

Coordenação federativa na Gestão do SUS: uma análise sob a perspectiva do Pacto de Gestão do SUS e do Programa Mais Médicos.

Autoria: João Roberto Muzzi de Moraes

Agradecimentos ao programa de Mestrado em Administração Pública da Fundação João Pinheiro.

Resumo

As ações em saúde estão circunscritas no arcabouço das políticas públicas, entendidas como um mecanismo para atuar num problema público. Logo, houve uma organização da distribuição de obrigações entre os entes federados, através da coordenação federativa. Portanto, o estudo pretende analisar a coordenação federativa no que tange a gestão do SUS, na perspectiva do Pacto de Gestão do SUS e arranjos organizativos do Programa Mais Médicos – PMM, ambos balizados pelo Pacto Nacional pela Saúde. A metodologia utilizou-se do desenho exploratório qualitativo, através de pesquisa bibliográfica e análise documental, proporcionando realizar uma análise comparativa entre o Pacto de Gestão e o PMM. Para isso, serão apresentados conceitos referentes ao federalismo na saúde e coordenação federativa, bem como serão contempladas as principais perspectivas do Pacto de Gestão e do PMM. Posteriormente, o estudo desenvolverá uma análise não exaustiva quanto ao arranjo federativo para, num ultimo momento, discorrer as considerações finais.

Palavras-chave: Federalismo; Sistema Único de Saúde; Descentralização.

Introdução

A saúde é “um estado completo de bem estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade”. (OMS, 1948, p.1). No Brasil, é entendida como dever do Estado e um dos direitos sociais previstos na constituição. Suas ações estão circunscritas no arcabouço das políticas públicas, que, por sua vez, são entendidas como um mecanismo configurado para atuar num problema público. (SECCHI, 2013). No caso da saúde, além da Constituição Federal de 1988 - CF 88¹–, a regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1990² contribuiu para o desenvolvimento de políticas de saúde. Esse Sistema foi estratificado em três níveis de atenção à saúde: Atenção Básica – ABS, média complexidade e alta complexidade. A ABS foi considerada estratégica para regulação dos fluxos e demandas dos usuários e viabilizadora da descentralização, regionalização e hierarquização do sistema de saúde.

Logo, houve uma distribuição de obrigações³ entre os entes federados através da coordenação federativa, entendida como a busca de integração dos entes governamentais no âmbito federativo. Nela, as propostas conduzem a organização das políticas nacionais por meio repasse de recursos e da descentralização, coordenada pelo nível federal. Assim, o governo central impõe condições aos demais, oferece incentivos e induz certas ações, interferindo na disposição de competências na federação. (GONÇALVES; LOTTA; BITELMAN, 2008). Com isso, outros mecanismos foram adotados para sistematizar a coordenação federativa no âmbito da saúde, como o Pacto Nacional pela Saúde de 2006. (LIMA et al, 2012; LIMA, 2013). Esse Pacto se compôs de outros três: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Como o Pacto Nacional pela Saúde é revisto anualmente, coaduna, nesse *background*, o advento do Programa Mais Médicos - PMM, em julho de 2013.

Portanto, este artigo pretende analisar a coordenação federativa no escopo do Pacto de Gestão do SUS e do PMM, ambos oriundos do Pacto Nacional pela Saúde. Dessa maneira, pretende-se verificar se a implantação do PMM ocorreu num movimento de centralização da coordenação federativa por parte da União, tendo em vista as diretrizes do Pacto de Gestão. Para isso, o estudo apresentará uma contextualização do federalismo e da coordenação federativa na saúde, além dos principais aspectos dessa coordenação à luz do Pacto de Gestão. Posteriormente, será contemplada uma contextualização do PMM e suas prerrogativas quanto aos entes federados. Adiante, realizar-se-á uma discussão não exaustiva com base no Pacto de Gestão e no PMM. Por último, serão feitas as considerações finais.

Federalismo na saúde e coordenação federativa

Entende-se, por federalismo, um arranjo que baliza as decisões do governo central, levando em conta: os interesses territoriais e de atores; o poder de veto dos governos subnacionais; os arranjos legais e informais; de transferências que regulam as responsabilidades e transferências fiscais. (LEIBFRIED; CASTLES, apud VIANA; MACHADO, 2009). No Brasil, o federalismo tem origem na constituição de 1891, prevendo a descentralização e autonomia das elites regionais. Nesse sentido, momentos com ênfases distintas – ora na centralização, ora na descentralização – permearam o arranjo do federalismo brasileiro.

Para Machado et al (2014), implementar políticas de saúde, nesse arranjo, exige mecanismos que atuem na regulação da descentralização e da organização da rede de assistência. Nesse sentido, pode-se exemplificar pela ação do Conselho Nacional de Saúde e das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB), instituídas em 1937⁴, 1991 e entre 1993-95, respectivamente. Essas instituições, além de viabilizar a descentralização, insere a sociedade no processo de consolidação do SUS. Lima (2013) considera que a descentralização redireciona as atribuições entre os entes subnacionais, fortalecendo-os e, reforçando o caráter democrático, a eficiência e a *accountability*. Ademais, a autora ressalta que a maioria dos entes subnacionais não tem condição de manter, autonomamente, a prestação de serviços de saúde em suas localidades.

No que tange à regionalização, Duarte et al (2015) sinalizam dois momentos: um, ocorre em busca pela organização, eficiência e eficácia do SUS. Noutro, procede-se a criação de regiões de saúde pautadas nos perfis epidemiológicos. A temática ganhou espaço importante na agenda entre os anos 1990 e 2000. Dessa forma, entende-se que a regionalização deve contemplar um planejamento integrado, abarcando as concepções de territorialidade, tentando identificar prioridades na perspectiva de sistemas funcionais de saúde. (BRASIL, 2002).

Metodologia

O percurso metodológico deste estudo se desenvolveu através de um estudo exploratório qualitativo. Para isso, foram pesquisadas referências bibliográficas e analisadas as documentações referentes ao objeto de estudo. Nas referências, o objetivo foi de identificar conceitos e pressupostos teóricos que pudessem fomentar a teorização do estudo. Já na análise documental, foram contempladas portarias interministeriais, documentos oficiais, bem como as legislações pertinentes. A partir dessas informações, construiu-se uma breve discussão, comparando as perspectivas de arranjo federativo com base no Pacto de Gestão e no PMM.

Os métodos qualitativos não propõem rigidez estrutural, de modo a permitir que o pesquisador busque novas possibilidades de análise para o problema estudado. Com isso, os estudos com esse desenho podem se constituir de um caráter inovador. Ademais, considera-se que os documentos como uma fonte natural de informação, além de não haver riscos no que tange uma modificação no comportamento do objeto pesquisado. (Godoy, 1995).

Para Turato (2005), os métodos qualitativos se esforçam para identificar os significados que atribuímos ao que esta em nosso redor. Isso porque esses significados passam a dar organicidade à consciência humana, bem como são atribuídos pela coletividade. Dessa forma, no caso da saúde, essa perspectiva contribui para o entendimento da construção das relações.

O Pacto Nacional pela Saúde e o Pacto de Gestão do SUS

Lançado, em 2006, o Pacto Nacional pela Saúde compreende três Pactos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS⁵. Para este artigo, será analisado o Pacto de Gestão do SUS, visto conter as diretrizes atinentes à gestão do Sistema de Saúde a partir de algumas premissas, como a descentralização e a regionalização. Na figura abaixo, o estudo apresentará, sucintamente, as principais perspectivas d Pacto de Gestão do SUS.

Figura 1: Pacto de Gestão – principais considerações sobre a coordenação federativa.

Diretrizes	Orientações
Descentralização	<ul style="list-style-type: none"> - Ministério da Saúde - MS: propor políticas, participar do financiamento, cooperação técnica, avaliar, regular, controlar, fiscalizar e mediar conflitos. - CIB: realizar pactos interestaduais balizados pela CIT. Nas duas comissões, o processo decisório se dá pelo consenso. - MS e a CIT: apoiar processos de qualificação permanente às CIB.
Regionalização	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar as ações de descentralização (assumidas em cada Município) dos serviços de saúde, gestão e mecanismos de decisão entre os gestores. - Ferramentas: Plano Diretor de Regionalização – PDR, Plano Diretor de Investimento - PDI e Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI.
Financiamento do SUS	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidade de todos os entes federados, através do repasse fundo a fundo e do financiamento de custeio por blocos⁶. - Custeio: na ABS, ocorre pelo Piso da Atenção Básica – PAB – e pelo Piso da Atenção Básica variável - PAB variável. O PAB se refere a recursos destinados ao custeio das estratégias da ABS. - Investimentos, apresentam-se projetos ao MS e serem aprovados nas CIB e CIT. São prioritários os que estimulem a regionalização e a ABS.
Planejamento	<ul style="list-style-type: none"> - Articulado entre os entes federados. Propõe-se que cada âmbito de gestão construa seu próprio planejamento, de modo que a pactuação ocorra tripartite. Além disso, devem-se considerar as especificidades de cada esfera de gestão, bem como os determinantes e condicionantes de saúde.
PPI	<ul style="list-style-type: none"> - Define o plano de ação em cada território, considerando as pactuações dos gestores. Demonstra os pactos intermunicipais de modo a originar recursos à população.
Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivam produzir ações aos prestadores públicos e privados de serviços de saúde, no que se refere à contratação, regulação assistencial e controle, avaliação da atenção à saúde, auditoria e regulações das vigilâncias sanitárias e epidemiológicas.
Participação e controle social	<ul style="list-style-type: none"> - Considerada ‘princípio doutrinário’, balizada pela CF 88 e lei 8080/90. - Apoiar aos conselhos, conferência de saúde e movimentos sociais e a implementação de mecanismos de participação social e defesa do SUS.
Gestão do	<ul style="list-style-type: none"> - Valorização dos trabalhadores, trabalho, e humanização nas relações;

Educação na saúde	- Prosseguir à execução da Política Nacional de Educação Permanente, destacando a política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e revisá-la para sua contribuição na formação técnica, qualificação do SUS e atendimentos às demandas em saúde.
trabalho	- Legalidade, proteção do trabalho; - Estímulo à negociação entre gestores e trabalhadores; - Autonomia dos entes federados e diretrizes do MS; - Financiamento dos três níveis federados, do trabalho; - Engajamento das secretarias municipais para o trabalho e educação na saúde.

Figura 1: Continuação

Fonte: elaboração própria a partir do Pacto de Gestão do SUS (2006).

De acordo com a figura 1, destacam-se a descentralização - sinaliza a função de coordenação e controle da União, por meio do MS, além do processo decisório embasado pelas CIB e CIT. A regionalização, pela função dos Municípios na execução e gestão dos serviços de saúde na ABS. No que tange ao financiamento e planejamento, identifica-se a participação dos três entes federados.

Programa Mais Médicos: contextualização

O PMM foi instituído em julho de 2013, pela medida provisória nº 621 – MP 621⁷, objetivando: mitigar a carência de profissionais médicos em regiões prioritárias e as iniquidades em saúde; aperfeiçoar a formação médica brasileira; fortalecer a ABS; inserir o médico num âmbito de formação concatenado ao SUS; promover intercâmbio de conhecimentos e estimular pesquisas atinentes aos SUS. No âmbito do Pacto Nacional pela Saúde, a proposta do PMM se constitui em três eixos: provimento emergencial de médicos às áreas prioritárias; mudanças estruturais na formação médica; investimentos em infraestrutura no nível da ABS. (BRASIL, 2013).

Quanto ao provimento emergencial de médicos, houve a seleção de médicos brasileiros e, posteriormente, foram selecionados médicos estrangeiros para ocuparem vagas não lotadas por médicos brasileiros. Além disso, por meio de um acordo com a Organização Panamericana de Saúde – OPAS, o Ministério da Saúde – MS - recrutou médicos cubanos para ocuparem vagas remanescentes⁸.

No que diz respeito à formação médica, a proposta foi de ampliar a oferta e número de vagas para o curso de medicina e residência médica no Brasil. Além disso, propôs-se a inserção do segundo ciclo no currículo acadêmico, por meio de estágio supervisionado em ABS. (BRASIL, 2013). Relativo aos investimentos em infraestrutura, o PMM propõe atuar na melhoria as Unidades Básicas de Saúde – UBS's, quanto aos equipamentos e estrutura. Nesse aspecto, o Programa se insere na ABS em consonância ao Programa Requalifica UBS, lançado em 2011. (BRASIL, 2015). No âmbito da gestão, monitoramento e avaliação do PMM, foram instituídos o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos⁹. Além disso, as obrigações e participações dos entes federados na execução do PMM estão previstas em portaria Interministerial¹⁰.

A seguir, serão apresentados os principais tópicos referentes à execução e atribuições dos entes federados – coordenação federativa - no âmbito do Mais Médicos.

Figura 2: Programa Mais Médicos: aspectos e atribuições dos entes federados.

Execução	- Instrumentos de ação interfederativa; - Cooperação com instituições de ensino superior;
----------	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de residência médica; escolas de saúde pública; integração ensino e serviço; - Órgãos e entidades da administração pública da União e dos entes subnacionais.
Coordenação	<ul style="list-style-type: none"> - Representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação; - Representantes designados pelos Ministros; - Facultativo o convite a outros indivíduos ou entidades públicas e privadas. - Coordenações Estaduais para a Execução nas respectivas Unidades Federativas.

Figura 2: continuação

Contratação do Programa	<p>Os Municípios e o DF devem pactuar por termo de adesão e compromisso, contemplando, pelo menos, as seguintes cláusulas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não substituição de médicos já lotados na ABS; - Manter as equipes compostas por médicos não participantes do PMM; - ofertar moradia ao médico, em consonância ao edital; - Fornecer água potável e alimentação; - Compromisso de adesão ao Requalifica UBS.
Competências	<p>Distrito Federal – DF - e Estados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atuar em cooperação aos entes federados e demais instituições; - Compor as Comissões Estaduais; - Viabilizar as ações do PMM
	<p>DF e Municípios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atuar em cooperação aos entes federados e demais instituições; - Viabilizar as ações do PMM; - Inserir os médicos na ABS de acordo com a PNAB. - Fornecer condições para o trabalho dos médicos de acordo com a PNAB; - Inscrever o médico do PMM no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES; - Acompanhar e fiscalizar as atividades do ensino e serviço;
Financiamento	<p>Municipal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moradia, por meio de vantagem pecuniária¹¹ ou oferta da acomodação; - Alimentação; - Transporte da residência ao trabalho para o médico, quando se tratar de áreas de difícil acesso e do aeroporto para o Município;
	<p>Federal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moradia, por ajuda de custo para compensar despesas dos médicos participantes; - Deslocamentos de chegada dos médicos aos Estados e de até dois dependentes, por meio aéreo. - Concessão de bolsas nas seguintes modalidades: formação, supervisão e tutoria.

Fonte: elaboração própria¹².

A figura 2 demonstra um arranjo federativo e suas perspectivas. A execução ocorre nos três níveis governamentais. Já a coordenação, está centralizada na União, apoiada pelos Estados. Quanto às competências, recaem sobre os Municípios o provimento das condições de trabalho aos médicos e o monitoramento das atividades orientados pelo ensino serviço, enquanto que os Estados atuam cooperativamente. Para a contratação do Programa, os Municípios devem cumprir algumas condições, como a oferta de moradia e alimentação ao profissional. Todavia, o financiamento conta majoritariamente com recursos da União e participação dos Municípios.

Discussão

As análises serão construídas numa perspectiva de relacionar os aspectos e diretrizes previstas no Pacto de Gestão e as atribuições e características do PMM, ambos citados previamente. Com isso, pretende-se identificar possíveis modificações na coordenação federativa. Logo, vale ressaltar que se tratam de arranjos circunscritos no mesmo nível de atenção à saúde – ABS e que, por princípio, tem o objetivo comum de

garantir a oferta e o acesso aos serviços de saúde à população, conforme os princípios do SUS.

Para Arretche (2011 apud Duarte et al, 2015), houve uma adesão expressiva dos Municípios à descentralização dos serviços de saúde. Isso parece estar em consonância com os arranjos federativos expostos no Pacto de Gestão e no PMM. Entretanto, no caso do PMM, parece ter havido uma alteração nesse mecanismo, se comparado ao Pacto de Gestão. Isso porque a contratação do Programa pelos Municípios ocorre sem a participação das CIB e CIT, e ainda, pela ação direta da União. Além disso, a participação dos Estados no processo de adesão dos Municípios ao PMM parece ser facultativa. Nesse aspecto, o arranjo União-Município parece corroborar a discussão de Viana, Lima e Oliveira (2002), que evidenciam a necessidade de mecanismos direcionados à construção da relação centro – periferia e ressaltam a eficiência no escopo de modelos burocráticos e cooperação entre os governos e gestores.

Quanto ao financiamento, o PMM se difere do preconizado para a ABS no escopo do Pacto de Gestão. Isso porque, no PMM, há uma relação direta entre a União e Municípios quanto aos recursos financeiros, sem o repasse fundo a fundo previsto no Pacto de Gestão. Além do mais, no PMM, a União tende a assumir os gastos mais expressivos no custeio dos profissionais médicos, bem como apoiar a gestão dos profissionais médicos. Já o Município, oferece alimentação, moradia e traslado local. Nesse caso, o Pacto de Gestão prevê que o custeio dos profissionais da ABS – inclusive médicos, é uma atribuição dos entes municipais.

No que tange às competências dos entes federados, para o PMM, estão previstas atribuições para o DF, Estados e Municípios. Para os Estados, as competências parecem se restringir ao acompanhamento e viabilização das ações do PMM. Para os Municípios, as atribuições dizem respeito à viabilidade operacional e de coordenação. Isso pode ser analisado frente à diretriz da gestão do trabalho, prevista no Pacto de Gestão. Nela, há uma autonomia dos entes federados e a sinalização de um engajamento necessário por parte das secretarias municipais nessa diretriz. Logo, a impressão é que, no escopo do PMM, a gestão do Programa, no aspecto operacional, se torna mais obrigatória aos Municípios do que a gestão do trabalho, no nível da ABS, preconizada no Pacto de Gestão.

Outrossim, a execução do PMM ocorre numa perspectiva diferenciada, em relação ao Pacto de Gestão, por destacar a necessidade de cooperação com: instrumentos de ação federativa; instituições de ensino superior; programas de residência; integração do ensino e serviço e cooperação com os órgãos da administração pública de todas as esferas governamentais. Isso pode ser confrontado em relação à diretriz do planejamento no Pacto de Gestão, onde se prevê a articulação restrita aos entes federados. Ou seja, a cooperação para a execução do PMM – e isso requer planejamento – demonstra ser mais robusta que a diretriz do planejamento indicada no Pacto de Gestão.

Considerações finais

O estudo identificou algumas modificações no arranjo da coordenação federativa do PMM, tendo em vista o Pacto de Gestão. Dessa forma, o Pacto de Gestão sinaliza um arranjo na coordenação federativa com maior centralização das ações na União relativas ao planejamento e controle; o financiamento e o planejamento parecem ser mais permeáveis aos entes subnacionais e a regionalização. Já para o PMM, percebe-se uma tendência à centralização, na União, quanto ao financiamento e da coordenação do Programa, com participação Municipal. Sua execução demonstra a participação dos três

entes federados. Já as competências e contratação do Programa, parecem ocorrer sem a participação dos Estados, sinalizando um arranjo entre a União e os Municípios.

Logo, acredita-se que essa centralização na União quanto ao custeio e coordenação se deve a alguma deficiência dos entes subnacionais na implementação de ações mais robustas quanto ao provimento de profissionais médicos na ABS. Ademais, há uma tendência de os entes subnacionais não conseguirem dispor de autonomia suficiente para prover os serviços de saúde em sua localidade. Esse fator pode estar atribuído à baixa capacidade de financiamento do ente municipal no âmbito da saúde. Nesse caso, a União interviu no financiamento, majoritário – e não exclusivo - de serviços médicos na ABS, em especial nas regiões classificadas como mais vulneráveis.

Além disso, percebe-se um papel secundário dos Estados. Em alguns casos, a participação deste ente é facultativa. Logo, é possível que os Estados sejam limitados no que diz respeito ao custeio e a organização de serviços no nível da ABS, ou ainda, estarem atuando, no âmbito da saúde, nos níveis da média e alta complexidade.

Todavia, esse rearranjo pode ser conflituoso, no que diz respeito aos dois instrumentos de coordenação federativa analisados: o Pacto de Gestão e as regulamentações do PMM. Isso porque tanto o Pacto de Gestão quanto o Mais Médicos foram constituídos no escopo do Pacto pela Saúde, todos em vigor. Apesar disso, o conflito pode sinalizar uma mudança estrutural no arranjo da coordenação federativa para as ações de saúde. Nessa perspectiva, sugere-se que estudos posteriores possam identificar uma possível evolução do arranjo federativo presente na agenda da saúde. Sabe-se que movimentos de centralização e descentralização são presentes nos Estados federados, podendo ser influenciados por diversos fatores. Logo, surge como um novo desafio buscar o conhecimento em torno de novos arranjos e inovações na coordenação federativa aplicada ao SUS, em especial à ABS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, Ministério da Saúde 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela saúde: mais hospitais e unidades de saúde, mais médicos e mais formação**. Brasília; Ministério da Saúde; 2013.

DUARTE, Ligia Schiavon, et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.24, n.2, p.472-485, 2015.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GONÇALVES, Renata da Rocha; LOTTA, Gabriela Spanghero; BITELMAN, Marina Farkas. **A coordenação federativa de políticas públicas duas décadas após a**

constituição federal de 1988. Disponível em <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnAPG/enapg_2008/2008_ENAPG547.pdf>. Acesso em 17/07/2016.

LIMA, Luciana Dias de et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, nº7, p. 1903-1914, 2012.

LIMA, Luciana Dias de. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013, p. 73-139.

MACHADO, Cristiani Vieira et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 48, nº4, p. 642-650, 2014;

OBINGER, Herbert; LEIBFRIED, Stephan; CASTLES, Francis G. Federalism and the Welfare State. Cambridge: Cambridge University Press; 2005 apud VIANA, Ana Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, nº 3, p. 807-817, 2009.

OLIVEIRA, Felipe Proença de et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface**. Botucatu, v. 19, nº 54, p. 623-34, 2015.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2ª ed. São Paulo: Cenage Learning, 2013.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde**. Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.39, n.3, p. 507-14, 2005.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Godim de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto — lições do caso brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, nº 3, p. 493-507, 2002.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, nº 3, p. 807-817, 2009.

¹Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 20/07/2016.

² Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 20/07/2016.

³ Ver lei 8080/1990, capítulo IV, seção I e II.

⁴ Ver <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>. Acesso em 22/07/2016.

⁵ Ver Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, do Ministério da Saúde.

⁶São os blocos: atenção básica, média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS.

⁷ Convertida na lei 12871 de 2013.

⁸ Ver <http://www.maismedicos.gov.br/linha-do-tempo>. Acesso em 25/07/2016.

⁹ Decreto nº 8040, de 08 de julho de 2013.

¹⁰ Portaria Interministerial nº 1369, de 8 de julho de 2013.

¹¹ Os valores são definidos pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada.

¹² A partir da Lei 12871, de 22 de outubro de 2013 e da Portaria Interministerial nº 1369, de 8 de julho de 2013.