



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Mafort Ouverney, Assis; Mendes Ribeiro, José; Rasga Moreira, Marcelo
O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos
estados brasileiros

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 4, abril, 2017, pp. 1193-1207

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050551016>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros

Coap and SUS Regionalization:
the various implementation patterns in the Brazilian states

Assis Mafort Ouverney¹

José Mendes Ribeiro¹

Marcelo Rasga Moreira¹

Abstract This paper analyzes the implementation process of the Public Action Organizational Contract (Coap) and its impacts on state agendas of SUS regionalization, comparing the different institutional reactions of the states to the strategy proposed by Decree 7.508/11. The comparison of developing dynamics of state agendas took as reference a normative baseline structured in eight strategic political-institutional moments in the implementation of the Coap in accordance with the logic defined in Decree 7.508/11. We collected data through a questionnaire containing 35 questions (1 open, 25 closed and 9 mixed) and extensive documentary research in 2013 and 2014 in all states, except for the Federal District. Results showed that state agendas were distributed around three differentiated developing patterns: six states maintained greater distance from the national agenda established by Decree 7.508/11, engaging in a very fragmented way; 12 states engaged in the Coap agenda, selectively focusing on specific moments or stages, strengthening the process they have been developing; and 10 states maintained greater performance regularity during the eight moments of the Coap implementation cycle.

Key words Unified Health System, Federalism, Decentralization, Regionalization and Coap

Resumo Este artigo analisa o processo de implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública e seus impactos sobre as agendas estaduais de regionalização no SUS, comparando as diferentes reações institucionais das unidades federadas diante da estratégia proposta pelo Decreto 7.508/11. A comparação da dinâmica de evolução das agendas estaduais tomou como referência uma linha de base normativa estruturada em 8 (oito) momentos político-institucionais considerados estratégicos na implementação do COAP de acordo com a lógica definida no Decreto 7.508/11. Os dados foram coletados por meio de um questionário contendo 35 questões, sendo 1 aberta, 25 fechadas e 9 mistas, e de extensa pesquisa documental nos anos de 2013 e 2014 em todas as unidades da federação, com exceção do Distrito Federal. Os resultados mostraram que as agendas estaduais se distribuíram em torno de três padrões diferenciados de evolução: 6 estados mantiveram maior distanciamento em relação à agenda nacional estabelecida pelo Decreto 7.508/11, se engajando de forma muito fragmentada; 12 estados se engajaram na agenda do COAP de forma seletiva focando nos momentos ou etapas específicas, fortalecendo processo que já vinham desenvolvendo; e 10 estados mantiveram maior regularidade de atuação ao longo dos 8 momentos do ciclo de implementação do COAP.

Palavras-chave Sistema Único de Saúde, Federalismo, Descentralização, Regionalização e COAP

¹ Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1480/9º, Manguinhos. 21041210 Rio de Janeiro RJ Brasil.
assismaf@uol.com.br

Introdução

A descentralização do SUS, realizada ao longo das décadas de 1980 e 1990, transferiu para os entes subnacionais grande parte das funções de gestão e de implementação de políticas e programas^{1,2}. Na medida em que esse processo foi se desenvolvendo, o sucesso das estratégias nacionais de organização de redes de atenção, voltadas para reduzir a fragmentação das ações e serviços de saúde e promover a regionalização no SUS, passou a depender expressivamente dos contextos político-institucionais de cada unidade da federação³.

Marcados por diferenças expressivas de capacidade de oferta, recursos financeiros, níveis de conflito político, capacidade institucional e de gestão, esses contextos podem influenciar a direção e o ritmo do processo estadual de tomada de decisões, podendo produzir respostas muito diversificadas às políticas propostas pela esfera federal para a organização de redes de atenção à saúde⁴.

O impacto dessa diversidade de contextos tem sido um fator fundamental no processo de implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP, dispositivo jurídico-executivo introduzido no arcabouço normativo do SUS pelo Decreto 7.508/11 com o objetivo de delimitar com clareza as responsabilidades de cada ente da federação na integração de ações e serviços de saúde nas regiões de saúde⁵.

Em âmbito nacional, os debates relacionados à regulamentação e à implementação do COAP impulsionaram uma renovação da agenda política setorial em torno de temas importantes como regionalização, relações intergovernamentais, organização de redes de atenção à saúde, integralidade, financiamento, entre outros. Essa agenda envolveu intensos debates e pactuações na Comissão Intergestores Tripartite – CIT entre o Ministério da Saúde – MS, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS, entre outros atores, que resultaram em importantes decisões de regulamentação sobre questões como os patamares mínimos de aplicação de recursos das três esferas da federação (Lei 141/12) e as definições dos padrões de integralidade da pauta de ações e serviços (RENASES) e de medicamentos (RENAMES) do SUS, entre outros.

Entretanto, após mais de quatro anos da publicação do Decreto 7.508/11, apenas os estados do Ceará e Mato Grosso do Sul assinaram o COAP. Os demais, apesar de não terem assinado

os contratos, mantiveram um diálogo minimamente produtivo com a agenda nacional de implementação de COAP, exibindo padrões muito diferenciados de evolução.

Esse processo adquiriu contornos singulares em cada caso, marcados por movimentos de avanços, estagnação e retrocessos, indicando que as unidades da federação constroem respostas legais e institucionais adaptadas a seus contextos específicos em suas relações com as políticas nacionais. Questões como o quanto diversas podem ser essas respostas e que fatores podem influenciar essa dinâmica são essenciais para o desenho de futuras estratégias de coordenação federativa no SUS.

Nesse sentido, este artigo apresenta uma análise do processo de implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP e seus impactos sobre as agendas estaduais de regionalização no SUS, identificando os momentos de avanço e de estagnação do processo de implementação em cada unidade da federação brasileira e discutindo as diferentes reações institucionais e legais frente à estratégia de regionalização impulsionada pela publicação do Decreto 7.508/11 e a legislação correspondente. A identificação dos diferentes padrões de implementação do contrato pode contribuir para a definição e a implementação de ações que minimizem os entraves à regionalização e à constituição de redes de atenção.

Metodologia da pesquisa

O monitoramento do processo de implementação do COAP nos estados brasileiros foi realizado a partir de um estudo de linha de base das agendas estaduais de regionalização, com ênfase nas iniciativas desenvolvidas pelas secretarias estaduais de saúde em resposta à estratégia estabelecida no Decreto 7.508/11. Trata-se de um estudo comparativo de corte seccional visando identificar o quanto cada estado avançou na implementação do COAP tomando como referência um conjunto padronizado de marcadores ou variáveis de monitoramento.

A pesquisa foi desenvolvida em 4 (quatro) etapas: (1) o desenho da linha de base, que reproduz as principais etapas do ciclo completo de implementação do COAP; (2) a elaboração dos instrumentos para padronizar a coleta dos dados em âmbito nacional; (3) a sistematização dos dados coletados em um painel de monitoramento, com vistas a permitir a comparação dos estágios

de evolução do COAP em cada estado; e, (4) a classificação das agendas estaduais de acordo com padrões de evolução e a análise comparativa dos resultados da pesquisa. Essas quatro etapas da pesquisa estão descritas em detalhes nas seções seguintes.

Desenho da linha de base: os momentos da implementação do COAP

A linha de base foi estruturada a partir de momentos político-institucionais e legais definidos como estratégicos no processo de implementação do COAP. A definição desses momentos foi realizada com base na análise detalhada da legislação correspondente ao COAP, em especial o Decreto 7.508/11⁶ e as normativas da CIT que regulamentam e detalham a implementação do COAP pelos estados. Foram também consultados documentos técnicos do Ministério da Saúde, elaborados pelo Departamento de Articulação Federativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde – DAI/SGEP/MS, unidade organizacional responsá-

vel pelo monitoramento da implementação do COAP em âmbito nacional^{7,8}.

A leitura da legislação e dos documentos técnicos elaborados pelo Ministério da Saúde resultou na identificação de 8 momentos estratégicos que permitiram conhecer o estágio de evolução da cada agenda estadual de implementação do COAP, conforme apresentado na Figura 1.

Percebe-se que, na lógica normativa do Decreto 7.508/11, o processo de implementação do COAP foi concebido como um ciclo, abrangendo desde os primeiros debates sobre as possibilidades de adesão em cada unidade da federação até a formalização do compromisso em um instrumento jurídico e executivo concreto.

Estabelecidos os momentos que compõem o ciclo de implementação, fez-se necessário definir as variáveis que permitissem indicar, em cada estado, em que medida haviam sido atingidos, de forma a dimensionar o quanto as respectivas agendas de regionalização haviam avançado no processo de implementação do COAP em um determinado momento no tempo. O Quadro 1 apresenta e descreve o conjunto dessas variáveis.

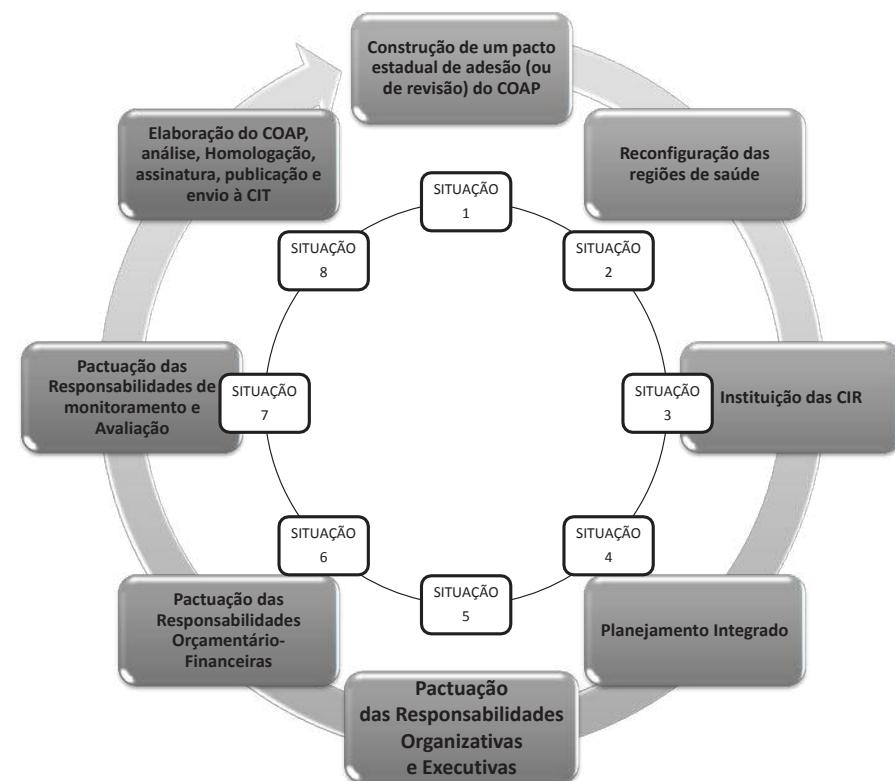


Figura 1. Ciclo de Implementação do COAP.

Fonte: elaboração dos autores.

Quadro 1. Principais Momentos Institucionais e Legais da Agenda de Implementação do COAP.

Momentos	Variável		Descrição da variável
Construção de um pacto estadual do COAP	Formalização do GC do COAP	1	Há um grupo condutor instituído por meio de instrumento formal e legal
	Funcionamento do GC do COAP	2	O grupo condutor possui reuniões periódicas
	Reuniões Regionais do COAP	3	Houve reuniões de apresentação e discussão do COAP nas regiões de saúde
	Oficialização do COAP junto à SGEP	4	A SES realizou reunião formal e/ou apresentou documento ao Secretário da SGEP manifestando a intenção de assinar o COAP
	Pactuação do COAP na CIB	5	Houve debates oficiais sobre a agenda estadual de implementação do COAP na CIB
Reconfiguração das Regiões de Saúde	Reconfiguração das Regiões de Saúde	6	A SES conduziu um processo de avaliação e de aperfeiçoamento do desenho das regiões de saúde
Instituição das CIR	Regimento Interno das CIR	7	Existência de regimentos internos para as CIR
	Estrutura das CIR	8	Existência de secretarias executivas e câmaras técnicas/grupos de trabalho nas CIR
Planejamento Integrado	Mapa da Saúde	9	Realização de discussões sobre o mapa da saúde na CIB
	Plano Estadual de Saúde	10	Existência de plano estadual de saúde para o período 2012/2015
		11	Aprovação pelo CES do plano estadual de saúde para o período 2012/2015
	Programação Pactuada e Integrada	12	Discussão e definição da programação pactuada e integrada na CIB
	Programação Anual de Saúde	13	A SES concluiu a elaboração da programação anual de saúde para 2014
		14	A programação anual de saúde para 2014 foi aprovada pelo CES
	Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores	15	Volume expressivo de municípios que concluíram o processo de pactuação das metas, segundo diretrizes, objetivos e indicadores nacionais, no período 2013 e 2014 (regiões acompanhadas pelos apoiadore)
Responsabilidades Executivas	Discussão do COAP no CES	16	O COAP foi objeto de discussão em reunião do CES
	Cartão Nacional de Saúde	17	Existência de discussão sobre o cartão nacional do SUS na CIB
	Política de Regulação de Acesso	18	Existência de uma política estadual de regulação do acesso discutida e pactuada na CIB
	Redes Temáticas	19	Ocorrência de reuniões de discussão de planos de implementação de redes temáticas na CIB
Responsabilidades Orçamentário-Financeiras	Novos Investimentos: discussão na CIB	20	Apresentação de discussão na CIB sobre necessidade de novos investimentos pelo gestor estadual
Responsabilidades de Monitoramento e avaliação	Estratégia de monitoramento e avaliação	21	Existência no Estado de uma política de monitoramento e avaliação das metas pactuadas pelos gestores estadual e municipais
Tramitação e Assinatura do COAP	Assinatura do COAP	22	Tramitação e assinatura do COAP por um conjunto de regiões no Estado

Fonte: elaboração dos autores.

Elaboração do questionário e a coleta dos dados

Identificadas as variáveis, o passo seguinte foi a investigação, em cada uma das 27 unidades da federação, de seu comportamento. Para isso, foi elaborado um questionário contendo 35 questões, sendo 1 aberta, 25 fechadas e 9 mistas. Em novembro de 2013, foi realizada a primeira aplicação desse questionário, produzindo uma linha de base da implementação do COAP no Brasil. A fim de validar as respostas obtidas em campo, também foram coletados documentos que comprovassem o comportamento das variáveis.

Em julho de 2014, a equipe de pesquisa foi novamente a campo, aplicou o mesmo instrumento e procedeu à coleta de documentos. Assim, foram coletados dados para todas as unidades da federação, com exceção do Distrito Federal. A ausência do Distrito Federal na pesquisa se justifica em virtude da impossibilidade de obter os dados por meio da aplicação do questionário e coleta de documentos. Os respondentes do questionário, nos dois momentos de aplicação, foram técnicos do DAI/SGEP/MS responsáveis pelo monitoramento direto e constante do processo de implementação do COAP nos estados brasileiros, sendo, portanto, informantes estratégicos desse processo.

As duas datas de aplicação permitiram monitorar a implementação do COAP entre o final do primeiro ano, imediatamente após o fim do processo de regulamentação do modelo de regionalização definido pelo Decreto 7.508/11, e o meio do ano subsequente. A discussão e a aprovação das instruções normativas da CIT e portarias do Ministério da Saúde que regulamentaram o Decreto 7.508/11 ocorreram entre junho de 2011 e junho de 2013.

A coleta de documentos também foi realizada no período que vai de novembro de 2013 a julho de 2014 com o objetivo de ratificar as informações coletadas por meio do questionário e aprofundar a compreensão da dinâmica de implementação do COAP nos estados. Para tal, foi necessário estabelecer uma lista de documentos padronizada que abrangesse minimamente todas as variáveis definidas como relevantes no desenho da linha de base.

Assim, para cada uma das variáveis presentes no Quadro 1, foram recolhidos documentos correspondentes, o que permitiu obter mais uma fonte de informação em relação à própria percepção dos pesquisadores de campo. O ritmo de coleta dos documentos nos estados variou significativamente, influenciado pela própria dinâmi-

ca de implementação do COAP e pelo nível de acesso concedido pelas instâncias estaduais do SUS (SES e CIB). Apesar disso, somente em três estados não foi possível coletar documentos: Paraná e Rio Grande do Sul, na região sul, e Piauí, na região nordeste.

Sistematização dos dados: a construção do painel de monitoramento do COAP

Os dados coletados foram organizados em um painel de monitoramento da implementação do COAP no formato de uma planilha de dupla entrada: os estados foram dispostos nas linhas e os momentos do ciclo normativo foram alinhados sequencialmente nas colunas. O formato de painel permitiu tanto decompor a evolução da agenda em cada estado ao longo do ciclo normativo quanto comparar a dinâmica de implementação do COAP entre as unidades da federação.

Os dados foram inseridos no painel em duas etapas. Na inicial, foram plotados os dados coletados na primeira aplicação do questionário (novembro de 2013), possibilitando visualizar quais estados responderam imediatamente à agenda nacional de implementação do COAP. A coleta de documentos, iniciada logo em seguida, forneceu informações mais consistentes para ratificar os dados do questionário e atualizar a linha de base. Essa atualização foi mostrando, ao longo dos meses seguintes, quais estados mantiveram as atividades iniciais e desenvolveram novas iniciativas ou renovaram processos antigos da agenda de regionalização.

Finalmente, na outra etapa, foram inseridos os dados da segunda aplicação do questionário (julho de 2014), visando construir um quadro resultante de praticamente dois anos de implementação nacional do COAP. Novos documentos foram coletados pontualmente para ratificar as informações e concluir o painel. A partir dessas informações, produziu-se um novo cenário nacional da implementação do COAP, a partir do qual foram produzidas as análises deste artigo.

Análise das informações: os padrões de evolução das agendas estaduais

A análise das informações plotadas no painel foi realizada a partir de uma tipologia de classificação de agendas de implementação desenvolvida especificamente para avaliação da dinâmica de implementação do COAP nos estados brasileiros. Foram considerados três tipos de agenda de implementação:

■ *Agendas Avançadas*: marcadas por avanços em todos os estágios da linha de base do COAP, com consistência e encadeamento mais significativos;

■ *Agendas Burocráticas*: definidas por respostas estaduais concentradas em grupos de momentos encadeados da agenda de implementação. Essa concentração pode ser, em geral, nos três momentos iniciais (Construção de Pacto Inicial, Reconfiguração das Regiões de Saúde e Instituição das Comissões Intergestores Bipartites Regionais – CIR) ou no Planejamento Regional;

■ *Agendas Incipientes*: caracterizadas por respostas estaduais restritas a avanços em processos muito específicos e dispersos ao longo da linha de base, contemplando apenas partes dos momentos;

Para qualificar essa análise é preciso construir um referencial teórico que articule implementação de políticas com federalismo.

Referencial teórico: a implementação de políticas em contextos federativos

Na visão tradicional de uma política pública, o processo de implementação era uma consequência quase que imediata dos diagnósticos e estratégias definidas nas etapas iniciais do ciclo da política. Isso porque se sustentava que o Estado consistia em um ator monolítico conduzido por instâncias centrais, com expressivo grau de independência no âmbito do sistema político, com legitimidade para impor suas percepções, com expertise suficiente para determinar a melhor solução dos problemas que emergem na agenda governamental e com controle dos recursos estratégicos necessários à implantação das políticas⁹.

Paulatinamente, essa visão cedeu espaço a concepções de *policy analysis* em que a implementação é retratada como um processo multideterminado e marcado por expressivos níveis de incerteza e por constantes disputas políticas¹⁰⁻¹². Essa mudança é produto, em especial, das transformações ocorridas no ambiente de gestão das políticas públicas impulsionadas por movimentos de privatização, desterritorialização da produção, ampliação do papel de organismos multilaterais, fragmentação das entidades corporativas de representação de interesses, ampliação da consciência social e ambiental, entre outros.

No plano das relações intergovernamentais, esse processo foi impulsionado por movimentos de descentralização trazidos por reformas de Estado ao longo das três últimas décadas que

transferiram recursos e funções para os governos locais e regionais, fortalecendo as federações e criando um novo contexto de implementação das políticas na esfera governamental.

Federações são um arranjo de organização político-territorial que une comunidades políticas menores no âmbito de um sistema mais abrangente por meio da distribuição de poder entre a União e as unidades constituintes, de forma que permita proteger a existência e a autoridade tanto do domínio nacional quanto dos entes subnacionais, sendo que ambos compartilham os processos gerais de tomada de decisão e de execução de ações governamentais^{13,14}.

Manter o equilíbrio entre autonomia dos entes constitutivos, preservando seus direitos originais de soberania constitucionalmente definidos, e sustentar a interdependência necessária para a conquista de objetivos comum são desafios concomitantes e inerentes à lógica federativa. Essa tensão entre competição e cooperação envolve tanto as relações horizontais entre os entes subnacionais de mesma natureza (estados com estados e/ou municípios com municípios) quanto as verticais (entre município, estado e União).

A ação conjunta governamental entre os entes da federação não pode ser obtida de forma vertical com a imposição da União nem deve ser deixada ao livre jogo das negociações políticas de natureza informal. No primeiro caso, a situação pode conduzir a desestímulos à inovação local ou fazer emergir boicotes e recusas à cooperação, enquanto, no segundo, há a possibilidade de ocorrer dinâmicas predatórias de competição, vácuos de convergência, bloqueios decisórios e ausência de responsabilização.

O caráter horizontal das relações intergovernamentais em uma federação impõe um compromisso de interdependência e autonomia que exige a presença de uma sofisticada arquitetura político-institucional de coordenação federativa para regular as tendências centrífugas e centrípetas extremas, impondo limites ao exercício do poder da União (ou governo nacional) e dos entes federados subnacionais para que não exorbitem suas prerrogativas¹⁵.

Portanto, em países federativos, a implementação de políticas de abrangência nacional é bem diferente do que nos unitários, onde os entes subnacionais são desdobramentos do governo federal. Nesse caso, basta a desconcentração das atividades e recursos e o desenho de estruturas organizacionais e rotinas clínicas e gerenciais funcionalmente articuladas. Nas federações, a implementação da política de saúde, por exem-

plo, representa não só uma questão de design clínico, gerencial e financeiro adequado, mas fundamentalmente um desafio político e institucional, que deve ser enfrentado com estratégias de coordenação federativas consistentes.

A diversidade dos contextos regionais implica, na maioria das vezes, em respostas diferentes das unidades da federação em relação às políticas e estratégias elaboradas a partir do nível central. Mesmo em federações em que o processo de elaboração das políticas é definido de forma conjunta entre a esfera federal e os entes regionais e locais, por meio de processos constantes de compartilhamento decisório, observa-se que cada ente subnacional produz respostas diferenciadas em termos de ritmo e de qualidade do processo de implementação^{16,17}.

Portanto, a reação dos entes subnacionais, mesmo diante de estratégias nacionais bem definidas, pode variar muito. Em contextos mais virtuosos, a ênfase conferida pela esfera federal a um problema de política pública pode encorajar elites políticas, administradores e grupos locais de interesse a mobilizar esforços para aderir à agenda nacional, uma vez que tal movimento pode representar o acesso a incentivos financeiros, aporte de linhas de financiamento, apoio técnico, etc.¹⁸.

Além disso, a entrada da esfera federal pode reduzir os custos que os governos regionais têm para arbitrar conflitos em suas jurisdições e editar legislação própria, permitindo que foquem em outras questões relevantes de política pública, obtendo um ganho duplo de agenda. Da mesma forma, o desencadeamento de debates e a formação de programas nacionais podem ajudar a romper resistências de atores regionais e a ampliar níveis de confiança em soluções compartilhadas.

A presença de fóruns nacionais com agendas consistentes de discussão pode gerar estímulos para a entrada de novos atores com capacidade empreendedora em âmbito regional, movidos pelo acesso a recursos políticos e econômicos estratégicos federais e pela expectativa de mudanças dos pactos de poder.

Estados que já tenham legislações e políticas desenvolvidas, com estruturas de gestão e prestação de serviços públicos e burocracias profissionais, podem ainda potencializar essas iniciativas já existentes por meio de parcerias específicas com o governo federal para ampliar a cobertura, criar novos programas, formar quadros, qualificar a gestão, ampliar a infraestrutura, etc.¹⁹.

Esse quadro de convergência seria também um incentivo para políticos e administradores

regionais encabeçarem tais iniciativas federais em seus estados, tendo em vista os ganhos políticos iminentes. Além disso, a adesão a uma iniciativa do governo federal pode estreitar laços de cooperação e permitir o acesso a recursos financeiros e técnicos disponíveis em outras políticas e programas nacionais²⁰. Nessas condições, iniciativas federais podem tanto fomentar novas políticas públicas em assuntos e agendas emergentes nos estados quanto redirecionar e qualificar programas e estruturas de provisão de serviços já existentes.

Entretanto, subjacente a essas situações de sinergia nas relações intergovernamentais há sempre um cálculo de riscos e retornos de adesão dos entes subnacionais às iniciativas federais. As respostas legais e institucionais desses levam sempre em conta as possibilidades de ampliação dos ganhos e de minimização dos custos do engajamento em processos de difusão vertical de inovações de política pública. É exatamente nesse ponto em que as especificidades de estrutura, dinâmica e trajetória de cada unidade da federação tornam-se um fator decisivo para o sucesso das iniciativas federais. Diferentes formatos de relações entre a esfera federal e cada ente subnacional levam a linhas de ação diferenciadas²¹.

Nesse sentido, diante de uma proposta de legislação ou de um programa nacional específico, estados menores com orçamento mais limitado e rede de serviços reduzida poderão aderir mais facilmente do que um estado maior, com mais recursos fiscais e rede de serviços mais extensa. O impacto da ajuda federal poderá ser um estímulo muito maior para os primeiros e ainda poderá ser interpretada pelos estados maiores, em alguns casos, como uma possível redução de sua autonomia, em especial, se houver diferenças expressivas de conteúdo e orientação entre as propostas federais e estaduais.

Por outro lado, mesmo estados com maior propensão a aderir a políticas nacionais em virtude do acréscimo que os recursos correspondentes possam significar em seus orçamentos tenderão sempre a considerar a relação entre o volume de recursos e a extensão das responsabilidades adicionais que terão que assumir. A decisão de aderir somente ocorrerá caso essa relação seja favorável e seja acompanhada da garantia de constância dos fluxos de transferências financeiras intergovernamentais.

Em se tratando de estratégias de regionalização da atenção à saúde, como é o caso, as especificidades regionais adquirem contornos mais intensos e podem ter um impacto mais expres-

sivo na decisão dos estados de aderir ou não a propostas federais. Em geral, três ordens de fatores podem influenciar de forma expressiva a propensão dos entes subnacionais de aderirem a estratégias federais de regionalização: estruturais, institucionais e políticos.

Fatores estruturais se referem ao domínio e distribuição de recursos econômicos e produtivos e podem influenciar o nível de cooperação regional. Estados com regiões de saúde predominantemente caracterizadas por níveis elevados de desenvolvimento socioeconômico, por municípios com elevada autonomia fiscal, com expressivo domínio de recursos de saúde e elevado fluxo de intercâmbio interno de ações e serviços de saúde, tenderá a manifestar maior potencial para ampliar o escopo das relações regionais e apresentará menor dependência em relação a outras regiões de saúde, ao estado e à União. Essa configuração tende a gerar padrões mais consultivos de federalismo com menor grau de verticalização e maior necessidade de rodadas constantes de negociação, porém há também maior capacidade de produzir arranjos regionais com maior capacidade de prover atenção integral²²⁻²⁴.

Por sua vez, os fatores institucionais são aqueles relacionados às formas como se estabelecem as regras que delimitam as possibilidades de relações entre os entes federativos e outros atores relevantes (profissionais de saúde, prestadores privados, etc.).

Nesse sentido, as possibilidades de aprofundar a regionalização serão maiores em estados compostos, em sua maioria, por regiões de saúde com um histórico favorável de relações de cooperação entre os entes federados, com um sistema de instâncias de pactuação bem estruturado, com regras claras e negociadas, com funcionamento regular e de qualidade, com capilaridade expressiva e interconexão adequadas entre os fóruns (comissões intergestores bipartite – CIB, comissões intergestores bipartite regionais – CIR, conselhos estaduais de saúde – CES, conselhos municipais de saúde – CMS, etc.), entre outros.

Terão ainda maiores probabilidades de aprofundamento da regionalização, os estados e as respectivas regiões de saúde que apresentarem boas estruturas operacionais de implementação de políticas abrangendo unidades organizacionais especializadas em promover a cooperação regional, quadro de gestores qualificados e comprometidos, sistemas de informação compatíveis, mecanismos de coordenação clínica (prontuários eletrônicos, protocolos assistenciais, grupos multiprofissionais, etc.), metodologias claras de alo-

cação de recursos de custeio e investimento, entre outros²⁵⁻²⁷.

Finalmente, os fatores políticos são os relacionados à natureza e à evolução da dinâmica de poder estabelecida entre os principais atores do sistema de saúde e à forma como esta influencia a tomada de decisões sobre os rumos maiores da política de saúde.

Dessa forma, haverá maior possibilidade de avançar na regionalização em estados e respectivas regiões de saúde onde a direção estadual e as direções municipais da política (comandos da secretaria estadual e das secretarias municipais de saúde), tenham uma estratégia consistente de regionalização, estejam comprometidas com políticas de integração regional em saúde e se mobilizem para angariar o apoio de atores que possuem recursos estratégicos no cenário político (o governador do Estado, líderes partidários, senadores, deputados, etc.).

As possibilidades de aprofundar a regionalização em torno de um desenho mais sistêmico são ampliadas se houver o comprometimento com a estratégia definida para o estado e respectivas regiões de saúde por parte das instituições da sociedade civil e movimentos acadêmicos tradicionais da saúde coletiva (associações de usuários, associações de pesquisadores no campo da saúde, etc.), dos gestores estaduais e municipais (CONASS E CONASEMS), assim como das entidades dos profissionais de saúde e dos prestadores privados e filantrópicos.

A superação de posições defensivas e a construção de uma estratégia conjunta que materialize uma regionalização solidária dependem de certa convergência mínima entre os principais atores do campo da saúde em cada estado, algo que está intrinsecamente relacionado ao histórico político setorial^{28,29}.

Em virtude da presença de todos esses condicionantes de implementação, a estratégia proposta pelo Decreto 7.508/11 representava um desafio ousado para a agenda de regionalização do SUS, considerando que o processo de descentralização ocorrido ao longo das décadas de 1990 e 2000 havia ampliado significativamente o papel dos estados e municípios no financiamento e na gestão do SUS.

Enquanto as NOB buscaram induzir a transferência de atribuições e recursos para os estados e municípios, o Decreto 7.508/11 propôs dois desafios maiores para criar uma agenda pós-descentralização: definir metas de ações e serviços de saúde e explicitar com clareza as responsabilidades de cada ente federado. Essas metas e responsabilidades de-

veriam ser expressas no Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP, em cada estado.

Esses dois novos desafios colocaram a União, os estados e os municípios diante da necessidade de assumir novas responsabilidades no campo sanitário, com custos financeiros elevados, em uma conjuntura setorial de insuficiência de financiamento e de judicialização. Na seção seguinte, são apresentados e discutidos os padrões de reação à agenda de implementação do COAP em cada estado, destacando os avanços e os obstáculos observados.

Resultados e discussão: evolução diferenciada das agendas estaduais de implementação do COAP

Construção de pacto inicial, reconfiguração das Regiões de Saúde e instituição das CIR

Como pode ser visto no Quadro 2, 18 estados (69,2%) formalizaram a instituição de um grupo condutor e 15 (57,7%) conduziram reuniões, oficinas e seminários sobre o tema nas respectivas regiões de saúde, oficializaram a agenda de implementação junto à SGEP/MS e realizaram debates oficiais na CIB.

Nesse momento inicial, a principal lacuna observada nas agendas estaduais de implementação do COAP foi a regularidade do funcionamento dos grupos condutores, já que apenas 7 estados (26,9%) mantiveram um calendário regular de reuniões e de atuação.

Esse padrão nacional apresentou algumas variações regionais. Nas regiões Norte e Sul, foi possível observar mais dificuldades para manter o funcionamento regular dos grupos condutores. Apenas o Tocantins, no Norte, manteve regularidade do grupo condutor. No Sul, nenhum dos três estados avançou nesse ponto.

Na região Norte, também houve mais dificuldades para a realização de debates e seminários regionais sobre o COAP, o que pode ser resultado das especificidades territoriais da região, caracterizada por ampla extensão de terras e dificuldades de acesso e transporte. Em contraposição, no nordeste, praticamente todos os estados realizaram discussões regionais. Também nessa região, registrou-se, proporcionalmente, um volume maior de estados que oficializaram a agenda de implementação junto à SGEP/MS e realizaram debates oficiais nas CIB.

Em 17 estados (65,4%), as respectivas SES conduziram processos de avaliação e de aperfei-

çoamento do desenho das regiões de saúde buscando adequar a configuração anterior às novas exigências do Decreto 7.508/2011.

A Resolução CIT 01/2011 definiu critérios mínimos para a qualificação de regiões de saúde, em especial a necessidade de uma pauta básica de ações e serviços de saúde, induzindo os estados a reavaliarem os formatos territoriais existentes até então. Esse processo de reconfiguração territorial foi mais intenso no Nordeste e menos no Centro-Oeste.

O Decreto 7.508/11 também estabelecia uma mudança nas instâncias de governança local regional por meio da instituição das comissões intergestores regionais – CIR, alteração essa que teve significativa adesão em praticamente todos os estados. Em 19 (73,1%) unidades da federação foram instituídas CIR com regimentos internos, e em 18 (69,2%) estados esses colegiados possuíam estruturas administrativas mínimas, como secretarias executivas, grupos de trabalho e/ou câmaras técnicas para debater questões específicas consideradas relevantes. A difusão dessas inovações foi mais expressiva nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Planejamento integrado CIR

Conforme apresentado também no Quadro 2, embora a sistemática de planejamento integrado, caracterizada pela definição de metas conjuntas e de responsabilidades sanitárias específicas, não tenha sido implementada, os estados fizeram movimentos significativos para renovar suas rotinas de planejamento regional, uma vez que 21 (80,8%) deles apresentaram um plano de saúde no período de 2012-2015 aprovado pelo respectivo conselho.

Da mesma forma, como pode ser visto no Quadro 3, 18 (69,2%) estados haviam discutido, ou estavam em processo de discussão, a PPI com os gestores municipais na CIB, o que representa significativa difusão no território nacional.

Entretanto, essa agenda de renovação dos processos de planejamento não foi tão abrangente quando são consideradas as demais variáveis analisadas. Em apenas 14 (53,8%) estados foram realizadas atividades de discussão dos mapas da saúde nas respectivas CIB e se avançou na pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores (Quadro 2). Da mesma forma, apenas 9 (34,6%) unidades da federação haviam concluído a respectiva programação anual de saúde – PAS para o ano de 2014 e aprovado a mesma no conselho estadual de saúde.

Quadro 2. Evolução das Agendas Estaduais de Implementação do COAP - Construção de Pacto Inicial de Adesão, Reconfiguração das Regiões de Saúde e Instituição das CIR – Regiões e Unidades da Federação.

Região	UF	Construção de um Pacto Estadual de Adesão ao COAP					Reconfiguração das Regiões de Saúde	Instituição das CIR	Planejamento Integrado (cont.)			
		1	2	3	4	5			6	7	8	9
NO	TO											
	PA											
	RR											
	AM											
	RO											
	AP											
	AC											
NE	RN											
	PE											
	CE											
	AL											
	BA											
	SE											
	PB											
	PI											
	MA											
	MS											
CO	GO											
	MT											
	ES											
SE	RJ											
	MG											
	SP											
	SC											
SUL	PR											
	RS											

Fonte: elaboração dos autores.

As variações regionais também são mais intensas, quando se compara essa com as demais etapas do planejamento integrado. A discussão do mapa da saúde foi conduzida por mais de dois terços dos estados em apenas duas regiões do país (Sul e Centro-Oeste), patamar esse obtido apenas na região Sul quando se considera a conclusão e a aprovação da PAS.

Isso sugere que as barreiras à institucionalização do modelo de regionalização estabelecido pelo Decreto 7.508/11 começaram a se apresentar

tar com mais intensidade à medida que a agenda de implementação caminhou para os processos de definição de atribuições federativas em torno das metas e das responsabilidades de cada gestor.

As diferenças de resposta das agendas estaduais para o momento do planejamento integrado em comparação com os anteriores pode indicar uma diferença de custos de adesão entre as duas etapas, uma vez que as atividades de planejamento implicam minimamente na abertura do debate entre as esferas federal, estadual e mu-

Quadro 3. Evolução das Agendas Estaduais de Implementação do COAP – Planejamento Integrado (continuação), Responsabilidades Organizativas e Executivas, Orçamentário-Financeiras e de Monitoramento e Avaliação e Assinatura do COAP – Regiões e Unidades da Federação.

Região	UF	Planejamento Integrado				Responsabilidades Executivas				Responsab. Orçamentário-Financeiras	Responsab. Monitoramento e Avaliação	Tramitação e Assinatura
		12	13	14	15	16	17	18	19			
NO	TO											
	PA											
	RR											
	AM											
	RO											
	AP											
	AC											
NE	RN											
	PE											
	CE											
	AL											
	BA											
	SE											
	PB											
	PI											
CO	MA											
	MS											
	GO											
SE	MT											
	ES											
	RJ											
	MG											
SUL	SP											
	SC											
	PR											
	RS											

Fonte: elaboração dos autores.

nicipal sobre o aporte de recursos financeiros futuros, o que pode implicar no início de conflitos distributivos.

Pactuação das responsabilidades organizativas e executivas, orçamentário-financeiras e de monitoramento e avaliação e assinatura do COAP

Como pode ser visto no Quadro 3, nas etapas mais avançadas da implementação do COAP manteve-se a tendência de redução da dinâmica de resposta das agendas estaduais já observada

nas atividades relacionadas ao planejamento integrado. Além de apenas 2 (7,7%) estados terem assinado o COAP (Ceará e Mato Grosso do Sul), a grande maioria teve dificuldades para avançar na renovação em processos de qualificação de suas responsabilidades executivas e de monitoramento e avaliação.

No primeiro caso, apenas 12 (46,2%) estados haviam discutido o COAP com os respectivos conselhos de saúde e definido uma política estadual de regulação do acesso, e somente 9 (34,6%) tinham avaliado a implantação do cartão nacional do SUS na CIB. Além disso, as variações regionais também foram extremamente expressivas, sendo que apenas na região Sul foi possível observar um pouco mais de regularidade nessa etapa. Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste também foi possível observar boa difusão dos movimentos de discussão do COAP junto aos conselhos estaduais de saúde.

A única exceção, nessa etapa, foi a implementação das redes temáticas de atenção saúde (Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, etc.). Em 23 (88,5%) estados foi possível identificar a presença de planos de implementação de pelo menos duas redes temáticas em estágios diferentes de evolução. Essa significativa adesão das unidades da federação pode ser explicada pelo aporte de recursos financeiros federais e pela ênfase conferida pela cúpula do Ministério da Saúde em sua divulgação.

A discussão da necessidade de novos investimentos para a rede de serviços de saúde entre os gestores estaduais e municipais também foi um dos pontos que mobilizou as agendas estaduais ao longo do período analisado. Em 18 (69,2%) estados foi possível identificar a presença de debates nas respectivas CIB relacionados ao aporte de recursos adicionais, em especial as demandas por ampliação de teto das transferências federais.

A extensão dessa demanda pode sugerir que grande parte das possibilidades de avanço da regionalização e da implementação do COAP estiveram condicionados à ampliação da base de financiamento do SUS, com destaque para a expansão do aporte federal de recursos.

Finalmente, somente 11 (42,3%) estados apresentavam alguma estratégia de monitoramento e avaliação das metas pactuadas entre a secretaria estadual de saúde e as respectivas secretarias municipais constantes das peças oficiais de planejamento (plano estadual de saúde, programação pactuada e integrada e programação

anual de saúde). Nas regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste a ausência desses procedimentos foi mais expressiva do que nas demais.

Além disso, foi possível identificar que a evolução das agendas estaduais de implementação do COAP apresentou uma dinâmica errática, marcada por momentos de avanço, estagnação e retrocesso. Conforme apresentado no Gráfico 1, foram poucos os estados que desenvolveram apenas alguns processos mais fragmentados e dispersos (agendas incipientes), mostrando maior distanciamento em relação à agenda nacional estabelecida pelo Decreto 7.508/11.

A maior parte dos estados se engajou na agenda do COAP de maneira formal (agendas burocráticas) focando em momentos ou etapas específicas, seguindo a agenda nacional enfatizada pelo Ministério da Saúde, o que permitiu acompanhar o debate nacional de forma produtiva sem ter que ampliar os custos de adesão acarretados pelo comprometimento mais estreito com a assinatura formal dos contratos. Assim, alguns estados, como Roraima, Paraíba e Mato Grosso, focaram suas atividades nos momentos iniciais entre a formação de um pacto de discussão do COAP até a implementação das CIR. Outros, como Minas Gerais, São Paulo e Paraná, concentraram seus esforços na renovação de suas rotinas de planejamento integrado.

Finalmente, um grupo significativo manteve expressiva regularidade ao longo das diversas atividades de processos que caracterizaram a implementação do COAP no período analisado. Esses estados mantiveram uma agenda mais abrangente que permitiu, na maioria dos casos, abrir o debate da implementação, reconfigurar as regiões de saúde de forma mais racional, implantar as novas instâncias de governança regional (CIR), renovar e aperfeiçoar as rotinas de planejamento integrado e avançar na discussão de novos investimentos, entre outros.

A questão central consiste em analisar quais fatores podem ajudar a explicar as diferenças de padrões de implementação do COAP observados entre os estados brasileiros. Como pode ser observado no Gráfico 1, em geral, situações extremas de combinação entre complexidade político-federativa (número de municípios) e de estrutura da rede de serviços de saúde (número de unidades de saúde) resultaram em maiores dificuldades para fazer avançar a agenda de implementação do COAP.

Os estados que apresentaram maiores avanços (agendas avançadas) foram aqueles caracterizados por combinações intermediárias, o que su-

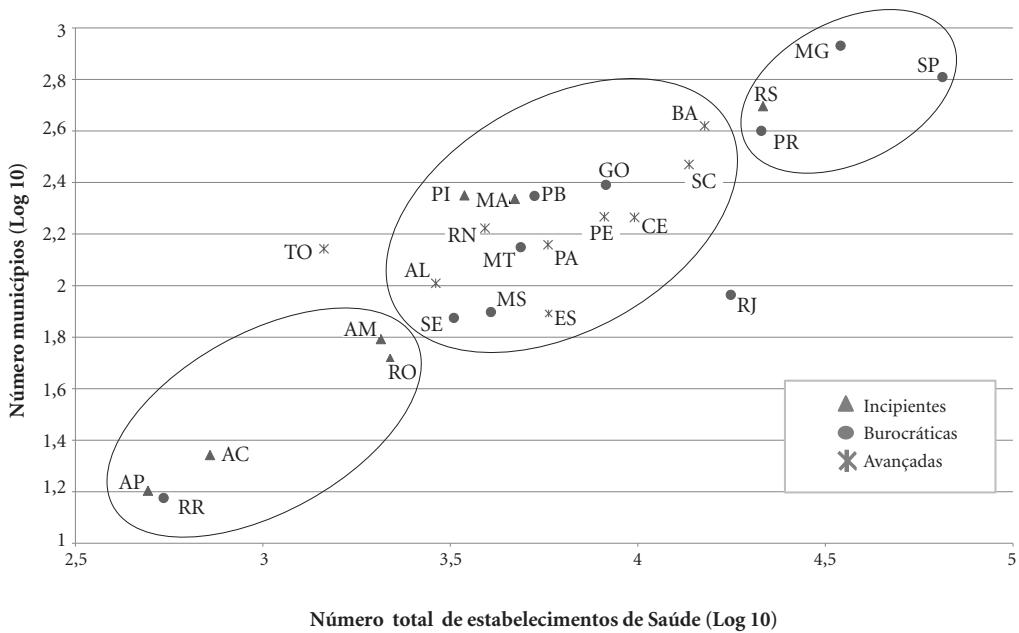


Gráfico 1. Padrões de Resposta das Agendas Estaduais segundo Tamanho da Rede de Serviços de Saúde e Número de Municípios (totais por estado para julho de 2014 em log de base 10).

Fonte: elaboração dos autores a partir de DATASUS (2015).

gera que a estratégia de implementação do COAP não foi sofisticada o suficiente para contemplar a diversidades dos contextos regionais brasileiros. Isso indica que os estados menores podem ter sucumbido diante da baixa capacidade de sua estrutura de provisão de serviços e da fragilidade de sua malha municipal, além das dificuldades de qualidade técnica da burocracia, menor potencial para fazer investimentos, os custos de transação do contrato, etc., resultando em menor capacidade de cooperação regional para cumprir as obrigações do COAP. Por sua vez, os estados com redes diversificadas e com mais municípios possuem, por um lado, maior capacidade de fazer frente às demandas por atendimento e, por outro, precisam lidar com um contexto mais complexo de relações federativas, dificultando e retardando a contratualização, sem contar o fato de terem os serviços mais especializados de referência nacional de alta complexidade, o que amplia significativamente os custos de adesão.

Entretanto, mesmo entre o conjunto de estados com combinações intermediárias há um grupo expressivo de estados com agendas incipientes e burocráticas, tornado a implementação

do COAP uma política com elevado índice de insucesso e apontando para a presença de condicionantes que estão além da diversidade dos contextos regionais e que não foram contemplados na estratégia nacional. Esse quadro indica um esgotamento das estratégias de regionalização do SUS diante dos limites estruturais atuais impostos por um limitado pacto político nacional, coroado ao longo das últimas décadas, e uma base frágil de financiamento, além dos gargalos de acesso resultantes de expressivas desigualdades de distribuição da capacidade instalada de serviços de saúde no Brasil. A superação de tais limites exige uma agenda nacional de reformas pró-SUS, sob pena de tornar a implementação do COAP, e outras estratégias de regionalização que vierem a sucedê-la, perdida e inconclusa.

Conclusão

Conclui-se que, apesar de apenas dois estados terem assinado o COAP, a própria dinâmica de discussão e implementação parcial iniciada pelo Decreto 7.50/11 impulsionou um movimento

de renovação das agendas estaduais de regionalização que resultou, minimamente, na reconfiguração das regiões de saúde, na implementação de novos espaços de governança nas regiões de saúde e no aperfeiçoamento das rotinas de planejamento regional integrado.

Nesse sentido, a iniciativa da União mostrou-se importante para fomentar o debate setorial sobre a regionalização em âmbito nacional e estimular os gestores estaduais e municipais a produzirem movimentos de renovação de suas estruturas e processos que fornecem suporte ao trabalho conjunto dos entes subnacionais nas regiões de saúde.

Esses impactos positivos não foram uniformes nem se mantiveram com a mesma intensidade ao longo de todo o ciclo de implementação do COAP. De forma geral, foi possível identificar duas fases distintas na reação geral das agendas de cada estado em relação à federal do COAP.

Até a etapa de discussão e definição da programação pactuada e integrada (etapa 12 do ciclo do COAP), a resposta político-institucional das agendas estaduais mostrou-se significativamente mais homogênea e intensa do que no conjunto das etapas subsequentes. Nessa primeira fase, entre metade e 80% dos estados deram respostas positivas, dialogando minimamente com a agenda federal do COAP, com exceção do funcio-

namento dos grupos condutores deste. As etapas dessa fase abrangem processos de natureza formal e relacionados à estruturação organizacional e administrativa das regiões de saúde. Tais processos, embora exijam a mobilização dos gestores estaduais e municipais, podem ser considerados financeiramente menos custosos do que as etapas posteriores, envolvendo um nível mais expressivo de responsabilização federativa.

As etapas seguintes do ciclo do COAP, em geral, envolvem o comprometimento dos gestores com metas concretas em termos de ações e serviços de saúde e, consequentemente, o aporte mais significativo de financiamento. Portanto, a adesão dos entes subnacionais possui um custo que implica em um compromisso mais evidente com metas sanitárias que, explícitas em contratos, podem ser cobradas judicialmente.

Questões relacionadas à definição e aprovação da programação anual das ações e serviços de saúde, ao cartão nacional de saúde, à regulação do acesso e à avaliação de metas tiveram destaque em apenas menos da metade dos estados. Nesse sentido, é importante destacar que, nessa segunda fase, observou-se maior mobilização dos estados para organizar os planos de implementação de redes temáticas, vinculadas a aportes federais de financiamento, e para discutir na CIB a inclusão de novos investimentos estaduais.

Colaboradores

AM Ouverney, JM Ribeiro e MR Moreira participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Levicovitz E, Lima LD, Machado CV. A Política de Saúde nos Anos 1990: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):269-291.
2. Ouverney AM. A construção da municipalização da saúde: estratégias normativas. In: Fleury S, organizador. *Democracia e inovação na gestão local da saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, Fiocruz; 2014. p. 81-120.
3. Lima LD, Viana ALD, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, Scatena JHG, Mello GA, Pereira AMM, Coelho APS. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2881-2892.
4. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS, Demarzo MMP, Ferreira MP. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saude soc.* 2015; 24(2):413-422.
5. Mendes A, Louvison MCP, Ianni AMZ, Leite MG, Feuerwerker LCM, Tanaka OY, Duarte L, Weiller JAB, Lara NCC, Botelho LAM, Almeida CAL. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saude soc.* 2015; 24(2):423-437.
6. Brasil. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015*. Brasília: MS; 2014.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). *Guia para a elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública : construindo o COAP passo a passo*. Brasília: MS; 2014.
9. Lasswell H. *The Analysis of Political Behavior: An Empirical Approach*. London: Keagan Paul; 1948.
10. Mazmanian D, Sabatier P. *Effective Policy Implementation*. Lexington: Lexington Books; 1981.
11. O'Toole L. Policy Recommendations for Multi-Actor. Implementation: An Assessment of the Field. *Journal of Public Policy* 1986; 6(2):181-210.
12. Marsh D. *Comparing Policy Networks*. Buckingham: Open University Press; 1998.
13. Elazar D. *Exploring Federalism*. Tuscaloosa: The University of Alabama Presserfl; 1987.
14. Elazar D. *American Federalism: A View from the States*. New York: Harper and Row; 1984.
15. Watts R. Federalism, federal political system, and federations. *Annual Review of Political Science* 1998; 1(6):117-137.
16. Buntz CG, Macaluso TF, Azarow JA. Federal Influence on Health Policy. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2015; 45(4):948-961.
17. Arretche M. *Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização*. São Paulo: Fapesp; 2000.
18. Bednar J. Nudging Federalism toward productive experimentation. *Regional and Federal Studies* 2011; 21(4/5):503-521.
19. Maccann PJ, Shipan CR, Volden C. Top-Down Federalism: State Policy Responses to National Government Discussions. *Publius* 2015; 45(4):495-525.
20. Baumgartner FR, Gray V, Lowery D. Federal Policy Activity and the Mobilization of State Lobbying Organizations. *Political Research Quarterly* 2009; 62(3):552-567.
21. Beland D, Myles J. Varieties of federalism, institutional legacies, and social policy: Comparing old-age and unemployment insurance reform in Canada. *Int J of Soc Welfare* 2012; 21(1):78-87.
22. Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2317-2326.
23. Oliveira EXG, Carvalho MS, Travassos C. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad Saude Publica* 2004; 20(2):386-402.
24. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Modelos de Organização e Gestão da Atenção à Saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: Fiocruz. *A Saúde no Brasil 2030: Diretrizes para a Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2012. p. 143-182.
25. Kehrig RT, Souza ES, Scatena JHG. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. *Saúde em Debate* 2015; 39(107):948-961.
26. Roese A, Gerhardt TE, Miranda AS. Análise estratégica sobre a organização de rede assistencial especializada em região de saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde em Debate* 2015; 39(107):935-947.
27. Santos AM, Giovanella L. Regional governance: strategies and disputes in health region management. *Rev Saude Publica* 2014; 48(4):622-631.
28. Ribeiro PT. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. *Saude Soc.* 2015; 24(2):404-412.
29. Santos FA, Júnior GDG, Gurgel IGD, Pacheco HF, Bezerra AFB. A definição de prioridade de investimento em saúde: uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão. *Physis* 2015; 25(4):1079-1094.

Artigo apresentado em 06/06/2016

Aprovado em 13/10/2016

Versão final apresentada em 15/10/2016