



III SRCCC
Seminário Regional
Comércio, Consumo e Cultura
nas cidades
Sobral-CE, 19 a 22 de junho de **2017**

OS SERVIÇOS DE SAÚDE NA 10ª CRES/LIMOEIRO DO NORTE

Keila Andrade Haiashida ¹

Ricardo Hélio Chaves Maia ²

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem adotado como diretriz a regionalização, que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Nosso objeto de estudo se restringe ao movimento de regionalização e descentralização com ênfase na 10ª CRES/Limoeiro do Norte. O objetivo da pesquisa foi descrever a estruturação do consórcio intermunicipal e seus dois aparelhos de saúde: as Policlínicas e os Centro de Especialidades Odontológicas (CEOs). A regionalização da Saúde do Ceará está representada por 22 regiões e 5 macrorregiões (Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri), onde se estrutura o sistema estadual. A 10ª Região de Saúde é composta por 11 municípios. O Ceará decidiu pela formação de consórcios públicos em saúde tomando por base os municípios localizados numa mesma região para garantir a estruturação de redes de assistência, ampliar e facilitar o acesso da população aos serviços de saúde na própria região. São constituídos sob a forma de associação pública, entidade autárquica e interfederativa, com participação do Estado e dos municípios em cada região, para a promoção de ações de saúde pública assistenciais e prestação de serviços especializados de média e alta complexidade. O Consórcio Público de Saúde do Município de Limoeiro do Norte oferta a Policlínica Judite Chaves Saraiva, inaugurada em 2014 que presta assistência à uma população de aproximadamente 222.195 mil habitantes e o CEO Dr. João Eduardo Neto.

Palavras-chave: Regionalização; Descentralização; Consórcios.

1. Regionalização e Descentralização dos serviços de saúde: a 10ª CRES

A Política Nacional de Saúde tem sido influenciada pelo contexto histórico e social no qual está inserida. Dessa forma, ao abordar o processo de regionalização iniciaremos pelas mudanças ocorridas a partir da década de 1980. Período de alto índice inflacional, desemprego, arrocho salarial, agravamento

¹ Profª. Drª. da Universidade Estadual do Ceará, e-mail: keilandrade@hotmail.com

² Médico, Mestrando da Universidade Estadual do Ceará, e-mail: ricmaia@hotmail.com

das desigualdades sociais e transição do regime militar para a república, é nesse contexto que são criadas as bases do Sistema Único de Saúde (SUS).

A mobilização social se amplia conforme as bases políticas do antigo regime enfraquecem e o movimento sanitário ganha força na crítica ao modelo de assistência à saúde até então vigente. No debate da construção da política de saúde, emergem as diferentes dimensões da vida social – alimentação, habitação, educação, renda, trabalho, acesso à terra, além do acesso a serviços de saúde. A saúde passa a ser considerada como resultado da forma de produção social e não apenas como o estado de ausência da doença (DUARTE et al. 2015, p. 474, 475).

Fica evidenciado que as questões sociais e a adoção de um modelo político democrático influenciam a valorização da saúde coletiva. Essa mudança na forma de perceber a saúde resulta na formulação de planos, programas e serviços que objetivavam o uso racional dos recursos disponíveis o que demandou o fortalecimento do papel dos estados e municípios de forma a possibilitar o uso dos recursos públicos ociosos e a ampliação do atendimento a toda a população.

Para Escorel (2008) nesse processo, lento e irregular, ganha destaque a responsabilização do poder público como agente das ações de saúde, baseadas no perfil epidemiológico, da regionalização e hierarquização dos serviços públicos e privados, da valorização das atividades básicas, da garantia de referência e contrarreferência e da descentralização do processo de planejamento e administração.

O processo de descentralização foi iniciado na era Vargas (1930-1945 / 1951-1954) junto às políticas para modernização do país. Seu sucessor Juscelino Kubitschek (1956-1961) foi o responsável pela construção da nova capital federal, Brasília, executando, assim, um antigo projeto, já previsto em três constituições brasileiras, a mudança da capital federal como forma de promover o desenvolvimento do interior do Brasil e sua integração. O lema “50 anos em 5” evidencia seu interesse em acelerar o desenvolvimento nacional. João Goulart (1962-1964) prossegue com as políticas econômicas formuladas desde a década de 1950 e que se caracterizaram pela integração aos macroplanos de desenvolvimento, nos quais as questões setoriais, inclusive as regionais, passaram a ser integradas a uma estratégia que fosse válida para todo o país.

Dessa forma, documentos como o Plano Trienal (1962), o Plano Decenal (1967-1976)³⁹, o Programa Estratégico do Governo (1968-1970), o Programa de Integração Nacional (PIN, 1967), o I Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (I PND, 1972-1974), e o II Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (II PND, 1975-1979)⁴⁰ estabeleceram as políticas territoriais entre 1960 e 1970 e neles observamos o enfoque regional para planos globais de desenvolvimento.

Segundo Costa (2000) o Plano Trienal parecia dirigir-se principalmente para o problema nordestino, já que suas diretrizes previam um esforço governamental para corrigir as “disparidades regionais” existentes no desenvolvimento econômico do país. No Plano Decenal pela primeira vez é

apresentada de modo explícito a proposta da integração nacional, como objetivo maior a ser perseguido pelo Estado. O PIN era formalmente dirigido ao Nordeste e à Amazônia, todavia durante sua execução ficou evidenciado que o objetivo central era a integração da Amazônia à economia nacional. A construção da Rodovia Transamazônica, ligando o Nordeste ao extremo ocidente da Amazônia tornou-se o símbolo desse programa. Foi ainda edificada a Rodovia Cuiabá-Santarém que, junto às rodovias já existentes, ajudou a compor a base de circulação dentro do projeto de integração nacional.

O I PND acentua a tendência do Estado de procurar enfocar em suas políticas territoriais estratégias de “Integração nacional” para expandir a “fronteira econômica” a partir do Centro-Sul, na direção do Centro-Oeste, Amazônia e Nordeste. No II PND percebemos uma mudança de enfoque, decorrente da política econômica global do país, num contexto de declínio dos investimentos e a partir de um diagnóstico do comportamento do comércio exterior brasileiro. Essa mudança repercutiu nas políticas territoriais, consubstanciadas em medidas agressivas relacionadas à expansão da fronteira econômica e ao tipo de ocupação econômica das chamadas “áreas vazias”.

O Plano Trienal e o Plano Decenal não foram implementados, mas suas formulações foram importantes para as políticas territoriais. Desses, apenas o Plano Trienal foi desenvolvido na gestão de João Goulart, os demais foram formulados durante o regime militar. A SUDENE acabara de ser criada.

Nos projetos citados vemos a defesa da necessidade de levar o desenvolvimento a diferentes regiões do país, sobretudo aquelas consideradas mais atrasadas como o Nordeste e a Amazônia. Para tanto, foram criadas políticas territoriais que, embora manifestassem o enfoque regional, estavam inseridas em um plano global de desenvolvimento, pois o ideário da integração nacional foi muito presente nesse contexto histórico. Dentre as premissas para o desenvolvimento destacamos a saúde, que passa a ser reconhecida como um imperativo estratégico. Nesta contextura, vemos a constituição da tríade: desenvolvimento-saúde-interiorização, pois a melhoria na qualidade de saúde da população poderia induzir o desenvolvimento de regiões interioranas em descompasso com o ritmo assumido em outras partes do país.

Assim, a descentralização passa a ser percebida como o alicerce necessário para superar a fragmentação social e territorial. A descentralização no contexto da reforma sanitária está fortemente vinculada ao movimento de municipalização. Escorel e Teixeira (2008) também localizam esse movimento (descentralização) a partir da segunda metade da década de 1950 e afirmam que a III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963 já tem como proposta a municipalização dos serviços de saúde e a promoção de técnicas de planejamento ascendentes no setor saúde. Esse processo é interrompido com a ditadura militar e retomado no movimento de redemocratização do país.

De fato, a descentralização, no contexto da reforma sanitária, é entendida como uma estratégia de democratização e de incorporação de novos atores. Está fortemente atrelada ao movimento municipalista que tomou força a partir do processo de redemocratização do país e da Assembleia Nacional Constituinte de 1987 (DUARTE, 2015, p. 476).

Nesse período os municípios passam a ser reconhecidos como entes federados, com base na Constituição Federal de 1988 e começa um processo de tensionamento entre governo central e subnacionais na disputa por funções e recursos na gestão pública, o que significou avanços e retrocessos. A descentralização não era um ideal apenas dos movimentos democratizantes, mas também fazia parte das recomendações dos organismos internacionais, como forma de melhorar a alocação de recursos e na criação de sistemas de prestação de contas (OLIVEIRA, 2007).

A partir desse processo evolutivo de descentralização da saúde o SUS tem adotado como diretriz a regionalização, que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Nosso objeto de estudo se restringe ao movimento de regionalização e descentralização com ênfase na 10ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES)/Limoeiro do Norte.

A regionalização da Saúde do Ceará está representada por 22 regiões de saúde e 5 macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri), onde se estrutura o Sistema Estadual de Saúde. As *regiões de saúde* são compreendidas como espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitadas a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011). Já as *macrorregiões* são formadas por um conjunto de regiões que convergem para os pólos terciários (CEARÁ, 2010).

Dentre as 22 regiões de saúde nosso interesse se deteve na 10ª CRES, que conforme ilustrado no mapa abrange os municípios de: Alto Santo, Ererê, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe, Limoeiro do Norte, Pereiro, Potiretama, Quixeré, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte, totalizando 11 municípios e 222.195 mil habitantes (CEARÁ, 2010).

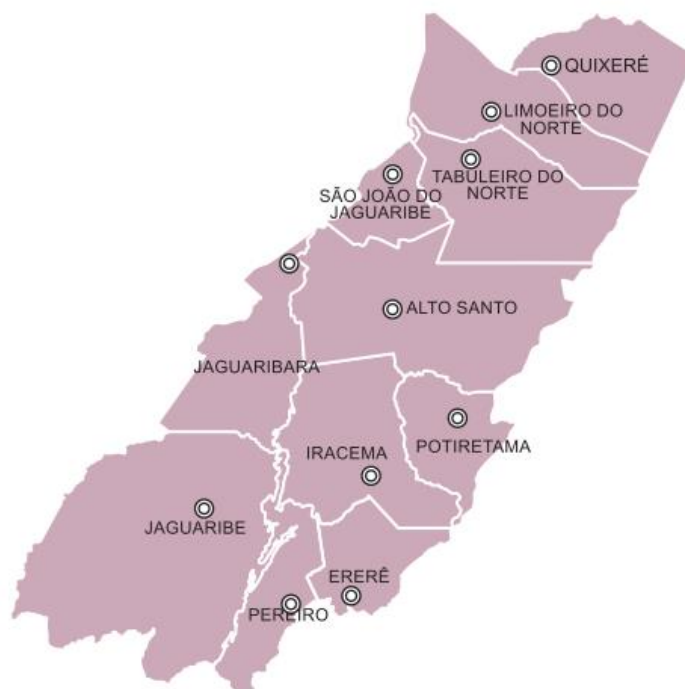


Figura 1 - 10ª CRES / Limoeiro do Norte
Compõe a Macrorregião do Litoral Leste/ Jaguaribe

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

A Secretaria de Saúde do Estado explicita os objetivos para regionalização dos serviços:

Garantir acesso, resolutividade e qualidade das ações e serviços de saúde; garantir a integralidade na atenção à saúde, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso, em todos os níveis complexidade do Sistema; reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, sem distinção entre as pessoas, sem preconceitos ou privilégios, produzindo uma discriminação positiva para os mais necessitados e fortalecer o papel dos estados e dos municípios para que exerçam suas funções gestoras, visando racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos (CEARÁ, 2010, p. 01).

Estão evidenciadas também os critérios que delimitam as regiões de saúde, a saber “malha viária, proximidade dos municípios, deslocamento da população aos serviços de saúde, disposição política para pactuação [...]” (CEARÁ, 2010, p. 01). São definidas também as diretrizes de organizações das regiões; a instância estadual, ou seja, o órgão de representação da Secretaria Estadual de Saúde; as atribuições de cada região, dentre vários outros detalhamentos.

2. Consórcios Públicos Intermunicipais: as policlínicas e os CEOs

Como visto no tópico precedente o movimento de descentralização na reforma sanitária esteve fortemente vinculado a municipalização. Historicamente os municípios situados no interior do Brasil enfrentaram dificuldades na implementação do SUS. Essas dificuldades estiveram caracterizadas pela falta de recursos tanto humanos quanto financeiros, a falta de acesso às tecnologias e a inexistência de estruturas físicas adequadas, além da distância que dificultavam o atendimento à saúde. Uma alternativa que ganhou força na década de 1980, para minimizar esses problemas, foram os Consórcios Intermunicipais de Saúde

Consórcio significa, do ponto de vista jurídico e etimológico, a união ou associação de dois ou mais de dois entes da mesma natureza. O consórcio não é um fim em si mesmo; constitui, sim, um instrumento, um meio, uma forma para a resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns (BRASÍLIA, 1997, p. 07).

Os consórcios, portanto, expressam um acordo firmado entre municípios, que possibilitam aos prefeitos assegurar ações e serviços mediante a utilização dos recursos materiais e humanos disponíveis. A união desses recursos produz os resultados, que não ocorreriam se os municípios atuassem isoladamente.

Na área de saúde o consórcio intermunicipal tem sido reconhecido como uma associação entre municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações. Como iniciativa eminentemente municipal, reforça o exercício da gestão conferida constitucionalmente aos municípios no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASÍLIA, 1997).

Para Lima (2000) é notório que a formação dos Consórcios de Saúde depende da conciliação de interesses entre os atores envolvidos. É fundamental que exista vontade por parte dos gestores em compartilharem ações que visem otimizar recursos, ajustes políticos e partidários dos prefeitos e vereadores, competência técnico-administrativa e engajamento dos profissionais de saúde ao SUS.

O Ministério da Saúde define dois aspectos fundamentais dos consórcios: bases legais e estruturação.

O artigo 18 da Constituição Federal de 1988, define que “os municípios fazem parte da Federação, desfrutando da mesma autonomia conferida à União e aos Estados”, por esse motivo nada poderia impedi-los de celebrar um consórcio (BRASIL, 1998). No âmbito da saúde, a legislação específica do SUS define que os consórcios intermunicipais podem integrar o Sistema. A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), ao dispor sobre a organização, direção e gestão do Sistema, trata dos consórcios municipais: “[...] os municípios poderão constituir consórcios para

desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhe correspondam” (Artigo 10, LOAS, 1990). O parágrafo 1º desse mesmo artigo, resguarda, no entanto, que “aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio de direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância”. Já no seu artigo 18, inciso III, expressa ainda a competência municipal para “formar consórcios administrativos intermunicipais” (BRASIL, 1990a).

A Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, explicita também a participação dos municípios em consórcios. Em seu artigo 3º, parágrafo 3º, define que “os municípios poderão estabelecer consórcios para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos [...]” (BRASIL, 1990b).

Já a nova Lei de Consórcios, Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005, possibilitou aos entes federativos, Municípios, Estados, Distrito Federal, maior liberdade de associação em diversas formas e em diferentes áreas de atuação: desenvolvimento regional, gerenciamento, tratamento e destinação final dos resíduos sólidos, saneamento básico, abastecimento, alimentação escolar, execução de projetos urbanos, tecnologias de informação, transporte, turismo, saúde, entre outras (CEARÁ, 2009).

No tocante a organização dos consórcios o processo inicia-se com a articulação entre os gestores municipais, tendo por base o pacto e a negociação. Nessa fase, o momento marcante é representado pela elaboração e aprovação do instrumento consorcial, que expressa o compromisso dos municípios, independente de autorização legislativa. Esse acordo, como instrumento de formalização do consórcio, deve explicitar: o município-sede do consórcio; a criação de pessoa jurídica administradora do consórcio, se for o caso; e todos os aspectos e questões pactuadas pelos municípios que o integram. (BRASÍLIA, 1997).

No Brasil, muitos consórcios intermunicipais têm a natureza de organizações de direito privado, o que fere o princípio federativo da gestão. A maioria deles está se adaptando para se habilitar e receber recursos públicos. No Ceará, a minuta da proposta de consórcios públicos foi elaborada pela Comissão para Implantação de Consórcios Públicos no Ceará, instituída pela Secretaria da Saúde do Estado, e encaminhada ao Governador do Estado. Foi regulamentada pela Portaria nº 2061, de 08 de Novembro de 2007, que criou, no âmbito da Secretaria de Saúde, a Comissão de Fomento e Implantação de Consórcios Públicos de Saúde no Estado do Ceará.

O Ceará decidiu pela formação de consórcios públicos em saúde tomando por base os municípios localizados numa mesma região de saúde, para garantir a estruturação de redes de assistência e ampliar e facilitar o acesso da população aos serviços de saúde na própria região. [...] São constituídos sob a forma de associação pública, entidade autárquica e interfederativa, com participação do Estado e dos municípios em cada região de saúde, para a promoção de ações de saúde pública assistenciais e prestação de serviços especializados de média e alta complexidade (CEARÁ, 2011, p. 01).

De acordo com informações disponíveis no site do Governo do estado do Ceará. Os consórcios têm a gestão das 19 policlínicas e 22 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) regionais em funcionamento em todo o Ceará, além do transporte sanitário que garante o deslocamento de pacientes até os serviços de saúde. O Governo do Estado integra os consórcios em todas as 22 regiões de saúde e participa com, no mínimo, 40% do custeio de cada policlínica e cada CEO. Os 60% restantes são rateados entre os municípios, com a participação da União, no caso dos CEOs. (CEARÁ, 2016).

O Ceará chegou a sete CEOs e policlínicas regionais certificados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Depois dos CEOs em Cascavel e em Limoeiro do Norte e as policlínicas regionais em Itapipoca e Pacajus, reconhecidos em junho como serviços Acreditados, nível de certificação atribuído a instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais, o Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (IBES), instituição acreditadora, anunciou no início de agosto a certificação do CEO em Juazeiro do Norte e das policlínicas regionais em Sobral e Tianguá. (CEARÁ, 2016, p. 01).

O Consórcio Público de Saúde do Município de Limoeiro do Norte oferta a Policlínica Judite Chaves Saraiva, inaugurada em 2014 que presta assistência à uma população de aproximadamente 222.195 mil habitantes e o CEO Dr. João Eduardo Neto.

A Policlínica Judite Chaves Saraiva foi inaugurada no dia 03 de Maio de 2014, é do Tipo II e está instalada dentro do Programa de Expansão e Fortalecimento da Atenção Especializada à Saúde - PROEXMAES do Governo do Estado do Ceará. Presta Assistência à Saúde em nível Ambulatorial Especializado aos munícipes da 10ª Região de Saúde de Limoeiro do Norte (TVJ1, 2015).

A inauguração da Policlínica de Limoeiro do Norte, fez com que o número de policlínicas regionais entregues em diversas regiões do Estado subisse para 19. Em 2014 já haviam policlínicas regionais funcionando em Baturité, Tauá, Camocim, Acaraú, Brejo Santo, Aracati, Itapipoca, Russas, Crateús, Quixadá, Caucaia, Sobral, Campos Sales, Pacajus, Barbalha, Tianguá, Icó e Iguatu. Nelas, os moradores, além de serem consultados por médicos especialistas em cardiologia, traumatologia, ortopedia, urologia, mastologia, ginecologia, clínica geral, cirurgia geral, oftalmologia, otorrinolaringologia e gastroenterologia. Nas policlínicas tipo II, como a de Limoeiro do Norte, tem especialistas em mais três áreas: neurologia, endocrinologia e angiologia (CEARÁ, 2014).

Entre os exames ofertados, além de mamografia, ecocardiograma, eletrocardiograma, audiometria, teste ergométrico, ultrassonografias, exames oftalmológicos que são realizados nas policlínicas tipo 1, em Limoeiro do Norte e outras nove policlínicas tipo 2 a população tem ainda acesso à tomografia computadorizada. O que reduz o tempo de espera dos pacientes pelo exame, contribui com a definição e qualidade do diagnóstico para tratamento das doenças. Antes da construção das policlínicas, a tomografia, na rede pública, era feita apenas nos hospitais da capital (CEARÁ, 2014, p.01).

No CEO regional Dr. João Eduardo Neto, a população dos 11 municípios da 10ª Região de Saúde tem acesso desde 2012, quando foi inaugurado, a serviços de ortodontia, periodontia, instalação de próteses. É realizado até diagnóstico do câncer de boca (CEARÁ, 2012).

Considerações Finais

Desde a década de 1980 observamos na saúde um movimento de descentralização influenciado pelas políticas de regionalização. Assim, a descentralização passa a ser percebida como o alicerce necessário para superar a fragmentação social e territorial, especialmente em um contexto de defesa de um Sistema Único de Saúde (SUS). A descentralização no contexto da reforma sanitária está fortemente vinculada ao movimento de municipalização. O objetivo da pesquisa foi descrever a estruturação do consórcio intermunicipal e seus dois aparelhos de saúde: as Policlínicas e os Centro de Especialidades Odontológicas (CEOs).

Os municípios situados no interior do Brasil enfrentaram dificuldades na implementação do SUS. Essas dificuldades estiveram caracterizadas pela falta de recursos tanto humanos quanto financeiros, a falta de acesso as tecnologias e a inexistência de estruturas físicas adequadas, além da distância que dificultavam o atendimento à saúde. Uma alternativa que ganhou força na década de 1980, para minimizar esses problemas, foram os Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Conforme apresentado nosso interesse neste estudo se deteve no Consórcio Público de Saúde do Município de Limoeiro do Norte que oferta a Policlínica Judite Chaves Saraiva, inaugurada em 2014 e o CEO Dr. João Eduardo Neto, que prestam assistência à população da 10ª Região de Saúde composta por 11 municípios: Quixeré, Limoeiro do Norte, Alto Santo, Pereiro, Ererê, Potiretama, São João do Jaguaribe, Jaguaribe, Nova Jaguaribara, Tabuleiro do Norte e Iracema beneficiando aproximadamente 222.195 mil habitantes.

Devido à persistente fragmentação de ações e serviços de saúde, as normatizações relacionadas à criação de Redes de Atenção, através da Portaria 4.279 (BRASIL, 2010) permitiu o avanço em áreas técnicas prioritárias ao Sistema Único de Saúde (SUS). Inclui-se, nesse escopo, a concepção da Rede de Atenção às Urgências, com vistas à articulação e integração de todos os equipamentos de saúde, ampliando e qualificando o acesso humanizado e integral dos usuários em situação de urgência e emergência (BRASIL, 2011).

A proposta de regionalização, portanto, visa contemplar em especial a população residente no interior do estado, que ainda enfrenta dificuldades no acesso a serviços de saúde especializados, o que dificulta a solução dos seus problemas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimasnoticias/2011>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 1.600, de 07 de Julho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011>. Acesso em: 17 jan. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080**. Brasília: Presidência da República, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 11 jan. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.142**. Brasília: Presidência da República, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 13 jan. 2017.

BRASÍLIA. **O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CEARÁ. **Portaria nº 2.061, de 08 de Novembro de 2007**. Ceará: Secretaria de Saúde, 2007.

CEARÁ. **Consórcios Públicos em Saúde do Ceará: estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde**. Ceará: Secretaria de Saúde, 2009.

CEARÁ. **CEO de Limoeiro do Norte será inaugurado neste sábado (26)**. 2012. Disponível em: <http://www.ceara.gov.br/index.php/component/content/article/5912/5912>. Acesso em: 13 jan. 2017.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Cid Gomes inaugura nesta quinta, 3, policlínica regional em Limoeiro do Norte**. Laboratório Central de Saúde Pública. 2014. Disponível em: <<http://www.lacen.ce.gov.br/index.php/noticias>>. Acesso em: 23 jan. 2017.

CEARÁ. **Modelo de Gestão de Poloclínicas e CEOs é apresentado no Conass em Brasília**. Governo do Estado do Ceará, 2011. Disponível em: <<http://www.ceara.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/3866->

modelo-de-gestao-de-politicas-e-ceos-e-apresentado-no-conass-em-brasilia>. Acesso em: 23 jan. 2017.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Coordenadorias Regionais de Saúde**. 2010. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

CEARÁ. **Limoeiro do Norte**: policlínica garante mais saúde para 11 municípios do Vale do Jaguaribe. 2014. Disponível em: <www.ceara.gov.br> Acesso em: 11 jan. 2017.

CEARÁ. **Consórcios discutem gestão uniforme de CEOs e Policlínicas Regionais**. 2016. Disponível em: <www.ceara.gov.br>. Acesso em: 07 jan. 2017.

COSTA, Wanderley Messias da. **O Estado e as políticas territoriais no Brasil**. 9ª ed. São Paulo: Contexto, 2000.

DUARTE, Ligia Schiavon. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo. v. 24, n. 02, p. 472-485, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00472.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 323-364.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 279-322.

LIMA, Ana Paula Gil de. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 16. n. 4. p. 985-996. out./dez. 2000.

OLIVEIRA, V. E. **O municipalismo brasileiro e a provisão local de políticas sociais**: o caso dos serviços de saúde nos municípios paulistas. 2007. Tese de Doutorado em Ciência Política, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

TVJ1. **Policlínica de Limoeiro do Norte segue a “todo vapor” e ganha mais dois serviços.** 2015.

Disponível em: <tvj1.com.br>. Acesso em: 15 jan. 2017.