

Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços

Health policies and federative gaps in Brazil:
an analysis of regional capacity of services delivery

José Mendes Ribeiro ¹
Marcelo Rasga Moreira ¹
Assis Mafort Ouverney ¹
Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva ¹

Abstract *This paper analyzes Brazilian health regions according to their service delivery capacity from the debate on the crisis of cooperative federalism in the SUS that resulted from decentralizing process established in the 1988 Constitution. Service delivery capacity tracer indicators were selected by regions and statistical analyses evidenced greater regional capacity in hospital care and large asymmetries with regard to the availability of physicians, high complexity equipment and private insurance coverage. In conclusion, we argue that further solutions are required to strengthen governmental capacity to reduce regional inequalities through increased central coordination.*

Key words *Health regions, Service delivery, Federalism*

Resumo *No artigo são analisadas as regiões de saúde no Brasil segundo sua capacidade de provisão de serviços a partir do debate sobre a crise do federalismo cooperativo no SUS decorrente do processo de descentralização definido pela Constituição de 1988. Foram selecionados indicadores traçadores de capacidade de oferta de serviços segundo regiões e as análises estatísticas mostraram maior capacidade das regiões na atenção hospitalar e grandes assimetrias com relação a disponibilidade de médicos, equipamentos de alta complexidade e cobertura de seguros privados. Conclui-se pela necessidade de soluções que aumentem a capacidade governamental de reduzir desigualdades regionais a partir de maior coordenação central.*

Palavras-chave *Regiões de saúde, Provisão de serviços, Federalismo*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. ribeirojm@globo.com

Introdução

A descentralização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos principais objetivos políticos expressos em normativos governamentais e compartilhado por grande parte dos dirigentes, lideranças e especialistas do setor saúde. Na experiência internacional, o termo descentralização reflete uma variedade de políticas típicas de cada sistema em particular. Seus efeitos dependem de contextos e trajetórias específicas e a falta de evidências sólidas sobre suas vantagens impedem que se tornem orientações gerais. É fato, porém, que processos de descentralização de alcances diversos são observados nos principais sistemas de saúde. Tais políticas respondem a expectativas racionalistas (planejamento no uso de recursos escassos), a devolução de poderes, a desconcentração administrativa para coletivos menores e a estratégias para redução de desigualdades regionais.

A análise da literatura nacional mostra uma alta adesão às virtudes da descentralização e da regionalização. Tais análises diferem quanto ao delineamento de obstáculos e a orientações de políticas. A regionalização é vista como uma das soluções para a redução das grandes desigualdades internas do país. Não há proposições na direção de um sistema nacional centralizado como em alguns países europeus. Isto se explica pela reforma sanitária dos anos 1980, que desmontou o antigo seguro social brasileiro de características centralizadas. O máximo que se observa em termos de aceitação do protagonismo do governo federal se refere a funções indutoras de políticas e, mesmo em condições mitigadas de centralização, muitos advogam a gestão destes recursos exclusivamente por colegiados regionais federativos.

A agenda política de descentralização do SUS está associada à municipalização e às normas operacionais, familiares aos dirigentes desde os anos 1990, as quais configuram soluções difusas para promover a equalização entre desiguais. Os incentivos aportados pelo orçamento do Ministério da Saúde (MS) representam até hoje a ferramenta disponível aos seus dirigentes para induzir alguma ação cooperativa local ou adesão aos protocolos assistenciais.

Neste contexto, o Decreto 7.508/2011¹ criou o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) como base da regionalização. Expectativas positivas foram geradas pela sanção presidencial direta e pela rápida adesão dos Estados do Ceará e do Mato Grosso do Sul. No entanto, hoje existe uma

inércia que ameaça tornar o COAP uma agenda perdida.

Como demonstrado em pesquisa recente e que orientou a análise efetuada neste artigo², segundo uma linha de base traçada em 2015, houve ampla adesão inicial dos municípios e estados ao COAP para as etapas de manifestação de interesse e medidas de planejamento regional. No entanto, o processo político foi desenvolvido nos estados de modo fragmentado e crescente e foi interrompido na medida em que se aproximavam as etapas de compromissos e de contratos. Igualmente, dados obtidos por estudo com os secretários municipais das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) mostram que os obstáculos à agenda do COAP se situam principalmente na demanda por recursos financeiros adicionais dos governos estaduais e federal e no baixo envolvimento do sistema político-partidário e dos executivos estaduais e municipais no processo. Este quadro se diferencia do maior ativismo do sistema político observado no início das décadas de 1980-90.

O objetivo deste artigo, seguindo esta linha de investigar as dificuldades da regionalização, é analisar a capacidade das Regiões de Saúde (RS) em dispor de recursos para viabilizar a regionalização e a descentralização na política setorial. Para isto foi feita uma revisão analítica do debate nacional quanto às suas implicações teóricas e uma análise de dados coletados sobre a capacidade instalada e a produção de serviços agregados segundo RS. A mobilidade de clientela foi abordada a partir da migração de internações hospitalares e dos serviços de Terapia Renal Substitutiva (TRS) no SUS.

O artigo demonstra a forte desigualdade regional a despeito das políticas adotadas desde a década de 1990. Nesta linha, o planejamento não foi capaz de cumprir os objetivos de equalização e de redução de assimetrias locais regionais. Isto torna mandatário a reabertura do debate sobre a descentralização do SUS.

Aspectos metodológicos

A revisão analítica sobre descentralização no SUS foi efetuada nos periódicos nacionais a partir da base Scielo (www.scielo.org). Após a análise de todos os estudos publicados, foram selecionados aqueles mais diretamente relacionados às políticas de descentralização, redes de atenção, regionalização, consórcios e obstáculos políticos. Foram estabelecidas as tendências do debate nacional conforme estudiosos de instituições públi-

cas e privadas. A revista *Ciência e Saúde Coletiva*, um importante periódico da área da Saúde, se mostrou altamente dominante na difusão desta agenda setorial.

Os dados coletados e analisados se referem às Grandes Regiões (GR), Unidades da Federação (UF) e Regiões de Saúde (RS). As variáveis analisadas – médicos, seguros privados, equipamentos, recursos terapêuticos e internações hospitalares – visam dar conta da relação entre mercados estratégicos e políticas públicas setoriais. Todos os indicadores foram tratados na forma de traçadores e permitem analisar fundamentos da política pública a partir das bases administrativas nacionais, como é usual em pesquisas setoriais³.

A análise dos recursos de atenção à saúde disponíveis teve as RS por unidade básica de computação. Estas são definidas sob a coordenação do MS segundo critérios territoriais, de disponibilidade de serviços e de circulação de indivíduos. Sua definição segue parâmetros do planejamento do SUS e acordos locais estabelecidos por consenso entre os níveis de governo. As RS devem conter os recursos necessários à assistência segundo níveis de complexidade e, onde não há escassez extrema, é esperado que tais recursos atendam à maior parte da sua demanda por serviços. Este critério é relevante, uma vez que, em caso de adequação entre oferta e demanda, seria fortalecida a hipótese sobre o sucesso, mesmo que parcial, da regionalização do SUS.

As fontes dos dados secundários foram as administradas pelo MS: Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Os dados foram coletados segundo municípios e, em seguida, agregados em RS. Desta forma, os totais, as médias e as taxas aqui apurados têm como a unidade mais desagregada de análise a RS. O estudo tem caráter descritivo e analítico quanto à exploração de dados secundários. A dimensão analítica também é conferida pelo diálogo com o debate político nacional e de teorias consolidadas sobre o federalismo. As fontes documentais se limitaram às principais normas relacionadas à regionalização do SUS e acessadas no site SaúdeLegis/MS (www.saude.gov.br).

A seleção de indicadores se deu a partir da análise da literatura nacional, da experiência da equipe de pesquisa e foi consolidada por meio de oficinas de trabalho realizadas com dirigentes e especialistas do Departamento de Ação Interfederativa (DAI), até recentemente vinculado à

Secretaria de Gestão Participativa (SGEP/MS) e hoje diretamente ligado à Secretaria Executiva/MS. O desafio neste desenho do estudo foi selecionar os principais traçadores de cooperação regional em meio a uma profusão de indicadores diretos e sintéticos utilizados na gestão do SUS. Os indicadores de capacidade regional selecionados foram (i) média do valor total de AIH e totais de sessões de Terapia Renal Substitutiva (TRS) de residentes e não residentes nas RS (migração e não migração) e que indicam a capacidade de efetuar acordos locais de tetos financeiros, cotas de atendimento e rotas de pacientes; (ii) cobertura de médicos no setor público e privado que indique a capacidade de receber usuários das RS; (iii) cobertura de seguros privados de saúde, que indica a presença de mercados de serviços de saúde nas RS com reflexos para a cadeia produtiva; (iv) cobertura de serviços de mamografia, ressonância magnética e de ultrassonografia, que indica a capacidade de prover serviços de alta complexidade, a existência de fluxos regionais e a possibilidade de acordos locais de custos e de benefícios.

Para a análise da produção de serviços foram coletadas as AIH para 2013 e as sessões de TRS para 2014, todas por meio de consulta ao site do MS. Para se obter a distribuição de médicos e especialidades e para equipamentos de ressonância magnética, ultrassonografia e mamografia por municípios agregados em RS foi necessária a consulta direta ao DATASUS para agregações não disponíveis no site para o ano de 2015. Os dados sobre a cobertura de seguros privados de saúde em 2015 foram obtidos diretamente no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – www.ans.gov.br. Para a análise estatística foi utilizado o *software* Stata SE versão 14.2 e os dados de caráter massivo foram coletados e reagrupados segundo RS com o uso do *software* R⁴.

Federalismo e implicações para a regionalização do SUS

Desde a Constituição de 1988 e a legislação infraconstitucional seguinte, os elementos cooperativos do federalismo brasileiro são apresentados como essenciais para o desenvolvimento da democracia consensuada como aqui será tratada. No setor saúde, diversos normativos do governo federal enfatizam estes aspectos em caráter incremental e voltados a induzir a cooperação em meio à definição de responsabilidades e atribuições entre os entes federativos. As relações entre o federalismo brasileiro e as políticas setoriais é,

entretanto, povoada de controvérsias e a assimetria entre os participantes do pacto federativo é a sua marca e o seu ponto de partida.

O federalismo moderno remonta à independência norte-americana e às convenções estaduais e nacionais, que transformaram em 1789 o frágil sistema confederativo em uma sólida configuração federativa. Os fundamentos clássicos foram debatidos a partir dos ensaios divulgados na imprensa local e compilados de modo a evidenciar as posições de líderes e teóricos que influenciaram o documento constitucional final, cujos fundamentos estão vigentes até hoje⁵.

A matriz do modelo envolve a separação de poderes, a natureza federativa e o desenvolvimento de instituições de controle sobre a concentração de poderes conhecidas como *checks and balances*. Esta configuração clássica de federalismo compõe o modelo definido por Dahl⁶ como democracia madisoniana em contraposição à democracia populista baseada na regra de maiorias. Analisando as facilidades destes dois modelos democráticos, Dahl propõe combinar mecanismos decisórios fundados entre regras majoritárias em períodos eleitorais e processos contraditados nos ciclos intermediários, ao qual denominou como democracia poliárquica.

Para os fins e os limites deste artigo, considera-se que as poliárquias são convergentes ao padrão de democracia consensuada de Lijphart⁷, destacada adiante, e que funciona como referência para a análise da crise do federalismo cooperativo brasileiro no setor saúde.

Dessa forma, elementos do federalismo norte-americano devem ser considerados no que implica em descentralização política ao nível estadual, nítida delimitação de atribuições e responsabilidades entre os entes e revisão judicial dos conflitos federativos. Esta forma pura de federalismo não é a única configuração exitosa de desenvolvimento, pois sistemas parlamentaristas centralizados em países unitários (como o Reino Unido) também representam soluções de redução de disparidades regionais por meio de instituições bastante distintas.

Não há prova empírica definitiva sobre as vantagens de uma forma pura – concentração ou desconcentração elevadas de poderes – sobre a outra e o modo como se controla a “tirania das maiorias e das minorias”, se pode ocorrer por eleições sucessivas ou por contrapesos institucionais⁶. As trajetórias históricas e institucionais de alguns países influentes, no entanto, mostram que uma série de híbridos, como as poliárquias, tem se desenvolvido a partir de modelos polares,

enquanto estudos buscam estabelecer os melhores resultados sociais segundo regras de concentração ou desconcentração de poder político. De modo pendular, países centralizados e de regimes majoritários adotam algumas reformas em nome de maior descentralização e vice-versa.

Em renomado estudo, Lijphart⁷ comparou as democracias sujeitas a pactuações rotineiras (forma consensuada) em contraposição às de caráter majoritário. Sistemas descentralizados de poder podem ocorrer em países unitários ou federativos, mas em suas formas típicas, a democracia consensual envolve a existência de instituições de caráter multipartite herdadas do neocorporativismo ou de regiões dotadas de culturas distintas dentro de nações. Nestes casos, a regra majoritária não é ordenadora das principais soluções políticas e, mesmo com maior lentidão do processo decisório, se associam a melhor proteção social e desenvolvimento socioeconômico. Os arranjos europeus ocidentais deste tipo, com poucas exceções, formaram a base do *Welfare State* no pós-guerra.

Com relação às políticas sociais, Costa-Font e Greer⁸ chamam a atenção para a ausência de resultados empíricos conclusivos acerca dos benefícios da pura descentralização. Isto decorre de fatores como as trajetórias nacionais singulares que dificultam a criação de padrões adequados como orientações de boas políticas no sentido normativo. Descentralização territorial é observada em países federativos coabitando com políticas centralizadas, enquanto que, por sua vez, países unitários apresentam políticas descentralizadas. Entre estes polos, um mosaico de desenhos institucionais se apresenta e, entre eles, está o caso brasileiro e sua crise federativa no setor saúde.

No caso brasileiro, estas agendas políticas se entrelaçam. A adesão das lideranças nacionais do setor saúde a desenhos institucionais de democracia consensuada se expressou no ideário da reforma sanitária e sua influência se refletiu no desenho institucional do SUS. A descentralização política é reiteradamente afirmada como princípio ordenador do SUS⁹. As vantagens da governança e da pactuação na implementação de políticas têm sido destacadas na literatura recente enquanto um modelo a ser avaliado a cada caso¹⁰. As dimensões participativas da democracia à luz das políticas de saúde, um elemento importante da democracia consensuada, têm sido analisadas em torno das inovações organizacionais representadas pelos conselhos de saúde¹¹ e quanto às suas repercussões para o contexto brasileiro¹².

No Brasil, a república de 1889, em termos gerais, foi formalizada segundo princípios federativos e madisonianos. O Estado Novo varguista esvaziou este modelo em prol de uma centralização autoritária que chegou à própria anulação de símbolos e funções subnacionais e à nomeação de interventores estaduais. As repercussões desta trajetória nacional favoreceram arranjos institucionais híbridos e incapazes de promover uma adequada superação do patrimonialismo em prol de padrões universalistas plenos¹³. Após a curta redemocratização do pós-guerra, a ditadura militar de 1964 reforçou a centralização política, posteriormente revogada segundo orientações radicalmente opostas pela Constituição de 1988. Abrúcio¹⁴ analisou o papel da Assembleia Nacional Constituinte em adotar modelos institucionais por contraposição aos do regime militar e em determinar maior descentralização administrativa e fiscal como padrão de implementação de políticas. Ou seja, estes movimentos demonstram o caráter pendular histórico da descentralização política no Brasil.

É segundo esta trajetória e o contexto político de 1988 que o debate sobre a descentralização se desenvolve no setor saúde.

A regionalização no debate brasileiro

A análise do debate nacional, aqui feita por revisão analítica da literatura, mostra alta convergência em torno das virtudes da descentralização de políticas, serviços e recursos financeiros do setor público. Descentralização, regionalização e municipalização são tratados como processos associados. Quando a descentralização é tratada como terceirização de serviços, este consenso se desfaz e muitos autores a consideram como ações de redução do papel do Estado na economia. Para delinear este debate, descentralização e regionalização são aqui tratadas com sentido territorial ou federativo.

As conclusões podem ser resumidas em cinco tópicos: (i) há forte consenso em torno das vantagens da descentralização ou regionalização e sobre a necessidade de se cumprirem disposições constitucionais; (ii) as proposições são bastante normativas, apesar de não se apresentarem evidências em favor das vantagens da descentralização sobre sistemas centralizados; (iii) não há proposições em favor de maior centralização política e de coordenação federal do sistema de saúde, como se observa em diversos países com sistemas públicos abrangentes; (iv) há uma constatação sobre o atraso na descentralização do

SUS desde a década de 1990 e, em nome de seu fortalecimento, diversas orientações de políticas são efetuadas; e, (v) para reduzir a centralização considerada persistente, há defesas por mais políticas indutivas do MS ou, ao contrário, maior ênfase na municipalização e delegação de poderes a colegiados federativos.

Uma série de estudos em torno destes itens revelam a complexidade do processo político do SUS. A seguir discutem-se os aspectos mais destacados deste debate.

Os principais estudos tratam de aspectos facilitadores e de obstáculos à regionalização e de sua associação a fatores socioeconômicos ou a políticas de desenvolvimento¹⁵⁻²¹. Investigações foram efetuadas acerca da existência de determinantes da municipalização em que dinâmicas político-partidárias e executivo-legislativo municipais não mostraram associação a tais processos¹⁵. Por sua vez, estudos¹⁶ delinearão tipos regionais associados ao desenvolvimento econômico, ao desenvolvimento humano e à capacidade do sistema de saúde, mostrando nítida desigualdade macrorregional Norte-Sul e a existência de bolsões de baixo desenvolvimento econômico nas regiões mais ricas.

Houve expectativas positivas nos anos 2000 quanto à indução de dinâmicas cooperativas por meio de representantes de entes federativos na forma de um pacto político. Este tipo de inflexão foi destacado¹⁷, mas a adesão dos entes subnacionais não gerou fortalecimento da regionalização pela falta de capacidade dos colegiados e por trajetórias singulares nos estados.

Outro elemento se refere às desigualdades sociais como obstáculos de acesso a serviços. Análise detalhada demonstrou¹⁸ que estas são fortemente influenciadas pela condição social dos indivíduos e pelo seu local de moradia. Os residentes nas regiões Sul e Sudeste tiveram maior acesso do que nas demais regiões e a melhora neste item foi maior nas regiões mais desenvolvidas, o que aumentou as diferenças entre as grandes regiões. As desigualdades sociais no Sul são muito elevadas e no Norte e no Nordeste elas reduziram apesar do menor acesso a serviços de saúde. T tamanha variabilidade compromete a montagem de padrões.

Viacava e Bellido¹⁹ montaram uma série histórica entre 1998-2013 demonstrando que a melhora nacional nos indicadores de acesso não anulou o fato das regiões Norte e Nordeste terem a pior autoavaliação sobre seu estado de saúde, maior restrição de atividades e menor uso dos serviços públicos pelos entrevistados, em que pese o aumento na cobertura dos programas de saúde. Piola et al.²⁰ demonstram que as desigual-

dades regionais foram pouco afetadas apesar do aumento geral nos gastos nominais e percentuais em saúde, do aumento dos recursos aplicados pelas três esferas federativas (consolidado e per capita) e do aumento da participação proporcional de UF e municípios.

Isto decorre da regionalização ser dependente de dinâmicas externas ao setor saúde. Vianna *et al.*¹⁶ argumentam que a descentralização não foi inserida em um modelo de desenvolvimento, o planejamento regional não foi priorizado e a descentralização seguiu o modelo federativo centrado no município e desconsiderando as esferas estaduais, além de não conduzir a arranjos mais cooperativos de saúde. Gadelha *et al.*²¹ retoma a crítica às políticas de regionalização na saúde no Brasil desde os anos 1990 pela sua subordinação às políticas de estabilização monetária. Cordeiro²² também destaca fatores exógenos como obstáculos à descentralização atribuíveis a uma “onda neoliberal” latino-americana e que levaram a uma implantação mitigada do SUS. Desta forma, os déficits de descentralização podem ser atribuídos ao conflito entre um projeto econômico transnacional liberalizante e outro de universalização de direitos²³.

Aspectos tributários devem ser considerados quanto às desigualdades regionais. Dain *et al.*²⁴ mostram que o modelo de proteção de 1988 não foi integralmente implementado em termos fiscais na década de 1990. A renúncia fiscal para os casos de seguros privados e a substituição de fontes tributárias ao longo da década de 1990 foram perversas para o setor saúde. Houve substituição de fontes tributárias por receitas de contribuição em detrimento da ampliação do aporte de receitas à seguridade social a partir das contribuições sociais criadas ou ampliadas em 1988. A própria Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) não gerou a receita adicional para o MS. Para Lima²⁵, isto decorre da divisão das competências tributárias e se agrava pela distribuição das transferências federais segundo a capacidade instalada. Esta configuração molda a dinâmica de cooperação e de conflito entre os atores federativos que seria desfavorável aos entes subnacionais, gerando expectativas sobre o financiamento federal da política de saúde. Trevisan e Junqueira²⁶ tratam como obstáculos mais relevantes à descentralização os recursos financeiros inadequados, a indefinição da administração responsável pelo cumprimento das normas, da definição do poder de repasse de recursos para a gestão descentralizada e as reações da burocracia federal de tradição centralizadora.

Vilaça²⁷ apresenta as redes de atenção como resposta ao quadro sanitário brasileiro que é destoante dos padrões internacionais de transição epidemiológica. Uma “tripla carga de doença” combina infecções, desnutrição e saúde reprodutiva com as doenças crônicas e com o forte crescimento das causas externas. Este perfil, ao se associar ao caráter fragmentado do sistema de saúde brasileiro, gera impacto negativo sobre a formação de redes e as soluções dependeriam da formação de coalisões políticas em favor da expansão do sistema público.

Em direção oposta ao que predomina na literatura nacional sobre descentralização, estão as experiências de consórcios entre municípios. Este debate teve seu apogeu na década de 1990 e perdeu centralidade após a sua regulamentação autárquica na forma de consórcios públicos²⁸ devido à sua vinculação aos procedimentos administrativos semelhantes aos da administração direta em detrimento de sua dimensão contratual. As vantagens da cooperação por livre associação de municípios para gestão regional na forma de associações paraestatais estavam na sua maior autonomia para a contratação de profissionais, laboratórios, hospitais e diagnóstico por imagens. Estas associações são dirigidas por conselhos de prefeitos e operadas por conselhos de secretários de saúde, muitas vezes em parcerias com conselhos municipais locais. Foram estudadas como inovações exitosas as coalizões políticas que se mostraram sustentáveis^{29,30}. De certa forma, a regulamentação dos consórcios atendeu a uma lacuna institucional definida na Lei Orgânica da Saúde. Como lembrou Cordeiro²², as complexas pactuações entre união, estados e municípios se complicaram na implantação do SUS devido ao estabelecimento de muitos níveis dotados de autonomia – federal, estadual, consórcios intermunicipais, municípios e distritos.

A despeito destas considerações, ressalte-se que, tanto na literatura especializada, quanto na legislação recente a partir de importantes disposições normativas^{1,31}, a busca por conferir sobrevida política ao federalismo cooperativo de base constitucional é forte e representativa. No entanto, como assinalam Ribeiro e Moreira³², as iniciativas políticas devem considerar que o quadro vigente no país revela uma crise evidente quanto aos aspectos cooperativos do federalismo no setor saúde brasileiro.

Concluindo, a assinalada convergência discursiva da literatura nacional pode ser sintetizada nos seguintes itens: (i) a descentralização e a regionalização são objetivos virtuosos e funda-

mentais para o cumprimento dos objetivos do SUS; (ii) os problemas observados não são inerentes ao desenho institucional do SUS e sim a fatores internos à operação do sistema (relações interfederativas, financiamento e capacidade institucional) ou exógenas (ajustes fiscais, reformas do aparelho de Estado); e (iii) a ausência de propostas de reforma setorial na direção do protagonismo do governo federal ou de comando centralizado via instituições de caráter nacional.

Análise das regiões de Saúde e da capacidade local

O estudo transversal sobre as RS, realizado a partir dos indicadores selecionados para o ano de 2015 ou próximos, teve fins descritivos e analíticos. Os aspectos descritivos são importantes pela sua agregação a partir de coleta segundo municípios e agregação segundo RS e permitem conhecer as distribuições que demonstram o elevado grau de dispersão, a heterogeneidade e a desigualdade de recursos. A exceção se restringe à atenção hospitalar no SUS, onde os padrões de migração de usuários apresentam certo grau de coerência segundo a complexidade dos casos e pode refletir um padrão avançado de cooperação regional. Em termos analíticos, os estudos de correlações e a análise fatorial mostram que as desigualdades entre as regiões têm características assimétricas, quanto aos recursos de atenção à saúde, quando são comparadas as distribuições de médicos e as internações hospitalares com os demais recursos de diagnóstico e terapia de alta complexidade.

Os dados demonstram que, apesar das correlações positivas entre os indicadores, a grande heterogeneidade entre as RS representa uma importante dificuldade para a definição de padrões e exigem que os modelos analíticos incluam variáveis exógenas ao setor saúde e de caráter socioeconômico. Isto converge com o que destacaram diversos estudos aqui citados^{15,16,19,21}.

Os dados obtidos são consistentes com a tese da falha de cooperação federativa aqui discutida. Estes dados e o desenvolvimento teórico-conceitual são provenientes da referida pesquisa sobre a implementação do COAP para o período 2013-2016².

Em termos de racionalidade sistêmica virtuosa, apesar das assimetrias na distribuição de recursos em agregações maiores, a Tabela 1 resume as distribuições de AIH calculadas a partir das RS e consolidadas por UF. O padrão dominante é o da não migração dos clientes do sistema público. A não migração significa que estes clientes foram

atendidos dentro de uma das 438 regiões de saúde. Estes resultados se reproduzem para todas as GR e para grande parte das RS. Além disso, os valores médios das AIH que migraram são nitidamente maiores em todas as UF. Logo, há uma estabilização onde os casos de maior complexidade são atendidos em polos.

A Tabela 2 mostra que os dados consolidados por capítulos do CID-10 para valores médios das AIH de migração para fora das RS sempre foram maiores em todas as GR e segundo seus capítulos. Isto mostra a capacidade regional em atender, ao menos em parte, a sua demanda hospitalar e distribuir para outras regiões os casos de maior complexidade. Esta racionalidade nas internações hospitalares se dissemina por mais de 80% das RS. Como será visto adiante, em termos de regionalização, o binômio médicos e hospitais parece funcionar melhor do que os demais recursos sanitários estudados, embora a distribuição nacional de leitos e recursos hospitalares diagnóstico-terapêuticos seja, também, sabidamente assimétrica³.

O valor médio de AIH representa o grau de complexidade dos serviços hospitalares utilizados, em uma forma indireta de *case-mix*. Na Figura 1, nota-se que a heterogeneidade em termos de recursos de atenção à saúde em cada RS está presente de modo generalizado conforme a distribuição dos coeficientes de variação dos valores médios de AIH. Há forte correlação positiva entre maiores valores médios de AIH e maiores coeficientes de variação em todas as RS e este processo é mais acentuado nas regiões que concentram maiores recursos, como é o caso do sul e do sudeste do país.

Em todas as RS, os valores médios de AIH expressam coeficientes de variação bem elevados, o que evidencia a heterogeneidade e os desequilíbrios no interior das RS. Este é um sério desafio para se delinear perfis regionais. Isto decorre não apenas de aspectos associados ao desenvolvimento, mas também da existência de serviços de referência dentro das RS. De certa forma, isto é esperado em termos de equilíbrio regional, já o fato da migração para fora das RS ter caráter seletivo sugere a presença de uma lógica de regionalização.

Com relação à TRS, outro traçador de oferta e mobilidade de usuários, os dados coletados segundo RS mostram grandes lacunas na provisão destes serviços no sistema público quanto à assistência à insuficiência renal. Os dados analisados segundo GR, UF e RS convergem na mesma direção, acompanhando suas características socioeconômicas.

Tabela 1. Distribuição de AIH segundo migração em regiões de saúde por Unidades da Federação, 2013.

UF	Não migraram (%)	Não migraram (total de AIH)	Migraram (total de AIH)	AIH não identificadas	Total de AIH	Valores médios de AIH de não-migração (R\$)	Valores médios de AIH de migração (R\$)
AM	98,8	165.319	2.015	0	167.334	766,22	1.133,14
MS	97,2	161.341	4.724	1	166.066	963,07	2.750,39
RJ	94,9	638.697	34.007	4	672.708	1.018,77	1.991,63
RR	93,0	31.506	2.379	0	33.885	627,71	741,62
PA	92,8	463.006	35.990	3	498.999	626,84	1.401,96
MT	92,0	171.004	14.842	3	185.849	761,25	1.787,55
AC	91,9	47.523	4.213	0	51.736	628,64	885,62
DF	91,0	172.278	16.991	0	189.269	954,75	1.316,97
ES	90,9	197.344	19.790	2	217.136	1.036,90	1.709,73
MA	90,4	373.592	39.791	7	413.390	614,52	1.456,03
PR	90,2	695.615	75.149	17	770.781	1.182,75	2.635,70
RO	90,1	96.644	10.652	0	107.296	566,71	1.098,27
SC	89,4	377.020	44.756	0	421.776	1.217,07	2.552,11
BA	89,1	715.759	87.378	15	803.152	750,59	1.648,55
SP	87,4	2.160.758	309.994	320	2.471.072	1.105,08	2.411,10
RS	87,2	651.592	95.419	8	747.019	1.095,50	2.689,94
AP	86,7	33.131	5.084	0	38.215	618,18	712,12
MG	85,0	1.021.765	180.924	12	1.202.701	1.081,71	2.281,12
PI	84,1	186.307	35.081	11	221.399	631,67	1.372,01
GO	83,9	301.655	57.936	98	359.689	871,57	1.992,93
CE	83,8	392.879	75.910	0	468.789	837,11	1.950,64
TO	83,4	88.160	17.555	7	105.722	724,28	1.439,12
PE	79,6	437.949	112.266	3	550.218	1.025,60	1.745,39
AL	77,4	137.022	39.987	1	177.010	880,12	1.238,04
PB	77,2	157.805	46.647	2	204.454	840,08	1.363,82
RN	76,8	127.288	38.388	2	165.678	946,20	1.677,88
SE	62,6	56.196	33.605	0	89.801	801,86	1.218,75
Total	87,5	10.059.155	1.441.473	516	11.501.144	858,32	1.674,15

Fonte: MS/DATASUS/SIH.

Para o ano de 2014, foram registradas 1.646.855 sessões de TRS fora das regiões de saúde de domicílio, as quais se distribuíram por um total de 293 RS e o total pago pelo SUS foi de R\$ 299.799.304,37. Por outro lado, foram registradas 11.525.743 sessões de TRS dentro das RS de domicílio, as quais se distribuíram por um total de 297 RS, totalizando R\$ 2.084.029.418,00 pagos pelo SUS.

Desta forma, 142 RS não registraram sessões de TRS ou o encaminhamento de usuários com aceitação para outras regiões. Há nítida barreira

de acesso. É esperado que, pela natureza da insuficiência renal e da indicação de TRS, o usuário busque atendimento mesmo em regiões mais distantes de sua moradia. Mesmo que em diversos municípios de pequeno porte possam não ter sido registradas ocorrências de insuficiência renal, os dados aqui apresentados sugerem que em 142 RS (uma escala acima de 20 milhões de habitantes), o diagnóstico e o encaminhamento de casos representam uma lacuna do sistema público.

Na Tabela 3, são apresentadas as medidas de resumo sobre a distribuição de médicos e segu-

Tabela 2. Distribuição dos valores médios de AIH segundo migração em regiões de saúde por grandes regiões e CID, Brasil, 2013.

CID	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
I	1.693,93	722,03	1.600,75	591,23	2.391,22	1.224,67	1.350,39	517,29	2.561,37	1.488,64
II	2.056,96	1.378,84	2.544,38	1.756,31	2.220,62	1.680,97	1.616,48	1.264,56	2.446,31	1.628,78
III	804,95	447,47	848,04	433,60	3.125,52	561,32	568,71	396,37	1.442,00	566,96
IV	933,55	438,95	955,07	494,93	3.539,22	893,83	971,37	494,70	2.060,60	595,53
V	894,53	827,81	1.056,76	994,75	1.013,49	865,96	777,22	651,51	1.053,40	959,60
VI	1.512,44	1.283,75	1.556,96	1.054,75	1.675,78	1.164,94	1.690,94	945,58	2.003,22	1.446,19
VII	1.825,04	988,83	1.168,77	1.014,16	1.577,84	1.215,88	1.068,90	1.140,94	1.156,01	861,94
VIII	4.328,07	1.677,04	4.935,78	2.422,47	3.985,48	976,90	3.441,69	400,23	7.058,87	1.664,73
IX	4.293,62	1.892,29	3.075,71	1.423,63	4.787,01	2.152,83	2.903,12	1.228,37	4.722,48	1.934,43
X	1.530,38	875,68	1.886,26	799,81	1.876,75	953,25	1.371,77	690,41	1.680,92	1.019,46
XI	1.086,64	704,40	1.396,77	703,42	2.291,02	927,62	970,96	609,77	2.123,40	898,86
XII	817,91	635,57	753,25	543,74	794,33	551,64	728,42	484,61	708,83	528,83
XIII	3.481,72	1.596,73	1.527,90	1.062,33	3.337,00	2.195,48	1.656,79	898,38	2.462,89	1.498,41
XIV	1.399,86	515,90	1.328,78	581,53	3.220,19	744,12	977,45	423,34	2.577,35	692,19
XV	667,16	553,29	662,72	557,48	586,32	562,72	630,74	541,51	661,01	570,82
XVI	4.677,08	2.034,57	3.088,49	1.936,34	6.977,24	3.606,46	2.840,82	1.448,12	5.524,22	2.640,26
XVII	3.778,75	3.074,23	3.230,94	2.343,81	4.404,47	2.460,16	3.210,84	1.535,18	4.067,66	2.374,50
XVIII	1.117,69	624,59	927,83	656,63	1.472,78	985,78	1.297,94	727,43	1.062,28	726,95
XIX	1.556,46	911,08	1.325,55	935,14	2.168,80	1.226,77	1.128,04	751,20	1.931,75	1.085,73
XX	1.213,54	440,59	631,17	403,37	2.821,04	1.040,63	773,55	440,89	1.147,06	826,87
XXI	476,31	277,77	559,74	349,64	1.242,09	460,58	265,93	265,71	1.116,28	440,48
XXII	-	-	-	-	-	-	-	-	66,32	-

Os capítulos do CID correspondem, em linhas gerais e aqui adaptado em nome da concisão, às doenças: I (infecciosas e parasitárias); II (neoplasias); III (sangue e transtornos imunitários); IV (endócrinas e metabólicas); V (mentais); VI (sist. nervoso); VII (olho); VIII (ouvido); IX (ap. circulatório); X (ap. respiratório); XI (ap. digestivo); XII (pele e subcutâneo); XIII (sist. osteomuscular); XIV (ap. geniturinário); XV (gravidez, parto e puerpério); XVI (perinatal); XVII (malformações congênitas); XVIII (achados anormais de exames); XIX (lesões e envenenamentos); XX (causas externas); XXI (fatores gerais de serviços de saúde); XXII (códigos especiais).

Fonte: SIH/SUS.

ros privados de saúde. As diferenças regionais medidas segundo as RS são importantes para ambos os indicadores, com coberturas maiores no Sudeste, seguido pelo Sul e Centro-Oeste. O Norte, seguido pelo Nordeste, constituem as regiões de menor disponibilidade destes recursos, especialmente quando os dados são ajustados por populações. É importante notar que existem médicos cadastrados no CNES e planos privados cadastrados na ANS em todas as 438 RS existentes. Mesmo as RS com menores coberturas, como o mínimo observado para médicos no Centro-Oeste (45) e para planos no Sudeste (500), atestam para a possibilidade de organização de serviços de saúde e de compartilhamentos com o setor privado. As enormes diferenças entre médias e

medianas em todas as GR e para ambos os indicadores reforçam a tese da elevada variabilidade entre as RS. Isto deve ser entendido como mais um desafio para a construção de perfis de RS.

Em termos exploratórios, foram feitas análises para definir perfis de RS. A Tabela 4 apresenta resultados de análises realizadas entre os traçadores com relação à variável “presença de médicos por habitante”, enquanto a relação entre as variáveis foi medida através do Coeficiente de Correlação de Spearman. Nota-se que em todos os casos existem correlações positivas dos indicadores de equipamentos, de presença de seguros privados de saúde e de complexidade de interações hospitalares. No entanto, há importantes variações entre estas correlações sendo a relação

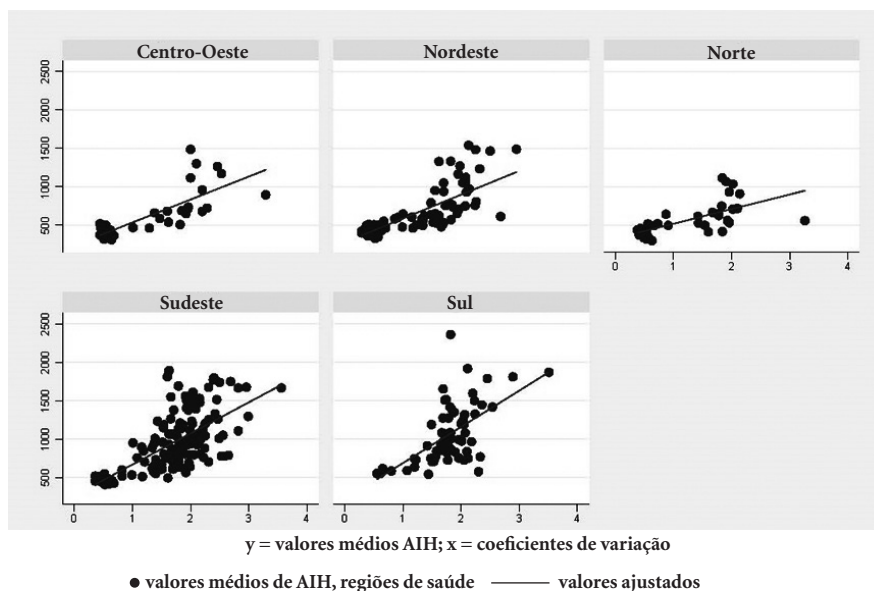


Figura 1. Diagramas de dispersão de valores médios de AIH e coeficientes de variação nas Regiões de Saúde segundo grandes regiões, Brasil, 2013.

Fonte: SIH/SUS/MS.

Tabela 3. Medidas de resumo para o número de médicos e seguros privados de saúde nas RS segundo grandes regiões, Brasil, 2015.

Médicos*	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Total	57.074	266.388	794.160	258.191	103.813	1.479.626
Média	1.268,31	2.002,92	5.190,59	3.796,93	2.661,87	3.378,14
Mediana	457	700	1.865	1.923	683	1.186
Mínimo	69	108	112	565	45	45
Máximo	12.503	35.720	139.554	34.774	19.280	139.554
Por milhão hab	3.260,54	4.709,82	9.261,82	8.833,03	6.722,67	7.235,96
Seguros privados*	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Total**	1.818.929	6.747.733	30.588.815	7.066.435	3.141.095	9.363.007
Média	40.420,64	50.734,83	397.257,34	03.918,16	82.660,39	12.958,83
Mediana	7.220	6.725	50.977	40.069	18.053	23.093
Mínimo	506	750	500	6.267	563	500
Máximo	548.818	1.101.750	30.588.815	1.389.922	938.043	6.470.086
Por cem hab	10,39	11,93	35,67	24,18	20,34	24,14
População***	17.504.446	6.560.081	85.745.520	9.230.180	15.442.232	04.482.459

*Dados apurados segundo as 438 Regiões de Saúde vigentes. **Nos totais não estão incluídos 11.368 dos quais não há informações sobre as regiões. ***População estimada de 2015, IBGE.

Fontes: CNES; ANS.

Tabela 4. Correlações entre os indicadores selecionados e a presença de médicos por habitante nas RS, Brasil, 2015.

Variáveis	Coefficiente de Correlação (Spearman)
Mamógrafo total	0,6779
RMI total	0,7356
US total	0,3204
Cobertura de planos	0,8760

Fontes: CNES/MS; SIH-SUS/MS.

entre o coeficiente de planos médicos por habitante e a presença de médico por habitante a mais forte (87,6%). Essas associações devem ser vistas em caráter exploratório uma vez que embora tenham sido significativas, algumas foram fracas.

Com o intuito de reduzir dimensionalidade, foi realizada uma análise fatorial e observou-se que as variâncias do grupo de traçadores não são simplesmente redutíveis a fatores substitutivos.

Apesar dos limites apontados, há relevância nas correlações positivas e significativas entre todos os indicadores e podem ser elaboradas explicações para estas observações. A presença dos médicos nas RS, especialmente nas menos desenvolvidas e mais afastadas de grandes núcleos urbanos, pode ocorrer sem a presença de recursos diagnósticos de alta complexidade e apenas o grau de complexidade das internações hospitalares formam um par previsível de recursos nas RS. O que pode ser depreendido da análise destes traçadores é que as RS possuem elevada diversidade de recursos e heterogeneidade em sua distribuição. Isto, se por um lado fala a favor da necessidade de maior ação política para equalizar a oferta de serviços e seu compartilhamento nas RS, por outro mostra as dificuldades políticas para compensar o perfil alocativo inequitativo destes mercados.

Considerando as correlações positivas entre as variáveis da Tabela 4, foi realizada uma análise fatorial para verificar a existência de fatores substitutivos dos indicadores de recursos de atenção à saúde na RS para fins de posterior comparação com indicadores de desenvolvimento socioeconômico. Estes, segundo a literatura, operam como variáveis que afetam as posições das RS em termos destes recursos. As variáveis constantes da matriz foram os valores médios de AIH, a cobertura percentual de planos de saúde e o número de médicos, de equipamentos de mamografia, ressonância magnética e ultrassonografia convencional, todos estes por milhão de habitantes. Foram

gerados seis fatores, as diferenças observadas foram significativas e três deles mostraram valores positivos e considerados segundo critérios usuais (*kaiser*). Com relação aos autovalores calculados, o fator 1 responde pela maior carga de variância da matriz (2, 25888) e maior peso relativo na variância total (1,0116). Quanto às cargas fatoriais, apenas o fator 1 resiste ao critério acima de 0,5 com relação às seis variáveis incluídas no modelo. Caso se aplique o critério mais rigoroso de 0,7, notaremos que este fator representa apenas as variáveis médicos e valores médios de AIH. O quadro se torna mais nítido quando se analisam as especificidades (erro) onde (pela regra do limite máximo em 0,5) igualmente médicos e médias de AIH são aceitos como representados pelo fator 1. Isto recobre o fato do critério de cargas fatoriais ser estipulado em 50% ou 70%.

Portanto, apenas o fator 1 seria aceitável para explicar a variância da matriz. No entanto, a sua utilização seria restrita para a distribuição de médicos e de AIH média acompanhando a correlação de 80,5% mostrada na Tabela 4. Isto deixa de fora do fator os equipamentos e os seguros privados, que teriam de ser submetidos a nova análise fatorial, comprometendo a capacidade explicativa da avaliação.

Como os resultados mostram, a heterogeneidade (variâncias) é alta e o desenvolvimento de modelos mais abrangentes e alternativos aos dos recursos sanitários se impõe.

Considerações Finais

A descentralização no federalismo brasileiro envolve a competição por recursos fiscais e indutivos, além da imposição de barreiras de acesso a serviços locais por cidadãos vizinhos ou distantes. Embora existam muitos exemplos bem-sucedidos de cooperação regional, a dinâmica entre cooperação e competição é uma das principais falhas na implantação do SUS.

O federalismo cooperativo é um processo contraditório e sem rumos pré-definidos. A cooperação entre entes subnacionais e em escala regional muitas vezes se dá por meio de uma adesão formalista a um modelo aceito como politicamente adequado. Não existem evidências de que a cooperação tenha se tornado um padrão dominante no Brasil e as experiências exitosas de consórcios, distritos sanitários e colegiados regionais dizem mais sobre potenciais do modelo do que um padrão sustentado e disseminado. Fatores diversos devem ser considerados como

comprometedores da retórica cooperativa oficial. Estes incluem: decisão de investimentos centrada nos prefeitos e governadores; baixa responsabilização dos entes federativos pelos resultados observados; jogo de soma positiva para União, estados e municípios pela inércia em termos de responsabilidade sanitária. Os normativos do SUS expressam uma concepção de responsabilidade em que a cooperação mútua propalada oculta a responsabilização direta e em particular.

As desigualdades regionais em todos os níveis – grandes regiões, unidades federativas e regiões de saúde – são apontadas pela literatura especializada como fato marcante do nosso sistema de atenção à saúde. Os dados apresentados e analisados neste artigo corroboram estas características com relação às grandes regiões e unidades federativas e geram evidências no sentido de que a desigualdade dentro das RS e entre elas se apresenta com intensidade e maior complexidade e entrelaçamento de serviços.

A regionalização do SUS se mostra mais nítida com relação à prestação de serviços hospitalares e a presença de hospitais parece configurar, junto com a de médicos, no principal fator ordenador do sistema nas RS. O movimento de migração de clientela para fora das suas RS segundo maior grau de complexidade dos casos representa a principal evidência positiva aqui observada em termos de acesso regional resultante do planejamento governamental. No entanto, em termos de RS, as desigualdades locais e regionais se mostram convergentes ao destacado pela literatura especializada.

Ao contrário da hipótese de um carregamento mútuo de recursos de atenção à saúde, pela qual seria esperado que internações hospitalares, presença de médicos e de equipamentos de alta complexidade e maior cobertura de seguros privados de saúde se apresentassem segundo distribuição fortemente correlacionadas e de refor-

ço mútuo, o estudo das RS mostra que isto não ocorre, ao menos de modo abrangente, devido às profundas assimetrias entre as RS nos estados e nas grandes regiões.

As correlações entre estas variáveis são positivas, porém o grau de associação é diverso. Apesar disso, a análise fatorial não se mostrou satisfatória na busca por fatores substitutivos do conjunto de variáveis associadas a recursos e produção de serviços. O melhor fator explica adequadamente apenas às variáveis “valor médio do total de AIH” e “presença de médicos por milhão de habitantes” das RS. Esta também foi a correlação mais forte observada. Ao se colocar a variável médicos em evidência, a sua relação com seguros privados e com a presença de equipamentos se mostrou mais fraca.

O maior grau de complexidade de serviços hospitalares e os médicos representam o principal fator agregado de distribuição de recursos de atenção à saúde. A presença de médicos está mais associada à distribuição de seguros privados e não traz necessariamente os demais recursos diagnósticos de maior complexidade. Este fato é coerente com a experiência observada de que os médicos muitas vezes chegam nas RS e nos municípios antes dos demais recursos de atenção.

Há uma diferença entre reduzir desigualdades via regionalização da rede de serviços ou por incentivos diretos para a equalização regional. O federalismo formalmente cooperativo apenas se sustenta na sua não responsabilização plena ou mútua e na forma de um pacto pelo não constrangimento mútuo. Isto sugere que algum grau de centralização seja desejável ou mesmo urgente. O modelo brasileiro é este que segue as disposições constitucionais e não cabe renunciar aos seus objetivos universalistas. É sobre as contradições do federalismo cooperativo que devem ser construídas as bases da redução das desigualdades no país.

Colaboradores

Os autores trabalharam em conjunto na concepção e no delineamento do artigo; JM Ribeiro foi o responsável pela redação e pela análise e interpretação dos dados; MR Moreira, AM Ouverney e CMFP Silva foram responsáveis pela revisão crítica do texto.

Agradecimentos

Ao Departamento de Articulação Interfederativa (DAI) - à época da Pesquisa na SGEP/MS e, atualmente, na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde - seus Diretores e Coordenadores desde 2013, em especial a Isabel Senra, por seu apoio e dedicação.

Referências

1. 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* 2011; 29 jun.
2. Fiocruz. *Análise da Implementação Nacional do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), 2013-2016* [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.
3. Ribeiro JM. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):771-782.
4. R Core Team. *R: A language and environment for statistical computing*. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2016.
5. Hamilton A, Madison J, Jay J. *The Federalist Papers*. New York: Signet Classics; 2003.
6. Dahl R. *Um Prefácio à Teoria Democrática*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1989.
7. Lijphart A. *Patterns of Democracy: government and performance in thirty-six countries*. New Haven: Yale University; 1999.
8. Costa-Font J, Greer SL, editors. *Federalism and decentralization in European health and social care*. London: Palgrave/Macmillan; 2013.
9. Fleury S, Ouverney AM. *Gestão de Redes: A Estratégia de Regionalização da Política de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.
10. Ribeiro JM, Alcoforado F. Mecanismos de governança e o desenho institucional da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1339-1349.
11. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):795-805.
12. Moreira MR. Reflexões sobre democracia deliberativa: contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política. *Saúde em debate* 2016; 40(n. especial):25-38.
13. Nunes E. *A Gramática Política do Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar Editor; 1997.
14. Abrúcio FL. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: Fleury S, organizador. *Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Rio de Janeiro: FGV Editora; 2006. p. 77-125.
15. Arretche M, Marques E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder de voto e estratégias de governo. *Cien Saude Colet* 2002; 7(3):455-479.
16. Viana ALA, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2317-2326.
17. Lima LD, Queiroz LFN, Machado CV, Viana ALA. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1903-1914.
18. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):975-986.

19. Viacava F, Bellido JG. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2):351-370.
20. Piola SF, França JRM, Nunes A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2):411-421.
21. Gadelha CAG, Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):3003-3016.
22. Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):319-328.
23. Ribeiro P. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):819-828.
24. Dain S, Faveret ACS, Cavalcanti CE, Carvalho D, Quadros WL. Avaliação dos impactos de reforma tributária sobre o financiamento da saúde. In: Negri B, Ferrato G, organizadores. *Radiografia da Saúde: 2001*. Campinas: Editora Unicamp; 2001. p. 233-288.
25. Lima LD. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):511-522.
26. Trevisan LN, Junqueira LAP. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão de rede. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):893-902.
27. Vilaça EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2297-2305.
28. Brasil. Lei 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2005; 7 abr.
29. Ribeiro JM, Costa NR. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). *Planejamento e Políticas Públicas* 2000; 22:173-220
30. Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cad Saude Publica* 2006; 22(10):2207-2217.
31. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2012; 16 jan.
32. Ribeiro JM, Moreira MR. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. *Saúde em debate* 2016; 40(n. especial):14-24.

Artigo apresentado em 06/06/2016

Aprovado em 04/08/2016

Versão final apresentada em 13/02/2017