

Cooperação e Coordenação na Implementação de Políticas Públicas: O Caso da Saúde*

Telma Menicucci¹

Alisson Maciel de Faria Marques²

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: telmenicucci@fafich.ufmg.br

²Secretaria da Saúde do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: alisson.faria@saude.mg.gov.br

INTRODUÇÃO

A implementação da maioria das políticas sociais demanda a integração de ações dos diversos níveis de governo, o que remete ao problema teórico clássico sobre a possibilidade de ação coletiva ou de cooperação entre entes autônomos. Em contextos federativos, a cooperação remete a questões analíticas como a coordenação federativa, a definição de arenas federativas para construção de acordos entre os entes federados e as condições nas quais seja possível a cooperação.

No processo dinâmico de implementação da política de saúde no Brasil, definida a partir da Constituição de 1988, tem sido desenvolvido um arcabouço institucional complexo para lidar com essas questões, após um momento inicial de descentralização com forte ênfase municipalista¹. Destaca-se, nesse processo, a tentativa de construção de sistemas regionalizados que ultrapassam o espaço municipal e envolvem articulação e cooperação entre as instâncias governamentais com vistas a garantir o acesso dos cidadãos aos diversos serviços de saúde,

* Agradecemos os comentários de Carlos Aurélio Pimenta de Faria e Marta Arretche à primeira versão deste artigo, apresentada na Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (Anpocs), e também aos pareceristas anônimos de DADOS – *Revista de Ciências Sociais*, que muito contribuíram para ampliar a sua qualidade.

de diferentes graus de complexidade, o mais perto possível de sua residência. Esse processo de regionalização se justifica pela própria natureza da atenção à saúde que demanda a gestão de uma rede de serviços diversificada e distribuída em diferentes níveis de complexidade, em geral territorialmente dispersa e atuando em escalas variadas em função do grau de complexidade e da demanda. A gestão da rede de serviços em um contexto federativo, associada à descentralização para os níveis regionais e locais de governo, coloca a necessidade de combinar a autonomia dos entes federados e a cooperação entre eles de forma a garantir os preceitos constitucionais de universalidade e integralidade da atenção², compatibilizando a localização territorial das pessoas com a da rede assistencial, sob a responsabilidade de gestores diversos.

Este artigo apresenta resultados de uma pesquisa que teve como objetivo analisar o grau de regionalização da assistência à saúde no país³. Essa se traduz na obtenção da cooperação entre os entes federados para garantir o acesso integral e universal aos serviços num determinado espaço territorial – as regiões de saúde. O ponto de partida foi uma análise das regras institucionais voltadas para a regulação das relações federativas, particularmente o arranjo institucional da regionalização, tendo como pano de fundo a discussão da cooperação no âmbito de sistemas federativos. A análise institucional aponta que esse arranjo tem potencial para favorecer a cooperação; entretanto, essas regras, que são nacionais e aplicáveis a todo o país, não são capazes de explicar as variações entre as unidades da federação e/ou entre as regiões de saúde.

Buscou-se, então, identificar possíveis fatores explicativos das diferenças entre estados e regiões de saúde a partir de duas hipóteses que consideram, além do desenho institucional, fatores de nível estadual e local que afetam o processo de regionalização: 1) a regionalização depende da atuação do nível estadual de governo no sentido de assumir o papel de coordenador, tanto executando as ações definidas no arcabouço institucional/legal quanto definindo incentivos ao comportamento cooperativo dos municípios; 2) fatores locais de natureza estrutural, como a disponibilidade de recursos financeiros e humanos e a capacidade de produção de serviços, também podem afetar a construção dos pactos e a constituição de redes regionalizadas. Se o primeiro fator é de natureza política e está relacionado às escolhas dos dirigentes estaduais a partir de sua autonomia enquanto ente federado, os

segundos são de natureza estrutural e referem-se aos recursos existentes nas regiões e que afetam a capacidade de prestação de serviços de saúde.

Para testar essas hipóteses, buscou-se avaliar o processo de regionalização em uma amostra de estados a partir de uma pesquisa em profundidade. Em primeiro lugar, foi analisado o “grau” de regionalização e, em segundo, esse resultado foi associado a fatores contextuais com vistas a construir uma interpretação para possíveis diferenças entre os estados e regiões de saúde, considerando que os fatores institucionais (regras e instrumentos definidos nacionalmente) são constantes. Para isso, foram feitas visitas aos estados e realizadas entrevistas com integrantes dos governos estaduais e municipais, além de observação direta de reuniões dos colegiados intergestores. Para a construção de um índice de regionalização e análise dos fatores estruturais foram utilizadas as bases de dados disponibilizadas pelo Datasus/Ministério da Saúde.

O artigo está estruturado da seguinte forma: na segunda seção, após esta introdução, é feita uma breve discussão da implementação de políticas públicas em contexto federativo, particularmente a questão da cooperação entre os entes federados, que coloca um problema de ação coletiva, e o seu corolário, que é o problema da coordenação. À luz desses argumentos, é analisado o arranjo institucional proposto para a regionalização no Sistema Único de Saúde (SUS), identificando os instrumentos e mecanismos definidos para promover a cooperação entre os entes federados e a coordenação do processo. Na terceira é analisado o processo de regionalização nas regiões de saúde dos estados pesquisados, considerando que as regiões são os espaços territoriais que devem oferecer as condições de acesso às ações e serviços de saúde. Para efeitos de comparação e análise dos fatores que afetam esse processo, foi construída uma medida do grau de regionalização – a variável dependente para a qual se pretendeu produzir uma explicação. Na quarta, são analisados os fatores que intervêm no processo, de acordo com as hipóteses elaboradas, ou seja, as variáveis independentes. Como os fatores hipotetizados para interpretar as diferenças quanto ao grau de regionalização entre as regiões de saúde referem-se a dois diferentes níveis de análise – o primeiro, as próprias regiões (fatores locais de natureza estrutural), e o segundo, a Unidade da Federação (estado) em que elas se encontram –, foi utilizado o método de regressão multinível, que reconhece a importância de hierarquias entre os fatores explicativos. A quinta e última seção sintetiza algumas conclusões.

FEDERALISMO E AÇÃO COLETIVA: COOPERAÇÃO E COORDENAÇÃO NO ARRANJO INSTITUCIONAL DO SUS

O SUS foi criado como um pacto federativo assentado em uma concepção de cooperação entre as três esferas de governo. São muitos os atores envolvidos, e a cooperação entre eles é fundamental para o sucesso do SUS, existindo permanente tensão entre descentralização e autonomia entre os entes federados, de um lado, e união e interdependência, de outro, colocando-se de forma explícita o problema da ação coletiva. Se o problema teórico clássico é explicar por que os indivíduos cooperam e como é possível a ação coletiva, no caso das relações intergovernamentais, a questão passa a ser: por que os municípios cooperam?

A literatura destaca que o problema da ação coletiva aparece quando o interesse privado impede a obtenção do bem coletivo ou na situação em que exista impossibilidade de se obter individualmente um bem privado. Parte da literatura considera que a ação coletiva não se realiza a menos que haja coerção ou “incentivos seletivos”, entendidos como ganhos ou benefícios individuais derivados da participação na ação coletiva, partindo do pressuposto de que os indivíduos são egoisticamente motivados e racionais. Na situação em que o bem público estiver disponível para todos, eles optam por não cooperar e agir como um *free-rider*. Deriva daí o paradoxo da racionalidade, dado que a ação individual racional pode produzir resultados subótimos para a coletividade ou o desastre coletivo (Olson, 1971, 1982; Barry, 1982; Elster, 1989a, 1989b, 1990).

Outra parte da literatura, aplicando a teoria dos jogos, considera que a cooperação depende mais das relações estratégicas entre os membros de um grupo do que da análise de custos e benefícios feita por indivíduos isolados, não existindo ainda uma relação direta entre o tamanho do grupo e o sucesso da coordenação. Em situações nas quais o jogo se repete ou quando os indivíduos têm a possibilidade suficientemente grande de se encontrar, é possível a cooperação; ou numa situação em que se siga uma estratégia condicionalmente cooperativa, baseada na reciprocidade, o grupo pode ser protegido de estratégias menos cooperativas, pois o cálculo estratégico é profundamente afetado pelas expectativas acerca do comportamento alheio (Taylor, 1987; Hall e Taylor, 1996; Axelrod, 1984; Aguiar, 1990). E para perceber como a cooperação é ou não produzida, é necessário compreender os seguintes aspectos no processo de interação estratégica entre os atores: o *contexto*

da ação; as *identidades sociais* dos atores que interagem; o processo de formação e transformação das *preferências*, interesses e objetivos desses atores, no curso de sua interação; e a *informação* disponível no curso das interações.

A coordenação é outro problema a ser enfrentado para a obtenção de cooperação, dada a irrelevância da ação de qualquer indivíduo isolado para a realização do bem comum (Reis, 1984, 1988). Em consequência, mesmo numa situação em que todos os indivíduos sejam solidários, as dificuldades para a realização do interesse comum persistem na ausência de solução para o problema da coordenação.

No âmbito de estruturas federativas, as questões da ação coletiva e da coordenação federativa ganham relevância e remetem à discussão das condições que propiciam a cooperação entre os entes federados e minimizem a competição. Enquanto um processo de distribuição e de redistribuição da autoridade, o federalismo pode envolver, por um lado, cooperação e reciprocidade entre os entes federados. Mas, por outro, a divisão de autoridade entre diferentes níveis de governo significa que cada instância possui competências sobre as quais cabe a ela a decisão final. E apesar de certo grau de centralização, algum grau de autonomia regional continua preservado nas federações⁴. Decorre daí que, em um arranjo federalista, deve haver incentivos de cooperação para a solução dos problemas de ação coletiva, e se coloca o desafio de conciliar a autonomia das esferas de governo com a necessária interdependência entre elas. Na fórmula clássica enunciada por Elazar (1994), o federalismo deve dar corpo a “autogoverno mais governo compartilhado” (*self rule plus shared rule*).

O sucesso do “pacto federativo” requer a cooperação entre os diversos atores envolvidos, o que, por sua vez, remete ao problema da coordenação das ações de níveis de governo autônomos. Mecanismos de parceria aprovados pelos entes federativos, como regras legais que obriguem os atores a compartilhar decisões e tarefas, respeito mútuo e a negociação no plano intergovernamental são considerados essenciais para o equilíbrio das formas de cooperação e competição.

À luz do argumento institucionalista de que as instituições regulam o cálculo e a interação dos atores, supõe-se que é por meio de dado desenho institucional que se torna possível compatibilizar autonomia e interdependência dos entes federativos. Esse desenho, no entanto, não é constituído apenas pelos dispositivos constitucionais, mas inclui um

conjunto maior de regras e instrumentos que moldam as relações entre as esferas de governo em cada política particular (Arretche, 2004). A coordenação pode ser favorecida na implementação de políticas públicas na medida em que o Executivo federal dispuser de recursos institucionais capazes de interferir nas escolhas dos representantes das esferas subnacionais e, assim, reduzir os problemas de comando inerentes à ação coletiva. A coordenação pressupõe, portanto, alguma centralização de decisões, mas que devem ser, assim como as ações cooperativas, negociadas e aprovadas pelos entes federativos.

O ARRANJO INSTITUCIONAL DO SUS E A PROPOSTA DE REGIONALIZAÇÃO

No modelo federativo tripartite brasileiro, a gestão das políticas públicas torna-se mais complexa na medida em que é preciso conjugar a interdependência e autonomia de três entes. Há certo consenso de que a coordenação federativa, por sua vez, precisa ser exercida tanto pela União quanto pela esfera estadual em relação aos municípios. Ainda que a esfera estadual seja aquela com atribuições menos definidas na Constituição Federal, cabe a ela um papel central nas políticas sociais, particularmente quando se considera a heterogeneidade dos municípios em termos de capacidade técnica, administrativa e financeira. Nessas condições, a assunção de políticas públicas pela esfera municipal sem a atuação do nível estadual de governo pode contribuir para o aprofundamento das desigualdades.

Assim como acontece com outras políticas sociais, a Constituição brasileira define competências comuns aos três níveis de governo também em relação à política de saúde, o que sinaliza para o padrão cooperativo do federalismo brasileiro. No caso do SUS, a cooperação coordenada entre as três esferas de governo é condição para a garantia da assistência tempestiva por meio da construção de redes de atenção à saúde em espaços territoriais resolutivos. Um problema da ação coletiva se coloca de forma clara na medida em que a maioria dos municípios não consegue garantir a atenção integral à saúde para os seus munícipes sem a utilização dos serviços localizados em outros municípios. Para favorecer as relações cooperativas, foram criados incentivos para a transferência de responsabilidades e para o combate às relações competitivas e predatórias entre União, estados e municípios. Nesse arranjo regulatório, o governo federal ocupa posição central, pois detém o controle do processo decisório, define o formato da cooperação e a des-

tinação dos recursos transferidos; enquanto os municípios são os executores e gestores da política.

Desde a Constituição de 1988 está prevista a criação de uma “rede regionalizada e hierarquizada” de ações e serviços (art. 198) para enfrentar o fato de que muitas das questões da saúde não podem ser resolvidas no âmbito municipal. Entretanto, a regionalização tem-se mostrado de difícil concretização. O aparato institucional do SUS, montado na década de 1990, foi bem-sucedido no sentido de viabilizar a descentralização, mas não conseguiu efetivar a regionalização⁵. Ao contrário, as regras da descentralização, particularmente as relativas à transferência de recursos, atuaram no sentido de dificultá-la ao supervalorizar o papel do município ao lado de uma subvalorização do papel dos estados como instâncias de organização do processo de gestão, financiamento, fiscalização e controle. Isso levou ao chamado “municipalismo autárquico”, no qual, ao invés de uma visão cooperativa, os municípios concorrem entre si pelo dinheiro público de outros níveis de governo, lutam predatoriamente por investimentos privados e, muitas vezes, repassam custos a outros entes.

A partir de 2001, normatizações voltadas para a organização regionalizada do setor têm como um de seus objetivos corrigir as distorções do municipalismo autárquico, com vistas a substituir a atitude de competição pela cooperação, tanto intermunicipal quanto com as secretarias estaduais de saúde, cabendo às últimas o planejamento e a coordenação (Brasil, 2001; 2002a). Para ordenar o processo de regionalização foram estabelecidas regras e instrumentos, como:

- *Plano Diretor de Regionalização (PDR)*: a ser elaborado pelas secretarias estaduais como instrumento de ordenamento do processo; envolve a organização dos territórios estaduais em regiões e micro-regiões para a estruturação de redes hierarquizadas de serviços, visando garantir o acesso da população aos serviços e ações de saúde em todos os níveis de atenção o mais próximo possível de sua residência – *diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores*.
- *Programação Pactuada Integrada (PPI)*: instrumento de planejamento físico-orçamentário dos serviços de saúde no âmbito estadual, consubstanciando-se em um *pacto solidário entre os gestores* e que busca consolidar o papel do nível estadual na coordenação da política estadual, promovendo a integração dos sistemas municipais.

– *Plano Diretor de Investimento* (PDI): componente do PDR para definir os investimentos a partir das necessidades identificadas e preencher os chamados “vazios assistenciais”.

Embora esses instrumentos tenham dado início a um esforço de integração federativa, eles foram pouco eficazes no sentido de articular as redes regionais, romper com a fragmentação, decorrente do processo de municipalização, e construir um sistema de saúde efetivo. Em 2006, as regras foram reformuladas por meio do *Pacto pela Saúde* (Portaria MS/GM nº 399/2006), constituído por três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Gestão do SUS⁶. O *Pacto pela Gestão* tem como objetivo reforçar a estratégia da regionalização, para isso, busca estabelecer mais claramente as responsabilidades de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e contribuir para o fortalecimento da denominada “gestão compartilhada e solidária do SUS”. O pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios e aprofunda a *territorialização da saúde*.

A denominação da norma expressa o ponto nodal da questão federativa, particularmente no caso da assistência à saúde: a necessidade de pactuação entre os entes federados. Como mecanismos de gestão regional e para criar arenas de pactuação institucionalizadas, com vistas a resolver os problemas da ação coletiva, são instituídos os *colegiados de gestão regional*, formados pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do gestor estadual. Esses colegiados são entendidos como espaços permanentes de pactuação, cogestão solidária e cooperativa, devendo suas decisões ser sempre consensuais. O *Pacto de Gestão* define ainda a formalização dos acordos intergovernamentais em um Termo de Compromisso de Gestão. As novas regras reiteram o PDR, o PDI e a PPI como os principais instrumentos de planejamento da regionalização. No que concerne ao financiamento, os repasses federais permanecem sendo efetivados mediante adesão ao programa, preservando o caráter indutor das transferências e o poder regulatório do Ministério da Saúde (Lima e Queiroz, 2012).

O decreto presidencial nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (Brasil, 2011), norma hierarquicamente superior às regulamentações anteriores, que eram sob a forma de portarias ministeriais, busca consolidar processos em curso no movimento de implantação do SUS. Seu foco principal são as relações federativas, ao buscar assegurar o compromisso dos entes

federados com a assistência à saúde integral e de qualidade. Com vistas a tornar os compromissos entre os gestores mais efetivos, o decreto torna claras as responsabilidades sanitárias dos entes federados sobre a oferta e a organização das ações e serviços, por meio de um contrato jurídico (Contrato Organizativo da Ação Pública – Coap) que visa organizar de maneira compartilhada ações, funções e serviços de saúde. Enquanto um acordo multilateral, em princípio, obriga os entes signatários ao seu cumprimento sob pena de as cláusulas penais serem executadas e, dessa forma, acredita-se que garanta maior segurança jurídica aos acordos federativos.

É possível dizer que o arranjo desenhado para a regionalização favorece a cooperação, ou a ação coletiva, na medida em que são especificadas, ainda que com lacunas, as atribuições de cada nível de governo, estabelecendo-se certa hierarquização entre eles. Como o governo federal dispõe de recursos institucionais significativos, particularmente o poder normativo e a posse da maior parte dos recursos para o financiamento do SUS, isso lhe permite, ainda que em tese, atuar como indutor da cooperação e de maior simetria na organização dos sistemas de saúde regionais. Incentivos seletivos também são concedidos sob a forma de recursos condicionados à realização de determinadas ações que interferem nas escolhas dos municípios e induzem à cooperação, ao mesmo tempo que favorecem a homogeneização das políticas no território nacional. Esse foi o caso, por exemplo, da transferência de recursos federais para a criação dos colegiados regionais. Ao se delegar ao governo estadual responsabilidades claras na configuração do sistema de saúde estadual, as regras institucionais estabelecem uma terceira parte na relação entre municípios, possibilitando o exercício da coordenação. A definição de instrumentos que determinam o espaço territorial da cooperação (PDR) e formalizam o pacto entre os gestores (PPI) também cria condições favoráveis para o acordo caso, efetivamente, sejam elaborados de forma conjunta.

A criação de “arenas federativas” – instâncias de pactuação de âmbito micro e macrorregional – pode ser um mecanismo institucional para forçar os atores a compartilhar decisões e definir responsabilidades e, nesse sentido, tem potencial para favorecer uma conduta baseada na negociação. A criação dos colegiados compostos pelos secretários municipais de saúde e representantes do nível estadual de governo propicia um jogo que se repete regularmente, dado que gestores municipais, sob a coordenação estadual, se encontram mensalmente para discutir a

atenção à saúde na região e pactuar os encaminhamentos intramunicipais. Esses encontros possibilitam aumentar a informação disponível para os participantes podendo levar a um comportamento estrategicamente cooperativo, e os municípios podem aprender a cooperar, desde que todos colaborem. Nesse caso, o arranjo proposto tem potencial para fazer com que a cooperação se torne coletivamente estável.

Outra característica do desenho institucional da regionalização é a atribuição da responsabilidade da regulação das referências intermunicipais aos gestores municipais. Essa regulação se articula com as centrais de regulação – municipais e estaduais – que controlam o acesso dos usuários aos prestadores de serviço. Esse acesso, em tese, deve obedecer aos pactos formalizados entre gestores e que se traduzem na distribuição de recursos entre os municípios a partir dos compromissos assumidos quanto à prestação de assistência à saúde.

Em síntese, o arranjo institucional desenhado para a regionalização define mecanismos que visam favorecer a cooperação ao especificar as atribuições de cada nível de governo; definir as relações intergovernamentais; criar instrumentos de gestão capazes de garantir a coordenação por parte do plano estadual de governo e constituir arenas federativas para pactuação, que têm efeitos de redução da assimetria informacional entre os atores. Entretanto, esse arranjo é menos capaz de impor alguma forma de coerção no caso de deserção, ou seja, ausência de cooperação ou não cumprimento dos pactos. O que está relacionado à configuração federativa do Estado brasileiro, que garante autonomia aos entes federados, em que pese o papel central do governo federal na normatização e coordenação da política de saúde.

O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO EM AMOSTRA DE ESTADOS

A Construção do Índice de Regionalização

Se o desenho institucional tem potencial para favorecer a cooperação e garantir a coordenação, as evidências são de que os resultados não são positivos nem uniformes, o que balizou a construção das hipóteses que orientaram a pesquisa. Para testá-las, buscou-se avaliar o processo de regionalização nas regiões de saúde de uma amostra de estados da federação que incluiu Pará (PA), Maranhão (MA), Rio Grande do Norte (RN), Bahia (BA), São Paulo (SP), Minas Gerais (MG) e Rio Grande do Sul (RS)⁷.

Para comparar as regiões, foi construída uma medida – o Índice de Regionalização (IR) – que expressa tanto a qualidade da atenção básica, que é obrigação de todos os municípios, quanto o fluxo dos usuários na rede de saúde no espaço regional para o acesso aos serviços dos outros níveis de atenção. Dado que a regionalização implica a definição de espaços territoriais com responsabilidades sanitárias diversas, em princípio, o fluxo dos usuários deve se dar nesses espaços sanitários a partir do PDR e dos pactos estabelecidos entre municípios, levando em conta a sua capacidade de prestar assistência em níveis diversos de complexidade. Esse fluxo expressa, assim, o grau de cooperação entre os municípios de um dado espaço sanitário para a resolução dos problemas de saúde dos seus cidadãos, tendo como meta a integralidade da assistência, ou seja, em todos os níveis de atenção.

Um pressuposto implícito na concepção da regionalização é que a atenção básica é de responsabilidade de todos os municípios para com os seus municípios. Nesse espaço, a necessidade de cooperação é reduzida, mas, na construção da rede de assistência integral, a atenção básica deve ser articulada com os demais níveis de atenção num sistema de referência e contrarreferência dos usuários. Nas últimas décadas, no Brasil, em substituição ao modelo centrado no hospital e na doença, tem sido feito um esforço de fortalecimento da atenção básica enquanto principal porta de entrada no sistema de saúde e lócus das ações preventivas. Nesse nível de atenção, o gestor municipal tem papel central e tem recebido diversos incentivos do governo federal para desenvolver determinados programas. Ressalta-se entre eles o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1993 e transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF) por não mais se limitar a um programa, mas a uma estratégia para reorganização da atenção básica no país.

A partir dessa concepção, para a construção do IR partiu-se do argumento de que a consolidação do processo de regionalização pressupõe que as pessoas tenham acesso à atenção básica de qualidade no município de residência; que o cuidado secundário (assistência de média complexidade) seja realizado no âmbito de regiões intermediárias (comumente denominadas microrregiões); e que o cuidado terciário seja realizado nas regiões mais amplas (comumente denominadas macroregiões ou regiões)⁸. Daí que o IR foi concebido como sendo a média aritmética simples de três outros: Índice de Atenção Básica (IAB), Índice de Média Complexidade (IMC) e Índice de Alta Complexidade (IAC), sintetizado na fórmula seguinte:

$$IR = \frac{IAB + IMC + IAC}{3}$$

Na situação ideal, o IR assumiria o valor máximo igual a 1. O Quadro 1 resume os indicadores utilizados para o cálculo do IR e seus três componentes.

Quadro 1
Indicadores Utilizados para Construção do Índice de Regionalização,
por Nível de Atenção

Nível de Atenção	Indicadores	Fontes
IAB	Proporção da população cadastrada pela Estratégia de Saúde da Família. Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. Taxa de internações por diabetes mellitus e suas complicações. Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC). Percentual de crianças menores de 5 anos com baixo peso para idade. Cobertura populacional estimada das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família.	Pacto da Saúde, 2010. Datasus/Ministério da Saúde ⁹
IMC	Proporção de procedimentos hospitalares de média complexidade realizados na mesma região de residência, identificada pela CIR, por mil habitantes ¹⁰ .	Concebido e calculado pelos autores a partir de dados do SIH/Datasus/Ministério da Saúde
IAC	Proporção de procedimentos hospitalares de alta complexidade realizados na mesma região de residência, identificada pelo PDR, por 100 mil habitantes.	Concebido e calculado pelos autores a partir de dados do SIH/Datasus/Ministério da Saúde

Algumas considerações metodológicas devem ser destacadas. Em primeiro lugar, para a construção do IMC e IAC foram considerados apenas procedimentos hospitalares, o que se justifica pelo fato de que o tipo de informação disponível e confiável só permite identificar a origem do paciente no caso de procedimentos hospitalares. Do conjunto de procedimentos realizados, foram descartados aqueles que poderiam distorcer a informação (casos crônicos ou de internação de longa

permanência, grupos de procedimentos raros e partos¹¹), sendo considerados apenas os procedimentos clínicos e cirúrgicos. Foram também considerados somente os procedimentos de média e alta complexidade que são objeto de financiamento regular, não sendo levados em conta aqueles financiados por mecanismos esporádicos (incentivos específicos, campanhas). Com essas seleções, foram analisados 79,29% dos procedimentos realizados. Os atendimentos foram associados por municípios de origem e de atendimento, e os municípios foram associados às suas respectivas regiões de saúde. Com a seleção e regionalização dos dados, espera-se que as internações (AIHS) consideradas reflitam o fluxo de atendimento e a resolutividade das regiões de saúde em relação à média e à alta complexidade.

Em segundo lugar, destaca-se que os dados disponíveis são relativos a municípios e estados. Mas, para avaliação do processo de regionalização, é relevante considerar os espaços regionais, uma vez que o que se espera é que esses territórios se tornem resolutivos em todos os níveis de atenção, expressando a cooperação entre os entes federados no processo de construção regionalizada da atenção à saúde. Daí que os índices foram construídos para as regiões, que foi a unidade de análise da pesquisa, tomando como parâmetros todas as regiões da amostra de estados, totalizando 63. A exceção é para a atenção básica, onde o dado regional é a média dos municípios da região, em razão da impossibilidade de regionalizar os dados. Mas isso parece mais adequado por se tratar de um nível de atenção de responsabilidade do município, e a construção de dados regionais não atingiria o objetivo de aferir a cobertura e qualidade da atenção básica prestada pelos municípios da região. Além disso, os valores do IAB foram calculados a partir da média aritmética dos seis indicadores utilizados, todos padronizados com base na construção de índices com valores que variam entre 0 e 1. Para o cálculo do IMC e do IAC, os dados foram produzidos por região a partir das bases de dados originais.

O Grau de Regionalização nas Regiões e Estados

Os estados pesquisados apresentam diferenças quanto ao número de regiões sanitárias que compõem os seus respectivos PDRs. A Tabela 1 mostra os valores médios do IR e seus componentes, e o coeficiente de variação das regiões dos estados pesquisados; e a Tabela 2 apresenta os índices de regionalização das regiões por classificação.

Tabela 1
Índice Médio de Regionalização e seus Componentes das Regiões de Saúde de Amostra de Estados e Coeficiente de Variação Regional
(Brasil, 2010)

Índice	PA	MA	RN	BA	MG	SP	RS
Média das regiões	0,378	0,493	0,870	0,519	0,653	0,599	0,614
IAB Menor – Maior	0,232 – 0,471	0,392 – 0,571	–	0,359 – 0,593	0,564 – 0,733	0,468 – 0,696	0,497 – 0,769
C.V. (%)	18,78	10,95	–	14,84	7,96	10,35	16,94
Média das regiões	0,641	0,648	0,000	0,603	0,384	0,511	0,655
IMC Menor – Maior	0,112 – 1	0,449 – 0,843	–	0,329 – 0,897	0,116 – 0,793	0,3 – 0,866	0,345 – 0,869
C.V. (%)	58,97	21,14	–	24,21	48,18	28,18	28,55
Média das regiões	0,382	0,219	0,714	0,221	0,306	0,746	0,458
IAC Menor – Maior	0,002 – 0,991	0 – 0,987	–	0 – 1	0 – 0,994	0,428 – 0,99	0 – 0,99
C.V. (%)	97,38	179	–	171,04	126,8	20,38	96,72
Média das regiões	0,467	0,453	0,602	0,448	0,448	0,619	0,576
IR Menor – Maior	0,166 – 0,767	0,342 – 0,727	–	0,312 – 0,727	0,265 – 0,794	0,458 – 0,737	0,429 – 0,789
C.V. (%)	50,54	32,67	–	36,38	37,5	11,31	23,61
Regiões	8	8	1	9	13	17	7

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do Datasus.

Tabela 2
Índice de Regionalização e seus Componentes por Classificação (Alto, Médio e Baixo) das Regiões de Saúde de Amostra de Estados
(Brasil, 2010)

Índice	Classificação	PA		MA		RN		BA		MG		SP		RS		Total	
		Qt.	%	Qt.	%	Qt.	%	Qt.	%	Qt.	%	Qt.	%	Qt.	%	Qt.	%
IAB	Baixo	8	100	4	50,0	0	0,0	2	22,2	0	0,0	1	5,9	1	14,3	16	25,4
	Médio	0	0,0	4	50,0	0	0,0	7	77,8	13	100	16	94,1	6	85,7	46	73,0
	Alto	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6
IMC	Baixo	3	37,5	1	12,5	1	100	1	11,1	10	76,9	8	47,1	1	14,3	25	39,7
	Médio	0	0,0	6	75,0	0	0,0	7	77,8	3	23,1	8	47,1	4	57,1	28	44,4
	Alto	5	62,5	1	12,5	0	0,0	1	11,1	0	0,0	1	5,9	2	28,6	10	15,9
IAC	Baixo	6	75,0	6	75,0	0	0,0	7	77,8	9	69,2	1	5,9	3	42,9	32	50,8
	Médio	1	12,5	1	12,5	0	0,0	1	11,1	1	7,7	9	52,9	2	28,6	15	23,8
	Alto	1	12,5	1	12,5	1	100	1	11,1	3	23,1	7	41,2	2	28,6	16	25,4
IR	Baixo	3	37,5	6	75,0	0	0,0	7	77,8	9	69,2	1	5,9	3	42,9	29	46,0
	Médio	5	62,5	2	25,0	1	100	2	22,2	4	30,8	16	94,1	4	57,1	34	54,0
	Alto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total de regiões		8	100	8	100	1	100	9	100	13	100	17	100	7	100	63	100

Fontes: Elaborado pelos autores a partir dos dados do Datasus.

Comparando as regiões de saúde, observam-se grandes diferenciações entre elas, tanto considerando o conjunto das regiões dos estados pesquisados como a desigualdade intraestados. Nenhuma região tem IR alto, e apenas 34 (54%) das 63 regiões tem IR médio, quase metade delas (16) em São Paulo (Tabela 2), o que se justifica por ser a unidade da federação com maior número de regiões de saúde, embora seja também o estado com menor coeficiente de variação entre as regiões, indicando maior homogeneidade quanto ao IR (Tabela 1).

Os resultados no IR escondem diferenças significativas entre seus componentes. No caso do IAB, a maior parte das regiões apresenta índices médios (73%), mas, no Pará, todas as regiões têm baixo IAB; no Maranhão, metade delas tem índice baixo e, no Rio Grande do Norte, encontra-se a única região com IAB alto¹²; e junto com Minas Gerais é o único estado onde não se registra nenhuma região com IAB baixo. O coeficiente de variação das regiões demonstrou homogeneidade entre as regiões do mesmo estado, mas num patamar baixo.

Há variação entre as regiões quanto ao IMC. A melhor situação é das regiões do Pará, onde se concentra a maior proporção com IMC alto, seguido pelo Rio Grande do Sul. Entretanto, o CV entre as regiões do PA é significativo (58,97%), expressando diferenças entre as suas oito regiões, puxando para baixo o valor médio do IMC das regiões do estado (0,641). A média do IMC das regiões de Minas Gerais é a mais baixa, além de ser o estado com expressiva heterogeneidade entre suas regiões (CV de 48,18%).

No IAC registra-se a maior concentração de regiões com baixos índices (50,8%). Isso significa que a maior parte das regiões não consegue propiciar a atenção de alta complexidade no âmbito da própria região. Depois do Rio Grande do Norte, a melhor situação é registrada nas regiões de São Paulo, com 41% das regiões com índices altos. A situação dos estados das regiões Norte e Nordeste do país, à exceção do Rio Grande do Norte, é a pior, com três quartos de suas regiões com índices baixos; Minas Gerais também tem quase 70% de suas regiões com índices baixos. É no IAC que se observou maior heterogeneidade entre as regiões de todos os estados, exceto em São Paulo (CV menor do que 20%), embora também nesse estado o índice varie de 0,428 a 0,999 entre suas 17 regiões.

Em síntese, se na atenção básica as desigualdades são menores (significando uma situação mediana para a maioria das regiões), o mesmo não acontece em relação ao acesso aos serviços hospitalares nos quais a

desigualdades entre e intraestados é bastante acentuada. Os índices médios das regiões retratam a situação da regionalização em cada estado e, a partir deles, é possível dizer que apenas São Paulo e Rio Grande do Sul teriam IR médio e, no caso da atenção de alta complexidade, apenas o primeiro teria um índice médio; os demais estados teriam resultados piores.

O QUE EXPLICA O GRAU DE REGIONALIZAÇÃO? O CONTEXTO REGIONAL: FATORES ESTRUTURAIS E A ATUAÇÃO DO NÍVEL ESTADUAL DE GOVERNO

O segundo passo foi buscar compreender essas diferenças quanto ao grau de regionalização entre as regiões de saúde da amostra de estados, considerando duas ordens de fatores, referentes a dois níveis de análise distintos: em primeiro lugar, fatores estruturais que afetam a capacidade de atendimento das regiões de saúde, como a disponibilidade de recursos financeiros e humanos e a capacidade instalada e; em segundo, fatores políticos e gerenciais vinculados à atuação do nível estadual de governo. Partiu-se do reconhecimento de que a regionalização depende da atuação do governo estadual, que pode ou não assumir o papel de coordenador, executando as ações definidas no arcabouço institucional/legal e definindo os incentivos ao comportamento cooperativo dos municípios, elementos que foram contemplados no segundo nível. A seguir são descritos os indicadores e medidas que foram construídos, o método utilizado para mensurar o impacto dos fatores explicativos, considerando os dois níveis de análise e, por fim, os resultados encontrados.

Fatores Estruturais que Podem Afetar a Regionalização

Alguns fatores foram considerados como capazes de afetar o processo de cooperação entre os municípios e dificultar ou mesmo impedir a realização dos atendimentos de saúde na própria região de residência, os quais, em geral, não dependem diretamente da atuação dos gestores municipais. O suposto é que diferenças em relação aos recursos disponíveis afetem a capacidade de prestação de serviços de saúde, podendo favorecer (ou não) a cooperação dos municípios detentores de mais recursos, que é a lógica da regionalização solidária, ao gerar limitações estruturais à concretização de pactos. Esses fatores podem ser divididos em três grupos em função do tipo de recurso, e estão listados no Quadro 2, juntamente com os indicadores utilizados, tendo como unidade de análise as regiões de saúde. Os dados utilizados são de 2010.

Quadro 2
Indicadores dos Fatores Estruturais que Podem Afetar a Regionalização,
por Grupo

Grupo	Indicador	Fontes
Capacidade financeira e gastos em saúde	1. PIB <i>per capita</i> (em milhares de reais)	IBGE
	2. Percentual de recursos de transferências governamentais em relação à receita total	Siops/Datasus/ Ministério da Saúde
	3. Percentual de recursos próprios aplicados em saúde (EC29) ¹³	
	4. Despesa total em saúde, por habitante	
	5. Despesa com recursos próprios para a saúde, por habitante	
Recursos humanos	1. Média mensal de médicos por mil habitantes	CNES/Datasus/ Ministério da Saúde
	2. Média mensal de enfermeiros por mil habitantes	
	3. Média mensal de demais profissionais de nível superior por mil habitantes	
	4. Média mensal de profissionais administrativos por mil habitantes	
Capacidade instalada	1. Média mensal de leitos disponíveis no SUS por mil habitantes	

A Tabela 3 descreve os valores assumidos pelas regiões nos indicadores estruturais, padronizados sob a forma de índices e classificados em alto, médio e baixo; a Tabela 4 apresenta os valores médios e a variação entre regiões intra e entre estados.

A maioria das regiões de saúde tem baixos índices em oito dos dez indicadores estruturais, embora haja diferenças significativas entre elas, tanto entre as regiões de um mesmo estado quanto entre estados. As exceções com resultados mais positivos são no indicador que mede o esforço dos municípios da região em alocar recursos na saúde, em atendimento às exigências da Emenda Constitucional 29, e no indicador que identifica a dependência da região em relação a recursos transferidos. No que diz respeito ao esforço para custeio da atenção à saúde, as variações intraestados são baixas e os percentuais da receita que são gastos em saúde variam de 14,63% a 26,32% entre todas as regiões da amostra, o que significa que os municípios estão cumprindo a determinação constitucional, mas há variações entre eles.

Tabela 3
Indicadores Estruturais por Classificação (Alto, Médio e Baixo) das Regiões de Saúde de Amostra de Estados
(Brasil, 2010)

Indicador	Classificação	PA		MA		RN		BA		MG		SP		RS		Total	
		Qt.	%	Qt.	%	Qt.	%	Qt.	%	Qt.	%	Qt.	%	Qt.	%	Qt.	%
PIB <i>per capita</i> (em milhares de reais)	Baixo	7	87,5	8	100	1	100	9	100	10	76,92	4	23,53	2	28,57	41	65,08
	Médio	1	12,5	0	0	0	0	0	0	3	23,08	11	64,71	5	71,43	20	31,75
	Alto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	11,76	0	0	2	3,17
Percentual de recursos de transferências governamentais em relação à receita total	Baixo	3	37,5	7	87,5	0	0	5	55,56	6	46,15	0	0	0	0	21	33,33
	Médio	4	50	1	12,5	1	100	4	44,44	7	53,85	5	29,41	3	42,86	25	39,68
	Alto	1	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0	12	70,59	4	57,14	17	26,98
Percentual de recursos próprios aplicados em saúde (EC29)	Baixo	7	87,5	1	12,5	0	0	8	88,89	2	15,38	2	11,76	7	100	27	42,86
	Médio	1	12,5	6	75	1	100	1	11,11	11	84,62	10	58,82	0	0	30	47,62
	Alto	0	0	1	12,5	0	0	0	0	0	0	5	29,41	0	0	6	9,52
Despesa total em saúde, por habitante	Baixo	8	100	7	87,5	1	100	9	100	2	15,38	2	11,76	3	42,86	32	50,79
	Médio	0	0	1	12,5	0	0	0	0	10	76,92	12	70,59	4	57,14	27	42,86
	Alto	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7,69	3	17,65	0	0	4	6,35
Despesa com recursos próprios para a saúde, por habitante	Baixo	8	100	8	100	1	100	9	100	8	61,54	0	0	2	28,57	36	57,14
	Médio	0	0	0	0	0	0	0	0	5	38,46	13	76,47	5	71,43	23	36,51
	Alto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	23,53	0	0	4	6,35
Média mensal de médicos por mil habitantes	Baixo	8	100	8	100	1	100	8	88,89	7	53,85	1	5,88	1	14,29	34	53,97
	Médio	0	0	0	0	0	0	1	11,11	4	30,77	11	64,71	6	85,71	22	34,92
	Alto	0	0	0	0	0	0	0	0	2	15,38	5	29,41	0	0	7	11,11

(continua)

Tabela 3
 Indicadores Estruturais por Classificação (Alto, Médio e Baixo) das Regiões de Saúde de Amostra de Estados
 (Brasil, 2010) (continuação)

Indicador	Classificação	PA		MA		RN		BA		MG		SP		RS		Total	
		Qt.	%	Qt.	%	Qt.	%	Qt.	%	Qt.	%	Qt.	%	Qt.	%	Qt.	%
Média mensal de enfermeiros por mil habitantes	Baixo	8	100	7	87,5	0	0	7	77,78	8	61,54	3	17,65	3	42,86	36	57,14
	Médio	0	0	1	12,5	1	100	2	22,22	5	38,46	9	52,94	4	57,14	22	34,92
	Alto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	29,41	0	0	5	7,94
Média mensal de demais profissionais de nível superior por mil habitantes	Baixo	8	100	8	100	0	0	8	88,89	4	30,77	6	35,29	1	14,29	35	55,56
	Médio	0	0	0	0	1	100	1	11,11	6	46,15	5	29,41	5	71,43	18	28,57
	Alto	0	0	0	0	0	0	0	0	3	23,08	6	35,29	1	14,29	10	15,87
Média mensal de profissionais administrativos por mil habitantes	Baixo	8	100	7	87,5	1	100	9	100	9	69,23	14	82,35	7	100	55	87,3
	Médio	0	0	0	0	0	0	0	0	3	23,08	3	17,65	0	0	6	9,52
	Alto	0	0	1	12,5	0	0	0	0	1	7,69	0	0	0	0	2	3,17
Média mensal de leitos disponíveis no SUS por mil habitantes	Baixo	8	100	6	75	1	100	7	77,78	11	84,62	11	64,71	4	57,14	48	76,19
	Médio	0	0	2	25	0	0	2	22,22	1	7,69	4	23,53	3	42,86	12	19,05
	Alto	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7,69	2	11,76	0	0	3	4,76
Total de regiões		8	100	8	100	1	100	9	100	13	100	17	100	7	100	63	100

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do Datasus.

Tabela 4
Indicadores Estruturais das Unidades da Federação, em Valores Absolutos e Média de suas Respectivas Regiões, e Coeficiente de Variação Intraestado, por Unidade da Federação (Brasil, 2010)

Grupo	Indicador	PA	MA	RN	BA	MG	SP	RS		
Capacidade financeira e gastos em saúde	1. PIB <i>per capita</i> (em milhares de reais)	Menor – Maior	3.470,48 – 11.154,38	10.207,90	4.934,59 – 18.450,31	6.334,29 – 26.144,27	12.542,48 – 35.808,23	16.621,47 – 29.088,06		
		Média das regiões	9.290,18	6.288,85	–	8.963,43	15.012,68	23.282,98	22.360,89	
	2. Percentual de recursos de transferências governamentais em relação à receita total	C.V. (%)	76,22	45,94	–	44,25	46,14	26,35	19,08	
		Menor – Maior	7,54 – 16,88	11,49 – 21,37	11,76	9,12 – 14,76	8,65 – 17,78	4,49 – 9,91	5,86 – 10,21	
	3. Percentual de recursos próprios aplicados em saúde (EC29)	Média das regiões	11,85	16,2	–	12,4	12,11	6,79	7,66	
		C.V. (%)	23,21	18,02	–	15	22,3	22,97	22,45	
	Recursos humanos	4. Despesa total em saúde, por habitante	Menor – Maior	18,1 – 21,15	18,4 – 24,58	21,86	14,63 – 21,21	18,85 – 23,95	20 – 26,32	16,56 – 20,18
			Média das regiões	18,92	22,18	–	18,76	21,75	22,69	18,54
		C.V. (%)	5,29	8,66	–	9,43	7,4	7,84	6,58	
		5. Despesa com recursos próprios para a saúde, por habitante	Menor – Maior	163,7 – 300,45	262,26 – 357,88	350,04	252,45 – 332,63	319,75 – 513,44	339,66 – 546,21	255,05 – 399,93
			Média das regiões	239,43	309,04	–	293,11	394,22	431,37	342,84
	Recursos humanos	1. Média mensal de médicos por mil habitantes	C.V. (%)	21,07	11,67	–	9,02	12,75	12,75	16,51
Menor – Maior			68,16 – 161,55	93,67 – 154,51	178,25	114,48 – 154,1	131,2 – 262,3	256,76 – 382,36	139,65 – 253,29	
Média das regiões		101,01	116,43	–	126,22	207,47	300,03	212,76		
Recursos humanos	C.V. (%)	Menor – Maior	0,01 – 0,92	0,1 – 0,51	1,00	0,23 – 1,6	0,4 – 1,95	0,47 – 2,1	1,03 – 1,48	
		Média das regiões	0,27	0,21	–	0,57	1,08	1,44	1,28	
		100	66,67	–	73,68	44,44	27,78	14,84		

(continua)

Tabela 4
Indicadores Estruturais das Unidades da Federação, em Valores Absolutos e Média de suas Respectivas Regiões, e Coeficiente de Variação Intraestado, por Unidade da Federação (Brasil, 2010) (continuação)

Grupo	Indicador	PA	MA	RN	BA	MG	SP	RS
	2. Média mensal de enfermeiros por mil habitantes	1,64 – 3,26	1,83 – 4,44	3,89	2,26 – 4,08	2,54 – 5,03	3,11 – 5,88	2,89 – 4,25
	Média das regiões	2,36	2,58	-	2,82	3,71	4,55	3,61
	C.V. (%)	25,42	33,72	-	23,76	23,45	17,58	16,07
	3. Média mensal de demais profissionais de nível superior por mil habitantes	0,22 – 1,06	0,55 – 1,09	1,59	0,66 – 1,53	1,14 – 2,21	0,9 – 2,15	1,02 – 1,87
	Média das regiões	0,56	0,78	-	0,93	1,54	1,51	1,46
	C.V. (%)	46,43	26,92	-	26,88	24,03	29,14	19,86
	4. Média mensal de profissionais administrativos por mil habitantes	0,23 – 0,67	0,19 – 1,47	0,73	0,28 – 0,68	0,07 – 1,74	0,23 – 1,32	0,02 – 0,54
	Média das regiões	0,39	0,59	-	0,41	0,67	0,6	0,24
	C.V. (%)	35,9	69,49	-	29,27	73,13	53,33	79,17
Capacidade instalada	1. Média mensal de leitos disponíveis no SUS por mil habitantes	0,83 – 2,04	1,68 – 2,63	2,17	1,34 – 2,38	1,15 – 3,11	1,11 – 3,56	1,51 – 2,95
	Média das regiões	1,56	2,02	-	1,85	1,81	1,94	2,21
	C.V. (%)	25	16,34	-	16,76	29,28	38,14	22,17
Total de regiões		8	8	1	9	13	17	7

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do Datasus.

Em termos relativos, os percentuais mais baixos são os das regiões do Rio Grande do Sul, sendo o estado em que todas as regiões apresentaram índice baixo nesse indicador – em que pese sua situação favorável em relação aos outros indicadores que avaliam sua capacidade financeira (PIB e menor dependência de transferências). No que se refere à dependência de transferências, há também homogeneidade entre as regiões de cada estado (Tabela 4), mas com concentração de altos índices em São Paulo e Rio Grande do Sul (Tabela 3).

Entretanto, a despesa total com saúde *per capita*, que mede um valor absoluto e não o quanto o município gastou em relação à sua receita, é significativamente mais alta em São Paulo (15 das suas 17 regiões com índices médio ou alto), seguida por Minas Gerais e pelo Rio Grande do Sul. A composição desse gasto é mais impactada pelas transferências de outros entes federados, uma vez que as regiões do estado registraram baixos índices em relação à despesa própria com saúde. Todas as regiões do Pará, Rio Grande do Norte e Bahia têm baixos índices de gasto em saúde, refletindo, no caso de Pará e Bahia, a baixa aplicação percentual dos recursos arrecadados em saúde.

Os piores resultados são observados em relação à disponibilidade de profissionais administrativos e de leitos SUS, esse último sendo um indicador importante para expressar a capacidade de atendimento hospitalar: 76% das regiões têm baixo índice, e a situação mais favorável se concentra nas regiões dos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, mas mesmo nessas a grande maioria das regiões tem baixos índices no indicador, e São Paulo registra a maior desigualdade entre regiões (CV = 38,14%). São esses mesmos estados que têm maior proporção de regiões com situação mais favorável quanto à disponibilidade de médicos e enfermeiros – recursos humanos fundamentais para a assistência à saúde –, além de menor desigualdade entre as regiões.

O Papel do Governo Estadual no Processo de Regionalização

Como já destacado, deve-se esperar que a efetivação de relações cooperativas entre os municípios em um espaço territorial específico seja afetada pela atuação do governo estadual, a quem cabe o papel de coordenação. Para testar essa hipótese, buscou-se inicialmente comparar os estados pesquisados a partir de suas diferentes ações, tanto as previstas nos instrumentos normativos do SUS (coordenação da elaboração do PDR; implementação da PPI; implantação e efetividade de

Centrais de Regulação para regular o acesso e o fluxo dos usuários dos serviços de saúde aos diferentes níveis de atenção distribuídos pelos territórios de saúde; implantação e coordenação dos colegiados regionais como espaço para troca de informações e de experiências e para pactuação) quanto outras ações que demonstram a intenção de induzir o processo de regionalização (incentivos por meio de programas de apoio à consolidação de uma rede de serviços; realização de investimentos regionais, como hospitais). Essas ações foram definidas como indicadores da atuação do estado no processo de regionalização.

As informações foram buscadas com base em entrevistas semiestruturadas realizadas com gestores e técnicos dos níveis estadual e municipal de governo com vistas, em primeiro lugar, a obter informações sobre os indicadores e, depois, captar a sua percepção sobre o processo de regionalização e de construção dos pactos, as dificuldades para a cooperação, o funcionamento dos fóruns regionais, o estabelecimento de relações de confiança, a percepção sobre identidades locais e regionais e as disputas políticas¹⁴. De forma comparativa, foram atribuídas notas aos estados em cada um dos sete indicadores/ obrigações elencadas (0, 0,5 ou 1). Essas notas foram somadas para obter uma nota total que pode assumir o valor de 0 a 7. O Quadro 3 sintetiza a atuação dos estados em relação ao processo de regionalização, apresentando as notas obtidas em cada um dos indicadores e sua pontuação total.

Os estados de Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Rio Grande do Norte iniciaram o processo de regionalização logo após a publicação da primeira regulamentação normativa (Noas/2001). Se Minas Gerais se manteve relativamente atuante na coordenação da política de saúde do estado, o processo retrocedeu no Rio Grande do Sul, sendo retomado como uma das prioridades da política de saúde somente após a mudança de governo, em 2011¹⁵. No Pará, Maranhão e Bahia apenas após 2011 os governos estaduais assumiram a coordenação do processo de articulação dos municípios e de construção da regionalização. Embora em São Paulo o processo tenha se iniciado há algum tempo, mais recentemente há uma sinalização no sentido de ser dada prioridade à regionalização, mas de forma peculiar, apostando no fortalecimento das administrações regionais (estaduais) e pensando no território mais como o espaço de construção de redes assistenciais. A forma própria de atuar desse estado se reflete na pouca importância atribuída aos instrumentos formais da regionalização, como o PDR e a PPI – peças formais sem importância e não atualizadas no estado, embora antigas.

Quadro 3
Atuação das Unidades da Federação Selecionadas no Processo de Regionalização
(Brasil, 2012)

Indicador	PA	MA	RN	BA	MG	SP	RS
1. Condução do processo de regionalização	Recente (0)	Recente (0)	Pós-Noas (1)	Recente, de forma sistemática (0,5)	Pioneira/ em descenso (1)	Peculiar/ voltada para redes (0,5)	Precoce/ paralisado/ retomado (1)
2. PDR	Atualizado (1)	Em atualização (0,5)	Sofreu revisão (1)	Revisado (1)	Precoce e revisado (1)	Não atualizado (0,5)	Em processo de reformulação (0,5)
3. PPI	Recente (0)	Para definição de tetos/ em reelaboração (0,5)	Atualizada/ flexível/ discutida (1)	Recente (0)	Precoce, atualizada e dinâmica (1)	Antiga/ não atualizada (0,5)	Recente (0)
4. PDI	Sim (1)	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)
5. Incentivos à regionalização	Não (0)	Não (0)	Não (0)	Não (0)	No início do processo (0,5)	Não (0)	Sim/ recentes (0,5)
6. Centrais de regulação	Frágeis (0,5)	Em organização; central de leitos independente da central da capital (0)	Apenas para procedimentos ambulatoriais (0,5)	Frágeis (0,5)	Fortes (1)	Em implantação (0)	Início de estruturação (0)
7. Participação nos colegiados regionais	Forte, mas recente (0,5)	Frágil (0)	Efetiva (1)	Efetiva (1)	Efetiva (1)	Moderada (0,5)	Efetiva (1)
Pontuação total	3,0	1,0	4,5	3,0	5,5	2,0	3,0

Fonte: Dados de pesquisa, produzidos a partir de entrevistas realizadas em 2012.

À exceção de Minas Gerais e Rio Grande do Norte, que ainda consideram a PPI um instrumento importante e de referência para a regulação e fluxo dos usuários, nos demais estados ela serve para finalidades diversas, como a definição dos tetos financeiros e a contratação de prestadores de serviços, mas guarda pouca correspondência com o fluxo real dos usuários ou com pactuações municipais. Na linguagem dos gestores, não se tem uma “PPI viva”, mas um documento formal. Em que pesem as resistências e entraves políticos para o fluxo de usuários entre os municípios, mais do que falta de disposição para cooperar, o problema parece estar na insuficiente capacidade de prestação de serviços em função da capacidade instalada e outras deficiências. Os baixos valores da tabela de procedimentos do SUS são também um grande entrave, na medida em que o município prestador de serviços não se dispõe a complementar valores para usuários referenciados – prática usual para garantir atendimentos –, fazendo a complementação apenas para seus municípios. Disso decorre outro problema recorrente: falta de correspondência entre as metas físicas previstas na PPI e as metas financeiras, sendo que as segundas são exauridas antes de se atender às primeiras. Nessas condições, em que está em jogo a alocação de recursos do município, a cooperação altruísta não é uma alternativa viável, exceto quando o governo estadual se dispõe a alocar recursos.

Chama atenção a fragilidade dos processos regulatórios de modo geral, sem os quais não se efetiva a regionalização. Esforços no sentido de estruturar processos regulatórios, que incluem centrais de leitos e outras, são verificados, mas resistências e dificuldades são grandes; além disso, há falta de articulação entre centrais de leitos estaduais e municipais nos casos em que o estado tem a gestão de redes hospitalares (São Paulo e Maranhão, principalmente). Nesse caso, o estado resiste em abrir mão de seu poder de distribuição de vagas hospitalares em prol do município prestador de serviços, gerando irracionalidade coletiva, deficiência nos encaminhamentos e iniquidades no acesso. Pressões políticas e decisões judiciais também afetam o processo regulatório e de organização da demanda que, longe de ser caótica, é regulada de forma exógena ao SUS.

Há uma visão otimista quanto ao funcionamento dos colegiados regionais, que parecem estar funcionando melhor depois da criação das Comissões Intergestores Regionais (CIR). Essas comissões são consideradas pelos gestores como esferas importantes para o processo de pactuação, aproximação do nível estadual de governo em relação aos municípios, redução da assimetria informacional e, principalmente, de construção de identidades regionais que, quando existem, favorecem a cooperação. Entretanto, ainda não funcionam de forma satisfatória.

tória, e a intensidade da participação dos representantes estaduais varia entre os estados pesquisados.

O Modelo Explicativo do Grau de Regionalização

Identificadas as diferenças entre as regiões, o passo seguinte foi produzir uma explicação para as diferenças no grau de regionalização. Para isso, retomamos as hipóteses que orientaram o trabalho: 1) a regionalização depende da atuação do nível estadual de governo no sentido de assumir o papel de coordenador, tanto executando as ações definidas no arcabouço institucional/legal quanto definindo incentivos ao comportamento cooperativo dos municípios; 2) fatores locais/regionais de natureza estrutural, como a disponibilidade de recursos financeiros e humanos e a capacidade de produção de serviços, também podem afetar a construção dos pactos e a constituição de redes regionalizadas.

Assumir essas hipóteses implica o reconhecimento da existência de elementos explicativos provenientes de diversos níveis, cada um deles tendo efeito sobre o grau de regionalização das regiões de saúde, bem como a existência de efeitos de interação entre as variáveis localizadas em níveis diferentes. A identificação dessa estrutura de causalidade do fenômeno da regionalização levou à adoção do método de regressão multinível, que reconhece a importância de hierarquias entre os fatores explicativos do fenômeno, agrupando-os em diferentes níveis de análise: fatores estruturais regionais correspondendo ao nível 1, o mesmo da variável que se pretende explicar; e a atuação do estado como o nível 2, que corresponde ao contexto em que as regiões estão inseridas¹⁶.

O modelo em que todos os estados e regiões são incorporados, levando em conta os dois níveis de análise, é demonstrado pelas equações a seguir, em que j representa os estados e i as regiões analisadas.

$$Y_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j} (X_{ij} - \bar{X}) + r_{ij}$$

$i = 1, 2, \dots, n_i$ e $j = 1, 2, \dots, j$, onde

Y_{ij} : indicador de regionalização (IR) da i –ésima região do estado j ,

X_{ij} : variável explicativa da i –ésima região do estado j ,

\bar{X} : grande média da variável explicativa (X_{ij})

β_{0j} : IR esperado de uma região do estado j com $X_{ij} = \bar{X}$,

β_{1j} : mudança esperada no IR quando X_{ij} aumenta uma unidade em relação a \bar{X} ,

r_{ij} : erro aleatório associado à i –ésima região do estado j

$$\beta_{0j} = \gamma_{00} + u_{0j}$$

γ_{00} = valor esperado dos interceptos na população de estados

u_{0j} : efeito aleatório do estado j no intercepto β_{0j}

O modelo hierárquico elaborado utilizou as variáveis independentes centradas na grande média, isto é, no valor médio da variável em todas as regiões analisadas¹⁷. Foram utilizados dois modelos, sendo o primeiro com todas as 11 variáveis explicativas consideradas: 10 relativas aos recursos (fatores estruturais), conforme listado no Quadro 3, e a atuação do estado. Já o segundo modelo, devido aos resultados da análise de correlação entre as variáveis, desconsidera as variáveis: 1) percentual de recursos de transferências governamentais em relação à receita total; 2) média mensal de enfermeiros por mil habitantes; e 3) média mensal de demais profissionais de nível superior por mil habitantes. O Modelo 2 foi também elaborado com beta padronizado, para ser possível comparar os efeitos das variáveis independentes, de magnitudes diferentes, sobre a dependente. Os dois modelos contemplam o universo de casos analisados no estudo – 63 regiões de saúde no primeiro nível e 7 grupos no segundo, que se referem aos estados nos quais as regiões estão localizadas. A Tabela 5 apresenta os resultados.

Os Modelos 1 e 2 demonstram a existência de efeito das variáveis independentes sobre a variável dependente (Índice de Regionalização). E, embora os coeficientes tenham apresentado baixa magnitude, explicada pelos valores que o Indicador de Regionalização pode assumir (entre 0 e 1), o impacto identificado foi significativo. Além disso, alguns dos fatores explicativos possuem valores absolutos bastante altos, se comparados aos demais, o que faz com que a variação de uma única unidade não seja expressiva quantitativamente, como é o caso do PIB *per capita*, que varia entre R\$ 3.269,80 e R\$ 35.808,23. Portanto, pode-se afirmar que as variáveis independentes, mesmo com magnitudes pequenas, afetam o grau de regionalização dos serviços de saúde.

Os resultados verificados no Modelo 2 indicam que, quando uma região de saúde obtiver o valor médio em todas as variáveis independentes, o valor esperado para o Indicador de Regionalização será de 0,54146, que é o coeficiente do intercepto do modelo. Esse valor se altera em função das diferentes características apresentadas pelas regiões de saúde (no primeiro nível) e em função dos efeitos da atuação do

estado (no segundo nível), a partir dos coeficientes calculados (betas) para cada uma das variáveis independentes.

Tabela 5
Modelos de Regressão Multinível para o Índice de Regionalização

	Modelo 1	Modelo 2	
	Beta	Beta	Beta Padronizado
Nível 1: Regiões de Saúde			
Intercepto	0,5471681	0,5414600	0,5414600
PIB <i>per capita</i> (em milhares de reais)	0,0000118	0,0000101	0,0871028
Percentual de recursos de transferências governamentais em relação à receita total	-0,0069072	–	–
Percentual de recursos próprios aplicados em saúde (EC29)	0,0100109	0,0051562	0,0120290
Despesa total em saúde, por habitante.	0,0014648	0,0009843	0,0799111
Despesa com recursos próprios para a saúde, por habitante	-0,0020771	-0,0009958	-0,0822433
Média mensal de médicos por mil habitantes	-0,0167042	0,0442921	0,0263876
Média mensal de enfermeiros por mil habitantes	0,0423075	–	–
Média mensal de demais profissionais de nível superior por mil habitantes	0,0558851	–	–
Média mensal de profissionais administrativos por mil habitantes	0,0044682	0,0435267	0,0151262
Média mensal de leitos disponíveis no SUS por mil habitantes	-0,0421832	-0,005685	-0,0030784
Nível 2: Estado			
Intercepto	4,05 E-09	6,01 E-12	8,08 E-12
Índice de Atuação do Estado	0,5471681	0,0326385	0,0477107
Snijders/Bosker R ² nível 1:	0,3945	0,3954	0,3954
Snijders/Bosker R ² nível 2:	0,2915	0,3856	0,3856

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

A padronização dos coeficientes permite identificar a influência das variáveis independentes sobre o Índice de Regionalização. O PIB *per capita* é o fator que mais impacta positivamente a regionalização, seguido pela variável “despesa com recursos próprios para a saúde”, essa, contudo, em sinal contrário, isto é, impactando negativamente a regionalização. O mesmo acontece com a “média mensal do número de leitos disponíveis no SUS da região”, embora tal variável tenha um

efeito de magnitude bastante reduzida, se comparada às demais variáveis. Vale ainda chamar a atenção para a importância da “despesa total em saúde”, sendo o terceiro fator que mais afetou o Indicador, alterando seu valor em 0,0009843 a cada real adicional gasto com saúde pelos municípios da região.

Por sua vez, o impacto significativo da variável do segundo nível de análise, referente à atuação do estado, reforça o papel do governo estadual como coordenador das relações cooperativas entre os municípios. No modelo, a variável apresentou o quarto maior efeito sobre a regionalização da saúde, tendo, também, um dos coeficientes de maior magnitude. Os r^2 , tanto para o nível 1 (municípios) quanto para o nível 2 (estado), indicam que quase 40% da variação do índice de regionalização é explicada pelo modelo.

Para complementar a análise e verificar o comportamento das variáveis explicativas em relação às diferentes dimensões da regionalização da saúde, também foram elaborados modelos hierárquicos para explicação do IAB, IMC e IAC. A Tabela 6 apresenta os resultados, utilizando as mesmas variáveis independentes selecionadas para o Modelo 2, apresentado anteriormente, centradas na grande média. Para cada variável dependente, foram gerados resultados com os coeficientes em suas escalas originais e em escala padronizada.

Para o IAB, os resultados mostram que a variável com maior poder explicativo foi a despesa com recursos próprios para a saúde, por habitante. A segunda variável mais importante foi a média mensal de médicos por mil habitantes. O efeito da atuação do estado é quase inexistente. Esse resultado é plausível, considerando tratar-se do nível de atenção que é fundamentalmente da responsabilidade dos municípios – embora o estado indiretamente também seja corresponsável pela atenção à saúde no estado. Além disso, a atenção básica é alicerçada na estratégia de saúde da família e tem o médico como elemento central nas equipes básicas de saúde¹⁸.

As demais variáveis independentes têm efeito negativo sobre o IAB. Decorre desses resultados a conclusão de que o esforço próprio dos municípios no financiamento do SUS se reflete em melhoria na atenção básica, o que inclui a disponibilidade de médicos. Gasto maior em saúde e disponibilidade de leitos hospitalares não se refletem em melhoria nesse nível da atenção à saúde, que depende mais da atuação proativa dos municípios. Essa se traduz, inclusive, em maior esforço relativo de

Tabela 6
Modelos de Regressão Multinível para as Dimensões do Índice de Regionalização

Variáveis Independentes	Variáveis Dependentes					
	IAB		IMC		IAC	
	Beta	Beta Padronizado	Beta	Beta Padronizado	Beta	Beta Padronizado
Nível 1: Regiões de Saúde						
Intercepto	0,5821665	0,5821665	0,569583	0,569583	0,5138026	0,5138026
PIB <i>per capita</i> (em milhares de reais)	-0,00000193	-0,0165937	0,0000133	0,1143808	0,0000198	0,1698688
Percentual de recursos próprios aplicados em saúde (EC29)	0,0033686	0,0078586	-0,0147641	-0,0344434	0,0294141	0,0686204
Despesa total em saúde, por habitante	-0,000121	-0,0098259	0,0009771	0,0793241	0,0020857	0,1693249
Despesa com recursos próprios para a saúde, por habitante	0,0007007	0,0578712	-0,0014385	-0,1188122	-0,0024049	-0,1986257
Média mensal de médicos por mil habitantes	0,0336904	0,0200714	-0,1234249	-0,0735318	0,2077447	0,1237663
Média mensal de profissionais administrativos por mil habitantes	-0,0385368	-0,0133921	0,0648821	0,0225474	0,1126888	0,039161
Média mensal de leitos disponíveis no SUS por mil habitantes	-0,0198795	-0,0107647	0,0828615	0,0448693	-0,0899785	-0,0487231
Nível 2: Estado						
Intercepto	2,02E-12	0,0886902	1,00E-12	1,63E-13	0,0551779	0,055178
Índice de Atuação do Estado	0,0886902	3,77E-12	0,0547875	0,080088	0,0948114	0,1385947
Snijders/Bosker R ² nível 1:	0,2885	0,2885	0,1901	0,1901	0,3758	0,3758
Snijders/Bosker R ² nível 2:	0,3407	0,3407	0,3728	0,3728	0,2810	0,2810

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

financiamento que não seja necessariamente de grande vulto em termos substantivos, considerando o custo expressivamente mais baixo da atenção básica de caráter preventivo.

Para o IMC os resultados são bastante distintos. As variáveis que têm maior efeito positivo sobre o IMC, em ordem decrescente, são o PIB *per capita* (em milhares de reais), a atuação do nível estadual, a despesa total com saúde por habitante e a média mensal de leitos disponíveis no SUS por mil habitantes. Ao contrário do IAB, a despesa com recursos próprios para a saúde por habitante tem impacto negativo alto sobre o IMC, sugerindo que os recursos próprios tendem a ser canalizados para a atenção básica de menor custo e, portanto, mais ao alcance da maioria dos municípios, e ainda por ser sua responsabilidade federativa. Tiveram também efeito negativo sobre o IMC as variáveis percentual de recursos próprios aplicados em saúde (EC29) e a média mensal de médicos por mil habitantes. A atuação do estado ganha relevância para explicar o IMC, o que é justificável por ser um nível de atenção que demanda articulação entre municípios e cabe ao governo estadual a coordenação desse processo. Além disso, a riqueza da região, expressa pelo volume de seu PIB *per capita*, parece ser o fator mais importante para explicar a regionalização no caso da atenção de média complexidade.

Em relação ao IAC, os fatores que produzem maiores efeitos positivos sobre o grau de regionalização são os mesmos que afetam o IMC, mas em magnitudes superiores. Para a maior resolutividade da região na atenção de alta complexidade (hospitalar e de maior custo), é também mais importante a disponibilidade de recursos financeiros, em geral (PIB) e os destinados especificamente à saúde (que incluem as transferências federais e os gastos com recursos próprios), tendo a despesa com recursos próprios para a saúde, bem como a disponibilidade de leitos, efeitos negativos sobre o grau de regionalização. A atuação do estado é ainda mais relevante no IMC, com o coeficiente de regressão bem mais alto nesse componente da regionalização em relação à média complexidade.

Os r^2 dos componentes dos índices de regionalização desagregados expressam o poder explicativo da atuação do estado, menor, contudo no caso da atenção de alta complexidade, no qual fatores do nível municipal têm maior poder explicativo. Nesse caso é a disponibilidade de

recursos financeiros, específicos ou não para a saúde, que afetam a regionalização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de construção de um sistema regionalizado no âmbito da saúde permite testar algumas hipóteses relativas à possibilidade e às condições para implantação de políticas sociais homogêneas em contexto federativo, o que demanda a construção de arranjos cooperativos e de formas de coordenação. Este artigo teve como objetivo analisar o grau de implementação da “regionalização cooperativa” em uma amostra de estados e produzir uma interpretação para as diferenças entre eles, particularmente entre as suas regiões de saúde, a partir da identificação de fatores de dois níveis: no primeiro, foram considerados fatores estruturais que consideram os recursos que afetam a capacidade de prestação de serviços de saúde de âmbito regional e que são pré-condição para a cooperação entre municípios; e, no segundo, considerou-se a atuação do estado no processo de regionalização. Apesar de o desenho institucional da proposta de regionalização do sistema de saúde ter potencial para obter a cooperação dos entes federados e prover mecanismos de coordenação do processo, fatores estruturais de âmbito regional e fatores políticos-gerenciais relacionados à atuação do nível estadual de governo afetam o processo. Se o primeiro conjunto de fatores é menos suscetível de ser afetado diretamente pela ação intencional dos gestores públicos, o segundo chama atenção para as escolhas dos gestores estaduais no escopo de suas prerrogativas e de sua autonomia federativa.

A pesquisa em profundidade na amostra de estados, com utilização de estratégias de natureza qualitativa (entrevistas e observação direta), permitiu a análise do processo de regionalização nesses estados e identificar comportamentos, problemas e características da regionalização. Esses dados empíricos, somados à análise dos documentos normatizadores e reguladores das relações federativas do SUS, fundamentaram a construção de uma medida da variável que se denominou como a atuação do estado no processo de regionalização. Com a utilização do método de regressão multinível foi possível confirmar as hipóteses iniciais, situando no primeiro nível fatores estruturais que aferem a capacidade financeira, a disponibilidade de recursos humanos na saúde e a capacidade instalada das regiões de saúde. No segundo, o fator considerado foi a atuação do estado, que recebeu uma pontuação a

partir de seu desempenho em um conjunto de ações necessárias e/ou desejáveis para alavancar a regionalização.

Os resultados apontaram grande variação entre as regiões de saúde, tanto entre como intraestados, quanto ao índice de regionalização, que expressa o grau no qual a população tem acesso à atenção à saúde o mais perto de sua residência nos três níveis de complexidade que compõem o índice (básica, média e alta). Nenhuma região da amostra apresentou um índice de regionalização alto, e 46% delas apresentaram índices baixos. Isso significa que os espaços regionais não conseguem prover atenção básica em níveis altos e, principalmente, não conseguem suprir a demanda dos seus habitantes no caso da atenção hospitalar.

Embora desde o início dos anos 2000, induzidos pela Noas/2001 (Brasil, 2001), tenha havido iniciativas estaduais no sentido de implantação dos instrumentos da regionalização, na maioria dos estados pesquisados o governo estadual apenas tardiamente assumiu de forma mais sistemática a alavancagem do processo. Alguns dos principais instrumentos previstos não funcionam para orientação da regulação ou dos fluxos de atendimento dentro do sistema de saúde. Na ausência de processos regulatórios eficientes, o que se tem é uma regulação anárquica a partir de ingerências políticas e decisões judiciais que acabam definindo o fluxo de atendimentos. A regulação é ainda mais complicada quando o estado detém a gestão da rede hospitalar, situação em que a regulação do ente municipal não dialoga com a do ente estadual, predominando relações intergovernamentais competitivas.

Isso indica que os estados não assumem a contento as suas obrigações enquanto indutores e/ou coordenadores do processo, com consequências negativas para a cooperação entre os municípios, em que pese o desenho institucional ter potencialidade para promover a ação coletiva. Em termos numéricos, isso se traduziu no baixo desempenho dos estados: nenhum obteve a nota máxima (7); sendo a nota mais alta 5,5, de Minas Gerais, seguido do Rio Grande do Norte, com 4,5.

Curioso é que, ao mesmo tempo que as normas nacionais impactam a ação dos níveis regionais de governo – todos de alguma forma buscam operacionalizá-las, mesmo que às vezes de maneira um pouco formalista –, elas são traduzidas de forma específica em cada estado. Nesse processo, o comportamento dos entes federados preserva sua autonomia e sua possibilidade de escolha entre aderir ou não às normativas

do Ministério da Saúde, na ausência de instrumentos de *enforcement* mais potentes. Mesmo que a União detenha mecanismos institucionais para afetar as agendas dos entes subnacionais, como o poder regulador e maior volume de recursos, eles não são suficientes para produzir resultados nacionais uniformes. Em que pese a força indutora dos incentivos federais, eles parecem ter seu poder restringido na ausência de mecanismos de *enforcement* em função da natureza federativa do país, que impede a coerção por parte do governo federal.

Há também grandes variações quanto à disponibilidade de recursos (financeiros, humanos e de capacidade instalada) entre as regiões de saúde, entre e intraestados. Mas, na maioria dos indicadores, os resultados não são muito positivos. Exceção à regra é o indicador que expressa o percentual de receitas dos municípios das regiões que é gasto no setor saúde. Como nesse caso há o *enforcement* de um dispositivo constitucional, há maior regularidade nos resultados. De modo geral, em relação a recursos, as situações mais favoráveis tendem a ser encontradas nas regiões de saúde dos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul.

Com a regressão multinível foi possível constatar que tanto os fatores estruturais quanto a atuação do governo estadual têm efeitos sobre a regionalização nas regiões de saúde. Isso se verifica em relação ao índice geral de regionalização e também nos seus componentes vistos de forma separada. Entre esses, os efeitos variam de intensidade e entre indicadores.

Na situação em que uma região de saúde obtivesse o valor médio em todas as variáveis independentes, o valor esperado para o índice de regionalização seria de 0,54146 (coeficiente do intercepto). Ou seja, um índice também médio. O fator de maior impacto sobre a regionalização é, no entanto, exógeno ao setor saúde – o PIB *per capita*, que, de certa maneira, avalia a capacidade financeira da região. É importante também a despesa total em saúde, que considera tanto a despesa com recursos próprios quanto aquela com recursos transferidos. A despesa por habitante com recursos próprios tem efeito também significativo sobre a regionalização, mas em sentido negativo, sugerindo a relevância das transferências federais na composição das despesas de saúde. O desempenho do estado afeta expressivamente a regionalização de modo geral, mas em grau menor do que o PIB e o gasto em saúde, o que permite inferir que as variáveis financeiras favorecem (ou inviabili-

zam) mais a cooperação do que a gestão específica no setor saúde. Regiões mais ricas e com maior gasto em saúde tendem a ser mais resolutivas e resolver suas necessidades de saúde internamente, ao passo que nas regiões mais pobres e com menor gasto, a população tem que se deslocar.

O desempenho do estado tem, contudo, efeitos bem fortes sobre os componentes do índice de regionalização que dizem respeito à atenção hospitalar (IMC e IAC), de maior custo e que demanda maior integração entre os entes federados. São também importantes o PIB e o gasto total com saúde. Em comparação com outros fatores locais, o efeito da atuação do estado é menor na atenção básica, justificável por ser o nível de atenção de responsabilidade dos municípios e onde a integração entre os municípios da região, sob a coordenação do estado, é menos significativo, embora não irrelevante – o que é expresso pelo r^2 . Diferente do IMC e do IAC, no IAB é relevante o efeito da despesa com recursos próprios e irrelevante o efeito do PIB. A disponibilidade de médicos teve também efeito importante sobre a atenção básica, o que se justifica por ser centrada na estratégia de saúde da família, que tem no médico um ator central nas equipes básicas de saúde. Esses resultados permitem concluir que o esforço dos municípios no financiamento do SUS se reflete em melhoria na atenção básica, o que inclui a disponibilidade de médicos. Gasto maior em saúde e disponibilidade de leitos hospitalares não se traduzem em melhoria da atenção básica, que depende mais da atuação proativa dos municípios. Essa inclui maior esforço relativo de financiamento que pode não ser, necessariamente, de grande vulto em termos substantivos, considerando o custo expressivamente mais baixo da atenção básica de caráter preventivo. Nesse nível da atenção, pode-se dizer que o gasto próprio é egoísta, voltado apenas para o próprio município.

É possível concluir que a atuação do estado como coordenador do processo de regionalização e de construção de redes de atenção resolutivas em espaços territoriais definidos é fundamental. Mas fatores estruturais são essenciais para dar suporte a qualquer tentativa de regionalização solidária, particularmente o valor *per capita* do PIB (que independe da gestão do setor saúde) e a despesa total com saúde (fortemente dependente das transferências federais).

Em suma, a regionalização é ainda frágil, e os incentivos federais não têm sido capazes de garantir a adesão completa dos entes federados e

nem de eliminar os entraves estruturais, embora se revelem fundamentais: maior o gasto total, maior a regionalização. Em situação de baixos recursos, as disputas intermunicipais no âmbito da região de saúde são acirradas quando está em jogo a alocação de recursos próprios, tornando a cooperação pouco racional para alguns gestores locais.

Do ponto de vista das relações federativas, a criação dos fóruns regionais parece ter efeitos decisivos ao forçar a aproximação estado/municípios e município/município; aumentar a informação e a transparência; implicar melhor os municípios, particularmente aqueles com maior capacidade de prestação de serviços; ter efeitos educativos no exercício do debate, da pactuação e, pelo menos de forma ainda incipiente, do planejamento. Nesse sentido, o processo de regionalização tem um efeito educativo e de conscientização da necessidade de cooperação entre municípios e contribui para o aprendizado do estado no sentido de assumir seu papel de coordenação, pactuação, regulação e negociação.

A cooperação tende a favorecer, senão todos, mas pelo menos a maioria dos municípios integrantes de uma região, e também o estado – enquanto responsável pelo sistema de saúde estadual –, pois permite a otimização de recursos, a utilização solidária dos recursos dispersos entre municípios e a garantia de rentabilidade para os municípios com capacidade de atendimento. Mas a ação cooperativa não ocorre de forma espontânea e depende da construção de arranjos institucionais adequados, de coordenação e, em alguma medida, da coerção, de uma terceira parte – essa não prevista no arranjo institucional do SUS. Mas, na ausência de condições objetivas para a cooperação, esforços de coordenação são insuficientes.

(Recebido para publicação em março de 2015)

(Reapresentado em agosto de 2015)

(Aprovado em março de 2016)

NOTAS

1. No processo de democratização do país, a reação contra o centralismo do governo autoritário se expressou em uma ênfase à descentralização com acentuado municipalismo, que posteriormente veio a ser questionado tanto por negligenciar o papel do governo estadual de governo quanto por resultados às vezes ineficientes em algumas políticas públicas.
2. A reforma sanitária rompeu com o padrão segmentado da política de saúde vigente antes da Constituição de 1988, quando as ações preventivas eram realizadas por um Ministério da Saúde bastante fraco institucional e financeiramente, e as ações curativas ficavam a cargo das instituições previdenciárias, com cobertura limitada aos assalariados urbanos do mercado formal de trabalho. A reforma constitucional consagrou o direito à saúde integral (em todos os níveis de atenção e de forma articulada, com foco na atuação preventiva), e também universal (para todos os cidadãos igualmente e independente de contribuição).
3. A pesquisa que deu origem ao artigo teve apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (Fapemig) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), realizada no período de 2011 a 2013.
4. Ver, entre outros, na vasta produção sobre federalismo na literatura nacional e estrangeira: Abrúcio (2005a, 2005b); Rodden (2005); Riker (1980); Almeida (2005); Elazar (1994); Souza (2002, 2004, 2005); Arretche (2004).
5. A esse respeito, ver, entre outros: Fortes (2008); Levcovitz, Lima e Machado (2001); Mendes (1998); Menicucci *et al.* (2008, 2013); Menicucci (2014).
6. O *Pacto pela Vida* é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população; o *Pacto em Defesa do SUS* envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado, e sua concretização passa por um movimento de repolitização da saúde com uma estratégia de mobilização social e tem o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.
7. O critério que balizou a escolha dos estados foi sua situação em relação à implantação da PPI, partindo-se do pressuposto de que esse instrumento expressava o pacto entre os municípios, intermediado pelo estado, e refletia de alguma forma o trâmite dos cidadãos na rede de serviços distribuída espacialmente ao definir os locais ou os espaços territoriais acordados para a realização dos procedimentos de saúde. A escolha dos estados considerou os casos em que, em um extremo, a PPI parecia consolidada a partir dos dados previamente disponíveis (MG, SP, BA) e, em outro extremo, os estados em que a PPI não era feita (MA, RS). Outro fator prático de escolha foi a disposição em participar da pesquisa, o que inviabilizou a inclusão na amostra de algum estado da região Centro-Oeste.
8. A partir do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que, entre outras coisas, normatiza as relações federativas no SUS, é definida apenas a região.
9. Dos oito indicadores disponíveis, foram excluídos dois em função da ausência de informações para grande parte dos municípios na época da coleta dos dados: percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica e média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.

10. Para o IMC e o IAC, os valores foram calculados em forma de taxa, considerando o preconizado por Brasil (2002b): procedimentos tomados por mil e por 100 mil habitantes, respectivamente.
11. Os partos foram excluídos em função do grande volume (16,5% dos procedimentos), o que poderia sugerir alta resolutividade de regiões com menor capacidade instalada.
12. Com a ressalva de que o estado é a única região de saúde, o que pode esconder diferenças entre suas microrregiões.
13. O indicador expressa o percentual da receita alocada na saúde, observando a Emenda Constitucional 29/2000 que define a obrigatoriedade de aplicação de 15% das receitas dos municípios em ações e serviços de saúde.
14. Foram realizadas entrevistas com 16 pessoas integrantes dos governos estaduais e cerca de 20 dos governos municipais. Foi feita observação direta de algumas reuniões dos colegiados regionais.
15. No Rio Grande do Sul, a priorização à regionalização está claramente associada ao partido que ocupa o governo estadual: foi iniciada com forte ativismo do governo em 2001, abandonada nos governos seguintes e só retomada em 2011, períodos em que o Partido do Trabalhadores (PT) assumiu o governo.
16. Para definição e construção do modelo, agradecemos a colaboração inestimável de Jorge Neves, Bruno Guimarães de Melo e Guilherme Rodrigues.
17. A centralização é uma simples transformação dos escores originais, alterando somente a interpretação do valor do intercepto. Essa estratégia tem sido comumente utilizada em modelos hierárquicos devido à sua simplicidade e por oferecer vantagens estatísticas importantes, particularmente úteis para a compreensão do cálculo (Paccagnella, 2006). Isso nos permite compreender o intercepto como sendo o resultado esperado quando uma região de saúde se encontra na média em todas as variáveis explicativas. Os efeitos marginais das variáveis independentes permanecem os mesmos.
18. Esse resultado mostra a adequação do "Programa Mais Médicos", instituído em 2013 para suprir as equipes básicas de saúde de médicos, particularmente nas regiões mais pobres e distantes, onde a contratação e retenção de médicos é o segundo maior problema do SUS, depois do financiamento, conforme entrevistas com os gestores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRÚCIO, Fernando Luiz. (2005a), "Para Além da Descentralização: Os Desafios da Coordenação Federativa no Brasil", in S. Fleury (org.), *Democracia, Descentralização e Desenvolvimento*. São Paulo, FGV Editora.
- . (2005b), "A Coordenação Federativa no Brasil: A Experiência do Período FHC e os Desafios do Governo Lula". *Revista de Sociologia e Política*, nº 24, pp. 41-67.
- AGUIAR, Fernando. (1990), "Lógica de la Cooperación". *Zona Abierta*, nºs 54/55, pp. 7-42.
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. (2005), "Recentralizando a Federação?". *Revista de Sociologia e Política*, nº 24, pp. 29-40.
- ARRETCHE, Marta. (2004), "Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: Problemas de Coordenação e Autonomia". *São Paulo em Perspectiva*, vol. 18, nº 2, pp. 17-26.
- AXELROD, Robert. (1984), *La Evolución de la Cooperación*. Madrid, Alianza Editorial.
- BARRY, Brian. (1982), *Rational Man in Irrational Society?* Beverly Hills, Sage Publications.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2001), "Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001". *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1, Brasília*, 29 de fevereiro, pp. 23-31.
- . (2002a), "Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002". *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1, Brasília*, 28 de fevereiro, pp. 52-68.
- . (2002b), "Portaria GM nº 1.101, de 12 de junho de 2002". *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1, Brasília*, 12 de junho, pp. 36-42.
- . (2006), "Portaria MS/GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006". *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1, Brasília*, 23 de fevereiro, pp. 43-51.
- . (2011), "Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011". *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1, Brasília*, 29 de junho, pp. 1-3.
- ELAZAR, Daniel J. (1994), "Federalismo". *Archè*, ano III, nº 7, pp. 7-30.
- ELSTER, Jon. (1989a), *Marx Hoje*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- . (1989b), "Marxismo, Funcionalismo e Teoria dos Jogos". *Lua Nova*, nº 17, pp. 163-204.
- . (1990), "Racionalidad, Moralidad y Acción Coletiva". *Zona Abierta*, nº 54/55, pp. 43-68.
- FORTES, Fátima Beatriz C. T. Pereira. (2008), *Inovação Institucional no Contexto do Federalismo Brasileiro Pós-1988: A Emenda Constitucional 29 de 2000 e os Governos Estaduais*. Tese (Doutorado em Ciência Política). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- HALL, Peter; TAYLOR, Rosemary. (1996), "Political Science and the Three New Institutionalisms". *Political Studies*, vol. 44, nº 5, pp. 936-957.
- LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. (2001), "Política de Saúde nos Anos 90: Relações Intergovernamentais e o Papel das Normas Operacionais Básicas". *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 2, nº 6, pp. 269-291.

- LIMA, Luciana Dias de; QUEIROZ, Lúcia de F. Nascimento de. (2012), "O Processo de Descentralização e Regionalização do SUS no Contexto do Pacto pela Saúde", in C. V. Machado; T. W. Baptista; L. D. de Lima (orgs.), *Políticas de Saúde no Brasil: Continuidades e Mudanças*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- MENDES, Eugênio Vilaça. (1998), "A Descentralização do Sistema de Serviços de Saúde no Brasil: Novos Rumos e um outro Olhar sobre o Nível Local", in E. V. Mendes (org.), *A Organização da Saúde no Nível Local*. São Paulo, Hucitec, pp. 17-55.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. (2014), "A Relação entre o Público-Privado e o Contexto Federativo do SUS: Uma Análise Institucional". *Série Políticas Sociais*, vol. 196, Cepal, pp.1-56.
- . et al. (2008), *Regionalização da Atenção à Saúde em Contexto Federativo e suas Implicações para a Equidade de Acesso e a Integralidade da Atenção*. Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro.
- . (2013), *Cooperação e Coordenação na Implementação de Políticas Públicas: As Relações Intergovernamentais na Regionalização da Assistência à Saúde*. Relatório de Pesquisa. Financiamento: Fapemig/CNPq.
- OLSON, Mancur. (1971), *The Logic of Collective Action*. Cambridge, Harvard University Press.
- . (1982), *The Rise and Decline of Nations*. New Haven, Yale University Press.
- PACCAGNELLA, Omar. (2006), "Centering or Not Centering in Multilevel Models? The Role of the Group Mean and the Assessment of Group Effects". *Evaluation Review*, vol. 30, pp. 66-85.
- REIS, Fábio Wanderley. (1984), *Política e Racionalidade*. Belo Horizonte, UFMG Editora.
- . (1988), "Identidade, Política e a Teoria da Escolha Racional". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 3, nº 6, pp. 60-83.
- RIKER, William. (1980), "Implications from the Disequilibrium of Majority Rule for the Study of Institutions". *American Political Science Review*, nº 74, pp. 432-446.
- RODDEN, Jonathan. (2005), "Federalismo e Descentralização em Perspectiva Comparada: Sobre Significados e Medidas". *Revista de Sociologia e Política*, nº 24, pp. 9-27.
- SOUZA, Celina. (2002), "Os Dilemas da Descentralização". *Anais do Seminário Internacional sobre Descentralização Democrática*, São Paulo.
- . (2004), "Desenvolvimento Econômico da Região Metropolitana de São Paulo, Estratégias para o Planejamento Regional". *Projeto Emurb Cebrap*. Eixo "Articulação". São Paulo, [S.l.: s.n.].
- . (2005), "Federalismo, Desenho Constitucional e Instituições Federativas no Brasil pós-1988". *Revista de Sociologia e Política*, vol. 24, nº 24, pp. 105-122.
- TAYLOR, Michael. (1987), *The Possibility of Cooperation*. Cambridge, Cambridge University Press.

RESUMO

Cooperação e Coordenação na Implementação de Políticas Públicas: O Caso da Saúde

O artigo compara o grau de implementação da regionalização da assistência à saúde no Brasil a partir de um estudo em profundidade em amostra de estados. Considera-se que a gestão de políticas sociais em contexto federativo coloca a necessidade de combinar autonomia e cooperação dos entes federados, levando ao clássico problema da ação coletiva. Embora as regras institucionais definidas nacionalmente favoreçam a cooperação, elas não são capazes de explicar as variações entre as unidades da federação. Para interpretar essas diferenças foi construído um modelo de regressão com a identificação de fatores explicativos de dois níveis: no municipal foram considerados fatores estruturais (recursos que afetam a capacidade de prestação de serviços de saúde) e, no segundo nível, considerou-se a atuação do estado como coordenador e indutor da cooperação. Tanto os fatores estruturais quanto a atuação do nível estadual têm efeitos importantes sobre a regionalização e os incentivos federais não têm sido capazes de garantir a adesão completa dos entes federados e nem de eliminar os entraves estruturais.

Palavras-chave: regionalização; saúde; federalismo; cooperação; coordenação

ABSTRACT

Cooperation and Coordination in the Implementation of Social Public Policies: The Case of Health Policy

This article compares the degree of implementation of healthcare regionalization in Brazil based on an in-depth study on a sample of states. The management of social policies in the federal context is considered to create a need for combining autonomy and cooperation among federated bodies, leading to the age-old challenge of collective action. Although the nationally-defined institutional regulations favor cooperation, they are unable to account for the variations between the federal units. To interpret these differences, a regression model was built identifying explanatory factors across two levels, with structural factors considered on a municipal level (resources that affect the ability to provide healthcare services) and the role played by the state as a coordinator or facilitator of cooperation on a second level. Both structural factors and the role played on a state level exert important effects on regionalization, with federal incentives unable to guarantee complete adherence by federal bodies, nor the elimination of structural obstacles.

Key words: regionalization; health; federalism; cooperation; coordination

RÉSUMÉ

Coopération et Coordination dans la Mise en œuvre des Politiques Publiques: Le Cas de la Santé

Cet article compare le degré de mise en œuvre de la régionalisation de l'assistance médicale au Brésil à partir d'une étude en profondeur d'un échantillon d'États. On estime que la gestion des politiques sociales dans un contexte fédératif rend nécessaire de combiner autonomie et coopération des différentes entités fédérées, posant ainsi le problème classique de l'action collective. Bien que les règles institutionnelles définies nationalement favorisent la coopération, elles ne sont pas pour autant en mesure d'expliquer les variations existantes entre les différentes unités fédérales. Pour interpréter ces différences, nous avons mis en œuvre un modèle de régression permettant l'identification de facteurs explicatifs de deux niveaux: au niveau municipal ont été pris en compte les facteurs structurels (ressources affectant la capacité de prestation des services de santé), et au niveau de l'État fédéral, on a pris en considération les actions de l'État en sa qualité de coordinateur et de promoteur de la coopération. Aussi bien les facteurs structurels que l'action des États fédérés ont d'importants effets sur la régionalisation, et le soutien fédéral n'a pas été en mesure de garantir l'adhésion complète des États fédérés, ni d'éliminer toutes les entraves structurelles.

Mots-clés: régionalisation; santé; fédéralisme; coopération; coordination

RESUMEN

Cooperación y Coordinación en la Implementación de Políticas Públicas: El Caso de la Salud

El artículo compara el grado de implementación de la regionalización de la asistencia sanitaria en Brasil a partir del estudio profundo de una muestra de estados. Se considera que la gestión de políticas sociales en un contexto federativo implica la necesidad de combinar autonomía y cooperación de los entes federados, llevando al problema clásico de la acción colectiva. Aunque las reglas institucionales definidas nacionalmente favorecen la cooperación, no son capaces de explicar las variaciones entre las unidades de la federación. Para interpretar estas diferencias se construyó un modelo regresivo con identificación de factores explicativos a dos niveles: a nivel municipal se tomaron en cuenta factores estructurales (recursos que afectan la capacidad de prestación de servicios sanitarios) y, a segundo nivel, se consideró la actuación del estado como coordinador e inductor de la cooperación. Tanto los factores estructurales como la actuación a nivel estatal tienen efectos importantes sobre la regionalización, y los incentivos federales no fueron capaces de garantizar la adhesión completa de los entes federados y tampoco de eliminar los obstáculos estructurales.

Palabras clave: regionalización; salud; federalismo; cooperación; coordinación



REVISTA SEMESTRAL
n° 9 – Ce que l'anthropologie doit au Brésil
Maio de 2016

Dossier « Ce que l'anthropologie doit au Brésil : terrains et théories »

Michel Agier et Heitor Frúgoli Jr.

La contribution brésilienne à la connaissance anthropologique : quelques facettes d'un débat

Dominique Tilkin Gallois, Adriana Queiroz Testa, Augusto Ventura & Leonardo Viana Braga
Ethnologie brésilienne. Les voies d'une anthropologie indigène

Andreas Hofbauer

Politiques de l'identité : les anthropologues face aux droits quilombolas et aux quotas raciaux

Antonio Rafael Barbosa

Les études sur la violence et la criminalité au Brésil et les processus de pacification dans deux métropoles brésiennes

Isadora Lins França, Regina Facchini & Maria Filomena Gregori

Ville et différence : les études sur l'érotisme et la diversité sexuelle et de genre au Brésil

Maria Laura Viveiros de Castro Cavalcanti

Le carnaval des écoles de samba au Brésil

Ronaldo de Almeida

Le pentecôtisme brésilien : expansion, variation, invention

Varia

Angela Alonso

L'invention de soi : autobiographie et trajectoire sociale de Graça Aranha

Caio Augusto Amorim Maciel & Emilio Tarfis Mendes Pontes

Vivre avec les conditions climatiques de la région semi-aride au Brésil. Le concept d'adaptation comme pensée globale appropriée par les acteurs locaux

Laura de Mello e Souza

Religion et religiosité dans le Brésil colonial : parcours historiographique (1933-2015)

bresils.revues.org

