

Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais

Federalism and health policy in Brazil: institutional features and regional inequalities

José Mendes Ribeiro ¹
Marcelo Rasga Moreira ¹
Assis Maffort Ouverney ¹
Luiz Felipe Pinto ²
Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva ³

Abstract *This article analyses the main characteristics of federalism in Brazil and its institutional relations with health policy. It discusses federalism from a classical perspective highlighting the essentially centralized nature of Brazil's system and the prevalence of decentralizing health policies underpinned by the principles enshrined by the 1988 Constitution. We used primary data obtained from an electronic questionnaire responded by secretaries of health sitting on the governing bodies of the country's health region and secondary data Ministry of Health databases covering the current health regions. The findings show that significant progress has been made in the implementation of regional governing bodies, yet without any significant impact on the reduction of deep regional inequalities in primary and hospital care. It concludes by suggesting that the persistence of inequalities is down to weak central coordination capacity and an inappropriate trade-off between a centralized federal system and competition between entities, thus undermining cooperative regionalization of the public health system as envisaged by the 1988 Constitution.*

Key words *Federalism, Regional inequalities, Unified Health System*

Resumo *Este artigo analisa as características do federalismo no Brasil e suas relações institucionais com as políticas de saúde. Em termos conceituais, articula elementos teóricos clássicos com a tradição predominante no país acerca do caráter centralizador do federalismo e descentralizador das políticas decorrentes da Constituição de 1998. As bases empíricas incluem fontes primárias (pesquisa censitária com os secretários municipais de saúde participantes de colegiados estaduais) e secundárias (bases administrativas do Ministério da Saúde consolidadas nas regiões de saúde existentes). O artigo demonstra a implantação avançada dos colegiados regionais de gestão, porém sem repercussão direta na redução das grandes desigualdades regionais observadas na atenção primária e hospitalar. Conclui atribuindo a persistência destas disparidades à baixa capacidade de coordenação central e a um trade-off inadequado entre a centralização federativa na União e os componentes competitivos entre entes subnacionais. Como resultado, as dimensões cooperativas esperadas pelo desenho constitucionais são comprometidas para além da influência dos fatores socioeconômicos tradicionais.*

Palavras-chave *Federalismo, Desigualdades regionais, Sistema Único de Saúde*

¹ Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil.

ribeiro@ensp.fiocruz.br

² Departamento de Medicina de Família e Comunidade, Faculdade de Medicina, UFRJ. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, ENSP, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

O artigo analisa a desigualdade regional em saúde no Brasil a partir de suas Regiões de Saúde (RS). Como base institucional tem-se o sistema federativo de caráter centralizado e a política de saúde da Constituição de 1988 vigorosamente descentralizadora. O efeito combinado destas tendências não tem cumprido adequadamente as suas funções redistributivas, como mostram os resultados a serem apresentados, os quais convergem com importantes estudos anteriores.

O federalismo pode ser mais centralizado ou descentralizado. A adoção de políticas públicas com perspectivas descentralizadoras, entretanto, reflete, um padrão internacional comumente observado de descentralização para entes subnacionais (em países federativos) ou para gestores locais (em países unitários).

O padrão de federalismo não necessariamente se reproduz no desenho das políticas públicas, isto é, um país centralizado pode implementar políticas descentralizadas.

Este é o caso das políticas sociais no Brasil (apesar da forte centralização das políticas econômicas), como o Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo adota como hipótese que as desigualdades que o SUS enfrenta são resultantes, em grande parte, destas tendências contraditórias.

O artigo, insere-se em uma linha de pesquisa que, desde 2013, analisa as questões federativas no Brasil tais como a crise da descentralização no SUS¹; obstáculos políticos à regionalização²; desigualdades regionais a partir das RS³; implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP)⁴; participação social e padrões de democracia deliberativa^{5,6}; e descentralização e regulação nas relações entre ativos públicos e paraestatais⁷.

A capacidade da regionalização em reduzir desigualdades locais sob incentivos do governo central é fundamental para o compartilhamento dos ganhos nacionais. As trajetórias políticas mostram o entrelaçamento entre ciclos de maior e menor descentralização na construção da federação e segundo a força relativa dos entes subnacionais. Este estudo representa, portanto, uma análise de políticas governamentais, em que o argumento é sustentado pelos fundamentos conceituais confrontados com os dados primários e secundários coletados⁸.

Considerando que tal redução pode resultar tanto de uma centralização redistributiva, quanto de uma descentralização cooperativa dirigida por

entes subnacionais⁹, discute-se aqui a capacidade da configuração atual do federalismo brasileiro em reduzir desigualdades regionais por meio de suas políticas sociais.

A fim de testar a força explicativa desta hipótese, o artigo faz uma análise sobre a capacidade da regionalização gerar redução de desigualdades em resposta a incentivos do governo central segundo o grau de desigualdade observado entre as RS.

Na próxima seção é apresentada uma discussão sobre o federalismo em termos clássicos e orientada a manter presente ao longo da análise os traços tradicionais deste debate quanto às suas motivações políticas em diferentes momentos históricos e com especial atenção ao compartilhamento de poder. Em seguida, uma seção discute o debate político brasileiro sobre o federalismo com especial atenção ao que especialistas em destaque analisam acerca de seus efeitos na descentralização das políticas públicas e de saúde. Na seção seguinte, a trajetória do Sistema Único de Saúde é analisada quanto ao seu processo de descentralização e em consonância com os aspectos teóricos e conceituais anteriormente tratados. Para finalizar, as seções seguintes discutem as considerações metodológicas acompanhadas pela apresentação dos resultados e sua análise.

Abordagens clássicas sobre federalismo

Os sistemas federativos são historicamente associados à descentralização geopolítica e à desconcentração de poder. Sob estes marcos, os padrões de cooperação e de competição dos diferentes sistemas tornaram-se o foco da literatura especializada contemporânea que tem como base três referenciais: o enfoque individualista clássico, presente em Maquiavel; o contratualismo clássico, abordado pelos federalistas americanos; e uma forma de neocontratualismo, desenvolvida, entre outros, por Lijphart.

Maquiavel elaborou uma tipologia sobre as formas de dominação territorial e política. Nos *Discursos* (publicados em 1531), as confederações de vários Estados constituem uma forma de poder sustentável. A experiência histórica, entre Etruscos ou na Liga Suíça, mostrava a ausência de hierarquias entre seus membros, os quais compartilhavam suas conquistas¹⁰. Por outro lado, este sistema limitava a expansão territorial devido ao mecanismo compartilhado de consultas e de distribuição das vantagens resultantes do controle territorial alcançado. Pode-se depre-

ender que a governança confederativa era mais adaptada ao domínio de pequenos territórios. Maquiavel chamava a atenção para a maior resistência que estados mais descentralizados ofereciam a dominações prolongadas, mesmo que, em um primeiro momento, a descentralização do poder (baronatos e similares) dificultasse a defesa territorial.

A Convenção Constitucional dos Estados Unidos, de 1789, foi o cenário que propiciou intensos debates e conflitos entre os Estados e suas lideranças políticas, expressos nos textos federalistas de 1788¹¹. Este processo político originou uma das formas mais típicas de sistema federativo no qual se almeja o maior grau de conservação dos poderes regionais e a nítida separação de funções frente à União. Daí decorrem a separação de funções federativas, a revisão judicial e o equilíbrio entre contraditórios a fim de evitar a concentração de poder em indivíduos ou regiões. Neste debate clássico são apontadas as vantagens da separação de funções quanto à responsabilização política e os riscos da livre competição entre governos locais favorecer os mais fortes. É a partir deste debate clássico que, atualmente, Arretche¹² discute o *trade-off* entre descentralização e redistribuição.

O enfoque neocontratualista trata especificamente de democracias consolidadas no ciclo de montagem dos Estados de Bem-estar Social. As democracias consensuadas ou pactuadas foram analisadas, entre outros, em influente estudo de Lijphart¹³. Nelas, o processo decisório resulta de sucessivas consultas e de acordos institucionalmente mediados entre minorias e majorias (circunstanciais, regionais ou tradicionais). Estes arranjos favoreceriam melhores resultados sociais e econômicos. Embora a descentralização e a proteção social aconteçam em países unitários (Reino Unido), é nos sistemas federativos (Alemanha, Bélgica) que a democracia pactuada mostra-se de forma típica, exibindo uma proliferação de instâncias decisórias (câmaras setoriais e diversos organismos multipartites) que atravessam o sistema federativo formal. Nestes, é comum a presença de diferentes regras de proteção de minorias culturais ou de regiões cujo possível atraso nos processos decisórios é compensado pela sustentabilidade política e o caráter redistributivo.

Descentralização política típica de pequenos territórios; separação de funções federativas; e solidariedade como equilíbrio entre governos de maioria e proteção de minorias, aspectos fundamentais destas teorias clássicas, estão presentes

nas disputas políticas em nações federativas contemporâneas, como o Brasil, conforme se mostra a seguir.

A relação entre centralização federativa e descentralização das políticas públicas no Brasil

O caráter pendular entre maior ou menor centralização é marcante na experiência nacional e internacional. As crises federativas costumam refletir as demandas regionais por melhor distribuição dos recursos nacionais ou, então, por maior proteção aos interesses das regiões mais ricas. Lassance¹⁴ mostra a construção federativa por referência ao processo Norte-americano e ao entrelaçamento entre a matriz horizontal (separação entre poderes executivo, legislativo e judiciário) e a vertical (divisão territorial entre a União e entes subnacionais). Argumenta corretamente que o Brasil se caracteriza pelo progressivo protagonismo do executivo na matriz horizontal reforçado pela sua associação ao regime presidencialista. Isto em meio a ciclos alternados de maior centralização e aos conflitos decorrentes desta configuração.

Abrúcio et al.¹⁵ analisaram tais ciclos, inclusive o que se seguiu à Constituinte de 1988, cuja descentralização fiscal e de políticas públicas foi moldada por contraposição à centralização do regime militar antecedente. O próprio ciclo democrático teve trajetória pendular em virtude do *ultrapresidencialismo estadual* inicialmente estabelecido.

Por sua vez, o declínio do poder dos governadores se tornou evidente a partir dos ajustes macroeconômicos da década de 1990, e as crises financeiras estaduais e a renegociação das dívidas formaram a base deste declínio¹⁶. A perda progressiva de capacidade dos governos estaduais favoreceu a centralização como uma marca federativa nacional¹⁷. Houve centralização fiscal na União mesmo com posterior aumento da participação do conjunto dos municípios na partilha desde 2010¹⁶. Inclusive, a própria maior entrada dos municípios nesta partilha deixou de promover maior justiça alocativa. Embora a Constituição tenha buscado o efeito virtuoso combinado entre pacto federativo, descentralização das políticas e equilíbrio fiscal, fatores históricos estruturais bloquearam a redução das desigualdades locais. Vergolino Júnior¹⁸ assinala que frágeis controles governamentais estaduais combinados com a descentralização de recursos da União para entes subnacionais levaram ao fracasso das

políticas redistributivas e ao próprio aumento destas desigualdades territoriais.

Como analistas da redemocratização brasileira destacaram^{3,15,19,20}, fortes expectativas redistributivas foram lançadas às políticas públicas e ao SUS como um paradigma.

Na prática, a federação brasileira se formou por meio de uma oligarquização local, o que exigiria uma vigorosa resposta federativa por meio de tais políticas. A desigualdade entre os municípios é hoje maior do que a existente entre as grandes regiões do país¹⁵. A necessidade de maior coordenação central para gerar maior cooperação local e regional em favor do maior compartilhamento intergovernamental é evidente²⁰.

Sobre tais conflitos entre políticas descentralizadas e controle central, Arretche¹² chama a atenção para as desigualdades regionais preexistentes e incidentes ao longo da construção do pacto federativo, tendo as instituições brasileiras sido moldadas por tais divisões regionais e pelo recurso à União para garantir o equilíbrio político no âmbito de jurisdições ricas e pobres. Quanto às relações central-local, as federações dotadas de maior concentração regulatória na União favoreceriam a redução das desigualdades, enquanto que a combinação desta fórmula com a autonomia local na execução das políticas seria a melhor alternativa para o caso brasileiro³. As falhas de cooperação tendem a refletir diferentes capacidades (financeiras e de gestão) entre governos subnacionais e a falta de incentivos institucionais adequados para a promoção da cooperação¹⁹. O modo como problemas macroeconômicos têm sido enfrentados e as políticas de desenvolvimento (inadequadas ou episódicas) são implementadas também pesam negativamente^{19,21}. Além disso, falhas micro-organizacionais contribuem para as disparidades regionais. No caso do SUS, isto se dá seja porque as instituições de coordenação subnacionais implantadas criam atritos organizacionais²², ou por capacidades desiguais de coordenação regional resultantes de fatores socioeconômicos exógenos²³.

Objetivamente, não há evidências conclusivas sobre as vantagens absolutas da descentralização em políticas de saúde¹³. A singularidade das trajetórias nacionais impede a adoção de padrões normativos sobre o que seja uma política adequada. Há descentralização territorial em federações combinadas a políticas centralizadas. Roden²⁴ aponta nesta mesma direção ao analisar uma série de estudos de casos internacionais comparados.

Na literatura nacional observa-se, entretanto, uma grande aceitação das virtudes da descentrali-

zação, especialmente com relação aos processos de municipalização e de regionalização do SUS⁷. Isto ocorre apesar do aumento dos gastos em saúde ter ocorrido em todos os entes federados agregados e as desigualdades regionais terem sido pouco alteradas²⁵. Fragilidades dos colegiados regionais e trajetórias locais singulares podem ter limitado os efeitos de indutores à regionalização cooperativa²⁶.

Uma análise mais atenta dos principais estudos nacionais aponta para evidências de que a cooperação local e regional tem seus efeitos limitados pela competição entre entes subnacionais por recursos financeiros, pelo controle sobre o acesso aos serviços de saúde e pelas estruturas de veto desencadeadas pelos colegiados de gestão dotados de capacidades altamente desiguais⁵. Por outro lado, é evidente o esforço observado ao longo da implementação do SUS em termos de promover instituições sólidas de cooperação política entre os entes federados.

Construção política do SUS e os desafios da regionalização

A implantação do SUS sob a égide do federalismo cooperativo foi inovadora na experiência internacional. O sistema foi definido no Artigo 198 da Constituição de 1988 e o seu ordenamento jurídico foi voltado a assegurar a descentralização com a unicidade sistêmica conforme as Leis Orgânicas de 1990.

Embora superposições sejam admitidas, cabem à União as funções de planejamento, indução e coordenação nacional e aos Estados a coordenação no plano regional. Aos Municípios, além de compartilharem funções de planejamento local, foi atribuída a prestação direta de ações, serviços de cuidados primários e de média complexidade. Nesta estrutura de provisão há nítida orientação ao maior grau de complexidade à medida em que os entes federados sejam de maior alcance. Portanto, para que um sistema deste tipo funcione adequadamente, há necessidade do adequado funcionamento dos mecanismos de governança tripartites.

A trajetória institucional do SUS, desde a legislação infraconstitucional, orientou-se à organização desta governança multipartite. Isto se deu por meio de normas operacionais e culminou com o Decreto 7.508/11, onde este arcabouço normativo foi consolidado.

A implementação do SUS iniciou-se pela Norma Operacional Básica (NOB) de 1991 e com o arranjo vertical das relações intergovernamentais. Estabeleceu-se uma divisão das responsabi-

lidades, porém o alvo preferencial de alocação de funções foi a União, restando aos Estados e Municípios papéis secundários. Os entes subnacionais foram tratados de forma simétrica e indiferenciada quanto à oferta de ações e de serviços de saúde e tinham pouca autonomia de gestão. O processo foi conduzido pelo Ministério da Saúde (MS) a partir da antiga estrutura *inamptiana*, a qual ditava as regras de transferência de recursos e exercia o controle da execução financeira de Estados e Municípios.

A NOB de 1993 definiu os Estados e os Municípios como gestores e promoveu a transição de um modelo de gestão da política de saúde semelhante ao de nações unitárias para outro mais típico das federações. No novo modelo, a União reservou-se as prerrogativas de estabelecer um padrão nacional para a descentralização e de instituir uma governança federativa mediadora da descentralização compartilhada com os entes subnacionais. A gestão da rede de ações e serviços (contratação de prestadores e profissionais e o planejamento) foi, paulatinamente, transferida para a responsabilidade dos governos estaduais e municipais.

Coube à União ditar as regras do jogo de um sistema unificado nacionalmente, o que especializou sua atuação na regulação. Tais funções regulatórias seriam compartilhadas com Estados e Municípios por meio de instituições tripartites cooperativas. Isto se deu, no entanto, de forma assimétrica e a maior autonomia foi proporcional ao tamanho das redes e à capacidade técnica e operacional de cada Estado ou Município.

O gerenciamento da descentralização se deu pela ação política articulada nos três planos da federação. No âmbito nacional, a definição das diretrizes operacionais do SUS passou a ser feita por negociações diretas entre representantes da União, Estados e Municípios na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Esse padrão se reproduzia no plano estadual, nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Em ambos os planos, os respectivos conselhos estaduais e municipais de saúde seriam instâncias deliberativas superiores para a formulação de estratégias e controle da execução das políticas.

Mantendo a orientação à governança mais cooperativa, a NOB de 1996 orientou-se ao fortalecimento da municipalização. Os municípios passaram à condição de principal provedor de serviços de saúde, o que gerou o desafio da integralidade da atenção à saúde.

Em 2006, a norma conhecida como *Pacto pela Saúde* delineou um processo mais solidário

de regionalização. Foi mantida a trajetória incremental rumo a uma melhor definição de competências e funções e de mecanismos indutores de cooperação. Foram criados colegiados de gestão por RS e que serviriam de modelo para as futuras CIR a serem criadas no Decreto 7.508 de 2011.

Este decreto buscou estreitar as relações de dependência mútua entre as esferas de governo. Como ordenador da cooperação, criou-se o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) que ainda enfrenta obstáculos de implementação decorrentes basicamente de compromissos dependentes do sistema político⁸.

Os dados aqui obtidos e analisados buscam lançar luz sobre a capacidade de redução destas desigualdades no SUS. Apesar de fatores de caráter socioeconômico e de políticas de desenvolvimento regional adequadas terem importância crucial no Brasil, admite-se que uma certa redução das desigualdades possa ser alcançada pela capacidade institucional do SUS. Os resultados discutidos a seguir permitem refletir acerca de ganhos e lacunas decorrentes de três décadas de implantação do sistema público de saúde.

Considerações Metodológicas

Os resultados são analisados quanto à capacidade organizacional das CIR – estrutura operacional e dinâmica institucional –; a capacidade tecnológica das RS segundo a movimentação de usuários nas internações hospitalares – perfis das internações e migração dos usuários – e a atuação das ESF segundo a distribuição de cobertura populacional e o impacto na redução de agravos.

Os dados primários sobre a capacidade das CIR foram obtidos por aplicação de questionário respondido pelo seu principal dirigente (coordenador, presidente ou diretor) em cada RS. O questionário eletrônico cobriu as CIR em 25 UF. A pesquisa não foi realizada apenas em Roraima (não implantadas) e no Distrito Federal (não existente).

A taxa de retorno foi de 100% em 24 estados. Apenas São Paulo apresentou uma taxa de retorno baixa (57,8%) em virtude de dificuldades de acesso já observadas em pesquisas anteriores⁴. Os questionários foram coletados entre junho e dezembro de 2017 e os dados obtidos correspondem a 410 das 436 CIR pesquisadas.

Os dados sobre a atenção hospitalar foram analisados a partir da concatenação de 324 arquivos reduzidos de AIH de 27 UF e 12 meses para cada. A partir do banco de dados gerado foram

criadas as variáveis RS de Movimento e RS de Residência para identificar as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) onde o usuário residia em uma localidade, mas havia sido internado em outra. Essas análises de migração da AIH foram realizadas para o Brasil, Regiões do Brasil, UF e RS, levando-se em consideração a variável Valor Total da AIH. Para os objetivos deste artigo, foram utilizadas as médias de valor total de AIH por RS de forma a definir o nível de complexidade das internações. Foram calculadas as médias dessa variável por cada RS e esses valores foram apresentados através de *boxplots* para as UF e resultados de médias por Grandes Regiões e Brasil.

Com relação ao perfil da atenção primária, foi avaliada a cobertura pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) por RS, sua distribuição e seus efeitos na atenção à saúde em perspectiva regional. Existem diversas formas de cálculo para se obter o indicador do grau de cobertura percentual das pessoas que são acompanhadas pelas ESF, mas a sua consistência depende de capacidades desiguais dos municípios em gerar informações. Neste artigo foi adotado um número médio de 3.000 pessoas por equipe.

A efetividade de políticas de atenção primária foi medida a partir de um indicador conhecido que considera a morbidade para um subconjunto de condições de saúde. Sob políticas adequadas, espera-se que essas situações de internação sejam evitadas. Este tipo de análise é possível por meio do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) com sua respectiva causa principal.

Resultados e análise

A capacidade organizacional das CIR foi analisada a partir dos dados coletados por questionários aplicados a todos os seus dirigentes principais. Ao longo da implantação do SUS, grandes esforços foram dispendidos no desenvolvimento de capacidade de coordenação regional. Inicialmente a cargo das secretarias estaduais, estas funções migraram para colegiados regionais dotados de status regulatório, como as CIR aqui estudadas. Na premissa de que o Brasil apresenta um tipo de federalismo com tendências centralizadoras a ser contrabalançado por uma política de saúde descentralizadora, a capacidade de coordenação regional é essencial para equilibrar estas tendências.

Os dados sobre a institucionalidade e o funcionamento das CIR segundo distribuição nacional por UF (Tabela 1) demonstram a existência de tais mecanismos de coordenação. As infor-

mações mostram a existência de um sistema de governança regional intergestores consolidado em âmbito nacional, com poucas exceções. Quase todas as CIR analisadas (96,8%) possuem um regimento interno aprovado, estando as regras de funcionamento estabelecidas de modo pactuado. Apenas na região Sul essa proporção é um pouco mais baixa (88,2%), em virtude dos resultados nos estados do Paraná e de Santa Catarina.

Além disso, 80,4% das CIR do país são dotadas de uma secretaria executiva para gerenciar as questões administrativas, tais como a organização de pautas e redação de atas. Essa proporção é maior nas regiões Sudeste (94,5%) e Centro-Oeste (92,1%), atingindo 100% em alguns estados (MS, RJ, MG, ES, TO, RN e AC), porém menor nas regiões Sul (60,3%) e nordeste (72,2%), com índices menores nos estados de Paraná, Santa Catarina e Piauí.

Os dois indicadores de funcionamento selecionados mostram um sistema de governança operando com regularidade e nacionalmente. Assim, 88,7% das CIR do país registraram, no máximo, duas interrupções em seu funcionamento regular mensal desde a sua criação. Essa regularidade foi mais expressiva e homogênea nas regiões Sul (98,5%) e centro oeste (97,4%). Em 12 dos 25 estados pesquisados, esse índice é de 100%, sendo baixo apenas no Amazonas.

Finalmente, a frequência dos membros nas reuniões ordinárias também foi expressiva em 2016, segundo entrevistados. Assim, 80,4% das CIR apresentaram frequência média de mais de 60% de seus membros nas reuniões de 2016, com índices mais elevados nas regiões Sudeste (92,1%) e Sul (88,2%) e mais baixos na região Norte (66,7%).

Esta institucionalização de colegiados regionais, como assinalado, resulta de trajetória histórica fortemente estimulada ao longo de três décadas. É inegável que o conjunto de colegiados de gestão em caráter nacional e estadual estimulou a cooperação regional. Por outro lado, as lacunas de cooperação se mostram nitidamente quando se analisa a distribuição regional dos serviços de saúde.

A atenção hospitalar mostra características típicas de coordenação local, porém em meio a evidentes assimetrias regionais. Na Tabela 2, são apresentados dados sobre a distribuição nacional e regional das médias de valores totais de AIH calculada a partir de cada RS. É assumido que estes valores médios assinalam maior grau de complexidade da internação e que regiões com maiores médias, dispõem de maiores recursos de

Tabela 1. Proporções de CIR (%) com regimento interno, secretaria executiva, funcionamento regular e frequência expressiva dos membros por grande região e UF, 2016.

UF	Regimento interno	Secretaria executiva implementada ou em implementação	Máximo de duas interrupções desde sua instituição	Frequência média de comparecimento dos membros acima de 60%
Região Norte	100,0	85,7	76,2	66,7
Acre	100,0	100,0	100,0	66,7
Amapá	100,0	0,0	100,0	33,3
Amazonas	100,0	88,9	33,3	55,6
Pará	100,0	92,3	76,9	46,2
Rondônia	100,0	83,3	83,3	100,0
Tocantins	100,0	100,0	100,0	100,0
Região Nordeste	97,0	72,2	93,2	70,7
Alagoas	100,0	100,0	90,0	60,0
Bahia	96,2	96,2	92,3	76,9
Ceará	95,5	77,3	100,0	95,5
Maranhão	90,0	50,0	95,0	65,0
Paraíba	100,0	62,5	100,0	68,8
Pernambuco	100,0	58,3	83,3	66,7
Piauí	100,0	41,7	91,7	58,3
Rio Grande do Norte	100,0	100,0	75,0	25,0
Sergipe	100,0	57,1	100,0	85,7
Região Sudeste	100,0	94,5	80,3	92,1
Espírito Santo	100,0	100,0	100,0	100,0
Minas Gerais	100,0	100,0	67,5	89,6
Rio de Janeiro	100,0	100,0	100,0	100,0
São Paulo	100,0	81,1	100,0	94,6
Região Sul	88,2	60,3	98,5	88,2
Paraná	77,3	36,4	100,0	90,9
Rio Grande do Sul	100,0	90,0	100,0	90,0
Santa Catarina	81,3	37,5	93,8	81,3
Região Centro-Oeste	97,4	92,1	97,4	76,3
Goiás	94,4	88,9	100,0	61,1
Mato Grosso	100,0	93,8	93,8	93,8
Mato Grosso do Sul	100,0	100,0	100,0	75,0
Brasil	96,8%	80,4%	88,7%	80,4%

Fonte: Pesquisa Nacional das Comissões Intergestores Regionais – CIR (ENSP/Fiocruz).

atenção hospitalar. Em um sistema equilibrado, as RS devem ter capacidade de atender aos casos de menor complexidade e encaminhar os de maior para serviços especializados fora de seu território.

Os dados aqui tratados como de migração de clientela mostram que para o Brasil, para as grandes regiões e para todas as Unidades da Federação (UF), os valores médios das internações migratórias foram nitidamente superiores aos

Tabela 2. Média dos valores totais de AIH por regiões de saúde segundo migração de clientelas, Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2016.

Unidades Geográficas	Valores médios (R\$)		
	AIH migratória	AIH não migratória	AIH geral
Região Norte	1.466,39	737,72	814,46
Acre	1.342,59	794,23	834,24
Amazonas	1.558,47	865,45	888,66
Amapá	804,79	647,07	671,21
Pará	1.521,89	682,54	770,28
Rondônia	1.472,11	706,65	827,47
Roraima	779,59	719,78	723,48
Tocantins	1.596,94	833,26	993,70
Região Nordeste	1.749,71	897,86	1.063,63
Alagoas	1.281,32	933,73	1.013,62
Bahia	1.902,53	860,83	1.000,03
Ceará	2.010,54	914,75	1.133,98
Maranhão	1.411,30	639,35	749,04
Paraíba	1.509,94	929,98	1.069,38
Pernambuco	1.945,47	1.164,18	1.349,75
Piauí	1.518,25	708,19	862,48
Rio Grande do Norte	1.837,27	1.127,32	1.327,10
Sergipe	1.418,00	867,12	1.076,41
Região Sudeste	2.434,45	1.159,21	1.316,34
Espírito Santo	2.114,23	1.188,52	1.276,37
Minas Gerais	2.500,60	1.175,78	1.383,47
Rio de Janeiro	2.184,61	1.114,86	1.169,73
São Paulo	2.444,67	1.161,76	1.327,54
Região Sul	2.757,67	1.252,75	1.440,52
Paraná	2.757,47	1.320,71	1.509,06
Rio Grande do Sul	2.828,34	1.172,64	1.386,13
Santa Catarina	2.621,78	1.264,08	1.409,59
Região Centro-Oeste	1.791,72	992,49	1.115,72
Distrito Federal	1.135,20	1.059,64	1.076,41
Goiás	2.096,40	988,65	1.217,76
Mato Grosso do Sul	3.042,47	1.110,62	1.160,86
Mato Grosso	1.819,13	833,09	937,87
Brasil	2.125,78	1.062,12	1.214,66

Fonte: SIH-SUS, DATASUS/Ministério da Saúde, 2016.

das realizadas na própria RS. Isto resulta de uma longa trajetória de pactuação acerca de leitos e mecanismos de acesso a serviços de referência que estabilizam de certo modo o acesso em escala microrregional. Assim, deve ser considerado como um indicio de capacidade cooperativa. Estudo anterior sobre a descentralização do SUS já no contexto do COAP e das novas CIR havia chegado a estas conclusões a partir de dados para o ano de 2013³.

Por outro lado, este equilíbrio interno às RS não se observa quando os recursos de maior

complexidade hospitalar são analisados nacionalmente, segundo as médias observadas nas RS em diferentes agregações regionais.

A Figura 1 mostra o *boxplot* das RS segundo as UF e pode-se observar uma grande variabilidade na média da variável Total de AIH nas RS de Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Norte e São Paulo que, embora não apresentem *outliers*, têm os maiores desvios interquartílicos (distância entre o quartil 3 e quartil 1), além de maior prolongamento. Chama a atenção também as UF que, apesar de apresentarem *outliers* na média da

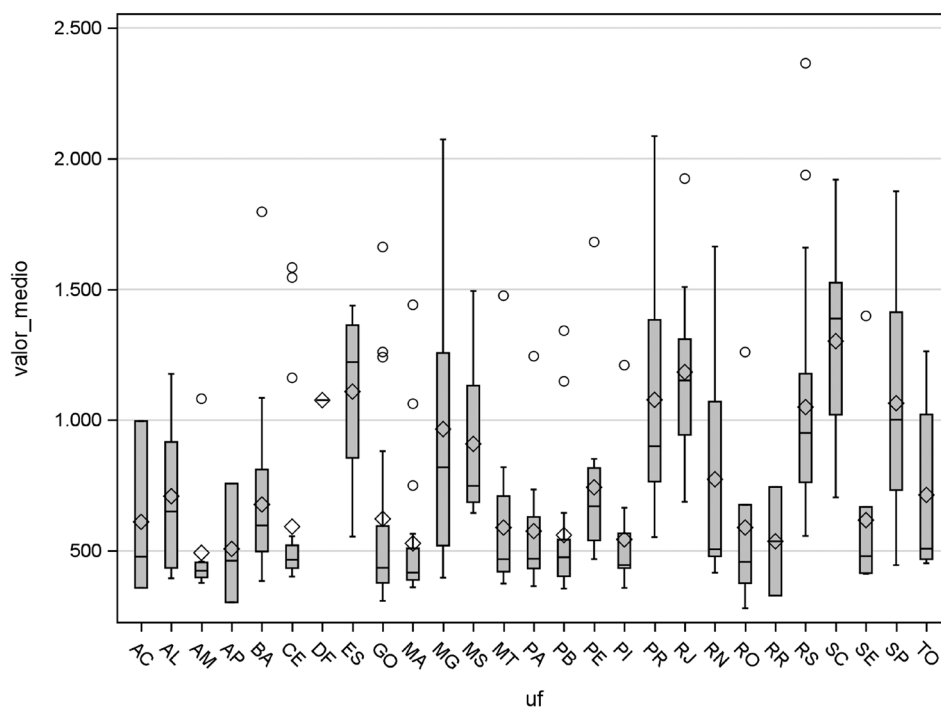


Figura 1. Valores médios das AIH segundo regiões de saúde e unidades da federação – Brasil - 2016.

Fonte: SIH-SUS, DATASUS/Ministério da Saúde, 2016.

variável Total de AIH nas RS, têm pouca variabilidade, tais como, Amazonas, Ceará, Maranhão e Piauí. Além disso, foram também aquelas que apresentaram os menores valores de mediana para a variável estudada.

Em relação às Grandes Regiões, é importante destacar (Tabela 2) as médias da variável Total de AIH nas RS do Sudeste e do Sul, bastante superiores às demais regiões do país e às próprias médias nacionais.

Estes dados demonstram que, embora o esforço regulatório de três décadas por melhor redistribuição regional dos recursos do SUS tenha sido evidente, o impacto da municipalização associada à coordenação regional e indução federal não foi suficiente para compensar as fortes desigualdades regionais.

A cooperação microrregional relacionada aos leitos públicos é a mais antiga na tradição do SUS. Isto pode explicar um processo de migração de clientela entre RS próximas, apesar da evidente desigualdade nacional relacionada aos recursos de maior complexidade.

Assim, uma análise importante a ser feita diz respeito à das ESF. Como se trata de um progra-

ma de primeira linha de atendimento, com comando federal e programação uniformizada, é esperado que as desigualdades regionais sejam de menor grau do que na atenção hospitalar. Entretanto, como demonstram os dados a seguir, os padrões nacionais de desigualdades regionais se manifestam inclusive com relação aos serviços de atenção primária.

A distribuição da cobertura de pessoas cadastradas pelas ESF apresenta um padrão bastante heterogêneo entre as RS do país apesar de mais de duas décadas de sua implantação e de importantes incentivos financeiros do MS. Isto pode ser constatado pelos dados apresentados na Figura 2.

A disparidade entre as medianas e as configurações de cada box segundo as UF é tão marcante que corrobora o que foi aqui assinalado anteriormente sobre a desigualdade no plano local ser maior do que a que se observa entre as grandes regiões brasileiras.

De forma semelhante, segundo os dados apresentados na Figura 3, o valor médio por Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) entre as regiões de saúde para as unidades de federação do País, também se apre-

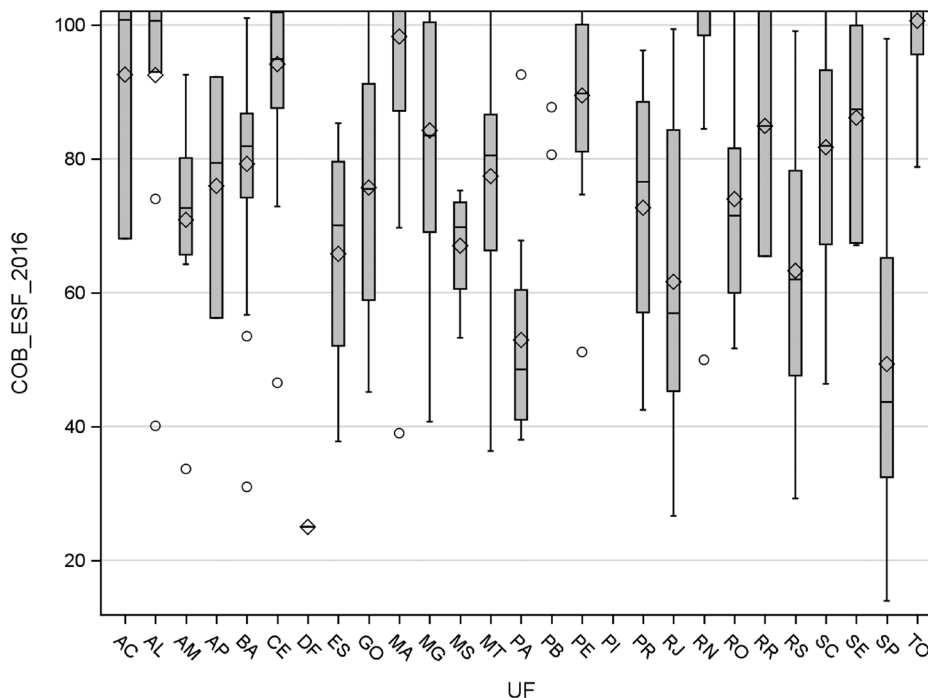


Figura 2. Boxplot do indicador de cobertura populacional de ESF segundo regiões de saúde por unidades da federação – Brasil - 2016.

Fonte: DAB/SAS/ Ministério da Saúde, mês de referência, dezembro de 2016. Considerou-se que uma ESF é responsável por 3.000 pessoas e a população estimada pelo IBGE para o ano de 2016.

sentam com grandes disparidades, oscilando de R\$ 350,00 até R\$ 2.800,00.

Outro indício da profunda assimetria na distribuição de recursos de atenção primária decorre da comparação entre as correlações de um conjunto de variáveis típicas do setor. Na Tabela 3, observa-se a baixa associação entre as mesmas.

Os dados sobre a distribuição da atenção primária entre as RS e o comportamento desigual entre indicadores de resultados corroboram as teses acerca da baixa capacidade da política pública em reduzir de modo mais incisivo as disparidades regionais. Isto apesar dos incentivos adotados e da vigorosa descentralização implementada. Apesar disto, os colegiados de gestão regional estão implantados e o seu funcionamento é mais homogêneo entre as RS do que os resultados de cooperação esperados.

Considerações finais

Os resultados aqui apresentados e analisados à luz dos elementos teóricos utilizados favorecem a tese pela qual o federalismo brasileiro centralizado não produz uma forte coordenação local da política de saúde. Aspectos competitivos do federalismo no plano subnacional e fatores socioeconômicos assinalados na literatura especializada podem representar obstáculos importantes a políticas redistributivas e devem ser estudados em profundidade. Igualmente, as falhas de coordenação dos governos estaduais devem ser consideradas em planos analíticos como variáveis independentes.

Um estudo sobre a capacidade de um sistema e seu desenho institucional em dar conta de objetivos tão amplos e relevantes, como redução das desigualdades em termos sociais e de caráter regional, deve observar o processo em termos de trajetórias e em suas condições atuais. Neste artigo, a dimensão longitudinal foi tratada em termos analíticos e segundo estudos seleciona-

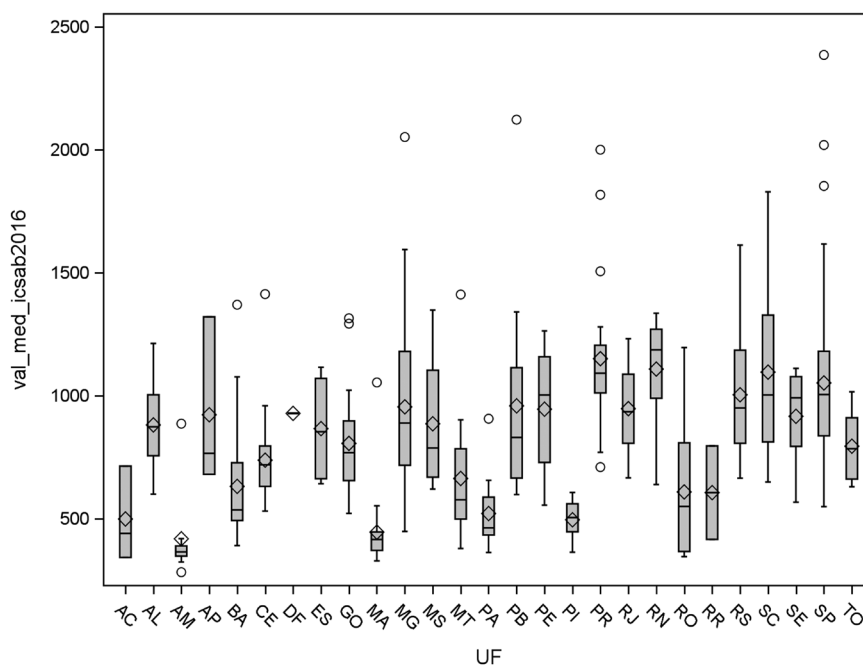


Figura 3. Boxplot do indicador de valor médio das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) segundo regiões de saúde por unidades da federação – Brasil - 2016.

Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura dos arquivos reduzidos das AIHs do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS).

Tabela 3. Correlações entre indicadores selecionados por regiões de saúde (N = 438).

	VAR 1	VAR 2	VAR 3	VAR 4	VAR 5	VAR 6	VAR 7	VAR 8	VAR 9	VAR 10
VAR 1	1,000	-0,051	-0,261	-0,028	0,105	0,029	-0,139	0,119	0,199	-0,309
VAR 2		1,000	-0,287	-0,075	-0,150	0,003	0,301	-0,109	0,099	0,055
VAR 3			1,000	0,003	0,100	0,023	-0,123	0,057	-0,055	0,083
VAR 4				1,000	-0,070	0,012	-0,052	-0,025	-0,045	0,000
VAR 5					1,000	-0,053	-0,258	-0,006	-0,169	0,078
VAR 6						1,000	0,071	0,052	0,079	0,009
VAR 7							1,000	-0,143	0,173	0,381
VAR 8								1,000	0,173	-0,256
VAR 9									1,000	-0,281
VAR 10										1,000

Fonte: SIM, SINASC, SIAB, SIA-SUS, SIH-SUS, 2015 e 2016.

Nota 1: Considerou-se Brasília e cidades satélites como uma “região de saúde”. Nota 2: Coeficientes de correlação de Pearson.

Legenda:

VAR 1 - Cobertura populacional de ESF (%) – 2016

VAR 2 - Razão do número de consultas médicas em atenção básica por habitante - 2016

VAR 3 - Razão do número de exames diagnósticos por consulta médica - 2016

VAR 4 - Razão do número de exames de imagem por consulta médica - 2016

VAR 5 - Proporção de recursos de transferências federais do SUS em relação ao total de recursos (regiões de saúde) - 2015

VAR 6 - Proporção de recursos de atenção básica aplicados pelas regiões de saúde em relação ao total de recursos - 2015

VAR 7 - Proporção de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal - 2015

VAR 8 - Proporção de óbitos por causas mal definidas - 2015

VAR 9 - Proporção de ICSAB - 2016

VAR 10 - Valor médio das ICSAB - 2016

dos. As trajetórias também foram consideradas apenas a partir de estudos selecionados.

Com relação à política de saúde, foram apresentados dados de fontes primárias e secundárias que corroboram os argumentos desenvolvidos. O conjunto dos resultados analisados aponta para dois elementos principais.

Com relação à regionalização em curso, observa-se a maior institucionalidade na atuação das CIR. Isto implica em maior disponibilidade de instituições para promover cooperação local e seu potencial redistributivo. Há também, como fator positivo, o equilíbrio mais adequado visto nas internações hospitalares, onde há indícios de uma boa organização das RS com relação aos seus mecanismos de pactuação internos e entre as RS vizinhas. Isto expresso pela migração dos casos de maior complexidade e atenção direta daqueles de menores valores médios de AIH. No

entanto, esta estabilização no âmbito das RS não anula o fato de que os níveis de complexidade de atenção hospitalar sejam tão desiguais na comparação nacional entre UF.

Quanto à provisão de serviços de atenção primária, as desigualdades regionais são igualmente marcantes. Há evidências de disparidades regionais não corrigidas pelo modelo de descentralização adotado.

Os esforços das instituições, lideranças e profissionais que atuam no SUS são visíveis e fundamentais. No entanto, os resultados virtuosos da política pública dependem, especialmente no caso brasileiro, de importantes mudanças no modelo de desenvolvimento político, social e econômico para a redução das disparidades que afetam os resultados da política de saúde. Estes são os fatores a serem melhor avaliados em estudos subsequentes.

Colaboradores

JM Ribeiro, MR Moreira, AM Ouverney, LF Pinto e CMFP Silva participaram da concepção, coleta de dados, análise dos resultados e redação final do artigo.

Referências

1. Ribeiro JM, Moreira MR. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate* 2016; 40(N. esp.):14-24.
2. Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de saúde com assento nas comissões intergestores bipartites. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1097-1108.
3. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, Silva CMF. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1031-1044.
4. Ouverney AM, Ribeiro JM, Moreira MR. O COAP e a regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1193-1207.
5. Moreira MR. Reflexões sobre democracia deliberativa: contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política. *Saúde em Debate* 2016; 40(N. Esp.):25-38.
6. Rezende RB, Moreira MR. Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1409-1420.
7. Ribeiro JM, Alcoforado F. Mecanismos de governança e o desenho institucional da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1339-1349.
8. Vaitsman J, Ribeiro JM, Lobato L. *Policy Analysis in Brazil*. Bristol: Policy Press; 2013.
9. Costa-Font J, Greer SL, editors. *Federalism and decentralization in European health and social care*. London: Palgrave/Macmillan; 2013.
10. Machiavelli N. *Discourses on Livy*. New York: Dover Publications; 2007.
11. Hamilton A, Madison J, Jay J. *The Federalist Papers*. New York: Signet Classics; 2003.
12. Arretche M. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? *Dados* 2010; 53(3):587-620.
13. Lijphart A. *Patterns of Democracy: government and performance in thirty-six countries*. New Haven: Yale University; 1999.
14. Lassance A. Presidencialismo, federalismo e construção do Estado brasileiro. In: Cardoso Júnior JC, Bercovici G, organizadores. *República, Democracia e Desenvolvimento*. Brasília: IPEA; 2013. p. 63-127.
15. Abrucio FL, Franzese C, Sano H. Trajetória recente da cooperação e coordenação no federalismo brasileiro: avanços e desafios. In: Cardoso Júnior JC, Bercovici G, organizadores. *República, Democracia e Desenvolvimento*. Brasília: IPEA; 2013. p. 129-160.
16. Monteiro Neto A. Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações no cenário atual. In: Monteiro Neto A, organizador. *Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate*. Brasília: IPEA; 2014. p. 21-60.
17. Arretche M. Quando instituições federativas fortalecem o governo central? *Novos Estudos* 2013; 95:39-57.
18. Vergolino Júnior O. Federalismo e autonomia fiscal dos governos estaduais no Brasil: notas sobre o período recente (1990-2010). In: Monteiro Neto A, organizador. *Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate*. Brasília: IPEA; 2014. p. 63-117.
19. Souza C. Federalismo, desenho institucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. *Revista de Sociologia Política* 2005; 24:105-121.
20. Machado JA, Palloti PLM. Entre cooperação e centralização: federalismo e políticas sociais no Brasil pós-1988. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 2015; 30(88):61-82.
21. Gadelha CAG, Machado CV, Lima LD, Baptista TWE. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):3003-3016.
22. Sancho LG, Geremia DS, Dain S, Geremia F, Leão CJS. O processo de regionalização da saúde sob a ótica da teoria dos custos de transação. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1121-1130.
23. Machado CV, Lima LD, Viana ALA, Oliveira RG, Iozzi FL, Albuquerque MV, Scatena JHG, Mello GA, Pereira AMM, Coelho APS. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Rev Saude Publica* 2014; 48(4):642-650.
24. Roden J. Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas. *Revista de Sociologia Política* 2005; 24:9-27.
25. Piola SF, França JRM, Nunes A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2):411-421.
26. Lima LD, Queiroz LFM, Machado CV, Viana ALA. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1903-1914.

Artigo apresentado em 06/01/2018

Aprovado em 30/01/2018

Versão final apresentada em 23/03/2018

