



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CAMPUS AGRESTE  
NÚCLEO DE GESTÃO  
CURSO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS

REBECA MAYARA BARBOZA DA SILVA

**DESIGUALDADE REGIONAL E ORGANIZAÇÃO COOPERATIVA: o Caso das  
Cooperativas de Saúde no Brasil**

Caruaru  
2025

REBECA MAYARA BARBOZA DA SILVA

**DESIGUALDADE REGIONAL E ORGANIZAÇÃO COOPERATIVA: o Caso das  
Cooperativas de Saúde no Brasil**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Coordenação do Curso de  
Ciências Econômicas do Campus Agreste  
da Universidade Federal de Pernambuco -  
UFPE, na modalidade de monografia,  
como requisito parcial para a obtenção do  
grau de bacharel em Ciências  
Econômicas.

**Área de concentração:** Economia  
Regional e Urbana

**Orientador:** Prof. Dr. Denis Fernandes Alves

Caruaru

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva, Rebeca Mayara Barboza da.

DESIGUALDADE REGIONAL E ORGANIZAÇÃO COOPERATIVA: o  
Caso das Cooperativas de Saúde no Brasil / Rebeca Mayara Barboza da Silva. -  
Caruaru, 2025.

57 p. : il., tab.

Orientador(a): Denis Fernandes Alvs

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de  
Pernambuco, Centro Acadêmico do Agreste, Ciências Econômicas, 2025.

Inclui referências.

1. Cooperativas de saúde. 2. Desigualdade regional. 3. Acesso à saúde. 4.  
Análise Espacial. 5. Brasil. I. Alvs, Denis Fernandes. (Orientação). II. Título.

330 CDD (22.ed.)

REBECA MAYARA BARBOZA DA SILVA

**DESIGUALDADE REGIONAL E ORGANIZAÇÃO COOPERATIVA: o Caso das  
Cooperativas de Saúde no Brasil**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Coordenação do Curso de  
Ciências Econômicas do Campus Agreste  
da Universidade Federal de Pernambuco -  
UFPE, na modalidade de monografia,  
como requisito parcial para a obtenção do  
grau de bacharel em Ciências  
Econômicas.

Aprovada em: 18/12/2025

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Denis Fernandes Alves (Orientador)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>. Me. Jessycka Portela de Brito (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>. Me. Fladia Valeria Dantas dos Santos (Examinadora Externa)  
Universidade Regional do Cariri

---

Prof. Dr. Cláudio Eurico Seibert Fernandes da Silva (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Rondonópolis

Dedico este trabalho a Deus, pois: “Para que todos vejam, saibam, considerem e juntamente entendam que a mão do Senhor fez isto” (Isaías 41:20).

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus pela oportunidade de concluir este curso e por ter me acompanhado em cada etapa, concedendo-me sabedoria, discernimento e força para realizar este trabalho com dedicação e qualidade.

Expresso minha profunda gratidão à minha família, especialmente aos meus pais, pelo apoio constante, pelos incentivos e palavras de carinho. Sem vocês, esta conquista não seria possível.

Registro também meu sincero agradecimento ao meu orientador, professor Dr. Denis Fernandes, por todo o suporte, apoio e disponibilidade. Cada orientação, cobrança e ensinamento foram essenciais para o meu crescimento acadêmico e para a realização deste trabalho.

Agradeço aos meus amigos de graduação: Napoleão, Givaldo, Gleiziele e Thiago, por tornarem os dias na faculdade mais leves e divertidos.

Muito obrigada a todos por fazerem parte da minha vida e trajetória acadêmica.

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo central analisar os fatores que influenciam a distribuição desigual de cooperativas de saúde no Brasil e avaliar como essa disparidade afeta a economia e o acesso a serviços médicos nas diferentes regiões do país. Além disso, busca-se mapear a distribuição geográfica das cooperativas de saúde no Brasil, identificando as regiões com maior e menor concentração. Investigar os fatores socioeconômicos e estruturais que contribuem para a desigualdade na distribuição dessas cooperativas. E comparar o impacto econômico das cooperativas de saúde em regiões e nos estados com alta e baixa concentração. Nesse estudo foram construídos índices, analisados por meio de uma análise espacial, buscando uma melhor visualização dos resultados. Esses evidenciaram que o cooperativismo de saúde atua de forma desigual no Brasil. Nas regiões mais desenvolvidas como no Sudeste e Sul, integra um mercado competitivo, enquanto nas menos desenvolvidas como o Norte, exerce maior impacto social e amplia o acesso à saúde suplementar. Apesar de avanços importantes, especialmente no Nordeste, as diferenças regionais ainda permanecem significativas. A consolidação do modelo em nível nacional exige políticas públicas, investimentos estruturais e estratégias que reduzam essas desigualdades. Conclui-se que as cooperativas são fundamentais para o sistema de saúde, mas ainda enfrentam desafios para alcançar atuação equilibrada em todo o país.

**Palavras-chave:** Cooperativas de saúde; Desigualdade regional; Acesso à saúde; Análise Espacial; Brasil.

## ABSTRACT

This study aims to analyze the factors that influence the unequal distribution of health cooperatives in Brazil and to assess how this disparity affects the economy and access to medical services across different regions of the country. Additionally, it seeks to map the geographic distribution of health cooperatives in Brazil, identifying regions with higher and lower concentrations, and to investigate the socioeconomic and structural factors that contribute to inequalities in their distribution. The study also compares the economic impact of health cooperatives in regions and states with high and low levels of concentration. To this end, composite indices were developed and analyzed through spatial analysis, allowing for a clearer visualization of the results. The findings indicate that health cooperativism operates unevenly across Brazil. In more developed regions, such as the Southeast and South, it is integrated into a competitive market, whereas in less developed regions, such as the North, it has a greater social impact and expands access to supplementary health care. Despite important advances, particularly in the Northeast, regional disparities remain significant. The consolidation of this model at the national level requires public policies, structural investments, and strategies aimed at reducing these inequalities. It is concluded that health cooperatives are fundamental to the Brazilian health system, but they still face challenges in achieving balanced performance throughout the country.

**Keywords:** Health cooperatives; Regional inequality; Access to healthcare; Spatial analysis; Brazil.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Análise Espacial do Índice Econômico das Cooperativas - 2019 e 2024	32
Figura 2 –	Análise Espacial Comparação do Índice Estrutural de Saúde - 2019 e 2024	38
Figura 3 –	Análise Espacial do Índice de Impacto Social - 2019 e 2024	42
Figura 4 –	Análise Espacial do Índice Geral de Relevância das Cooperativas de Saúde - 2019 e 2024	48

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Evolução do Índice Econômico das Cooperativas de Saúde nas regiões do Brasil (2019 a 2024)	28
Tabela 2 –	Evolução do Índice Econômico das Cooperativas de Saúde nos estados brasileiros (2019 a 2024)	30
Tabela 3 –	Evolução do Índice Estrutural de Saúde nas regiões do Brasil (2019 a 2024)	33
Tabela 4 –	Evolução do Índice Estrutural de Saúde nos estados do Brasil (2019 a 2024)	35
Tabela 5 –	Evolução do Índice de Impacto Social nas regiões do Brasil (2019 a 2024)	39
Tabela 6 –	Evolução do Índice de Impacto Social nos estados do Brasil (2019 a 2024)	40
Tabela 7 –	Evolução do Índice Geral de Relevância das Cooperativas de Saúde nas regiões do Brasil (2019 a 2024)	44
Tabela 8 –	Evolução do Índice Geral de Relevância das Cooperativas de Saúde nos estados brasileiros (2019 a 2024)	46

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>AS COOPERATIVAS E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO</b>	
	<b>HISTÓRICA NO BRASIL.....</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>COOPERATIVAS DE SAÚDE E SEUS ASPECTOS</b>	
	<b>REGIONAIS.....</b>	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>REVISÃO EMPÍRICA.....</b>	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
5.1	Estrutura dos Índices.....	23
5.1.1	<i>Índice Econômico das Cooperativas (IEC).....</i>	23
5.1.2	<i>Índice Estrutural de Saúde (IES).....</i>	24
5.1.3	<i>Índice de Impacto Social (IIS).....</i>	24
5.1.4	<i>Índice Geral de Relevância das Cooperativas de Saúde (IGRCS)</i>	25
5.2	Análise Espacial.....	26
5.3	Base de Dados.....	26
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>28</b>
6.1	Índice Econômico das Cooperativas .....	28
6.2	Índice Estrutural de Saúde.....	33
6.3	Índice de Impacto Social.....	39
6.4	Índice Geral de Relevância das Cooperativas de Saúde.....	44
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A desigualdade regional no Brasil é uma marca persistente desde a formação econômica do país, refletindo-se não apenas nos indicadores de renda, mas também no acesso à saúde. Sendo assim, e considerando esse contexto, as cooperativas de saúde surgem como uma alternativa organizacional capaz de reduzir as diferenças e ampliar o atendimento em regiões historicamente negligenciadas. Diante disso, Ricciardi (2000) destaca que a cooperação constitui um fator essencial para o empreendimento, pois auxilia indivíduos a identificarem objetivos e interesses comuns, reforçando assim a importância das organizações cooperativas como instrumentos de fortalecimento coletivo.

Por definição, cooperativa é “a união de trabalho ou profissionais diversos, que se associam por iniciativa própria, desde que os interesses individuais em produzir, comercializar ou prestar um serviço não sejam conflitantes com os objetivos gerais da cooperativa” (Crúzio, 2005, p. 13). Como pode-se observar, o maior foco de uma cooperativa são as pessoas, e isso faz com que haja uma melhor relação social entre elas, pois o cooperativismo traz consigo uma forma de organização mais aberta, que conecta as pessoas de diversos segmentos e se apresenta como modelo econômico sustentável (Bialoskorki Neto, 2001).

Assim, o mundo cooperativista é organizado em sete segmentos<sup>1</sup>, a saber: agropecuário, consumo, crédito, infraestrutura, saúde, seguros, trabalho e transporte. Contudo, o ramo saúde será o objeto deste estudo por três motivos principais: primeiro, seu alinhamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU), especialmente no que se refere à promoção da saúde e do bem-estar. Segundo a necessidade de reduzir desigualdades no acesso à saúde, direito constitucional garantido a todos os brasileiros. E terceiro, a relevância social e econômica do cooperativismo de saúde, que desempenha papel fundamental na ampliação do acesso, na qualidade dos serviços e no fortalecimento da participação comunitária no setor. Reconhecida a importância do ramo saúde no cooperativismo, é essencial observar como ele se distribui pelo território nacional, revelando sua expressão concreta e as disparidades regionais em sua presença.

---

<sup>1</sup> Resolução da OCB nº 56/2019

No Brasil, existem diversas cooperativas de saúde que, em conjunto, evidenciam a força e a dimensão do setor. Dados do Sistema da Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB 2025) mostram que, em 2024, o país contava com 699 cooperativas, com mais de 270 mil cooperados e com mais 150 mil empregados diretos, números que demonstram a expressiva atuação do cooperativismo na área da saúde. Ainda assim, observa-se uma distribuição regional desigual: enquanto a região Sudeste reúne 302 cooperativas, a região Norte possui apenas 27, revelando significativas disparidades entre as macrorregiões (Anuário Coop, 2025).

A desigualdade não se limita apenas ao número de cooperativas por região, mas também se reflete no acesso à saúde no Brasil. Enquanto aproximadamente 76% da população depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento médico (Brasil, 2025g), apenas 24,37% das pessoas contam com algum tipo de plano de saúde privado (ANS, 2025b). Isso significa que mais de 213 milhões de brasileiros utilizam o SUS como única alternativa para cuidados com a saúde (Brasil, 2025g). Contudo, o acesso aos serviços de saúde apresenta fortes disparidades regionais, decorrentes de diferenças na capacidade econômica das regiões, da qualidade e disponibilidade da infraestrutura de saúde e de desigualdades sociais que limitam tanto a oferta quanto a utilização dos serviços.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, é possível observar grandes diferenças no acesso à saúde entre as regiões brasileiras, especialmente entre o Norte e o Sudeste. Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2023), a proporção de médicos e especialistas em relação à população varia significativamente entre essas regiões: enquanto o Norte abriga 8,8% da população brasileira, concentra apenas 4,6% dos médicos do país. Já o Sudeste, que reúne 42% da população, conta com 53% dos profissionais.

Diante desse cenário, surge a seguinte problemática: existe uma distribuição desigual de cooperativas de saúde no Brasil? e como essa concentração (ou ausência) afeta a economia e o acesso a serviços médicos nas diferentes regiões do país e suas respectivas unidades federativas? Para responder a essa questão, este estudo tem como hipótese norteadora as cooperativas de saúde que são regulamentadas, e que apresentam distribuição e eficácia heterogêneas entre as regiões, refletindo as desigualdades socioeconômicas e de acesso a serviços de saúde no país.

Portanto, este trabalho tem como objetivo central analisar os fatores que influenciam a distribuição desigual de cooperativas de saúde no Brasil e avaliar como essa disparidade afeta a economia e o acesso a serviços médicos nas diferentes regiões do país. Além disso, busca-se mapear a distribuição geográfica das cooperativas de saúde no Brasil, identificando as regiões com maior e menor concentração. Investigar os fatores socioeconômicos e estruturais que contribuem para a desigualdade na distribuição dessas cooperativas. E comparar o impacto econômico das cooperativas de saúde em regiões e nos estados com alta e baixa concentração.

Para realizar todas essas análises, serão utilizadas variáveis como a distribuição de cooperativas e cooperados por estados, além dos segmentos alcançados e os seus impactos econômicos, esses dados são disponibilizados no Anuário Coop 2025 (Sistema OCB, 2025).

O período analisado compreende os anos de 2019 e 2024, escolha que se justifica pela possibilidade de observar e comparar resultados em dois momentos distintos e relevantes, sendo o contexto anterior e posterior à pandemia da Covid-19. O ano de 2019 representa o cenário antes da pandemia, marcado por uma dinâmica econômica e institucional relativamente estável, enquanto os anos posteriores permitem avaliar os impactos provocados pela crise sanitária sobre as cooperativas de saúde, bem como os processos de adaptação, recuperação e reorganização do setor. Dessa forma, o período escolhido possibilita uma análise mais robusta da evolução dos indicadores ao longo do período, contribuindo para a compreensão dos efeitos da pandemia sobre a distribuição, o desempenho econômico, estrutural e social das cooperativas de saúde no Brasil.

Mesmo diante da importância das cooperativas de saúde para o acesso e o desenvolvimento regional, ainda existem lacunas que justificam este estudo. Há pouca compreensão sobre os fatores que explicam a distribuição desigual dessas cooperativas entre os estados, bem como insuficiência de evidências que relacionem essa concentração aos impactos econômicos e ao acesso a serviços médicos. Além disso, faltam análises que integrem variáveis socioeconômicas, políticas e estruturais para explicar essa heterogeneidade, assim como comparações consistentes entre regiões com alta e baixa presença cooperativista. Essas ausências de informações consolidadas reforçam a necessidade da investigação proposta.

Além dessa introdução o presente estudo tem outras 2 seções. A segunda seção é referente às cooperativas e sua institucionalização histórica no Brasil, já a terceira seção será voltada para cooperativas de saúde e seus aspectos regionais.

## 2 AS COOPERATIVAS E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO HISTÓRICA NO BRASIL

A institucionalização do cooperativismo moderno tem suas raízes no ano de 1844, considerado um ponto de inflexão na história do movimento. Foi nesse contexto que surgiu a Sociedade dos Probos Pioneiros de Rochdale (*Rochdale Equitable Pioneers Society*) (Holyoake, 1857), reconhecida como a primeira cooperativa moderna documentada. A iniciativa nasceu na cidade de Rochdale, no Norte da Inglaterra, em meio a uma grave crise econômica e ao agravamento das condições de trabalho durante a Revolução Industrial. Diante da dificuldade de adquirir bens essenciais, 28 tecelões decidiram organizar um armazém cooperativo para oferecer produtos básicos a preços mais acessíveis. Para orientar o funcionamento da nova sociedade, o grupo definiu princípios que se tornariam pilares do cooperativismo mundial, como adesão voluntária e aberta, controle democrático e educação permanente dos membros, fundamentos que ainda hoje sustentam o movimento (Holyoake, 1857).

Essa fundação foi o início do cooperativismo no mundo, a sua história está presente no livro “*The History of the Rochdale Pioneers*”, do autor George Jacob Holyoake, a sua obra publicada em 1857, é a primeira obra histórica que fala sobre o cooperativismo organizado. A partir desse acontecimento, muitas outras cooperativas foram surgindo no mundo, e o Brasil não ficou fora disso, pois em 1889 é criada a primeira cooperativa brasileira.

A Sociedade Cooperativa Econômica dos Funcionários Públicos de Ouro Preto (MG), foi a primeira cooperativa do Brasil, ela foi criada em 1889, e o seu foco era a compra e distribuição de produtos agrícolas entre os seus cooperados, que eram funcionários públicos da região (PINHO, 2004). Essa foi a primeira de muitas cooperativas que foram surgindo no Brasil, a mais antiga e que está em funcionamento até hoje é a cooperativa de crédito, a Sicredi, fundada em 1902 no Rio Grande do Sul, onde introduziu um novo modelo econômico no país, tornando-se um sistema de crédito cooperativo de abrangência nacional (Sicredi, 2025).

O sistema foi crescendo e em 1969 em meio ao IV Congresso Brasileiro de Cooperativismo, foi criada a Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), essa organização surgiu com o objetivo de unir o movimento cooperativista, que até então era dividido entre as antigas Aliança Brasileira de Cooperativas (ABCOOP) e a União Nacional das Associações Cooperativas (Unasco) (Sistema OCB, 2025). A OCB se



estabeleceu e se tornou a representante nacional do setor, tanto que atualmente em 2025, ela continua atuante buscando a entrada e regulamentação de mais cooperativas, realizando pesquisas e buscando melhorias para o setor.

De fato, o cooperativismo no Brasil cresceu bastante desde o seu início em 1889, uma prova disso é o número de cooperativas registradas na OCB em 2024, no total há 4.384 no Brasil (Anuário Coop, 2025), e no mundo há mais de 3 milhões de cooperativas (ICA, 2025). Dentro desse grande número, há uma grande variedade de ramos que inclui essas empresas, assim para uma melhor organização a OCB realizou uma divisão desses ramos. Onde, de acordo com a Resolução OCB nº 56/2019 (Sistema OCB, 2025), que regulamenta a classificação dos ramos do cooperativismo, sendo organizado em sete ramos, sendo eles o Agropecuário; Consumo; Crédito; Infraestrutura; Saúde; Trabalho, Produção de Bens e Serviços; e Transporte.

As cooperativas do ramo saúde, são as que reúnem profissionais de saúde com o objetivo de prover ou adquirir serviços de preservação, assistência e promoção da saúde humana de qualidade e de forma acessível. Tendo a sua atuação em diversas áreas, como médica, odontológica, psicológica, entre outras. Ou seja, engloba cooperativas de médicos e de todas as profissões classificadas no CNAE 86 como “atividade de atenção à saúde humana” (Sistema OCB, 2023). Os profissionais destas áreas se associam de forma autônoma e voluntária com o objetivo de sanar alguma necessidade específica no setor, seja ela social, humana, cultural ou econômica.

Atualmente em 2025, o Brasil ocupa a liderança mundial de referência em cooperativismo de saúde, segundo pesquisas do World Cooperative Monitor (2023), o Sistema Unimed, do Brasil, lidera o ranking de maior faturamento absoluto quanto o de faturamento proporcional ao PIB per capita no setor de saúde e serviços sociais, ficando em primeiro lugar no ranking de “*Top 10 by Turnover USD*” no setor de saúde, com faturamento de 15,61 bilhões de dólares e 135.854 empregados, e também em primeiro lugar no ranking de “*Top 10 by Turnover/GDP per capita*”, com aproximadamente 2 milhões de faturamento proporcional (World Cooperative Monitor, 2023).

Além da Unimed, há inúmeras outras cooperativas de saúde brasileiras, que juntas representam a força do setor, com seus grandes números, onde as pesquisas realizadas pelo Sistema OCB (2025), mostram que em 2024 havia um total de 699 cooperativas, com mais de 270 mil cooperados e com 150 mil empregados diretos. Esses altos números mostram como o cooperativismo é ativo no Brasil. Contudo, é

possível observar à desigualdade entre a quantidade de cooperativas nas macrorregiões do país, onde o maior número dessas empresas se concentra na região Sudeste com 302 cooperativas, e o menor número no Norte, tendo apenas 27 (Anuário Coop, 2025).

Há cooperativas que não foram analisadas, por não serem regularizadas. A formalização de uma cooperativa é fundamental para garantir o cumprimento das formalizações previstas na Lei nº 5.764/1971, além de assegurar os direitos e deveres aos cooperados e gestores, ela ainda permite a participação de cooperativas em licitações, possibilitando a sua entrada no ambiente público, muito importante para as cooperativas de saúde que desejam realizar atendimentos pelo SUS, ou por instituições filantrópicas. Assim, é necessário que as cooperativas se registrem na Organização das Cooperativas do Brasil (OCB), que serve como forma de formalização e reconhecimento do sistema. A regulamentação dessas empresas está sendo muito divulgada agora em 2025, pois foi instituído pela resolução 78/175 da ONU, que 2025 será o Ano Internacional das Cooperativas (IAC, 2024). Desta forma, o Sistema OCB segue estimulando, divulgado e visitando cooperativas e cooperados, para aumentar o número de cooperativas regularizadas no Brasil.

A trajetória do cooperativismo, desde sua origem em Rochdale até sua consolidação no Brasil, revela um movimento historicamente marcado pela organização coletiva, pela busca por melhores condições de trabalho e pelo fortalecimento econômico e social das comunidades. Bem como a melhoria da estrutura no ramo da saúde.

No contexto brasileiro, a diversidade de ramos e a expressiva presença das cooperativas de saúde, demonstra a capacidade do cooperativismo de se adaptar às necessidades do país e de ocupar posição de destaque no cenário internacional. Entretanto, mesmo diante desse crescimento significativo, permanece evidente a desigual distribuição das cooperativas entre as regiões, especialmente no ramo saúde, o que reforça a necessidade de avançar na formalização, na organização institucional e no incentivo à expansão equilibrada do setor.

Dessa forma, compreender essa evolução histórica é fundamental para analisar os desafios contemporâneos, orientar políticas públicas e fortalecer o papel estratégico das cooperativas na promoção do desenvolvimento sustentável e na ampliação do acesso aos serviços de saúde no Brasil, tarefa à qual o presente estudo

se dedica ao investigar de forma aprofundada as desigualdades regionais e seus impactos no setor.

### 3 COOPERATIVAS DE SAÚDE E SEUS ASPECTOS REGIONAIS

As cooperativas de saúde surgiram devido às más condições de atendimento no sistema público de saúde, ampliando assim a abertura de empresas de medicina em grupo, estimulando o processo de mercantilização do setor público no Brasil (Bertolli, 2000). Ao longo das últimas décadas, esse modelo tem se fortalecido no país, entretanto a sua atuação não é uniforme, pois fatores regionais exercem forte influência na forma de como se estruturam e prestam serviços.

Segundo dados da Organização das Cooperativas do Brasil, em 2024 havia aproximadamente 270 mil profissionais que estão vinculados e produzindo em cooperativas de saúde, ocupando uma parcela significativa do mercado de serviços médicos suplementares. No entanto, a distribuição dessas cooperativas pelo território nacional revela diferenças que refletem a realidade econômica e social de cada região. Pode-se assim verificar através dos dados encontrados no Anuário das Cooperativas (2025), onde mostra que no ano de 2024 havia, 27 cooperativas na região Norte, 175 no Nordeste, 302 no Sudeste, 117 no Sul e 78 no Centro-oeste, é possível verificar a discrepância na quantidade de cooperativas em cada região. Isso acontece devido às desigualdades não só inter-regionais, mas intrarregionais.

Essa má distribuição acompanha as desigualdades históricas do sistema de saúde brasileiro, no qual através do recolhimento e análise de dados, é observado que em 2023, a região Sudeste concentrava mais de 183 mil estabelecimentos de saúde, enquanto a região Norte registrava apenas 22 mil, revelando a permanência da desigualdade regional (Alves, Silva e Oliveira, 2025). Esses números refletem de como a oferta de serviços e infraestrutura continua se concentrando nas regiões mais desenvolvidas do país, que conseqüentemente acabam sendo as mais populosas, onde segundo o IBGE (2024), no ano de 2024 na região Sudeste havia 88 milhões de habitantes, sendo a mais populosa, pois no Nordeste tinha apenas 57 milhões, no Sul 31 milhões, no Norte 18 milhões e por último o Centro-Oeste com 17 milhões de habitantes. A quantidade de habitantes influencia diretamente com a necessidade de terem mais estabelecimento de saúde, mas no caso tanto das cooperativas de saúde, como nas outras instituições de saúde, há uma grande desigualdade entre as regiões Norte e Sudeste.

Do ponto de vista econômico, as cooperativas de saúde representam uma importante fonte de geração de trabalho e renda, especialmente para profissionais autônomos. Segundo Cenzi (2012), há discussões sobre a importância do cooperativismo no Brasil, como terceiro mercado financeiro e seus reflexos sociais e econômicos a nível nacional, pois os diversos ramos do cooperativismo se fazem presente em todas as áreas da atividade econômica.

Desta forma, mesmo que o município ou a região sejam menores, a presença de uma cooperativa pode contribuir para a fixação de médicos e outros profissionais da saúde (Alves e Rocha, 2025), reduzindo a carência de atendimento local. Isso ocorre, porque o trabalho em cooperação resulta em uma economia humanizada, nesta lógica o que realmente importa é o indivíduo acima do valor capital, pois assim, cada indivíduo se beneficia, e ao mesmo tempo, contribui para o desenvolvimento daquele grupo de forma humanizada (Ricciardi, 2000). Entretanto, as regiões com menor dinamismo econômico enfrentam dificuldades para manter cooperativas financeiramente sustentáveis, o que explica a menor presença dessas organizações em áreas periféricas.

Portanto, embora as cooperativas desempenhem papel fundamental na ampliação da oferta de serviços, a sua presença reduzida em regiões como o Norte e Nordeste, evidencia que elas sozinhas não são capazes de suprir as lacunas estruturais deixadas pela rede pública. O presente estudo pretende preencher uma lacuna importante na leitura ainda não investigada é a atual situação das cooperativas em termos espaciais por estado e por macrorregião, suprimindo uma discussão sobre desigualdade regionais importantes e evidenciando problemas estruturais. Posto isto, a seção seguinte explora a metodologia do presente estudo.

## 4 REVISÃO EMPÍRICA

A literatura empírica sobre cooperativismo de saúde e desigualdades regionais no Brasil evidencia que a distribuição das cooperativas ocorre de forma heterogênea no território nacional, refletindo as assimetrias históricas de desenvolvimento econômico, infraestrutura de saúde e oferta de serviços. Estudos como os de Bialoskorski Neto (2012) demonstram que o cooperativismo brasileiro tende a se consolidar com maior intensidade em regiões economicamente mais dinâmicas, onde há maior capacidade institucional, mercado consumidor mais estruturado e melhores condições de sustentabilidade financeira. Essa evidência confirma os resultados encontrados neste estudo, que apontam maior concentração e desempenho das cooperativas de saúde nas regiões Sudeste e Sul.

Sobre os artigos que falam especialmente sobre a saúde, as pesquisas que foram conduzidas por Silva e Viana (2015) indicam que as cooperativas de saúde desempenham papel relevante na ampliação do acesso aos serviços médicos, sobretudo em localidades onde a presença do setor público é insuficiente. Os autores destacam que, em regiões menos desenvolvidas, as cooperativas assumem uma função social mais expressiva, atuando como complemento ao Sistema Único de Saúde (SUS). Essas informações são consistentes com os resultados deste trabalho, especialmente no que se refere às regiões Norte e Nordeste, onde o impacto social do cooperativismo tende a ser mais significativo do que seu desempenho econômico.

Em relação à comparação regional, Freudenberg (2003) e Nardo et al. (2008) destacam que a construção de índices compostos é uma estratégia eficaz para analisar diferentes dimensões, como as realizadas nesse estudo, que foram analisadas as esferas econômicas, estruturais e sociais, permitindo observações comparativas mais completas entre territórios. Esses estudos empíricos fundamentam metodologicamente a adoção do método min-max e a criação dos índices utilizados neste trabalho, como o Índice Econômico das Cooperativas (IEC), o Índice Estrutural de Saúde (IES), Índice de Impacto Social (IIS) e o Índice Geral de Relevância das Cooperativas de Saúde (IGRCS).

Referente a análise espacial, trabalhos como os de Haddad e Pimentel (2004) demonstram que a distribuição desigual de atividades econômicas e serviços de saúde está fortemente associada a fatores estruturais e históricos, reforçando a

importância de abordagens territoriais na análise empírica. Esses estudos dialogam diretamente com os resultados obtidos neste trabalho, que evidenciam padrões regionais distintos.

De forma geral, a revisão empírica indica que o cooperativismo de saúde é um instrumento relevante de desenvolvimento econômico e social, mas seu impacto varia conforme o contexto regional, pois será apresentado no decorrer deste trabalho o impacto social das cooperativas no âmbito da saúde.

## 5 METODOLOGIA

Para atingir o objetivo de analisar os fatores que influenciam a distribuição desigual de cooperativas de saúde no Brasil e avaliar como essa disparidade afeta a economia e o acesso a serviços médicos nas diferentes regiões do país, o presente estudo utiliza a criação de índices e análise espacial das desigualdades, a nível estadual e regional. A seguir são apresentados os métodos e a base de dados utilizados para tal finalidade.

### 5.1 Estrutura dos Índices

#### 5.1.1 *Índice Econômico das Cooperativas (IEC)*

O primeiro índice é o IEC, que tem como objetivo analisar a força econômica e o desempenho das cooperativas dentro dos diferentes estados e regiões do Brasil, no período de 2019 à 2024. Ele foi estruturado a partir de variáveis que representam a capacidade econômica e a relevância financeira das cooperativas de saúde, como número de cooperativas ativas, vínculos empregatícios e remuneração média, refletindo o grau de dinamismo econômico do setor em cada região. Essas variáveis permitem avaliar o papel das cooperativas como agentes de geração de emprego e renda, bem como sua inserção no mercado regional. Em termos formais:

$$IEC = \sum_{n=1}^{27} \frac{x'}{i} \quad (1)$$

Onde  $x'$  é a soma das seguintes variáveis, número de cooperativas/(população/1000); número de cooperados/(população/1000); número de empregados/(população/1000); ingressos per capita; ativos ou sobras per capita,  $i$  é a quantidade total de variáveis no numerador que são seis e 27 pois são os 26 estados e 1 distrito federal. A partir do Índice Econômico das Cooperativas, foi realizado a normalização, sendo realizada no método *min-max*, onde:



$$x' = \frac{x - (x)}{(x) - (x)} \quad (2)$$

Essa é uma técnica amplamente utilizada para padronizar variáveis que possuem escalas diferentes, permitindo sua comparação e posterior agregação em índices compostos (NARDO et al., 2008). Esse método transforma os valores originais de uma variável em uma escala padronizada que varia entre zero e um, na qual o menor valor observado recebe 0 e o maior valor recebe 1, enquanto os demais valores são distribuídos proporcionalmente dentro desse intervalo (OECD, 2008).

### 5.1.2 Índice Estrutural de Saúde (IES)

O segundo índice é o IES, que tem como objetivo avaliar a estrutura do setor cooperativista, em relação a quantidade de hospitais e leitos em funcionamento, verificando assim a sua capacidade de funcionamento, em relação as outras instituições, no período de 2019 à 2024. Ele foi elaborado com base em variáveis relacionadas à infraestrutura de saúde disponível, tais como número de estabelecimentos, leitos hospitalares e cobertura assistencial, elementos essenciais para a compreensão de como esta a capacidade instalada das cooperativas de saúde. A escolha dessas variáveis fundamenta-se na premissa de que a infraestrutura é um fator determinante para o acesso aos serviços de saúde e para a efetividade da atuação cooperativista, especialmente em regiões com déficits estruturais. Em termos formais:

$$IES = \sum_{n=1}^{27} \frac{x'}{i} \quad (3)$$

Onde  $x'$  é a soma das seguintes variáveis, número de leitos/1000 habitantes; média do número de hospitais por estado; número de cooperativas de saúde,  $i$  é a quantidade total de variáveis no numerador que são três e 27 pois são 26 estados e 1 distrito federal. A partir do Índice Estrutural de Saúde, foi realizado a normalização, também pelo método *min-max*.

### 5.1.3 Índice de Impacto Social (IIS)

O terceiro índice é o IIS, que tem como objetivo de medir os efeitos positivos que o setor cooperativista gera na sociedade, no período de 2019 à 2024. Nesses efeitos, foi considerado as variáveis associadas à ampliação do acesso aos serviços, à inclusão social e à redução das desigualdades regionais. A construção desse índice permite avaliar o cooperativismo não apenas sob a ótica econômica ou estrutural, mas também enquanto instrumento de promoção do bem-estar social, especialmente em áreas menos desenvolvidas. Conforme equação (4):

$$IIS = \sum_{n=1}^{27} \frac{x'}{i} \quad (4)$$

Onde  $x'$  é a soma das seguintes variáveis, número de mortalidade 0 a 1 ano; número de mortalidade evitável; (número de cooperados/1000)/(população/1000),  $i$  é a quantidade total de variáveis no numerador que são três, e 27 pois são 26 estados e 1 distrito federal. A partir do Índice de Impacto Social, foi realizado a normalização conforme os demais índices.

#### 5.1.4 Índice Geral de Relevância das Cooperativas de Saúde (IGRCS)

O quarto índice é o IGRCS, que tem como objetivo principal medir a importância e o peso das cooperativas de saúde dentro do setor em escala regional, no período de 2019 a 2024. Ele possibilita uma visão sintética e comparativa do desempenho regional, reunindo as dimensões econômica, estrutural e social em um único indicador. A criação desse índice geral facilita a análise espacial e temporal dos resultados, permitindo identificar padrões e assimetrias regionais. Em termos formais:

$$IGRCS = \alpha \cdot IEC + \beta \cdot IES + \gamma \cdot IIS \quad (5)$$

Onde o  $\alpha$  recebe o peso de 0,5 do IEC, o peso do  $\beta$  é 0,3 do IES, e  $\gamma$  recebe o peso de 0,2 do IIS, a soma desses valores resulta no valor do índice geral. A atribuição dos pesos no cálculo do IGRCS reflete a importância relativa de cada dimensão analisada. O índice Econômico das Cooperativas (IEC) recebeu o maior peso ( $\alpha = 0,5$ ), pois o desempenho econômico é considerado o principal determinante da sustentabilidade e da capacidade de expansão das cooperativas, impactando diretamente sua

relevância regional. O Índice Estrutural de Saúde (IES) foi ponderado em 0,3 ( $\beta = 0,3$ ), destacando a importância da infraestrutura e da disponibilidade de hospitais e leitos, elementos essenciais para eficácia dos serviços prestados, mas secundários frente ao desempenho econômico agregado. Por fim, o Índice de Impacto Social (IIS) recebeu peso menor ( $\gamma = 0,2$ ), reconhecendo que os efeitos sociais são fundamentais, porém dependem da robustez econômica e estrutural para se manifestarem de forma consistente. Essa ponderação permite que o IGRCS combine de maneira equilibrada aspectos econômicos, estrutural e social, refletindo a relevância global das cooperativas de saúde em suas regiões.

## **5.2 Análise espacial**

Com o intuito de identificar padrões de distribuição e uma melhor visualização dos resultados encontrados, procedeu-se à análise espacial. No qual, será criado mapas dos anos de 2019 e 2024, para uma melhor visualização da evolução dos índices. A escolha dos anos se fundamenta por serem antes e depois do período da pandemia do Covid 19, analisando assim a reação das cooperativas nessa fase. Para tanto foi utilizado o software QGIS, tendo como base os dados de malha disponíveis no IBGE, com o objetivo de comparar as regiões e os estados.

## **5.3 Base de dados**

A base de dados utilizada neste trabalho é composta por dados quantitativos, disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde e pela Organização das Cooperativas do Brasil (OCB). O conjunto reúne dados referentes aos anos de 2019 a 2024, abrangendo todas as unidades federativas do Brasil, não houve análise no âmbito municipal, pois não há base de dados completas de todos os municípios do país.

Neste estudo, foram selecionadas variáveis relacionadas às cooperativas de saúde, incluindo o número de cooperativas, quantidade de cooperados e empregados, além da relação de ingressos, ativos e sobras financeiras deste setor. Outras variáveis selecionadas foram referentes à infraestrutura de saúde, incluindo número de hospitais, quantidade de leitos, mortalidade infantil e evitável, e população residente.

As informações foram extraídas diretamente dos sistemas oficiais, sendo eles o Tabulação de Dados na Internet (TABNET), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT), Observatório Saúde Pública, Anuário das Cooperativas 2025 e dos relatórios estatísticos do IBGE, garantindo confiabilidade e atualidade das fontes.

Após a coleta, os dados passaram por procedimentos de organização e limpeza, como a padronização de nomes, unificação de categorias e a separação entre estados e regiões. As variáveis foram consolidadas em planilhas para permitir a realização das análises propostas. A seleção desse conjunto de dados é devido a sua abrangência territorial e à metodologia confiável das instituições envolvidas, permitindo assim, gerar indicadores que podem ser comparados entre os diferentes estados e regiões do Brasil, alinhando-se perfeitamente aos objetivos do estudo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos índices que serão apresentados a seguir busca responder os objetivos centrais deste trabalho. Cada índice será examinado de acordo com sua contribuição para a compreensão dos resultados, permitindo verificar o comportamento dos dados considerados.

6.1 Índice Econômico das Cooperativas

O primeiro índice a ser analisado será o Índice Econômico das Cooperativas. Visando evidenciar as desigualdades regionais na performance econômica das cooperativas de saúde no Brasil, destacando suas diferentes capacidades estruturais, econômicas e organizacionais entre 2019 e 2024. Na Tabela 1, é possível observar fortes desigualdades regionais, evidenciadas pela variação significativa dos valores entre as regiões, refletindo suas distintas capacidades estruturais, econômicas e organizacionais.

**Tabela 1:** Evolução do Índice Econômico das Cooperativas de Saúde nas regiões do Brasil (2019 a 2024)

UF	Anos						Variações
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Norte	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,0%
Nordeste	0,187	0,187	0,208	0,244	0,213	0,206	9,9%
Sudeste	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,0%
Sul	0,433	0,452	0,444	0,530	0,458	0,407	-6,1%
Centro-Oeste	0,081	0,097	0,083	0,103	0,088	0,081	-0,2%

Fonte: Elaboração própria.

Por meio da Tabela 1, é possível verificar claramente que o Sudeste apresenta o valor máximo do índice, sem variações ao longo do período, configurando-se como a região de maior desempenho econômico. Esse resultado é coerente, já que a região concentra o maior número de cooperativas de saúde, possui maior densidade populacional, apresenta infraestrutura de saúde mais robusta e dispõe de maior capacidade de investimento, como apontam Alves, Silva e Oliveira (2025), ao mostrarem que o Sudeste reúne o maior número de estabelecimentos de saúde no

país. Assim, o Sudeste centraliza a principal força econômica do cooperativismo em saúde no país, mantendo-se como o polo de maior estabilidade e desempenho ao longo dos seis anos da série histórica.

A região Sul constitui a segunda maior força econômica; entretanto, apresenta uma queda gradual do índice, com variação de -6,1%, indicando uma redução significativa. Esse resultado pode sugerir uma desaceleração das cooperativas locais, possivelmente associada a fatores regionais, como o menor crescimento do setor de saúde suplementar. Esse movimento dialoga com a reflexão de Cenzi (2012) sobre a dependência do cooperativismo em relação ao ambiente econômico regional: em situações de menor dinamismo, as cooperativas enfrentam maiores dificuldades para sustentar seu crescimento e sua capacidade de geração de renda.

O Nordeste apresenta uma oscilação nos valores, mas sofreu uma variação de 9,9%, um aumento positivo que permitiu o crescimento ao longo dos anos. Mesmo tendo a maior variação, essa região ainda está longe de ter resultados como o Sul, e esse resultado intermediário pode indicar uma falta de atenção maior na manutenção da atuação das cooperativas, pouco investimento e incentivo para o desenvolvimento na área, e consequentemente ela se torna distante do nível econômico das regiões mais desenvolvidas. Isso corresponde à própria lógica do cooperativismo apontada por Ricciardi (2000), segundo a qual a cooperação só se fortalece plenamente quando há condições estruturais mínimas que permitam a atuação coletiva sustentável.

Já no Centro-Oeste, o desempenho é considerado moderado com uma leve variação de -0,2%, onde inicia em 2019 com o valor de 0,081, cresce em 2022 onde chega a 0,103, mas cai em 2024 voltando ao seu valor inicial de 0,081. A região mantém um nível de desenvolvimento econômico das cooperativas constantes, porém bem menor que às regiões Sul e Sudeste.

Já o Norte apresenta o quadro mais crítico: índice zero em todos os anos analisados. Esse resultado está em plena sintonia com as desigualdades destacadas nos dados nacionais, como o fato de a região possuir apenas 27 cooperativas de saúde em 2024 (Anuário Coop, 2025), além de concentrar apenas 4,6% dos médicos do país, mesmo abrigando 8,8% da população (CFM, 2023). Esse resultado para a região Norte indica que há uma ausência de desempenho econômico relevante das cooperativas que lá atuam, há um número reduzido de cooperativas, baixa capacidade econômica do setor, além de uma carência de infraestrutura e investimento. Essa estabilidade no valor zero reforça a desigualdade histórica na distribuição das

cooperativas de saúde, destacando assim, que o Norte é a região mais fragilizada do Brasil.

Após a análise regional, com o objetivo de entender melhor essas circunstâncias apresentadas anteriormente, foram evidenciados o IEC por estado, permitindo uma análise mais clara dessas disparidades intrarregionais. A Tabela 2 apresenta os resultados para anos de 2019 a 2024.

**Tabela 2:** Evolução do Índice Econômico das Cooperativas de Saúde nos estados brasileiros (2019 a 2024)

UF	Anos						Variações
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
RO	0,018	0,016	0,024	0,019	0,018	0,016	-7,8%
AC	0,005	0,007	0,006	0,006	0,006	0,006	20,8%
AM	0,032	0,035	0,032	0,031	0,021	0,015	-54,1%
RR	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,0%
PA	0,026	0,025	0,061	0,061	0,061	0,054	110,4%
AP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	173,8%
TO	0,013	0,013	0,016	0,014	0,014	0,013	-5,2%
MA	0,005	0,005	0,006	0,005	0,005	0,005	2,0%
PI	0,006	0,018	0,022	0,021	0,022	0,020	229,5%
CE	0,154	0,160	0,162	0,144	0,140	0,127	-17,6%
RN	0,048	0,051	0,060	0,059	0,056	0,055	15,8%
PB	0,067	0,061	0,060	0,055	0,055	0,050	-25,1%
PE	0,050	0,046	0,095	0,090	0,107	0,130	159,9%
AL	0,032	0,038	0,036	0,038	0,039	0,041	28,6%
SE	0,023	0,022	0,023	0,022	0,025	0,021	-9,2%
BA	0,031	0,026	0,034	0,039	0,039	0,033	4,8%
MG	0,551	0,555	0,567	0,260	0,571	0,529	-4,1%
ES	0,099	0,099	0,096	0,103	0,106	0,098	-0,4%
RJ	0,165	0,204	0,197	0,174	0,170	0,307	86,2%
SP	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,0%
PR	0,308	0,322	0,310	0,297	0,313	0,294	-4,5%
SC	0,197	0,224	0,242	0,236	0,243	0,232	17,9%
RS	0,336	0,346	0,352	0,344	0,354	0,322	-4,1%
MS	0,050	0,050	0,051	0,045	0,047	0,044	-11,6%
MT	0,091	0,080	0,089	0,096	0,086	0,081	-11,1%
GO	0,084	0,128	0,131	0,120	0,125	0,113	35,4%
DF	0,010	0,010	0,011	0,015	0,014	0,013	35,1%

Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 2, é possível observar como o estado de São Paulo se destaca de maneira muito expressiva, pois o mesmo mantém em todos os anos o valor máximo

do índice. Esse resultado aponta que em São Paulo há a maior concentração de cooperativas de saúde do país, elas têm uma forte capacidade organizacional e operacional e há o maior faturamento e presença econômica (Viana et al., 2015; Lima et al., 2018). O impulso econômico paulista faz com que o estado funcione como referência nacional, pois obteve o melhor desempenho em relação às demais unidades federativas.

Os estados de Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Rio de Janeiro, formam o segundo bloco de maior força econômica do setor, pois os seus valores se mantêm relativamente elevados e constantes ao longo dos anos. Essas unidades federativas, conseguiram esses resultados pois, apresentam infraestrutura consolidada no setor de saúde, possuem cooperativas mais estruturadas e se mantêm com um volume significativo de cooperados (Garcia; Szwarcwald, 2017). Entre as unidades da federação analisadas, Minas Gerais apresentou o melhor resultado geral, mesmo registrando uma variação negativa de -4,1%. Já o Rio de Janeiro obteve a maior variação percentual, com 86,2%, superando Santa Catarina apenas no ano de 2024. Ainda assim, nenhum deles se aproxima do desempenho de São Paulo.

Todos os estados do Norte, alguns do Nordeste como Maranhã, Piauí e Sergipe, e Mato Grosso do Sul junto com o Distrito Federal que fazem parte da região Centro-Oeste, apresentam baixos índices, todos muito próximos a zero. Porém, o mais baixo de todos e que não sofreu nenhuma variação foi Roraima, e o estado que obteve a maior variação entre todos foi o Piauí, mas mesmo com todo esse crescimento, ainda ficou entre as unidades da federação mais baixas do país. Esses resultados baixos evidenciam a baixa presença econômica das cooperativas, pouco investimento e uma baixa capacidade de expansão, há uma dependência maior do setor público na prestação de serviços de saúde, e apresenta a marca histórica de fragilidade na estrutura econômica regional (CFM, 2023; Viana et al., 2015; Barata, 2009). Estudos recentes reforçam que o Norte e o Nordeste apresentam os piores indicadores de desempenho e capacidade instalada em saúde, mesmo após avanços nacionais (Lima et al., 2021; IPEA, 2023).

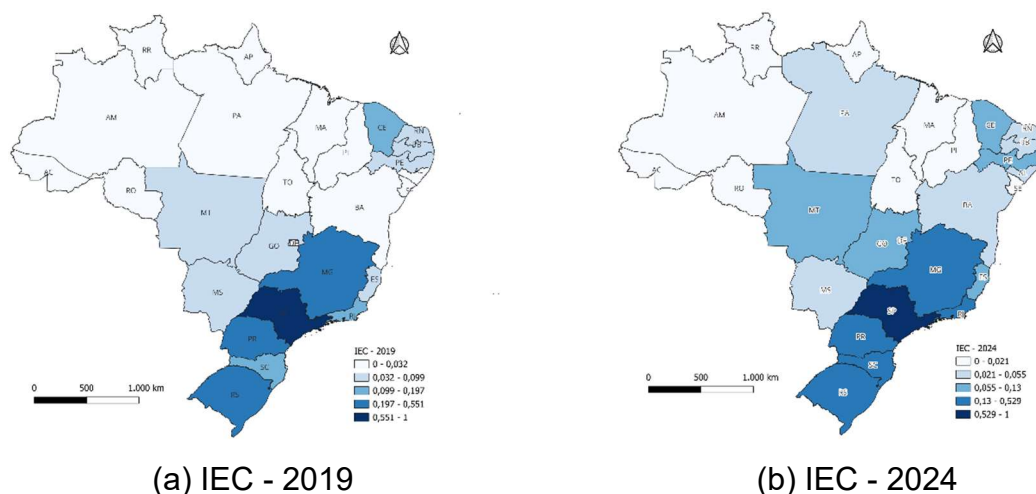
Os únicos estados do Nordeste que apresentam um desempenho intermediário, é o Ceará que apresenta o melhor resultado, seguido de Pernambuco que obteve uma variação de 159,9% apresentando o seu crescimento, e a Paraíba, que mesmo tendo uma variação negativa de -25,1%, ainda segue entre os três melhores estados da região. Esses estados avançam por possuírem organização



regional de saúde mais consolidada, conforme já observado em estudos sobre fortalecimento das redes no Nordeste (Viana; Lima, 2011), mas ainda permanecem muito distantes dos estados de maior desempenho nacional.

A partir dessa análise, é possível comprovar que os estados com melhores índices econômicos das cooperativas concentram-se nas regiões mais desenvolvidas, enquanto aqueles que apresentam os menores índices estão localizados nas regiões historicamente mais precárias, evidenciando a persistência das desigualdades regionais no país. Assim, para uma visualização e análise mais completa, será apresentado na Figura 01, os mapas no qual é comparado a evolução do IEC, entre os anos de 2019 e 2024. A escolha desses anos se justifica por serem um ano antes e depois da pandemia, que afetou drasticamente a economia e a saúde no país.

**Figura 1:** Análise Espacial do Índice Econômico das Cooperativas - 2019 e 2024



Fonte: Elaboração própria.

As duas Figuras (1a e 1b) permitem observar a evolução espacial do Índice Econômico das Cooperativas no Brasil, entre os anos de 2019 e 2024, revelando as mudanças importantes na distribuição regional da relevância econômica das cooperativas no país.

A análise revela um padrão estrutural de desigualdade regional, no qual o Sudeste e o Sul dominam o desempenho econômico desse ramo. Pois em 2019 estados como São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul já apresentavam os maiores valores do IEC, e em 2024 essa tendência não só permanece, como se intensifica. A continuidade desses resultados reforça a presença histórica de estruturas cooperativas sólidas nessas regiões, apoiadas por economias



<b>Sul</b>	0,311	0,299	0,281	0,274	0,271	0,273	-12,3%
<b>Centro-Oeste</b>	0,088	0,083	0,083	0,082	0,081	0,077	-13,1%

Fonte: Elaboração própria.

A partir da Tabela 3, é possível analisar como o Sudeste apresenta valores máximos do índice durante todos os seis anos, evidenciando uma estabilidade absoluta. Isso indica uma infraestrutura já consolidada e de alto nível, sem variações ao longo do período, como apontam Garcia e Szwarcwald (2017) e o CFM (2023). Assim, o Sudeste mantém-se como referência nacional em termos de estrutura e capacidade instalada.

O Nordeste nesse índice, apresenta crescimento contínuo ao longo dos anos, passando de 0,658 em 2019 para 0,706 em 2024, representando assim uma variação positiva de 7,3%. Esse resultado sugere uma evolução gradual da infraestrutura regional, possivelmente associada à expansão de serviços, políticas de interiorização da saúde e investimentos estaduais, tendências já identificadas por Viana e Lima (2011) em estudos sobre a regionalização da saúde. Essa é a segunda região com o melhor resultado desse índice, que mesmo com o crescimento sendo moderado, ele demonstra um avanço constante entre os anos.

O Sul apresenta uma leve queda ao longo do período, passando de 0,311 em 2019 para 0,273 em 2024, uma retração de -12,3%. Embora ainda ocupe posição intermediária entre as regiões, a redução contínua pode indicar estagnação ou diminuição relativa da capacidade estrutural frente ao restante do país. Tal tendência pode estar relacionada a limitações no ritmo de investimentos ou à desaceleração da expansão dos serviços, fenômeno já observado em análises sobre desigualdades regionais no sistema de saúde (Lima et al., 2021).

O Centro-Oeste apresenta um declínio nos seus resultados, onde houve uma variação de -13,1%, sendo a maior queda proporcional entre as regiões. Esse resultado revela fragilidade estrutural crescente, marcada pela diminuição na quantidade de cooperativas entre os anos, ou pela falta do ritmo compatível com o crescimento populacional e econômico da região. Já analisando a região Norte, é possível verificar claramente a ausência de avanço estrutural de saúde mensurável dentro do critério utilizado pelo índice, pois em todos os anos o seu resultado foi zero. Essa estagnação revela a baixa cobertura de equipamentos, estrutura, limitação de

acesso e desigualdades territoriais profundas na oferta de serviços de saúde (IPEA, 2023).

Por fim, a região Norte apresenta valores zerados em todos os anos, revelando ausência de avanço estrutural mensurável dentro do critério adotado pelo índice. Essa estagnação está associada à baixa cobertura de equipamentos, limitações de acesso, reduzida densidade de profissionais e grandes distâncias territoriais, aspectos reiterados por estudos que demonstram a persistência de desigualdades profundas entre o Norte e demais regiões (CFM, 2023; Barata, 2009; Viana et al., 2015). Assim, o Norte se mantém como a região mais vulnerável do país em termos de estrutura de saúde.

Após a análise regional, será observado também os resultados dos estados brasileiros, para compreender se eles separadamente mantêm o padrão das suas regiões. Na Tabela 4, será possível realizar essa análise.

**Tabela 4:** Evolução do Índice Estrutural de Saúde nos estados do Brasil (2019 a 2024)

UF	Anos						Variações
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
RO	0,056	0,053	0,056	0,059	0,059	0,059	5,2%
AC	0,006	0,004	0,005	0,005	0,005	0,005	-19,7%
AM	0,065	0,061	0,062	0,064	0,066	0,068	3,8%
RR	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,0%
PA	0,186	0,181	0,185	0,186	0,186	0,183	-1,7%
AP	0,000	0,000	0,000	0,003	0,005	0,005	15874,4%
TO	0,042	0,038	0,038	0,039	0,040	0,040	-4,2%
MA	0,188	0,188	0,192	0,197	0,202	0,199	5,9%
PI	0,086	0,081	0,081	0,080	0,080	0,079	-8,6%
CE	0,231	0,230	0,237	0,239	0,237	0,235	2,0%
RN	0,082	0,078	0,081	0,084	0,088	0,091	11,4%
PB	0,098	0,093	0,097	0,101	0,104	0,103	5,1%
PE	0,238	0,248	0,248	0,252	0,258	0,255	7,4%
AL	0,056	0,057	0,058	0,058	0,059	0,059	5,2%
SE	0,027	0,026	0,027	0,028	0,026	0,025	-7,8%
BA	0,430	0,423	0,426	0,428	0,438	0,440	2,3%
MG	0,583	0,573	0,576	0,579	0,577	0,572	-2,0%
ES	0,093	0,084	0,085	0,088	0,090	0,091	-2,0%
RJ	0,398	0,369	0,373	0,374	0,381	0,381	-4,4%
SP	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,0%
PR	0,377	0,360	0,349	0,340	0,338	0,340	-9,6%
SC	0,201	0,189	0,189	0,192	0,193	0,194	-3,6%

RS	0,351	0,339	0,329	0,333	0,333	0,332	-5,3%
MS	0,080	0,075	0,074	0,076	0,078	0,076	-4,9%
MT	0,119	0,112	0,113	0,115	0,116	0,115	-3,3%
GO	0,286	0,276	0,281	0,286	0,283	0,277	-3,2%
DF	0,056	0,054	0,059	0,060	0,061	0,062	11,3%

Fonte: Elaboração própria.

A evolução, apresentada na Tabela 4, mostra o Índice Estrutural de Saúde, entre 2019 e 2024, em todos os estados do Brasil. O mais desenvolvido e com o patamar máximo do índice é o estado de São Paulo, ele mantém o mesmo valor alto durante todo o período, indicando assim uma estrutura de saúde mais completa e a presença e o fortalecimento das cooperativas de saúde. Logo em seguida vem Minas Gerais, que mesmo obtendo o segundo melhor resultado do índice, obteve uma variação de -2%, indicando uma pequena redução, na estrutura de saúde. Apesar do resultado positivo, e a presença de muitas cooperativas médicas nesses estados, eles ainda enfrentam limitações estruturais relacionadas à alta demanda populacional e saturação da rede hospitalar (Viana; Lima, 2011; CFM, 2023).

Em terceiro lugar do índice há a Bahia, que avançou significativamente tendo uma variação positiva de 2,3%, sugerindo maior integração entre cooperativas locais e a rede de hospitais. Contudo, essa unidade da federação está na região que houve mais estados com variações positivas, em relação aos demais, sendo alguns deles o Rio Grande do Norte contendo uma variação de 11,4%, Pernambuco com 7,4% e Maranhão com 5,9%. Assim, entre os 9 estados, apenas dois obtiveram uma variação negativa, sendo o Piauí com -8,6% e Sergipe com -7,8%. Esse resultado é positivo, mostrando que em geral, o crescimento nesses estados está associado à expansão das cooperativas médicas e da atenção primária mais estruturada.

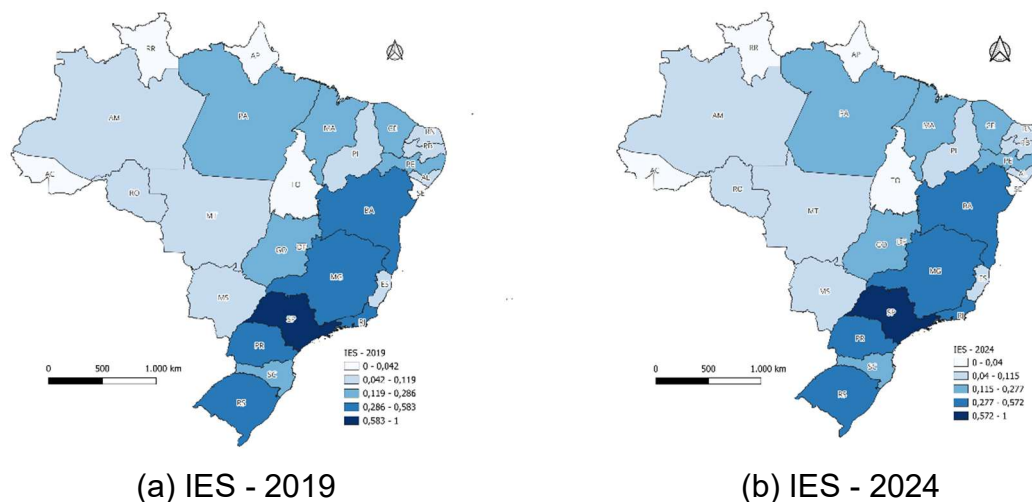
Seguindo o mesmo padrão dos resultados dos índices das regiões, o estado do Paraná no Sul obteve bons resultados, mas houve uma queda da variação em -9,6%, mas além dele Santa Catarina teve uma variação de -3,6% e o Rio Grande do Sul de -5,5%, apontando que mesmo contendo uma forte presença de cooperativas de saúde e hospitais bem distribuídos, a região aparenta enfrentar gargalos recentes como o aumento da demanda hospitalar e tensões financeiras que podem ter surgido pela pós-pandemia, situação semelhante àquela escrita por Lima et al. (2021) ao analisar desafios estruturais após a Covid-19.

Na região Norte, há o estado com maior variação positiva e negativa, onde o Acre obteve uma redução de -19,7% evidenciando uma retração que reflete as dificuldades estruturais persistentes. Já o Amapá apresentou uma variação extraordinária, fruto de um índice inicial nulo em 2019, mas finalizando em 2024 com o resultado de 0,005, é um valor bem baixo em relação aos outros estados, mas isso mostra que está havendo uma melhora na estrutura cooperativa e hospitalar com o passar dos anos. Também é possível observar que os estados do Norte mantêm uma desigualdade na sua variação, onde metade deles obteve uma variação negativa e a outra parte houve variação considerável, ou se manteve estagnado, como Roraima. Assim, mesmo alguns contendo bons resultados, os valores seguem baixos, refletindo mais uma vez a fragilidade da estrutura hospitalar e a menor quantidade de cooperativas de saúde do país.

As unidades da federação situadas no Centro-Oeste, obtiveram variações negativas, indicando uma leve redução do índice no decorrer dos anos. Apenas o Distrito Federal variou positivamente com 11,3%, indicando um fortalecimento tanto da rede hospitalar quanto da atuação cooperativista.

A análise realizada a nível de estados, evidenciou e confirmou o resultado das regiões, onde o Sudeste continua sendo o mais desenvolvido e o Norte o mais fragilizado, intensificando assim as desigualdades regionais. O estado com melhor desempenho na região Norte foi o Pará, enquanto Roraima apresentou o menor resultado. No Nordeste, a Bahia destacou-se positivamente, ao passo que Sergipe registrou o menor índice. No Sudeste, São Paulo obteve o melhor desempenho, enquanto o Rio de Janeiro apresentou o mais baixo. Na região Sul, o Paraná foi o estado mais bem avaliado, e Santa Catarina o menos destacado. Por fim, no Centro-Oeste, Goiás apresentou o melhor resultado, enquanto o Distrito Federal registrou o menor desempenho. Assim, para uma melhor visualização desses resultados, a Figura 2 apresenta mapas, onde comparam a evolução do Índice Estrutural de Saúde, nos anos de 2019 e 2024. Aqui o ano de 2024 é importante pois vem após a pandemia da Covid-19, podendo mostrar os resultados de como a estrutura da saúde reagiu antes e depois desse período.

**Figura 2:** Análise Espacial do Índice Estrutural de Saúde – 2019 e 2024



Fonte: Elaboração própria.

No mapa referente ao IES de 2019, identifica-se com nitidez uma forte concentração nos estados do Sul, Sudeste e parte do Centro-Oeste, onde indica maior número de hospitais, melhor infraestrutura pública e privada, presença de cooperativas mais estruturadas e uma maior capacidade organizacional e tecnológica, descrito por Barata (2009) e reforçado por Viana e Lima (2011) ao analisarem a desigual distribuição dos recursos em saúde no território brasileiro. As unidades da federação do Norte e Nordeste surgem em tons mais claros e até sem cor nenhuma como Tocantins e Sergipe, revelando uma baixa presença de serviços estruturados e menor atuação de cooperativas de saúde na época.

Houve uma transformação entre 2019 e 2024, pois ao comparar os dois mapas observa-se uma intensificação do índice nas mesmas regiões, mas agora com avanço para o Centro-Oeste e parte do Nordeste, indicando que houve uma melhora estrutural expressiva no sistema de saúde brasileiro nesse período. Os estados de São Paulo, Paraná, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, continuam sendo os maiores em 2024. Bahia, Pernambuco e Goiás, evoluíram entre os anos, onde provavelmente estão associados ao aumento no número de unidades hospitalares e cooperativas de saúde, e um maior investimento público e privado (Garcia e Szwarcwald, 2017).

Há unidades da federação que estagnaram ou tiveram uma menos evolução, sendo o Amazonas, Roraima, Acre, Alagoas e Piauí, apesar se alguns deles terem obtidos pequenas melhorias, ainda continuam nas faixas mais baixas do índice.

Indicando uma maior dependência do SUS, uma estrutura hospitalar limitada e uma menor presença de cooperativas de saúde.

Portanto, pode-se considerar que houve um avanço no IES, mas há um padrão marcantes, onde o Sudeste e Sul continuam líderes absolutos, enquanto o Centro-oeste e parte do Nordeste apresentam evolução significativa, e o Norte permanece com os menos índices.

### 6.3 Índice de Impacto Social

O Índice de Impacto Social (IIS), mede a presença social e a importância das cooperativas como agentes de acesso, organização e suporte a saúde. A Tabela 5 apresenta a evolução desse índice nas regiões do país, entre os anos de 2019 e 2024.

**Tabela 5:** Evolução do Índice de Impacto Social nas regiões do Brasil (2019 a 2024)

UF	Anos						Variações
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Norte	1,000	0,996	1,000	1,000	1,000	1,000	0,0%
Nordeste	0,476	0,463	0,537	0,469	0,479	0,508	6,9%
Sudeste	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,0%
Sul	0,767	0,802	0,761	0,745	0,764	0,755	-1,5%
Centro-Oeste	0,993	1,000	0,984	0,987	0,988	0,988	-0,5%

Fonte: Elaboração própria.

O IIS do Norte se mantém no maior patamar possível, havendo uma pequena oscilação em 2020, mas que em 2021 volta ao valor anterior. Esse resultado indica que, apesar de ser uma região com menor infraestrutura hospitalar, a presença das cooperativas tem um elevado e consolidado impacto social. Nessa região, elas podem atuar como principal vetor de acesso a saúde privada, produzindo forte impacto mesmo sem grande expansão de rede, fenômeno coerente com análises de Viana e Machado (2009) sobre regiões historicamente frágeis, onde pequenos acréscimos estruturais produzem grandes efeitos sociais. A estabilidade do índice sugere maturidade do modelo cooperativo e possível dependência do sistema de saúde local, como também apontado por Santos e Gerschman (2020) ao discutir o papel das instituições privadas em áreas de baixa cobertura assistencial.



O Nordeste nesse período apresentou a maior evolução entre todas as regiões, pois obteve a maior variação positiva, sendo de 6,9%, indicando que essa região foi a que mais cresceu em impacto social das cooperativas, mas infelizmente ela não atingiu os níveis das demais regiões. Esse avanço reflete o lento processo de redução das desigualdades históricas associado a investimentos federais e estaduais, como discutem Paim (2018) e Lima et al. (2019), além da ampliação das redes regionais de atenção à saúde.

O Centro-Oeste e Sul permaneceram em patamares altos, mas com uma leve queda no decorrer dos anos, onde a variação de ambos sofreu uma redução de -0,5% e -1,5%. Esses resultados indicam uma estabilização e baixa expansão de novas unidades, pois ambas regiões contêm uma forte presença do setor cooperativista. Mesmo com a queda, mantêm elevados níveis de impacto social, reforçando sua robustez institucional e capacidade instalada, fenômeno também analisado por Almeida e Giovanella (2020) ao estudar regiões com sistemas privados consolidados.

O Sudeste zerou o índice de impacto social, o que chamou bastante atenção, pois como observado nos índices anteriores, é nessa região que se concentra o maior número de cooperativas, hospitais e população. Desta forma, esse resultado indica que nessa região as cooperativas fazem parte de um mercado mais competitivo e não necessariamente substitutivo. Assim, não há uma ausência de cooperativas, mas um impacto relativo segundo o indicador. Situação semelhante é discutida por Bahia (2019), que ressalta que, em mercados de alta densidade privada, o impacto social marginal das operadoras tende a ser diluído.

Através dessa análise, é possível identificar que as cooperativas de saúde estão ganhando uma maior abrangência social, especialmente em regiões onde elas atuam como uma segunda opção além do SUS, para ter acesso à saúde. Já nos territórios onde o sistema encontra-se consolidado, o impacto social tende à estabilização, comportamento observado também por Pinto e Soranz (2021) ao analisarem a trajetória da saúde suplementar no país. Assim, para um estudo mais detalhado, será apresentado na Tabela 6, os resultados do índice relacionando todos os estados no Brasil, entre os anos de 2019 e 2024.

**Tabela 6:** Evolução do Índice de Impacto Social nos estados do Brasil (2019 a 2024)

UF	Anos
----	------

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Variações
RO	0,981	0,980	0,977	0,979	0,980	0,979	-0,2%
AC	0,995	0,996	0,997	0,997	0,997	0,997	0,1%
AM	0,948	0,939	0,942	0,951	0,948	0,951	0,4%
RR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,0%
PA	0,874	0,860	0,887	0,878	0,877	0,876	0,2%
AP	0,998	0,997	0,999	0,998	0,998	0,997	0,0%
TO	0,979	0,981	0,980	0,978	0,979	0,981	0,2%
MA	0,890	0,882	0,903	0,892	0,890	0,897	0,8%
PI	0,931	0,932	0,942	0,930	0,932	0,941	1,0%
CE	0,820	0,808	0,837	0,823	0,826	0,830	1,2%
RN	0,933	0,936	0,944	0,937	0,940	0,943	1,1%
PB	0,913	0,915	0,925	0,911	0,918	0,926	1,5%
PE	0,795	0,787	0,819	0,802	0,801	0,814	2,4%
AL	0,941	0,940	0,950	0,942	0,942	0,945	0,4%
SE	0,962	0,963	0,969	0,964	0,964	0,967	0,5%
BA	0,692	0,693	0,733	0,694	0,690	0,716	3,5%
MG	0,523	0,553	0,555	0,530	0,517	0,562	7,3%
ES	0,929	0,926	0,932	0,929	0,926	0,931	0,3%
RJ	0,543	0,521	0,574	0,587	0,580	0,593	9,2%
SP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,0%
PR	0,757	0,765	0,742	0,746	0,750	0,753	-0,5%
SC	0,864	0,871	0,865	0,858	0,859	0,859	-0,5%
RS	0,707	0,738	0,729	0,704	0,720	0,725	2,6%
MS	0,953	0,955	0,952	0,950	0,950	0,952	-0,1%
MT	0,945	0,940	0,940	0,944	0,939	0,944	-0,1%
GO	0,874	0,871	0,869	0,872	0,873	0,879	0,6%
DF	0,962	0,960	0,962	0,964	0,964	0,961	-0,1%

Fonte: Elaboração própria.

Vários estados iniciaram e mantiveram valores acima de 0,95 durante toda a série histórica, incluindo todos os estados da região Norte, com exceção do Pará, que permaneceu em 0,87, além de Alagoas, Sergipe, Goiás e Mato Grosso do Sul. Esses resultados indicam maior dependência do sistema cooperativista na prestação de serviços de saúde e revelam estabilidade na influência social dessas organizações. Nesses territórios, o impacto social já se mostrava consolidado e continua elevado, reforçando o argumento de Viana e Machado (2009) de que, em regiões com menor oferta de serviços públicos e privados, arranjos complementares como cooperativas tendem a ocupar papel central no acesso à saúde

No Rio de Janeiro houve a maior variação de crescimento, sendo de 9,2%, obtendo um destaque entre os demais estados, mostrando um salto expressivo na atuação e impacto social das cooperativas de saúde no local. Seguido dele vem Minas

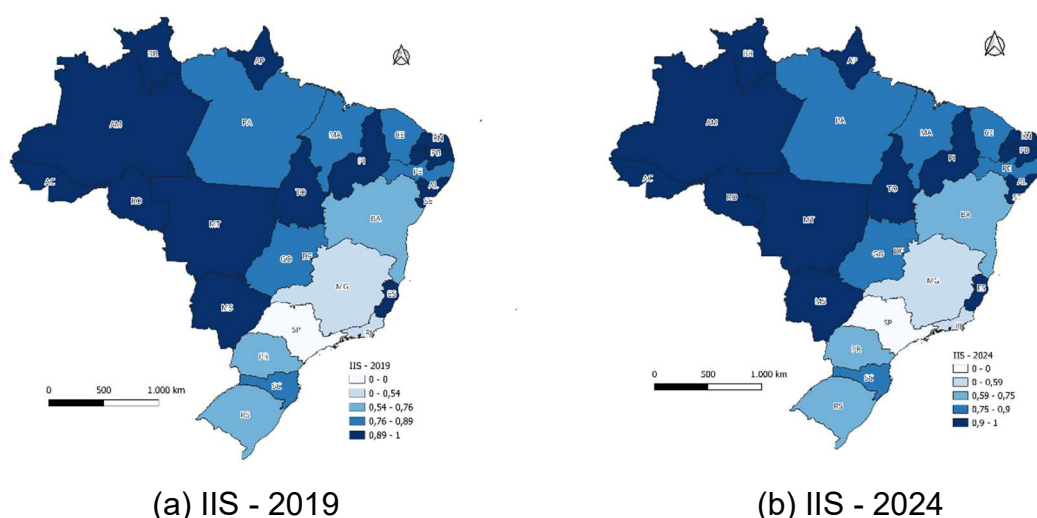
Gerais com 7,3% e a Bahia com 3,5%, que apresentam uma ampliação relevante, sugerindo a expansão da cobertura das cooperativas, maior integração com o sistema hospitalar, e aumento do acesso da população a serviços de saúde.

Alguns estados registraram uma redução moderada no índice, sendo Paraná e Santa Catarina com a variação de -0,5%, é uma queda discreta, indicando uma estabilização após períodos anteriores de expansão e um menor crescimento relativo comparado a outras regiões. Mas mesmo com a redução, esses estados continuaram com o IIS alto. Porém no estado de São Paulo isso não ocorreu, já que ele obteve índice zero em todos os anos analisados, mas isso não significa ausência de cooperativas, e sim que pelo critério o sistema de saúde nesse estado é muito mais competitivo, e menos dependente das cooperativas como ator social.

Dessa forma, os resultados evidenciam que as cooperativas de saúde ampliaram seu impacto social no país, especialmente nos estados que historicamente apresentavam menor capacidade de cobertura assistencial. Já nos estados com redes estruturadas e maior desenvolvimento socioeconômico, o impacto tende a se estabilizar ou apresentar variações discretas, fenômeno coerente com as análises de Bahia (2019) e Santos e Gerschman (2020), que apontam que, em mercados maduros, a atuação das cooperativas compete com múltiplos prestadores, reduzindo seu impacto marginal.

Para facilitar a visualização e compreender a evolução espacial desses resultados, a Figura 3 apresenta dois mapas comparando o Índice de Impacto Social nos anos de 2019 e 2024.

**Figura 3:** Análise Espacial do Índice de Impacto Social – 2019 e 2024



Fonte: Elaboração própria.

Analisando os mapas, é possível verificar que no ano de 2019 há uma tonalidade mais clara no Sudeste, parte do Sul e na Bahia, mas em 2024 o mapa fica mais homogêneo, com vários estados entrando nas faixas mais altas do índice. Isso indica que o impacto social das cooperativas de saúde se ampliou e se fortaleceu em praticamente todas as regiões.

As regiões do Norte e Centro-Oeste, apresentaram em 2019 índices elevados, que em 2024 se consolidaram em faixas ainda maiores. Isso evidencia uma importância social das cooperativas nesse território e uma possível dependência da população dessas estruturas para assistência em saúde, sendo elas as regiões mais beneficiadas pela atuação cooperativista.

O Nordeste passa de uma situação mais heterogênea em 2019, para valores mais altos em 2024, onde vários estados subiram de faixa, havendo uma expansão do impacto social especialmente em Pernambuco, Bahia, Paraíba e Ceará. Esse crescimento é resultado de uma maior estruturação e fixação das cooperativas, aumento no número de atendimentos e serviços, e uma redução de desigualdades intrarregionais. Já o Sul, manteve bons índices, mas com estabilidade, indicando um sistema cooperativista mais consolidado, distribuído e relevante para a sociedade.

O Sudeste, dentre todas as regiões é a que mantém um padrão mais diferente, pois em 2019 tinha vários estados nas faixas mais baixas, especialmente São Paulo e Rio de Janeiro. Porém em 2024, o Espírito Santo e o Rio de Janeiro melhoraram visivelmente, mas Minas Gerais e São Paulo continuaram nas mesmas faixas baixas. Desta forma, é possível reforçar como o impacto social das cooperativas no Sudeste é menor, por terem uma dependência social menor do modelo cooperativista, por haver um mercado privado tradicional maior e uma grande competição entre prestadores de diversos segmentos.

Entre 2019 e 2024, observou-se uma ampliação significativa da atuação das cooperativas de saúde no Brasil, tanto em seu alcance quanto em sua relevância social, especialmente nas regiões historicamente marcadas por maiores desigualdades socioeconômicas. Esse movimento acompanha o que Viana e Machado (2009) descrevem como a “função compensatória” de arranjos privados e comunitários em territórios onde a oferta pública é insuficiente. Ao longo desse período, o impacto social das cooperativas tornou-se mais intenso e distribuído de maneira mais homogênea, reforçando seu papel como importantes estruturadores do

acesso à saúde suplementar no país, fenômeno também identificado por Bahia (2019) ao analisar o crescimento de modelos alternativos de provisão de cuidado. Nesse sentido, a atuação cooperativista contribui para mitigar assimetrias regionais de cobertura e ampliar opções de atendimento, como argumentam Santos e Gerschman (2020) ao discutir a complementaridade entre setores público e privado no sistema de saúde brasileiro.

A subseção seguinte explora o Índice Geral de Relevância das Cooperativas de Saúde. Apesar disso, e conforme explicado na metodologia, foram atribuídos pesos que conferem maior importância ao IEC, seguido pelo IES e pelo IIS.

6.4 Índice Geral de Relevância das Cooperativas de Saúde

O Índice Geral de Relevância das Cooperativas de Saúde (IGRCS), vai analisar de quanto o sistema cooperativista de saúde é relevante e presente no sistema de saúde em cada região do Brasil, de forma geral. A Tabela 7 apresentara a evolução desse índice entre 2019 e 2024.

**Tabela 7:** Evolução do Índice Geral de Relevância das Cooperativas de Saúde nas regiões do Brasil (2019 a 2024)

UF	Anos						Variações
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Norte	0,200	0,199	0,200	0,200	0,200	0,200	0,0%
Nordeste	0,386	0,389	0,418	0,424	0,414	0,417	7,8%
Sudeste	0,800	0,800	0,800	0,800	0,800	0,800	0,0%
Sul	0,463	0,476	0,459	0,496	0,463	0,436	-5,8%
Centro-Oeste	0,266	0,273	0,263	0,274	0,266	0,261	-1,7%

Fonte: Elaboração própria.

O Nordeste foi a região que mais cresceu nesse período, apresentando uma variação de 7,8%, o que indica expansão da atuação e da importância das cooperativas, maior participação no sistema suplementar de saúde e aumento da cobertura populacional ou dos serviços oferecidos. Esse movimento acompanha a tendência observada por Bahia (2019), que discute a ampliação da saúde suplementar

em regiões historicamente menos desenvolvidas, e por Paim (2015), ao afirmar que melhorias na oferta de serviços resultam em redução lenta das desigualdades regionais. Assim, a região tornou-se a que mais se desenvolveu em termos de relevância social e institucional do cooperativismo na área de saúde.

O Sudeste permaneceu como a região de maior relevância e a mais estável do país, pois, ao longo dos anos, não houve variação em seu índice. Essa estabilidade demonstra que o cooperativismo já estava consolidado desde o início do período, o que se alinha às análises de Santos e Gerschman (2020), segundo os quais o Sudeste concentra o maior peso econômico, institucional e tecnológico da saúde suplementar. O fato de o índice não crescer sugere saturação do mercado, condição típica de regiões com sistemas já maduros (Mendes, 2011).

O Sul e o Centro-Oeste foram as únicas regiões que apresentaram redução geral do índice, com queda de -5,8% no Sul e -1,7% no Centro-Oeste. Esse comportamento indica estabilização com leve retração, o que pode estar relacionado ao aumento da concorrência entre serviços de saúde, como sugerem Ugá e Santos (2017) ao analisarem a dinâmica do sistema suplementar. Também pode refletir o menor ritmo de expansão estrutural, em comparação com regiões que partiam de patamares mais baixos e, portanto, com maior margem de crescimento.

A região Norte manteve um índice baixo, porém estável ao longo dos seis anos. Essa estabilidade, associada a um impacto menor, é coerente com a literatura que aponta as limitações estruturais históricas da região, bem como a dependência de modelos alternativos de oferta de serviços em áreas remotas, conforme argumentam Pinto e Giovanella (2018) ao analisar desigualdades territoriais no SUS. Assim, apesar do impacto mais modesto, as cooperativas mantiveram papel relevante e constante no período.

O cooperativismo de saúde entre 2019 e 2024 não cresce de forma homogênea. Enquanto o Nordeste apresenta um avanço, reforçando a importância das cooperativas na ampliação do acesso à saúde, conforme já apontavam Bahia (2019) e Paim (2015), regiões como Sul, Centro-Oeste e Norte mostram leve retração ou estabilização. O Sudeste permanece como o Centro mais forte e estável do país em termos de relevância cooperativa, alinhando-se ao que descrevem Santos e Gerschman (2020) sobre a predominância histórica da saúde suplementar na região. Para uma análise mais detalhada e minuciosa, a Tabela 8 apresentará a evolução dos estados brasileiros em relação ao IGRCS no período de 2019 a 2024.

**Tabela 8:** Evolução do Índice Geral de Relevância das Cooperativas de Saúde nos estados brasileiros (2019 a 2024)

UF	Anos						Variações
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
RO	0,222	0,220	0,224	0,223	0,223	0,222	-0,1%
AC	0,203	0,204	0,204	0,204	0,204	0,204	0,2%
AM	0,225	0,224	0,223	0,225	0,220	0,218	-3,2%
RR	0,200	0,200	0,200	0,200	0,200	0,200	0,0%
PA	0,243	0,239	0,263	0,262	0,262	0,257	5,6%
AP	0,200	0,200	0,200	0,201	0,201	0,201	0,8%
TO	0,215	0,214	0,215	0,214	0,215	0,215	-0,2%
MA	0,237	0,235	0,241	0,240	0,241	0,242	2,0%
PI	0,215	0,220	0,223	0,221	0,221	0,222	3,1%
CE	0,310	0,310	0,319	0,308	0,307	0,300	-3,3%
RN	0,235	0,236	0,243	0,242	0,243	0,244	3,7%
PB	0,245	0,242	0,244	0,240	0,242	0,241	-1,7%
PE	0,255	0,255	0,286	0,281	0,291	0,304	19,2%
AL	0,221	0,224	0,225	0,225	0,226	0,227	2,8%
SE	0,212	0,211	0,213	0,212	0,213	0,211	-0,3%
BA	0,283	0,278	0,291	0,287	0,289	0,292	3,0%
MG	0,555	0,560	0,568	0,410	0,562	0,548	-1,3%
ES	0,263	0,260	0,260	0,264	0,265	0,263	-0,1%
RJ	0,311	0,317	0,326	0,316	0,316	0,387	24,4%
SP	0,800	0,800	0,800	0,800	0,800	0,800	0,0%
PR	0,418	0,422	0,408	0,400	0,408	0,400	-4,4%
SC	0,332	0,343	0,351	0,347	0,352	0,346	4,4%
RS	0,415	0,422	0,421	0,413	0,421	0,406	-2,1%
MS	0,240	0,239	0,238	0,235	0,237	0,235	-1,8%
MT	0,270	0,262	0,266	0,271	0,266	0,264	-2,4%
GO	0,302	0,321	0,324	0,321	0,322	0,315	4,3%
DF	0,214	0,213	0,216	0,218	0,218	0,217	1,6%

Fonte: Elaboração própria.

O estado do Rio de Janeiro foi o que mais cresceu nesse período, pois obteve uma variação positiva de 24,4%, destacando uma evolução contínua e significativa, principalmente pós 2023, esse resultado pode ter sido influenciado pela maior organização das cooperativas, modernizando sistemas de gestão, melhorando os atendimentos e os modelos de remuneração dos cooperados. Pernambuco vem logo em seguida, com uma variação de 19,2%, indicando uma certa expansão de cooperativas, maior atuação regional e uma possível melhoria na estrutura.

O estado do Paraná obteve a maior variação negativa, sendo -4,4%, mostrando que regrediu no decorrer dos anos, principalmente após 2020, o que pode indicar a influência da pandemia, que aumentou os custos e dificuldades financeiras temporárias. Ainda na região Norte, houve uma queda da variação no estado do Rio Grande do Sul em -2,1%, a sua redução maior foi entre 2023 e 2024, pois esse estado sofreu fortemente com questões climáticas nesse período (ANA, 2025).

Os estados do Norte mantiveram os valores em 0,2, sem haver nenhum crescimento entre os anos, concentrando assim os menores índices e uma baixa evolução geral, obtendo uma redução ou estabilidade das cooperativas. Esse cenário reforça o que já apontam Ugá e Santos (2017), ao destacarem que a região Norte enfrenta limitações estruturais históricas, com menor capacidade instalada e dependência de poucos prestadores. São Paulo sozinho obteve melhor desempenho que os estados do norte junto, pois mesmo não havendo nenhuma variação no seu índice, ele ainda permanece com o valor mais alto entre todos os estados indicando uma maturidade do setor.

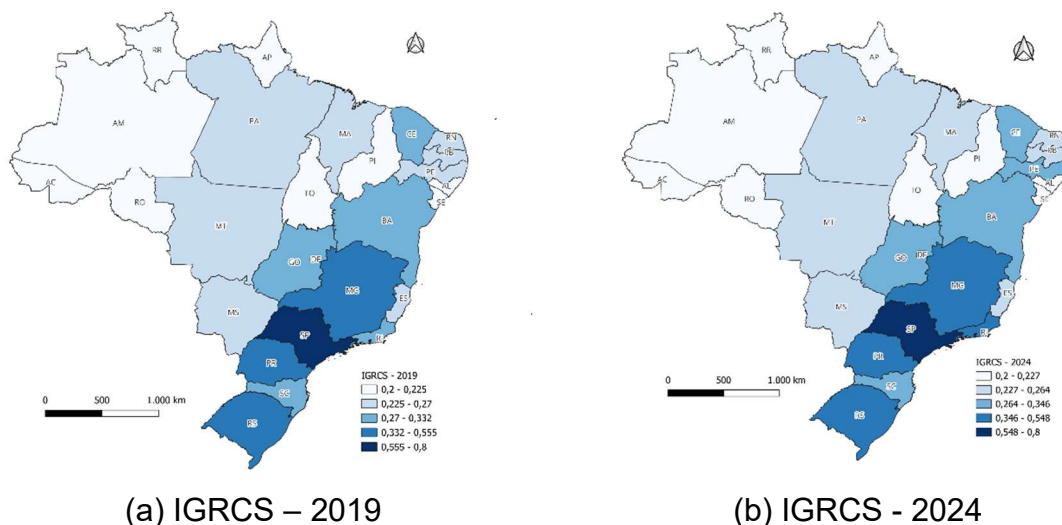
As unidades da federação do Centro-Oeste, tiveram resultados divergentes, pois enquanto a variação de Goiás ficou em 4,3%, e o Distrito Federal em 1,6%, sendo positivos e indicando um leve crescimento, os demais estados apresentaram uma redução, onde Mato Grosso variou -2,4% e o Mato Grosso do Sul -1,8%. Essa heterogeneidade intrarregional confirma o que Mendes (2011) descreve como “assimetria estrutural entre territórios”, em que estados próximos podem apresentar capacidades organizacionais e trajetórias distintas no setor de saúde.

Desta forma, é possível observar o padrão que há entre os demais índices, já que o IGRCS, é a análise geral de todos os índices trabalhados. O padrão segue com os estados da região Sudeste sendo os mais desenvolvidos, e os da região Norte com um menor resultado, revelando desigualdades regionais profundas e historicamente reproduzidas, como argumentam Paim (2015) e Santos e Gerschman (2020) ao discutir a formação desigual do sistema de saúde brasileiro

Para uma análise mais completa e uma melhor visualização dessa informação, a Figura 4 apresentará dois mapas comparativos, mostrando a evolução do Índice Geral de Relevância das Cooperativas de Saúde, entre os anos de 2019 e 2024.



**Figura 4:** Análise Espacial do Índice Geral de Relevância das Cooperativas de Saúde – 2019 e 2024



Fonte: Elaboração própria.

Ambos os mapas mostram uma forte concentração de relevância no Sudeste e parte do Sul em 2019, que se mantêm em 2024, indicando uma melhor infraestrutura e maior oferta de profissionais e serviços cooperativos. Ocorre também nos mapas uma reconfiguração, onde alguns estados como Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro, ganharam uma relevância relativa, subindo de faixa, refletindo um crescimento real do índice geral e no número de cooperativas. Mas há certas áreas do Sul e Centro-Oeste que apresentaram leve retração ou estabilidade total, não havendo uma mudança significativa entre os anos.

O Nordeste mantém um crescimento relativo, mostrando avanço entre 2019 e 2024, reflexo da expansão e consolidação de redes cooperativas, da interiorização de serviços e do aumento da demanda por alternativas à rede privada. Esse comportamento acompanha o que apontam Lima et al. (2020), ao destacar que a região tem ampliado sua capacidade organizacional em saúde suplementar, ainda que em ritmo inferior ao das regiões mais ricas. A expansão cooperativista também se relaciona ao fortalecimento da atenção primária e à ampliação de serviços em cidades de médio porte, conforme indicado por Paim (2015).

Os estados da região Norte permanecem em tons claros em ambos os mapas, revelando níveis baixos e pouco dinamismo. Essa condição decorre de menor densidade populacional, menor tradição de cooperativismo em saúde e insuficiência histórica de investimentos estruturais, como discutem Santos e Gerschman (2020) ao

analisarem a fragilidade do setor privado e suplementar na região. Além disso, segundo Ugá e Santos (2017), o Norte ainda enfrenta limitações logísticas e baixa disponibilidade de equipamentos e serviços, o que restringe a consolidação das cooperativas.

Portanto, os mapas reforçam que a relevância das cooperativas é fortemente assimétrica no território brasileiro. Localidades com centros urbanos consolidados e mercados de saúde privados mais desenvolvidos mantêm vantagens estruturais e competitivas, como descreve Bahia (2019) ao analisar a concentração da saúde suplementar no Sudeste. Assim, evidencia-se de forma clara a grande desigualdade regional existente entre todas as regiões do país, marcada pela disparidade histórica de capacidade instalada, investimentos e presença cooperativa.

Com isso, verifica-se a importância das cooperativas na saúde brasileira, pois analisando o resultado geral dos índices, esse segmento é capaz de realizar o aumento do acesso a saúde, aumentar o nível de empregos, estimular a economia e consequentemente iniciar a diminuição da desigualdade entre as regiões. Tudo isso é possível com as cooperativas se estruturando e recebendo um incentivo do governo para a promoção do aumento, expansão e abertura de mais cooperativas, principalmente nas áreas mais carentes do Brasil.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada ao longo deste trabalho evidenciou que a distribuição, evolução e relevância das cooperativas de saúde no Brasil não é distribuída de forma homogênea entre as regiões e estados. A partir dos três indicadores desenvolvidos, sendo eles o Índice Econômico (IEC), Índice Estrutural de Saúde (IES) e o Índice de Impacto Social (IIS), foi possível identificar padrões consistentes de desigualdade regional, que refletem as disparidades históricas de desenvolvimento socioeconômico e de infraestrutura, demonstrando que o cooperativismo de saúde se desenvolve e se consolida de maneira distinta no território brasileiro.

O Índice Econômico das Cooperativas, evidenciou que as regiões Sudeste e Sul mantiveram os maiores níveis de relevância, por causa de fatores históricos, como melhor infraestrutura hospitalar, maior número de profissionais cooperados, capacidade organizacionais consolidadas e o forte dinamismo econômico. Já o Norte apresentou valores nulos ao longo de todo o período, refletindo limitações estruturais profundas, baixa presença de cooperativas e uma pequena capacidade de expansão. Os resultados também mostram disparidades intrarregionais, com estados como São Paulo e Espírito Santo se destacando nacionalmente, enquanto Roraima e Pará permanecem entre os piores. Assim, o IEC demonstra que a força econômica das cooperativas está diretamente associada ao desenvolvimento socioeconômico das regiões, reforçando a persistência de assimetrias históricas no país.

O Índice Estrutural de Saúde, segue apresentando uma desigualdade regional pelo território brasileiro. Pois, enquanto a região Sudeste apresentou estabilidade em patamares máximos, evidenciando um sistema robusto e já consolidado, o Norte permaneceu em situação crítica, com valores muito baixos ou nulos, revelando fragilidade estrutural persistente. No entanto, o Nordeste registrou crescimento contínuo, indicando avanços estruturais, embora ainda distante das regiões mais desenvolvidas. Em contrapartida, o Sul e o Centro-Oeste apresentaram leve retração, sugerindo estagnação no ritmo de investimentos. Na análise por estados, São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro se destacam, enquanto Roraima, Maranhão e Acre mantêm-se entre os piores. Assim, o IES demonstra que, embora haja avanços pontuais, a desigualdade estrutural da saúde permanece como um desafio central para o desenvolvimento regional.

O Índice de Impacto Social revelou que as cooperativas exercem maior influência justamente nas regiões mais fragilizadas ou com menor presença de serviços privados. O Norte e Centro-Oeste apresentam os maiores valores, refletindo uma dependência significativa da população por esse modelo de prestação de serviços. Já o Nordeste mostrou o maior crescimento no período analisado, ampliando progressivamente o impacto social das cooperativas, embora que seja de forma intermediária. O Sul se manteve estável, mas em níveis elevados. O Sudeste permanece como exceção, apresentando impacto social reduzido devido à grande competitividade do mercado privado, tornando o papel cooperativista menos determinante. Assim, o IIS evidencia que o impacto social das cooperativas cresce especialmente onde o sistema público e privado é mais limitado, contribuindo para reduzir barreiras de acesso e atuar como complemento ao SUS.

O Índice Geral de Relevância das Cooperativas de Saúde (IGRCS), que sintetiza os três índices anteriores, confirmou a manutenção das desigualdades regionais, mas também revelou tendências de reconfiguração. O Sudeste permanece como a região de maior relevância cooperativa, sustentando sua liderança por meio de estrutura consolidada e alto dinamismo econômico. O Nordeste foi a região que mais avançou no período, ampliando a presença e a importância das cooperativas na oferta de serviços de saúde. Já o Sul e o Centro-Oeste apresentaram leve retração, sugerindo estabilidade mais do que expansão. O Norte manteve baixa relevância, refletindo seus persistentes desafios estruturais, econômicos e geográficos. Dessa forma, o índice geral reforça que, embora o cooperativismo venha ganhando relevância em várias partes do país, ele ainda se desenvolve de maneira desigual, acompanhando as assimetrias históricas do sistema de saúde brasileiro.

Em suma, os resultados mostram que o cooperativismo de saúde atua de maneiras distintas no país. Nas regiões mais desenvolvidas como no Sudeste e Sul, ele opera como uma organização forte inserida em um mercado competitivo; já nas regiões menos desenvolvidas, como o Norte, exerce maior impacto social, funcionando como uma alternativa acessível ao Sistema Único de Saúde (SUS) e tornando-se essencial para ampliar o acesso à saúde suplementar. Apesar de avanços importantes observados em algumas regiões, como no Nordeste, o cooperativismo de saúde ainda se desenvolve de forma desigual entre as macrorregiões brasileiras.

Diante desse cenário, a implementação de políticas públicas torna-se fundamental para promover a ampliação e o fortalecimento do setor. Assim, destaca-se a necessidade de fortalecer a infraestrutura de saúde, por meio do aumento de convênios entre cooperativas de saúde e o Sistema Único de Saúde, especialmente em regiões com déficit estrutural. Essa estratégia permitiria que as cooperativas atuassem como prestadoras complementares de serviços, contribuindo para a redução das filas, a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do atendimento. Além disso, a criação de programas de incentivo à atuação de profissionais de saúde em cooperativas localizadas em regiões menos desenvolvidas, por meio de benefícios como complementação de renda, apoio à moradia, incentivos educacionais e facilidades para capacitação profissional, mostra-se essencial para reduzir as desigualdades regionais.

Desta forma, a implementação dessas políticas públicas poderia contribuir de forma significativa para a redução das desigualdades regionais evidenciadas neste estudo, fortalecendo o cooperativismo de saúde como instrumento de desenvolvimento econômico, social e territorial, além de ampliar o acesso aos serviços de saúde no país. A consolidação desse modelo em escala nacional depende, portanto, de políticas públicas específicas, investimentos estruturais e estratégias de fortalecimento que reduzam essas disparidades.

Por fim, verifica-se que estudos futuros são essenciais para o aprofundamento da temática, especialmente análises em nível municipal, comparando realidades mais fragilizadas e mais desenvolvidas. Ademais, investigações sobre os impactos de impostos e de legislações que não foram atualizadas no avanço das cooperativas de saúde no Brasil podem contribuir para compreender como esses fatores influenciam a persistência da desigualdade regional.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS E SANEAMENTO BÁSICO (ANA). **Estudo aponta que enchentes de 2024 foram maior desastre natural da história do RS e sugere caminhos para futuro com eventos extremos mais frequentes.**

Disponível em: <https://www.gov.br/ana/pt-br/assuntos/noticias-e-eventos/noticias/estudo-aponta-que-enchentes-de-2024-foram-maior-desastre-natural-da-historia-do-rs-e-sugere-caminhos-para-futuro-com-eventos-extremos-mais-frequentes>. Acesso em: 30 nov. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar.** Brasília, 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **ANS divulga dados de movimentação de beneficiários em agosto.** Brasília, 06 de outubro de 2025.

Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-de-movimentacao-de-beneficiarios-em-agosto>. Acesso em: 16 nov. 2025.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Integração de serviços e redes de atenção: desafios para o SUS em regiões metropolitanas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1351-1360, 2020.

ALVES, Ana Lua Vilanova; SILVA, Jailson dos Santos; OLIVEIRA, Jeffson Veríssimo de. **Disparidades regionais no acesso à saúde no Brasil: insights através do Business Intelligence.** In: **SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**, 13., 2025, João Pessoa. *Anais [...]* João Pessoa: Even3 Publicações, 2025.

ANUÁRIO COOP. **Sistema OCB.** Brasília, 2025.

BAHIA, L. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: atores, mercado e regulação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4459-4468, 2019.

BAHIA, Ligia. **Planos e seguros privados de saúde no Brasil: cobertura, características do mercado e regulação.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

BARATA, R. B. **Desigualdades sociais e saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil.** 4. ed. São Paulo: Ática, 2000.

BIALOSKORKI NETO, S. **Cooperativas: economia, crescimento e estrutura de capital.** São Paulo: OCESP/SESCOOP-SP, 2001.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. **Estimativas de população para o Brasil e unidades da federação 2024.** Rio de Janeiro, 2024. 1 p. Disponível em: [https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2024/POP2024\\_2](https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2024/POP2024_2)

0241230.pdf. Acesso em: 19 nov. 2025.

BRASIL. Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 dez. 1971. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l5764.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5764.htm). Acesso em: 16 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS. Quantidade de hospitais – CNES**. Disponível em: [https://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade.asp](https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp). Acesso em: 05 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva o SUS: o maior sistema público de saúde do mundo é gratuito, universal e do Brasil**. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/setembro/viva-o-sus-o-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-e-gratuito-universal-e-do-brasil>. Acesso em: 16 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS - Leitos hospitalares – CNES**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>. Acesso em: 18 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). **Painéis de Monitoramento – Mortalidade por ocorrências evitáveis (CID-10)**. Disponível em: <https://svs.aims.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/cid10/>. Acesso em: 24 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde: dados e indicadores**. Brasília, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 1 dez. 2025.

CENZI, Neiri Luiz. **Cooperativismo: desde as origens ao projeto de lei da reforma ao sistema cooperativo brasileiro**. 1. ed. Curitiba: Juruá, 2012.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica no Brasil 2023**. Brasília: CFM, 2023. Disponível em: <https://www.cremeb.org.br/index.php/noticias/brasil-possui-medicos-em-quantidade-suficiente>. Acesso em: 16 jun. 2025

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Demografia Médica no Brasil**. Brasília: CFM, 2023.

CRÚZIO, Helnon de Oliveira. **Como organizar e administrar uma cooperativa**. 4<sup>a</sup> ed. FGV. Rio de Janeiro, 2005.

GARCIA, L. P.; SZWARCOWALD, C. L. Desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017.

HOLYOAKE, George Jacob. **The History of the Rochdale Pioneers**. London: Trübner & Co., 1857.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população 2019-2024**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=28674&t=resultados>. Acesso em: 02 out. 2025.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022: Panorama e Indicadores**. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=BR&tema=1>. Acesso em: 02 out. 2025.

INTERNATIONAL COOPERATIVE ALLIANCE – ICA. **Facts and figures**. Disponível em: <https://ica.coop/en/cooperatives/facts-and-figures>. Acesso em: 16 nov. 2025.

INTERNATIONAL COOPERATIVE ALLIANCE – ICA. **2025 UN International Year of Cooperatives: Cooperatives Build a Better World**. Disponível em: <https://ica.coop/en/2025-international-year-cooperatives>. Acesso em: 25 jul. 2025.

INTERNATIONAL COOPERATIVE ALLIANCE. **World Cooperative Monitor 2023**. Disponível em: [https://ica.coop/sites/default/files/2024-01/press\\_release\\_world\\_cooperative\\_monitor\\_2023\\_es.pdf](https://ica.coop/sites/default/files/2024-01/press_release_world_cooperative_monitor_2023_es.pdf). Acesso em: 26 jul. 2025.

INTERNATIONAL COOPERATIVE ALLIANCE; EURICSE. **World Cooperative Monitor 2023: exploring the cooperative economy**. Trento: Euricse, 2023. Disponível em: <https://monitor.coop/sites/default/files/2023-12/WCM2023.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2025.

IPEA. **Desigualdades no acesso à saúde nas cidades brasileiras**. Brasília, 2023.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e desigualdades em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 2021.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 43, n. esp., p. 98-116, 2019.

NARDO, Michela et al. **Handbook on constructing composite indicators: methodology and user guide**. Paris: OECD Publishing, 2008.

OBSERVATÓRIO SAÚDE PÚBLICA. **Mortalidade infantil no Brasil**. Disponível em: <https://observatoriosaudepublica.com.br/tema/saude>. Acesso em: 22 out. 2025.

OCB — Organização das Cooperativas Brasileiras. **Resolução nº 56, de 26 de março de 2019**. Regulamenta a reorganização e nova classificação dos ramos do cooperativismo. Brasília: OCB, 2019.

OCB. **Anuário Coop 2025**. Disponível em: <https://somoscooperativismo.coop.br/anuario-ramos/saude>. Acesso em: 16 nov. 2025.



OCB. **Anuário Coop 2025**. Disponível em:  
<https://anuario.coop.br/brasil/cooperativas>. Acesso em: 25 jul. 2025.

OCB. **Ramo Saúde**. Disponível em: <https://somoscooperativismo.coop.br/anuario-ramos/saude>. Acesso em: 16 nov. 2025.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Handbook on constructing composite indicators**. Paris: OECD Publishing, 2008.

PAIM, J. S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

PINHO, Diva Benevides. **Cooperativismo no Brasil: Da Vertente Pioneira à Diversidade Atual**. São Paulo: Saraiva, 2004.

PINTO, Erika; GIOVANELLA, Lígia. Do SUS que temos ao SUS que queremos: desafios para o fortalecimento da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1799-1810, 2018.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. Atenção primária, cobertura assistencial e modelos de organização da saúde suplementar no Brasil. **Physis**, v. 31, n. 1, p. e310101, 2021.

RICCIARDI, L.; LEMOS, R. Jenkins de. **Cooperativa, a empresa do século XXI: como os países em desenvolvimento podem chegar a desenvolvidos**, LTR. São Paulo, 2000.

ROCHA, Roberta de Moraes; ALVES, Denis Fernandes. "Impacto do ensino e pesquisa universitário em saúde na atração de médicos: evidências para o semiárido." Apresentado no XXIII ENABER - Ilhéus, BA, 2025.

SANTOS, C. M.; GERSCHMAN, S. Público e privado na saúde: permanências e desafios na assistência brasileira. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 35, n. 103, p. 1-18, 2020.

SANTOS, Lenir; GERSCHMAN, Silvia. O sistema de saúde no Brasil: organização, financiamento e desafios contemporâneos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

SICREDI. **A Trajetória do Sicredi**. Disponível em:  
<https://www.sicredi.com.br/site/trajetoria/>. Acesso em: 25 jul. 2025.

SISTEMA OCB. **Anuário Coop 2024**. Disponível em:  
<https://anuario.coop.br/ramos/saude>. Acesso em: 26 jul. 2025.

SISTEMA OCB. **História do Sistema OCB**. Disponível em:  
<https://somoscooperativismo.coop.br/institucional/sistemaocb>. Acesso em: 25 jul. 2025.

SISTEMA OCB. **Ramos do Cooperativismo**. Disponível em: <https://somoscooperativismo.coop.br/institucional/central-da-marca>. Acesso em: 25 jul. 2025.

SISTEMA OCB. **Anuário do Cooperativismo Brasileiro 2024**. Brasília: OCB, 2025.

UNIMED. **Nossa Estrutura**. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/site/sistema-unimed>. Acesso em: 26 jul. 2025.

UNIMED. **Sobre a Unimed**. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/site/web/registro/sobre-a-unimed#:~:text=Com%20esse%20objetivo%2C%20foi%20adotado,e%20a%20Unimed%20do%20Brasil>. Acesso em: 26 jul. 2025.

VIANA, A. L. d'A.; LIMA, L. D. O processo de regionalização no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011.

VIANA, A. L. d'A. et al. Desigualdades regionais em saúde no Brasil. 2015.

VIANA, A. L. d'A.; MACHADO, C. V. **Desigualdades regionais em saúde no Brasil**: diagnóstico, tendências e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 5, p. 1483-1497, 2009.