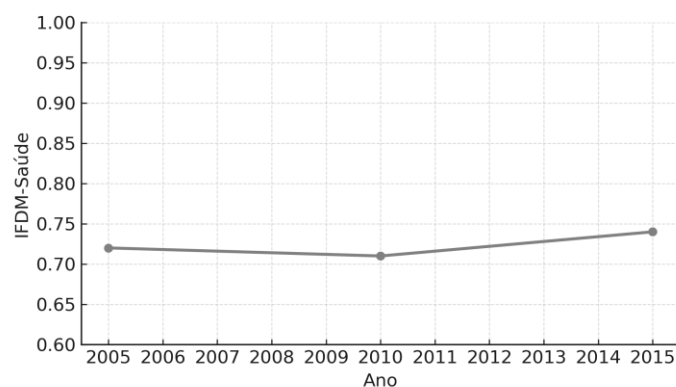


FONTE: FIRJAN (2018). Elaboração própria.

Aratuba

Aratuba apresentou o menor crescimento entre os municípios analisados (+0,0217), indicando uma possível estagnação dos avanços no período. Apesar de já possuir um índice inicial relativamente elevado, a baixa variação pode estar relacionada à limitação na expansão da rede de saúde, à manutenção de gargalos operacionais ou à menor integração aos fluxos do consórcio. A estabilidade pode refletir um desempenho satisfatório, mas também aponta para a necessidade de diagnósticos locais mais específicos. Como indica o gráfico 7.

GRÁFICO 7 – EVOLUÇÃO DO IFDM-SAÚDE - ARATUBA.



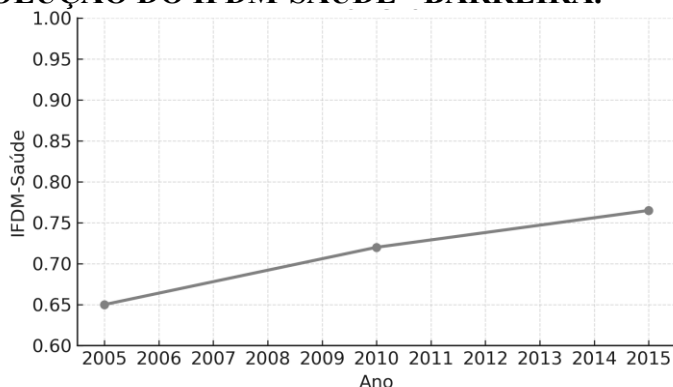
FONTE: FIRJAN (2018). Elaboração própria.

Barreira

Barreira obteve o maior crescimento percentual do grupo (+0,1111), revelando um processo acelerado de desenvolvimento dos serviços de saúde. O município pode ter se beneficiado fortemente da atuação consorciada, acessando recursos técnicos e estruturais antes indisponíveis. A melhora no IFDM-Saúde sugere avanços em cobertura assistencial, qualidade

do atendimento e na articulação da atenção primária com serviços regionais. Como indica o gráfico 8.

GRÁFICO 8 – EVOLUÇÃO DO IFDM-SAÚDE - BARREIRA.

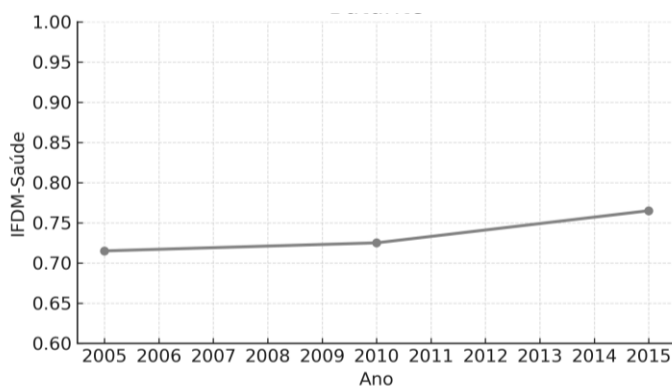


FONTE: FIRJAN (2018). Elaboração própria.

Baturité

Baturité, com crescimento de +0,0469, manteve-se em linha com a média dos municípios consorciados. Sendo um dos municípios-polo da microrregião, já dispunha de relativa infraestrutura. O aumento moderado indica reforço em áreas específicas, como atenção básica e estruturação dos processos de regulação, mas também sugere que parte dos avanços já havia sido alcançada anteriormente. Como indica o gráfico 9.

GRÁFICO 9 – EVOLUÇÃO DO IFDM-SAÚDE - BATURITÉ.



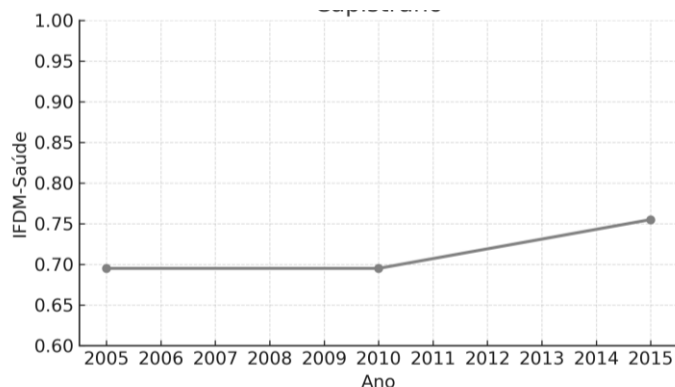
FONTE: FIRJAN (2018). Elaboração própria.

Capistrano

Capistrano registrou crescimento de +0,0612, com uma evolução consistente. O município tem se beneficiado da inserção em uma rede regional de saúde coordenada, fortalecendo a oferta local de serviços essenciais e a coordenação de cuidado. A tendência

ascendente indica investimentos direcionados e progressivos na estrutura de saúde municipal, em sintonia com as diretrizes do consórcio. Como indica o gráfico 10.

GRÁFICO 10 – EVOLUÇÃO DO IFDM-SAÚDE - CAPISTRANO.

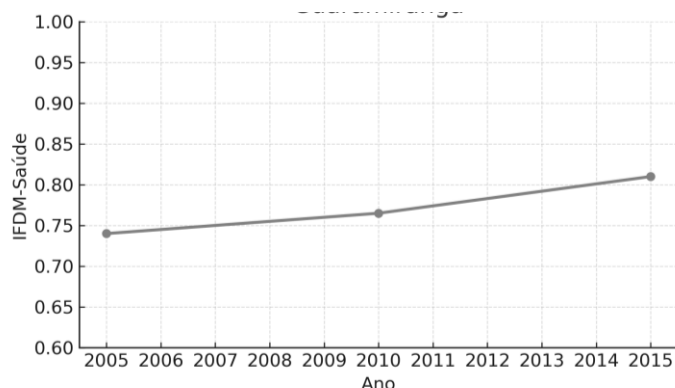


FONTE: FIRJAN (2018). Elaboração própria.

Guaramiranga

Guaramiranga, apesar de ter registrado um crescimento de +0,0654, destacou-se por manter o maior índice médio do período (0,7702), sinalizando elevada qualidade dos serviços de saúde. O município demonstra estabilidade em bons patamares, o que pode estar relacionado a políticas locais consolidadas e uma gestão eficiente da atenção básica. A adesão ao consórcio pode ter funcionado como suporte para a manutenção dos padrões de excelência. Como indica o gráfico 11.

GRÁFICO 11 – EVOLUÇÃO DO IFDM-SAÚDE - GUARAMIRANGA.



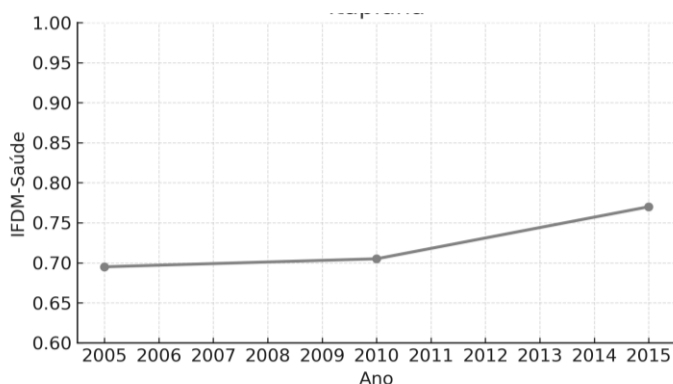
FONTE: FIRJAN (2018). Elaboração própria.

Itapiúna

Com aumento de +0,0694 no IFDM-Saúde, Itapiúna apresentou evolução sólida e contínua ao longo da década. A ampliação do atendimento pré-natal e a diminuição de

internações por causas evitáveis parecem ter contribuído para esse desempenho. A atuação consorciada pode ter potencializado os serviços municipais por meio do acesso compartilhado a estruturas e profissionais de média complexidade. Como indica o gráfico 12.

GRÁFICO 12 – EVOLUÇÃO DO IFDM-SAÚDE - ITAPIÚNA.

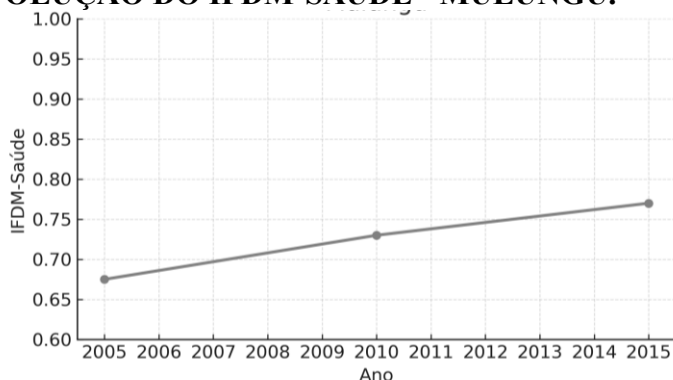


FONTE: FIRJAN (2018). Elaboração própria.

Mulungu

Mulungu mostrou um dos crescimentos mais expressivos do grupo (+0,0942), o que reflete melhorias significativas na estruturação da atenção básica, no acesso a exames e na gestão de fluxos assistenciais. A integração ao consórcio permitiu ao município superar parte das limitações de oferta direta, mostrando-se uma estratégia eficaz de enfrentamento de desigualdades territoriais na saúde. Como indica o gráfico 13.

GRÁFICO 13 – EVOLUÇÃO DO IFDM-SAÚDE - MULUNGU.



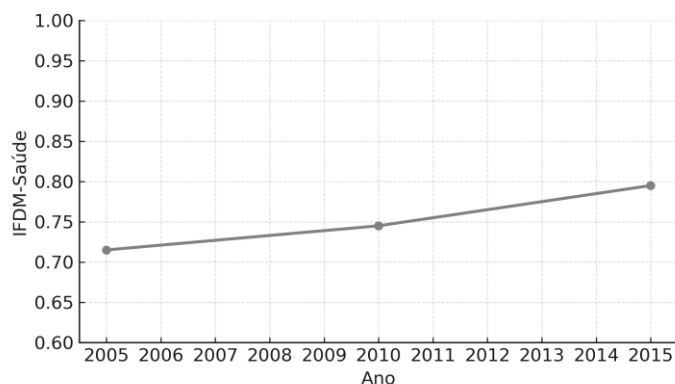
FONTE: FIRJAN (2018). Elaboração própria.

Pacoti

Pacoti apresentou crescimento de +0,0806, destacando-se pelo desempenho progressivo ao longo dos anos. O município usufruiu da governança consorciada para ampliar a oferta de

serviços e reforçar a articulação regional. A manutenção de patamares elevados em 2015 sugere consolidação de boas práticas e institucionalização de políticas públicas eficazes no setor. Como indica o gráfico 14.

GRÁFICO 14 – EVOLUÇÃO DO IFDM-SAÚDE - PACOTI.

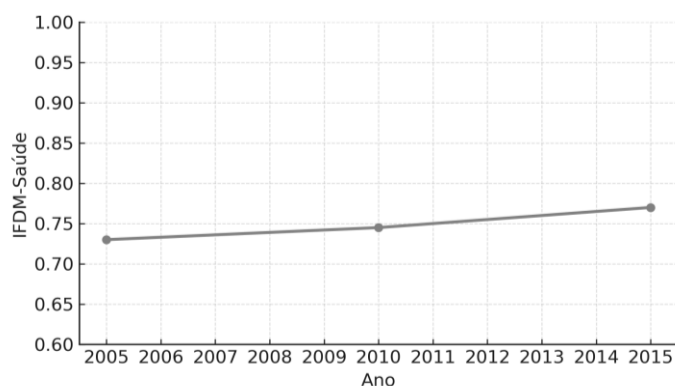


FONTE: FIRJAN (2018). Elaboração própria.

Palmácia

Palmácia, embora tenha registrado um crescimento mais modesto (+0,0385), manteve bons indicadores ao longo de toda a série. O desempenho relativamente estável pode estar associado à manutenção de políticas públicas eficazes, mas também indica necessidade de novos investimentos para expandir ou inovar nas estratégias locais de saúde. Como indica o gráfico 15.

GRÁFICO 15 – EVOLUÇÃO DO IFDM-SAÚDE - PALMÁCIA.



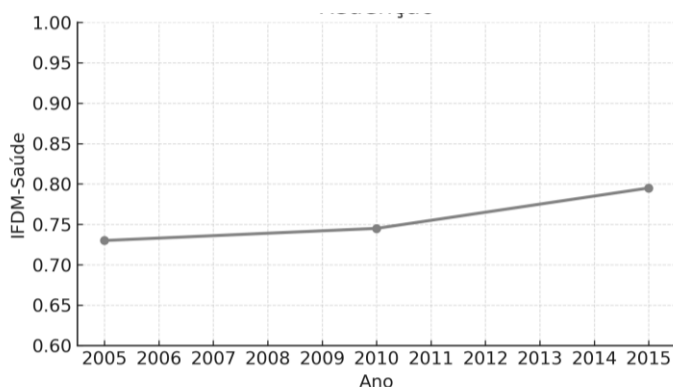
FONTE: FIRJAN (2018). Elaboração própria.

Redenção

Redenção registrou crescimento de +0,0665 e um índice médio elevado (0,7551), o que aponta para a existência de uma estrutura de saúde consolidada. A manutenção de bons

resultados sugere integração eficaz com o consórcio, além de ações locais robustas em atenção básica, saúde da mulher e vigilância em saúde. O município é exemplo de como a atuação regionalizada pode se somar a políticas locais bem estruturadas. Como indica o gráfico 16.

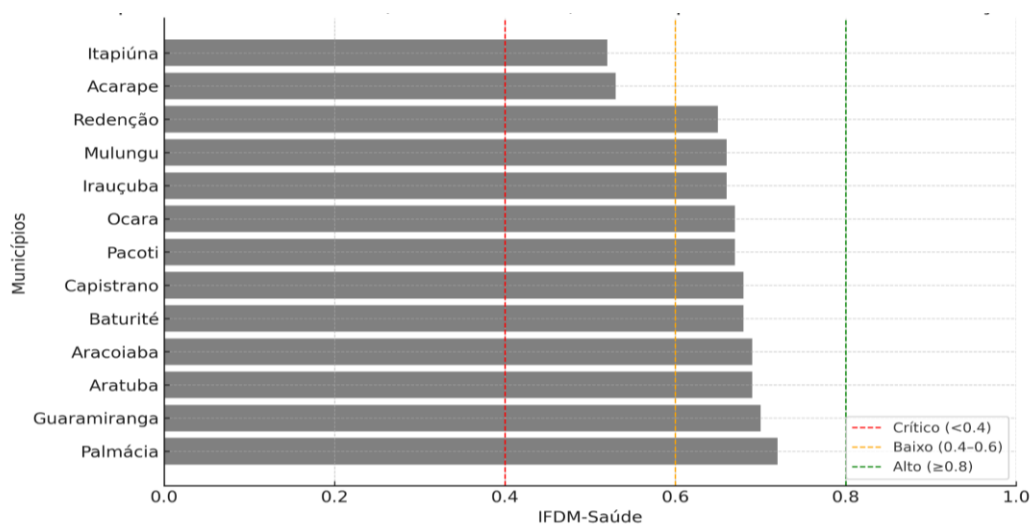
GRÁFICO 16 – EVOLUÇÃO DO IFDM-SAÚDE - REDENÇÃO.



FONTE: FIRJAN (2018). Elaboração própria.

Ao avaliar os efeitos da formação do Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité sobre o desenvolvimento comunitário na área da saúde, com base no Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM-Saúde), constata-se que a maioria absoluta dos municípios consorciados apresentou desempenho classificado como “Desenvolvimento Moderado” no ano-base de 2015. A exceção foi o município de Itapiúna, que obteve um índice de 0,515, enquadrando-se na faixa de “Desenvolvimento Baixo”. Como podemos observar no gráfico 17.

GRÁFICO 17 – DESEMPENHO DO IFDM-SAÚDE (ANO-BASE 2015).



FONTE: FIRJAN (2018). Elaboração própria.

Essa distribuição dos resultados sinaliza que, embora nenhum dos municípios tenha alcançado o patamar de “Desenvolvimento Alto” ($\text{IFDM} \geq 0,8$), tampouco houve casos classificados como “Desenvolvimento Crítico” ($\text{IFDM} < 0,4$). Todos os demais 12 municípios atingiram pontuações entre 0,64 e 0,72, sugerindo uma oferta de serviços de saúde em patamar intermediário, porém relativamente homogêneo dentro da região consorciada.

Importa destacar que o IFDM-Saúde é composto por indicadores que refletem o desempenho da atenção básica, como atendimento pré-natal adequado, óbitos por causas evitáveis, mortalidade infantil e internações sensíveis à atenção primária. A elevação dos índices nos municípios do consórcio, portanto, pode ser interpretada como reflexo do ganho de escala e da racionalização de recursos proporcionados pelo modelo de gestão consorciada.

Além disso, considerando que a implementação do consórcio ocorreu principalmente ao longo da década analisada (2005 a 2015), os resultados observados ao final do período indicam que houve progressos importantes no fortalecimento da governança em saúde, embora ainda limitados por desafios estruturais que impedem avanços rumo ao desenvolvimento elevado.

O gráfico apresentado acima permite visualizar claramente esse desempenho, ordenando os municípios por pontuação no IFDM-Saúde e destacando as faixas de classificação do índice. A presença expressiva de municípios próximos ao limite superior da faixa “moderada” (0,7–0,75) pode ser um indício de tendência de melhoria, que, mantida, pode levar alguns municípios a alcançar a faixa de “Desenvolvimento Alto” em ciclos posteriores do índice.

Cabe destacar que a análise comparativa entre os períodos anterior e posterior à formação do Consórcio de Saúde do Maciço de Baturité encontra limitações quanto à disponibilidade de dados históricos. Embora o período de estudo abranja os anos de 2005 a 2015, o Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM), especificamente em sua dimensão Saúde, não possui série histórica consolidada para todos os municípios no ano de 2005, sendo mais confiável e completo apenas a partir dos anos seguintes, especialmente após 2008. Essa limitação decorre de dificuldades metodológicas e da falta de padronização nos registros de indicadores básicos de saúde na década anterior, o que compromete a comparabilidade com os dados mais recentes. Assim, optou-se por utilizar o ano-base de 2015 como marco de referência para aferição do desempenho atual dos municípios, assegurando maior consistência e confiabilidade à análise.

A atuação do consórcio, ao proporcionar oferta compartilhada de serviços especializados, logística regionalizada de atendimento e suporte técnico-administrativo aos municípios, favoreceu a elevação da qualidade da atenção básica e da cobertura assistencial. Conforme argumentam Bel e Warner (2015), a cooperação intermunicipal melhora a eficiência e a equidade, sobretudo em contextos de limitação fiscal e institucional dos municípios isoladamente.

Além disso, a capacidade institucional de cada município influenciou diretamente os resultados. A análise indica que os municípios com maior organização administrativa, participação ativa nos colegiados do consórcio e continuidade das políticas de saúde municipal obtiveram ganhos mais consistentes.

Portanto, os dados sugerem que o consórcio atuou não apenas como um gestor supramunicipal, mas como um catalisador de capacidades locais, promovendo sinergias que potencializaram os efeitos das políticas públicas já existentes, em especial nos municípios de menor porte e menor estrutura instalada.

5.3. A relação entre os princípios organizacionais do SUS e a atuação dos consórcios públicos como instrumentos de descentralização e regionalização dos serviços de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, orienta-se por princípios organizacionais que estruturam sua lógica de funcionamento, entre os quais se destacam a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a regionalização e a participação social (BRASIL, 1990). A análise deste objetivo busca compreender em que medida os consórcios públicos intermunicipais de saúde contribuem para a efetivação desses princípios, com destaque para a descentralização e a regionalização da gestão e da oferta de serviços de saúde.

A descentralização no SUS representa a transferência de competências administrativas, financeiras e decisórias para os entes subnacionais, em especial os municípios, que passaram a ter papel central na formulação e execução das políticas de saúde.

Segundo Paim *et al.* (2011), essa descentralização se dá como estratégia para aumentar a responsividade das ações públicas às demandas locais, aproximando a gestão dos serviços da população.

Neste contexto, os consórcios públicos intermunicipais podem ser compreendidos como uma forma de descentralização colaborativa, em que os municípios se associam

voluntariamente para gerir serviços comuns. Para Bel e Warner (2015), os consórcios oferecem ganhos de escala e fortalecem capacidades administrativas locais, especialmente em regiões com municípios pequenos e de baixa densidade populacional. O Consórcio de Saúde do Maciço de Baturité exemplifica esse arranjo, ao permitir que os municípios compartilhem estruturas administrativas e serviços de média complexidade, ampliando seu poder de gestão sobre o sistema de saúde local.

A regionalização, por sua vez, é um dos instrumentos operacionais mais importantes para a promoção da integralidade no SUS, pois visa organizar os serviços de forma integrada e hierarquizada em todo o território nacional (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010). A articulação regional entre municípios promovida pelos consórcios intermunicipais constitui, nesse sentido, um avanço na consolidação das redes de atenção à saúde.

A atuação do consórcio permite que municípios que não dispõem de serviços próprios de média complexidade tenham acesso a exames, consultas especializadas e transporte sanitário programado, respeitando os princípios da regionalização funcional do SUS. Segundo Fleury (2009), essa forma de articulação contribui para o equilíbrio regional e para a redução das desigualdades no acesso aos serviços, desde que pautada por critérios de equidade e corresponsabilidade federativa.

Embora os consórcios públicos não estejam vinculados diretamente à normatização constitucional dos princípios da universalidade e da equidade, a experiência mostra que sua atuação pode potencializar o acesso universal e reduzir disparidades territoriais. Ao permitir que municípios de menor porte tenham acesso a serviços que antes estavam concentrados em polos urbanos maiores, os consórcios contribuem para uma distribuição mais equitativa dos recursos e serviços em saúde.

Contudo, a equidade na distribuição dos benefícios do consórcio depende de uma governança transparente, com critérios claros de rateio de custos, divisão de responsabilidades e priorização dos atendimentos. Caso contrário, como alertam Mendes e Funcia (2016), podem reforçar desigualdades preexistentes, favorecendo municípios mais estruturados ou com maior poder político.

Um dos desafios identificados na atuação dos consórcios é a fragilidade da participação social, princípio estruturante do SUS. A maior parte das decisões é tomada por representantes do poder executivo municipal (prefeitos e secretários), com pouca ou nenhuma participação da sociedade civil organizada. Isso representa uma lacuna frente ao modelo preconizado pelo SUS,

que valoriza o controle social por meio dos conselhos municipais e conferências de saúde (BRASIL, 1990).

É possível notar que, os resultados obtidos através da observação do Índice FIRJAN nos municípios que fazem parte do Consórcio Público de Saúde do Maciço de Baturité demonstram que a maioria dos municípios consorciados atingiu níveis classificados como "desenvolvimento moderado" no IFDM-Saúde no ano-base de 2015, sendo Itapiúna a única exceção, classificada como "desenvolvimento baixo". Esse resultado está em consonância com achados de Moreira e Pereira (2016), que identificaram, com base em modelos econométricos com dados em painel, que a participação em consórcios públicos intermunicipais de saúde aumenta em até 13% a probabilidade de um município alcançar níveis mais elevados de desenvolvimento em saúde, de acordo com o IFDM. A presença de um arranjo cooperativo permite a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e melhora os resultados nas dimensões monitoradas pelo índice, como atenção pré-natal adequada, redução de óbitos evitáveis e internações sensíveis à atenção básica.

De forma complementar, Tonetto (2017) identificou que os gastos públicos municipais em saúde, especialmente na subfunção “atenção básica”, têm influência estatisticamente significativa sobre o desempenho no IFDM-Saúde, indicando que há um ponto de otimização a partir do qual os gastos se tornam mais eficientes. Os achados da pesquisa indicam que os municípios consorciados do Maciço de Baturité caminham nessa direção, uma vez que o consórcio facilita o compartilhamento de estruturas, a racionalização de recursos e o fortalecimento das ações de atenção primária — todos elementos associados à melhoria no desempenho dos indicadores de saúde. Além disso, os dados sugerem que a atuação consorciada pode ser um fator de mitigação das desigualdades regionais no acesso aos serviços públicos essenciais.

Por fim, a literatura mostra que os benefícios dos consórcios vão além da simples participação. Eles também estão ligados à variedade e à abrangência das redes cooperativas, como destacam Leão, Bastos e Ribeiro (2020). Segundo os autores, quanto mais municípios participam e mais diferentes são as áreas de atuação do consórcio, maiores são as vantagens em escala e a capacidade de atender às necessidades locais. Essa ideia se confirma com os resultados no Maciço de Baturité, onde a estrutura consorciada contribuiu para melhorias nos índices de saúde em quase todos os municípios envolvidos. Assim, os dados da nossa pesquisa reforçam essas evidências, indicando que os consórcios intermunicipais são uma estratégia

eficaz de gestão pública colaborativa, com potencial para promover o desenvolvimento comunitário e melhorar a qualidade de vida na região.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo geral analisar os efeitos da participação dos municípios do Maciço de Baturité no Consórcio Público Intermunicipal de Saúde no componente Saúde do Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM-SA), no período de 2005 a 2015. A análise permitiu constatar que a implantação do consórcio contribuiu para a melhoria dos indicadores de saúde dos municípios envolvidos, indicando que a gestão consorciada pode ser um instrumento eficiente de cooperação federativa no campo da saúde pública. Assim, considera-se que o objetivo geral foi plenamente atingido.

O primeiro objetivo específico consistiu em observar a evolução do IFDM-SA nos municípios do Maciço de Baturité pertencentes ao consórcio. Os dados demonstraram que todos os municípios analisados apresentaram trajetória ascendente no índice ao longo do período, com variações mais expressivas a partir de 2010, ano que marca o início da atuação consorciada. A evolução positiva dos indicadores sinaliza não apenas melhoria institucional, mas também ganhos em cobertura, eficiência e acesso aos serviços de saúde, confirmando o cumprimento desse primeiro objetivo.

O segundo objetivo visava comparar o desempenho dos municípios antes e após adesão ao consórcio, com ênfase no componente saúde do IFDM. Os resultados revelaram que a maioria dos municípios apresentou crescimento significativo no período pós-consórcio, sobretudo aqueles que partiam de condições mais precárias. O consórcio se mostrou capaz de ampliar a capacidade resolutiva regional, garantir acesso a serviços especializados e favorecer a descentralização da atenção à saúde, demonstrando que a cooperação intermunicipal pode ser um caminho viável para superar desigualdades estruturais. Este objetivo foi, portanto, atingido com evidências claras. Foi possível, ainda, identificar os fatores que possivelmente explicam as diferenças no desempenho entre os municípios consorciados.

A análise revelou que os resultados foram influenciados por múltiplos fatores, entre eles: a condição institucional pré-existente, a capacidade administrativa local, a participação efetiva na governança do consórcio e a localização geográfica dos municípios. Verificou-se que os efeitos do consórcio são modulados por características internas de cada município, sendo mais acentuados onde há articulação técnica e política entre os entes consorciados.

Por fim, o terceiro objetivo buscou avaliar a relação entre os princípios organizacionais do SUS e a atuação dos consórcios como instrumentos de descentralização e regionalização. A atuação do consórcio revelou-se coerente com os princípios de descentralização e regionalização previstos na legislação do SUS, ao permitir a organização territorial dos serviços e a gestão compartilhada dos recursos. Além disso, embora ainda enfrente desafios em relação à participação social e à equidade, o modelo consorciado demonstrou potencial para fortalecer a governança em saúde de forma regionalizada e cooperativa, o que confirma a relevância do seu papel no sistema de saúde pública.

Em termos comunitários, a elevação dos indicadores de saúde não pode ser compreendida apenas como um dado estatístico, mas como a expressão de mudanças reais na qualidade de vida da população, especialmente nas regiões mais vulneráveis. O consórcio possibilitou o acesso a serviços antes inacessíveis, melhorou a atenção materno-infantil, reduziu internações evitáveis e promoveu uma maior articulação entre atenção básica e média complexidade. Nesse sentido, a gestão cooperada traduz-se em um ganho efetivo de cidadania sanitária, fortalecendo os direitos sociais e a presença ativa do Estado nas localidades consorciadas.

Embora os resultados deste estudo apontem avanços significativos decorrentes da atuação do consórcio intermunicipal de saúde no Maciço de Baturité, é possível identificar áreas estratégicas que requerem aprimoramento. Em primeiro lugar, destaca-se a necessidade de fortalecimento da participação social na governança consorciada, a fim de garantir maior transparência, controle social e alinhamento das ações com as reais necessidades da população.

Do ponto de vista institucional, recomenda-se o reforço das capacidades administrativas dos municípios consorciados, especialmente no que se refere à qualificação técnica das equipes e à padronização dos processos de regulação e atendimento. A integração entre consórcio e atenção básica municipal também deve ser aprimorada, com foco na resolutividade local e na articulação efetiva com os serviços regionais.

No plano acadêmico, nota-se a evidente lacuna na literatura brasileira quanto à análise dos efeitos dos consórcios públicos na vida cotidiana das populações usuárias dos serviços de saúde (SICILIANO *et al.*, 2021). Enquanto os estudos europeus concentram-se majoritariamente na eficiência econômica e na redução de custos, e as pesquisas norte-americanas enfocam os fatores institucionais e de governança (BEL; WARNER, 2015), ainda são escassos os trabalhos que investigam os impactos sociais e subjetivos da cooperação intermunicipal em contextos de desigualdade como o brasileiro.

Assim, sugere-se que novos estudos avancem na mensuração de efeitos sociais diretos dos consórcios — como melhoria na percepção da população sobre os serviços, redução de barreiras territoriais ao acesso e impacto em indicadores de bem-estar, de modo a enriquecer o debate público e orientar políticas mais sensíveis às especificidades locais.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. ; SANO, Hironobu . Federalismo e Articulação Intergovernamental: os Conselhos de Secretários Estaduais. In: HOCHMAN, Gilberto & FARIA, Carlos Aurélio Pimenta. (Org.). Federalismo e Políticas Públicas no Brasil. 1ed.Rio de Janeiro: Editora da Fio Cruz, 2013, v. 1, p. 213-246.
- ABRUCIO, Fernando Luiz; FILIPPIM, Eliane Salete; DIEGUEZ, Rodrigo Chaloub. Inovação na cooperação intermunicipal no Brasil: a experiência da Federação Catarinense de Municípios (Fecam) na construção de consórcios públicos. **Revista de Administração Pública**, v. 47, p. 1543-1568, 2013.
- ALDAG, Austin M.; WARNER, Mildred E.; BEL, Germà. It depends on what you share: the elusive cost savings from service sharing. **Journal of Public Administration Research and Theory**, Oxford, v. 30, n. 2, p. 275–289, Apr. 2020.
- ALLERS, Maarten A.; GREEF, J.A. de. Intermunicipal cooperation, public spending and service levels. *Local Government Studies*, [S.L.], v. 44, n. 1, p. 127-150, 25 set. 2017.
- BEL, Germà; FAGEDA, Xavier; MUR, Melania. Why Do Municipalities Cooperate to Provide Local Public Services? An Empirical Analysis. *Local Government Studies*, [S.L.], v. 39, n. 3, p. 435-454, jun. 2013.
- BEL, Germà; WARNER, Mildred E.. Factors explaining inter-municipal cooperation in service delivery: a meta-regression analysis. **Journal Of Economic Policy Reform**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 91-115, 29 out. 2015.
- BOYNE, G. A. Bureaucratic theory meets reality: public choice and service contracting in U.S. local government. **Public Administration Review**, v. 58, n. 6, p. 474–484, 1998.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- 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, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011.
- BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde: Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- CEARÁ. Secretaria da Saúde. *Manual de consórcios públicos de saúde do Ceará*. Fortaleza: SESA, 2010. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/manual_consorcios_publicos_saude_ceara_030310.pdf.

CHRISTENSEN, T. (2012). Post-NPM and changing public governance. *Meiji Journal of Political Science and Economics*, 1(1), 1-11.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). Mapeamento dos consórcios públicos brasileiros em 2023. Brasília: CNM, 2023. Disponível em: <https://cnm.org.br/biblioteca/exibe/5539>.

EMERSON, Kirk; NABATCHI, Tina; BALOGH, Stephen. Uma estrutura integrativa para governança colaborativa. *Journal of Public Administration Research and Theory*, Oxford, v. 22, n. 1, p. 1–29, jan. 2012.

FEIOCK, R. C. (2007). Rational choice and regional governance. *Journal of Urban Affairs*, 29(1), 47-63.

FEIOCK, R. C.; SCHOLZ, J. T. Self-organizing governance of institutional collective action dilemmas: an overview. In: FEIOCK, R. C.; SCHOLZ, J. T. (org.). *Self-organizing federalism: collaborative mechanisms to mitigate institutional collective action dilemmas*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009. p. 3–32.

FERNANDES, A. S. A. *et al.*. An analysis of intermunicipal consortia to provide waste services based on institutional collective action. *Revista de Administração Pública*, v. 54, n. 3, p. 501–523, 2020.

FIORATI, Regina Célia *et al.* **Consórcios públicos de saúde no Brasil: um debate sobre gestão e regionalização**. *Observatório do SUS/ENSP/Fiocruz*, 2023. Disponível em: <https://observatoriodosus.ensp.fiocruz.br/noticias/consorcios-publicos-de-saude-no-brasil-um-debate-sobre-gestao-e-regionalizacao/>.

FIRJAN. Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal – IFDM: edição 2018. Rio de Janeiro: Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.firjan.com.br/data/files/67/A0/18/D6/CF834610C4FC8246F8A809C2/IFDM_2018.pdf.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 743–751, 2009.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HEFETZ, Amir; WARNER, Mildred e; VIGODA-GADOT, Eran. Privatization and Intermunicipal Contracting: the us local government experience 1992–2007. *Environment And Planning C: Government and Policy*, [S.L.], v. 30, n. 4, p. 675-692, 1 jan. 2012.

HODGE, Graeme A. *Privatization: an international review of performance*. Boulder, CO: Westview Press, 2000.

KLOK, P. J., DENTERS, B., BOOGERS, M., & SANDERS, M. (2018). Intermunicipal Cooperation in the Netherlands: The Costs and the Effectiveness of Polycentric Regional Governance. *Public administration review*, 78(4), 527-536.

LEÃO, Lucas; BASTOS, Suzana Quinet de A.; RIBEIRO, Hilton Manoel Dias. **A influência das redes municipais (em consórcios públicos) no indicador de desenvolvimento dos municípios de Minas Gerais**. Juiz de Fora: UFJF, 2020.

LEROUX, K.; CARR, J. B. Explaining local government cooperation on public works: evidence from Michigan. **Public Works Management & Policy**, Thousand Oaks, v. 12, n. 1, p. 344–358, 2007.

LINHARES, Paulo de Tarso Frazão; MENDES, Constantino Cronemberger; LASSANCE, Antonio (orgs.). *Federalismo à brasileira: questões para discussão*. Brasília, DF: Ipea, 2012.

MASSARDIER G., SABOURIN E. Internationalization and dissemination of rural territorial development public policies: model hypotheses for Latin America. *Sustentabilidade em Debate*, 4 (2) 2013: 83-100.

MENDES, Áquilas; FUNCIA, Francisco Rózsa. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (Org.). *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016. p. 139–168.

MOREIRA, Thamires Ramos; PEREIRA, Valéria Costa. A influência dos consórcios intermunicipais de saúde no desempenho dos municípios brasileiros: uma análise do IFDM. In: *Anais do Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (EnANPAD)*, 2016.

OSBORNE, S. P. A nova governança pública? **Public Management Review**, Abingdon, v. 8, n. 3, p. 377–387, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 11–31, 2011.

PEREIRA, Thamires Ramos; MOREIRA, Valéria Costa. A influência dos consórcios intermunicipais de saúde no desempenho dos municípios brasileiros: uma análise do IFDM. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 72, n. 4, p. 631–656, out./dez. 2021.

PETERS, B. Guy. *Governance and Public Bureaucracy: New Forms of Accountability*. London: Routledge, 2004.

SABOURIN, Eric; SAMBUICHI, Rômulo H. R.; LE COQ, Jean-François; MILHORANCE, Caroline. As políticas de desenvolvimento territorial rural na América Latina: uma hibridação

das fontes e da implementação. *Mundos Plurales: Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública*, Quito, v. 3, n. 1, p. 75–98, 2016.

SANTOS, A. M DOS; GIOVANELLA, L. (2014). Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 48(4), 622-631.

SICILIANO, Michael D.; CARR, Jered B.; HUGG, Victor G.. Analyzing the Effectiveness of Networks for Addressing Public Problems: evidence from a longitudinal study. **Public Administration Review**, [S.L.], v. 81, n. 5, p. 895-910, 14 abr. 2021.

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*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, e300404, 2020.

SILVA, Dituzaya Panguila da; SILVESTRE, Hugo Consciência; EMBALO, Alfa Aliu. A cooperação intermunicipal no Brasil: o caso dos consórcios de resíduos sólidos. **Revista de Administração Pública**, v. 54, p. 1239-1259, 2020.

SØRENSEN, E.; TORFING, J. Metagoverning collaborative innovation in governance networks. **The American Review of Public Administration**, Thousand Oaks, v. 47, n. 7, p. 826-839, 2017.

TONETTO, Jorge Luís. **Orçamentos municipais em saúde e desempenho dos indicadores de saúde: uma análise para a década 2005-2014**. 2017. Dissertação (Mestrado em Economia do Desenvolvimento) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias; FERREIRA, Marcelo P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2317–2326, 2010.

WANG, Huanming; RAN, Bing. Network governance and collaborative governance: a thematic analysis on their similarities, differences, and entanglements. **Public Management Review**, [S.L.], v. 25, n. 6, p. 1187-1211, 4 dez. 2021.