



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL
DO TRÓPICO ÚMIDO (PPGDSTU)

SILVIA FERREIRA NUNES

INSTITUTO DO PACTO DE SAÚDE:
Regionalização e Municipalização da Saúde no Estado do Pará

Belém, PA
2018

SILVIA FERREIRA NUNES

INSTITUTO DO PACTO DE SAÚDE:

Regionalização e Municipalização da Saúde no Estado do Pará

Tese apresentada como requisito à obtenção do grau de Doutora em Ciência: Desenvolvimento Socioambiental do Curso de Doutorado em Desenvolvimento Sustentável do Tropicó Umido, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará.

Orientador: Prof. Dr. Durbens Martins Nascimento

Belém, PA
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Biblioteca do NAEA/UFPA

Nunes, Silvia Ferreira, 1980 -
Instituto do Pacto da Saúde no Estado do Pará / Silvia Ferreira Nunes – 2018.

214 f.: il. ; 29 cm.
Inclui bibliografias

Orientador: Durbens Martins Nascimento

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós - graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Belém, 2018.

1. Saúde – Política governamental – Pará. 2. Políticas Públicas – Saúde – Pará. 3. Neoinstitucionalismo. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Saúde – Administração pública – Pará. I. Nascimento, Durbens Martins, orientador. II. Título.

CDD 22. ed. 368.42098115

Elaborado por
Ruthane Saraiva da Silva
CRB 2/1128

SILVIA FERREIRA NUNES

INSTITUTO DO PACTO DE SAÚDE:
Regionalização e Municipalização da Saúde no Estado do Pará

Tese apresentada como requisito à obtenção do grau de Doutora em Ciência: Desenvolvimento Socioambiental do Curso de Doutorado em Desenvolvimento Sustentável do Tropicó Umido, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Durbens Martins Nascimento
Orientador- PPGDSTU/NAEA/UFPA

Prof. Dr. Milton Cordeiro Farias Filho
Examinador - PPGDSTU/NAEA/UFPA

Prof^a. Dr^a. Oriana Trindade de Almeida
Examinador - PPGDSTU/NAEA/UFPA

Prof. Dr. Cláudio Puty Castelo Branco
Examinador - PPGE/ICSA/UFPA

Prof. Dr. Carlos Augusto da Silva Souza
Examinador - PPGCP/IFCH/UFPA.

Prof. Dr. Hisakhana Pahoona Corbin
Suplente - PPGDSTU/NAEA/UFPA

A Deus;

A meus Pais, Ataíde e Sebastiana;

A meus irmãos e sobrinhos;

E a todos que permaneceram comigo para seguir a caminhada.

AGRADECIMENTOS

Essencialmente, agradeço à minha família, pela existência e subsistência no convívio familiar neste período: Pai, mãe e irmãos.

Ao meu orientador, Dr. Durbens Martins Nascimento, por amparar este projeto e pelas portas abertas para minha caminhada na Ciência Política. Aos professores do doutorado que muito contribuíram com minha formação: Dr^a. Nírvia Ravena, Dr. Fábio Carlos da Silva; Dr. Francisco de Assis Costa, Dr^a. Edna Maria Ramos de Castro, Dr. Adagenor Lobato Ribeiro, Dr. Josep Pont Vidal, e Dr. Milton Cordeiro.

Aos colegas de turma com quem dividi debates e ansiedades, especialmente Rebecca, Ligia e Tamara, que contribuíram nas reflexões deste trabalho.

Aos meus colegas do Idesp, com quem trabalhei nos primeiros dois anos do doutorado, David, Andreia, Andreлина e Juliete.

Aos meus colegas da Fapespa, com os quais convivi pelos dois últimos importantes anos desse trajeto, Dr. Alberto Arruda, Pedro, Fernanda, Lucas, Fabrício, Marcus, Cassia, Kezia e Tassia do Socorro.

Aos funcionários da Sesp, das Comissões Intergestores Regionais, Comissão Intergestores Bipartite e do Ministério da Saúde, atentos e dispostos ao debate e também a fornecer, quando possível, insumos necessários para a Tese.

Aos funcionários do Ministério da saúde, pelas conversas e esclarecimentos sobre a pactuação, Dr. Paulo de Tarso, Neyde Glória Garrido e Marina Schumann.

RESUMO

O objetivo central deste trabalho consiste em entender se o Instituto do Pacto, estabelecido pelo Pacto da Saúde em 2006, propicia comportamento mais cooperativos e solidário entre entes federados envolvidos na pactuação de políticas públicas da saúde, bem como, se induz à repartição adequada de funções, ao planejamento e à organização de sistemas regionalizados, e ainda, se tem garantido institucionalidade, aos acordos intergovernamentais, necessária as políticas públicas em saúde. Para tanto, pretende-se usar como inspiração o referencial teórico-metodológico Neoinstitucional, especificamente a escolha racional e, no seu interior, a Teoria das Barganhas Assimétricas, para investigação do problema. Assumimos que o fato da oferta de serviço de saúde estar condicionada à necessidade de um atendimento universal, equânime e integral aos cidadãos brasileiros com escassez de recurso e infraestrutura, exige articulação entre os municípios, estado e união, desta forma a articulação está longe de ser trivial e por isso a necessidade de regras que estabeleçam parâmetros para a afirmação de pactos intergovernamentais. Constata-se que o arranjo institucional estabelecido pelo SUS não permite credibilidade nos compromissos assumidos pelos entes federados e que os mecanismos usados não permitem convergência das estratégias dos atores para a condição de cooperação. O instituto do pacto não cria condições para estabilizar posturas concorrentes e internalizar as externalidades, bem como, conter o risco e incertezas na pactuação, por tanto é insuficiente em um contexto de interesses conflitantes, com informações, poder e recursos assimétricos e maior flexibilidade do desenho regional para amenizar luta distributiva entre municípios ofertantes e demandantes de serviços de saúde de média e alta complexidade. Essas regras mantêm as condições para maximização de interesses individuais dos municípios ofertantes e em condição de informação assimétricas e tencionamentos na arena política não permitem estabelecer níveis de credibilidade de compromisso entre entes federados e somado a fatores exógenos ao processo de pactuação mantêm atitudes que ferem os princípios de universalidade, equidades e integralidade estabelecidos pela constituição cidadã brasileira.

Palavras - chave: Pactuação Regional. Relações Intergovernamentais. Política Pública de Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The main objective of this work is to understand if the Institute of the Pact, established by the Health Pact in 2006, promotes more cooperative and supportive behavior among federal entities involved in the compromise of public health policies, as well as, if it induces the proper allocation of functions, planning and organization of regionalized systems, and, if institutionality is guaranteed, to intergovernmental agreements, public health policies are necessary. In order to do so, it is intended to use as inspiration the Neo-institutional theoretical-methodological reference, specifically the rational choice and, within it, the Asymmetric Bargaining Theory, to investigate the problem. We assume that the fact that health service provision is conditional on the need for universal, equitable and integral care to Brazilian citizens with scarcity of resources and infrastructure, requires articulation between municipalities, state and union, in this way the articulation is far from being trivial and therefore the need for rules that establish parameters for the affirmation of intergovernmental pacts. It is observed that the institutional arrangement established by the SUS does not allow credibility in the commitments assumed by the federated entities and that the mechanisms used do not allow convergence of the strategies of the actors to the condition of cooperation. The pact institute does not create conditions to stabilize competing positions and internalize externalities, as well as contain the risk and uncertainties in the agreement, so it is insufficient in a context of conflicting interests with asymmetric information, power and resources and greater flexibility of the design regional level to alleviate the distributive struggle between municipalities offering and demanding medium and high complexity health services. These rules maintain the conditions for maximizing the individual interests of the disbursing municipalities and in asymmetric information conditions and tendencies in the political arena do not allow to establish levels of credibility of commitment between federated entities and added to exogenous factors to the process of agreement maintains attitudes that hurt the principles of universality, equities and integrality established by the Brazilian citizen constitution.

Keywords: Regional health, Intergovernmental Relations, Public Health Policy, Health System,

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Políticas de Saúde induzidas pelo governo federal para Amazônia.....	77
Quadro 2 - Espacialização das regiões de saúde	80
Quadro 3 - Transferência Fundo a Fundo (Competência) - Pagamento para Estados e municípios	84
Quadro 4 - População por região de saúde	92
Quadro 5 - Densidade demográfica por Região de Saúde.....	93
Quadro 6 - Financiamento 2014-2015.....	101

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo teórico de jogo	38
Figura 2 - Conflito sobre Distribuição	42
Figura 3 - Pontos de referência de justiça distributiva: zero, status quo ou não acordo	43
Figura 4 - Jogo básico da barganha.....	45
Figura 5- Gestão das Políticas Públicas de Saúde	50
Figura 6 - Formulação do Problema e pesquisa.....	10107
Figura 7 - Dimensão da Regulação.....	11515
Figura 8 - Estrutura Funcional o Complexo Regulador	116
Figura 9 - O Instituto do Pacto	119
Figura 10 - Fluxo para ajustar a estrutura de pactuação.....	134

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Polos Regionais segundo NOAS 01/02.....	86
Mapa 2 - Região de Integração do Pará	88
Mapa 3 - Região de Saúde do Estado do Pará	89
Mapa 4 - Complexo Regulador Regional.....	95
Mapa 5 - Região de Análise	97

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CEO	Centro Especializado Odontológico
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CGUE	Coordenação Geral de Urgências e Emergências
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FAEC	Fundo de Ações Estratégica de Compensação
FNS	Fundo Nacional da Saúde
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDESP	Instituto de Desenvolvimento Econômico, Social e Ambiental do Estado do Pará.
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
NISPLA	Núcleo de Informação em Saúde e Planejamento da Secretaria de Saúde do Estado
PCEP	Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Plano Estadual de Saúde do Pará

PMS Plano Municipal de Saúde

PPI Pactuação Programada Integrada

SAMU Serviço Móvel de Atenção às Urgências e Emergências

SUS Sistema único de Saúde

RENASES Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

RI Região de Integração

RS Região de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 SUPORTE TEÓRICO PARA ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO.....	20
2.1 Federalismo: Competição e Cooperação Municipal.....	20
2.2 Neoinstitucionalismo.....	29
2.3 Interpretação sobre Instituições e Barganhas Assimétricas.....	35
3 GESTÃO LOCAL DE UMA POLÍTICA NACIONAL.....	47
3.1 Múltiplos sistemas e um Sistema Único.....	48
3.2 Da Lógica da municipalização à lógica da regionalização.....	55
3.3 A lógica da Gestão Regional.....	73
3.3.1 Gestão do Serviço de Saúde na Amazônia.....	73
3.3.2 Gestão do Serviço de Saúde no Estado do Pará.....	86
4 RELEITURA DA PESQUISA.....	103
4.1 A relação entre atores.....	107
4.2 Distribuição de Competências e Normatização do Pacto pela Saúde.....	107
4.3 Bem público e os Princípios do SUS.....	120
5 O INSTITUTO DO PACTO.....	125
5.1 Instituto do Pacto e comportamento federados.....	125
5.2 Resultados assimétricos e os princípios do SUS.....	153
6 CONCLUSÃO.....	160
REFERÊNCIAS.....	169
APÊNDICE A – Considerações metodológicas.....	184
APÊNDICE B – Regionalização NOAS 2001/2002.....	193
APÊNDICE C – Estabelecimentos de Média e Alta Complexidade -2015	203
APÊNDICE D – Programação Pactuada Integrada.....	209

1 INTRODUÇÃO

A área da Saúde, dentro do Sistema de Proteção Social Brasileiro, vem sendo profundamente alterada desde o final da década de 1980. O Governo Federal tem implementando programas que transferem um conjunto de atribuições de gestão aos níveis estadual e municipal de governo. Esse processo tem sido orientado por um conjunto de leis e portarias que definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir novas posições no processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destacam-se, nesse sentido: a Constituição Federal do Brasil de 1988; a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990) e nº 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990); Normas Operacionais Básicas de 1993 (BRASIL, 1993) e de 1996 (BRASIL, 1996); Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS nº 01/2001, e NOAS nº 01/2002); e, atualmente, o Pacto pela Saúde de 2006 (BRASIL, 2006). Estes são exemplo dos esforços do Governo Federal em compor um sistema universal, equânime e integral para a população brasileira.

Nos anos de 1990, a descentralização do SUS refletiu projetos econômicos e sociais de ideologias e finalidades distintas, acoplados ao desenho federativo proposto na Constituição Federal de 1988. As relações verticais foram priorizadas, tendo como foco transferências de responsabilidades gestoras e recursos financeiros da União para estados e, principalmente, municípios, mesmo considerando os movimentos de centralização legislativa e fiscal da função estatal. O período foi testemunha da implantação de um modelo em que os governos municipais adquiriram atuação abrangente no campo da saúde (ARRETCHE 2002, 2005; VIANA, 2005; LIMA, 2005).

Até meados de 2000, as estratégias de descentralização apresentaram-se frágeis em um contexto de restrição fiscal e de desigualdade econômica e social. Associado a isso, a fragilidade do planejamento regional das estratégias de descentralização do SUS comprometeu sua adequação às múltiplas realidades brasileiras, dessa forma, não houve diversificação de políticas que

relacionassem à área da saúde a dinâmica territorial (CARVALHO 2001; ARRETCHE, 2002, 2005; MENDES 2011; SANTOS 2011).

A edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde, em 2001 (NOAS, reformulada em 2002) ganhou importância no cenário nacional com o processo de regionalização. Assim, o tema destacou-se como estratégia fundamental na ampliação do acesso aos serviços de saúde, considerando, sobretudo, sua organização e distribuição nos territórios regionais. Apesar de não ter trazido avanços significativos para a adequação regional do processo de descentralização, a NOAS destacou o incentivo ao Planejamento Regional, com a instituição do Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI).

A partir do reconhecimento das distorções e consequências negativas obtidas pela fragmentação da gestão do SUS, nos marcos do municipalismo autárquico a NOAS (BRASIL, 2001, 2002) objetivou restaurar as condições para atender aos princípios da universalidade, igualdade e a integralidade do acesso aos serviços. Para tal, esta se constituiu em um complexo aparato institucional que subsidiou um conjunto de pactos estabelecidos entre entes autárquicos.

Documentos do Ministério da Saúde (MS), em 2003, já apontavam, no calor do debate sobre os impactos da NOAS, para revisão dessa política de regionalização do SUS e para a necessidade de se estabelecer relações mais solidárias e cooperativas entre os entes governamentais. O Pacto pela Saúde inserido nesse contexto de debate e reconhecimento de limitações do arranjo institucional anterior trouxe novas diretrizes para o processo de regionalização do sistema de saúde baseado no fortalecimento da pactuação política.

Dentre outros objetivos, o Pacto pela Saúde, em 2006, buscou fortalecer a regionalização por meio da negociação e a pactuação intergovernamental, com valorização das esferas estaduais e municipais, e a criação de novas instâncias de cogestão regional (Comissão Intergestores Regionais) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009). Ele trouxe a diversidade dos territórios para dentro da lógica do sistema de descentralização, fator que tem sido o maior desafio, pois, os resultados dos diversos processos de descentralização da saúde no Brasil são contraditórios e altamente dependentes das condições locais.

Tem-se um sistema de saúde heterogêneo e que reflete diferentes capacidades financeiras e organizacionais para prestação da atenção à saúde, e com distintas disposições políticas de governadores e prefeitos. Campos (2012) verifica problemas relativos à desintegração territorial de instituições, serviços e práticas, e dificuldades para a conformação de arranjos cooperativos.

O Pacto da Saúde, a partir de 2006, revisou e confirmou os principais instrumentos utilizados pela NOAS 01/2002 (BRASIL, 2002). Reconheceu a necessidade de estruturar o complexo para regular o acesso assistencial, bem como, flexibilizou o desenho da regionalização, criou os Colegiados Intergestores Regionais como espaço decisório, extinguiu as habilitações de estados e municípios e delegou ao estado a responsabilidade da regulação das referências intermunicipais. Assim, permitiu uma certa adesão à realidade local, especialmente por maior flexibilidade com relação a determinados instrumentos e com maior participação dos interessados na pactuação.

Focando um olhar na Amazônia, Oliveira (2008) observou que as estratégias usadas pelo Ministério da Saúde, até 2006, caracterizam-se como pontuais e em nenhum momento se constituíram em políticas de saúde adaptadas à realidade regional. O autor destaca que o papel indutor NOAS foi substancial ao SUS, que esse arcabouço infralegal ratificou a lógica do insulamento e não incorporou as características regionais no escopo de suas diretrizes, programas e projetos. As assimetrias regionais foram esquecidas e tentaram estabelecer modelos de gestão padronizados. O autor verificou que o financiamento da saúde ratifica essa lógica, uma vez que tem como pilar a capacidade instalada.

A partir da NOAS nº 01/02 (BRASIL, 2002), o estado do Pará passou, assim como os demais estados da região amazônica, se adequar a uma estrutura de pactuação que considerava a formação dos desenhos regionais: a conformação dos pactos se dava nos Polos Regionais, Região de Saúde e Módulo Assistência. Essa regionalização considerou fatores como a capacidade instalada e operacional dos sistemas de saúde municipais, as referências regionais e a estadual; assim como o acesso a serviços.

Em 2012, a Resolução nº. 237 (PARÁ, 2012a) repactuou o desenho da rede de saúde estatal para atender os pressupostos do Pacto de gestão. No

estado do Pará, treze passaram a ser as Regiões de Saúde¹, cada uma representando seu sistema de pactos realizados na Comissão Intergestores Regionais e coordenados pela Secretaria de Saúde do Estado.

Dentro do contexto de iniquidade da saúde, apresentada por vários autores e estabelecida a partir de interferências históricas pontuais do Ministério da Saúde e de tentativas de desfragmentação do acesso formatada pela NAOS (BRASIL, 2001, 2002) e reconfigurada pelo Pacto da Saúde em 2006 (BRASIL, 2006), tem-se como o objeto de estudo o Instituto do Pacto e seus mecanismos para tornar as relações intergovernamentais mais cooperativas e solidárias. Para tanto, utilizaremos a perspectiva institucionalista como abordagem teórica e a Teoria das Barganhas Assimétricas como inspiração teórico - metodológica.

O Instituto do Pacto é entendido aqui como um conjunto de regras formais e informais estabelecido pelo Pacto de Saúde. Ele apresenta-se como um estudo empiricamente promissor por, inicialmente, estabelecer condicionantes para alcançar objetivos e/ou princípios construídos e fixados previamente pela legislação; princípios da universalidade, igualdade e integralidade de acesso.

Deve-se registrar que, no caso do SUS, a transferência de responsabilidades e recursos dos objetivos nacionais está situada no contexto de um arranjo que, segundo Abrúcio (2005), lida com problemas de heterogeneidade de jurisdição e de discurso e práticas em favor da integridade territorial de conjunto; isso implica na existência de autointeresse, identificado na esfera local e no interesse da coletividade, o que permite que tanto as relações horizontais quanto as verticais sejam afetadas por barganhas que, por conseguinte, afetam a oferta de serviço público.

Neste sentido, busca-se explicar em que medida o Instituto do Pacto, entendido aqui como as regras formais, estabelecido pelo Pacto de Gestão e, que presidem as relações intergovernamentais, tem, de fato, motivado os agentes a superar comportamentos individuais, no sentido de alcançar os

¹ As regiões, lócus principal dos processos de regionalização, constituem-se como base territorial para o planejamento de redes de atenção que possuem distintas densidades tecnológicas e capacidades de oferta de ações e serviços de saúde. São também espaços privilegiados de articulação intergovernamental para a condução do sistema de saúde (LIMA, 2012).

princípios do SUS. Busca-se, portanto, entender as motivações econômicas e políticas desses agentes/atores na dinâmica institucional.

Neste sentido, consideram-se, especialmente, as funções, as estratégias, a organização e planejamento e as ações no processo de regionalização, além dos entraves encontrados para alcançar esses princípios citados. De que forma o Instituto do Pacto tem garantido institucionalidade para que acordos intergovernamentais sejam mais cooperativos? E de que forma este tem garantido a institucionalidade necessária às políticas públicas em saúde?

Para tanto, define-se como hipótese central que em um contexto de interesses conflitantes, com informações, poder e recursos assimétricos e maior flexibilidade do desenho regional, existem obstáculos para que o Instituto do Pacto oriente entes federados à “regionalização solidária e cooperativa”, permitindo, portanto, efeito distributivo das políticas públicas de saúde e avanço no sentido de evitar a transgressão aos princípios da universalidade, igualdade e integralidade.

Assim, assume-se que: a) que este novo arranjo mantém as condutas de barganha entre entes federados ofertantes e demandantes de ações e serviços de saúde que objetivam por meio de distribuições horizontais (metas físicas e financeiras) maximizar seus interesses ou suas utilidades, a partir do acesso a ações e serviços para seus munícipes ou eleitores; e b) entende-se que o instituto do pacto mantém as motivações para comportamentos individualizados, o que gera tensões e conflitos que acabam comprometendo os princípios do SUS.

Para além desta introdução, o trabalho considera o trajeto descrito a seguir.

O capítulo 2 apresenta os aspectos teóricos que irão embasar a análise do Instituto do Pacto, neste contexto, entende-se o federalismo brasileiro como um assunto transversal ao tema e faz-se, portanto, uma breve leitura sobre o mesmo e o comportamento de seus atores no sentido entender comportamentos federativos competitivos e cooperativos, a partir de autores como Abrucio, Paul Pierson, Daniel, Souza e Arretche. Destacam-se também os pressupostos da teoria racional do neoinstitucionalismo, apresentando comportamentos autointeressados dos agentes governamentais envolvidos em

processos de barganha com interesses que podem convergir para a cooperação.

No capítulo 3 faz uma revisão da literatura destacando trajeto que o SUS percorreu para a conformação do sistema de saúde, desde o momento de arena fragmentada até o momento da regionalização; destaca-se ainda políticas e instrumentos de indução do Ministério da Saúde para este objetivo e atores que participam do processo em nível nacional; neste mesmo trajeto analisa-se a lógica da conformação do SUS na Amazônia e apresenta-se a arena local do estado do Pará e as assimetrias municipais nas regiões de saúde.

O capítulo 4 traz uma releitura do problema apresentado na introdução considerando os aspectos teóricos abordados neste trabalho, bem como a caracterização dos atores, característica de bens e serviços ofertados na saúde e distribuição de competências entre entes federados, princípios do SUS e as regras formais que estruturam o instituto do pacto.

O capítulo 5 dedica-se à análise do efeito das regras estabelecidas pelo Pacto da saúde especificamente a partir do Pacto de Gestão sobre a disposição dos agentes à cooperação, restringindo-se aos acordos ou pactos firmados entre entes federados municipais e estadual das regiões de saúde estabelecidas do Estado do Pará. Neste capítulo, objetiva-se identificar e analisar as estratégias formais, bem como as ferramentas usadas no processo de Pactuação a partir do Pacto pela Saúde, que motivam comportamentos cooperativo e solidário entre os entes governamentais do estado do Pará. Além disso, pretende - se identificar os condicionantes institucionais e políticas, impactos e inovações introduzidas no sistema de pactuação do SUS do Estado e ponderar sobre estratégias de coordenação da Secretaria de Saúde do Estado.

As conclusões apresentadas no capítulo 6 revisitam o trajeto feito pelo SUS no sentido de entender, dentro do processo de regionalização, a nova estrutura de regiões de saúde, formação das Comissões Intergestores Regionais (CIR), instrumentos de gestão usados no processo de pactuação e a regulação como fatores que se constituem o Instituto do Pacto estabelecido pelo Ministério da Saúde em 2006, a partir do Pacto pela Saúde. Entende-se que esse conjunto de normas formais estabelecidas pelo Pacto pela saúde

estabelecido em 2006 pouco contribuiu para promover relações intergovernamentais mais cooperativas e solidárias e entre entes federados das regiões estudadas porque ratifica a possibilidade de violação dos direitos constitucionais dos cidadãos destas regiões.

2 SUPORTE TEÓRICO PARA ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO

Este capítulo é composto por três tópicos que objetivam apresentar um conjunto de aspectos teóricos que irão embasar a análise do Instituto do Pacto, bem como a releitura teórica do problema de pesquisa.

Considera-se o federalismo como um tema transversal a este trabalho, por isso, apresenta-se no primeiro tópico diferentes abordagens sobre o tema a literatura a ser apresentada reconhece que, na maioria das vezes, as definições variam de acordo com o objeto empírico de análise. Isto é, cada autor dá origem a uma abordagem que alcance maior poder explicativo sobre o caso ao qual dedicará sua pesquisa. Neste caso, a concepção sobre o federalismo foca especificamente na competição e cooperação entre entes federados. Assim destaca-se a visão de autores importantes para o tema e suas compreensões para o caso Brasileiro.

No segundo tópico consideram-se os pressupostos da metodologia racional do neoinstitucionalismo, destacando o comportamento autointeressado dos agentes governamentais envolvidos em processos de barganha e como seus interesses tendem a convergir para os princípios estabelecidos pelo SUS. Para tanto, fez-se uma revisão do neoinstitucionalismo racional e seu método para conceituar e entender a relevância das instituições e dos atores como ferramenta analítica que facilita o entendimento empírico de fenômenos sociais.

O terceiro tópico debate as diversas interpretações sobre instituições e Barganhas Assimétricas, explana-se como os agentes migram de seus interesses particulares para associar-se a objetivos coletivos. Uma vez que se trata de assimetrias entre jogadores que apresentam objetivos e realidades financeiras e informacionais dentro de um contexto de jogo, usa-se a teoria dos jogos como suporte para análise. Assim, debate-se a Teoria de Barganhas Assimétricas de Knight e Scharpf.

2.1 Federalismo: Competição e Cooperação Municipal

O sistema federativo implantado no Brasil atribui tratamento semelhante às unidades da federação, independente de quantidade populacional, da renda produzida por essas unidades, e qualquer outro indicador social ou cultural. Contudo, quando essas desigualdades são flagrantes, elas reforçam a

importância do sistema federativo como instrumento de preservação da unidade política nacional sob um regime de liberdades democráticas. Isso justifica a necessidade de constituir parcerias entre entes federativos para harmonizar os conflitos existentes.

Ao apresentar diferentes abordagens sobre o tema federalismo, a literatura a ser apresentada reconhece que, na maioria das vezes, as definições variam de acordo com o objeto empírico de análise. Isto é, cada autor dá origem a uma abordagem que alcance maior poder explicativo sobre o caso ao qual dedicará sua pesquisa. Neste caso, a concepção sobre o federalismo foca especificamente na competição e cooperação entre entes federados. Desta forma, destaca-se a visão de autores importantes para o tema federalismo e seus entendimentos sobre o caso Brasileiro.

A constituição de 1988 criou um modelo de distribuição de competências, que aponta para o compartilhamento, mas não aponta as formas usadas para esse compartilhamento ou cooperação, o que leva a concluir que no Brasil não se estabeleceram as funções que cabem a cada esfera para promoção da política pública, como feito na Alemanha, e nem tão pouco como nos Estados Unidos, onde se separou as atribuições para cada esfera de governo dentro da matriz federativa. Assim a literatura aponta que a Constituição Federal do Brasil criou um problema de superposição de ações e de *accountability*.

Este fator, associado a um contexto de crise fiscal e redução do tamanho do Estado, abriu espaço para a existência de fenômenos que a literatura comparada (ABRUCIO; COSTA, 1999; ABRUCIO, 2005; ABRUCIO; SANO, 2011), intitulou *jogo de empurra* e de *efeito carona* entre as unidades federativas. No primeiro caso, repassou-se à outra esfera governamental a responsabilidade pela promoção de políticas sociais e no segundo aproveitou-se dos serviços custeados por outro ente federado.

Pierson (1995) analisa que a condição de autonomia permite às unidades federativas sustentar opções políticas próprias e influenciar em políticas sociais junto ao governo central. O autor destaca que isso pode impactar em diferentes fenômenos na produção de políticas, dentre os quais: competição na construção do Estado; preempção nas políticas públicas; inovação nas políticas públicas; e a dinâmica de corrida ao fundo do poço.

O Federalismo não-cooperativo está associado a mecanismos de disputa que dificultam a cooperação entre entes da federação, bem como refere - se ao uso indevido que um ente da federação faz da estrutura de outro sem o correspondente processo de pactuação; a guerra fiscal entre os estados é um exemplo deste comportamento de federalismo predatório.

Para o autor, há uma estreita relação entre a competição na construção do Estado e preempção nas políticas públicas. A produção de políticas, além de expandir o Estado, pode se constituir em uma importante fonte de legitimidade para os governos. Assim, a competição entre os entes federativos, por meio de políticas sociais pode ser uma dinâmica possível de construção da federação.

Uma vez institucionalizadas essas políticas, não interessa ao nível de governo promotor abrir mão de sua execução. Assim, cria-se a dinâmica da preempção nas políticas públicas. Um exemplo desse debate é o trabalho de Obinger; Leibfried; Castles (2005), que discutiram a relação entre federalismo e o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social nos Estados Unidos, Austrália, Canadá, Alemanha, Áustria e Suíça, e concluem que esse arranjo institucional permite atraso ou impedimento da nacionalização de certas políticas de bem-estar social especialmente pelo nível de dependência de governo e da colaboração dos governos subnacionais para a implementação das políticas sociais em âmbito nacional.

Quanto à inovação nas políticas públicas, Pierson (1995) apresenta a possibilidade de governos locais serem verdadeiros laboratórios de democracia, de experiência de diferentes desenhos de políticas públicas que poderiam ser nacionalizadas. Na mesma direção, Banting (2008) cita em seu artigo o caso da província de Saskatchewan 1947, no Canadá, que nacionalizou o sucesso da política de cobertura médica e seu processo de universalização.

Contudo, a competição, em algumas situações, pode gerar um dilema de ação coletiva na oferta de políticas sociais, tradicionalmente denominado como “corrida ao fundo do poço”, o que pode se traduz em uma estratégia governamental de menos investimento nas áreas sociais, e aqueles que decidem investir mais nas áreas sociais tornam-se vítimas do fenômeno do “carona”.

O padrão autárquico de municipalismo, segundo Daniel (2001), construído pelo processo de descentralização, transformou prefeitos em atores importantes da dinâmica local e intergovernamental. Tanto esse autor quanto Abrucio (2005, 2011) destacam em seus trabalhos a dificuldade de estabelecer maiores processos de coordenação e cooperação entre os níveis de governo. Em função da tendência à “prefeiturização” do poder e baixo controle social, especialmente nas áreas mais pobres e em pequenas municipalidades, além da baixa qualidade da burocracia municipal reduziu o potencial transformador da descentralização.

Esse mesmo autor comenta sobre o desestímulo a ações compartilhadas, dentro de um contexto no qual os municípios possuem status de entes federativos. Não obstante, estas peculiaridades estimularam dirigentes locais a defenderem sua jurisdição como unidade legítima e isolada das demais, voltando-se exclusivamente para si na definição de objetivos e na busca dos meios para sua satisfação.

Para a Federação Brasileira pós-redemocratização, a identificação de comportamentos predatórios ou problemas de coordenação intergovernamental não é novidade. Neste sentido, alguns autores, dentre eles Souza (2003, 2005, 2008), Arretche (2004, 2009) e Abrucio (2005, 2011) sinalizaram que aspectos de caráter predatório e não cooperativo da relação entre os entes federados se constituíram em uma das marcas do Federalismo emergente da nova ordem constitucional brasileira, isso porque as estruturas federativas tornam mais complexos os problemas de coordenação governamental, pois favorecem a superposição de competências e competição. Abrucio (2001, 2005) comenta que os avanços obtidos com a nova institucionalidade federativa não significaram necessariamente cooperação e especialmente entrelaçamento intergovernamentais no novo sistema.

As mudanças iniciais implementadas pelo governo federal na segunda metade da década de 1990, no Brasil, ganharam força na primeira década do século 21 e propiciaram mudança do padrão do federalismo no país, dentro de um contexto de caráter compartimentalizado. Para que o governo central pudesse implementar a agenda de universalização do acesso nas áreas sociais, especialmente em meio ao comportamento competitivo e fragmentado predominante no início dos anos de 1990, era necessário que ocorresse, em

um primeiro momento, seu fortalecimento político e financeiro na federação. Nesse sentido, um dos fatores fundamentais, era a estabilização monetária, e, em seguida, utilizar a capacidade regulatória do campo macroeconômico, induzindo os governos estaduais à ação de reduzir seus desequilíbrios fiscais, marca do período anterior (KUGELMAS; SOLA, 2000).

Quando a União resolveu atuar mais firmemente em termos de coordenação federativa, a descentralização passou a ser reordenada. As práticas cooperativas, tanto no campo das políticas públicas quanto no plano territorial passaram a constituir regras. Uma série de medidas para nacionalizar os padrões de políticas públicas possibilitaram o aumento da coordenação entre entes federados. Dentre elas, destacam-se: o aumento das ações de coordenação do governo federal, especialmente no campo das políticas públicas (ABRUCIO, 2005; FRANZESE, 2010); o aumento das parcerias intergovernamentais no plano territorial, especialmente consórcios intermunicipais; a retomada de arranjos metropolitanos; e a constituição de fóruns interestaduais setoriais.

Obinger; Leibfried; Castles (2005) mencionam a estratégia federal para a nacionalização de algumas áreas de política social nas quais a competência era subnacional; com a proposta de uma Emenda Constitucional, alterando as regras do jogo. A principal estratégia foi criar condições, especialmente por meio de transferências intergovernamentais, para que estados e municípios passassem a aderir às diretrizes nacionais. Como exemplo, destacam-se ações como Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF), Norma Operacional Básica 01/96 e Norma Operacional Básica federal e SUAS. Abrucio (2011) comenta que o caminho da interestadualidade começou a ser mais explorado neste período.

Nessa perspectiva, ações de descentralização foram substituídas por ações de centralização, tanto que as ações federais se fizeram presentes, inclusive a partir de interferências diretas sobre os processos de municipalização das políticas públicas. Almeida (2001) aponta que a literatura sobre federalismo e políticas públicas no Brasil é unânime quando destaca períodos de centralização e descentralização na nossa história. Nesse sentido, Souza (2002) sugere a oscilação do federalismo brasileiro contínuo entre

centralização e descentralização, caminhando entre os dois extremos, em diferentes períodos analisados.

Alguns trabalhos destacam, portanto, a reengenharia institucional e política, introduzindo novos instrumentos de gestão e reformulando os já existentes. Para impulsionar a implantação desses pactos, destaca-se o fato de o Ministério da Saúde ter adotado seu poder indutivo de incentivos via transferência de recursos federais para Estados e municípios, tal como nas normas operacionais anteriores. Além disso, destaca-se também a concentração de receitas e poder normativo que o Ministério usou para desenhar regras de transferências de recursos, a partir de meios necessários para que estados e municípios convergissem numa nova direção, em que pese o estágio de pulverização da gestão com os rumos assumidos pela descentralização do SUS (ARRETCHE, 2004, 2008).

Um agravante para o caso brasileiro é a combinação entre o baixo compromisso das esferas subnacionais com o equilíbrio fiscal e o elevado nível de autonomia política e financeira dessas. Nesse sentido, a constituição não dispõe de salvaguardas para evitar que municípios e estados assumam comportamentos fiscais irresponsáveis, especialmente quanto aos limites de gastos e endividamento, e criem estratégias para transferir o ônus para os demais, ao solicitarem medidas para cobrir rombos ou o perdão de dívidas junto à União (SERRA; AFONSO, 1999). Assim, diversas estratégias de alinhamento institucional têm sido testadas; como incentivos financeiros centralizados, destaca - se os consórcios públicos e a organização de fóruns para a coordenação federativa (PALOTTI; MACHADO, 2011).

Os tópicos debatidos neste texto são também motivo de análise de Ribeiro e Moreira (2016) quando destacam a competição aberta entre governantes estaduais e municipais por recursos e a disseminação de instituições multipartites na forma de colegiados estaduais e regionais como obstáculos que políticas setoriais têm que enfrentar em regimes federalistas

A partir do exposto, percebe-se que o conflito é a marca da diversidade do federalismo brasileiro, sendo que o maior desafio dos estados federais é adequar uma proposta que garanta a coordenação, cooperação e um controle mútuo não predatório entre os níveis de governo. Assim, deve-se estimular mecanismos de parceria que sejam aprovados pelos entes federativos. O pacto

intergestores tem o propósito de estabelecer práticas políticas que fortaleçam os laços de parceria entre as esferas de gestão. A formação desse pacto se dá pelo amadurecimento dos princípios federativos.

Para Abrucio (2005), o objetivo é compatibilizar o princípio de autonomia com o de interdependência entre as partes, resultando numa divisão de funções e poderes entre os níveis de governo. A garantia do pacto federativo está na Constituição e outras instituições que estabelecem freios e contrapesos entre níveis de governo assim como forma de coordenação entre os entes federados. Além disso, o sistema federativo depende da criação de incentivos à cooperação e a processos de intergovernamentais de decisão conjunta. Na mesma perspectiva, o sucesso das políticas públicas num estado federal depende da capacidade de instaurar mecanismos de controle mútuo e de coordenação entre os níveis de governo.

Ao examinar as relações entre federalismo e políticas públicas sociais, Franzese; Abrúcio (2009) comentam que a forma como as políticas públicas são implementadas podem gerar efeitos sobre as relações federativas. Essa literatura faz uso recorrente das categorias do federalismo competitivo e cooperativo para promover comparações entre as diferentes federações. Além disso, os autores concluem que a relação entre políticas públicas e federalismo é uma relação de reciprocidade.

Elazar (1987), Pierson e Liebfried (1995) e Lijphart (2003) comentam que a conformação de sistemas de políticas sociais também guarda especificidades em países federativos. Sob regimes democráticos, o desenho institucional das federações garante a repartição do poder do Estado em múltiplos centros, de modo que diferentes esferas de governo possam participar do processo político.

O compartilhamento de funções exige, em alguns casos, rodadas de negociação entre autoridades políticas dotadas de vários tipos de recursos e legitimidade; e envolve relações de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos com projetos frequentemente antagônicos na disputa política. Por outro lado, processos de descentralização e regionalização de políticas induzem a mudanças na distribuição de poder e nas relações interinstitucionais estabelecidas.

Para Abrucio (2005), essas questões sugerem a necessidade de fortalecimento dos mecanismos de coordenação no âmbito do SUS. A coordenação federativa é aqui concebida como formas de articulação (interação, compartilhamento e decisão conjunta) que resultam na instauração de parcerias aprovadas por diferentes esferas governamentais na gestão de políticas públicas.

Também é consenso na literatura, segundo Cavalcante (2011), que a prioridade da oferta de serviços sociais é municipal, e que cabe ao governo federal o papel de coordenação e financiamento. Portanto, criar estrutura de incentivos aos governos subnacionais é importante para o sucesso das experiências. Isso exige a construção de um arranjo institucional que reflita incentivos à participação, fluxo contínuo de informação e capacidade de controle e *accountability*. Os resultados podem ser o alinhamento de interesses do governo federal e subnacionais (BOSSERT, 1996; FAGUET, 1997; TENDLER, 1998; ARRETCHÉ, 2003; KAUFMAN; NELSON, 2004).

Watts (2006) comenta que o aumento da cooperação traz novos dilemas para as federações, dentre os quais: a) dificuldade de *accountability*; b) primazia do executivo nas relações intergovernamentais; e c) emergência de um federalismo coercitivo. Para o caso do Brasil, em termos de políticas públicas sociais de saúde e assistência social, deve - se definir melhores formas de *accountability*, especialmente na função estadual de apoio à municipalização dos serviços, pois é pouco visível dentro do todo.

Quanto ao federalismo executivo, a autora confirma a predominância do Poder Executivo na gestão e na normatização no âmbito dos sistemas; contudo, os fóruns de participação sociais, tais como as Conferências e os Conselhos, e a participação do Legislativo na definição das diretrizes mais amplas, por meio de emendas constitucionais e legislação infraconstitucional, reduzem o insulamento dos municípios. Sobre o federalismo coercitivo, a autora destaca que a existência de negociação intergovernamental, tanto na saúde quanto na assistência social, afasta a hipótese de uma coerção centralizadora.

Sobre o federalismo e política pública de saúde, é consenso quando há alguns aspectos dessa relação. Autores como France (2002a, 2002b), Banting; Corbett (2002), Arretche (2002), Franzese; Abrucio (2009) e Lima (2012)

destacam alguns aspectos em comum em suas análises. Inicialmente, aponta-se para o fato de que as principais características do federalismo impactaram na implementação dos Estados do Bem-Estar Social e, conseqüentemente, nas políticas públicas nacionais de saúde em vários continentes; também limitaram a dinâmica de expansão desses, e alterações em suas características principais nas décadas de 1980 e 1990, que foram marcadas pela expansão da ideologia neoliberal.

Banting; Corbett (2002, p. 28) explicam como todos os governos do mundo lidam com as políticas públicas de saúde,

En los países federales, estos retos se cumplen a través de instituciones políticas que quieren la participación y cooperación de los niveles de gobierno en el diseño y rediseño de la política de salud, agregando otro nivel de complejidad a la administración de políticas de salud.

Sobre a capacidade de resistência das políticas nacionais de saúde em Estados federativos contra as tentativas de alterações adversas de suas características principais, os autores, analisando a participação relativa dos gastos públicos e privados em países da OCDE, entre as décadas de 1960 e 1990, indicam que:

los estados federales no restringieron la participación pública durante 1980 y 1990 tan dramáticamente como los estados no federales. Una interpretación de este patrón es que la complejidad de la toma de decisiones en los estados federales significa que tienen - den a reaccionar más lentamente a las condiciones nuevas que los estados no federales. (BANTING; CORBERTT, 2002, p. 28).

Lima (2012, p. 2), mais especificamente, acrescenta:

é preciso considerar os elementos que permeiam a implantação de políticas públicas em contextos federativos [...] Sob regimes democráticos, o desenho institucional das federações garante a repartição do poder do estado, de modo que diferentes esferas de governo possam participar do processo político e defender seus direitos originários [...] Nesses casos, a implantação de sistemas nacionais de saúde como o SUS supõe o entendimento entre autoridades políticas dotadas de vários tipos de poder e legitimidade, que agregam e empregam recursos diversos, envolvendo relações de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos com projetos frequentemente divergentes na disputa política.

Nesse contexto, as instituições, por si sós, não explicam a dinâmica e os resultados, por isso é importante entender as relações entre o Estado nacional e os entes federados e as instâncias de coordenação federativa da política de saúde e regulamentação federal. É por esse motivo que é preciso entender a origem e as formas de financiamento dos diferentes aspectos das políticas de saúde e as capacidades e disponibilidades de recursos humanos, financeiros e tecnológicos, bem como analisar a relação entre o setor público-privado no interior da rede.

2.2 Neoinstitucionalismo

O neoinstitucionalismo, longe de ser uma corrente unitária dentro das Ciências Sociais, segundo Marques (1997), agrupa um conjunto de matrizes disciplinares diferenciadas. Desta forma, vários analistas dessas áreas distintas fazem suas pesquisas partindo do princípio de que as instituições (regras formais e informais) que regulam as interações dos atores individuais e coletivos determinam os resultados do “jogo político” (PERES, 2008, p. 145). Então, instituições são variáveis que explicam o fenômeno e as demais variáveis são secundárias na explicação da dinâmica das políticas. Estas, por sua vez, devem ser compreendidas a partir da mensuração de “efeitos” que as instituições políticas e/ou sociais têm sobre as demais variáveis, bem como sobre o comportamento e escolhas dos indivíduos, grupos e/ou classes. Assim, a partir dessa premissa comum “determinação institucional”, é possível encontrar uma variedade de abordagens neoinstitucionais.

O neoinstitucionalismo retomou as instituições como objeto central de investigação política, devido ao fato de que aquelas, de alguma maneira, moldam ou condicionam o comportamento dos indivíduos, seja por constrangimento ou por meio de restrições. À medida que uma parte dos neoinstitucionalistas retoma as instituições como objeto de análise, outros buscam abordagem com maior precisão conceitual e definições que facilitem o máximo possível o tratamento empírico dos dados. Peres (2007, p. 64) destaca esses aspectos comuns a todos os neoinstitucionalistas, na proporção em que julgam que as instituições são fatores de constrangimento/restrrição e de moldagem/estruturação das ações, uma vez, que impõe limites aos cursos de

ação possíveis e estabelecem escala de racionalidade desses atores. Assim a tendência é que as instituições modelem/estruturem as preferências. .

Nesse contexto, independente da perspectiva de análise (sociológica ou da ciência política), as escolhas tornam-se como unidade de análise. Na primeira perspectiva as variáveis explicativas serão exógenas à própria decisão, enquanto que na segunda o processo será endógeno ao processo decisório. Em ambos os casos, estabelece-se que, num primeiro momento, as instituições agem exteriormente, restringendo/restringindo os indivíduos e em um momento posterior, moldando/estruturando as preferências. Isso ocorre devido a um processo de interiorização/conhecimento das instituições, que ocorrem com o tempo, como cursos possíveis de ação; de tal modo, pode-se afirmar que, de fato, as instituições estão institucionalizadas.

É com essa perspectiva que, a partir de meados dos anos de 1970, as instituições retornam ao centro das análises e torna-se variável a explicativa do comportamento e do processo decisório político. A ideia que serve de núcleo para a análise acerca dos fenômenos políticos no neoinstitucionalismo é sintetizada por Peres (2007, p. 65).

Os atores respondem estratégica ou moralmente a um conjunto de regras formais ou informais que são circunscritas às instituições. Estas, moldam, condicionam ou induzem os atores a agirem e a decidirem de determinada maneira e acabam, assim, explicando grande parte do que ocorre na dinâmica da política.

No âmbito da Ciência Política, o neoinstitucionalismo da Escolha Racional surgiu da observação de um intrigante paradoxo: entre exatidão dos postulados da escolha racional e a dificuldade de reunir maiorias estáveis para votar leis no Congresso Norte Americano. Arrow (1951) retomou esse paradoxo e aprofundou seu “teorema da possibilidade” de forma que trouxe para o processo político a necessidade de se considerar outras variáveis que não apenas o mero comportamento dos atores. Esse autor mostrou que não existe mecanismo de escolha racional capaz de agregar preferências individuais e assim criar uma preferência coletiva que seja racional. Ou seja, a racionalidade individual não produz racionalidade coletiva, mas gera, instabilidade coletiva, conduzindo a irracionalidade do ponto de vista social.

Uma vez analisado o “Teorema da Impossibilidade de Arrow”, os cientistas políticos perceberam a necessidade de considerar uma variável fundamental que pudesse garantir a estabilidade nas decisões, tratam-se das regras, que estruturam o processo decisório e são responsáveis não apenas pela estabilidade das decisões, mas também pelas escolhas. As instituições, neste contexto, são as variáveis explicativas centrais das tomadas de decisão, inclusive para explicar o próprio comportamento dos atores (OSTROM, 1991; IMMERGUT, 1998)

Destarte os pressupostos comportamentais, a série de dilemas de ação coletiva, o papel da interação estratégica dos atores envolvidos em determinada situação política ou econômica e a origem das instituições, calçadas em acordos voluntários entre interessados, são algumas características estabelecidas pela teoria neoinstitucionalista da escolha racionais. Nestes contextos identificam-se os atores, as arenas nas quais eles atuam, os interesses dos atores envolvidos e as estruturas de estímulo e punições.

Um ponto importante dentro de um contexto mais geral são as definições de ação racional que consideram como base a proposição de Tsebelis: “A racionalidade [...] nada mais é que uma correspondência ótima entre fins e meios” (TSEBELIS, 1998, p. 33). Essa proposição, relação meios/fins, é o ponto para o qual toda teoria da escolha racional converge. Isso justifica o fato de que a ação racional se dá pela minimização dos custos do meio em relação ao retorno dos fins.

Autores importantes na construção da teoria da escolha racional, como Elster (1994) e Boudon (2003) e Tsebelis (1998), apresentam ideias diferenciadas sobre essa concepção de fins. Para Elster (1994), não há necessariamente um fim que possa se sujeitar, ele próprio, à análise racional, torna o meio eficiente; o autor cita alguns casos nos quais o fim torna o meio ineficiente Elster (1994, p. 48 - 49). Boudon (2003) cita que os fins ótimos, bem como as crenças que os embasam, são individuais; neste sentido, seria incompatível porque um comportamento pode ser racional de acordo com um determinado sistema de crenças e não com outro. E Tsebelis (1998) comenta, a partir do conceito de múltiplas arenas, que em uma arena a ação, na soma total dos *payoffs*, pode ser o fim ótimo e em outra pode ser não-ótimo. Desta

forma, é comum que cada autor trabalhe com uma definição particular de racionalidade. Então, parte-se do pressuposto de que o critério de eficiência é externo aos sujeitos e que a racionalidade é universal e inquestionável, pois os problemas são contornados, ora restringindo o escopo de análise, ora inserindo hipóteses *ad hoc*.

Na Teoria da Escolha Racional, o critério da eficiência objetiva ser universal. Desta forma, indivíduos diferentes, mas racionais, devem tomar as mesmas decisões. Como Tsebelis (1998, p. 55) notou, para a escolha racional, “o entendimento depende da aplicação de regras estritas de comportamento otimizador sob certas coerções”

O primeiro pressuposto comportamental destacado pelos teóricos da Escolha Racional é que os atores envolvidos em certa ação possuem um conjunto de preferências e, portanto, comportam-se de forma utilitarista para maximizar suas satisfações, usando por isso alto nível de cálculo estratégico. Dessas interações, cujo objetivo é maximizar seus níveis de satisfação, ocorre um resultado sub ótimo (em termos parettiano) para a coletividade; a esse fenômeno dá-se o nome de Dilema da Ação Coletiva.

A interação estratégica dos atores, por sua vez, é o que condiciona cada ator, que não é determinado por forças históricas impessoais, mas por cálculo estratégico de custo-benefício. Os cálculos consideram as possibilidades e os prováveis comportamentos dos atores envolvidos. Neste sentido, o papel do ator individual já imerso no sistema político tem, muitas vezes, pressupostos nem sempre verificados em trabalhos empíricos, especialmente porque nem sempre os atores têm plenitude de informação e agem buscando otimizar suas preferências, e, portanto, desconsideram fatores históricos, as crenças, as ideais que os moveram e influenciaram.

Os mais recentes estudos realizados por essa corrente destacam a influência das instituições nos comportamentos dos atores, de modo a serem apresentadas duas concepções distintas. A primeira que considera a instituição como restrição exógena aos comportamentos e estratégias, como um roteiro que influencia as sequências de ações dos atores e os efeitos resultantes dessas escolhas. Apesar da escolha ser a unidade de análise e, neste caso, ser endógena ao processo decisório, as instituições agem exteriormente constroem e restringindo os indivíduos. A segunda concepção considera as

regras do jogo como dadas pelos jogadores (atores) e refletem a vontade deles de interagir com os demais, segundo padrões específicos.

Em síntese, essa linha apóia - se essencialmente na racionalidade que orienta os agentes políticos e indivíduos na maior parte das ações políticas, bem como nas estratégias adotadas por eles. Nesse contexto, as instituições interagem com as preferências pré-estabelecidas, levando-as até à finalidade, dentro da escala de utilidade, ou seja, o processo de sociabilização e a formação das preferências não são importantes.

Uma vez feitas as sínteses do neoinstitucionalismo racional, especialmente as mais conhecidas e divulgadas, cabe destacar que a teoria usada considera que:

a) As regras das organizações subjacentes à produção de políticas públicas impactam no poder dos atores sobre decisões no momento de pactuação, formulação e implementação das mesmas; ou seja, regras formais e práticas informais de vários tipos estabelecem e delimitam as escolhas dos atores ou mesmo condicionam suas preferências;

b) Depois, essas políticas públicas podem ser afetadas por regras gerais e específicas de cada política, no caso da saúde, a política pública, por regras relacionadas a instituições governamentais, estrutura estatal, normas que orientam o Estado e a sociedade, além de serem moldadas por regras específicas de caráter formal da saúde ou práticas normalmente adotadas no setor;

c) Sobre os atores, sua posição e escolhas podem variar de acordo com a função desempenhada na estrutura.

Como relação ao neoinstitucionalismo e políticas públicas, Souza (2006) enfatiza a importância das instituições/regras para decisões, formulações e implantação de políticas públicas. Assim, além de os indivíduos ou grupos influenciarem a política pública, evidencia-se também a importância das regras formais e informais que regem as instituições e ainda a luta pelo poder e por recursos entre os grupos sociais como o cerne da formulação da política pública. Essa luta é mediada por instituições que direcionam as políticas públicas no sentido de privilegiar alguns grupos em detrimento de outros, embora as instituições sozinhas não desempenhem todos os papéis.

Neste sentido, Souza (2006) destaca que a contribuição da escolha racional ocorre pelo questionamento de dois pontos importantes: o primeiro está relacionado ao fato de que escolhas individuais agregadas geram ação coletiva, fator contestado por Olson (1965), que promoveu o maior ataque às possibilidades de se desenhar a partir da cooperação e negociação políticas que afetem interesses coletivos e bens públicos. Para esse autor, os interesses comuns podem resultar em *free riding* ao invés de ação coletiva. O segundo ponto está relacionado ao fato de que a ação coletiva, necessariamente, produz um bem coletivo (ARROW, 1951 apud SOUZA, 2006).

A distribuição de bens coletivos na formulação da escolha racional necessita de incentivos seletivos para diminuir sua captura por grupos ou interesses por pessoas analistas (OSTROM, 1999 apud SOUZA, 2006).

A visão teórica da escolha racional de que o processo decisório sobre a política pública resulta apenas de barganha negociada entre indivíduos que buscam seu autointeresse, é contestada pela visão de que interesses são mobilizados não só pelo autointeresse, mas também por processo institucionais de socialização, por novas ideias e por processos gerados pela história. Neste caso, os decisores agem e se organizam de acordo com as regras e práticas socialmente constituídas e conhecidas antecipadamente e aceitas.

Quando se trata do problema da implementação de políticas públicas nacionais num contexto federativo, o compartilhamento das responsabilidades e recursos depende da estrutura de pactuação entre entes de governo autônomos. Machado (2009) destaca os efeitos distributivos das regras e os procedimentos adotados que poderiam impactar na inteligibilidade à produção de determinado equilíbrio, e esclarece que a sobreposição de interesses de entes de uma esfera sobre os de outra, ou ainda dos interesses de parte dos entes numa mesma esfera de governo, seria o resultado substantivo de um jogo estratégico e, portanto, a proximidade ou afastamento do ótimo seria um atributo ocasional desse equilíbrio resultante, e não necessariamente dos custos de transação das barganhas entre entes locais ou de incentivos desenhados pelo governo central.

2.3 Interpretações sobre Instituições e Barganhas Assimétricas

Entender o conceito de Instituição torna-se primordial, uma vez que, segundo Souza (2012), ela influencia os resultados das políticas públicas, além de tornar o curso de certas políticas mais fáceis que outras. Suas regras redefinem as alternativas políticas e mudam a posição dos atores. Conforme comentado anteriormente, a concepção que prevalece é de que as instituições interagem com as preferências pré-estabelecidas, permitindo transição, destas em relação aos objetos, segundo uma escala de utilidades. Assim, o problema se direciona a um processo de tomada de decisão, a partir de preferências dadas e circunscritas por arranjo institucional.

No primeiro momento, as instituições seriam exógenas constringendo/restringindo e limitando, portanto, as preferências dos indivíduos, e a longo prazo permitiria interiorização e/ou conhecimento, moldando e/ou estruturando as ações e preferências dos indivíduos. Nesta fase, ocorre o processo de institucionalização da instituição.

Partindo da preocupação com o *desempenho*, Douglass North define instituições de forma bastante objetiva. Ao representarem a *estrutura de incentivos*, elas são *imposições* formais e informais da economia. Ao serem *imposições* criadas pelos seres humanos, acabam limitando suas interações (NORTH, 1998, 1991). As instituições são, também, *restrições* que *moldam as escolhas individuais*; são criação dos seres humanos que objetivam reduzir a incerteza em relação ao futuro e garantir um ambiente estável aos investimentos e à lucratividade do capital. Elas provêm de informações transmitidas socialmente e são parte da nossa cultura, pois interferem na forma como interpretamos o ambiente. Por isso, elas influenciam na conduta dos indivíduos e das organizações (NORTH, 2003). Outro aspecto também importante registrado pelo autor é a forma como as instituições evoluem e representam as regras do jogo: as empresas ou organizações são jogadoras.

O conceito de Instituição defendido por Douglas North é bastante abrangente, pois converge tanto com o trabalho clássico de Coase (1937), que explica a existência da empresa pelo custo da utilização do mercado e de transação, como com o trabalho de Williamson (1999), que além de considerar

os custos de transação, aborda com maior profundidade aspectos internos à organização da firma.

Segundo North (2003), a complexidade do ambiente humano formado pelas limitações cognitivas dos agentes ou mudanças contínuas, causa incertezas que promovem o surgimento dos custos de transação. Desta forma, fazem-se necessárias normas formais e informais para amenizar a incerteza dos investimentos. Essa matriz institucional determina o surgimento das organizações, com perfil econômico, social e/ou político, que ao interagirem entre si, determinam os custos de produção. As firmas, ao trabalharem com recursos, tecnologias específicas e utilizarem o sistema de mercado, interagem com instituições, definindo os custos de transação (GALA, 2003). Essa dinâmica define o desempenho econômico e a mudança institucional. Nesse contexto, tem-se um conceito abrangente de instituição; contudo, em nenhum momento é considerado o efeito distributivo dela associado a múltiplos equilíbrios numa estratégia de negociação.

O ponto comum ao entendimento sobre o surgimento de instituições sociais é que a indução de equilíbrios por instituições decorre da interação entre agentes sobre as mesmas regras, e ainda do fato de se reconhecerem aos demais como tais. Associado a isso, ao fixarem padrões de comportamento, afetam o cálculo de agentes racionais na avaliação das escolhas estratégicas. O ponto de desacordo entre as teorias sociais está associado aos fatores que provocam o surgimento das instituições e a difusão no universo social. Sobre o surgimento das instituições sociais, as teorias evolucionistas e funcionalistas concebem instituições como regras que surgem espontaneamente enquanto produto *não intencional* de repetidas interações, e que são selecionadas e disseminadas por imitações repetidas, sendo selecionadas e determinadas na proporção em que as necessidades coletivas sejam satisfeitas. As teorias contratuais de inspiração neoclássica enfatizam que as instituições surgem como formas que apresentam maiores níveis de utilidade agregada, e, portanto, são disseminadas e selecionadas diante do comportamento do mercado, uma vez que apresentam eficiência superior às formas vigentes.

Knight (1998) comenta que as razões para o aparecimento e disseminação das instituições focam seus impactos sobre as satisfações

funcionais e/ou de benefícios agregados, mas em nenhum momento aborda que os mecanismos de seleção e disseminação são compatíveis com a premissa da racionalidade dos agentes envolvidos. Uma pergunta fica no ar: como esses agentes priorizam benefícios coletivos em detrimento de benefícios individuais? Para fins desta tese, este é um ponto importante que, mais à frente, será apresentado, especialmente a partir da concepção de Scharpf (1997), pois trata - se de um dos objetivos específicos da mesma.

Para este trabalho, é importante destacar a concepção de Knight (1998) sobre Instituições, e essa baseia - se em dois aspectos centrais:

- 1- Instituições são um conjunto de regras que estruturam interações entre agentes, de uma forma particular;
- 2- Assim, portanto, estas regras devem ser de conhecimento comum entre os envolvidos.

Knight (1998, p. 98) afirma que:

The model starts from the following premise about the role of institutions in social life: institutions are rules that structure social interactions in ways that allow social actors to gain the benefits of joint activity. The process of institutional development culminates in the establishment of one of these rules as the common institutional form in community.

Como consequência imediata, têm-se a necessidade de os atores manterem suas escolhas, de forma a incorporar os benefícios conjuntos; o desafio é encontrar uma maneira de produzir resultados de equilíbrio dinâmico às relações de poder, pois neste modelo a instituição social é uma regra de ação que permite a combinações entre equilíbrio e estratégia/tática. Desta forma, pode ocorrer **coerção**, que uma tática ou estratégia cujo elemento central é a ameaça ou a manifestação de trazer prejuízo aos oponentes. A ameaça é uma tentativa de evitar o uso da punição, essas podem ser verbais ou regras formais, que tem sua efetividade afetada pelo nível de descentralização.

Como exemplo, o autor usa um modelo simples de teoria dos jogos apresentados na figura 1 abaixo.

Figura 1 - Modelo teórico de jogo.

		Jogador 2	
		X	Y
Jogador 1	X	a_1, a_2	b_1, b_2
	Y	b_1, b_2	a_1, a_2

Fonte: Knight (1989, p. 127).

O autor estabelece que, inicialmente, os retornos do modelo simples de jogo com dois jogadores 1 e 2 tem duas opções de escolha X e Y. Essas opções apresentam quatro possibilidades de resultados que podem ser caracterizados por combinações estratégicas (X, X); (X,Y); (Y,X); (Y,Y); esses *payoffs* são caracterizados pelas variáveis a e b. Se $a_{1,2} > b_{1,2}$, e além disso existem dois equilíbrios de *Nash*² no jogo. O problema estratégico para os jogadores consiste no fato de que, sem mais informação sobre o jogo, eles não sabem em qual estratégia de equilíbrio devem focar suas escolhas estratégicas, se X ou Y.

Com esse modelo simples, Knight (1998) ilustra as características que as interações sociais apresentam. As instituições têm consequências distributivas distintas, ou seja, elas afetam a distribuição dos benefícios das atividades conjuntas, deslocando o foco dos efeitos agregados para os benefícios dos atores sociais individuais. O autor destaca ainda que, em alguns eventos, regras institucionais são criadas por elas; em outros, essas regras emergirão como consequência, não intencional, na busca das vantagens estratégicas. O resultado substantivo é o objetivo/fim; o desenvolvimento de regras institucionais é um meio para atingir este objetivo/fim.

A barganha proposta por Knight (1998) como base para explicar a emergência descentralizada das instituições sociais, é apresentada como um mecanismo de seleção entre as possíveis alternativas institucionais, bem como o desenvolvimento institucional é uma competição entre os atores para

² Em 1950, John Nash propôs um princípio simples, mas importante, que consiste na ideia básica, de que na ausência de uma estratégia dominante, os jogadores usem estratégias que creem ser as melhores respostas entre si.

estruturarem resultados para aqueles equilíbrios mais favoráveis a eles. Como em todo processo de barganha, existem alguns fatores que distinguem os atores e influenciam os resultados da barganha em favor de uma das partes, trata-se do poder de Barganha (BACHRACH; LAWER, 1981; RAIFFA, 1982). Para esses autores, na Barganha distributiva, os produtos das partes são negativamente correlacionados, o que pode implicar em grandes custos.

Knight (1998) identifica as assimetrias de propriedade de recursos em uma sociedade como fator responsável por explicar a solução da negociação entre instituições sociais. Ele destaca que a assimetria na propriedade de recursos afeta as disposições dos atores racionais autointeressados em aceitar as demandas de negociação dos outros atores sociais. Ela é, portanto, uma medida *ex-ante* do poder de barganha desses atores em interação social. A questão relevante, para o autor, é entender que fator fará um ator social aceitar o compromisso de outro ator social em função de seus objetivos particulares. A ideia principal envolve a relação entre os recursos disponíveis e as atitudes em relação ao risco (de não cumprir os contratos); desta forma, há uma relação direta entre a propriedade dos recursos e a aceitação do risco e uma relação negativa entre a propriedade e a aversão ao risco.

Na teoria da barganha, entende-se que o jogador que tiver maior poder receberá a maior parcela dos benefícios da negociação (SMITH, 1982; OSBORNE; RUBINSTEIN 1990). Retomando o exemplo de jogo da figura 1: Se $a_1 > a_2$ o equilíbrio será (X, X); $a_2 > a_1$ no ponto de equilíbrio (Y, Y) e $b_1 > b_2$. Nestas condições, os custos de não coordenação são maiores para o jogador 2 que para o jogador 1. Se o jogador 1 é capaz de comunicar ao jogador 2 que ele vai escolher X independente do que o 2 fizer, existe um bom motivo para esse jogador acreditar na informação dada pelo jogador 1, a **credibilidade**, e então neste caso o jogador 2 responde escolhendo X. Para Knight (1989), isso é explicado pela relação positiva entre a propriedade de recursos e aceitação do risco e relação negativa entre propriedade e aversão ao risco. Desta forma, quanto maior a diferença entre os recursos dos atores, mais forte deve ser a relação entre os custos de não coordenação e atitudes de risco.

A ênfase dada na assimetria de propriedade de recursos justifica as muitas interações sociais: os atores sociais sofrem custos significativos por falta de coordenação dos resultados de equilíbrio, mas esses custos são

diferenciados. Quando os atores sociais têm consciência dessas diferenças, elas podem influenciar na credibilidade de certas estratégias, e, desta forma, aqueles que têm menos alternativas ou menos benefícios aceitaram o compromisso daquele que tem mais poder. Isso justifica o fato das assimetrias de recursos, pois em uma sociedade, ter o poder de influenciar significa a escolha de alternativa de equilíbrio.

A partir de uma série de interações em busca de possíveis equilíbrios, ocorre a generalização das regras e a substituição de negociações individuais por compromisso daqueles que gozam de uma vantagem relativa em recursos. Por meio do ajuste de estratégias, melhores resultados serão buscados considerando, contudo, seu compromisso com os outros. O ajuste de estratégia continuará até alcançar o equilíbrio.

A abordagem de barganha enfatiza pontos de equilíbrio diferentes, conforme visto no exemplo dado por Knight (1998), que em sua teoria desenvolve uma explicação de emergência institucional que identifica os efeitos distributivos das instituições sociais, e enfatiza as formas pelas quais os benefícios das atividades conjuntas são distribuídos. A assimetria de propriedade de recurso entre atores sociais envolvidos em iterações repetidas é um destaque na negociação.

A partir de interesses individuais, os atores racionais, mais preocupados em buscar retornos elevados, selecionam as instituições sociais mais favoráveis. Assim, quanto maiores as diferenças nesses valores, mais provável que a abordagem de barganha propicie a melhor explicação da emergência institucional. Desta forma, as diferenças simétricas, tanto nas consequências distributivas das regras informais, como na propriedade dos recursos em uma sociedade, explicam as barganhas.

Uma vez entendidos os aspectos apresentados por Knight (1998) sobre as razões para o aparecimento e disseminação das instituições sociais, é importante explicar em que medida os mecanismos de seleção e disseminação são compatíveis com a hipótese de racionalidade dos agentes que permitem ou possibilitam essa relação entre suas escolhas pessoais e o macrossocial.

Scharpf (1997) percebe barganhas entre agentes sociais sob duas dimensões distintas e simultâneas: a de produção e/ou criação de valores e a distribuição de Valores e/ou seu compartilhamento. O objetivo da primeira é

que a associação entre as partes permite produção conjunta de valores positivos e, na segunda, ocorre a distribuição desses entre os agentes. Neste contexto, Barganhas são interações para capturar e dividir valores. Contudo, um aspecto nem sempre percebido é que a segunda dimensão pode determinar o sucesso ou insucesso da produção, uma vez que a criação de valor será impedida, a menos que seja assegurada a partilha de valores aceitáveis aos jogadores.

Ao descrever as duas dimensões, Scharpf (1997) destaca que o Teorema de Coase³ postula que os negociadores adotarão isoquantas⁴ de bem-estar, mais afastadas possível da origem em que o bem-estar será maior; contudo, os acordos podem ser criados a partir de esforços conjuntos envolvidos. Isso significa explorar quadrantes nos quais há atração mútua e também zonas de conflito, em que apenas um negociador ganhará. Neste caso, a negociação só será possível se o negociador tiver certeza que se beneficiará no processo. Desta forma, não se pode afirmar que os atores são indiferentes aos resultados do processo de negociação, se os mesmos buscam a estratégia que maximiza as utilidades⁵ agregadas de ambos.

Para exemplificar o argumento, Scharpf (1997) usa um exemplo gráfico de possível negociação com vistas à produção de utilidades entre as partes envolvidas e sobre determinadas regras institucionais. Atores buscam resultados que melhor satisfazem seus interesses, considerando todos os possíveis resultados das interações. Neste caso, a figura mostra que a partir do “ponto de desacordo” (NA), o Intervalo (A a B) será o local geográfico em que as utilidades dos dois jogadores são representadas por valores positivos e, portanto, será a “zona e atração comum”. Os quadrantes a noroeste e sudeste

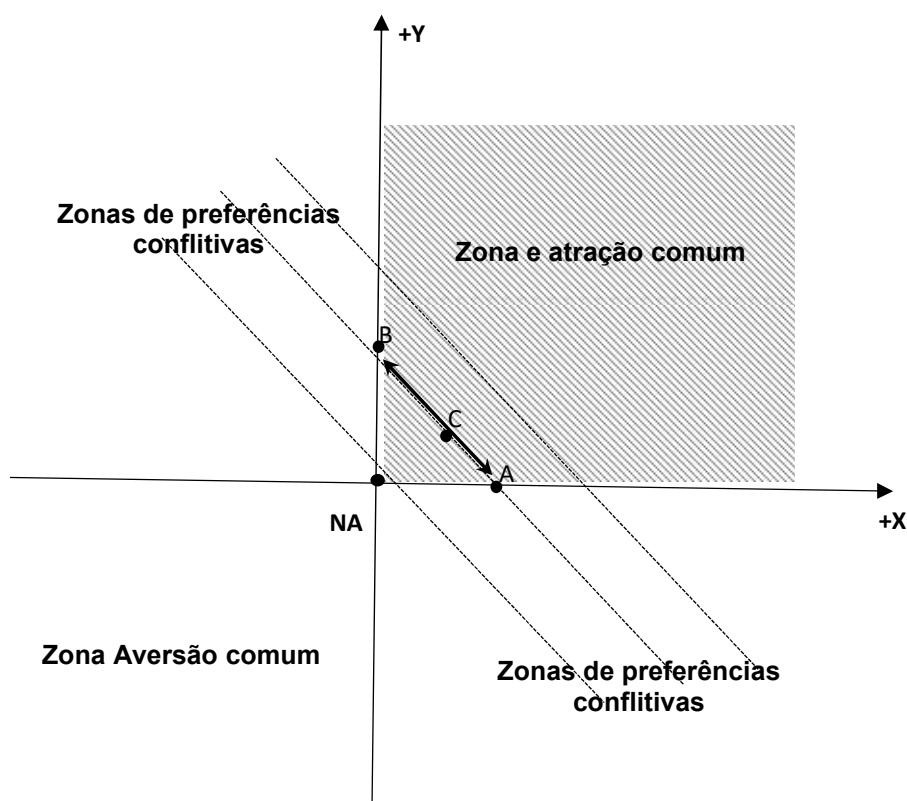
³ A Teoria dos Jogos convencionais considera apenas um processo de negociação justo, mas não um processo de bem-estar. No Teorema de Coase, o autor presume, em vez disso, que as partes devem considerar a fronteira do bem-estar (isto é a maior isoquanta disponível) e que nesse nível de bem-estar a distribuição deve ser justa.

⁴ É uma palavra grega que significa mesma quantidade, resultante da composição de outras duas palavras gregas: isso = mesma e quanta = quantidade. A definição econômica considera como um lugar geométrico de todas as combinações de (X; Y) para os quais os níveis de retornos são constantes. Sobre o ponto de vista geométrico, é o contorno ou a curva e um nível e função para certo nível de produção. Um conjunto de isoquantas forma um mapa de isoquantas.

⁵ Visão de racionalidade puramente econômica, pela qual os agentes se apresentam com autointeresse.

de (NA) são considerados “zonas de preferências conflitivas”, pois os agentes se propõem a maximizar suas preferências em detrimento do prejuízo do outro. Ou seja, fora da “zona de atração” não há acordo possível entre as partes, e é exatamente no ponto C, deste intervalo, que o acordo será considerado justo.

Figura 2 - Conflito sobre Distribuição.



Fonte: Scharpf (1997, p. 123).

Na proposta feita por Scharpf (1997) e Knight (1998; 1995), as assimetrias de recursos entre os agentes sociais em barganha são fatores condicionantes para convergência em direção a um equilíbrio específico, e ainda:

In other words, negotiated solutions will reproduce the existing distribution of advantages and disadvantages: they are not a tool for realizing concepts of distributive justice that depend on redistribution (SCHARPF, 1997, p. 123).

Scharpf (1997) ilustra essa propriedade, quando os dois agentes sociais X e Y anteriormente apresentados, envolve-se em barganha para a produção

de utilidade. A distribuição prévia de recursos pode interferir na convergência dos resultados a partir de escolhas estratégicas para o equilíbrio.

O Modelo apresentado supõe informação completa e incompleta. Na condição de informação completa, os jogadores conhecem as estratégias uns dos outros, e dessa forma apresentam condições sobre as quais os agentes racionais aceitariam convergir para um múltiplo equilíbrio com agregação assimétrica de utilidades.

A incorporação da variável assimetria de informação torna mais sofisticada a forma de explicar a margem de variação de possível barganha devido à possibilidade de *iludir* quanto à atratividade dos possíveis resultados.

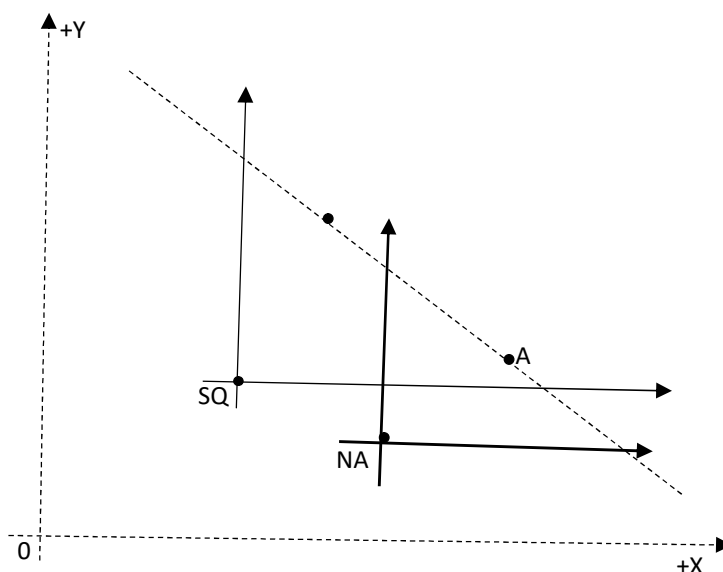
Conforme exposto, dois agentes X e Y se envolvem numa negociação para a produção de utilidades, conforme apresentado na Figura abaixo, considerando as seguintes definições:

O ponto 0 apresenta uma situação hipotética de igualdade de **posse** de recursos ou utilidade;

O ponto SQ (*status quo*) representa uma situação de distribuição antes do processo de barganha, esse é ponto nuclear do modelo;

O ponto NA representa a distribuição de utilidades entre agentes no caso de fracasso das barganhas.

Figura 3 - Pontos de referência de justiça distributiva: zero, status quo ou não acordo.



Fonte: Scharpf (1997, p. 123).

Os fatores que podem conferir poder de barganha, **com informação completa**, diferenciando os agentes para X, por exemplo, são:

a) Detendo mais utilidade que Y no ponto SQ, no *status quo*, num primeiro momento, daria condição para que esse concordasse em migrar para o ponto A, com ganhos proporcionalmente maiores que Y;

b) Ainda que Y considere aceitável sua posição em SQ, no segundo momento, uma possibilidade de se localizar no ponto NA poderia lhe forçar a convergir para o ponto A. A distribuição de utilidade para os negociadores diante da possibilidade de fracasso nas negociações corresponde ao eixo SQ no eixo Y.

Para o caso de informação incompleta, ou de assimetria informacional, uma escolha do ponto A pode ser justificada pela possibilidade de falsear as informações.

Um mecanismo de barganha assimétrica citado por Scharpf (1997) é encontrado em Richard Ermeson (1962), quando esse autor propõe a identificação de diferentes níveis de dependência dos agentes em relação aos recursos ofertados pelo interlocutor, e desta forma, de diferentes acessos a fontes alternativas para obter recursos. Assim X e Y seriam assimétricos na proporção da dependência distinta um do outro, e a dependência de X, por exemplo, em Y é a base do poder de Y sobre X, já que Y controla os recursos de que X necessita. Desta forma, nota-se que a dependência é uma característica da relação entre dois atores, e ainda se X tiver uma relação com Z, é possível que X tenha poder sobre Z por causa da dependência Z em relação a Y.

Knight (1989), por meio de um jogo básico de barganha, apresenta a distribuição entre agentes sobre o insucesso do processo de barganha, ou no ponto que é estabelecido como ponto-chave para o resultado de uma barganha social "NA". Na condição de dois jogadores A e B, apresenta as posições de direita (Right) e esquerda (Left). Sob a condição de $\Delta A, B < x$, os resultados L,L e R,R não se constituem em equilíbrio devido à utilidade de todos os jogadores serem inferiores à estratégia L, R ou R, L. Os *payoffs*, cujos jogadores receberiam diante do insucesso da negociação, seriam L,L e R,R. O ϵ representa as vantagens distributivas acrescida a um dos agentes a cada um

dos possíveis equilíbrios L,R ou R, L de forma que o principal objetivo seria ignorar seus ganhos.

O êxito do jogador está associado à sua capacidade de constranger o outro jogador de que a oferta de barganha é o melhor negócio a ser feito. Uma das formas de fazê-lo é comprometer-se com a estratégia que poderia levar-lhe ao melhor equilíbrio distributivo. Isso é possível porque o processo de barganha caracteriza-se pela oferta e contraoferta; as sucessivas rodadas de interação permitem que os atores adotem comportamentos convergentes dada a otimização dos recursos, aproximando-os do esperado para os mesmos.

Figura 4 - Jogo básico da barganha.

		Jogador (B)	
		L (left)	R (right)
Jogador (A)	L (left)	$\Delta A, \Delta B$	$x, x + \epsilon B$
	R (right)	$x, x + \epsilon A$	$\Delta A, \Delta B$

Fonte: Knight (1989, p. 129).

No desenrolar dos processos de barganha, os jogadores podem se beneficiar de forma antecipada do compromisso com a ação, o que dependeria da **credibilidade** do compromisso assumido. Para que os jogadores sejam críveis, segundo Knight (1989), são necessárias duas fontes: a primeira delas é o pré-compromisso; e a segunda e mais poderosa é fundamentada no poder de barganha relativo dos atores. Neste contexto, as possibilidades de resultados poderiam estar condicionadas a:

Se $\Delta A = \Delta B$, então a $U_A = U_B$ dos jogadores, condição de colapso das negociações;

Se $\Delta A > \Delta B$ e/ou $\Delta B > \Delta A$, os jogadores apresentam $U_A \neq U_B$, condição de poder assimétrico. Neste caso, diante de condições e posições diferentes ante ao colapso de barganha, exige-se que a credibilidade de pré-compromisso

não seja simétrica e que não ocorra aversão a risco e haja prorrogação do processo de Barganha.

A Teoria da Barganha Assimétrica propõe pontos-chave no mecanismo de convergência das escolhas dos agentes sociais para um contexto de equilíbrio, dentre tantas outras possibilidades, permitindo consistência com a racionalidade estreita possibilitando, portanto, explicações da busca pelo ótimo social e autointeresse, considerando os efeitos distributivos e a motivação que provocam sobre os mais favorecidos a conservação de equilíbrios, mesmo em condições subótimas.

Este capítulo considerou o federalismo transversal ao Instituto do Pacto e para tanto o analisou dentro do contexto de redemocratização do Brasil a partir da nova constituição de 1988, que aumentaram as expectativas dos governos locais em relação ao ganho de autonomia, e permitiu a inserção dos municípios no rol dos entes federados e que somado ao processo de descentralização político-administrativa, deu um formato totalmente novo ao pacto federativo brasileiro.

O grau de autonomia desses entes, associado à redução do Estado, permite que políticas convivam com tensões, e por isso precisam enfrentar a necessidade da constituição de um pacto para serem realizadas. Neste contexto, discutiu-se sobre o surgimento de novas possibilidades cooperativas entre municípios e estados, mas também obstáculos políticos à articulação intergovernamental, e iniciou-se um debate sobre o federalismo e políticas de bem-estar.

No capítulo também foi apresentado aspectos importantes sobre instituições e capacidade distributiva das mesmas de estruturarem interações entre agentes, bem como, a necessidade de terem conhecimento comum no jogo e as estratégias usadas nas sucessivas interações que poderão permitir ajuste na busca de melhores resultados, considerando o compromisso com os outros.

3 GESTÃO LOCAL DE UMA POLÍTICA NACIONAL

Este capítulo aborda aspectos históricos responsáveis pela conformação da atual arena da política do SUS para a União, estado e municípios, que em termos de ideário social foi conformada pela Constituição Federal de 1988. Nesse novo contexto, teve que atender as demandas nacionais abrangentes, dentro de um conjunto limitado de recursos, com baixa formação qualificada e fragilidade de gestão.

A municipalização apresenta-se como estratégia para lidar com a autonomia e responsabilização dos municípios e ao mesmo tempo alcançar tais objetivos constitucionais, resultando em municípios competitivos e efeitos danosos na oferta de serviços; daí a necessidade à indução de Pactos para amenizar a escassez da oferta e atender a demanda nacional. Constrói-se, assim, um contexto no qual se sobrepõe uma arena de oferta de serviço com objetivos universalizantes, equitativos e integrais estabelecidos pela Constituição em 1988, que é constantemente perpassada por outra arena política de interesses e barganhas intensas.

Assim apresenta a conformação do SUS, destacando a importância e a capacidade legal para atingir esses objetivos dentro de um contexto de autonomia municipal e, ao mesmo tempo, a tentativa de manter o território coeso quanto à oferta de serviços. Neste capítulo, mantém – se o foco no SUS e no caminho que este percorreu para conformação de uma arena menos fragmentada, que objetiva a cooperação entre entes federados autônomos e que entende nesta alternativa a possibilidade de atender os objetivos constitucionais.

Ele também apresenta tópicos que objetivam apresentar a arena em termos de região e necessariamente do estado, bem como mostrar a estrutura do Sistema Único de Saúde no território, expondo o contexto no qual ocorre a pactuação entre municípios ofertantes (m_o) e demandantes (m_d) de ações e serviços de saúde de média e alta complexidade. Essa exposição permitirá entender as mudanças do SUS no território amazônico, bem como as assimetrias e as condições para atingir o ótimo social.

Apresentam-se as dificuldades apontadas por outros estudos sobre a Amazônia, especialmente porque, segundo Oliveira (2008) e Viana et al.(2010),

até 2003 todas as políticas de saúde para região foram pontuais e pouco dedicaram-se na redução das iniquidades, criando situações de centralização da rede de média e alta complexidade e condições para abrigar barganhas assimétricas dentro do processo de pactuação nas CIR. O segundo tópico abordará o estado do Pará como reflexo das políticas desenvolvidas para Amazônia, bem como todas as demais condições que circundam o Instituto do Pacto, por isso, descreve-se a arena de pactuação e atores.

3.1 Múltiplos sistemas e um Sistema Único

A implementação das políticas sociais no Brasil ocorreu em contextos autoritários - períodos de 1930 a 1945 e o regime militar em 1964 - permitindo fortes consequências sobre suas características. No contexto de 1930, as políticas sociais estavam embasadas mais pela ideia de mérito, via participação no mercado de trabalho, do que por qualquer noção de necessidade. O sistema social vigente tinha no Estado a responsabilidade pelo financiamento, definição dos benefícios e controle da dinâmica das políticas sociais. O padrão de proteção social era caracterizado pela forte centralização no governo federal, por processos fechados de decisão, gestão centralizada em grandes burocracias, fragmentação institucional e pela iniquidade do ponto de vista da distribuição dos serviços e benefícios (ALMEIDA, 1995).

O primeiro processo de reformas iniciou-se com a redemocratização do país, nas décadas de 1980 e 1990; elas objetivaram correções das distorções do sistema de proteção social estabelecido durante os regimes autoritários de forma que as políticas sociais se tornassem instrumento de combate à desigualdade social, equidade social e fortalecimento da democracia social.

A Constituição Federal de 1988 representou esse primeiro ciclo de reforma nas políticas sociais, redefinindo o arranjo federativo brasileiro. O processo de transferência de capacidade decisória, contendo as funções e os recursos do governo federal, para os estados e municípios foi lento e complexo. Nos anos de 1990, um novo ciclo de reforma buscou aumentar a eficiência e eficácia do Estado no campo das políticas sociais (MELO, 2005).

Esse novo ciclo de reforma, que foi inicialmente implementado no primeiro governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-1998), teve

como ponto de partida o sistema de proteção social da década de 1980, além das recentes reformas nas áreas de saneamento, habitação, educação, saúde e previdência, objetivando alterações políticas herdadas do período militar. Nesse contexto, as diretrizes giravam em torno de descentralização, avaliação, democratização da informação e participação social. Embora avançando a diferentes velocidades, observou-se a redefinição de atribuições e competências na área social, que modificou radicalmente o padrão centralizado, característico do formato anteriormente constituído para o Sistema de Proteção Social.

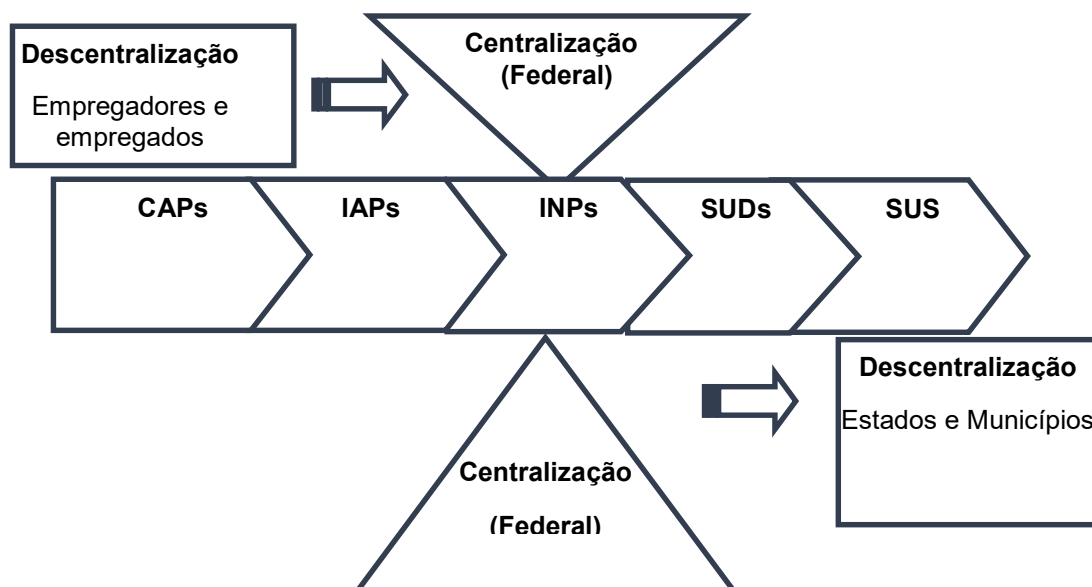
As inovações ficaram por conta de novos parâmetros para alocação de recursos e dos procedimentos competitivos para seleção de projetos. Independente do critério de julgamento teórico ou político, esse processo de descentralização foi realizado dentro de condições municipais heterogêneas e com capacidades de gestão dos mesmos completamente diferentes.

No âmbito setorial, entende-se que além de fatores externos citados acima, elementos internos ao setor de saúde criaram condições amplas para políticas públicas pactuadas. Desta forma, destacam-se como elementos facilitadores na construção dessa política: a estruturação do modelo de atenção; a criação de instâncias de decisão; e o estabelecimento da Programação Pactuada Integrada.

No período anterior à Constituição de 1988, o modelo de assistência médica previdenciária apresentava características de caráter seletivo, pois excluía muitos segmentos da população do acesso à assistência médica; desta forma, o acesso aos serviços era condicionado a fatores que iam desde os geográficos até os econômicos e que, em sua maioria, tratavam apenas parcialmente os problemas de saúde, pois voltavam - se para práticas curativas, especialmente aquelas mais especializadas ou desenvolvidas. Desta forma, as políticas voltadas para a vigilância epidemiológica, controle sanitário e de ações programáticas em saúde eram atribuições do Ministério da Saúde e órgãos da administração indireta vinculados.

A Lei 6.229/1975, que dispunha sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde e sobre a oferta de serviço, apresenta uma relação unidirecional e centralizada de fraca articulação e, na maioria das vezes, de desarticulação entre a União, estado e municípios.

Figura 5 - Gestão das Políticas Públicas de Saúde.



Fonte: Construído pela própria autora, 2017.

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), afirmou os atributos finalísticos estabelecidos na Constituição de 1988 e ao apresentar características de rede única de atenção e serviço de saúde e a estruturação do modelo de atenção, permitiu a formação de pactos entre os entes autônomos. Neste momento, se estabelece a formação do ótimo social, portanto, um objetivo de conquistas coletivas baseado em princípios constitucionais que foram confirmados passou a nortear a oferta de serviços na área da saúde.

Coube à formação do SUS uma profunda reforma setorial no sentido de superar a irracionalidade do gasto em saúde. Em um quadro de absoluta fragmentação institucional, ocorreu a unificação de entidades autárquicas, unidades e serviços voltados para a cura e para a prevenção, para indivíduos e para comunidades como um todo, e a partir deste instante passou para um comando único em cada esfera de governo.

A estrutura de oferta de serviços em rede permitiu a distribuição para estados e municípios, com a inclusão de todos os níveis de complexidade com características de serviços integrais e integrados, organizados em todo o território nacional com direção de gestão única⁶ em cada esfera federativa exercida pelo Ministério da Saúde e Secretarias de 26 estados, uma no Distrito Federal e em 5.565 municípios brasileiros.

Cada atributo estabelecido pela Constituição de 1988 e ratificado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990, estrutura e sintetiza os três princípios: a universalidade, igualdade e integralidade. A busca pela universalidade implica, inicialmente, em remoção de barreira de qualquer natureza de acesso ao serviço de saúde. A igualdade expressa relação de equivalência entre todos diante das garantias concedidas pelo Estado; quanto à saúde e à integralidade da atenção, implicam em integrar e coordenar as ações em suas dimensões individuais e coletivas, preventivas e curativas, programáveis e de urgência.

Viana e Dal Poz (2003) defendem políticas focalistas dentro do universalismo, e apresentam experiências bem-sucedidas com associação pela atenção dirigida a áreas e populações de risco a partir do princípio do SUS. Eles afirmam que universalidade e ação focal podem ser incluídas. Com a universalidade, o sistema de saúde brasileiro prescreve o rompimento do padrão anterior de políticas públicas segmentadas, para que se torne público, universal, e igualitário, e se realize como uma política inclusiva.

Para Werneck; Faria; Campos (2009), a Constituição “estabelece um sistema universal de seguridade social, universal e integrado, o que tem implicações simbólicas e práticas.

[...] as implicações simbólicas podem ser resumidas na vinculação da proteção social ao conceito de cidadania positivada; as implicações práticas decorrem do princípio do financiamento compartilhado de benefícios contributivos e não contributivos (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009, p. 6).

Sobre a equidade, Starfield (2002) comenta, inicialmente, sobre a diferença entre os termos igualdade e equidade e detalha que o alcance da

⁶ É o Art. 9º da Constituição, cujo principal objetivo é evitar o fracionamento das funções de saúde em uma mesma esfera, como ocorreu no passado.

igualdade na saúde exige que as iniquidades sistemáticas nos determinantes da saúde sejam reduzidas; contudo, os meios de conquistá-la podem exigir estratégias diferentes de abordagem em diferentes grupos sociais. Já a equidade na oferta de recursos considera as decisões a respeito dos níveis de recursos disponibilizados a cada subgrupo da população para reduzir as desigualdades sistemáticas na condição de saúde de grupos sociais diferenciados.

Para Pinheiro; Ferla; Silva Júnior (2007, p. 343), a integralidade “[...] é o eixo organizativo de práticas de gestão das ações, que tem na garantia do acesso aos níveis de atenção mais complexos seu principal desafio”. Segundo Starfield (2002), a integralidade tem como base a variedade disponível de serviços, que atendem tanto as necessidades gerais quanto as específicas da população, e, portanto, é um artifício que permite a adequação dos serviços às demandas populacionais.

Para Carvalho (2001), as NOB's tiveram como objetivos: induzir e estimular mudanças no SUS; definir objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais; regular as relações entre seus gestores; e normatizar o SUS. Indiscutivelmente, houve um significativo avanço no processo de descentralização da Rede de Saúde. Num contexto de tentativa e erro típico do complexo processo político e institucional já mencionado, bem como de aprendizado das três instâncias federativas, as alternativas oferecidas a estados e municípios foram várias.

A Norma Operacional Básica 01/1993⁷ (NOB) estabeleceu o novo modelo de pactuação do federalismo a partir da definição de Gestão Plena da Atenção Básica, Plena do Sistema Municipal e Plena do Sistema Estadual, e a condição de gestão - incipiente, parcial e semiplena - promovia repasses de recursos fundo a fundo aos municípios, necessariamente na condição da oferta de serviços. O processo de habilitação dos municípios não considerava as relações horizontais que estes pudessem desenvolver uns com os outros. Desta forma, a relação mantinha-se entre município e governo federal, esvaziando-se a função do estado.

⁷ Disposta na Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993 (BRASIL, 1993).

Arretche (2002) comenta que neste período foram estabelecidas as instituições formais, ou regras do SUS, que definiram os mecanismos pelos quais diferentes interessados nessa política pudessem influir na formulação e na implementação da política pública de saúde no Brasil.

Esse modelo consolidou também o papel dos conselhos e dos fóruns de negociação e decisão, que também impulsionaram a adoção da Política de Pactuação (BRASIL, 1993). A criação das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), neste período de municipalismo radical dentro de uma perspectiva de federalismo autárquico e predatório, conduziu a grande fragmentação da rede de atenção e consequente transgressão dos princípios ótimos.

A perspectiva era que esses espaços de negociações e pactuações dos municípios pudessem propiciar maior compromisso no atendimento das demandas regionais, e se mantivessem em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, garantindo o direito à saúde da população local.

A Norma Operacional Básica 01/1996 reconheceu o nível de atomização dos serviços de saúde e a partir da criação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) como instrumento de organização do sistema permitiu maior integração entre os municípios.

A inserção da Programação Pactuada Integrada (PPI), instituída pela NOB de 96 (BRASIL, 1996)⁸, como elemento para integrar o planejamento, constituiu-se no instrumento para reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo.

Os municípios passaram a elaborar a PPI, submetendo - a à aprovação do Conselho Municipal de Saúde e ao Estado, para homogeneização e incorporação de suas responsabilidades diretas mediante negociação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), constituindo um espaço permanente de discussão, decisão e afirmação de compromisso intergestores.

A NOB 01/96 redefiniu o papel de cada esfera de governo em única direção: os instrumentos gerenciais, para que municípios e estados superassem o papel exclusivo de prestadores de serviço e assumissem seus

⁸ Disposta na Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996 (BRASIL, 1996).

respectivos papéis de gestores; dos mecanismos e os fluxos de financiamento; das práticas do acompanhamento, dos centrados no faturamento de serviços produzidos, valorizando os resultados provindos de programações com critérios epidemiológicos e do desempenho com qualidade; os vínculos dos serviços com os usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários para que ocorra efetiva participação e controle social (BRASIL, 1996).

Apesar de ter havido avanços no processo de descentralização para as unidades federativas, a complexidade das relações entre a União e as instâncias subnacionais, estados e municípios, bem como entre eles, marcou, de modo adverso, todo o processo de implantação da rede de atendimento até os dias atuais. Isso está associado, em princípio, aos meios usados pelo Ministério da Saúde para induzir a descentralização por meio da ampla utilização de numerosas, extensas e complexas portarias.

Mendes (2011) observa que o avanço decorrente da descentralização pela municipalização autárquica, como radicalização do processo de descentralização, teve como consequência a inserção de inúmeros atores em cena, envolvidos: na formulação e execução das ações; na democratização do setor; na expansão da cobertura assistencial; e no êxito no controle de doenças evitáveis. Portanto, essa forma de descentralizar gerou problemas inquestionáveis; e ainda para alcançar uma forma superior de gestão, deveria se instituir no município o maior número de serviços de saúde possível. O autor segue ainda afirmando que esse incentivo, na realidade federativa do Brasil, teve como impacto uma extrema fragmentação dos serviços de saúde, implicando em deseconomia de escala e de escopo e a baixa qualidade de serviços ofertados pela desobediência de certos princípios fundantes das Redes de Atenção à Saúde (RAS's).

Além da fragmentação do setor, destaca-se também o número elevado de atores que surgiram para desenvolver a política pública de saúde. Nesse contexto, o Ministério da Saúde se destacou como a principal arena decisória e de formulação de política nacional e tornou-se, portanto, o ator mais poderoso dentro desta arena. Arretche (2005) comentou sobre as diversas disputas políticas que passaram as Normas Operacionais Básicas, os desafios trazidos pelo novo modelo assistencial e as limitações das Secretarias Estaduais de

Saúde no planejamento e a organização, impondo barreiras de acesso a usuários de municípios.

3.2 Da lógica da municipalização à lógica da regionalização

A dificuldade de pensar o serviço de saúde, de forma regionalizada, além dos imperativos da racionalidade econômica, motivou, em 2001, a edição da NOAS (BRASIL, 2001, 2002), em substituição às NOBs. A NOAS "promove maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, instituindo a regionalização como macroestratégia de reorganização assistencial" (MERCADANTE, 2002, p. 254).

A NOAS 2001 (BRASIL, 2001), revisada pela NOAS 2002 (BRASIL, 2002), ocupou com a integração e coordenação regional; a gestão evoluiu da lógica da municipalização para regionalização, com serviços hierarquizados em níveis crescentes de resolubilidade. O Ministério da Saúde afirmou, em 2004:

Os aspectos nucleares da NOAS não se efetivaram ou só aconteceram parcialmente. Dentre eles, podem ser destacados os seguintes impasses: falta de iniciativa pela qualificação das microrregiões de saúde; pouco interesse dos municípios pela habilitação em gestão plena do sistema municipal; fragilidade dos espaços de negociação e planejamento regional; excesso de instrumentos normativos (PDR, PPI, PDI, Termo de compromisso etc.); discordâncias em relação ao papel das esferas de governo; discordâncias em relação à forma de alocação dos recursos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004, p. 98).

Para Tervisan e Junqueira (2007), a NOAS objetivou ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica e aumentara responsabilidade (o poder) das Secretarias Estaduais de Saúde na gestão do SUS, especialmente quanto aos subsistemas de pré-pagamento dos serviços ofertados. Além disso, implicou no reconhecimento formal dos efeitos negativos estabelecidos pela fragmentação do SUS a partir do municipalismo autárquico especialmente sobre os princípios finalísticos anteriormente citados. Os autores seguem afirmando que restaurar, pelo menos, o princípio de igualdade e integralidade do acesso era o principal objetivo da NOAS.

O complexo aparato institucional montado em cada unidade da federação possibilitou aos municípios construírem suas regiões de saúde e coordenarem a alocação de recursos para prover o acesso à atenção de média e alta complexidade. A Pactuação Regional na qual foram estabelecidos compromissos entre si, instituiu municípios ofertantes (m_o) e demandantes (m_d) de serviços, que atendiam os usuários encaminhados pelos municípios referenciados, importadores, e os de referência, exportadores.

O processo de mudança institucional implantado a partir da NOAS apoiou-se, basicamente, sobre três componentes descritos abaixo.

O primeiro foi a vinculação da habilitação dos estados à elaboração prévia de um Plano Diretor de Regionalização. Esse plano foi entendido como um instrumento de planejamento responsável pelo recorte territorial em regiões ou macrorregiões de saúde, subdividindo-as em microrregiões e por fim, em módulos assistenciais que poderiam corresponder a um grupo de municípios ou um único município, que seriam vinculados a níveis de resolubilidade crescente para redes assistenciais regionais.

Para os módulos que estabeleciam nível de oferta de um elenco mínimo de procedimentos de média complexidade, definidos pela própria NOAS, era a imputação de responsabilidade pelo nível de atenção a todos os municípios habilitados; isso considerava a necessidade de garantir resolubilidade para um determinado grupo de patologias e agravos considerados estratégicos, bem como aspectos ligados à economia de escala na produção dos mesmos (QUEIROZ, 2004).

Nos níveis de microrregiões e regiões, deveriam ofertar resolubilidade para os demais elencos de procedimentos de média complexidade e para os procedimentos de alta complexidade. Teoricamente, qualquer cidadão, portanto, independentemente de seu município ou região de residência, poderia transitar entre quaisquer níveis de complexidade assistencial, ao longo das redes regionalizadas, a partir dos encaminhamentos intermunicipais.

O processo de construção do Plano Diretor de Regionalização (PDR) passou a ser um dos pontos mais importantes dessa normatização. Este documento, desenvolvido pela instância estadual, com apoio dos municípios, deveria prever a divisão territorial, o diagnóstico dos principais problemas de saúde, a construção de módulos assistenciais que dessem conta do primeiro

nível de assistência de média complexidade, fluxos de referência entre diferentes níveis e Plano Diretor de Investimento (PDI) (MACHADO, 2009). Além da perspectiva de um PDR pelo qual se organizassem as referências micro e macrorregionais, destaca-se a implantação da NOAS 2001/2002, pois em alguns estados brasileiros não foi suficiente a efetivação da Regionalização, criando necessidade de novas discussões, negociações e direcionamentos.

Mendes e Silva (2007, p. 50) destacam algumas razões pelas quais a regionalização é importante. Segundo eles, a conjunção do espaço subestadual com o espaço supramunicipal: cria a possibilidade de uma cooperação mais próxima e mais concreta entre a Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde:

[...], ao realizar uma transição da regionalização “político-administrativa” para uma “funcional-assistencial”; cria uma base territorial permanente para as PPI’s e permite, a partir da cooperação, ajustar a oferta de pela redução, reduzindo a pressão da demanda por serviços localizados nos polos; [...] cria uma endogenia microrregional; fortalece o papel regulatório das Secretarias Estaduais de Saúde; substitui uma atitude de competição intermunicipal, própria da municipalização autárquica, pela cooperação intermunicipal [...].

Queiroz (2004) entendeu que a NOAS permitiu visualizar que os conflitos na organização dos sistemas regionais de saúde não estavam restritos à fase de formulação, persistindo dificuldades para promover a articulação entre os entes federativos e era, deste modo, necessário implantar instrumentos de cooperação e estabelecer regiões de saúde capazes de superar o isolamento político e institucional da quase totalidade dos municípios do país.

O segundo componente foi o fortalecimento da capacidade gestora do SUS nos estados e municípios por meio da consolidação das funções de planejamento e programação pactuada. Assim, a estratégia era que o processo de programação e alocação de recursos na PPI se desse em conformidade com as definições do PDR, de tal forma que os municípios constituídos como sede de módulo e polos microrregionais, regionais ou macrorregionais recebessem transferências financeiras automáticas, para média ou para média

e alta complexidade, respectivamente. Além dessa pactuação, estados e municípios deveriam organizar as funções de gestão subsequentes ao planejamento e programação – controle, regulação do acesso assistencial e avaliação – de forma coerente com as mesmas.

Neste caso específico, contava-se que a proposta de ação coordenada envolveria agentes com capacidade de constituir seus pactos e administrá-los permanentemente de forma cooperativa. Portanto, a partilha de compromissos e recursos no âmbito de cada unidade da Federação seria objeto de uma pactuação coordenada pelo gestor estadual na CIB. Depois, para garantir o acesso aos diversos níveis de complexidade, ela assumiu a importância da regulação do acesso assistencial de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada (BRASIL, 2002), que deveria integrar a rede assistencial em todos os níveis e etapas do processo de assistência. Ela foi definida para estabelecer a organização e a garantia de acesso em tempo oportuno, permitindo a oferta da melhor alternativa e otimização de recursos.

Segundo Guerreiro e Branco (2011), a escassez de recursos e todas as outras características deveriam estimular a formação de pactos de gestão, pela necessidade de se compartilhar a responsabilidade entre as distintas esferas de governo, que contribuíram para a consolidação do SUS e de seus princípios. Os autores comentam ainda que os pactos de gestão se relacionam à política de descentralização, à medida que implicam a divisão de responsabilidades com a cooperação técnica e financeira entre as esferas de poder, associadas ao incentivo à transparência pública e à participação da população.

Daí a importância dos fóruns de negociação e pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite que funcionam como estruturas de negociação, planejamento e decisão intergestores, permitindo a cooperação entre as esferas de governo necessária ao fortalecimento da capacidade gestora do SUS. Nos pactos da saúde, essas Comissões atuam como espaços de discussão e negociação para a deliberação das diretrizes e dos compromissos estabelecidos entre as esferas de governo.

O terceiro componente foi a revisão dos critérios para habilitação dos estados e municípios, adequando a realidade da proposta da NOAS, fator necessário, uma vez que a implantação das normas operacionais no âmbito do

Ministério da Saúde ocorria por adesão, observando a autonomia política e administrativa dos entes federados nas esferas subnacionais.

É importante destacar que ela trouxe à pauta a regulação assistencial como estratégia de intermediação do acesso aos serviços de saúde e a garantia dos fluxos intermunicipais considerando o processo de regionalização e hierarquização. Desta forma, ela exigiu dos gestores do SUS nova postura frente à necessidade de controle e avaliação das ações de saúde, bem como o reconhecimento da capacidade de oferta, o cadastramento do mesmo, a condução a contratualização, o cadastramento do serviço, a condução de contratualização, o acompanhamento do faturamento, a quantidade e qualidade de serviço prestado em seu território.

A regulação exerce uma importante função para o fortalecimento da oferta de serviço e da gestão e pode promover a equidade de acesso, a integralidade da assistência e o ajuste da oferta assistencial disponível a necessidade do uso de forma ordenada, equânime, oportuna e racional.

Segundo Rodrigues (2003), na NOAS 01/02, a regulação da referência intermunicipal atribuiu essa responsabilidade ao estado, cabendo aos municípios que tivesse esse serviço em sua jurisdição que fossem responsáveis pela organização dos mesmos, visando o comando único, e em caso de o município não ser assegurado de Gestão Plena do Sistema, a tarefa permanece realizada pela burocracia estatal e os fluxos da PPI deveriam estabelecer condição para essa ação.

Em síntese, a NOAS foi uma somatória dos pactos firmados entre as esferas municipais autônomas com a intermediação estadual, a partir de um processo de programação coordenada, considerando parâmetros de cobertura de serviços de média e alta complexidade, bem como limites orçamentários fixados na esfera federal. Este último fator, por sinal, apresentou problemas por conta de restrições orçamentárias na esfera federal, que promoveram defasagem acumulada dos valores constantes na tabela de procedimentos do SUS frente aos praticados no mercado.

Sobre a implementação da NOAS, vale destacar a demora de boa parte dos municípios no processo de adesão ou habilitação, especialmente pela falta de preparo dos mesmos, tanto físico quanto administrativo. Isso destaca a importância de acompanhamento e apoio técnico pelo Ministério da Saúde, por

meio do Departamento de Ações Descentralizadas (DAD). Esse aspecto, aparentemente secundário, é importante na medida em que aponta para o fato de que, mais que fazer uso exclusivamente dos incentivos financeiros embutidos no desenho institucional da NOAS, o governo federal atuou de forma substantiva no sentido de construir a viabilidade técnica para sua implantação, procurando baixar os *custos de implantação* da NOAS para os estados e municípios.

A dificuldade no cumprimento dos pactos estabelecidos entre os entes federados sugere um problema ainda mais grave, que é a superação da fragmentação dos sistemas municipais de saúde encontrados sob o municipalismo autárquico. O requisito para que os sistemas regionais sejam constituídos persistiria de modo a obstaculizar a realização da equidade e integralidade do acesso aos bens e serviços de saúde.

Andrade (2004) comenta que a Noas apresentava restrições por conta de práticas fragmentadas de negociação e de transferências de recursos financeiros por produção ou através de projetos verticalizados e/ou individuais,

Ao acessar esse conjunto de informações sobre a descentralização do SUS, Solla (2006) aborda a redução das desigualdades regionais visto que estas iniciativas institucionais e legais estão voltadas para: criar as condições de viabilização do direito à saúde; as Leis Orgânicas da Saúde (nº. 8.080/906 e nº 8.142/907) e as Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91, 01/93 e 01/96); bem como, os esforços sobre com a NOA (01/2002) e a implementação dos instrumentos de gestão, incluindo a Programação Pactuada Integrada (PPI) e a descentralização da Vigilância Sanitária e da Vigilância em Saúde.

Com o avanço a partir de 2003, já que todos os estados do Brasil passaram a ter gestão plena, a extensão dos reajustes dos valores das consultas médicas especializadas aos prestadores públicos também foi uma conquista. Isso impactou no aumento de procedimentos pelo setor. O autor usa dados para expor a evolução do SUS, inclusive reduzindo as desigualdades regionais.

Essas mesmas análises documentais permitiram que o autor identificasse as limitações para o sistema de pactuação. Nesse contexto, consideram-se os beneficiamentos do setor privado destacado, que os privilegiam no preço do serviço e influenciam na oferta do mesmo. O

beneficiamento político e o baixo controle social, bem como a heterogeneidade dos conselhos quanto à instância de pactuação, permitem uma relação desigual entre gestores, e esferas de gestão, por induzir decisões privilegiadas para os gestores estaduais. A ausência de gestão mais solidária do sistema, com corresponsabilidade entre as esferas do governo, acabou impactando em intensa competição entre os mesmos, e pelo fim do sistema de financiamento do processo de renegociação dos tetos de média e alta complexidade sem acompanhamento do Ministério da Saúde.

A descentralização do SUS permitiu, indiscutivelmente, a expansão da cobertura de serviços e recursos públicos provenientes dos governos subnacionais. Contudo, foi incapaz de resolver as imensas desigualdades regionais de acesso, de investimento na pública em saúde, e não conduziu à integração dos serviços, instituições e práticas no território e o aumento e/ou formação de arranjos cooperativos na saúde.

Contudo, ressalta-se que as características das instâncias municipais no federalismo brasileiro aumentam as tensões entre o tipo de descentralização pretendido e a proposta de sistema da saúde. Wagner (2006) ressaltou essa contradição, quando observou o sentido contrário da lógica da descentralização e a lógica de sistema.

Em contrapartida, alguns trabalhos relatam que as estruturas estatais e as relações intergovernamentais no país não conseguiram acompanhar à risca os ideais descentralizadores estabelecidos na constituinte, e destacam o processo de centralização financeira do Estado, o exercício continuado da regulação fiscal e um papel decisivo na formulação de políticas como o maior responsável pela produção combinada de centralização estatal federal com políticas setoriais descentralizadoras e sempre tiveram na dependência da indução federal.

A esta altura, cabe destacar que a capacidade normativa do governo federal se afirmou sobre as esferas subnacionais no processo de ajuste fiscal e renegociação das dívidas dos Estados e mais fortemente com a Lei de Responsabilidade Fiscal, o que produziu um enfraquecimento da esfera estadual, com influência sobre a capacidade dos Estados de formular políticas públicas de natureza mais autônoma e de recorte supramunicipal.

Já em 2003, se debatia a necessidade de se estabelecer uma relação solidária e cooperativa entre os entes federados. Em documentos do Ministério da Saúde, de 2005, percebeu-se convergência quanto a esse tema, que foi, por sua vez, incorporado à Portaria nº 399/2006 (BRASIL, 2006b), que instituiu o Pacto de Gestão. O termo *solidário* aparece muitas vezes nesta Portaria; ele foi também utilizado e formalizado muitas vezes pelas representações dos secretários estaduais, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e dos municipais, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). A Portaria destaca, em seu anexo, as Responsabilidades na Regionalização: "Todo município deve [...] contribuir para a constituição e o fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa assumindo assim os compromissos pactuados". (BRASIL, 2006b).

Machado (2009) faz uma análise sobre a predisposição dos atores, de no contexto de NOAS/2002 alterarem sua predisposição a cooperar, e reconhece que os instrumentos de gestão implementados trouxeram inovação para a gestão do SUS. Contudo, a execução dos pactos intermunicipais se mostrou mais complexa daquilo que foi inicialmente imaginado. Também comenta que após a NOA 01/2002, os municípios tornaram-se agentes de barganha negociando as partilhas de recursos destinados à alta e média complexidade. Aqueles que eram exportadores mantiveram o controle do processo de autorização para acesso a serviços sediados em seu território, se habilitados em GPSM, e gozavam de prerrogativas de gerir recursos financeiros transferidos mensalmente para atendimento à sua população; no caso dos importadores, o autor observou redução da demanda por procedimentos de média e alta complexidade em benefício indireto do "exportador", consciente de sua desvantagem na negociação e da necessidade de se cumprir os pactos. Seu interesse passou a ser o de transferir os encargos da assistência à saúde ao município de referência.

O Autor também cita a defasagem da tabela de negociação e depois as limitações do processo regulatório assistencial como fatores exógenos ao funcionamento de regras importantes na definição do jogo.

A substituição das Normas Operacionais (NOB/NOAS) pelo *Pacto pela Saúde*, em 2006, mantém a regionalização como eixo estruturante da descentralização. O Pacto pela Saúde surgiu como um novo instrumento de

gestão compartilhada do SUS, deixando de existir as habilidades propostas pelas NOB's, porém ainda permanecem as “caixinhas” dos programas, dentro dos blocos de financiamento (SANTOS; ANDRADE, 2007).

Ele propõe uma reforma institucional pactuada entre as três esferas de gestão, incluindo as três dimensões: *Pacto pela Vida*, *Pacto pela Gestão* e *Pacto em defesa do SUS*. O Pacto busca promover inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca pela equidade social (BRASIL, 2006).

O “pacto de gestão” acelera a cooperação técnica entre a União e estados porque permite induzir políticas de saúde no município. Este é o ponto essencial: facilitar a articulação, regulação e aporte de conhecimentos técnicos e científicos, nos locais mais necessários. Não é processo simples, nem avesso a resistências. Mas os riscos às ações coordenadas de saúde, razão de ser do SUS, exigem a percepção, no atual momento, de que o “pacto de gestão” é passo obrigatório para oferta mais consistente de acesso à saúde.

O Pacto pela Saúde objetiva a aproximação entre o território (a regionalização) e as diretrizes da política de saúde, buscando fortalecer a negociação e a pactuação intergovernamental nos processos de organização político-territorial do SUS. Os principais componentes organizacionais deste novo ciclo apontam para esse fortalecimento territorial, dentre os quais destacam-se: (I) o reforço da regionalização; (II) a extinção do processo de habilitação para os estados e municípios; (III) a instituição do “Termo de Compromisso de Gestão, Federal, Estadual, do DF e Municipal, como documento de formalização deste Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão”; (IV) a instituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGR); (V) a manutenção do Plano Diretor de Regionalização (PDR), do Plano Diretor de Investimento (PDI) e da Programação Integrada (PPI).

A organização do SUS estabelecida em Regiões de Saúde pelo Decreto nº 7.508/11 (BRASIL, 2011) destaca que estas deveriam ser instituídas pelo Estado em articulação com os seus municípios e que, portanto, deveriam representar um espaço privilegiado de gestão compartilhada da rede de ações e serviços de saúde, tendo como objetivos: garantir o acesso resolutivo e de

qualidade à rede de saúde; constituir-se de ações e serviços de atenção primária; vigilância à saúde; atenção psicossocial; urgência e emergência; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; efetivar o processo de descentralização com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os entes federados; e reduzir as desigualdades loco-regionais, por meio da conjugação interfederativa de recursos.

Para tanto, é necessário que neste novo ciclo sejam superadas as contradições entre integralidade da atenção à saúde e a autonomia dos entes federativos. Santos (2011) comenta que essa superação dar-se-á a partir da transformação do SUS em um sistema interfederativo e, para tanto, é necessário alinhar um conjunto de instrumentos do novo ciclo. Ainda que a rede interfederativa se caracterize pela necessidade de haver no SUS, “gestão” intergovernamental, a gestão compartilhada, planejamento integrado e financiamento Tripartite. A organização de entes autônomos em rede permite a integralidade da assistência, pois permite alteração no formato do relacionamento e esses entes passam a discutir sem hierarquia os interesses e as realidades locais, diversidades culturais, econômicas e sociais dos territórios superando a dicotomia entre a administração e a política.

A regionalização apresenta um papel importante nesse processo especialmente porque pode a partir de relações interfederativas estabelecer responsabilidades claras para cada ente federado, de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais explícito quem deve fazer o quê, acaba sendo o aspecto mais complexo.

A autonomia político-administrativa dos Estados e dos municípios no interior da Rede de Atenção é considerada um dos maiores obstáculos do contínuo esforço de negociação, da pactuação, da renegociação e repactuação em busca dos princípios estabelecidos para o sistema. Além disso, como determinado na normatização pertinente, nos fóruns de negociação desses pactos as decisões são obrigatoriamente tomadas por consenso, o que na organização da rede é essencial para minimizar os conflitos federativos. Por esta razão, isso se reflete de modo muito restrito nas características estruturais e operacionais das redes do SUS.

O *continuum* entre os dispositivos, bem como os avanços obtidos gradativamente (LEVCOVITZ et al., 2001) no longo e complexo processo de

normatização da organização da rede do SUS passa por um novo ciclo desde 2011, com a edição de diversas leis e um decreto que redefinem e regulamentam diversos aspectos e instrumentos dessa organização. Isso é importante porque traz para nível das leis e do decreto aspectos da organização da rede do SUS que estavam, anteriormente, normatizados por portarias do Ministério da Saúde.

Esta nova fase é marcada pela interdependência entre os entes federativos para promover a integralidade do sistema, também é marcada pela assunção explícita da necessidade de padrões nacionais mínimos para os diferentes aspectos das Redes de Atenção à Saúde do SUS, tais como as ações mínimas de saúde a que devem ter direito, de modo universal e equânime e em todo o território nacional; neste caso, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES).

A perspectiva do Ministério da Saúde é que o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) seja o instrumento mais importante na responsabilidade interfederativa, o qual resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos, conforme consta no parágrafo único do artigo 34 do Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011): "O contrato interfederativo será resultado da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT".

O COAP, mesmo sendo pactuado na comissão intergestores, acima de tudo resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos. Portanto, as Comissões Intergestores (Tripartite e Bipartite), nas quais todos os pactos e acordos interfederativos são negociados e sacramentados, são instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos na Bipartite e nas Regionais.

Para Santos (2010, 2011) e Santos; Andrade (2007, 2011), o Decreto nº 7.508/2011 tem por objetivos: I - Superar a contradição entre a necessária integralidade da atenção à saúde e a autonomia dos entes federativos. Para isso, é necessário transformar o SUS em um sistema federativo, alinhando o COAP; organizando os colegiados interfederativos, definição das regiões de saúde; estabelecer a atenção primária como ordenadora da rede SUS; e definir o padrão de Integralidade do SUS nacional que é a relação nacional de ações e serviços de saúde (RENASES); II - Superar a prática de regulamentar, por

meio de portarias, conceitos, objetivos e aspectos organizacionais; III - Dar estabilidade conceitual, jurídica e organizacional no conjunto de componentes, regras e procedimentos da rede do SUS.

Segundo Silva (2013), o processo de municipalização da saúde ocorrido nas últimas décadas fortaleceu a autonomia política dos municípios. O autor investigou se a proposta de racionalizar a estrutura de serviços, por meio da regionalização, seguiu uma lógica mais administrativa; contudo, percebeu a dimensão política do processo se impõe de qualquer maneira, sobretudo nos jogos de poder na defesa de interesses locais.

O contexto do Pacto pela Saúde evidencia mudanças importantes no exercício de poder no interior da política de saúde estadual, que se traduz pela: existência de novos atores (governamentais e não governamentais), objetos, regras e processos, orientados por diferentes concepções e ideologias; relevância das Secretarias de Estado de Saúde (SES) na condução da regionalização com fortalecimento das suas instâncias de representação regional; criação de novas instâncias de coordenação federativa (Comissões Intergestores Regional - CIR); revisão das formas de organização e representatividade dos Conselhos de Representação das Secretarias Municipais de Saúde e das Comissões Intergestores Bipartites (CIB); revisão dos acordos intergovernamentais estabelecidos na descentralização.

Assim, os colegiados interfederativos de âmbito nacional, estadual e municipal podem operacionalizar com tal lógica, pois todos os entes são autônomos entre si e ao mesmo tempo interdependentes. Esses entes deverão ter suas decisões consensuais consubstanciadas em documentos que definem a responsabilidade de todos. Neste sentido, a rede interfederativa é mais ampla que a rede de serviço e, por conseguinte, a primeira comporta em si a rede de serviço em todas as suas formas, o que torna a pactuação um processo continuado.

Como demonstram estudos recentes, diversos são os fatores e a natureza dos fenômenos que condicionam e particularizam as experiências estaduais, influenciando os ritmos e graus de adesão ao Pacto pela Saúde e a implantação dos Colegiados de Gestão Regional (LIMA et al., 2011), bem como os diferentes estágios da regionalização no SUS (ALBUQUERQUE; IOZZI; MELLO, 2011).

No que diz respeito ao antigo processo de habilitação citado, nas Normas Operacionais a adesão ao Pacto é feita por meio da assinatura de Termos de Compromisso de Gestão (TCG) pelos gestores, que devem ser aprovados e homologados nas Comissões Intergestores estadual (CIB) e nacional (CIT). Segundo Solla (2006, p. 343), neste contexto, dá-se [...] o fim do processo cartorial de habilitação e sua substituição pela formalização de termos de compromisso de gestão que definam a responsabilidade sanitária e os compromissos de cada esfera de governo.

Os TCG compreendem atribuições e responsabilidades sanitárias, objetivos e metas de melhoria associados a um conjunto de indicadores voltados para o monitoramento e avaliação do Pacto de Gestão e pela Vida: i) responsabilidades gerais de gestão do SUS; ii) responsabilidades sobre a regionalização; iii) responsabilidades sobre o planejamento e a programação; iv) responsabilidades da regulação, controle, avaliação e auditoria; v) responsabilidades sobre a participação e controle social; vi) responsabilidades sobre a gestão do trabalho; e, vii) responsabilidades na educação em saúde, compõe os sete eixos prioritários do Pacto. O Processo de adesão dos estados deu-se de forma gradual entre o período de 2006-2010, e, portanto, todos estão com seu processo de decisão homologados junto à CIT e publicados em portaria ministerial.

No contexto de pactuação de política, foi conformado o sistema de avaliação de políticas públicas, a partir das premissas norteadoras para a definição do processo de pactuação de indicadores estabelecido pelo Ministério da Saúde, o CONASS e CONASEMS em 2013. Com base nessas premissas, foram definidos de forma Tripartite as Diretrizes, os Objetivos, as Metas e os Indicadores, objetivando fortalecer o Planejamento Integrado do Sistema Único de Saúde e a implantação do COAP.

Vale a ressalva de que as diretrizes estabelecidas para o processo de planejamento no âmbito do SUS, a partir de Portaria do Ministério da Saúde nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013), destacaram a necessidade de um planejamento integrado entre as esferas de gestão, realizado no âmbito regional, partindo do conhecimento das dinâmicas presentes no território e que influenciam na saúde, bem como das necessidades de saúde da população dos municípios da região.

Viana et al (2010), analisam a dinâmica da implantação do pacto nos estados, eles elencam fatores importante que impactaram na implementação do mesmo nos estados e destacam no plano loco-regional, fatores como histórico-estrutural, de ordem política, a qualificação técnico-política da burocracia e os modos de operação e condução das políticas de saúde nos estados. Inicialmente, não estavam claras as relações entre os processos de regionalização e a assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão, que formalizam os acordos intergovernamentais no Pacto. Além disso, os colegiados de Gestão Regional apresentam funcionamento irregular e incipiente em grande parte das regiões, além de não possuírem estrutura e recursos suficientes que permitam o desenvolvimento de parcerias e a resolução de conflitos federativos. Os autores constataram também a possibilidade de desarticulação do planejamento e o processo de pactuação intergovernamental nos estados. De forma geral, as experiências revelam fragilidade nas estratégias e nos instrumentos de planejamento, regulação e financiamento. Portanto, não conseguem apoiar a política pública de saúde regionais em diferentes recortes territoriais.

Em termos de estudos aplicados, a regionalização dos serviços de saúde tem ocupado, nas últimas décadas, o centro do debate da reorganização do SUS, caminho representado no arcabouço normativo do período, com a NOAS, o Pacto pela Saúde e, mais recentemente, o Decreto 7.508 e seus contratos organizativos. A visão regional tem sido fortalecida pela constatação dos limites de acesso e equidade em um sistema de base municipal.

Diante da primazia da regionalização da saúde, Saltman (2007) mostra, a partir da análise de experiências, que a ordem estabelecida está sujeita à constante movimentação das correlações de forças políticas. Vargas et al. (2014) observam que os desafios de regionalização da saúde brasileira têm suas bases em fatores que eles reúnem em quatro categorias de análise que são: Implementação baseada em negociação ao invés de planejamento; responsabilidade dos municípios com baixa capacidade técnica; falhas no planejamento e na coordenação das competências envolvidas; e falta de clareza sobre as regras políticas de Implementação.

Os autores concluem que a implementação da política regional da rede de saúde no Brasil é dificultada pela organização descentralizada do sistema

de saúde ao nível municipal, e sugerem a necessidade de centralizar certas funções nas estruturas regionais ou estados e de definir melhor o papel dos níveis de governo envolvidos. Alguns autores também buscam analisar, de forma teórica, a construção de tipologias das regiões de saúde. Viana et al. (2010), e outros procuram entender a proposta da tipologia de regiões de saúde baseadas no desenvolvimento humano (DUARTE et al., 2015).

Com enfoque regional estatal, Oliveira Neto e Itani (2008) objetivou analisar a experiência do desenvolvimento do modelo de gestão do SUS a partir do Pacto de Gestão, na macrorregião do sul do Espírito Santo, a partir de experiências de Secretários, técnicos municipais e trabalhadores, e buscou compreender as distintas formas de articulação estratégica para consecução dos princípios e diretrizes do sus. Os autores compreendem esse novo modelo de gestão da saúde como um projeto político-social da área, e que sua implantação constitui uma rica experiência de construção.

Os autores destacam a construção do modelo de gestão do SUS, na medida em que compreende um processo de longa duração a ser acompanhado e que envolve um conjunto de variáveis, incluído a forma desigual como se desenvolveu a oferta de saúde e ainda comentam sobre a relevância do estudo à medida que a compreensão do processo envolve a cultura local e regional e a relação com o serviço de saúde.

De fato, o autor preocupa-se em relatar os fatores responsáveis pela formação da Programação Pactuada Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD) e mais tarde a PPI da Vigilância em Saúde (PPI-VS), implementada pela descentralização da Funasa. PPI-ECD consistia em um elenco de indicadores e, também, de metas da Vigilância em Saúde, a ser pactuada e revisada anualmente, objetivando o controle e prevenção das doenças e a redução dos índices de morbi-mortalidade, bem como melhorar a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2001). Ela consegue estabelecer como necessidades e carências para o processo de pactuação: a divulgação, o comprometimento e a formação, tanto do ponto de vista dos municípios como do Estado.

Como condições facilitadoras destacam: dedicação, interesse e envolvimento dos profissionais e técnicos da saúde; evolução e aperfeiçoamento da organização e das equipes de trabalho dos municípios;

boa cobertura de ESF nos municípios; apoio e comprometimento do gestor; oficinas realizadas nas Microrregiões. Como condições dificultadoras: atraso das informações repassadas pelas áreas técnicas do estado; a falta de maior qualificação dos técnicos e gestores municipais; precarização dos vínculos de trabalho dos profissionais técnicos e da ESF; dificuldades na manipulação e acesso de dados dos Sistemas de Informação; a falta de monitoramento dos indicadores durante o ano.

Os participantes registraram como expectativas para a implantação do Pacto pela Saúde: a construção de um pacto verdadeiramente contextualizado, considerando as realidades de cada município; a possibilidade de se avançar para a gestão plena e solidária da saúde, com o comprometimento real dos três entes federados; um papel mais efetivo do controle social; melhor distribuição de recursos para os municípios, de acordo com as necessidades de saúde; e finalmente, que o pacto seja um compromisso real de todos os atores da saúde.

Os autores destacam a necessidade de avançar na pactuação dos níveis de comprometimento das instâncias públicas quanto às condições políticas, institucionais, jurídicas e financeiras rumo à garantia do direito pleno à saúde, pautado na universalidade, integralidade e equidade, e apresentam expectativas dos munícipes no sentido de garantir maior visibilidade dos pactos. E por fim, destacam a necessidade de monitoramento de ações cotidianas dos serviços de saúde, que devem fazer parte das atribuições dos profissionais diretamente envolvidos no cuidado e na atenção à saúde. Essa consolidação depende, ainda, da massa crítica que vem se construindo a cada dia como projeto de mais qualidade de vida para todos.

Assis et al. (2009) apresentam a experiência de implantação de um Colegiado Regional no Estado de São Paulo, na região de Campinas, e ainda destacam o empoderamento dos gestores e técnicos das secretarias de saúde da construção do SUS, pois além de garantir a participação de técnicos e secretários nas reuniões, há conexão dos instrumentos de gestão. Os autores também analisam que a falta de um instrumento jurídico para garantir o cumprimento das responsabilidades consensuadas compromete todo esforço para firmar a divisão de responsabilidades claramente definidas e pactos de gestão estabelecidos intergestores.

O artigo de Santos e Giovanella (2014), nesse mesmo contexto regional, objetivou analisar o sistema de governança em saúde quanto a estratégias e disputas de gestão no estado da Bahia. Como resultado, os autores observaram que a comissão intergestores regional foi a principal estratégia da governança regional, e também ferramenta importante para fortalecimento da governança, por reunir diferentes sujeitos responsáveis pela tomada de decisão, pela alocação de recursos e distribuição dos estabelecimentos de uso comum na região. Pontuaram também a rotatividade de secretários de saúde, a baixa autonomia nas decisões executivas, a insuficiente qualificação técnica, além do atravessamento de políticas partidárias na tomada de decisão. O trabalho aponta para a necessidade de incorporar à rotina de gestão, dispositivos mais democráticos que possibilitem maior articulação institucional.

O artigo de Silva e Gomes (2015) se propôs a explicar a operação dos instrumentos de gestão (PDR, PPI e PDI) no sistema regional de saúde do Grande ABC Paulista a partir de entrevistas com secretários e diretores municipais, com gestores de hospitais e um gestor da Fundação do ABC; os autores concluíram que o PDR precisa ser atualizado, para equilibrar a relação entre oferta e demanda. Conclui-se que a PPI tornou-se uma arena de competição, em vez espaço de articulação, negociação e pactuação; e o PDI é pouco significativo, uma vez que os recursos do Ministério da Saúde são insuficientes para ações de saúde na região.

Kehrig et al. (2015) tratam das formas de fazer a regionalização da saúde na região Sul Mato-Grossense, objetivando analisar as dimensões da institucionalidade e governança na sua gestão. A partir de pesquisa documental os autores analisam o processo gestor de implementação da regionalização da saúde, com enfoque em sua institucionalidade, a partir da caracterização das instâncias regionais envolvidas, e na governança, mediante a inter-relação de atores e instâncias, mediados pela gestão colegiada regional de saúde.

Os dados sugerem que a instância decisória regional de representação da esfera estadual esteve confortável com a própria governança interna, pois não expressou movimentos voltados à construção da governança da regionalização com o conjunto dos gestores municipais. Por outro lado, o Cosems se incrementava gradativamente como ator social estratégico na

assessoria e apoio institucional aos municípios. Esses autores destacam também a indefinição das responsabilidades entre as esferas de governo e as instâncias regionais e identificam a rotatividade dos gestores e o predomínio de aspectos político-partidários.

Medeiros e Gerhardt (2015), com o objetivo de analisar a Rede de Atenção à Saúde em dois municípios de pequeno porte, baseados nos elementos institucionais que configuram o padrão de interdependência em rede e na análise de atributos, indicam o nível de integração da rede de serviços de saúde. Foram realizados grupos focais com equipes gestoras dos municípios, bem como entrevistas com informantes-chave da gestão regional e do serviço de referência regional hospitalar, analisadas pelo método de interpretação de sentidos.

A análise expôs uma rede parcialmente integrada e relações de interdependência que apresentam interesses divergentes e pouca confiança entre os atores, dificultando a governança. Como resultado, tem-se: o Modelo assistencial fragmentado e focado em procedimentos; rede organizada principalmente sobre a oferta; baixa integralidade e coordenação; participação limitada dos gestores na CIR; baixa participação social; baixa capacidade de planejamento; ausência de monitoramento e avaliação; e secretaria de estado de saúde centralizadora.

Bretas Júnio e Shimizu (2015) se propuseram a analisar o planejamento regional em saúde de Minas Gerais, seus avanços e desafios a partir da Teoria das Macro-organizações e Sistema de Direção Estratégica elaborados por Carlos Matus, em 1994. Os autores verificaram que a direcionalidade é prejudicada, embora as agendas ainda sejam fragmentadas e as discussões potencializadoras da participação dos gestores nas CIR. Verificou-se também compartilhamento das decisões na região de saúde, contudo, a CIR prescinde de condições para exercer governança, tanto política como executiva; em relação à prestação de contas das ações pactuadas; ainda apresenta falhas, por falta de mecanismos de avaliação de resultados, como sugerido pela Teoria das Macro-organizações.

3.3 A lógica da Gestão Regional

3.3.1 Gestão do Serviço de Saúde na Amazônia

De acordo com o exposto, percebe-se que o tema o instituto do pacto e o impacto e a capacidade deste de promover comportamentos mais solidários é complexo, especialmente porque envolve um contexto de cooperação e solidariedade, o que sugere mudança no padrão de relações intergovernamentais entre os pactuantes, fator estimulado de forma incompleta pela NOAS 2001/02.

Rodrigues (2003) expõe que as regras anteriores permitiram lutas distributivas entre os municípios, tornando a negociação entre eles problemática, uma vez, que estes esbarravam em problema de credibilidade de compromisso, criando estratégias de barganhas nas relações intergovernamentais acirradas por interesses eleitorais. Outras literaturas usadas neste trabalho apontam para esses aspectos. Dada a existência e superposição dessas duas arenas, não se pode entender senão a importância da construção de cooperação e de solidariedade entre entes governamentais como uma alternativa a desfragmentação da saúde.

Grande parte da literatura aborda análises comparativas que mostram as mudanças ocorridas entre uma etapa e outra, os avanços e as barreiras encontradas. Normalmente, essa literatura destaca regras e dispositivos financeiros e gerenciais presentes nas normas operacionais básicas, portarias do Ministério e marcos normativos como NOB 1996 (BRASIL, 1996) e Pacto pela Saúde de 2006 (BRASIL, 2006). Eles constituem pactos formalmente expressos que orientam a divisão de responsabilidades entre União, Estado e Municípios ao longo de um período (LEVICOVITZ et al., 2001; SANTOS; ANDRADE, 2007; SILVA, 2001; SCATENA; TANAKA, 2001; CARVALHO, 2001; COSTA; CASTANHAR, 2003; SOLLA, 2006; MACHADO, 2007; MELO et al., 2011).

As relações federativas normalmente podem ser explicadas a partir do escopo de regras contidas no marco normativo descentralizador. Esses marcos objetivam configurações mais sistêmicas ou corrigir tendências de fragmentação institucional e a tentativa de estabelecer movimentos de

desfragmentação da gestão do sistema de saúde. Neste caso, legislações como NOAS (BRASIL, 2001, 2002), o Pacto pela Saúde de 2006 (BRASIL, 2006) e o Decreto nº 7.508/11 (BRASIL, 2011) designam atribuições na instância do planejamento e coordenação regional.

De forma geral, a política de saúde tem se mostrado, nas últimas décadas, um campo extremamente dinâmico do federalismo brasileiro, porque dentre outras transformações nas ações governamentais relacionadas à estruturação do SUS, esse setor tem rompido com legados históricos, inserido novas regras de políticas e econômicas, redistribuído competências, formado novas forças sociais e atores, construído e reestruturado instâncias de pactuação e remodelado o financiamento e planejamento setorial. Nesse contexto, o Pacto pela Saúde representa uma inflexão nas relações federativas, pois destaca a necessidade de articulação de ações e cooperação intergovernamental na política de saúde de forma ampla, e valoriza, portanto, as esferas estaduais e municipais e a criação de novas instâncias regionais.

Estudos recentes apresentam os diversos fatores e a natureza dos fenômenos que condicionam e particularizam as experiências estaduais, influenciando os ritmos e graus de adesão ao Pacto pela Saúde e a implantação dos Colegiados de Gestão Regional (LIMA et al., 2011), bem como os diferentes estágios da regionalização no SUS (ALBUQUERQUE et al., 2011). Estes estudos classificam os Estados conforme diferentes estágios da regionalização na saúde. Para tanto, consideram-se duas variáveis principais: a institucionalidade (incipiente, intermediária e avançada) e a governança (coordenada-cooperativa, coordenada-conflitiva, cooperativa, conflitiva, indefinida) do processo de regionalização.

Outros estudos apresentam a natureza histórico-estrutural e destacam dinâmicas socioeconômicas e as características dos sistemas de saúde no plano loco-regional (VIANA et al., 2010). A partir da aplicação de modelo de análise fatorial e de agrupamentos, as autoras identificaram os cinco grupos de regiões conformadas pelos Colegiados de Gestão Regional na saúde, que se diferenciam segundo condições socioeconômicas e complexidade do sistema de saúde (VIANA et al., 2010).

Entre os aspectos de ordem político-institucional, encontram-se o legado de implantação de políticas prévias de descentralização e regionalização e o

aprendizado institucional acumulado pelas instâncias do SUS. Viana et al. (2010) apresenta a existência de uma dada cultura de negociação intergovernamental, o nível de qualificação técnico - política da burocracia e os modos de operação e condução das políticas de saúde nos estados. Quanto aos fatores conjunturais, esses autores apontam também aqueles relacionados à ação política, bem como o perfil e a trajetória dos atores sociais, a dinâmica das relações intergovernamentais e a prioridade da regionalização na agenda governamental, repercutindo no processo decisório e nas escolhas realizadas.

Outros autores contribuem com a análise sobre a rede de atenção à saúde. Santos (2011), Santos e Andrade (2007; 2011, p. 1677) sinalizam para a importância de transformar o SUS e suas redes e num “sistema interfederativo”, por meio da “gestão compartilhada” entre entes federativos, apresentando a situação conceitual e normativa. Essa relativa interdependência entre os entes federativos é derivada da necessária integralidade da atenção à saúde. Os autores registram que a interdependência se funda na integralidade da assistência que exige constante inter-relação, permitindo, de fato, o nascimento de um sistema interfederativo, sendo importante definir obrigações comuns e individuais dos entes e organizar o SUS regionalmente, conforme determinação constitucional. Esses autores destacam a integralidade da assistência como elemento básico da organização necessária das redes do SUS, pois este é um elemento basilar (SANTOS; ANDRADE, 2007; 2011; SANTOS, 2011).

Oliveira (2008) preocupa-se em explicar o impacto do modelo de industrialização do país, a expansão de núcleos urbanos, a dinâmica econômica, a renda e os fatores de produção necessários à oferta de serviços de saúde (profissionais, tecnologias, insumos e equipamentos). Fleury (1994) mostra também que o padrão de proteção social adotado desde a década de 1920 até a Constituição de 1988 se orientou por uma concepção regulada da cidadania. Desta forma, somente trabalhadores com capacidade de contribuição financeira tinha acesso a serviços de saúde.

Esses fatores produziram estímulos de oferta e demanda por serviços mais caracterizados pela assimetria de distribuição e acesso, localizados em regiões mais dinâmicas e com maior nível de renda. Isso explica a centralização das redes de ações e serviços de saúde localizadas nos principais estados

brasileiros, e dependendo do grau de complexidade, localizadas em algumas capitais. Desta forma, a assimetria de oferta se apresenta em diversas esferas de organização do território, e há desigualdade dentro de um mesmo município, entre os municípios e entre os estados da federação, bem como, há lacunas na oferta.

E por outro lado, a referência aos entes federativos e sua interdependência no SUS, bem como a afirmação de que esta interdependência propicia, de fato, o nascimento de um sistema interfederativo de saúde, expressa a noção de que a União, Estados e municípios são igual e solidariamente responsáveis pelas redes do SUS e a atenção à saúde em todos os níveis e em todo o território nacional.

Para a Amazônia, a situação é mais complexa, pois ainda se observa um conjunto de políticas fragmentadas que não se constituíram de forma articulada no tempo, nem se desenvolveram a partir de um processo de pactuação com as demandas regionais. As iniciativas que ocorreram têm procurado responder a problemas pontuais e, de acordo com o que apresenta Oliveira (2008, p. 90), essas são:

[...] um conjunto de iniciativas, que historicamente têm procurado responder aos problemas da região. No entanto, quando se afirma que são fragmentárias é porque não se constituíram de forma articulada ao longo do tempo nem se desenvolveram a partir de um processo de pactuação com as demandas regionais. Além disso, foram focais e não acompanharam as realidades epidemiológicas, econômicas e sociais em constante transformação, enfrentadas pelas populações da região da Amazônia Legal.

Neste caso, é necessária a integração de políticas sociais e política de saúde em particular, ao planejamento regional da Amazônia, sendo um desafio que deve acompanhar a necessidade de um olhar transversal, que dê conta de diagnosticar, problemas e soluções implementadas, ou em via de implementação, na região. O autor apresenta um conjunto de políticas pontuais desenvolvidas para a área de saúde na Amazônia, induzidas pelo governo federal, responsáveis por formar uma estrutura de iniquidade na saúde da Região.

Quadro 1 - Políticas de Saúde induzidas pelo governo federal para Amazônia.

ANO	PROJETO	OBJETIVO
1959	Contribuição do Plano de Saúde Pública para o interior da Amazônia	Cuidar do saneamento básico, assistência médica sanitária, doenças transmissíveis, nutrição e pesquisa de interesse sanitário, 1987.
1987	Documento da Divisão Regional de Assuntos de Saúde do Amazonas e do Centro Oeste (Senart)	Observar fatores condicionantes à saúde, fatores decorrentes de contexto amplo, perfil epidemiológico / impacto, promoção, prevenção e recuperação da saúde.
Perm.	Programa de Assistência Integral a Saúde do Escolar	Prestar atenção à saúde escolar, com postos de funcionamento no interior das escolas.
1985	Navio de Assistência Hospitalar “Carlos Chagas”	Atenção básica a populações ribeirinhas.
1995-2003	PACS/PSF	Colocar em prática o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família.
1995	Prodoc– Brasil 93	Desenvolver institucionalmente para o controle de endemias no SUS (FNS).
1996	Reforsus	Projeto transversal que busca dotar as regiões do Brasil de rede assistencial, equipamentos e formação de RH. Gastos até o momento de R\$ 144.430.485,69.
1998	Vigisus – Sistema de Vigilância em Saúde	Executar ações de monitoramento, avaliação e controle de variáveis relacionadas ao meio ambiente, à população humana e aos produtores e serviços de interesse da Amazônia, responsável pelo financiamento dos municípios para estruturar a vigilância em saúde (recursos liberados a partir de 2000).
1999	Plaamazônica – MS/2000 A 2003	Ampliar a cobertura de serviços e acesso à alta complexidade na Amazônia, além do saneamento básico e apoio à pesquisa, estratégias relacionadas ao controle de doenças, o qual, entretanto, não se efetivou (Recursos previstos – R\$ (152.998.446,00).

1999	Sivan/Sipam	Produzir mapas de epidemias e endemias; criar núcleos de inteligência epidemiológica; e possibilitar a capacitação nas áreas de geociências aplicadas à saúde. Está em funcionamento por meio do Serviço de Proteção da Amazônia (SIPAM).
2000	Projeto de Descentralização das Ações de Controle e Epidemiologia de Doenças	Estabelecer o financiamento a estados e municípios para certificação do ECD, buscando o fortalecimento da capacidade de governo das Secretarias de Saúde no papel de órgãos gestores do SUS e aproximando o financiamento federal da região Amazônica da média nacional.
2001	Plataforma Tecnológica para Amazônia Legal	Ofereceu Curso de Elaboração acompanhamento e Avaliação de Projetos (BASA e Ministério da Ciência e Tecnologia)
2001	NOAS – PDR Amazônica	Sem recursos diferenciados, até o momento, para suprir as deficiências tecnológicas e financeiras para a Amazônia Legal
2001	PLANORTE - Plano de apoio ao desenvolvimento de ações de saúde na região Norte	Acelerar o processo de consolidação do SUS na região, mediante: i) o fortalecimento da capacidade de gestão das secretarias estaduais e municipais de saúde; e ii) o desenvolvimento de esforços para aproximar, gradualmente, o financiamento federal para a região do per capita médio nacional. Não foi executado
2003	Projeto Saúde Amazônia	Apresentar estratégias e ações que deem conta de enfrentar as iniquidades relativas ao complexo produtivo da saúde na região e faz parte do Plano Amazônia Sustentável do governo Lula.

Fonte: Oliveira (2008, p. 202).

O autor afirma que:

Ainda que se considere avançado o processo de gestão do SUS no que diz respeito à engenharia institucional construída nos últimos anos, é importante ressaltar que esse processo de indução não deu

conta de contribuir para criar estratégias de constituição da política de saúde que fossem adaptadas à realidade de cada região. A lógica normativa dos programas, na maioria das vezes, é única, e não possibilitou em seu escopo uma flexibilização que incorporasse as características epidemiológicas, sociais e econômicas de cada região. Isso corrobora o desejo de construção de um Único Sistema de Saúde em respeito aos seus marcos legais, mas necessariamente diferenciado e tendo como aspecto transversal de sua constituição as desigualdades regionais (OLIVEIRA, 2008, p. 115).

Vianna et al. (2007) analisa a tentativa do governo federal, especificamente do Ministério da Saúde, para construir uma política regional para a Amazônia Legal, desencadeado pelo projeto do Governo Lula, iniciado em 2003, cujo compromisso era com a estruturação de uma política de desenvolvimento sustentável para a região com redução das desigualdades sociais no país. Os autores observaram também, o esforço da política de saúde para acompanhar a agenda de prioridades do Governo Federal, expressa em documentos e iniciativas do Ministério da Saúde, assim como a proposição estratégias inovadoras de políticas de saúde para a região.

Os resultados apontam para dificuldades de cunho estruturais, institucionais e políticas na condução da política na região, durante o período de 2003 a 2005. O artigo apontou também para fatores como: alto crescimento demográfico; expansão de pequenos e médios municípios; pouco desenvolvimento institucional no processo de descentralização na área social (limitada autonomia e baixa qualidade da gestão); limitado impacto das mudanças no financiamento federal da saúde na região; o caráter dos investimentos federais, geradores mais de governabilidade do que de equidade; e a persistente dificuldade de fixação de recursos humanos, como os muitos desafios a serem enfrentados para o desenvolvimento de uma política regional de saúde para a Amazônia Legal.

Lima et al. (2012) apresentou os fatores que tencionaram a conformação da regionalização no Brasil e para a Amazônia durante o período de 2006 a 2010. Os autores destacaram situações vinculadas à concentração de recursos e tecnologias em regiões, principalmente em regiões metropolitanas ou sedes de capitais, as dinâmicas próprias de alguns territórios e as desigualdades socioeconômicas dessas regiões.

A partir do Pacto pela saúde em 2006, a Região da Amazônia Legal, com nove estados, passou a conformar em seu território um total de 78 regiões de Saúde, somente solidificadas em 2012, conforme apresentado no quadro abaixo. Essas Regiões agrupam um total de 772 municípios, e abrigam 26.827.350 (vinte e seis milhões, oitocentos e vinte e sete mil, trezentos e cinquenta) habitantes.

Quadro 2 - Espacialização das regiões de saúde.

UF	Nome da Região	População 2016	Quantidade de municípios	Percentual de população em relação ao Estado	Percentual de população em relação à Região
AC	Alto Acre	66.106	4	8,09	0,25
	Baixo Acre e Purus	533.238	11	65,29	1,99
	Juruá e Tarauacá/Envira	217.343	7	26,61	0,81
AM	Alto Solimões	248.118	9	6,2	0,92
	Baixo Amazonas	243.644	5	6,08	0,91
	Entorno Manaus e Alto Rio Negro	2.468.976	12	61,69	9,20
	Médio Amazonas	168.510	6	4,21	0,63
	Regional Juruá	133.540	6	3,33	0,50
	Regional Purus	130.750	5	3,26	0,49
	Rio Madeira	191.878	5	4,79	0,72
	Rio Negro e Solimões	288.298	8	7,2	1,07
	Triângulo	127.953	6	3,19	0,48
AP	Área Central	522.894	7	66,84	1,95
	Área Norte	64.247	5	8,21	0,24
	Área Sudoeste	195.154	4	24,94	0,73
MA	Açailândia	292.670	8	4,2	1,09
	Bacabal	268.400	11	3,85	1,00
	Balsas	246.423	14	3,54	0,92
	Barra do Corda	229.450	6	3,29	0,86

	Caxias	18.225	1	0,26	0,07
	Codó	303.474	6	4,36	1,13
	Imperatriz	509.369	15	7,32	1,90
	Itapecuru Mirim	307.258	10	4,41	1,15
	Pedreiras	214.675	13	3,08	0,80
	Pinheiro	390.484	17	5,61	1,46
	Presidente Dutra	285.381	16	4,1	1,06
	Rosário	174.476	8	2,5	0,65
	Santa Inês	383.422	13	5,51	1,43
	São João dos Patos	162.441	10	2,33	0,61
	São Luís	1.430.829	5	20,57	5,33
	Viana	268.312	11	3,85	1,00
	Zé Doca	296.112	17	4,25	1,10
MT	Alto Tapajós	103.591	6	3,13	0,39
	Araguaia Xingu	85.512	7	2,58	0,32
	Baixada Cuiabana	966.220	11	29,23	3,60
	Centro Norte	97.289	7	2,94	0,36
	Garças Araguaia	121.803	10	3,68	0,45
	Médio Araguaia	92.653	8	2,8	0,35
	Médio Norte Matogrossense	233.615	10	7,06	0,87
	Noroeste Matogrossense	154.956	7	4,68	0,58
	Norte Araguaia Karajá	23.567	5	0,71	0,09
	Norte Matogrossense	67.123	6	2,03	0,25
	Oeste Matogrossense	191.215	12	5,78	0,71
	Sudoeste Matogrossense	114.377	10	3,46	0,43
	Sul Matogrossense	500.028	19	15,12	1,86

	Teles Pires	399.750	14	12,09	1,49
	Vale do Peixoto	101.533	5	3,07	0,38
	Vale dos Arinos	52.299	4	1,58	0,19
PA	Araguaia	541.347	15	6,51	2,02
	Baixo Amazonas	745.143	14	8,97	2,78
	Carajás	837.390	17	10,08	3,12
	Lago de Tucuruí	439.727	6	5,29	1,64
	Marajó I	234.104	9	2,81	0,87
	Marajó II	307.061	7	3,69	1,14
	Metropolitana I	2.162.224	5	26,03	8,06
	Metropolitana II	353.808	9	4,25	1,32
	Metropolitana III	902.773	22	10,86	3,37
	Rio Caetés	521.675	16	6,28	1,94
	Tapajós	247.275	6	2,97	0,92
	Tocantins	676.109	9	8,14	2,52
	Xingu	336.723	9	4,05	1,26
RO	Café	178.665	6	9,99	0,67
	Central	369.190	14	20,65	1,38
	Cone Sul	158.162	7	8,84	0,59
	Madeira-Mamoré	621.396	5	34,76	2,32
	Vale do Guaporé	49.001	3	2,74	0,18
	Vale do Jamari	265.124	9	14,83	0,99
	Zona da Mata	145.741	8	8,15	0,54
RR	Centro Norte	430.881	9	83,79	1,61
	Sul	83.348	6	16,2	0,31
TO	Amor Perfeito	110.369	13	7,2	0,41
	Bico do Papagaio	206.667	24	13,48	0,77
	Cantão	126.882	15	8,27	0,47
	Capim Dourado	356.006	14	23,22	1,33
	Cerrado Tocantins	158.997	23	10,37	0,59

	Araguaia				
	Ilha do Bananal	182.758	18	11,92	0,68
	Médio Norte Araguaia	293.232	17	19,12	1,09
	Sudeste	97.991	15	6,39	0,37

Fonte: Sala e apoio à gestão do Ministério da Saúde, atualizado em 31/05/2017.

Em relação à Amazônia Legal, o estrato dos municípios que contam com população acima de 100 mil habitantes tem aproximadamente 29,3% do total de serviços de saúde. As Unidades privadas representam apenas 33,6% em relação às unidades públicas, 5,4% é participação das unidades federais e 8,2% das unidades estaduais. Esses dados demonstram a forte desconcentração do sistema de saúde para o âmbito municipal, com perfil diferenciado de serviços públicos. As unidades públicas da região da Amazônia Legal representam apenas 16% do total das unidades brasileiras. O número de unidades de saúde privadas, com fins lucrativos, no estrato de municípios com população superior a 200 mil habitantes, é uma preocupação, e corresponde a aproximadamente 50% do total de unidades.

As diferentes estruturas, instituições, instâncias, atores públicos e privados que participam do processo de constituição, planejamento, organização, gestão e regulação da saúde, constituem o que se denomina complexo regional da saúde. Neste sentido, os dados da Pesquisa de Assistência Médico - Sanitária/IBGE (2009) apontam para desigualdade na distribuição de equipamentos em todo território, consequência de uma expansão que convergiu especialmente para núcleos dinâmicos da economia, e o fato de não ter havido qualquer controle ou regra de localização, teve como resultado forte concentração espacial dos equipamentos de atenção médico-hospitalar nesses núcleos em toda região.

Assim, tem-se de fato a concentração de serviços de saúde em municípios com maior porte populacional, principalmente no âmbito da média e alta complexidade, seguindo uma tendência nacional. Essa realidade é agravada, entre outros aspectos, pela forte dispersão populacional e pelas condições de deslocamento no território Amazônico.

A Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007, que regula os investimentos, estabeleceu que os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passassem a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento dos quais a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar formam o componente Limite Financeiro de Alta e Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e o componente Fundo de Ação Estratégica e Compensação (FEAC)

O Ministério de Saúde, em suas estatísticas, destaca a representatividade percentual do valor transferido da Média e Alta Complexidade. Em 2016, do total transferido fundo a fundo para estados e municípios, 60,33% foi repassado somente para esse bloco, os 39,67% restantes foram rateados entre os blocos: da assistência básica (29,38%), Vigilância em Saúde (4,38%), Assistência Farmacêutica (2,06%) e Gestão do SUS (0,07%). Esses percentuais correspondem por estados da Amazônia Legal aos valores apresentados no quadro abaixo.

Quadro 3 - Transferência Fundo a Fundo (Competência) - Pagamento para Estados e municípios.

UF	Atenção Básica	Média e Alta Complexidade	Vigilância em Saúde	Assistência Farmacêutica	Gestão do SUS
TO	75.703.189,39	164.035.189,30	9.433.742,68	3.690.898,15	170.000
RR	16.627.620,31	52.986.342,44	4.051.667,49	1.153.490,51	0
RO	53.271.724,48	163.858.185,87	9.404.342,24	4.014.501,71	253.200
PA	254.336.370,33	513.047.245,70	42.407.630,89	22.296.024,15	841.000
MT	114.948.539,46	273.647.095,78	15.770.735,49	9.063.394,04	250.000
MA	305.965.688,72	497.321.216,52	34.902.041,45	17.119.569,71	659.000
AP	25.699.372,69	53.298.919,51	5.167.732,80	1.535.021,28	28.000
AM	118.985.033,79	242.912.537,26	22.824.224,56	9.406.226,36	276.000
AC	31.941.037,29	86.971.102,62	5.011.321,41	1.781.043,52	49.000
Amazônia	997.478.576,46	2.048.077.835	148.973.439,01	70.060.169,43	2.526.200

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Ministério da Saúde, atualizado em 02/06/2017.

Esses percentuais representam, em termos de valor máximo, 2.048.077.835 (dois bilhões e quarenta e oito milhões setenta e sete mil e oitocentos e trinta e cinco reais mil) para média e alta complexidade, sendo

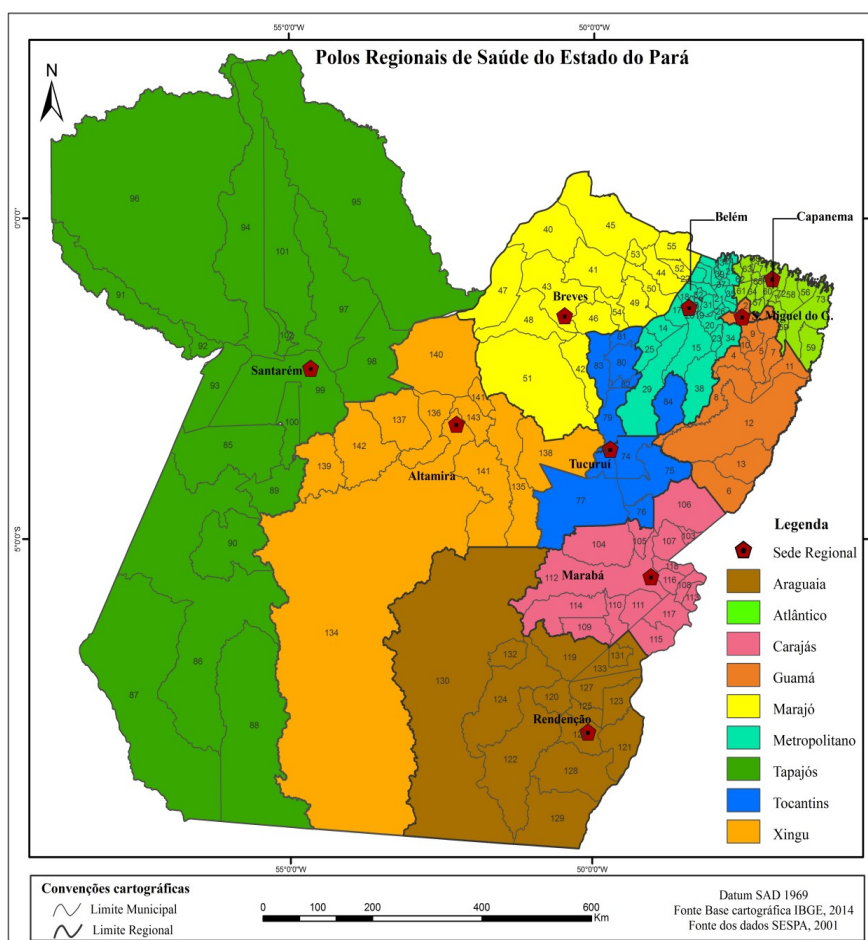
liberado a partir do maior quantitativo populacional, que no caso dos nove estados que compõe a Amazônia Legal, estão nos estados do Pará e Maranhão.

3.3.2 A Gestão do Serviço de Saúde no Estado do Pará

No Estado do Pará, o processo de Pactuação da assistência à saúde, no primeiro momento, obedeceu às diretrizes estabelecidas pela NOAS 01/2001 (BRASIL, 2001), quando foram configurados os Polos Regionais, Regiões de Saúde e Módulos Assistenciais. Essa configuração territorial levou em consideração, além de outros fatores, a capacidade instalada e operacional dos sistemas de saúde municipais e as referências regionais e estaduais, além das possibilidades de acesso da população paraense aos serviços existentes ou que possam ser implantados ou expandidos.

Ao se definir a regionalização da assistência à saúde com base na oferta de serviços nos vários níveis de referência, considerou-se que a assistência de média e alta complexidade deveria ocorrer em três níveis de hierarquia: 1) A Referência Estadual para a Alta Complexidade, limitada à capital do Estado; 2) Referência Regional, representada pelos Polos Regionais para atender aos procedimentos; 3) Referência Local, representada pelos Módulos Assistenciais, compreendendo os procedimentos mínimos da média complexidade (Plano Diretor de Regionalização do Estado do Pará, 2001, legalmente embasado na Portaria Nº 373/2002 – BRASIL, 2002). A regionalização, inicialmente proposta para o estado do Pará, considerou nove Polos Regionais, 34 Regiões de Saúde e 62 Módulos Assistenciais (Apêndice B).

Mapa 1 - Polos Regionais segundo NOAS 01/02.



Fonte: IBGE (2004); SESP/PA (2001).

Até 2011, todo e qualquer tipo de planejamento do governo do estado considerava a regionalização estabelecida pela Portaria Nº 373/GM/MS, de 2002 (BRASIL, 2002). Somente em 2012, a partir da Resolução nº. 237 (PARÁ, 2012a), a Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde repactuou o desenho de Regionalização do Pará para atender os pressupostos do Pacto de Gestão. Então, foram transformados os módulos de gestão anterior em 13 Regiões de Saúde/Comissão Intergestores Regionais: Araguaia, Baixo Amazonas, Carajás, Lago de Tucuruí, Marajó I e II, Metropolitana I, II e III, Rio Caeté, Tapajós, Tocantins, Xingu.

Neste momento, havia uma concentração de serviços de alta e média complexidade em municípios que apresentavam um número maior de habitantes (Apêndice C, quadro de concentração de serviço). Isso estabelecia um nível de concentração da oferta de serviços de média em alguns municípios

do estado do Pará e concentrava a oferta da alta complexidade na capital do estado, reforçando a análise feita por Oliveira (2008), comprometendo o princípio da equidade.

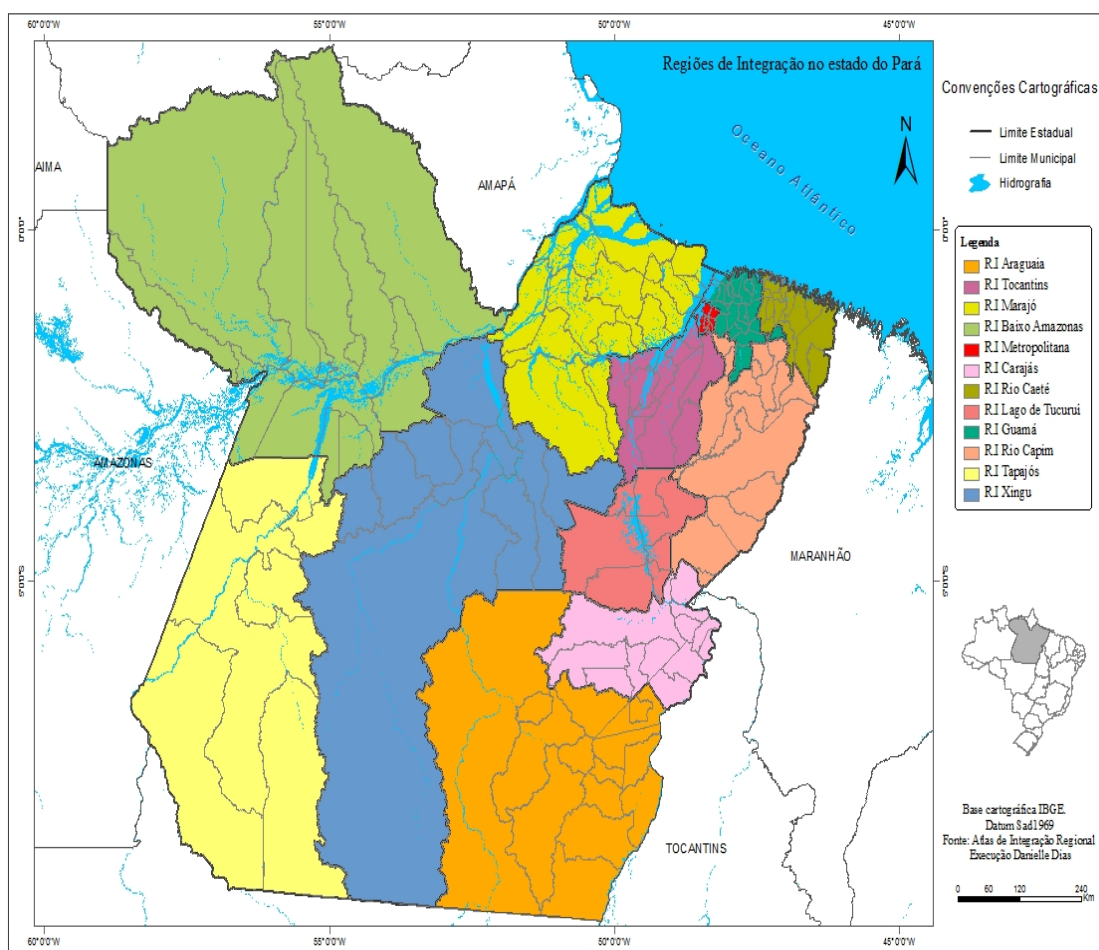
O Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011) estabeleceu as condicionantes para a nova formação das Regiões de Saúde; estas devem contar com, no mínimo, ações e serviços de: Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar e Vigilância em Saúde.

A análise feita pela Secretaria de Saúde do Estado do Pará em 2013, a partir do Plano Estadual de Saúde publicado em 2012 (PARÁ, 2012b), quanto à distribuição dos serviços de alta e média complexidade no território, revelou que a partir do recorte das Regiões Administrativas do Estado (Região de Integração) não era possível formar Regiões de Saúde, pois não correspondiam aos critérios considerados pelo Ministério da Saúde.

Segundo o PES 2013, apenas seis RI foram qualificadas como Região de Saúde, porque atingiram 90% dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde; três regiões atingiram somente 50% e as outras três atingiram 30% dessa qualificação. As limitações estavam exatamente nos serviços de atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, nos serviços de atenção Oncologia e Neurocirurgia, na alta complexidade hospitalar e ambulatorial, ortopedia, terapia renal substitutiva, e a mais recorrente em internação em psiquiatria.

Constatou-se que a divisão geográfica nas micro e mesorregiões, estabelecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), não representava mais a espacialidade adequada para pensar o planejamento regional. O governo do Estado do Pará, a partir da Secretaria de Integração Regional, elaborou a proposta de nova divisão territorial do estado orientada para o planejamento. As 12 regiões administrativas do estado são consideradas como instrumento fundamental para o desenvolvimento regional.

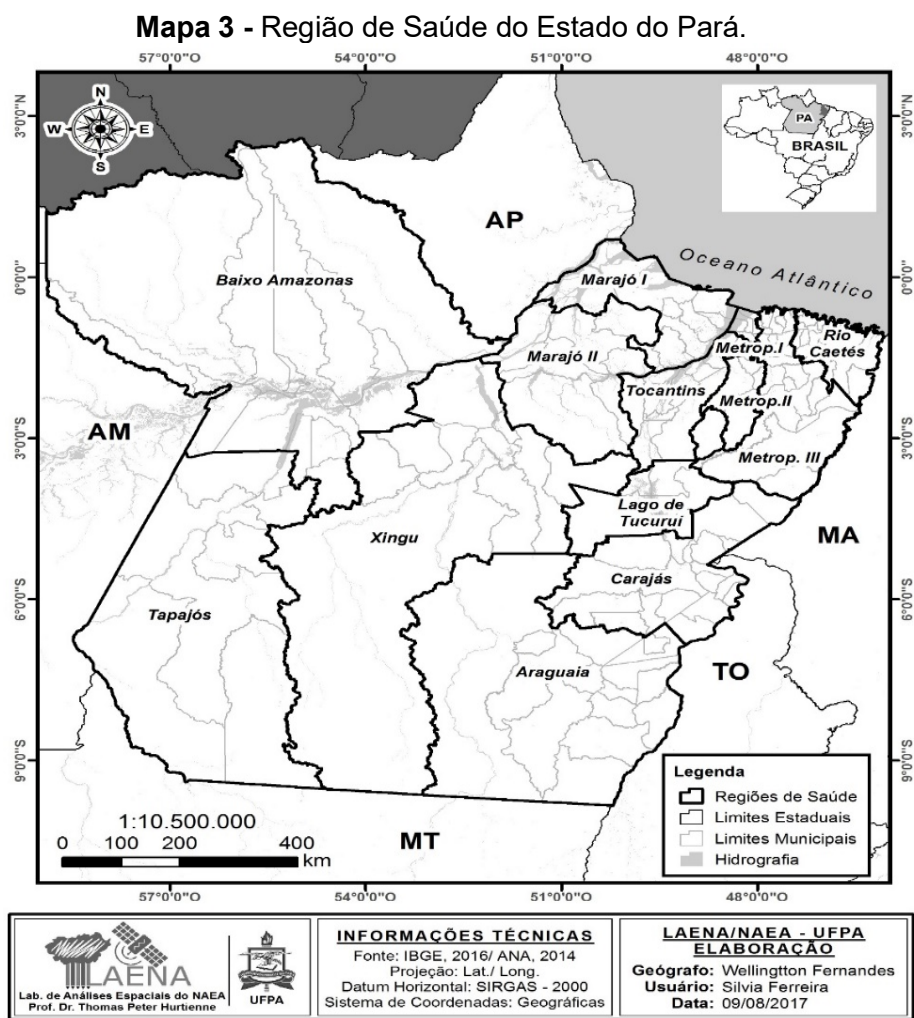
Mapa 2 - Região de Integração do Pará.



Fonte: IBGE (2017).

Para se estabelecerem as 12 Regiões Administrativas de Integração do Estado, foram considerados os seguintes indicadores: população, densidade populacional, concentração de localidade, repasse de ICMS, renda per capita, acessibilidade física, consumo de energia elétrica, leitos por 1000 habitantes, índice de desenvolvimento humano, índice de alfabetização e fatores geopolíticos. Neste sentido, se estabeleceu a hierarquização de quatro níveis de regiões, das quais estão as mais populosas, acessíveis e dinâmicas, aos locais mais distantes e menos povoados. No primeiro nível, estão as regiões Metropolitana, Guamá e Caetés; no segundo, as do Araguaia, Carajás, Tocantins e Baixo Amazonas; no terceiro, as regiões do Tucuruí, Capim e Xingu; e no quarto, as regiões do Marajó e Tapajós (PARÁ, 2007).

O decreto que criou as RI's do Estado, no Art. 2º, estabeleceu que os Órgãos da Administração Pública Direta e Indireta deveriam, obrigatoriamente, proceder à adequação de suas ações, programas, objetivos e metas, adotando a conformação das regiões de Integração. Desta forma, as Regiões de Integração não coincidem com as Regiões de Saúde (mapa abaixo).



A consequência imediata é a dificuldade da formação de cenário para o setor, fator importante para o cruzamento de dados e para a participação de outras instituições estatais no entendimento da rede de atenção. Depois, a falta de comunicação no ciclo do planejamento, ou seja, planejar a saúde a partir do Estado deve considerar ações para regiões de Integração.

Com relação ao planejamento, neste novo contexto cabe ao Estado do Pará construir, monitorar e avaliar os Instrumentos do Planejamento da Saúde, e ainda, capacitar e assessorar os municípios para o processo de elaboração

desses instrumentos. Daí a necessidade da conexão entre as Diretorias de Centros Regionais de Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Conselhos Gestores Regionais, Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e Conselho Estadual de Saúde (CES).

A Existência de lentidão no processo de institucionalização das áreas de planejamento, o pouco incentivo à qualificação contínua dos profissionais que atuam na área, a renovação periódica de gestores e profissionais de saúde e a infraestrutura inadequada ao desenvolvimento das atividades limitam o planejamento e dificultam sua implementação. Esses fatores afetam a realização de um trabalho sistemático e de articulação entre as áreas técnicas, dificultando a visualização do todo, tornando os processos segmentados e poucos eficientes. Essas limitações visualizadas nas secretarias municipais do estado do Pará foram captadas por Viana et al. (2007) que, ao analisarem o SUS e os desafios para política regional na Amazônia, detectaram a baixa institucionalidade da região que está expressa na coordenação de política e no processo de planejamento.

As instâncias em que são negociados e pactuados estes processos entre os gestores e destes com o controle social, são: a Comissões Intergestores Tripartite (CIT) - esfera da União; nas Bipartiti (CIB) - esfera estadual; e atualmente ocorrem nas Comissões Intergestores Regional (CIR) em âmbito regional, e que no estado do Pará, localizado na Região Norte, totalizam 13 Regiões de Saúde, de acordo com o novo desenho de regionalização da Saúde aprovado na CIB pela Resolução nº 83 de 16 de abril de 2012, alterado pela Resolução CIB nº 237/2012 (PARÁ, 2012a).

Essa última instância é uma arena de pactuação das políticas de saúde, e não considera apenas as Diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, mas também o ambiente de planejamento regional; por isso, é necessário que além dos instrumentos de planejamento municipais bem construídos, inclusive com representação popular, os representantes desses municípios tenham a clareza das regras estabelecidas no sistema.

Essas 13 Regiões de Saúde congregam um total 7.588.078 habitantes, dados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). A Região Metropolitana I concentra a maior parcela da população do Estado, cerca de 2.039.298 habitantes e concentra também a

maior quantidade de pessoas economicamente ativa entre 18 a 64 anos, com 914.027 habitantes. O maior percentual de pessoas que estão na linha de pobreza está na Região do Marajó (63,47%) e do Rio Caeté (54,02%).

A partir dos dados do IBGE e Instituto de Desenvolvimento Econômico e Social do Pará (IDESP), o maior Produto Interno Bruto (PIB) de 2013 é produzido pela região do Carajás (R\$ 110.005.772), mas é a Região Metropolitana I que apresenta a maior renda *per capita* e o maior salário médio de emprego formal R\$ 1.131,20 e R\$ 468.454, respectivamente. A região do Tocantins apresenta o maior percentual de trabalho infantil (12,54%), segundo dados do IBGE (2010).

Quanto ao saneamento básico, os dados do IBGE (2010) apontam que a Região de Saúde Metropolitana I possui o maior percentual de domicílios atendidos por rede de distribuição água, com 16,75% na área urbana. A maior taxa de domicílios da área rural atendidos pertence à Região de Saúde Metropolitana III (4,46%). A menor taxa de domicílios urbanos atendidos encontra-se na Região de Saúde do Lago do Tucuruí (3,29%) e a menor cobertura da rede de distribuição de água rural pertence à Região de Saúde Metropolitana I, com apenas 0,27% dos domicílios atendidos.

Na área urbana, a Região de Saúde Metropolitana I possui o maior percentual de serviço de coleta de lixo por serviço de limpeza (77,7 %), seguida pela Região de Saúde do lago do Tucuruí, com 76,53%, e região de saúde do Araguaia, com 71,68 %. As Regiões de Saúde que apresentam os menores índices de serviço de coleta de lixo por serviço de limpeza são: Rio Caetés, com 58,81%; Baixo Amazonas, com 59,8%; e Marajó, com 60,12%. Na área rural, os maiores índices de serviço de coleta de lixo por serviço de limpeza estão nas Regiões de Saúde: Metropolitana I, com 34,6%; Metropolitana III, com índice de 19,58; e Região de Saúde do Tapajós, com 16,1%. Os menores índices de serviço de coleta de lixo por serviço de limpeza na zona rural estão nas Regiões de Saúde do Marajó (5,2%), do Xingu (5,55 %) e Araguaia (5,87%) (PARÁ, 2012b).

Um aspecto importante a destacar é a estratificação da população residente nos municípios do estado, uma vez que esse é um fator de concentração da oferta de média e alta complexidade e conseqüentemente de financiamento dos serviços de saúde. O Quadro 5 sintetiza os dados

populacionais de 2016 dos 143 municípios, agregados nas 13 regiões de saúde, das quais seis concentram 64,08% do quantitativo populacional.

Quadro 4 - População por região de saúde.

Região de saúde	População 2016	Quantidade de Municípios	Percentual de população em relação ao Estado
Araguaia	541.347	15	6,51
Baixo Amazonas	745.143	14	8,97
Carajás	837.390	17	10,08
Lago de Tucuruí	439.727	6	5,29
Marajó I	234.104	9	2,81
Marajó II	307.061	7	3,69
Metropolitana I	2.162.224	5	26,03
Metropolitana II	353.808	9	4,25
Metropolitana III	902.773	22	10,86
Rio Caetés	521.675	16	6,28
Tapajós	247.275	6	2,97
Tocantins	676.109	9	8,14
Xingu	336.723	9	4,05
Estado do Pará	8.305.359	144	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do Ministério da Saúde <http://sage.saude.gov.br>.

Em termos de distribuição populacional no território, dos 143 municípios analisados, 128 municípios apresentam população até 100 mil habitantes, 14 municípios possuem de 101 mil a 300 mil habitantes e somente 2 municípios têm mais de 500 mil habitantes. O quadro 6 apresenta a distribuição populacional de acordo com as regiões de saúde, bem como, os municípios por região com maior quantitativo populacional. Essa distribuição é importante porque reflete o planejamento para as políticas de saúde no território, bem como a lógica da oferta de bens e serviços de saúde e financiamento para o setor. Também influencia na atuação política dos representantes legislativos, no sentido de alterar os tetos para MAC nos municípios.

Quadro 5 - Densidade demográfica por Região de Saúde.

Região de Saúde	Estratificação	Número de Municípios	População	% da população em relação ao estado
15001 Araguaia	-	15	541.347	6,51
	até 100.000	14	420.767	
	de 100.001 a 300.000	..... São Félix do Xingu	120.580
15002 Baixo Amazonas	-	14	745143	8,97
	até 100.000	13	450.696	
	de 100.001 a 300.000	..... Santarém	294.447
15003 Carajás	-	17	837390	10,08
	até 100.000	15	374199	
	de 100.001 a 300.000	..... Parauapebas	196259
		..... Marabá	266932
15004 Lago de Tucuruí	-	6	439727	5,29
	até 100.000	4	230.542	
	de 100.001 a 300.000	..... Tailândia	100300
		..... Tucuruí	108885
15006 Metropolitana I	-	5	2162224	26,03
	até 100.000	2	79913	
	de 100.001 a 300.000	..... Marituba	125435
	de 300.001 a 500.000	..... Ananindeua	510834
	mais de 500 .000	..... Belém	1446042
15007 Metropolitana II	-	9	353808	4,25
	até 100.000	9	353808	
15008 Metropolitana III	-	22	902773	10,86
	até 100.000	20	601655	
	de 100.001 a 300.000	..... Castanhal	192571
		..... Paragominas	108547
15009 Rio Caetés	-	16	521675	6,28
	até 100.000		398.794	
	de 100.001 a 300.000	..... Bragança	122.881
15010 Tapajós	-	6	247275	2,97
	até 100.000	6	247275	
15011 Tocantins	-	9	676109	8,14
	até 100.000	6	273123	
	de 100.001 a 300.000	..... Abaetetuba	151934
		..... Barcarena	118537
15012 Xingu	-	9	336723	4,05
	até 100.000	8	226785	
	de 100.001 a 300.000	..... Altamira	109938
15013 Marajó I	-	9	234104	2,81
	até 100.000	9	234104	
15014 Marajó II	-	7	307061	3,69
	até 100.000	7	307061	
Totas Regiões	-	144	8.305.359	100,00

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do Ministério da Saúde
<http://sage.saude.gov.br>.

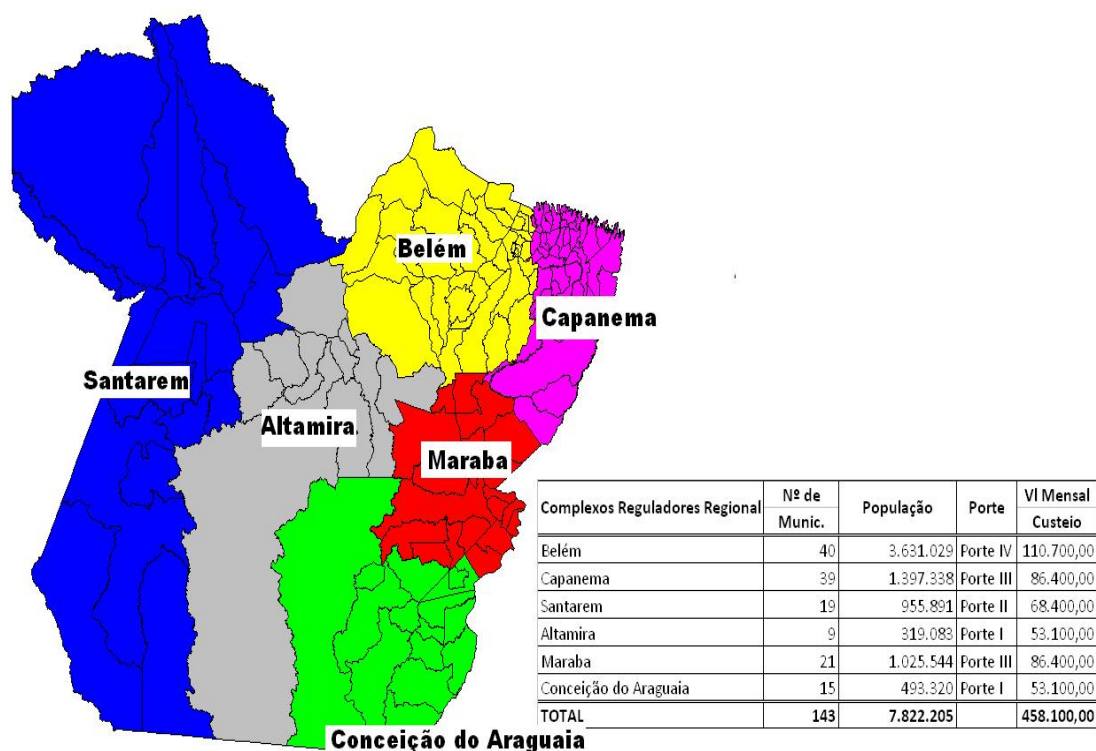
A lógica de escala e escopo usada na estrutura de média e alta complexidade considera o quantitativo populacional; desta forma, quanto maior o município, em termos de habitantes, maior a capacidade de compatibilizar estruturas tecnológicas intensivas, atenção especializada e profissionais qualificados.

Os tipos de estabelecimentos apresentados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Apêndice C) apontam que 27 municípios (18,75%) não têm estabelecimentos de saúde especializados, bem como 16, ou 11,11% dos municípios do Estado, concentram aproximadamente 69,68% da oferta de serviços especializados em municípios com extrato populacional superior a 100 mil habitantes; são eles: Altamira, Cametá, Barcarena, Abaetetuba, Bragança, Paragominas, Castanhal, Marituba, Belém, Ananindeua, Tucuruí, Tailândia, Santarém, Marabá, Parauapebas Castanhal e São Felix do Xingu.

As cidades citadas acima ofertam a maior parte de serviços de média e alta complexidade, especialmente aqueles associados à Clínica/ Ambulatório Especializado, Hospital Geral e Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia, e estão localizadas nas seguintes regiões de Saúde: Araguaia, Metropolitana I e III; Carajás, Lago de Tucuruí e Baixo Amazonas; Rio Caeté, Tocantins e Xingu.

Para adequar-se a esse novo contexto, foi redesenhada, em 2012, a estrutura da regulação do estado e municípios, se criou, então, seis Complexos Reguladores Regionais com Centrais Estadual de Regulação (CER). Quem deu providência a formação do complexo regulador foi o Decreto nº 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Os Complexos Reguladores estão sediados em seis municípios do estado do Pará; são eles: Belém, Marabá, Altamira, Santarém, Capanema e Conceição do Araguaia. Cada município contempla o seguinte número de Municípios: Belém – 40 municípios; Capanema – 39; Marabá – 21; Altamira – nove; Santarém, 19; e Conceição do Araguaia – 15 municípios.

Mapa 4 - Complexo Regulador Regional.

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Pará – 2016.

Em 2013, a Secretaria de Saúde do Estado implantou o Complexo Regulador Regional Capanema, aprovado nas CIR de Caetés, Metropolitana III e a Central Estadual de Regulação. Para o estado, é necessário o processo regulatório, com a implantação de protocolos e fluxos, elaboração de grades de referência e contrarreferência, utilização de protocolos de atendimento segundo classificação do grau de risco e critérios de priorização em conformidade com o estabelecido na Política Nacional de Regulação em Saúde e adotado nos Planos Estaduais de Rede Assistenciais (Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência e outras que forem aprovadas no âmbito do Estado).

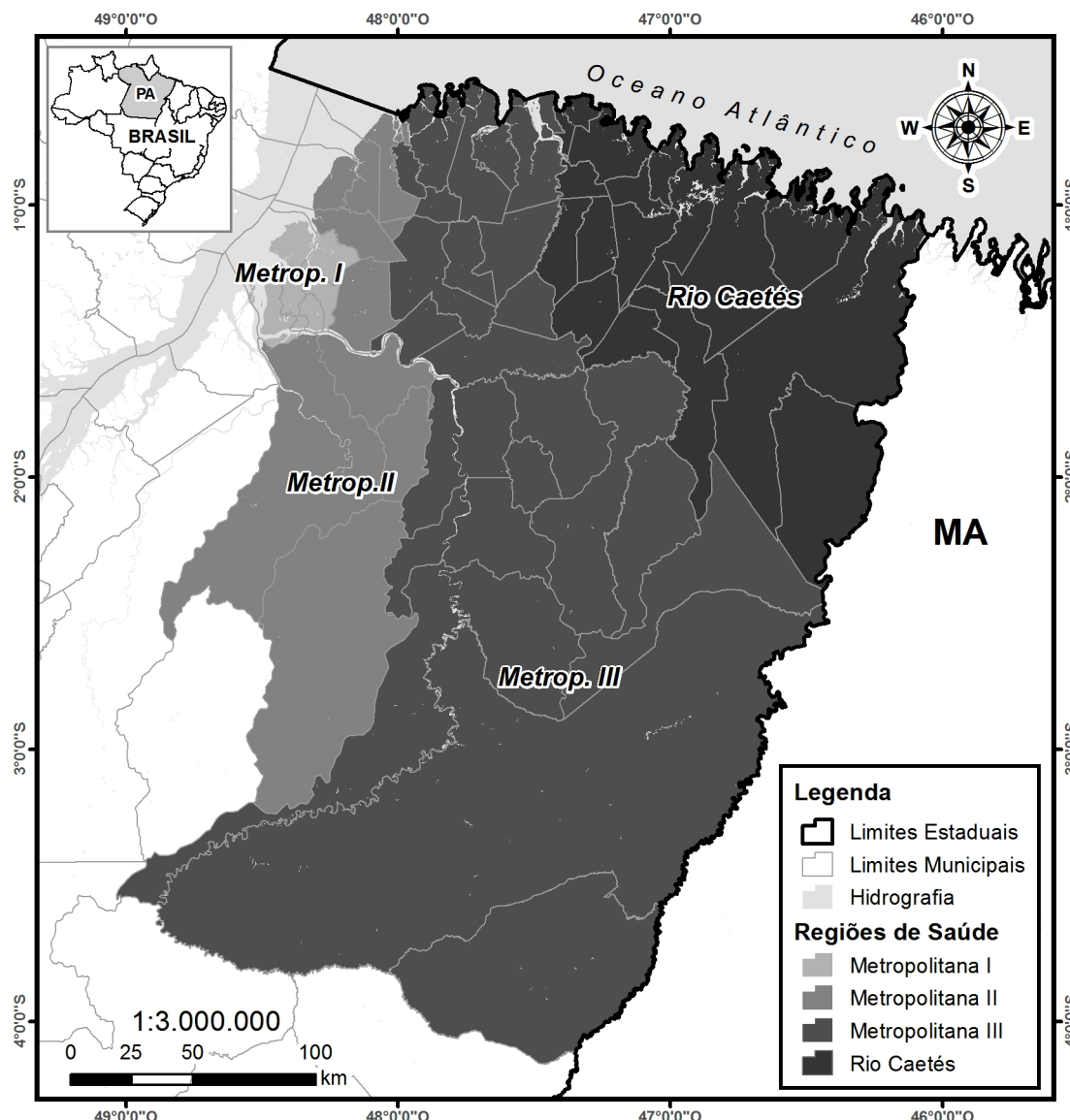
Para garantir a equidade do acesso aos serviços de saúde e proporcionar a ordenação do acesso a consultas e exames especializados por meio da central de regulação (CR), a Resolução CIB/Pa nº 74 de 30 de abril de 2014 estabeleceu como instrumento o “Protocolo de Regulação do Acesso a Consultas e Exames de média e alta complexidade e alto custo”.

Segundo o PES 2014-2017, o processo de Regulação do Sistema Único de Saúde no Pará iniciou em 2012 a gestão da saúde; a capacidade informacional e de acompanhamento dos contratos é o que dificultam sua

atuação. Ainda há ingerência do processo e faz-se necessária a sua consolidação, pois ela traz risco e instabilidades contratuais. O fato de os instrumentos ainda estarem sendo implementados é um fator limitador para o sistema de Regulação. Há proposta de regulação Integrada nos Hospitais Regionais com as Centrais Regionais de Saúde, a padronização dos Protocolos de Acesso de acordo com critérios específicos de cada rede de saúde (oncologia, materno - infantil, neurologia, cardiologia etc.) e a implantação da Rede de Monitoramento de Terapia Renal Substitutiva (TRS), dentre outras ações importantes para a qualificação da Regulação em Saúde no Estado do Pará.

Uma vez contextualizado, o estado do Pará centra-se nas regiões as quais este trabalho se propôs analisar: Região Metropolitana I, Metropolitana II, Metropolitana III e a Região do Rio Caeté, localizada a nordeste do estado do Pará, conforme apresentada no Mapa 3. Os municípios pertencentes a essa região compunham, na época da NOAS 2001/2002, as macroregiões Metropolitana, que tinha como sede Belém e Atlântica - sede Capanema. Ambas tinham 2.181.862 h e 474.028 h, respectivamente, e eram subdivididas em nove microregiões: 5 metropolitanas e 4 Atlânticas. O mapa a seguir aponta as regiões estudadas, bem como todos os municípios que apresentam essa nova configuração.

Mapa 5 - Região de Análise.



Metropolitana I Ananindeua Belém Benevides Marituba Santa B. do Pará	Concórdia do Pará Santa Isa. do Pará Santo A. do Tauá São C. de Odivelas Tomé-Açu Vigia	Curuçá Garrafão do Norte Igarapé-Açu Inhangapi IPIXUNA DO PARÁ Irituia Mãe do Rio	Nova Esp. do Piriá Paragominas Santa Mª do Pará São D. do Capim São F. do Pará São J. da Ponta São M. do Guamá	Rio Caetés Augusto Corrêa Capanema Nova Timboteua Tracuateua Viseu Bonito Bragança Cachoeira do Piriá Ourém	Peixe-Boi S. Luzia do Pará Primavera Quatipuru Salinópolis Santarém Novo S. J. de Pirabas
Metropolitana II Acará Bujaru Colares	Metropolitana III Aurora do Pará Capitão Poço Castanhal	Magalhães Barata Maracanã Marapanim	Terra Alta Ulianópolis		

 <p>Lab. de Análises Espaciais do NAEA Prof. Dr. Thomas Peter Hurtienne</p>	<p>INFORMAÇÕES TÉCNICAS Fonte: IBGE, 2016/ ANA, 2014 Projeção: Lat./ Long. Datum Horizontal: SIRGAS - 2000 Sistema de Coordenadas: Geográficas</p>	<p>LAENA/NAEA - UFPA ELABORAÇÃO Geógrafo: Wellington Fernandes Bolsista: Jéssica Sousa Alves Usuário: Sílvia Ferreira Data: 02/04/2018</p>
--	---	--

Fonte: IBGE (2016).

Essas regiões são compostas por 52 municípios que abrigam 47,42% da população do estado e de acordo com os dados do Apêndice - densidade

demográfica por Região de Saúde, 46 desses municípios têm até 100 mil habitantes e 6 municípios têm mais de 100.001 habitantes (Marituba, Ananindeua, Belém, Castanhal, Paragominas e Bragança).

Segundo o quadro da distribuição dos serviços de saúde de média e alta complexidade (Apêndice C), as Regiões Metropolitana I, Metropolitana III e a Região do Rio Caeté apresentam a maior quantidade de oferta de serviços e concentram 52,85% dos estabelecimentos de complexidade de saúde do estado (Belém, Ananindeua, Marituba, Castanhal, Paragominas e Bragança) e 6,25% do total de municípios do estado não têm estabelecimentos de média e alta complexidade.

O quadro 7 a seguir destaca a análise de financiamento para média e alta complexidade dessas regiões para o período do Pacto pela Saúde, 2006, que considera dados desse Bloco de Financiamento para 2014 e 2015. Esses Procedimentos são financiados com recursos do Teto MAC e pelo Feac, que financia alguns procedimentos da básica, média e alta complexidade definido pela da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), de acordo com a Portaria MS/SAS nº 224/2003 e pela tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Assim:

$$\text{Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade} = \text{MAC} + \text{Faec} \quad (3)$$

E

$$\text{MAC} = \text{Ações de Média e alta complexidade em Saúde} + \text{Incentivos} \quad (4)$$

O componente *incentivos financeiros* complementa outras modalidades de financiamento da Saúde que objetivam melhor qualificação da atenção, por meio de metas e pagamentos pré-fixados. O quadro 6 aponta para transferências para o Bloco MAC. Os dados foram obtidos do Sistema de Informação Sobre Orçamento Público em Saúde, para as quatro regiões analisadas.

Segundo dados do Siops – DATASUS, as quatro regiões estudadas têm um teto MAC de incentivo de R\$ 565.052.832,56 para os anos de 2014 e R\$ 566.976.793,36 para o ano de 2015. As informações obtidas a partir do Sistema de Controle de Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade,

SISMAC/ Ministério da Saúde obtidos no mesmo período apresentam para 2014 o valor de R\$ 1.014.509.509,1 e para o ano subsequente o valor de R\$ 1.025.186.141,06. Ou seja, em termos percentuais, essas regiões têm 55,70% e 55,30% respectivamente do total, sendo que R\$ 481.896.416,28, ou 47,50%, estiveram alocados na Região Metropolitana I (Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Isabel) em 2014, e R\$ 462.311.222,98, ou 38,87%, em 2015. O município de Belém concentrou R\$195.713.772,66 (34,64%) em 2014 e R\$220.535.265,30 (38,90%) em 2015; referente à região ou referente à MAC do Estado do Pará, 19,29% e 21,51%, respectivamente.

O volume de recursos da MAC destinado a Serviços Ambulatoriais e hospitalares são relativamente altos se comparados aos recursos destinados ao FAEC. As quatro regiões assumem percentuais de recursos semelhantes, isso porque o critério para estabelecer este teto considera além de aspectos populacionais ou N° de habitantes, o parque produtivo de cada município, que para o caso de média e alta complexidade se refere à quantidade de leitos e serviços ambulatoriais; isso também justifica o fato de a região Metropolitana I, comparativamente às três outras regiões, ser a maior em valor.

O quadro também apresenta os incentivos de Orçamentação global, especialmente aqueles ligados: ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); ao Centro Especializado Odontológico (CEO); ao Serviço Móvel de Atenção às Urgências e Emergências (SAMU); e ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Esse tipo de financiamento é repassado aos gestores para cofinanciamento de serviços ou estabelecimento. Cada incentivo apresenta base de cálculo diferenciada, induzida pelo Ministério da Saúde de acordo com a oferta de ação ou serviços naquela região. Neste caso, os Incentivos ao SAMU apresentam o maior percentual nas quatro regiões analisadas.

A modalidade de pagamento de Incentivos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde passou a compor a MAC recentemente; o objetivo é estimular a horizontalidade e a formação de redes de atenção, além de melhorar a qualidade da atenção ao usuário do serviço por meio do cumprimento de metas assumindo a característica de pagamento pré - fixado e pré - pagos. Os valores desses incentivos vêm sendo incorporados aos tetos da MAC estaduais, municipais e do Distrito Federal.

São três as formas de incentivo:

a) Incentivo e orçamento global - repassado aos gestores para cofinanciamento dos serviços ou tipos de estabelecimento de saúde e seu cálculo é embasado em estimativa. Esses incentivos usam a lógica da integralidade;

b) Incentivos para qualificação de serviços - é um recurso liberado sem a exigência de aumento de produção, mas são pactuados de acordo com a produção ou regras com seus gestores;

c) Incentivos para qualificação de leitos tendo como contrapartida o cumprimento de metas e qualidade - a base de cálculo é a produtividade esperada para o leito.

Mesmo não sendo atribuição do governo federal, o Ministério da Saúde habilita os executores dos serviços. O repasse realizado fica ao cumprimento dos requisitos estabelecidos nas portarias de incentivos, e é monitorado pelo próprio Ministério. O sistema de penalização é brando e difícil de executar; se ocorrer, é na forma de suspensão do recurso, durante um mês.

Quadro 6 - Financiamento 2014 - 2015.

Código	Classificação	REGIÃO METROPOLITANA I: Ananindeua - PA, Belém - PA, Benevides - PA, Marituba - PA, Santa Isabel do Pará - PA				REGIÃO METROPOLITANA II: Acará - PA, Bujaru - PA, Colares - PA, Santa Isabel do Pará - PA, Santo Antônio do Tauá - PA, São Caetano de Odivelas - PA, Tomé-Açu - PA, Vigia - PA				REGIÃO METROPOLITANA III: Aurora do Pará - PA, Capitão Poço - PA, Castanhal - PA, Curuçá - PA, Garrafão do Norte - PA, Igarapé-Açu - PA, Inhangapi - PA, Ipixuna do Pará - PA, Mãe do Rio - PA, Magalhães Barata - PA, Maracanã - PA, Marapanim - PA, Nova Esperança do Piriá - PA, Paragominas - PA, Santa Maria do Pará - PA, São Francisco do Pará - PA, São João da Ponta - PA, São Miguel do Guamá - PA, Terra Alta - PA, Ulianópolis - PA				RIO CAETÉ: Augusto Corrêa - PA, Bonito - PA, Bragança - PA, Cachoeira do Piriá - PA, Capanema - PA, Nova Timboteua - PA, Ourém - PA, Peixe-Boi - PA, Primavera - PA, Quatipuru - PA, Salinópolis - PA, Santa Luzia do Pará - PA, Santarém Novo - PA, São João de Pirabas - PA, Tracuateua - PA, Viseu - PA			
		2014 (R\$)	2015 (R\$)	2014 (%)	2015 (%)	2014 (R\$)	2015 (R\$)	2014 (%)	2015 (%)	2014 (R\$)	2015 (R\$)	2014 (%)	2015 (%)	2014 (R\$)	2014 (R\$)	2014 (%)	2015 (%)
4.1.7.21.33.12.00	Atenção de MAC	513.149.727,17	492.826.083,50	100,00	100,00	9.103.550,41	9.892.324,40	100,00	100,00	64.924.568,32	85.920.404,88	100,00	100,00	20.898.808,60	22.810.569,34	100,00	100,00
4.1.7.21.33.12.10	Limite Financeiro	481.896.416,28	462.311.222,98	93,91	93,81	8.270.967,84	5.286.213,07	90,85	53,44	53.986.639,84	76.732.337,81	83,15	89,31	20.898.808,60	22.647.019,50	100,00	99,28
4.1.7.21.33.12.11	Teto financeiro	452.059.577,72	398.519.855,14	-	-	4.830.572,69	187.687,50			42.263.363,31	51.736.809,35			16.618.362,16	16.065.418,75		
4.1.7.21.33.12.12	SAMU - Serviço de Atendimento	7.666.293,74	8.771.260,00	1,59	1,90	381.393,74	171.600,00	4,61	3,25	2.278.250,24	2.770.818,75	4,22	3,22	2.834.256,40	2.349.166,75	13,56	10,37
4.1.7.21.33.12.13	CEO - Centro	1.548.800,00	1.791.900,00	0,34	0,39	187.180,00	1.115.287,36	2,26	21,10	227.700,00	302.087,26	0,42	0,35	308.550,00	217.800,00	1,86	1,36
4.1.7.21.33.12.14	CAPS - Centro de	5.073.257,11	5.233.653,12	1,05	1,13	701.191,90	0	8,48	0,00	2.007.270,78	2.026.483,64	3,72	2,36	17.746,07	97.605,42	0,08	0,43
4.1.7.21.33.12.15	CEREST - Centro de	210.000,00	0	0,04	0,00	0	3.131.536,47	0,00	31,66	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00
4.1.7.21.33.12.19	Outros Programas	15.338.487,71	47.994.554,72	3,39	10,38	2.170.629,51	564,3	26,24	0,00	7.210.055,51	19.896.138,81	13,36	23,16	1.119.893,97	3.917.028,58	5,36	17,30
4.1.7.21.33.12.20	Fundo de Ações Estratégicas	31.253.310,89	30.514.860,52	6,09	6,19	832.582,57	0	9,15	46,56	10.937.928,48	9.188.067,07	16,85	10,69	0	163.549,84	0	0,72

Fonte: Sistema de Informação Sobre Orçamento Público em Saúde SIOP, 12/2017.

O capítulo circunscreveu a trajetória da conformação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da capacidade legal e os impactos sobre as relações intergovernamentais e princípios estabelecidos pelo sistema único de saúde. Assim, trouxe a leitura de autores importantes para a análise sobre o instituto do pacto, e se debruçaram a lógica que foi se estabelecendo a partir dessas normas e instrumentos que, no primeiro momento, condicionou a formação do Sistema Único e depois ampliou para um processo de pactuação que pretende ser mais denso dentro de níveis regionais.

Ateve-se também na contextualização da região de estudo; assim, concentrou-se na formação do Sistema Único de Saúde e suas mudanças no território amazônico, além de apresentar dados que configuram, em termos práticos, as assimetrias existentes resultantes de políticas de concentração. Estudos como os de Oliveira (1998, 2008) e Viana et al. (2010) são importantes nesta contextualização, pois debatem as políticas públicas para a região e sua capacidade de reduzir as iniquidades do setor da região e do estado do Pará.

4 RELEITURA TEÓRICA DA PESQUISA

Entende-se que o arcabouço teórico explanado acima dê conta de demonstrar se o novo Arranjo Institucional, estabelecido pelo governo brasileiro em 2006, o Pacto pela Saúde, que tem a capacidade de estimular a cooperação e a solidariedade entre municípios das regiões de saúde do estado do Pará, sob a indução de normas federais, e a coordenação do estado, favorecendo a coordenação de ações para promover o acesso assistencial nos termos fixados pela constituição e ratificado pelo SUS – universalidade, igualdade e integralidade.

Especialmente, neste pacto, ratifica-se que é estabelecida a responsabilidade do Ministério da Saúde da proposição e política, participação no cofinanciamento, cooperação técnica, avaliação, regulação, controle e fiscalização, além da mediação de conflitos

Fazem-se necessários alguns esclarecimentos quanto ao que se define como Instituto do Pacto para a proposta deste trabalho, inclusive já mencionados na contextualização. O Instituto do Pacto foi, num primeiro momento, representado pela NOAS de 2001, 2002 (BRASIL, 2001, 2002) e a partir de 2006 passou a ser representado pelo Pacto da Saúde instituído pelo Ministério da Saúde. Neste sentido, trata-se de um conjunto de regras formais e informais que busca imprimir racionalidade sistêmica para garantir a integralidade na atenção à saúde e dá mais equidade ao acesso.

Machado (2009a) constata em sua pesquisa que os resultados produzidos da NOAS sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde e a Pactuação Regional não foram suficientes para superar a fragmentação da gestão e criaram condição à violação do ótimo social. Para o caso da pactuação regional, ocorreu a superposição de duas arenas: a eleitoral e a de afirmação de pacto de gestores a partir de um sistema de oferta de serviço público. Neste caso, os serviços de saúde se enquadram numa categoria intermediária: a de serviço público. Embora, em princípio, esteja disponível a qualquer um, a partir de determinado limite a utilização por uns implica em restrições ao consumo por outros, uma vez que os meios de produção são limitados e não se enquadram entre bens públicos típicos, conhecidos como aqueles em que o consumo por parte de um não afeta a probabilidade de ser consumido por outros.

Assim, governantes e eleitores interagem a partir do entendimento de que o acesso dos últimos, necessariamente, depende de concessões dos primeiros. Isso está associado ao padrão de comportamento patrimonialista e clientelista nos serviços públicos. Já historicamente localizados neste país, eles permitem a cristalização de padrões eleitoreiros de comportamento calculista e aproximam governantes e eleitores das relações entre fornecedores e clientes. Assim, o bem público passa a ser objeto de barganha e, desta forma, a ampliação da oferta de bens e serviços públicos sob controle dos dirigentes municipais, sem taxaço dos potenciais eleitores e, portanto, sem ônus político direto, oferece aos dirigentes municipais oportunidades significativas para alargar seu espaço de barganha eleitoral.

Para Trevisan e Junqueira (2007), o Pacto significa negociação entre iguais, em que é respeitada a autonomia, visando ao objetivo integrador de responsabilidade sanitária. Entende-se que Pacto não é mercado de serviços, mera relação de compra e venda, obediente à lei da oferta e da procura. O Pacto da Saúde pressupõe a utilização de recursos, de processos e de ordenamento de fluxo no atendimento da demanda. Esse pacto exige articulação intersetorial, com ativa participação da população. Por esta razão, os pactos de gestão na área da saúde devem ter múltiplas perspectivas de tempo, aceitando a curta, média ou longa duração.

Contudo, cabe apresentar algumas caracterizações sobre este novo arranjo, destacando o que é e porque a escolha ótima, e depois qual é e como se apresenta a oferta dos serviços em termos nacionais, suas restrições e caracterização apresentada.

4.1 A relação entre atores

Dentro do contexto acima estabelecido, destacam-se pelo menos três atores no processo de pactuação: os municípios assimétricos, com seus representantes políticos, animados por um federalismo com características historicamente competitivas; o Estado, com sua representação política e que a partir do Pacto pela Saúde, em 2006, passou a participar mais ativamente do jogo com funções de coordenação; e a União, que a partir do SUS normatiza as ações de saúde pública em nível nacional.

A interação desses atores, seja ela vertical ou horizontal, influencia na geração e distribuição de políticas públicas para alcançar os objetivos estabelecidos pelo SUS (universalidade, equidade e Integralidade). O pacto deve distribuir responsabilidades entre municípios a partir de um processo de otimização regional na prestação de serviços público de saúde.

O ambiente institucional também se apresenta descentralizado, com autonomia municipal, com assimetria financeira, técnica, de infraestrutura e assimetria de informação, bem como externalidades geradas a partir das interações entre eles e com regras que deveriam gerar condição para induzir os municípios a municípios a cooperação.

Para cooperar, é necessário que esses entes governamentais, a partir de seus representantes políticos, se disponham a transferir seus recursos. Desta forma, esses entes terão que se submeter às regras de financiamento, mesmo com base própria de financiamento. Este fator, associado à característica dos serviços, aponta para dependência financeira e de infraestrutura, assimetria de propriedade de recursos, o que justifica a negociação, porque afeta a pré-disposição a negociar ou barganhar e, conseqüentemente, a autonomia dos mesmos.

A teoria estabelece que exista uma relação direta entre a assimetria entre atores sociais e o custo de não cooperar. Nesta relação, quanto maior a assimetria, maior o custo de não se cooperar e maiores são as atitudes de risco⁹; o interesse político agudiza esse risco. Comportamento estilo, barreira à entrada Moral Hazard, no trajeto da maximização dos recursos, são fatores que se constituem em risco. O que se prevê na formatação de cooperação intermunicipal é, no mínimo, buscar soluções ao desequilíbrio horizontal na prestação de ação e serviços de saúde, objetivando atender os princípios. Neste sentido, dada a estrutura do SUS, a cooperação intermunicipal dependerá da racionalidade estreita dos agentes envolvidos, ou seja, o custo político que está na racionalidade estreita surge dos agentes das diferentes avaliações dos agentes fazem da incerteza e do risco de se cooperar, ou não.

As regras, portanto, têm a capacidade de, mesmo em condições assimétricas, gerar estabilidade no jogo. Knight (1998) supõe que a

⁹O risco advém da incerteza consequência da racionalidade estreita e da possibilidade de comportamento oportunistas entre os envolvidos na possível cooperação.

estabilização de determinado ponto de equilíbrio seria explicada pelas propriedades da estrutura institucional de regular as interações, perpetuando determinados efeitos distributivos e, daí, mantendo determinados agentes em melhor posição relativa. Tsebelis (1998) destaca que a análise das instituições como “regras do jogo” sugere que o conhecimento dessas regras defina quem são os jogadores, quais movimentos lhes são possíveis, qual a sequência dos mesmos e quais informações eles dispõem antes de cada jogada.

Isso estabelece os efeitos restritivos das regras e procedimentos que configuram uma instituição composta por agentes, induzindo-os ao equilíbrio à medida que induz a estabilidade a partir da definição das possibilidades para alcançar seus fins. Desta forma, a estabilidade dos resultados produzidos a partir de interações sociais é resultado do efeito restritivo de regras e procedimentos.

Este é o cerne deste trabalho: entender o Instituto do Pacto e sua capacidade de gerar efeitos distributivos que presidem as interações entre entes federados e compatibilizar autointeresses e princípios constitucionais e do SUS.

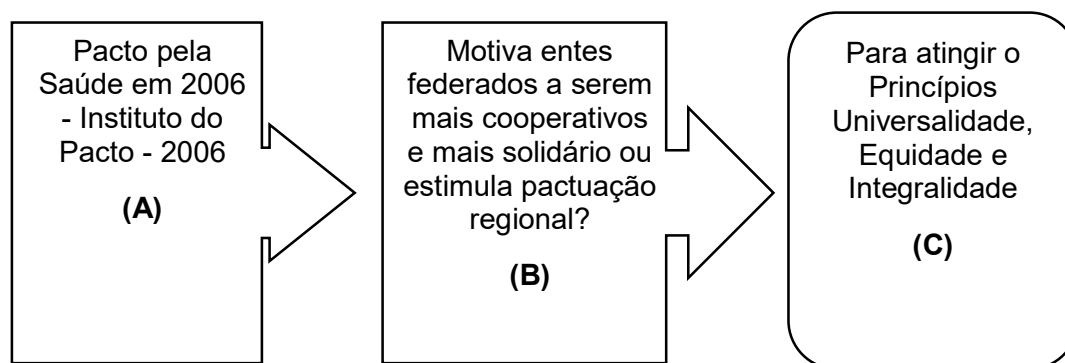
A possibilidade de divisão de risco a partir de um processo de cooperação abre espaço para que o Estado desempenhe um papel importante de coordenador horizontal e a possibilidade de estruturar uma cooperação entre os municípios de forma mais espontânea. Destaca-se neste contexto, a importância dos colegiados regionais e estaduais, no sentido de melhor sincronizar a demanda à oferta e sua importância no efeito redistributivo para tornar a informação mais fluida e necessariamente reduzir as assimetrias informacionais.

Para o caso da União, é importante entender como as regras são capazes de afetar a capacidade de cooperar ou ser mais solidários, ou seja, a União, a partir das normatizações do pacto pela saúde, é uma personagem importante, especialmente porque é capaz de influenciar ou direcionar as interações entre entes e, ao mesmo tempo, é também afetada pelas barganhas que estruturam as relações verticais.

No esquema do novo programa intitulado Pacto pela saúde, estabelecido pelo governo federal em 2006, que sintetiza um conjunto de normas que passou a estruturar relações intergovernamentais na área da saúde, destaca-se a legislação no âmbito do financiamento, do Planejamento,

da contratualização e da regulação. Em síntese, o problema de pesquisa pode apresentar-se esquematicamente de acordo com a figura 6 abaixo.

Figura 1 - Formulação do Problema e pesquisa.



Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

Essa legislação foi posta como o Instituto do Pacto (A). Interrogamo-nos, a partir dessa estrutura de normas formais estabelecidas por esse instituto, acerca da capacidade que o mesmo tem de motivar a superação de comportamentos individuais dos entes sociais (Knight 1998 e Sharpf 1997), sob os arranjos para gestão descentralizadas de recursos (B). Incorporam-se os pressupostos da racionalidade desses agentes, entes federados com recursos e informações assimétricas, para se inserirem num processo de pactuação de políticas públicas de forma cooperativa e mais solidária, cujo objetivo é atender os princípios (C) também estabelecidos em Lei.

Neste sentido, a análise teórica requer:

- 1) Estabelecer a Normatização do que se definiu como Instituto do Pacto, conforme exposto no tópico acima, ou seja, a dimensão em termos legais de (A);
- 2) Buscar evidências empíricas capazes e apresentar mecanismos básicos de atuação nesse arranjo (B), considerando as dimensões abarcadas pela legislação conectando efeitos (C) da estrutura e interação.

4.2 Distribuição de Competências e Normatização do Pacto pela Saúde

A Constituição Federal de 1988 imprimiu forte impulso descentralizador à organização estatal brasileira, transferindo aos municípios responsabilidades

inéditas quanto à formulação e à implementação de políticas públicas. Todavia, no que pese o sentido cooperativo existente na atribuição de competências concorrentes entre a União, os estados-membros e os municípios, não estavam previstos mecanismos para induzir a cooperação, ou seja, faltavam os instrumentos formais necessários à coordenação federativa.

A normatização do pacto pela saúde foi resultado de um processo que começou a ser elaborado a partir da reunião do CONASS, em 2003, e foi implementado pelo Ministério da Saúde a partir de 2006. Esse processo teve como consequência a revisão das partes normativas do SUS. Destacou-se como prioridades o fortalecimento da Atenção Primária, necessidade e articulação Inter setorial, do fortalecimento do papel do estado e a luta pela Ementa Constitucional N° 29¹⁰, de 13 e setembro de 2000 e mais recursos financeiros na área da saúde.

Os primeiros resultados dos esforços empregados estão na Portaria n°. 399 de 22 de fevereiro de 2006, do Ministério da Saúde, que divulgou o Pacto pela Saúde (2006) e é responsável pela consolidação do SUS e aprovação das Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Ela estabeleceu o Pacto pela Saúde com a proposta de revisão anual, com base nos princípios constitucionais do SUS e ênfase nas necessidades de saúde da população que implicou no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas aos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto pela Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida e o Pacto de Gestão foram regulamentados a partir da Portaria GM/MS N° 699, de 30 e março de 2006, que considerou as Diretrizes Operacionais Instituídas pela portaria n° 399/GM de 22 de fevereiro 2006, responsável por alterar várias dimensões do funcionamento do SUS e dos processos de pactuação inicialmente estabelecido pela NOA's 2001/2002 e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, além de estabelecer a unificação de indicadores e metas que implementou o Termo de Cooperação entre entes Público.

¹⁰ Essa Emenda se propôs a alterar os art. 34, 35, 150, 160, 167 e 198 da Constituição Federal de 1980 e acrescentou o Art. Sobre o Ato das Disposições Transitórias que passou a vigorar acrescido do art. 77. Essas alterações objetivaram assegurar os recursos mínimos para financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

O art. 3º desta portaria foi alterado pela Portaria 161, de 22 de janeiro de 2010, a partir da 7ª Reunião Ordinária da CIT, e passou a ser denominado de Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP). Esse instrumento formaliza as ações intergestores do SUS quanto às unidades ambulatoriais em determinados municípios que estão sobre gestão de outro.

A Portaria 161, de 22 de janeiro de 2010, estabeleceu nos Art. 4º e 5º as definições do fluxo e serviços, metas quantitativas e qualitativas; mecanismos de acompanhamento e avaliação, bem como a importância de um Plano Operativo Anual que deve explicitar as metas físicas e financeiras anuais. A portaria também dispõe no Art. 6º sobre a transferência de recursos fundo a fundo, esta estabelece que:

§1º Os recursos de custeio de ações e serviços de saúde a serem transferidos serão correspondentes, preferencialmente, à realização das metas pactuadas no Plano Operativo Anual e não por produção de serviços.

§2º O início da transferência dos recursos pelo FNS, inclusive no caso de alteração de valores, ocorrerá a partir do registro das informações do PCEP, a ser encaminhado à Secretaria de Atenção à Saúde pela Comissão Intergestores Bipartite.

§ 3º A suspensão ou término da transferência dos recursos pelo FNS apenas será realizada a partir de sua notificação à Secretaria de Atenção à Saúde, por qualquer dos entes partícipes do PCEP, ou pelo término da vigência deste, respectivamente.

Ainda se dispõe no Art. 8º sobre as divergências na negociação que não sejam passíveis de acordo entre os gestores do SUS e serão remetidas à Comissão Intergestores Bipartite.

A Portaria GM/MS N° 699, de 30 de março de 2006, estabeleceu também no art. 5º que o Termo Limite Financeiro Global do Município deve explicitar os recursos para a população própria e os relativos à população referenciada; esses recursos são transferidos pelo MS de forma regular e automática.

O art. 7º destaca as normas para a definição, alteração e suspensão dos valores do Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal.

I - A alocação do recurso referente ao Bloco Financeiro de Média e Alta Complexidade da Assistência será definido de acordo com a Programação Pactuada e Integrada - PPI;

II - A alteração no valor do recurso Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal, deve ser aprovada na

Comissão Intergestores Bipartite – CIB e encaminhada ao MS para publicação; e

III - As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para estados, DF e municípios serão suspensas nas seguintes situações:

- a) não pagamento dos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, exceto as situações excepcionais devidamente justificadas;
- b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no prazo de um ano (letra b, tornado sem efeito pela Portaria GM/MS nº 3.462 e 11/11/2010; e
- c) indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do município, DF ou estado envolvido.

O Pacto de Gestão contempla o art. 7º da Lei nº 8080/90 dos princípios e estabelece as responsabilidades sanitárias de cada instância gestora do SUS, para diminuir as competências concorrentes a partir do estabelecimento das responsabilidades de cada federado, contribuindo para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Assim, ele: parte do pressuposto das desigualdades, diferenças e iniquidades regionais e foca suas estratégias na regionalização e descentralização do SUS; parte da unidade de princípios e diversidade operativa que respeite as singularidades regionais; reforça a territorialização da saúde, baseado na organização de sistemas, estruturando as regiões sanitárias e institui colegiados regionais; estabelece diretrizes para a gestão do SUS dando ênfase na Descentralização, Regionalização, Mecanismo de Gestão Regional, Planejamento, Financiamento, Programação Pactuada Integrada, Regulação, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

A descentralização passou a ocorrer a partir do momento em que foram aprovadas as Diretrizes e Normas pactuadas na CIT. Desta forma, estados e municípios nas CIB passaram a definir o modelo organizacional a serem implementados, não mais necessitando do credenciamento de serviços e/ou projetos junto ao Ministério da Saúde. Assim, passou a ser necessário que as

Secretarias Estaduais, em parceria com a reapresentação municipal, via câmaras técnicas, passassem a dar suporte às decisões da CIB.

A Regionalização foi reafirmada no Pacto e foram mantidos os esforços PDR – Plano Diretor e Regionalização, NOAS/SUS 01/2002, a partir do Decreto nº 7.508/11 (BRASIL, 2011), que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Assim, foram constituídas as Regiões de Saúde, cujo objetivo era melhorar o acesso à saúde, respeitando o conceito de economia e escala e equidade de acesso da população, sempre pactuados na CIB. E devem conter pelo menos: Atenção Primária; Urgência Emergência; Atenção psicossocial, ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde.

O Mecanismo de Gestão Regional, também instituído pelo Decreto nº 7.508/11 (BRASIL, 2011) que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manteve os Colegiados criados anteriormente e trouxe como inovação a Comissão de Gestores Regionais como mais uma instância de Pactuação consensual entre os entes federativos, para definição de regras de gestão do SUS. Assim, retoma-se nas Seções I e II do Capítulo V as disposições sobre as Comissões Intergestores, que pactuarão o funcionamento das ações e serviços integrados em redes. O Art. 32. apresenta as competências dessas Comissões.

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contra referência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

O Planejamento também passou a ser regulamentado pelo Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 no Capítulo III. Os Art. 15º ao 19º o caracterizam

como ascendente e integrado, do nível local até o nível estadual, compatibilizando as necessidades locais. O Planejamento também estabelece os serviços da iniciativa privada como complementar. Destaca-se a importância do Mapa de Saúde para identificar as necessidades das mesmas. Quanto ao Planejamento da saúde feito no âmbito estadual, este deve ser realizado de maneira regionalizada, considerando o estabelecimento de metas e saúde e, por fim, a importância da CIB para pactuar processos e prazos dos planejamentos municipais, estaduais e nacional.

Uma outra inovação do planejamento é encontrada no Capítulo IV deste decreto, que é a Relação Nacional de Ações e Serviços e Saúde (RENASES) e sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). A primeira oferece o atendimento, a integralidade da assistência à saúde, e caberá aos municípios e estados pactuarem em suas devidas Comissões Intergestores suas respectivas responsabilidades em relação ao rol de ações. Ao RENAME cabe também o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica.

Nesta nova fase, o financiamento e a transferência de recursos foram estabelecidos pela Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, para ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

Assim, estabeleceram-se cinco blocos: atenção básica/primária; atenção de média e alta complexidade; vigilância em saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS. O recurso de cada bloco de financiamento deve ser aplicado exclusivamente nas ações e serviços de saúde de cada Bloco.

Com relação, especificamente, ao Bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, sua composição considera o componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC e pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC). Esse financiamento se dá de acordo com o atributo de nível de complexidade e a forma de financiamento definida para cada procedimento da tabela do Sistema e Informação Ambulatorial (SIA), de acordo com a Portaria MS/SAS nº 224/2003 e pela tabela do Sistema de Informação hospitalar (SIH). Nesta portaria, o MS comenta que o objetivo é reduzir gradativamente de um conjunto de procedimentos da FAEC e incorporar os recursos aos tetos da MAC dos Estados e Municípios.

A Portaria nº 837/GM/MS, de 23 de abril de 2009, altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamentos relativos à transferência de recursos federais para ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O Ministério da Saúde também divulgou, em 2006, as Diretrizes para Programação Pactuada Integrada da Assistência à Saúde que apresenta parâmetros assistenciais por área programática, cujo objetivo é direcionar as Secretarias de Saúde. A portaria Nº 1.097, de 22 de maio de 2006, considera a necessidade de garantir o acesso à população às ações e aos serviços e assistência à saúde mais equânime, e definiu:

Parágrafo Único: Organizar a rede de serviços dando transparência ao fluxo estabelecido, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria de referências recebidas de outros municípios.

A PPI orientar-se pelo Manual de Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde, disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Ela detalha o fluxo financeiro de custeio da assistência à saúde e define os limites financeiros para média e alta complexidade (MAC), estabelecendo a transparência dos pactos intergestores; assim o Termo de Compromisso para Garantia do Acesso em uma mesma unidade federativa deve ser aprovado na CIB e conter os pressupostos que deverão constar na PPI.

Como pressupostos gerais, a Portaria 1.097 de 22 de maio de 2006 orienta para a integração do processo de planejamento coerente com Plano de Saúde.

Como eixo orientador da PPI, cinco são os pontos destacados:

I – Centralidade da Atenção Básica: destaca-se a importância da atenção básica para a programação da Assistência à Saúde, especialmente da demanda na dimensão assistência, como também na promoção e prevenção a saúde.

II – Conformação das Aberturas Programáticas: neste caso a programação da atenção básica e da média e alta complexidade ambulatorial; programação e ações ambulatoriais organizadas por áreas estratégicas,

programação hospitalar; procedimentos financiados pelo Fundo e Ação Estratégica e Compensação (FAEC).

III – Parâmetros para Programação de Ações de Saúde: Ações de Atenção básica e Média complexidade ambulatorial, orientadas a partir de parâmetros de concentração e cobertura populacional, estabelecido por portaria do Ministério da Saúde. A programação da Alta complexidade dar-se-á também a partir de parâmetros definidos para estruturação das redes de serviço de alta complexidade.

IV – Apresenta a composição das Fontes de Recursos Financeiros a serem programados.

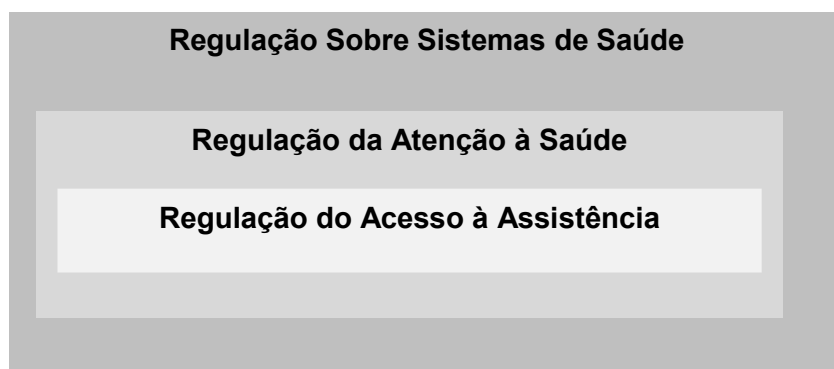
V – Descreve o Processo de Programação e Relação Intergestores.

Outro aspecto importante sobre a PPI é que se espera que ela seja realizada no mínimo a cada nova gestão estadual, respeitando a pactuação na CIB e que seja revisada periodicamente, em função da alteração no fluxo e atendimento ao usuário, de oferta e serviços, na tabela de procedimentos, limites financeiros etc.

A partir da Portaria N° 1699, de 27 de julho de 2011, alterou-se o art. 9°, destacando os documentos necessários e o sistema de aprovação no limite financeiro na Assistência de Média e Alta Complexidade.

Regulação – A portaria n° 1559, de 1° de janeiro e 2008, instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS, para estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, a ser implementada em todas as unidades federadas, respeitando as competências de cada esfera de gestão, respeitando as responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas. A regulação do SUS organiza-se em três dimensões de atuação, de acordo com a figura 7 a seguir: O Art. 2° desta portaria trata das ações da Regulação do SUS e suas respectivas dimensões.

Figura 2 - Dimensão da Regulação.



Fonte: Pará. Secretaria de Saúde do Pará, 2017

De acordo com os incisos I, II e III do artigo 2º da Portaria GM/MS nº 1559/2008:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS;

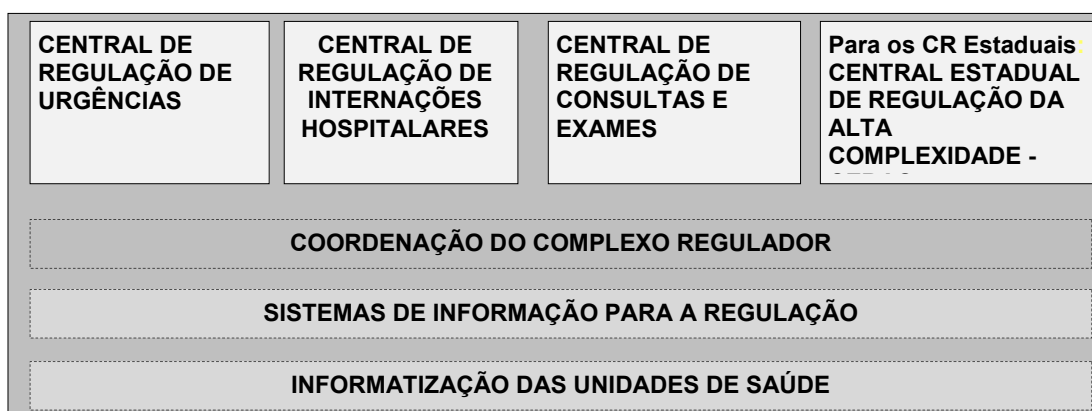
III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Nesta nova fase, cada prestador de serviço responderá apenas a um gestor, que deve ser preferencialmente do município, conforme desenho da rede pactuada na CIB, e desta forma deve obedecer aos princípios da descentralização. A escala considera a complexidade da rede, o desenho da assistência e a primazia do interesse e satisfação do Usuário do SUS.

Os Art. 3º e 4º e 5º desta portaria destacam as ações que os incisos acima estabelecem. Neste sentido, surge uma figura nova e importante na estrutura da regulação no país, que é o complexo regulador.

A organização do complexo regulador ocorrerá conforme a figura abaixo e será detalhada de acordo com o artigo 7º.

Figura 3 - Estrutura Funcional o Complexo Regulador.



Fonte: Plano de Saúde do Estado do Pará, 2014 - 2017.

Será, desta forma, constituída por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, preferencialmente, descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração.

O Art. 9º da Portaria nº 1.559/2008 estabelece sobre a operacionalização das ações e estrutura do complexo regulador, podendo assumir os modelos de Complexo Regulador Municipal e/ou Complexo Regulador Regional. No Primeiro, estabelece-se sobre a gestão e gerência sobre a Secretaria do Estado e sobre gerência compartilhada entre Secretaria do Estado e Municípios, conforme texto contido em Portaria:

- a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regula acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermedia acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado;

b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regula o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado;

c) Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regula acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.

As Principais iniciativas legais do Pacto pela Saúde englobam, de forma sintética, as seguintes normas.

a) Portaria GM/MS N° 399, de fevereiro de 2006 - Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto;

b) Portaria GM/MS N° 699, de 30 e março de 2006 - Regulamenta as Diretrizes Operacionais do SUS;

c) Portaria GM/MS N° 1.097, de 22 de maio de 2006 - Estabelece que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único e Saúde;

d) Portaria N° 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007 - Regulamenta o Financiamento e a Transferência dos Recursos para a ação e serviço da Saúde na forma de Blocos econômicos com seus respectivos monitoramento e controle;

e) Portaria N° 1559/GM/MS, de 1° de janeiro e 2008 - Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde;

f) Portaria N° 837/GM/MS, de 23 de abril de 2009 - Acrescenta dispositivos na Portaria n° 204/GM/MS, de 29 e janeiro de 2007, para inserir Bloco e Investimento na Rede de Serviço e Saúde na Composição dos Blocos e Financiamento;

g) Portaria N° 161/GM/MS, de 21 de janeiro de 2010 - Dispõe sobre o art. 3° da PORTARIA GM/MS N° 699, de 30 de março de 2006, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos;

h) Portaria N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010 - que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

i) Lei 12.401, de 28 de abril de 2011 - Altera a Lei 8080 de 19 de setembro de 2011 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011 - Regulamenta a Lei 8080, de 19 e setembro para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o Planejamento, a assistência à Saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

j) Portaria N° 1699, de 27 de julho de 2011 - Alterou o art. 9º da Portaria GM/MS N° 1.097, de 22 de maio de 2006;

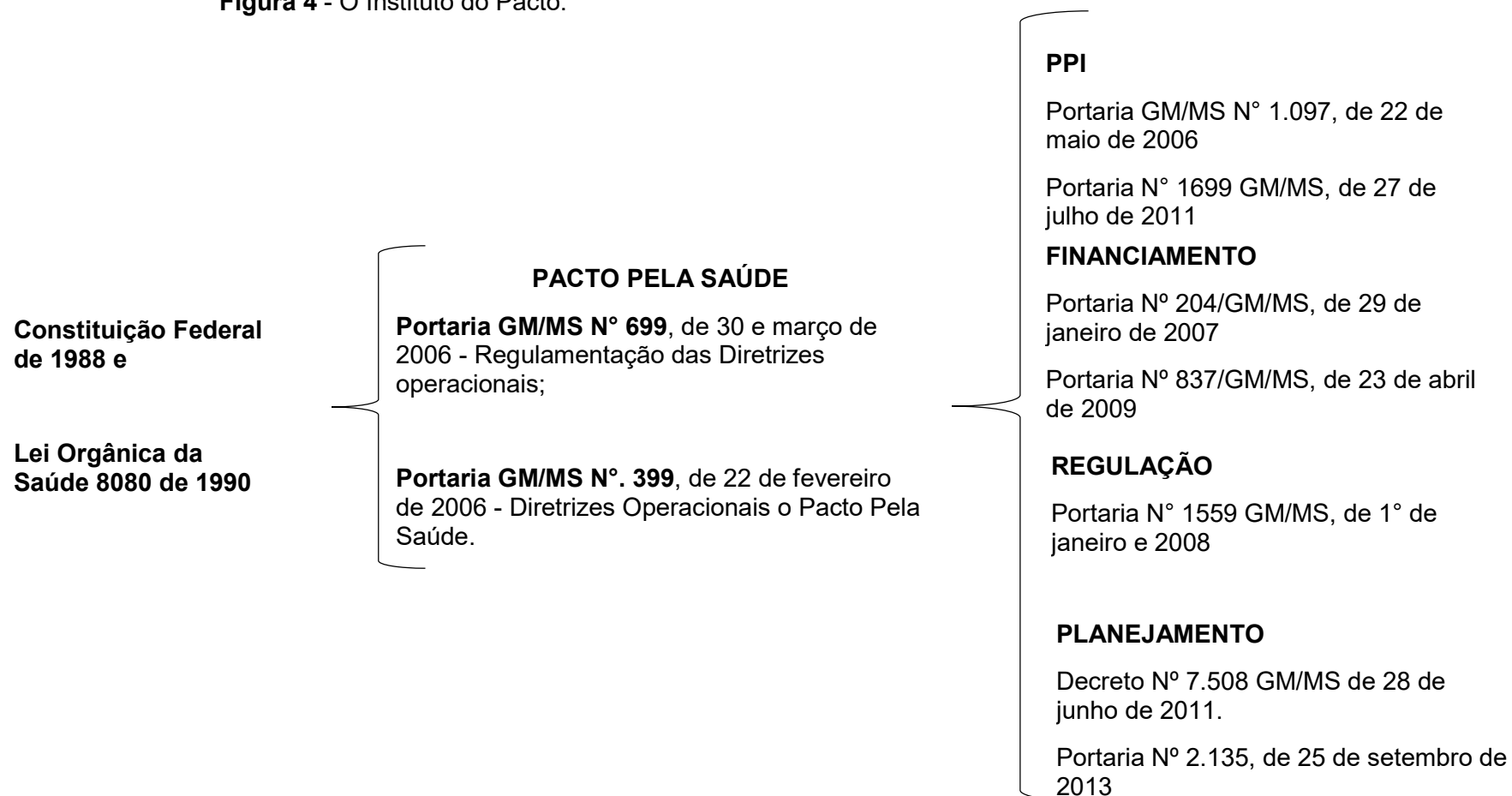
l) Lei complementar 141, de 13 de janeiro de 2012 - Lei Regulamenta o Inciso 3º do art. 189 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União Estados e Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

m) Portaria N° 1.580 de 19 de julho de 2012- Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo e Compromisso e Gestão, e que trata a Portaria GM/MS N° 399 para fins e repasse e recursos financeiros pelo Ministério da Saúde e Estados, Distrito Federal e Municípios;

n) Portaria N° 2.135, de 25 de setembro de 2013, - Estabelece as diretrizes para o Processo de Planejamento no âmbito do SUS.

A figura 9 abaixo dispõe das principais normatizações e instrumentos que passaram a constituir o instituto do pacto

Figura 4 - O Instituto do Pacto.



Fonte: Elaborado pela autora em 2017

4.3 Bem público e os Princípios do SUS

Conforme apresentado anteriormente, os princípios do SUS são fruto de uma conquista estabelecida na Constituição e, portanto, conhecidos e reconhecidos como princípios constitucionais (universalidade, equidade e integralidade). Nesse contexto é importante entendê-los como sendo uma situação ou um estado da sociedade que, para além de eficiente, deve ser justo, isto é, maximiza o bem-estar da sociedade. Neste caso, maximizar o bem-estar social está associado aos princípios constitucionais citados e apresentados pelas equações (1), (2) e (3).

Uma vez que a universalidade representa o atendimento a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo, entende-se que a busca pela Universalidade é atender a demanda de todos os cidadãos, que pode ser representado pela somatória das demandas de todos os cidadãos dos municípios $(m_{d1} + m_{d2} + m_{d3} + \dots + m_{dn})$ que tiverem direito aos bens e serviços de saúde ofertados pelo Estado (E), e que pode, portanto, ser representado algebricamente pela equação (1), abaixo.

$$m_d = (m_{d1} + m_{d2} + m_{d3} + \dots + m_{dn}) \quad (1)$$

A igualdade, por sua vez, para ser alcançada, exige redução das iniquidades sistemáticas nos determinantes da saúde, incluindo o acesso e a prestação de serviços. Isso exige o exercício do pleno direito de acesso para todos os cidadãos dos municípios (m_d) . Todos cidadãos (m_d) devem ter pleno acesso igualmente entre si; dessa forma, para maximizar o bem-estar social, é necessário que a igualdade seja função do acesso de todos os cidadãos brasileiros a serviços de saúde que podem ser representados algebricamente por (2):

$$I = f(U) = m_{d1} = m_{d2} = m_{d3} = \dots = m_{dn} \quad (2)$$

Assim, a terceira condição de bem estar está associada à integralidade que, segundo Starfield (2002), considera a variedade de serviços disponíveis que são ofertados pelo Estado (E) e atendem às necessidades gerais e específicas da população. Faz-se assim, necessária a articulação de várias modalidades (Assistência As; Vigilância Sanitária VISA; e Vigilância

Epidemiológica ou VE) aos vários níveis de complexidade (Atenção Básica ou AB; Média Complexidade MC e Alta complexidade AC), representados por:

$$(As + Visa + Ve) * (AB + MC + AC) = As(AB + MC + AC) + \\ + Visa(AB + MC + AC) + Ve(AB + MC + AC) \quad (3)$$

Neste sentido, o acesso para o cidadão dar-se-á, idealmente, no instante em que o conjunto de cidadãos de determinado município m_d ou $m_d = (m_{d1} + m_{d2} + m_{d3} + \dots + m_{dn})$, que apresentam utilidade, teoricamente, iguais a $I = f(U) = m_{d1} = m_{d2} = m_{d3} = \dots = m_{dn}$, tiver acesso irrestrito a todas as modalidades de atenção à saúde e à complexidade tecnológica $(As + Visa + Ve) * (AB + MC + AC)$, ofertada pelo Estado E.

Entendido o contexto de Demanda, torna-se importante comentar sobre as características do serviço a ser ofertado para esse conjunto de cidadãos representados por $m_d = (m_{d1} + m_{d2} + m_{d3} + \dots + m_{dn})$.

A saúde é considerada um bem público não congestionável, que se caracteriza usualmente por não ser rival e pela dificuldade ou impossibilidade de exclusão do acesso¹¹. Não ser rival significa que o usufruto por parte de um indivíduo em nada subtrai a quantidade disponível para os demais consumidores; isso não quer dizer que todos vão usufruir da mesma forma, embora, em princípio, estejam disponíveis.

A partir de determinado limiar, a utilização implica na restrição por outros, uma vez que os meios de produção são limitados. Não ser exclusivo significa a não dificuldade ou a impossibilidade do acesso.

Um aspecto importante, neste sentido, é a característica que o setor de saúde apresenta: está, especialmente, associado à oscilação de oferta de serviços entre municípios. Quando um município (m_s) oferta mais serviços, ele necessariamente afeta localidades adjacentes (m_{s1}); isso ocorre devido ao fato de cidadãos de municípios adjacentes serem dotados de mobilidade para transitar entre jurisdição. Contudo, dada a natureza congestionável desse bem,

¹¹ Deve-se a Samuelson (1954 e 1955) os trabalhos pioneiros que definem a alocação eficiente de recursos da economia na presença de bens público. Conceituada a partir das duas características citadas: não excludente e não rival no consumo.

destaca-se que o seu consumo por um cidadão externo ao (m_2) município ofertante reduz a probabilidade de pronto acesso para população local; como esse bem apresenta característica da universalidade, então a expansão da oferta por um município afeta necessariamente a população local e de outros municípios.

Uma vez que não há rivalidade no consumo, o custo adicional de se ter qualquer indivíduo a consumir o bem ou serviço público é nulo; assim, qualquer forma de exclusão baseada no preço ou no racionamento é ineficiente, pois reduz - se o consumo sem que haja benefício, o que impacta nos princípios do SUS. Os governos não podem definir quantidade ótima a ser produzida por serviços a partir dos mecanismos de preços ou do princípio de exclusão e será oferecido independente de seu uso. A tendência do cidadão médio é usufruir sem pagar ou atuar como *free rider*, ou seja, como um carona.

Para resolver o problema de quanto produzir, é necessário usar uma outra forma de sinalizador e indicação de preferências: o sistema de votos, eleições etc. O sistema de voto cumpre um papel substituto para o sistema de construção de oferta do mercado e mesmo sujeito a todo tipo de imperfeição como acesso a informação e heterogeneidade de preferências entre eleitores, ele pode revelar as preferências do cidadão.

Neste sentido, a formação de arranjos entre municípios que possibilitem a oferta ampla é condição importante de redução de custo e atendimento de demanda dos cidadãos, especialmente se considerar que o acesso ótimo aos serviços de saúde tem que articular a universalidade, a igualdade e a integralidade estabelecidas na CF de 1988.

O Sistema Único de Saúde (SUS) caminha, nesse sentido, quando objetiva por situações de descentralização e centralização, e busca a formação de arranjos institucionais que tenham a capacidade de maximizar o desempenho da oferta de serviço, permitindo, portanto, o acesso ótimo ao cidadão. Neste sentido, ele possibilita também condições mínimas para estabelecer interações esses municípios que apresentam características assimétricas de controle sobre recursos informacionais, especialmente na Assistência (As) de Média e Alta complexidade (MC + AC).

A assimetria de oferta se expressa em diversas esferas de organização do território, havendo desigualdades no interior um mesmo município, entre os municípios e entre os estados da federação. Em geral, há lacunas na oferta em

municípios ou estados de expressiva demanda que só podem ser cobertas pelo referenciamento para outros municípios, regiões dos estados e do país. Essa característica estrutural da oferta se manifesta com maior expressão na média e na alta complexidades, em virtude da presença mais intensa do componente tecnológico e qualificação de mão-de-obra.

Esses processos de interação são desenvolvidos em rodas sucessivas ao final do qual os mesmos avaliam seus *payoffs* e suas estratégias. As vantagens de muitas rodadas de negociação não estão apenas em encontrar o ponto de equilíbrio ótimo, mas também em encontrar os pontos de equilíbrios subótimos, o que pode ajudar a estabelecer estabilidade ao longo de sucessivas rodadas. Associado a isso, nas sucessivas rodadas de negociação entre agentes detentores de assimetrias sobre os recursos de Assistência (As) de Média e Alta complexidade (MC+AC), o resultado se desdobra em redução das assimetrias de informação.

No conceito de Barganhas estabelecido por Sharpf (1997), destaca-se sua a capacidade de capturar e distribuir valores; contudo, o insucesso na partilha impactará no insucesso da produção. O momento da distribuição depende da estabilidade e credibilidade das regras. Qual é a capacidade das regras de reduzir o risco neste momento do jogo? Isso implica na capacidade de regras que impactem na utilidade dos cidadãos. Isso, por sua vez, condiciona a redução de comportamentos políticos oportunistas e eleitoreiros *free riders*. Esses comportamentos violam o ótimo social.

Uma ressalva deve ser feita quanto ao conceito de média e alta complexidade e suas várias definições e listas de procedimentos apresentadas e entendidas pelo próprio Ministério da Saúde¹²: o conjunto de procedimentos relacionados nas tradicionais “tabelas de procedimentos do sistema”, ambulatorial ou hospitalar, são procedimentos que não couberam nas unidades

¹² Definição de Média e Alta complexidade que consta no site da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) ([http:// portal.saude.gov.br /portal/ sas/Mac /default.cfm](http://portal.saude.gov.br/portal/sas/Mac/default.cfm)). A primeira sendo composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. No material de apoio conhecido como O SUS de A a Z, fornecido pelo Ministério da Saúde no site do Departamento de Atenção Básica (DAB) ([http://dtr2004. saude.gov.br/susdeaz/](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/)). Média e alta complexidade são entendidos como: Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). (BRASIL. Ministério da Saúde, SUS de A a Z, 2005).

básicas de saúde e na atenção primária em saúde, resultantes dos custos e financiamento e densidade tecnológica.

Além da dificuldade com o conceito, ressalva-se também que esses procedimentos apresentam histórico de contratação/convênios junto a serviço de com fins lucrativos, sejam filantrópicos ou universitários, conforme a oferta dos prestadores e seu acesso pela população e sempre dependeu da procura espontânea e voluntária do cidadão, fator que dificulta a alocação de serviços e o próprio controle do SUS. Esse fator justifica o fato de os hospitais terem sido sempre a verdadeira porta de entrada do SUS.

Nesse contexto, o Pacto pela saúde apresenta um conjunto de normas que busca induzir mudanças nas regras instituídas anteriormente para estimular a cooperação entre entes federados que defendem e redefinem a regionalização e integração da rede de assistência, a partir das características desse serviço. Sua oferta e demanda são o fator de os agentes se apresentarem também como elite política.

5 O INSTITUTO DO PACTO

O desafio deste trabalho consiste em entender como as regras do Pacto pela Saúde podem induzir os municípios a comportamentos cooperativos e solidários no processo de pactuação de políticas públicas do setor da saúde. Para tanto, usa-se a teoria neoinstitucional e especificamente a Teoria das Barganhas Assimétricas de Knight (1998) e Scherpf (1997), que considera as instituições sociais como formais e informais, que têm a propriedade de gerar e distribuir valores; e o federalismo transversal a essa análise, em virtude da autonomia municipal dada pelo texto constitucional aos entes federados e às novas competências atribuídas a esses entes.

O Pacto de Saúde estabelecido em 2006 representa o Marco Normativo Legal que regula interações entre atores e pode determinar os resultados do jogo, além de modelar escolhas e decisões, regras de ações entre equilíbrio e estratégias. A legislação-base para o Pacto da Saúde se constituiu a partir: da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a universalidade, equidade e integralidade; da Lei Orgânica da Saúde 8080, de 1990; bem como de Decretos, Portarias e Leis que expressam em minúcias o mandamento abstrato dessas normas e o novo momento político para o SUS.

Os agentes envolvidos nesse processo têm o desafio de produzir resultados de equilíbrio a partir de um conjunto de interações e estratégias estabelecidas entre eles. Neste sentido, faz-se necessário adaptar instrumentos de planejamento e financiamento, contratos entre entes público/público, bem como entre público/privado. Também se faz necessário reestruturar a regulação, até então muito pouco estruturada, e complementar o principal instrumento de interação territorial.

5.1 Instituto do Pacto e comportamento federados

Ao definir um contexto institucional mais cooperativo para relações intergovernamentais, a área da saúde foi demarcada com novas diretrizes a partir da legislação estabelecida pelo Ministério da Saúde Portaria GM/MS N°. 399, de 22 de fevereiro de 2006, e Portaria GM/MS N° 699, de 30 e março de 2006. Essas portarias induzem mudanças em instrumentos importantes que formalizam as relações entre municípios ofertantes (m_s) e demandantes (m_d)

de ações e serviços de saúde, que estabeleceram responsabilização dos prestadores de serviço no território, alteraram o limite financeiro global, bem como reafirmaram a importância de instrumentos como a Programação Pactuada Integrada (PPI) e participação constante da CIR e CIB no território.

O objetivo desses mecanismos de articulação federativa foi incentivar entes federados a agirem em favor de interesses comuns, permitir a coordenação e, de forma mais sofisticada, a cooperação, uma vez que apenas instrumentos de coordenação não garantem resultados satisfatórios entre entes.

A simples predisposição para cooperar não é fator suficiente dentro de um contexto federalista autônomo e historicamente competitivo, porque não produz resultados satisfatórios. Contudo, instrumentos de coordenação e cooperação, conjuntamente em ambientes em que políticos se submetem a escolhas do eleitorado e à preferência de cidadãos, podem surtir maior efeito. Nesse ambiente democrático, agentes políticos agem de forma a atender essas preferências e garantir sua manutenção na arena política. Para sustentar seus mandatos, esses agentes são constrangidos por regras que limitam seu campo de ações possíveis.

Aqui se estabelece uma condição importante para análise: as relações horizontais são contaminadas pela possibilidade de insucesso eleitoral em função do não acesso a ações e serviços de saúde, dada a característica do setor que potencializa a interferência entre políticas locais ou *spillovers* (OATES, 1999; ARRETCHE, 2002; RODRIGUES, 2003; MACHADO, 2009a). Essas relações apresentam padrões defensivos porque atores buscam antecipar suas escolhas, desfavorecendo o outro.

As regras que se apresentam devem ter a capacidade de motivar atores ou entes a se inserir no jogo. Essas regras devem, segundo Knight (1998), estruturar as interações sociais de forma que possibilitem aos atores sociais obterem o benefício de atividades conjuntas e que devem ser de conhecimento comum. Assim, a instituição funciona como regra de ação, combinações, equilíbrio e estratégia/tática.

A Barganha é, pois, uma estratégia/tática que se utiliza da negociação por meio de troca de benefícios para alcançar objetivos. Sobre essa estratégia, Scharpf (1997) entende instituições como interações que criam e distribuem valores simultaneamente; contudo, o que afeta a disposição dos atores

racionais a negociar, segundo Knight (1998), é a assimetria de propriedade de recursos, porque é um fator que se constitui como poder de barganha dos entes.

Para atores aqui estudados, municípios ofertantes (m_s), com maior capacidade resolutiva, e demandantes (m_d), com baixa estrutura assistencial de serviços de média e alta complexidade, considera-se que:

a) O poder de barganha se apresenta sobre várias formas, seja ele de infraestrutura física, tecnológica, financeira, de gestão e até informacional; isso permite que os municípios demandantes/referenciados (m_d) dependam dos recursos dos ofertantes/referencias (m_s);

b) Para a produção de utilidade para ambos (Um_s e Um_d), faz-se necessário que esses municípios se envolvam em barganhas, fator caracterizado pela oferta e contraoferta de serviços;

c) Municípios de referência (m_s) autorizam a utilização de seus serviços mediante o pagamento antecipado pelos municípios referenciados (m_d).

Esses três pontos estão associados a características do bem em análise (público e não congestionável); a autonomia dos municípios e aos princípios constitucionais (universalização, equidade e integralidade) exigem normas que direcionem a cooperação.

De forma genérica, as primeiras normas (portarias e decretos) foram direcionadas para reconfigurar pontos importantes no direcionamento da negociação, no sentido de superar a fragmentação dos sistemas municipais de saúde e barreiras de acesso erguidas sob a municipalização autárquica.

Um ponto importante que trouxe inovação no processo de pactuação foi o planejamento estabelecido na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e regulamentado pelo Decreto 7.508 de Junho de 2011. Este Decreto colocou o planejamento na centralidade da agenda de gestão, induziu a significativas mudanças, apontou para fomento e modelamento do processo de planejamento, integrou e reordenou os instrumentos de planejamento e gestão vigentes e reformulou o processo de programação das ações e serviços de saúde com um caráter interfederativo (SANTOS 2010; SANTOS; ANDRADE 2007; 2011).

A regionalização se apresenta como uma das diretrizes para induzir ao acesso universal, equânime e integrado estabelecido desde a NOAS 01/02 pela Portaria Nº 373/2002 – BRASIL (2002). Ela é reestruturada por esse decreto para superar comportamentos individualizados e defensivos, especialmente em municípios ofertantes (m_s) de serviços de média e alta complexidade que inevitavelmente criam barreiras de acesso, violando os princípios do SUS (RODRIGUES, 2003; ARRETCHE, 2005; MACHADO, 2009).

Essa ideia corrobora com aspectos apontados por Elias (2004) sobre a importância da regionalização para o sistema de saúde público como uma alternativa de melhorar a eficiência administrativa e a prestação de serviços, considerando dois pontos importantes: o político, devido ao aumento da participação, à autonomia local e a redistribuição do poder e à redução das tensões locais nas regiões; e o financeiro, devido à possibilidade de aumentar a eficiência reduzindo custo, o que pode amenizar tencionamentos políticos, bem como as incertezas associadas às assimetrias informacionais entre os entes pactuantes (municípios ofertantes (m_s) e demandantes (m_d) de média e alta complexidade).

No estado do Pará, a reestruturação do desenho regional da saúde foi estabelecida pela Resolução nº. 237 (PARÁ, 2012a), conforme apresentado no capítulo 5. A partir da definição do Ministério da Saúde, o estado e CIB pactuaram as regiões considerando o desenho anterior de regionalização estabelecido pelo PDR do estado de 2001 (Apêndice B). Dentro desse novo desenho e critérios para executá-lo, observou-se, a partir do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 e confirmou (Apêndice C), as mesmas características dos demais estados do país, onde as principais redes de ações e serviços de saúde (RAS) estão disponíveis nas capitais dos estados, e alguns serviços que exigem maior nível de especialização profissional, equipamentos mais complexos e insumos mais caros estão localizados nas mesmas (OLIVEIRA 2008; VIANA 2015), especialmente quando a oferta de serviço está associada à alta complexidade. Mello (2017) acrescenta que a distribuição desigual dos equipamentos de saúde é realidade antiga e comum em contextos mais variados no Brasil.

Confirma-se no apêndice C o fato de que a distribuição territorial dos equipamentos de saúde não apresenta configuração adequada para

proporcionar acesso geográfico fácil, em consonância com os princípios de universalidade, equidade e integralidade. Em geral, mantêm-se lacunas em municípios de expressiva demanda que só podem ser cobertas pelo referenciamento para outros municípios ou regiões do país. Medeiros e Gerhardt (2015), ao analisarem a Rede de Atenção à Saúde de municípios pequenos, constatam situação de grande dependência externa em relação a referências de Média (MC) e Alta Complexidade (AC) – com algumas dificuldades de acesso a estes serviços e deficiência na constituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Quando agrupadas em regiões de saúde, essas desigualdades ficam evidentes, pois, segundo dados do PES 2012-2015 do estado do Pará, há regiões que apresentam um percentual somente de 30% de equipamentos (Marajó) e outras que têm 100% desses equipamentos (Metropolitanas I, II e III). Para os casos das regiões estudadas, a situação é uma pouco mais confortável, pois a Região do Rio Caeté tem 60% do potencial para ser uma RS e apresenta carência de serviços de atenção Oncológica, Neurocirúrgica, alta complexidade em ortopedia, e internação em Psiquiatria; as Regiões Metropolitanas I, II e III apresentam 100% dos critérios. Todas as regiões do estado do Pará necessitam de serviço de regulação em cogestão com o estado.

Ressalva-se, ainda, o nível de concentração de atenção e serviços de alta complexidade no município de Belém (*m_s*); cabe a este município ofertar mais de 70% dos serviços hospitalares do estado e mais de 40% de assistência. Nesse sentido, a formação das regiões de saúde apresenta fragilidade não apenas na oferta de serviços como também no controle da utilização do mesmo; devido isso, apenas recentemente houve proposta de reestruturação da regulação.

A situação exposta revela o que Arretche e Marques (2012) sustentam sobre a dependência dos municípios em relação aos demais entes federativos. Nessa mesma linha, Viana (2015) comenta que sistemas descentralizados de saúde são bastante heterogêneos no país, sendo os seus resultados muito dependentes das condições locais prévias, o que torna complexa a organização de sistemas de saúde regionais e precisando fortalecer seus espaços de governança (VIANA, 2015).

As regiões, segundo relatórios analisados, foram propostas pelos municípios e acatadas pelas Regiões de Saúde. As propostas vieram das Regiões de Saúde e foram aceitas pelos municípios; houve ainda propostas elaboradas conjuntamente pelos dois níveis de gestão, contudo, um fator com grande influência na formação das regiões foi da própria infraestrutura da rede, montada em períodos da NOAS 2001/2002.

Segundo o Núcleo de Informação em Saúde e Planejamento da Secretaria de Saúde do Estado (NISPLAN/SESPA), esse reconhecimento se deu a partir da atualização dos dois últimos instrumentos de planejamento estabelecidos pela NOAS 2001/2002: o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimentos, que no estado do Pará recebeu o nome de Plano de Diretor de Regionalização e Investimento PDRI, atualizado para o período de 2008 - 2011, próximo à formação das Regiões de Saúde.

Estes Planos direcionaram o planejamento da distribuição física e financeira das macro e microrregiões conformadas no estado na época da NOAS. O apoio do novo modelo de regionalização também deu suporte para formatar o mapa de ações e serviços de saúde do território, elementos importantes para o acesso equânime e integral dos municípios.

O desenho de Regionalização da Saúde no Pará estava em desacordo com os critérios definidos na Resolução CIT nº 1 (um) com as regras do jogo das matrizes de financiamento estadual e federal em andamento. Havia um arranjo regional composto de oito macrorregiões de saúde e 23 regiões de Saúde. Porém, tanto o Decreto 7.508/2011 quanto a Resolução CIT nº 1/2011 não traziam qualquer menção a arranjos macrorregionais ou microrregionais, mas tratavam exclusivamente de Regiões de Saúde.

Observou-se na ata da reunião da CIB de abril de 2012 a iniciativa de debate da SESPA, COSEMS e Municípios que buscaram atender os quesitos da distribuição dos serviços de atenção básica e de média e alta complexidade. Essa mesma ata descreve a formação das regiões de Saúde do estado e as dificuldades que a Secretaria de Saúde do Estado enfrentou para, juntamente com os municípios, estruturar a nova configuração regional. Feito o realinhamento entre o PDR, que estava configurado para 23 regiões de saúde para 13 Centros Regionais de Saúde devido à facilidade de operacionalização, havia a preocupação com as Regiões de Integração, cenário de investimento

feito pelo PPA (Plano Plurianual) do Governo Estadual e o realinhamento com as regiões de saúde.

No trabalho de Venancio et al. (2011), comenta-se a importância de se fazer a construção do PDR de forma ascendente e com grande envolvimento dos municípios e a importância dessa ação para reduzir as distorções da oferta de Ações e serviços.

Essas Regiões de Saúde (RS) apresentam municípios (m_s) e demandantes (m_d) de ações e serviços de saúde de média e alta complexidade. Desta forma, entende-se que o processo de regionalização reestruturado pelo Instituto do Pacto seguiu o critério de articular o conjunto de ações e serviços existente anteriormente entre municípios das regiões; em paralelo, se propôs a reestruturação dos fluxos para o acesso universal, integral e equânime do conjunto de cidadãos do estado.

As opiniões expressas abaixo, representam o sentimento de regionalização de alguns entrevistados¹³, era importante observar a regionalização sobre um espectro mais amplo que as quatro regiões propostas no estudo.

[...] A Regionalização tem caminhado a passos lentos do ponto de vista de projetos que verdadeiramente efetive a integração e fortaleça o processo de regionalização e ainda, que garanta a resolução e acesso da população às ações e serviços de saúde na própria região. Mas mesmo com as dificuldades se observam avanços na região, principalmente do ponto de vista organizativo; os municípios estão discutindo problemas comuns à região e sugestões de soluções ao seu enfrentamento, embora muitas soluções requeiram investimentos de saúde na região, considerando que o perfil assistencial dos municípios é no mesmo nível, não se tem na região referência assistencial de alta complexidade por exemplo (Entrevistados 2, 3, 4, 5, 6, 7).

Para dar funcionalidade à estrutura estabelecida, amarraram-se compromissos entre esses entes municipais a partir do mecanismo de transferências governamentais de recursos federais, previamente existentes, que implicou em uma divisão horizontal e vertical de responsabilidades. Ou seja, o Ministério da Saúde comprometeu-se via PPI repassar a municípios ofertantes (m_s), via fundo a fundo, recursos antes de se efetivar ações e serviços para a população dos municípios demandantes (m_d), tornando

¹³ A numeração atribuída aos entrevistados não corresponde à ordem da Lista de Entrevistados (APENDICE A), pois pretende-se preservar a identidade dos mesmos.

necessário que o conjunto de normas estabelecidas moldem ou modelem esses comportamentos diante, especialmente, de bens públicos. Estes marcos estabelecidos pelo Ministério da Saúde permitem uma nova dinâmica com novos cenários que se configuram de acordo a postura dos entes federados, especialmente do estado e dos municípios, dado o nível de flexibilização.

Mendes e Almeida (2005) e Stephan-Souza et al. (2007) apuraram que há outras razões pelas quais o objetivo da regionalização do SUS deve ser alcançado. Primeiramente, despertar a consciência de pertencimento regional e endogenia, seguida da necessidade de ajustar a oferta de serviços de saúde mediante ação cooperativa; outro objetivo diz respeito à superação da fragmentação dos serviços de saúde, tentando substituir a competição intermunicipal pela cooperação intermunicipal, alterando a atitude de “cada um por si” por “de todos por todos”. E, por último, melhorar a qualidade do controle público sobre o sistema de serviços de saúde. O argumento aqui sustentado sobre o Instituto do Pacto, é que este permite condutas de barganha entre entes federados ofertantes (m_s) e demandantes (m_d) de ações e serviços de saúde que objetivam, por meio de distribuições horizontais (metas físicas e financeiras), maximizar seus interesses ou suas utilidades, a partir do acesso a ações e serviços para seus munícipes ou eleitores.

Assim, parte-se da condição da oferta e pagamento de ações e serviços. O pressuposto consiste no fato de que ao município ofertante (m_s) é transferido recursos da União para cobrir os custos de ações e serviços de média e alta complexidade destinados aos municípios demandantes (m_d). Assim, cabe ao primeiro permitir, a partir de uma estrutura de pacto, o acesso de ações e serviços de saúde daqueles que, dentro do contexto assimétrico, não possuem estrutura suficiente para arcar com a responsabilidade de atender a demanda.

Cabe ao município ofertante (m_s), além de atender a sua população, dar assistência à população de um conjunto mais amplo de municípios ($m_{d1} + m_{d2} + m_{d3} + \dots + m_{dn}$), pois trata-se de uma região de saúde, e pode ocorrer também que esse mesmo município ofertante (m_s) forneça serviço à população de outras regiões de saúde ($RS1 + RS2 + RS3 + \dots + RSn$), ou ainda, oferte ações e serviços para municípios de outros estados ($E1 +$

E2+...+ E3), aumentando a pressão sobre a oferta de serviço público (m_s), bem como, seu poder de barganha junto a municípios e estado, visando atender sua utilidade, que é o teto financeiro da MAC.

$$U(m_s) = f(\text{teto MAC}) \quad (5)$$

Voltando à questão da concessão, destaca-se que esta passa por um processo organizativo da rede de serviço que deve ter a capacidade de captar e apresentar a distribuição horizontal e vertical consequente da negociação das metas físicas e financeiras na PPI. Esta é entendida como uma importante ferramenta na interação entre os entes ofertantes e demandantes de serviços de média e alta complexidade.

A Programação Pactuada Integrada (PPI) foi ratificada pelo Art. 3º da Portaria GM/MS N° 1.097, de 22 de maio de 2006, que tem na equidade do acesso da população em todos os níveis de sua complexidade o maior objetivo. Relevante na alocação de metas financeiras horizontais (entre municípios) e verticais (entre Estado e municípios) e na lógica do atendimento às necessidades de saúde da população, esta deve apresentar transparência nas fontes de recursos e na estrutura física.

Na prática, a transparência fica limitada ao quantitativo financeiro recebido pelos municípios de referência da ação e dos serviços (m_s) à população referenciada (m_d); não há divulgação das metas físicas pactuadas e o quanto foi atendido dessas metas pelos municípios referenciados (m_s). O apêndice D apresenta um exemplo de PPI, mas esta não apresenta os recursos municipais e estadual envolvidos nas transações e nem estabelece ou detalha as ações e serviços entre municípios de estados diferentes.

Por meio da PPI, o estado estabelece a macrolocalização dos recursos federais da MAC e distribui seu teto entre os municípios, bem como separa a reserva técnica e incentivos. Os recursos federais referentes à média complexidade assistencial e hospitalar são repassados para os entes federados, e os municípios ofertantes (m_s), e o estado se adaptam aos parâmetros e às especialidades locais, para então estabelecerem os pactos.

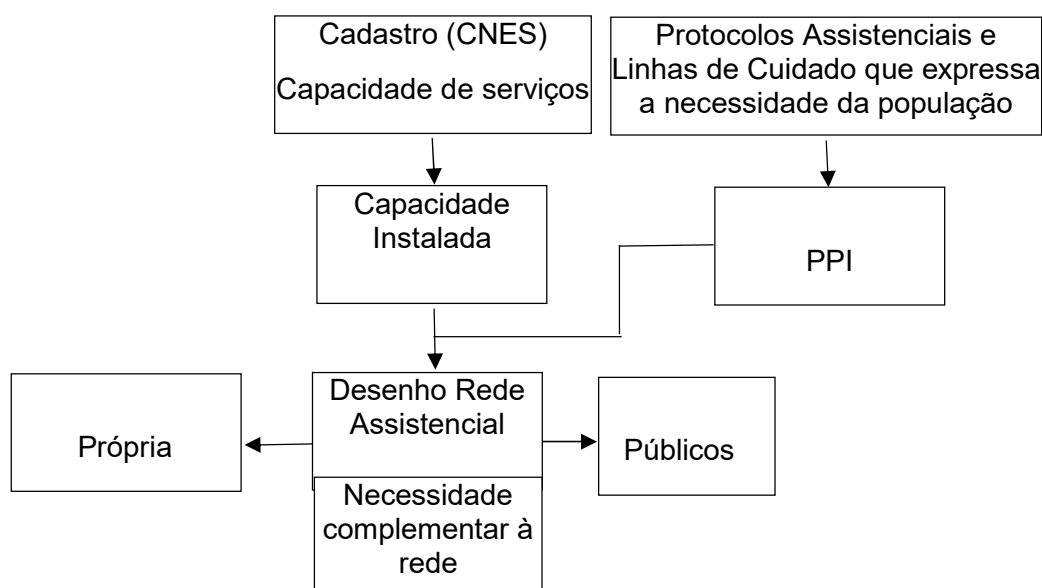
As assimetrias físicas e financeiras ex-ante ao pacto estendem-se a aspectos informacionais, fator que confere maior poder de barganha aos

municípios de referência (m_s). A assimetria de informação é um aspecto importante para o comportamento estratégico e cada município, seja ele ofertante (m_s) ou demandante (m_d) de ações e serviços de alta e média complexidade, deve conhecer a sua capacidade física/tecnológica para então estruturar o mapa da região e ofertar exatamente o que pode demandar e o que precisa.

Esse conhecimento exige, minimamente, o entendimento da base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde. Existe a possibilidade de defasagem entre o que há de registro no CNES e o que existe efetivamente na produção ambulatorial e hospitalar, devido à informação errada e ao simples desconhecimento da estrutura física.

A base da formação da PPI em termos de quantidade de equipamentos e leitos distribuídos é a construção do mapa da rede que permite, a partir de um conjunto de ações municipais e estaduais, a distribuição geográfica dos recursos e das ações e serviços de saúde é ex-ante ao processo de negociação. O fluxo, a seguir, mostra a sequência e a influência das informações de base no serviço na saúde e destaca a importância dos gestores municipais de obterem informações sobre a estrutura física a partir de dados do CNES.

Figura 50 - Fluxo para ajustar a estrutura de pactuação.



Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Para entender a capacidade instalada bem como conseguir captar a necessidade da população a partir de série histórica para definir protocolos assistenciais. Essa é a base de informação (ex-ante) necessária que dará suporte ao processo de barganha, ou simplesmente reforçar o poder assimétrico.

Essas informações devem ser disponibilizadas na Programação Pactuada Integrada, para elaborar o Plano Operativo de cada unidade pública sob sua gerência, com a finalidade de identificar a necessidade de complementação de serviços e de organização da rede. Este plano deve conter a definição de oferta, fluxo de serviços e pactuação de metas. Uma vez verificado o desenho da rede, se constatada a necessidade de complementação e se houver em sua rede instituições públicas de outra esfera de governo, então será formalizado um acordo para a compra de serviços, por meio de Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos; se não for suficiente, buscar-se-á a complementação no setor privado.

Apresentado o fluxo, entende-se que na assimetria de informação ex-ante a barganha é formada pelo desconhecimento da base de dados oficial do Ministério da Saúde (CNES), bem como, pela não utilização desses dados. Assim, ambos podem orientar barganhas, ofertantes (m_s) ou demandante (m_d).

Quando perguntado sobre o conhecimento dos secretários e prefeitos quanto da infraestrutura de saúde no território, os Entrevistados 1 e 2 responderam: “no território Existe uma cultura de se estabelecer pactos sem saber quanto e o que se têm de fato no território”.

A portaria GM/MS, de 29 de janeiro 2006, que estabeleceu a PPI, no art. 5, aponta a programação das ações ambulatoriais e a programação hospitalar como eixos orientadores desse instrumento. Para os protocolos de assistência e linhas de cuidados, diversas são as portarias.

As atas também destacam limitações informacionais sobre a estrutura física.

[...] Uma funcionária do 3º Centro Regional de Saúde- 3º CRS pontuou que os municípios 3º CRS - Castanhal fazem pactuação de indicadores da mamografia, mas não conseguem ser atendido porque só tem um mamógrafo na região para dar suporte aos municípios e não consegue atender toda a demanda. A mesma falou que fez levantamento da questão do mamógrafo da região pelo CNES e disse que tem mamógrafo

no CNES e encontrou seis mamógrafos cadastrados para SUS, pediu que revissem o CNES e retirem do CNES os equipamentos que não existem (ATA da reunião de dezembro de 2015).

Scharpf (1997) comenta sobre a importância da informação para a produção de utilidade quando dois agentes se envolvem em barganha, e destaca que a distribuição prévia de recursos pode interferir na convergência dos resultados a partir de escolhas estratégicas para o equilíbrio. O autor evidencia que em modelos em que se supõe informação incompleta, os jogadores desconhecem as estratégias uns dos outros, e dessa forma apresentam condições de risco para que agentes racionais aceitem convergir para uma condição de múltiplo equilíbrio com agregação assimétrica de utilidades. O autor frisa ainda que a incorporação da variável assimetria de informação torna mais sofisticada a forma de explicar a margem de variação de possível barganha, devido à possibilidade de *iludir* a atratividade dos possíveis resultados.

Ao estabelecer a distribuição das metas físicas horizontais e verticais, os municípios assinam o Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos, Portaria GM/MS n. 161, de 22 de janeiro de 2010. Esta Portaria apresenta regras que presidem a pactuação de compromisso e a alocação de recursos; os municípios que ofertam (m_s) ações e serviços de média e alta complexidade darão concessão a outros municípios para ter acesso ao seu território, bem como serão responsáveis pelo controle e a avaliação dos serviços prestados, formalizando o acordo de compra de ações e serviços entre entes Públicos. Uma vez assinado o PCEP, a transferência de recurso fundo a fundo é executada.

Nesta percepção, no modelo desenvolvido por Scharpf (1997), dois agentes sociais envolvidos em uma negociação para produção de utilidade assumem o compromisso prévio ou pré-compromisso com a distribuição de recursos, que permite a convergência dos mesmos. Uma vez que os municípios ofertantes (m_s) de ações de serviços de média e alta complexidade estão em condição propícia para induzir municípios demandante (m_d) a aceitar a negociação, isso lhe confere maior poder de barganha.

Desta forma, agentes racionais aceitam convergir para condição de múltiplos equilíbrios com agregação assimétrica de utilidades, portanto $Um_s \neq$

Um m_d . Os municípios demandantes (m_d) tendem a aceitar a condição dada a posição de assimetria de estrutura física de informação que permite se *iludir* com relação a seus retornos e de sua própria avaliação de resultados ao nível de dependência desigual. Essa também foi a percepção apresentada na análise das regras realizadas por Rodrigues (2003) e Machado (2009) a partir do exame do impacto das NOAS 2001/2002 sobre a negociação entre entes sociais. Mais recentemente, outros trabalhos se destacaram, como: os sobre municípios pequenos e gestão, de Santos e Giovanella (2014); a regionalização do SUS, de Carvalho et al. (2017); e a governança de regiões com municípios pequeno, de Medeiros et al. (2017).

Um outro aspecto importante e endógeno ao pacto é o acúmulo de resíduo no teto financeiro dos municípios ofertantes (m_s) de ações e serviços que ocorrem devido ao sistema de transferência fundo a fundo, conforme mencionado acima, imediatamente após a assinatura do PCEP. Nesse contexto, a regra abre precedente para que tanto o município ofertante (m_s) quanto o demandante (m_d) de ações e serviços de média e alta complexidade atentem contra o interesse do cidadão. No primeiro caso, pode ocorrer que os municípios, para reterem recursos destinados à população referenciada na oferta de ações e serviços, atentem contra os municípios demandantes. Segundo a ata da Região de Saúde do Caeté:

[...] O representante de gestão da Secretaria de Primavera ressaltou que de fato ocorre corrupção em torno das cotas dos municípios, que já recebeu proposta de serviços com preços menores (Ata da Reunião, fevereiro de 2015 da Região do Caeté).

[...] A situação também é enfrentada pelo Estado que tem a responsabilidade pela Alta Complexidade, mas quem recebe o recurso financeiro é o município quando ele é Pleno e não aceita repassar o recurso para o Estado. Citou o exemplo da UTI com hemodiálise, que tem paciente de Breves indo fazer em Bragança; que Belém não quer repassar o recurso para o Estado, mas também não realiza o procedimento (ATA da Reunião, fevereiro de 2015 da Região do Caeté).

Municípios demandantes (m_d) também podem atentar contra o sistema de forma geral, conforme menciona Machado (2009), que alerta para o fato de que quando estes reconhecerem o risco e não investem em maior

resolubilidade da atenção básica, é porque passa a ser melhor para si aumentar a quantidade de encaminhamentos.

O constrangimento aos municípios que comprometem o acesso é a suspensão dos recursos a partir da notificação por qualquer Secretaria de Saúde envolvida na transação. O fator limitador nesse contexto de denúncia está associado ao tempo da transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do município ofertante (m_s) de ações e serviços, referentes às metas pactuadas no Plano Operativo Anual e ao controle da oferta efetiva de ações e serviços.

[...] Até detectar o cumprimento ou não da oferta, o serviço já não está sendo cumprido há muito tempo. Além disso, o tempo burocrático que leva para suspender a oferta de serviço necessariamente já passou, porque já houve a comprovação que a unidade já voltou a executar as funções e se não cumpriu foi um tempo enorme para desabilitar. (Entrevistado 1)

O tempo entre a transferência dos recursos fundo a fundo e o tempo para execução do serviço contratado pelo município demandante pode influenciar o primeiro a agir de maneira discricionária, por meio de barreiras, conforme será apresentado no próximo tópico, no sentido de beneficiar a população do próprio município em detrimento da população referenciada, bem como pode reter resíduo em seu teto destinado à assistência de Média e alta complexidade, fator difícil de comprovar em função da generalidade da PPI apresentada (Apêndice D).

Uma das propriedades da PPI é sua atualização, que deve ocorrer no mínimo a cada nova gestão estadual, respeitando a pactuação na CIB, e deve ser revisada periodicamente, em função da alteração no fluxo e atendimento ao usuário, de oferta e serviços, na tabela de procedimentos, limites financeiros etc. A revisão periódica dos pactos sobe coordenação da esfera estatal é pré-requisito para ajustar os fluxos de serviços e financeiros, além de favorecer municípios prejudicados com a pactuação anterior, a ausência de tal situação abre oportunidade para práticas clientelistas e manipulações diversas e de interesses eleitorais.

O processo de revisão periódica do pacto se dá a partir de sucessivas rodadas de negociação entre agentes detentores de recursos assimétricos da assistência (As) de Média e alta complexidade (MC+AC), que ao encontrarem

equilíbrios subótimos podem alterar suas estratégias no jogo.

A PPI do Estado do Pará está estagnada desde de 2010, apenas com revisões pontuais em determinados serviços. Em dezembro de 2015, o debate na CIB e em algumas Regiões de Saúde girava em torno da atualização da mesma e das limitações que o próprio sistema de informação da PPI impõe, que condiciona as projeções erradas dos municípios, o subdimensionamento dos limites financeiros e a dificuldade de se conseguir recursos junto ao Ministério da Saúde.

[...] A necessidade de ajustar a PPI, que estava engessada desde 2010 (dois mil e dez), com alguns ajustes pontuais, que estavam aquém dos ajustes necessários para corrigir as incongruências existentes na PPI. O expositor apresentou a justificativa para que houvesse citados ajustes, quais sejam: atraso no PGAS (Planejamento Geral das Ações e Serviços de Saúde) por parte do Ministério da Saúde; defasagem na própria PPI, aprovada em 2009 (dois mil e nove) e até o momento não foi revista; e a Reserva Técnica, que precisava passar para a programação para que, posteriormente, ela pudesse ser usada (ATA da Reunião CIB de dezembro de 2015).

Todos os fatores associados à PPI estavam, nesse período, defasados, conforme colocado abaixo:

[...] Na sequência, o expositor explicou a proposta, que consistia em: “análise e ajuste dos tetos municipais de MAC (Média e Alta Complexidade); ajuste do componente hospitalar; ajuste do componente ambulatorial; ajuste do próprio MAC (Média e Alta Complexidade); ajuste na reserva técnica e por último, discussão sobre o PCEP (Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos)”. Finalizando, o expositor propôs as oficinas de pactuação, onde seriam pactuados os encaminhamentos de média complexidade hospitalar e ambulatorial (ATA da Reunião de dezembro de 2015).

Nesse contexto, um instrumento que na sua estrutura formal já apresenta pouca transparência, aponta para mais fragilidade e menor possibilidade de coordenação de políticas do estado. Isso pode impactar em distorções no atendimento da oferta. Ressalva-se que as regras da PPI criadas na NAOS 2001/2002 e confirmada pelo Pacto da saúde não condicionam ao enfrentamento de problemas, pois elas se traduzem em conflitos entre entes municipais e estadual. Em alguns momentos, de forma mais intensa, especialmente no que se refere à definição de metas físicas e financeiras,

podem configurar para alguns municípios e até o próprio estado condição de agentes de barganha.

Estabelecidas as regras, é inevitável que municípios coloquem em posição contrária ao que foi pactuado; assim, municípios demandantes (m_d) buscam transferir os encargos para os municípios ofertantes (m_s). A situação descrita dialoga com o achado empírico de estudo associado à invasão dos serviços do SUS por munícipes vizinhos e disputas nas negociações com desvantagem para os municípios pequenos (VARGAS et al., 2015).

Por outro lado, municípios ofertantes (m_s) buscam acumular resíduos e suprir a defasagem da tabela que torna a luta distributiva desses serviços mais aguda, além de estimular prestadores privados, que normalmente são sub-regulados a gerar superprodução de serviços e tecnologias. Essas condutas são tangenciadas pela indústria da área, que dado as condições assimétricas dos entes e a baixa capacidade de ingerência e controle de seus recursos e serviços, propicia, dentro da oferta de serviço público, a competições semelhantes à da esfera privada.

Um grande complicador na área de saúde é o enorme complexo industrial médico/farmacêutico existente, com empresas de caráter multinacional com monopólios, domínios de patente, grande poder no estabelecimento de preços e na indução do consumo, pela atuação direta junto aos médicos e pacientes. Portanto, a ampliação de gastos (BRASIL. Coleção pró-gestores para entender o SUS, 2011, p. 40).

Dentro dos argumentos acima, destaca-se o tema suscitado nas Portarias N° 1559/GM/MS, de 1° de janeiro de 2008 e N° 837/GM/MS, de 23 de abril de 2009, que trazem de volta alguns pontos sobre a oferta de serviços de saúde, especialmente o que diz respeito à sua importância para reduzir assimetrias de informação, uma vez que exige conhecimento prévio das necessidades locais, bem como, da noção da interface planejamento/programação do gestor na rede, do conhecimento de aspectos epidemiológicos e demográficos de seu território, de recursos assistenciais disponíveis e das condições de acesso das unidades de referências; ainda exige o reconhecimento e utilização de instrumentos importantes, como protocolos clínicos e linhas de cuidado pré-definidas; e exige, por fim, atitudes estratégicas regionalizadas.

Quando os conflitos sobre erro de pactuação são levados à CIB, o

direcionamento dado nas reuniões é que os municípios ofertantes (m_s) e demandante (m_d) tenham reuniões conciliatórias para ajuste de fluxos e valores pagos, ou seja, abre-se condição para uma negociação segmentada e com precedente para barganhas políticas, fator que pode anular a representatividade regional, inclusive de atuação dos colegiados regionais.

Um exemplo desta situação pode ser visto na Ata de 2014 da Região Metropolitana I e na Ata de maio de 2014 da CIB, quando neste mês na reunião da Região Metropolitana I trataram do assunto realocação de recurso por erro da PPI de 2010, em que houve a programação de recursos para o Município de Marituba, quando este não ofertava o serviço e sim Belém; neste momento, o primeiro município já tinha feito uso do recurso.

Na reunião, em maio da CIB, foi tomando ciência do assunto e reconheceu-se que Marituba não tinha habilidade para execução de tal serviço, e, portanto, não o tinha feito de forma devida. Definiu-se que a solução do problema aconteceria em reunião entre prefeitos e secretários dos dois municípios, junto com a secretaria de saúde para repactuar e tomar as devidas providências da situação.

Um fator exógeno ao pacto, mas complicador ao jogo, é a desatualização de valores de serviços de saúde da Tabela, pois no momento da pactuação eles propiciam conflito entre entes municipais e estadual. Uma das consequências da defasagem da tabela do SUS é que, uma vez desatualizada, cabe ao município ofertante dessas ações e serviços arcar com a diferença junto aos prestadores desses serviços, fator econômico e politicamente insustentável que, por fim, acaba motivando comportamento individualizado no sentido de beneficiar a população própria em detrimento da referenciada, especialmente porque este município passa a ofertar menor quantidade física de ações e serviços. Este município pode comprometer-se no ato da pactuação com uma quantidade (X) receber por ela, e ao executar a oferta (m_s) passa a ofertar (X-1); essa quantidade menor ofertada pode estimular o mesmo a cumprir apenas compromisso eleitorais.

Sobre a tabela do SUS, o entrevistado comenta sobre a relação entre a atualização da mesma e a forma como se estabelecem os repasses dos recursos:

[...] deixou-se de fazer a verdadeira gestão da tabela porque houve alteração na forma de financiamento da média e alta complexidade, ou seja, quando o financiamento tinha como base a produção. Primeiro prestava-se os serviços e depois recebia-se o financiamento com base na prestação de contas. Hoje essa tabela é corrigida quando entra uma nova tecnologia no mercado, dessa forma paga-se mais pelas tecnologias defasadas e atuais e os preços das consultas ficam irrisórios. (Entrevistado 1)

Na ata da Reunião da CIR do Rio Caeté, o secretário do município de Capanema (*m_s*) deixou clara sua preocupação com a defasagem da tabela, o impacto negativo sobre as contas de seu município e percebeu a necessidade de se revisar as metas físicas pactuadas na PPI em virtude dessa defasagem.

Foi sugerido pela representante da Secretária Executiva da CIR que a representante da gestão da Secretaria de Capanema, quem presidiu a última reunião da CIR na qual suscitou essa pauta, que esclarecesse a discussão ocorrida naquele momento. A representante da gestão da Secretaria de Capanema fez uma breve fala, esclarecendo as dúvidas e questões levantadas na reunião de janeiro como procedimentos não atendidos por Capanema, suspensão de serviços, metas pactuadas que não são atendidas em sua integridade. Lembra que a tabela SUS paga dez reais (R\$ 10,00) para uma consulta de neurologia e o município tem que repassar cento e vinte reais (R\$ 120,00) para o prestador de serviço. E questiona novamente, de quem deverá ser a responsabilidade pela diferença de preços. Saliencia que já pediu revisão de sua PPI, mas que a SESP não acatou e nem se manifestou sobre a situação. A representante da gestão da Secretaria afirmou que seu município não é rico como todos imaginam e por isso não tem condições de arcar com a diferença da tabela SUS e o valor cobrado pelos prestadores (ATA da reunião da Região de Saúde do Rio Caeté de fevereiro de 2015).

Cabe ao estado a responsabilidade de regular os serviços cuja gestão é sua e aos municípios executar a mesma função com os serviços sob sua gestão. Daí a importância de no Capítulo II, seção II do Decreto 7.508/11, estabelecer a rede de saúde regionalizada e hierarquizada, pois a equidade só é possível a partir da superação da segmentação geográfica e social do ponto de vista da garantia do direito constitucional. Por isso a necessidade de se estabelecer a partir do planejamento o mapa da saúde, bem como garantir o cumprimento do pacto construído entre municípios para possibilitar acessos tanto dos municípios locais quanto de outras regiões de saúde.

Esse fator é constantemente apontado em vários artigos que analisam fatores limitadores à pactuação, independente do porte dos municípios. Venancio et al. (2011, p. 3961) destaca, por exemplo, que “[...] a tabela SUS opera valores muito baixos e os tetos vigentes não têm correspondido às necessidades da região [...]”.

A reunião da CIB, de dezembro de 2015, relata claramente a tentativa e a dificuldade de se conseguir a oferta de serviço de saúde nas regiões analisadas.

O representante da gestão da Secretaria de Saúde de São Sebastião da Boa Vista expôs sobre dificuldade de conseguir leitos em Belém. Disse que quando se conseguia leito era com muito esforço, porque havia grande dificuldade na liberação dos mesmos (ATA CIB de dezembro de 2015).

O Servidor do Sistema e Saúde Municipal de Belém relatou que em relação ao Hospital do Pronto Socorro, a regulação municipal nunca havia negado acesso. Quanto aos leitos dos hospitais, disse que apesar de Belém ter a regulação, o município não conseguia regular. Segundo ele, nem o Estado conseguia regular leitos em alguns hospitais, como Ophir Loyola e Gaspar Viana. Pelo exposto, disse que a culpa não era do município de Belém. Assegurou que Belém já havia chamado os hospitais para conversar e resolver o problema. A Servidora da regulação da Secretaria de Saúde do Estado falou que a transferência de paciente precisa ser feita com responsabilidade, ou seja, com a garantia de que há o leito necessário para pacientes (ATA da reunião da CIB de dezembro de 2015).

Essa dificuldade expõe, além da limitação da oferta de ações e serviços de saúde, a insuficiente capacidade de regular executada pelos gestores sobre os prestadores, permitindo ineficiência do controle na execução do pacto. A análise dos Planos Municipais de Saúde (2014-2017) dos municípios, que compõe as regiões de saúde estudadas, destaca limitações que a regulação apresenta, o que impacta em seu funcionamento e na capacidade ou eficiência dos serviços de Saúde no território.

Os Planos Municipais de Saúde de Capanema (m_s) e Bragança (m_s), Região do Rio Caeté, apontam para o fato de que:

Uma das maiores dificuldades é a fragilidade dos mecanismos de controle sobre o cumprimento das metas pactuadas entre gestor e prestador, é que não existe um controle sistemático *in loco* da realização das ações e serviços contratualizados (PLANO Municipal de Saúde 2014-2017, p. 40).

E ainda,

O controle do gestor sobre o cumprimento dos contratos é realizado através de auditorias (denúncia gerada pelo usuário ou de outros órgãos ou instituições de controle social - MP, DENASUS, Comissões Municipais de Saúde). A duração dos contratos até o momento tem validade de 01 (um) ano, e depois possível renovado (PLANO Municipal de Saúde 2014-2017, p. 40).

O Município de Ananindeua (*m_s*), Região Metropolitana I, acrescenta que tanto a Regulação Hospitalar, quanto a ambulatorial apresentam limitações físicas e fragmentação setorial, que compromete o desempenho de suas atividades.

A central de leitos, está instalada em uma sala na UPA, utilizando internet via modem, o telefone é um celular corporativo, equipamentos estes de baixa resolutividade, comprometendo totalmente o processo de trabalho do setor. A Inserção da regulação na Central de Regulação Estadual como polo municipal viabilizando um melhor monitoramento de leitos hospitalares, iniciado em setembro de 2013, poderá ser a solução para esses problemas atualmente enfrentados pela regulação. No entanto teremos problemas quanto ao aos leitos, pois observamos que Ananindeua tem mais leitos disponíveis em relação a Belém (PLANO Municipal de Saúde 2014-2017, p. 35).

Dificuldades da Central de Regulação Ambulatorial fragmentada, em virtude da desarticulação entre os setores e serviços e falta de definição de papéis; Perda de equipamentos (computadores, impressoras), móveis (armários, mesas) devido ocorrências de sinistros; Atendimento da demanda da ouvidoria prejudicada devido a Auditoria não possuir espaço próprio; Concentração dos processos regulatórios em virtude da ausência de internet nas unidades de saúde (PLANO Municipal de Saúde 2014-2017, p. 46).

Mesmo considerando todas as limitações apresentadas acima pelos Planos Municipais de Saúde 2014-2017, a implementação da política de fortalecimento da matriz reguladoras tem respondido e acompanhado a descentralização de serviços de média e alta complexidade e já, neste período, está sendo colocada em prática, com essas limitações.

No município de Castanhal (*m_s*), as centrais de regulação são mais solidificadas e apresentam um claro conhecimento de sua estrutura de oferta de ações e serviço, segundo seu PMS (2014-2017):

Central de Regulação de Leitos / Internações: regula as internações eletivas e de urgência;

Central de Regulação de Consultas e Exames Especializados de média e alta complexidade.

Nos últimos anos as ações da Regulação vêm avançando no processo de qualificação e ampliação de acesso aos serviços. Cita-se primeiramente, a descentralização do recebimento dos exames e consultas especializadas a serem agendados da central de regulação pelas Unidades Básicas de Saúde. Em cada unidade um agente administrativo recebe os exames e encaminhamentos dos usuários e dirige-se à central semanalmente de forma agendada.

Retornam às Unidades onde repassarão posteriormente aos seus usuários o agendamento, eliminando-se tumultos na central bem como facilitando o acesso dos mesmos visto que o atendimento passa a ser próximo de suas residências (PLANO Municipal de Saúde 2014-2017).

Promover a cooperação significa reduzir, simultaneamente, as possibilidades de conflitos que impactam na manutenção da capacidade distributiva das normas. A ação da regulação, se bem executada, reduz o estado de beligerância, porque age nas assimetrias informacionais intermunicipais, impactando na confiança dos entes envolvidos e reduzindo as incertezas dos contratos e de execução de serviços que conduzem à instabilidade. O trabalho de Medeiros e Gerhardt (2015) apontam para a ausência do estado com relação à regulação bem como às questões de regulação e pouco efetivo no apoio técnico aos municípios.

As entrevistas realizadas também apontam para a necessidade de reduzir a margem de manobra política da regulação com propósitos clientelista de políticos.

[...] Mas tem uma coisa no cerne disso tudo, que está na raiz desses problema: A gente vive um enorme conflito de interesses, a gente não tem mecanismo de conflito de interesses, porque no Brasil o empresário da área da saúde, ou seja, da área de medicamento, equipamentos e mesmo donos de hospitais ou clínica são gestores no Sistema. (Entrevistado 1)

A central de regulação tem que ser desvinculada de politicagem. Política aqui não deveria ter ingerência. (Entrevistado 2).

Nesse novo sistema de centrais de regulação estabelecido pelas portarias acima citadas, observa-se a distribuição do exercício da função reguladora entre vários municípios; ainda que essas funções estejam concentradas nos municípios ofertantes (m_s) de média e alta complexidade, aumenta-se a possibilidade de controlar a oferta de serviços diferenciados desses municípios, apesar de manter os municípios demandantes (m_d) sem governabilidade do que é de fato acessado. Neste caso, a condição de risco moral já mencionada não é sanada e ainda permite ineficiência sistêmica por contribuir para o desequilíbrio de todo o sistema.

Segundo Barbosa et al. (2016, p. 3):

O alcance da ação regulatória na área da saúde pública traduz-se no grupo de ações mediatas que se põem de permeio entre as demandas dos usuários e seu acesso aos serviços de saúde. Esse significado da regulação incorpora competências de condução política, análise da situação, planejamento e comunicação, entre outras, na organização e controle dos fluxos de acesso, do desempenho dos sistemas e da qualidade da assistência.

Um aspecto importante que foi observado nos artigos é a necessidade de reduzir a margem de manobra política da regulação para propósitos clientelistas de políticos, que ocorre devido à condição de cliente/eleitor dos munícipes. Dentro de um contexto de mobilidade, para se ter acesso a serviços de saúde, a centralidade desses serviços em determinados municípios e a característica do bem criam condições para que as informações possam ser usadas em benefício próprio, seja ele de cunho político ou financeiro.

A regulação atua como um importante instrumento para reduzir as incertezas e garantir a função distributiva da regra, bem como para reduzir a racionalidade econômica dos agentes, possibilitando atitudes solidárias. Mesmo dentro de um contexto de iniquidade, as centrais de regulação municipais podem permitir a redução de influência política no acesso.

Nesse ponto, Knight (1998) supõe que a estabilização de determinado ponto de equilíbrio seria explicada pelas propriedades da estrutura institucional de regular as interações, perpetuando determinados efeitos distributivos e, daí mantendo determinados agentes em melhor posição relativa. Neste sentido, estabelece-se que os pressupostos aqui apresentados apontam que a eficácia ou não dos dispositivos instituídos e sintetizados no Instituto do pacto tem raiz

nas próprias regras de pactuação e nas oportunidades de distribuição assimétrica de recursos, especialmente quando instrumentalizadas para atender interesses políticos mais pontuais.

Uma outra regra importante apresentada pela portaria GM nº 3.999, de 22 de fevereiro de 2006, e ratificada pelo Capítulo V do Decreto 7.508/2011, é que a articulação interfederativa deve se dar a partir das Comissões Interfederativas como aspecto importante e necessário para operacionalizar a rede interfederativa. As comissões são capazes de unir entes autônomos e interdependentes na realização de serviços integrados, sem ferir a autonomia de cada um, uma vez que toda decisão deverá ser consensual.

A CIR e a CIB são espaços, arenas, de pactuação cooperação e cogestão solidária, de definição de prioridades para organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. A função pré-estabelecida para conferir um caráter federalista à estrutura e gestão do SUS é importante para o fortalecimento do plano regional, dado um contexto de fragmentação da assistência (MC+AC) e da dificuldade de ofertar cuidado integral à saúde. Estes são canais permanentes e contínuos de negociação e também de instâncias deliberativas compostas por representantes do estado e pelos secretários municipais de saúde de um determinado território (região de saúde) com capacidade de provisionamento de serviços de saúde em diferentes níveis de atenção.

Diferentes autores (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010; VIANNA; LIMA, 2012; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; SANTOS; CAMPOS, 2015) debatem a institucionalidade, representatividade e dinâmica dos sujeitos que compõem a CIR e os desafios para constituição da governança regional. Trata-se de um debate recente, que considera a importância dessas arenas na estrutura do novo contexto. Uma vez que sua forma de condução pode impactar nos pactos, elas devem apresentar pautas diversificadas, para criar espaço de discussão entre diferentes entes federados, bem como, compartilhamento de estratégias e planejamento. Os entrevistados reconhecem a importância da CIR como arena de pactuação.

A CIR tem um papel fundamental para a articulação regional, representando um espaço de planejamento, pactuação e co-gestão solidária entre os gestores municipais. É uma instância deliberativa de co-gestão regional composta por todos os gestores municipais de saúde dos municípios que integram a

região de saúde e por representante do gestor estadual. (Entrevistados 3, 4, 5 e 6)

No contexto do jogo, elas são necessárias nas sucessivas rodas de negociação e podem alterar condições de subótimos, especialmente porque, se bem coordenadas e com apoio das comissões técnicas, as condições de informação assimétrica entre os municípios ofertante (m_s) / demandante (m_d) podem ser reduzidas e permitir a articulação e coordenação de diretrizes nacionais, estaduais e regionais. Miranda (2010) destaca que a CIR foi criada com o intuito de atender demandas institucionais, nas negociações intergovernamentais, produção de acordos e arranjos mediados pelo discurso tecnoburocrático.

O desenho institucional dessas comissões inclui elementos importantes para cooperação, especialmente por sua composição paritária e a regra do consenso. A sistematização das reuniões é importante para os objetivos no processo da pactuação e um condutor para objetivos comuns, uma vez que esta arena também é formada pela elite política (secretários municipais de saúde), que tem informações assimétricas e interesses eleitorais. Conforme estabelecido acima, existe a possibilidade de que, na pactuação, esses interesses se sobreponham a objetivos sociais. Ela pode se tornar potente na medida em que permite que todos façam parte do processo de negociação, assim como a possibilidade do planejamento, no âmbito regional.

Para tanto, destaca-se a importância da participação social nas reuniões das CIR's. Nas atas analisadas das reuniões de 2014 e 2015, das regiões de saúde estudadas, em nenhum momento foi mencionado sobre a participação social nas reuniões. Os trabalhos de Vianna (2013), Medeiros e Gerhardt (2015) e Carvalho (2017) ratificam essa situação. Medeiro e Gerhardt (2015, p. 164) apontam para o caso de pequenos municípios em que há [...] “pouca participação social” nas decisões da rede, e ainda, [...] a desarticulação do controle social nos municípios estudados, que algumas vezes meramente ratificam decisões da gestão municipal, conforme relatos das equipes” [...].

Ao analisar as atas das CIR's, das regiões propostas para estudo, observou-se que deliberações são basicamente de três tipos: 1) debate de temáticas importantes; 2) apresentação de temas que a induzem debates futuros; e 3) Pactuações. Assim, debate-se desde temas gerais às regiões,

como: assuntos recorrentes à pactuação das redes de saúde; assuntos recorrentes ao cotidiano, como aquisição de equipamentos, negociação de leitos e financiamento. Mas observa-se uma menor preocupação com temas necessários ao fortalecimento da oferta, maior resolubilidade da Atenção Primária à Saúde (APS), a importância de criar uma estrutura informacional que subsidie o planejamento.

A partir do ano de 2014, todas as reuniões das CIR passaram a ter pauta formada. Os municípios passam seus temas de interesse e dentro de grandes eixos se estabelecem as prioridades de debates que abrangem desde temas específicos de um interesse a temas estratégicos regionais, buscando-se evitar manobras políticas de interesse único e exclusivamente dos prefeitos. Isso ocorre porque a multiplicidade de interesses sociais e institucionais a serem contemplados nas reuniões mobiliza diferentes grupos técnico-burocráticos na defesa de projetos e ações dirigidos a segmentos ou grupos populacionais, e nem sempre as prioridades são definidas com base em critérios racionais ou de necessidades.

[...] Necessidade de manter uma pauta fixa na CIR, exemplo mapa da saúde, indicadores regionais e etc., porque se não o município participa somente do que interesse do prefeito, aí fragiliza. Evita-se criar oferta sem saber as necessidades de saúde dos municípios. Se a CIR funciona bem, com os coros, as atas, participação dos interessados e as resoluções reduz-se manobra política, pode inclusive colocar esses fatores na agenda política dos municípios da região (Entrevistado 2).

Segundo Dourado e Elias (2011), isso se expressa na prioridade dada à discussão sobre a organização da assistência à saúde em detrimento do debate sobre as políticas de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos. Isso se reflete também na dificuldade de quórum e/ou ausência, especialmente, dos Secretários de Saúde dos Municípios, fator que adia a tomada de decisão e prejudica o planejamento e a planificação das informações. Por conta desta situação, a Região Metropolitana II tomou a seguinte postura:

[...] Deliberou-se que seja efetuado o levantamento de faltas no primeiro semestre de dois mil e quinze para encaminhamento de notificação aos prefeitos e conselho municipal de saúde com solicitação de providências, considerando os prejuízos aos pleitos dos municípios que dependem de aprovação da comissão. Na oportunidade, fora deliberado ainda que esta reunião seja a última com aprovação “ad referendum” por

motivo de faltas recorrentes (Ata CIR Metropolitana de junho de 2015).

As atas revelam, em algumas circunstâncias, exposições que conotam falta de conhecimento de dados na área da saúde e nos processos de gestão, e pouco se preocupam com questões regionais de saúde que necessariamente se refletem na tomada de decisão rápida, sem embasamento e informação frequentemente equivocadas; também apresentam aprovações das propostas apresentadas nas reuniões da CIR, com poucos questionamentos sobre a pertinência das mesmas, fator que reflete a assimetria de informação e a capacidade de manobra técnica e política.

Segundo Miranda (2010), as decisões nem sempre são produto do entendimento, mas muitas vezes os acordos são constrangidos pelos imperativos do “sistema”, do tempo (prazos) e das relações estabelecidas de poder. Mendes et al (2015) comenta que fragilidades da formação político-administrativa dos Colegiados de Gestão Regional é que os tornam mais vulneráveis aos interesses particulares em detrimento dos coletivos.

Nas reuniões, assuntos relacionados a problemas com a média e alta complexidade e a aprovação de incentivos financeiros ofertados pelo Estado e União são recorrentes. Os debates giram em torno do atendimento na média e alta complexidade; este assunto é motivado, especialmente, pela deficiência de referências para especialidades, principalmente a traumatologia, conforme desabafo deste gestor municipal. Ou seja, focam-se em pontos que permitem aumento da utilidade de cada município, atendimento de expectativas individualizadas.

[...] Convencer os atores municipais a sair do atomismo, é importante criar o sentimento da região e neste sentido a CIR é fundamental porque tem a função de otimizar a oferta de serviços da média e alta complexidade que tem que ser um debate regional. Daí a importância de se fazer o mapa da saúde da região, criar as câmeras técnicas e estratégias de fazer com que grande parte desses serviços funcionem nessas regiões. [...] Estimular a região para resolver 90% a 95% dos problemas na lá mesmo, é claro que a alta complexidade é mais complicado, inevitavelmente terá algo de alta complexidade que não tem sentido ter na Região, mas a média complexidade é possível descentralizar (Entrevistado 2).

No estudo de Santos e Giovanella (2014), verificou-se que as estratégias regionais para o fortalecimento da rede própria eram centradas na cobrança para a ampliação da oferta especializada e hospitalar, sem ações articuladas

para o fortalecimento e maior resolubilidade da Atenção Primária à Saúde (APS).

O tema *incentivos financeiros* ocupa espaço significativo dentro das pautas das reuniões da CIR. Este tema, indiscutivelmente, deve ser aprovado por este coletivo, pois há uma lógica da organização regional da saúde; contudo, o interesse dos gestores municipais tem se limitado ao acesso a estes incentivos, pouco pautando outras questões.

Sobre o tema PPI, nas atas analisadas, observou-se que as pactuações não foram claras, pois existem dúvidas de secretários de municípios demandantes (m_d) e denúncia contra municípios ofertantes (m_o); mas, de forma geral, observa-se o desconhecimento dos secretários quanto ao fluxo de revisão da PPI e seu poder de voto ou veto sobre o tema. O exemplo citado da CIR de Caeté é apenas um dentre tantas reclamações neste sentido.

[...] representante da gestão da Secretaria de Primavera afirmou que teve muita dificuldade em visualizar sua pactuação que somente o nível central tinha acesso. Mas que exigiu e assim tomou conhecimento de absurdos como pactuação com municípios do baixo-amazonas por exemplo. Recurso que paga, cota que tem, mas que nunca vai utilizar pois o gasto com transferência de paciente para essa região é imenso. Então, propõe-se aos gestores que todos façam a solicitação para tomar ciência de suas pactuações, pedir para um técnico da DDASS esteja presente na reunião da CIR para tratar desse assunto e que se leve essa discussão para a CIB. Rogério acrescenta que a CIR tem autonomia para rever essa pactuação e modificá-la (ATA CIR Caeté de janeiro de 2015).

Entende-se a CIR como uma estrutura que pode voltar-se para a divisão de responsabilidades, dos Bônus políticos e das transferências horizontais de recursos entre os municípios, também pode induzir as elites políticas a comportamentos mais responsáveis que possam legitimar a estrutura de coordenação e cooperação horizontal e assim tornem-se mais confiáveis por essas elites a partir, especialmente, da redução de assimetrias informacionais, conferindo ao fluxo informacional importância para a tomada de decisão tanto em termos da elite política quanto em termos da elite burocrática.

A contraprova disso é o exemplo das CIR's do Tapajós¹⁴ e da transamazônica¹⁵, regiões não estudadas devido à ausência de atas, mas que

¹⁴ Municípios de Santarém, Alenquer, Almerim, Aveiro, Belterra, Curuá, Faro, Itaituba, Juruti, Jacareacanga, Monte Alegre, Novo Progresso, Óbidos Oriximiná, Prainha,

expressam claramente, em reunião da CIB, a importância dessa arena na pactuação dos fluxos de ação e serviços dos municípios das regiões e os prejuízos da ausência da mesma para a PPI.

[...] O gestor da 9^a Regional de Saúde disse que estava como alguns problemas em relação à Região do Tapajós, que não se reunia desde outubro de 2014 (dois mil e quatorze) por falta de quórum. Disse que a maioria dos secretários não confiava mais em tais reuniões, pois, segundo ele, os gestores alegavam que os seus questionamentos na reunião não eram respondidos (ATA Reunião CIB abril de 2015).

[...] uma gestora comentou que a CIR da região Transamazônica não estava funcionando, e não era por culpa dos secretários de saúde da região. Sendo que os gestores precisavam cumprir do decreto 7.508 (sete mil quinhentos e oito). Ela comentou ainda, que a Região de Saúde precisava cumprir o seu papel. [...] comentou sobre algumas situações referentes à PPI da Região da Transamazônica, que precisavam ser tratadas na CIR, que por sua vez não conseguia reunir (ATA Reunião CIB dezembro 2015).

No fluxo da Pactuação, as CIR's do estado devem enviar suas resoluções para a CIB, que como fórum intergestores existente mantém seu papel de arena como participante do processo e vigilante dos pactos regionais. a CIB deve debater assuntos pertinentes aos municípios e ainda exigir o cumprimento do fluxo da política de saúde; bem como se ater a assuntos de interesse regional. Na reunião da CIR de Caeté, observa-se a morosidade deste fluxo e a falta de encaminhamentos e resoluções.

[...] funcionário da gestão de Primavera está pedindo uma ambulância e não a revisão do fluxo. Lembra que não só Primavera, mas Peixe-Boi, Bonito e Santa Luzia também solicitam uma base descentralizada, mas que não foi dado prosseguimento ao pleito. Propondo que os projetos sejam encaminhados para o Ministério da Saúde até porque este tem meta de 100% de cobertura. Rogério responde que teve outro entendimento, e que os projetos não pararam na CIR. Foram encaminhados para a CIB e protocolados em 18/04/2014, mas que na Coordenação Estadual não deram prosseguimento (ATA Reunião CIR Caeté janeiro de 2015).

Placas, Rurópolis, Terra Santa e Trairão compõem o 9° Centro Regional de Saúde do Pará.

¹⁵ Municípios de Altamira, Anapú, Brasil Novo, Medicilândia, Pacajás, Porto de Moz, Senador José Porfírio, Uruará e Vitória do Xingu pertencem ao 10° Centro Regional de Saúde do Pará.

Mesmo com o privilégio da autonomia municipal, a CIR baliza as relações intermunicipais a partir de negociação e consenso com as áreas para expansão da oferta na rede regionalizada, especialmente das redes temáticas de urgência e emergência (SAMU regional) e rede materno-infantil (Rede Cegonha). Além disso, ela abre espaço para apresentação de projetos de competência genuinamente municipal (Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal, Academia da Saúde, Programa Saúde na Escola, entre outros) como requisito para obter os recursos estaduais e federais.

[...] É importante empoderar a região, permitir que os prestadores participem da CIR, inclusive os privados, a população, os políticos (Entrevistado 2).

Nesta circunstância, mesmo como um espaço burocrático e como rituais para lograr investimentos, ela funciona como lócus de compartilhamento na formulação de projetos, e desempenha um papel pedagógico entre municípios, o que coincide com alguns tópicos abordados de outras pesquisas (ASSIS et al., 2009; IANNI et al., 2012; SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Dentro dos elementos aqui expostos, entende-se que estes não são suficientes para neutralizar os riscos vindos da negociação entre agentes assimétricos, que de um lado mantém as condições de risco moral e do outro a externalidade. Isso compromete a credibilidade entre os agentes, pois no pré-compromisso os municípios ofertantes (m_s) fazem promessas de cumprir com metas físicas e financeiras; contudo, no segundo momento do jogo, os mesmos preferem manter seus compromissos com a população de referência. Essa escolha é induzida por fatores endógenos e exógenos ao pacto e comprometem as expectativas recíprocas dos agentes, elemento importante para preservar a disposição dos agentes a serem mais solidários.

5.2 Resultados assimétricos e os princípios do SUS

Revisar e alterar algumas portarias tornou-se pré-condição para o novo momento de pactuação. O SUS objetivou reduzir a fragmentação da oferta de serviço no território e conferir a racionalidade econômica, a produção dos serviços e a organização das regras e acesso, objetivando, especialmente, atender os princípios sociais: a universalidade, equidade e integralidade. Neste sentido, entende-se a importância se estabelecer arranjos intergovernamentais

que possam reduzir as lacunas existentes no sistema, consequências de um processo histórico de descentralização que desconsiderou as realidades locais e criou, segundo Machado (2006, p. 99): “[...] Incongruências entre escolhas coletivas e comportamentos de governamentais”.

Resgatar esses princípios exige do instituto do pacto, além de processos de barganhas assimétricas, criar valor e manter a distribuição desses valores entre os jogadores, conforme entende Scharpf (1997). O autor cita ainda que o compartilhamento pode determinar o sucesso ou insucesso da produção, uma vez que a criação de valor será impedida, a menos que seja assegurada a partilha de valores aceitáveis aos jogadores.

Atenta-se para a reflexividade das regras: se pouco reflexivas, permitem pequena distribuição de valores, e assim podem permitir que jogadores busquem outros pontos que melhor satisfaçam suas utilidades; ou dentro de um contexto de informação assimétrica, pois podem permitir que o jogador com maior poder de barganha *iluda* o outro jogador, o que pode representar, de forma flagrante, desrespeito aos objetivos almejados pelo SUS.

Assim, entende-se que o instituto do pacto não permite a superação das motivações para comportamentos individualizados, conforme exposto anteriormente, e isso gera tensões e conflitos estratégicos que acabam ferindo os princípios do SUS.

O SUS, garantido pelo Art. 198 da CF de 88, caracteriza-se por ser um sistema Universal, ou seja, pressupõe a não existência de barreiras ao acesso, ou ainda, todos têm acesso a serviços públicos de saúde ofertados pelo Estado. Então, existe um conjunto normativo que ampara a oferta e demanda por ações e serviços entre municípios. Assim, o Instituto do pacto assegura a possibilidade de um indivíduo recorrer ao estabelecimento de um outro município prestador de serviço para ser atendido (universalidade), permitindo que ocorra uma negociação com a mediação do estado.

Uma vez pactuado o município de referência (m_r) da ação ou serviço, recebe recursos para o atendimento dos municípios referenciados (m_d). Neste contexto, a equação (1) apresentada no capítulo anterior deveria ser verdadeira e assim $m_d = (m_{d1} + m_{d2} + m_{d3} + \dots + m_{dn})$. Não deve existir barreiras ao atendimento aos municípios referenciados. A pré-condição para que isso aconteça é o ajuste da oferta (GUERREIRO; BRANCO, 2011), e o

funcionamento eficiente do sistema de regulação entre os municípios e auditorias, dentro de um contexto de assimetrias, deve criar condições para que municípios não apresentem comportamentos predatório, pois desta forma se evita que estes enviem mais pacientes do que o estabelecido no pacto (IBANHES et al., 2007; SILVA; GOMES; 2013). Não obstante, nas reuniões das CIR's, os municípios de referência apresentam denúncias de comportamento que ferem o princípio da universalidade.

Dentro do contexto de pactuação da saúde no Estado do Pará, há relatos nas reuniões das CIR's, de negação da saúde como um direito universal. Na reunião de abril de 2015 Comissão Intergestores Regionais da Região Metropolitana I, a representante da Diretoria de Emergência do Hospital Augusto Chaves em Marituba denunciou a postura de municípios quanto ao excesso de demanda por serviços de média e alta complexidade e a consequência em seu serviço preconizado pelo excesso demanda de municípios referenciados:

[...] A representante da Diretoria de Emergência do Hospital Augusto Chaves tomou a palavra dizendo que após a reforma realizada no hospital houve uma melhora no atendimento ao paciente de urgência, possibilitando um diagnóstico rápido, devido ao apoio laboratorial e de imagens. Porém, esta melhora observada pela população acarretou um grande aumento no fluxo de demanda, voltando a precarizar o atendimento, pois, o hospital não encontra retaguarda para absorver esta grande demanda de pacientes que necessitam de internamentos. Falou ainda que as ambulâncias de outros municípios estão abandonando os pacientes no estacionamento ou nas proximidades, causando um outro problema para o hospital que é o retorno destes para o seu lugar de origem, após o atendimento, pois tratam-se de pessoas carentes (ATA de abril de 2015).

Outro relato foi feito pelo Município de Castanhal - Região Metropolitana III, na reunião de março de 2015, sobre barreiras entre UPA e Hospitais:

[...] A representante da diretoria da UPA de Castanhal falou que os pacientes estão vindos de forma desumana, sem regulação, e em ambulância tipo que não é da UPA. Falou que os hospitais estão mandando de volta para a UPA, pois, o correto seria que a mesma encaminhasse o paciente para o hospital. Disse ainda que pacientes que estão esperando leito foram a óbito, falou que precisa de garantia de devolução do paciente (ATA março de 2015).

Resgatar o princípio da equidade¹⁶, por sua vez, enfatiza a necessidade de se reduzir as iniquidades¹⁷ sistemáticas nos determinantes da saúde, incluindo aquelas ligadas ao acesso e à prestação de serviços, o que resgata a função (2) do capítulo anterior, que expressa que todo cidadão deve ter acesso igual a esses serviços.

$$I = f(U) = m_{d1} = m_{d2} = m_{d3} = \dots = m_{dn}$$

Esta função mostra que para o caso da igualdade o que está em jogo é a equivalência da probabilidade de que o acesso se realize para qualquer cidadão, frente à probabilidade de que o acesso também se realize para qualquer cidadão de um outro subconjunto de cidadãos. Isso impacta na necessidade de que o Poder Público deve tratar desigualmente necessidades de saúde diferenciadas ainda que os recursos sejam alocados proporcionalmente às necessidades dos seguimentos populacionais ou indivíduos, o que exige uma PPI eficiente dentro do contexto distributivo do Instituto do Pacto. Como base das negociações, ela deve, de fato, organizar os fluxos físicos e financeiros entre os municípios (MEDEIROS; GERHARDT, 2015).

Dentro do contexto da Regionalização, processo de realinhamento da PPI, habilitar alguns serviços de grande relevância para desenvolver as atividades dentro do município da nossa região de saúde; oferecer mais serviços de especialização; a oferta ser maior que a demanda; capacitar o quadro de servidos dos municípios etc. (Entrevistados 5 e 6).

Para o caso do estado do Pará, uma questão constantemente exposta nas reuniões das CIR's, que tem recebido críticas dos secretários e também apresenta uma postura de violação deste princípio, foi a atitude unilateral de construção da PPI em 2010; desde então, tem sido feito apenas atualizações pontuais quando solicitadas pelas regiões e/ou municípios.

¹⁶ Equidade é um princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem uma relação direta com o conceito de igualdade. A partir desse princípio, busca-se reconhecer as diferenças nas condições de vida e a necessidade das pessoas. Considera-se que o direito à saúde passa pelas diferenças sociais e devem atender à diversidade.

¹⁷ As iniquidades são percebidas tanto na cobertura e acesso aos serviços de saúde como na utilização, principalmente, de cuidados ambulatoriais (TRAVASSOS et al. 2000).

[...] a PPI de 2010 foi dada aos municípios pronta com distorções imensas. Citando como exemplo municípios que aparecem com pactuação entre regiões muito distantes, Região Sul e Nordeste do Estado por exemplo.

Para além da defasagem da própria PPI do estado, existem municípios de referência (m_2) que atentam contra a equidade, situação apontada pela ata da Região de Integração do Rio Caeté.

[...] Passada a palavra ao representante da gestão da secretaria de Saúde de Quatipuru, este informou que teve redução de cotas por Capanema e até suspensão de alguns serviços. A representante da gestão da secretaria esclareceu que o município de Capanema reduziu as cotas sem comunicar oficialmente aos municípios pactuados e propõe que seja chamado o gestor de Capanema para conversar sobre a situação além de fazer uma revisão dessa pactuação. O representante da gestão da secretaria de Saúde de Quatipuru acrescenta que já encaminhou paciente regulado, autorizado e este não conseguiu realizar o procedimento por que o município de Capanema não atendeu. Acrescentou que todos os gestores devem tomar conhecimento de sua pactuação, que não se deve esperar pela Secretaria de Saúde do Estado do Pará para avaliar e tomar uma decisão em relação a essa situação (ATA da Reunião CIR de Caeté, março de 2015).

[...] A responsável pela Gestão e Financiamento da Secretaria de Saúde do Município de Marituba apresentou a Programação Pactuada Integrada – PPI, [...] apontou o excedente de atendimento da Alta Complexidade de Trauma-Ortopedia e Obstetrícia, o alto índice de atendimento aos pacientes procedentes de municípios não pactuados (ATA da Reunião extraordinária da Região Metropolitana I, março e 2015).

[...] A representante da secretaria municipal de Saúde de Santa Barbara tomou a palavra dizendo da precariedade de seu município, não existe se quer raio x para apoio diagnóstico de traumatismo e, por isso, acaba realizando encaminhamentos indesejados (ATA Região Metropolitana I março de 2015).

Esses e outros municípios infringiram o princípio da igualdade de acesso, pois, não obstante o conhecimento de que os pactos são violados, os governos municipais apresentam poucas informações sobre as diferentes possibilidades de acesso, o que, de certa forma, reduz a capacidade de intervenção dos municípios, criando zonas de baixa visibilidade, de difícil intervenção e fácil utilização política do serviço de saúde. Os estudos de Medeiros e Gerhard (2015) apontam para o fato de que municípios pequenos sofrem os maiores impactos nesse contexto.

Torna-se relevante a produção de informação de base e de controle

tanto do acesso da assistência quanto do financiamento. Desta forma, é importante que cada município conheça sua capacidade física para então estruturar o mapa da região e ofertar exatamente o que pode. Entende-se a assimetria informacional como condição de ganhos assimétricos em barganhas e o fator responsável por infringir o princípio da equidade/igualdade, mas em nenhum momento foram encontradas regras para frear tal conduta. Destaca-se apenas o Art. 33 da Lei 8080/90, quando trata da Gestão Financeira no § 4º que caberá ao Ministério da Saúde:

[...] acompanhar, através de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei (§ 4º, art. 33, Lei 8080/90).

Nesta condição, retira-se a autonomia dos entes federados quanto à possibilidade de aplicar qualquer penalidade aos envolvidos na negociação, fator que necessariamente fragiliza os municípios demandantes (m_d) diante de tal infração.

Como este princípio não está confinado a um único território, ele resgata a importância da regionalização, considerando os critérios do Pacto pela Saúde bem como os instrumentos de planejamento, especialmente o mapa da saúde, no sentido de criar uma rede hierarquizada de serviços para estabelecer mecanismos e fluxos de referência e contra referência entre municípios (m_s) e (m_d) (MOREIRA; TAMAKI, 2017).

Uma das principais dificuldades para a regionalização é romper com a visão limitada de algumas gestões que entendem a saúde pública como limitada a seu espaço territorial, não percebendo que um município sozinho não consegue atender todas as demandas da sua população e que serviços (principalmente de média e alta complexidade) mais específicos precisam ser oferecidos através de pactuações e consórcios. (Entrevistados 5 e 7)

Entende-se a importância da atividade da regulação como instrumento de melhoria do funcionamento das instituições inseridas no setor da saúde, dado seu papel de minimizar oportunismos dos agentes e as dificuldades inerentes à sua racionalidade acerca do funcionamento do sistema de saúde. Assim, a regulação deve contemplar desde a garantia da universalidade de acesso aos cuidados de saúde aos munícipes de uma região e a equidade, passando pela promoção da saúde, objetivando a garantia efetiva dos cuidados

e a qualidade dos serviços, reduzindo as ineficiências e desperdícios de recursos, visando aos recursos disponíveis e coordenação dos interesses internos e externos, que acabam por comprometer o funcionamento sem a devida adequação e regulação (IBANHES et al. 2007; SILVA; GOMES 2013).

Sobre a Integralidade, também definida como princípio finalístico do SUS, entende-se que a partir da existência de barreiras no atendimento de cidadãos de outros municípios, mas especialmente a partir da transgressão do princípio finalístico da igualdade, necessariamente nega-se o princípio da integralidade do acesso à assistência preconizado pelo SUS, que necessariamente passa pela garantia de atendimento aos pacientes referenciados para unidades de maior complexidade das redes de atenção à saúde existentes no SUS.

Alguns gestores ainda precisam reconhecer sua autonomia, “puxando” para si as discussões sobre as necessidades e demandas de seu município e da Região, não esperando que somente o Estado intervenha e “solucione” todos os seus problemas (Entrevistados 3, 4,5, 6 e 7).

Hartz e Contandriopoulos (2004) comentavam sobre a necessidade de aprimorar os mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional; mais recentemente, Lima (2012) destacou a necessidade de fortalecer o contexto territorial no planejamento governamental e da integração de políticas setoriais de desenvolvimento regional de médio e longo prazo, condição fundamental para ampliar e assegurar o acesso da população aos serviços de saúde de diversos tipos, de acordo com as diretrizes do SUS de universalidade e integralidade.

A integralidade depende do funcionamento coordenado dos pactos firmados entre os municípios de referência (m_s) e os municípios referenciados (m_d). Ou seja, para que o SUS tenha a integralidade de suas funções, é vital que haja a cooperação entre os entes federativos e que ela esteja assentada em base jurídica sólida, com o papel de cada ente muito bem estabelecido e que cada um desses possa potencializar seus recursos financeiros, de planejamento, de coordenação e avaliação.

6 CONCLUSÃO

O Pacto instituído a partir de um conjunto de normas formais objetiva constituir relações intergovernamentais mais solidárias e/ou cooperativas dentro de um contexto formado por um estado de beligerância e competição predatória. Esse estado marca a autarquização da gestão municipal e se acirra dentro de uma estrutura assimétrica de infraestrutura, financeira e informacional, que busca alargar suas condições de acesso e oferta de média e alta complexidade, para atender os fins orientados pelas preferências de seus eleitores-consumidores medianos.

De forma prática, o Instituto do pacto tenta resolver problemas de interação intermunicipal que, segundo a teoria dos jogos, pode ser estabelecida como o dilema do prisioneiro, em que entes federados, em interação, presos a estados subótimos e comportamentos de incerteza dos demais municípios, consideram que abandonar uma possível cooperação, ou simplesmente não cooperar, seja a melhor resposta. Assim, existe uma estratégia dominante para cada um desses entes que corrobora com a condição de subótimo e ineficiente do sistema. Para ser fiel à teoria, diz-se que nessa circunstância existe um problema de credibilidade dos compromissos de cooperação entre agentes governamentais locais.

A credibilidade, para Night (1989), está associada ao pré-compromisso entre entes e fundamentada-se no poder de barganha relativo dos atores. Na percepção de Scharpf (1997), quando dois agentes sociais envolvidos em uma negociação para produção de utilidade assumem o compromisso prévio com a distribuição de recursos e permite a convergência dos mesmos, o ente que esteja em condição para induzir o outro a aceitar a negociação apresenta maior poder de barganha, e aqueles com menor poder tendem a permitir iludir-se com retornos de sua própria avaliação de resultados ao nível de dependência desigual.

Desta forma, o arranjo institucional estabelecido pelo SUS deve permitir credibilidade nos compromissos assumidos pelos entes federados; e para a escolha do equilíbrio, é necessário que os mecanismos usados expliquem a convergência das estratégias dos agentes e atores para a condição de cooperação. Ou seja, o instituto do pacto precisa criar condições para estabilizar o comportamento e internalizar as externalidades, reduzindo o risco

e permitindo menos incertezas na pactuação, para assim manter a estabilidade e o compromisso.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde montou um arcabouço institucional para promover condições de pactuação entre entes federados, destacando o Estado como o coordenador do processo especialmente, pois ele constituiu um aparato institucional que passou a subsidiar os pactos. Esse instituto busca, dentre outros objetivos, o fortalecimento da regionalização por meio da negociação intergovernamental e a criação de novas instâncias de cogestão regional (Comissão Intergestores Regionais), bem como estabelecer um complexo regulador para regular o acesso assistencial.

Nesse trabalho, considerou-se que em um contexto de interesses conflitantes, com informações, poder e recursos assimétricos e maior flexibilidade do desenho regional, existem obstáculos para que o Instituto do Pacto oriente entes federados à “regionalização solidária e cooperativa”, mesmo permitindo efeito distributivo das políticas públicas de saúde e avanço no sentido de evitar a transgressão aos princípios da universalidade, igualdade e integralidade.

Desta forma, entende-se que esse arranjo mantém condutas de barganha entre entes federados ofertantes e demandantes de ações e serviços de saúde que objetivam, por meio de distribuições horizontais (metas físicas e financeiras), maximizar seus interesses ou suas utilidades, a partir do acesso a ações e serviços para seus munícipes ou eleitores e permite motivações para comportamentos individualizados, o que gera tensões e conflitos que acabam comprometendo os princípios do SUS.

Para tanto, considera-se como condição importante à análise o fato de as regras, que estabelecem as relações horizontais, serem influenciadas pela probabilidade de insucesso eleitoral, devido ao não acesso a ações e serviços de saúde, especialmente porque o setor se caracteriza por potencializar a interferência entre políticas locais ou *spillovers*. Depois, entende-se que o poder de barganha se apresenta sobre várias formas, e isso permite que os municípios demandantes/referenciados (m_d) dependam dos recursos dos ofertantes/referências (m_s).

Desta forma, faz-se necessário que estes se envolvam em barganhas, condição de oferta e contraoferta de serviços e ainda as ações e serviços são

autorizados pelos municípios ofertantes (m_s) mediante o pagamento antecipado pelos municípios referenciados (m_d). Esses fatores, associados à condição de bem público, à autonomia dos municípios e aos objetivos de universalização, à equidade e à integralidade, exigem normas que direcionem à cooperação.

O primeiro posicionamento é o territorial. O Instituto do pacto reafirma que a regionalização assume um importante papel na indução ao acesso universal, equânime e integrado, o que pode permitir a superação comportamentos individualizados e defensivos. Elias (2004) considera a regionalização como uma alternativa de melhorar a eficiência administrativa e a prestação de serviços devido a questões políticas e a financeiras.

O resultado da regionalização do Estado do Pará manteve, a partir da observação do Plano Estadual de Saúde 2012-2015, as ações e serviços de média e alta complexidade ainda bastante concentradas na região metropolitana do estado. Desta forma, a regionalização não permite acesso geográfico fácil; com isso, mantêm-se lacunas em municípios de expressiva demanda que só podem ser cobertas pelo referenciamento para outros municípios.

Dentro do contexto de oferta de ação e serviço de média e alta complexidade entre municípios e município-estados, pode ocorrer que um município ofertante (m_s) tenha que atender as necessidades de suas regiões e de outras. Considerando o nível de concentração dos serviços em municípios, este (m_s) sofrerá pressão sobre sua oferta, e dentro de um contexto endógeno de transferência fundo a fundo, informação assimétrica tanto de infraestrutura, e níveis de regulação ineficiente, e dentro de um contexto exógeno de tabela de serviços desatualizada é possível que o município ofertante deste serviço resolva beneficiar sua população em detrimento da população de municípios referenciados (m_d).

Nesse contexto, o Instituto do pacto deve permitir o efeito distributivo e desestimular os fatores que permitem que municípios ofertantes se beneficiem a partir de barganhas políticas.

A PPI seria o instrumento que poderia permitir esse efeito distributivo; contudo, o fato de não ter havido alterações em sua estrutura, ela manteve pontos que se estabelecem como zonas cinzentas. O nível de transparência da

PPI é questionável, pois ela detém apenas no quantitativo financeiro dissociado do quantitativo físico pactuado e o executado pelos municípios ofertantes (m_s). Ela não detalha os recursos municipais e estadual envolvidos na transação, e em nenhum momento estabelece ou detalha ações e serviços entre municípios de estados diferentes.

A PPI ainda carece de informações ex-ante ao processo de negociação; porém, observa-se nas atas das CIR's que há distorções entre a estrutura física que é divulgada na CNES Ministério da Saúde e o que de fato se tem implementado no território. A assimetria de informação de agentes envolvidos em barganha pode influenciar na distribuição na convergência dos resultados a partir de escolhas estratégicas para o equilíbrio, uma vez que interfere na produção de utilidade. Scharpf (1997) comenta que nos modelos onde se supõe informação incompleta, os jogadores desconhecem as estratégias uns dos outros, e dessa forma apresentam condições de risco para que agentes racionais aceitem convergir para uma condição de múltiplo equilíbrio com agregação assimétrica de utilidades.

Um fator exógeno ao pacto é a desatualização da Tabela; ela acirra os conflitos no momento da pactuação, mas cabe ao município ofertante arcar com as consequências dessa defasagem, fator que motiva comportamento individualizado no sentido de beneficiar a população própria em detrimento da referenciada, especialmente porque reduz-se a quantidade de serviços ofertados.

Dentro do contexto apresentado, com relação às limitações da PPI, inclusive considerando a realidade do Estado e as limitações de oferta de serviço de média e alta complexidade, é imperioso que a regulação se faça presente no território. Esses fatores podem permitir acúmulo de resíduo no teto MAC e nas condições expostas. A regra abre precedente para que tanto o município ofertante (m_s) quanto o demandante (m_d) de ações e serviços de média e alta complexidade atentem contra interesses. No primeiro caso, pode ocorrer que a retenção de recursos por informação assimétrica seja tanto financeira como na estrutura física por fatores endógenos ou por fator exógeno, como a tabela, e assim municípios ofertantes (m_s) e demandantes (m_d) tomem atitudes para ferir os princípios do SUS, fator apresentado na segunda hipótese do texto.

Para o Estado do Pará, a situação se apresenta um pouco mais complexa, por conta da desatualização da PPI e a solicitação dos municípios para que isso seja feito o mais rápido possível. Este fator aumenta a fragilidade deste instrumento e compromete sua capacidade de coordenar políticas na área da saúde, bem como fragiliza a atuação do Estado como um possível coordenador do processo, ou seja, as regras estabelecidas para PPI durante a NOAS 2001/2002 apresentam-se frágeis para a coordenação dessas políticas no novo contexto de pactuação. Pelas experiências do próprio estado, elas não condicionam ao enfrentamento de problemas que normalmente são traduzidos em conflitos entre municípios e estado.

Essa dificuldade expõe, além da limitação da oferta de ações e serviços de saúde, a insuficiente capacidade de regular executada pelos gestores sobre os prestadores, permitindo a ineficiência do controle na execução do pacto. As análises dos Planos Municipais de Saúde 2014-2017 apontaram limitações que o processo de regulação apresenta, o que impacta em seu funcionamento e na capacidade ou eficiência dos serviços de Saúde no território. A regulação encontra limites na desarticulação entre os setores de infraestrutura, qualificação de pessoal e mecanismos de controle.

No contexto apresentado, mantém-se a possibilidade de conflitos, comprometendo a capacidade distributiva da regra porque não reduzem as assimetrias de informação entre municípios ofertantes (m_s) e demandantes (m_d) de serviços de saúde, e mantêm-se as incertezas dos contratos de execução dos mesmos. Segundo Medeiros e Gerhardt (2005), a incerteza é permanente em relação à integração dos serviços de saúde em rede, pois os atores e organizações envolvidos têm interesses, recursos ou competências diferentes para se envolverem e por isso envolvem-se com projetos de cooperação diferenciados.

A articulação interfederativa exerce um papel importante para a pactuação, cooperação e cogestão solidária. A definição de prioridade para organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva, respeita a autonomia dos municípios envolvidos. Como arena de permanente e contínua negociação, e também de instâncias deliberativas, ela aprovisiona serviços de saúde em diferentes níveis de atenção. Como arena importante para a pactuação solidária, esta apresenta

um conjunto de limitações que vão desde o foco de debate, quando pouca ênfase é dada a temas estruturais como fortalecimento da oferta, até a maior resolubilidade da Atenção Primária à Saúde (APS), a importância de criar uma estrutura informacional que subsidie o planejamento etc.

Em muitas reuniões, a dificuldade é quórum e ou ausência, especialmente, dos Secretários de Saúde dos Municípios, bem como, quando os tomadores de decisão demonstram falta de conhecimento de dados na área da saúde e dos processos de gestão. Quando demonstram pouca preocupação com questões regionais, isso se reflete em tomada de decisão rápida e sem embasamento; quando se trata de temas de média e alta complexidade, observa-se claramente uma preocupação individual de aumento de oferta e sua utilidade. Essa situação também verificada na pesquisa de Medeiros e Gerhardt (2015).

Nessa arena, o tema PPI é constantemente abordado e observa-se a não transparência do instrumento. Há uma dúvida quanto à sua execução pelos secretários de municípios demandantes (m_d), por conta do desconhecimento dos mesmos quanto aos fluxos de serviços, da revisão da PPI, bem como, seu poder de voto ou veto sobre o tema; há também denúncias contra municípios ofertantes (m_s), situação aguçada, visto que a PPI do estado do Pará foi feita em 2010 e não foi atualizada.

Desta forma, entende-se que esse arranjo compromete a credibilidade entre entes federados ofertantes e demandantes de ações e serviços de saúde que objetivam, por meio de distribuições horizontais (metas físicas e financeiras), maximizar seus interesses ou suas utilidades, a partir do acesso a ações e serviços para seus munícipes ou eleitores. Considerando as normas estabelecidas pelo Instituto do pacto, entende-se que para as regiões analisadas estes instrumentos não são suficientes para neutralizar os riscos vindos da negociação entre agentes assimétricos que, de um lado, mantém as condições de risco moral, e do outro, externalidade.

Há problema de credibilidade entre agentes, pois no pré-compromisso os municípios ofertantes (m_s) fazem promessas de cumprir com metas físicas e financeiras; contudo, no segundo momento do jogo, estes não cumprem, e essa escolha é induzida por fatores endógenos e exógenos ao pacto e comprometem as expectativas recíprocas dos agentes, elemento importante

para preservar a disposição dos mesmos a serem mais solidários. Nesse contexto, seria pertinente pensar em regras que reestruturassem a credibilidade de compromisso nas relações entre entes e que estas requeiram medidas com maior controle e disciplinem os poderes envolvidos, medidas deem transparência às decisões.

Neste sentido, um conjunto de comportamentos individualizados são apresentados pelos municípios que são motivados pela capacidade distributiva da regra.

No caso do princípio da Universalidade, percebeu-se a existência de barreiras entre os municípios de referência e referenciados, bem como comportamento predatório dos mesmos. Vários são os relatos neste sentido, tanto dos secretários dos municípios demandantes quanto dos servidores da área de saúde. Boa parte alega a dificuldade de atendimento dessas demandas, bem como o impacto da mesma na precarização dos serviços ofertados, e o desconhecimento dos fatos ocorridos. De fato, todas as alegações reforçam a manutenção dessas atitudes nas regiões de saúde analisadas.

A equidade/igualdade é claramente infringida quando se observa que a estrutura de regulação é ineficiente e com baixa capacidade de comunicação e controle, tanto por parte dos municípios quanto do Estado, e ainda, como o estado é complementar na oferta de serviços de saúde, a falta de comunicação entre as centrais torna o controle desarmônico, reduzindo a possibilidade e o acesso igual. O fato de este princípio considerar todo território, ele acaba resgatando a importância da regionalização e, portanto, os instrumentos de planejamento, especialmente no caso do mapa da saúde, para formar a rede hierarquizada de serviços e estabelecer mecanismos de fluxos de referência e contrarreferência entre municípios.

Infringir a integralidade é consequência dos dois primeiros princípios anteriores violados, especialmente a partir da existência de barreiras relatadas, bem como, a capacidade de ofertar serviços que não garantem o acesso igual ao cidadão. Nesse contexto, vale lembrar a importância dos instrumentos necessários no processo do planejamento: o Mapa da Saúde e a Programação Pactuada Integrada. Como já mencionado, o primeiro é um importante instrumento de visualização da distribuição da estrutura física no território, cuja base deve ser primária e/ou da base de dados do Ministério da Saúde CNES.

Essa perspectiva de distribuição territorial permite a construção de uma PPI mais próxima da realidade, tornando-se, de imediato, uma fonte importante de oferta e serviço e ajuste financeiro. Ela traduz as responsabilidades de cada município com garantia e acesso, por intermédio das relações entre gestores municipais e, a partir dela, os municípios definem e quantificam as ações de saúde a serem realizadas. Este fator, por si só, não garante a estabilidade das negociações, nem tão pouco a não infração dos princípios, mas pode garantir transparência e maior controle do fluxo feito pela regulação.

Entende-se que a teoria das Barganhas Assimétricas tenha permitido entender os fatores que podem motivar entes em barganha a atitudes que convirjam para a cooperação ou solidariedade nas ações, considerando a autonomia desses entes, bem como o entrelaçamento das arenas, a política e a tecburocrática, dentro de um contexto de oferta de bens públicos que objetivam os princípios constitucionais.

Conseguiu-se detectar neste período a fragilidade de instrumentos importantes e frágeis dentro do conceito principal de Instituição, que é proporção distributiva da regra, bem como apontou para a instabilidade da estrutura de pactuação, seja da estrutura de formação regional ou das CIR's.

O êxito deste trabalho consiste em uma avaliação crítica e no entendimento de como as novas regras estabelecidas pelo Ministério da Saúde têm motivado, em termos econômicos políticos, a estrutura de Pactuação. Ele ratifica a relação interesse político eleitoral e oferta de serviço, uma vez que busca compreender como as elites locais, atores e arenas se configuram em regiões específicas da área da saúde. Apesar de as regras serem gerais ao processo de regionalização, a análise das regiões do estado, aqui proposta, percebeu a realidade do estado do Pará para o momento recente de pactuação.

Essa é a contribuição deste trabalho, pois autores locais e nacionais, conforme apresentado na revisão de literatura, não haviam focado em pontos específicos (PPI, Regiões de Saúde ou Colegiados Regionais). A maior contribuição está em observar como estes fatores associados motivam os atores locais e quais fragilidades são induzidas pela regra, considerando limites locais da política pública.

Uma vez que o tema foi proposto para um contexto de pactuação atual, com a inclusão das CIR's, as estratégias dos atores ficaram mais claras.

Considerando o recorte regional, as atas analisadas das CIR's e CIB evidenciam as fragilidades de conhecimento dos atores-chave no desenvolvimento da pactuação, tanto no que se refere ao conhecimento dos temas debatidos quanto a temas regionais e, desta forma, apresentam postura individualizada, utilidade restrita, que são percebidas nos temas debatidos no quórum das reuniões.

Existem situações no estado inclusive de desarticulação da pactuação em função do fator credibilidade apontado na teoria, especialmente por falta do não atendimento da condição pré-compromisso em períodos anteriores; isso é válido para os municípios da Região do Tapajós e da transamazônica.

No início desta pesquisa, tinha-se a perspectiva de comprovação quantitativa de algumas hipóteses a partir de dados da PPI; contudo, a transparência desse instrumento no estado do Pará é extremamente comprometida, inviabilizando a comprovação quantitativa da hipótese.

Outro aspecto limitador da pesquisa foi o fato de que algumas regiões de saúde simplesmente omitiram-se no envio das atas das reuniões das CIR's e isso inviabilizou a pesquisa para todas as regiões do estado. Ter-se-ia, assim, a caracterização de cada região na estrutura da pactuação bem, como poder-se-ia induzir a outras hipóteses importantes, como a influência dos municípios de Belém em toda estrutura de pactuação e seu poder de Barganha também.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L.; SOARES, Márcia M. **Redes federativas no Brasil: Cooperação intermunicipal no Grande ABC**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. 236 p.

_____. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 24, p. 31 - 67, jun., 2005.

_____. A experiência de cooperação interestadual no Brasil: formas de atuação e seus desafios. **Cadernos Adenauer**, v. 12, n. 4, 91 - 110, 2011.

ALBUQUERQUE, M. do S. V. et al. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 223 - 236, 2013.

ALBUQUERQUE, M. V. et. al. O processo de regionalização nos estados brasileiros. In: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra-Capa, 2011. p. 117 a 172.

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo e políticas sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, ano 10, junho, 1995.

ANDRADE, L. O. M. **SUS Pós NOB III: O SUS de Pacto de Gestão**. Brasília: jul. 2004. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=1280&codPagina=1122>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

AMORIM, A. L. G. ; MENICUCCI, T. M. G.; Descentralização e Regionalização na Assistência à Saúde: um estudo da Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais. **ANPAD**. Salvador/BA, 12 a 14 de novembro, 2008.

ARRETCHE, M. A. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação e Sociedade**, v.23, n.80, p. 25 - 48, Campinas, 2002.

_____. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17 - 26, São Paulo, abr./jun. 2004.

_____. A política de Saúde no Brasil. In: LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. Federalismo e Igualdade Territorial: Uma Contradição em Termos? **Revista de Ciências Sociais**, v. 53, n. 3, Rio de Janeiro, 2010.

ARRETCHE, M. A.; MARQUES, E. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

ASSIS, E. et al. Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. **Saúde Sociedade**, v.18, Supl 1, p. 17 - 21, 2009.

BACHARACH, S. B.; LAWLER, E. J. **Bargaining**: Power, tactics and Outcomes. San Francisco: Jossey – Bass Publishers 1981.

BANCO MUNDIAL. **Avaliação dos Processos de Regulação Assistencial, Avaliação e Controle no SUS**: relatório consolidado. Estudo elaborado por José Ângelo Machado mediante Termo de Referência firmado junto ao Ministério da Saúde. Brasília, DF: MS, 2006. 127 p.

BANTING, Keith. The three federalisms: social policy and intergovernmental decision-making. In: BAKVIS, H.; SKOGSTAD, G. (Org.). **Canadian federalism**: performance, effectiveness, and legitimacy. 2 ed. Oxford University Press, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS, **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2016.

BELÉM. Secretaria Estadual de Saúde (SESPA). **Plano Diretor de Regionalização de Saúde**. Belém: SESP, 2002.

BRASIL. **Lei Orgânica nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília: 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 13 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Diário Oficial [da] União: 1993. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 12 nov.2015.

_____. _____. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] União: 1996. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 13 nov. 2016.

_____. _____. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Anexo: Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS: NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial [da] União: 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 12 nov. 2016.

_____. _____. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Anexo: Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS: NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial [da] União: 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 12 nov. 2016.

_____. _____. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial [da] União: 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 12 nov. 2015.

_____. _____. **Regionalização solidária e cooperativa:** orientações para sua implementação no SUS. Brasília, DF: MS; 2006b. (Série Pactos pela Saúde, v. 3).

_____. _____. **Colegiado de Gestão Regional na região de saúde intraestadual:** orientações para organização e funcionamento, Brasília, DF: MS; 2009. (Série Pactos pela Saúde, v.10).

_____. _____. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores crônicos não transmissíveis e Rede Carmem.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.

_____. _____. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS):** ficha técnica dos Indicadores. Brasília, DF: 2011. ano 1.

_____. _____. **Portal da Saúde.** Brasília< DF: Ministério da Saúde; 2015a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>>. Acesso em: 11 out. 2015.

_____. _____. **Cadernos de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores:** 2013-2015. Brasília, DF: 2015b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 1).

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União: 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 3 mar. 2015.

_____. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e dá outras providências. Brasília: 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 22 jul. 2015.

_____. _____. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.** Estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União: 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 12 nov.2015.

_____. **Resolução nº 5, de 19 de Junho de 2013.** Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os

anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Diário Oficial [da] União: 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0005_19_06_2013.html>. Acesso em: 12 nov. 2015.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

CAMACHO, A. C. L. F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Rev. Latino-am. enfermagem**, v.10, n. 2, p. 229 - 233, mar./abr., 2002.

CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: FGV; 2006.

CARVALHO. A. L. B. et al. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p.1155-1164, 2017.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, São Paulo, 2001.

CHARAUDEAU, P. Por Uma Interdisciplinaridade “Focalizada” Nas Ciências Humanas e Sociais. In: MACHADO, I. L.; COURA, J.; MENDES, E. (Org.) **A Transdisciplinaridade e a Interdisciplinaridade em Estudos da Linguagem**. p.17-51. Belo Horizonte: FALÉ/UFMG, 2013. 277p. Disponível em: <<http://150.164.100.248/netii/data1/arquivos/transdisciplinaridade.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2015.

COSTA, Eduardo José Monteiro da. A Problemática da Superação do Subdesenvolvimento e a Questão da Integração Regional. **Revista de Estudos Paraenses**. Belém: IDESP, v.1, n. 2, p. 11-34, 2008.

_____.; BRITO, Liane do Socorro Bastos. O Planejamento Territorial Participativo: a experiência do Estado do Pará, Brasil. **Revista Eletrônica de Geografia y Ciencias Sociales**. Universidade de Barcelona, v. 14, n. 331, v. 37, 1 ago. 2010a.

COSTA, F. L. da; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 962-969, set./out. 2003.

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA CIR CAETÉ, Capanema/PA, reuniram no auditório do 4ºCRS/SESPA, Ata da Reunião Realizada dia 16 de Janeiro de 2015.

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA CIR CAETÉ, Capanema/PA, reuniram no auditório do 4ºCRS/SESPA, Ata da Reunião Realizada dia 26 de fevereiro de 2015.

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA CIR CAETÉ, Capanema/PA, reuniram no auditório do 4ºCRS/SESPA, Ata da Reunião Realizada dia 26 de fevereiro de 2015.

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA CIR CAETÉ, Capanema/PA, reuniram no auditório do 4ºCRS/SESPA, Ata da Reunião Realizada dia 20 de março de 2015

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA CIR METROPOLITANA III, São Miguel do Guamá, Auditório do 5 CRS/SEAPA, Ata da Reunião Realizada dia 18 março de 2015.

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA CIR METROPOLITANA II, Sto. Antônio do Tauá, Auditório do 2 CRS/SEAPA, Ata da Reunião Realizada dia 06 de junho de 2015.

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA CIR METROPOLITANA I, Marituba, Sede da Secretaria Municipal de Saúde de Marituba, Ata da Reunião Realizada dia 01 abril de 2015.

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA CIR METROPOLITANA I, Belém, no auditório do 1CRS/SESPA, Ata da Reunião Realizada dia 04 março de 2015.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, Belém, Auditório do Hotel Regente, situado na Avenida Governador José Malcher, nº 485 - Nazaré, ata de Reunião Ordinária, dia 15 de dezembro de 2015.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, Belém, Auditório Amazonas, do Hotel Sagres, Avenida Governador José Malcher–São Brás, dia 10 dias do mês de abril de 2015.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa:** Métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução Luciana de Oliveira da Rocha. Porto Alegre: Atlas, 2007.

DANIEL, C. Autonomia municipal e as relações entre os estados e a União. In: OFMEISTER, W.; CARNEIRO, J. M. B. (Org.). **Federalismo na Alemanha e no Brasil**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001.

DATAUS. Disponível em:<<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/financeiros/siops>>. Acesso em: 02 jan. 2016.

DeTONI, L. N.; KLARMANN, H. **Regionalização e Planejamento, reflexões metodológicas e gerenciais sobre a experiência gaúcha**. Porto Alegre, RS: Secretaria da Coordenação e Planejamento. 2002.

DIMAGGIO, P. J.; POWEL, W. W. Introducción. In: DIMAGGIO, P. J.; POWEL, W.W (Comp.). **El Nuevo Institucionalismo em el Análises Organizacional**. México: Fondo de Cultura Economía. 2001.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204 - 211, 2011.

EMERSON R. M., Power - Dependence Relations. **American Sociological Review**. v. 27, n. 1. p. 31-41, fev.1962.

ELAZAR, D. J. **Federalism and the way to peace**. Kingston: Institute of Intergovernmental Relations, Queens University, 1994.

ELSTER, J. Peças e engrenagens das ciências sociais. Rio de Janeiro. **Relume-Dumará**, 1994.

ELIAS, P. E. M. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 41- 46, 2004.

FARIAS FILHO, M. C.; ARRUDA FILHO, E. J. M. **Planejamento da Pesquisa Científica**. São Paulo: Atlas, 2013. 168 p.

FIGOTTO. G. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. **Revista do Centro de Educação e Letras da UNIOESTE** Campus Foz do Iguaçu, v. 10, n. 1, p. 41 - 62, 2008.

FLEURY S. El desafio de la gestión de las redes de políticas. **Revista Instituciones y Desarrollo**, v.17, 2002. Disponível em: <http://www.ebape.fgv.br/academico/asp/dsp_professor>. Acesso em: 12 jun. 2015.

_____. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. Reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p. 307 - 317, 2007.

_____.; OUVENEY, A. L. M. **Gestão de Redes**: a estratégia de regionalização da Política de Saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FRANZESE, C. **Federalismo cooperativo no Brasil**: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas. 2010. 210 f. Tese (Doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2010.

_____.; ABRUCIO, F. L. A combinação entre federalismo e políticas públicas no Brasil pós-1988: os resultados nas áreas de saúde, assistência social e educação. **Reflexões para Ibero-América**: Avaliação de Programas Sociais. Brasília, DF: 2009.

GIACOMONI, J. **Orçamento Público**. São Paulo: Atlas, 2005.

GOMES, R. M. **Redes de atenção à saúde do SUS**: 25 anos de contradição fundamental. 2014. 226 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia, Rio de Janeiro: 2014.

GOMÉZ, C. N. Gobernanza en el ámbito local. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 6., 2002. Lisboa. **Anais...** Lisboa. [s.n], 2002. p. 8 -1.

GUERREIRO, J. V.; BRANCO, M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.1689-98, 2011.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de Saúde e Escalas Geográficas. **Caderno de Saúde Pública**. 2005.

HALL, P.; TAYLOR R. C. R. As três versões do neoinstitucionalismo. **Lua Nova**, v. 58, p.193-223, 2003.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 5331-5336, 2004.

HOCHAMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

HUERTAS, F. Entrevista com Carlos Matus. **O método PES**. São Paulo, 1996.

IANNI, A. M. Z. et al. Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da região metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 925-934, 2012.

IBANHES, L. C. et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 575-584, 2007.

IBGE. **Atlas do Censo Demográfico 2010**. Brasília, DF: 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações**. Campinas: Alínea; 2006.

JAPIASSÚ, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JEPPERSON, R. L. Instituciones, Efectos Institucionales e Institucionalismo. In: DIMAGGIO, P.J; POWELL, W. W. (Comp.). **El Nuevo Istitucionalismo em el Análisis Organización**. México: Fondo de Cultura Económica, 2001.

JUNQUEIRA, L. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, 2000.

KNIGHT, J.; SENED, I **Models, Interpretations and Theories: constructing explanations of institutional emergence and change in Explaining Social Institutions**. Michigan: University of Michigan Press, 1998. 238 p.

KNIGHT, J. **Institutions and Social Conflict**. Cambridge University Press. University of Washington, 1998. 234 p.

KUGELMAS, E.; SOLA, L. Recentralização/Descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90, São Paulo: USP, **Tempo Social**, v.11, n. 2, p. 63-91, out. 1999.

LEVCOVITZ, E.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

_____. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, L. D. et al. O Pacto Federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. In: UGÁ, M. A. et al. (Org.). **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; GERASSI, C. D. O. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2011. p. 111-137.

LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

_____. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Cien Saude Colet**, v. 7, n. 11, p. 2881 - 2892, 2012.

LIMA, L. D. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 73-139.

MACHADO, J. **A Política Pública Descentralização e Problemas de Coordenação: O Caso do Sistema Único de Saúde**. 2007. 377 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

_____. Gestão de Políticas Públicas no Estado Federativo: apostas e armadilhas, **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 33-457, 2008.

MACHADO, G. G. **Gestão Metropolitana e autonomia municipal: dilemas das transações federativas**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2009a.

_____. Pacto de Gestão na Saúde: Até onde vai uma regionalização solidária e cooperativa? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 24, n. 71, p. 105-193, out. 2009b.

MACHADO, J. A.; ANDRADE, M. L. C. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de cursos e benefícios. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 695-720, 2014.

MARCH, J.; OLSEN, J. The New Institutionalism: organizational factors in political life. **American Political Science Review**, v. 78, 1984.

McGUIRE, M. Managing Networks: propositions on what managers do and why they do it. **Public Adm Rev.**; v. 62, n. 5, 2002.

MELLO, G. A. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 22, n. 4, p.1291-1310, 2017.

MELO, M. A. O. Sucesso Inesperado das Reformas de Segunda Geração: Federalismo, Reformas Constitucionais e Política Social. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 845 - 889, 2005.

MENDES, A. et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 423 - 437, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007b.

_____. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: Organização Pan Americana da Saúde – Representação Brasil, 2011.

MENDES, H. W. B.; ALMEIDA, E. S. Regionalização da assistência à saúde: equidade e integridade na perspectiva dos gestores. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 26-34, 2005.

MENICUUI, T. M. G.; AMORIM, A. L. G. Descentralização e Regionalização na Assistência à Saúde: Um estudo da Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais. In: ENCONTRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E GOVERNANÇA – ANPAD. **Anais...** Salvador BA, 2008.

MEDEIROS, A. et al. Planejamento regional integrado: a governança em regiões de pequenos municípios. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 26, n.1, p.129-140, 2017.

MEDEIROS, C. R. G.; GERHARDT, T. E. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. **Saúde Debate**, n. 39, número especial, p. 160 - 170, 2015.

MERCADANTE, O. A. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. (Pela vida, em defesa do SUS e de gestão).

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2006.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. et al. **Território, ambiente e saúde**.

Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p. 23-41. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

MOREIRA, L. C. O.; TAMAKI, E. M. A Programação Pactuada e Integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. **Interações**. Campo Grande, MS, v. 18, n. 4, p. 99-108, out./dez. 2017.

NASCIMENTO, V. B. **SUS: Pacto Federativo e Gestão Pública**. São Paulo: HUCITEC; CESCO, 2007.

NORGAARD, S. Rediscovering reasonable rationality in institutional analysis. **European Journal of Political Research**, n. 29, p. 31-57, 1996.

NORTH, D. C. **Institutions, Institutional Change and Economic Performance**. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. 162 p.

_____. **Institutional Change: a framework of analyses**. 1999. Disponível em: <<http://ecsocman.hse.ru/data/853/760/1216/9412001.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

_____. **Desempeño Económico en el Transcurso de los Años**. Estocolmo: 1998. Disponível em: <www.eumed.net/cursecon/textos/north-nobel.htm>. Acesso em: 17 fev. 2016.

_____. Institutions. **Journal of Economic Perspectives**, Pittsburgh (USA), v. 5, n. 1, p. 97-112, 1991.

_____. **Five Propositions about institutional change**. 2003. Disponível em <<http://129.3.20.41/eps/eh/papers/9309/9309001.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

OLIVEIRA, P. de T. R. de. **O Sistema Único de Saúde, Descentralização e Desigualdade Regional: Um Enfoque sobre a Região da Amazônia Legal**. 2005. 178 f. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, 2005.

_____. de. **Desigualdades regional e o Território da Saúde na Amazônia**. Belém: ADUFPA, 2008.

OLIVEIRA NETO, F. S.; ITANI, A. Pactos da saúde e a gestão do SUS: experiência e avaliação na macro-região sul do Espírito Santo. **Revista de Gestão Integrada de Saúde e Meio Ambiente**. v. 3, n. 3, Seção Interfacehs 2, ago. /dez. 2008.

OLSON JÚNIOR, M. **The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups**. New York: Schocken Books, 1968. 176 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS); ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington: OMS/OPS, 2008. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília, DF: OPAS; 2008.

OUVERNEY, A. L. M. **Federalismo e descentralização do SUS**: a formação de um regime polarizado de relações intergovernamentais na década de 1990. Tese de Doutorado 2015. 445 f. Tese (Doutorado) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, 2015.

PALOTTI, P. L de M.; MACHADO, J. A.; Coordenação Federativa e a Armadilha da Decisão Conjunta: As Comissões de Articulação Intergovernamental das Políticas Sociais no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 399 - 441, 2014.

PARÁ. **Plano Estadual de Saúde**, 2014 – 2017. Belém, 2017.

_____. Resolução nº 237, de 9 de agosto de 2012. Pactuar a alteração da Regionalização do Estado do Pará, aprovado pela Resolução CIB nº 83/2012. **Diário Oficial [do] Pará**, Caderno 7, p.1-5, Belém, 28 ago. 2012a.

_____. **Plano Estadual de Saúde**. Belém: Governo do Estado do Pará, 2012b.

PEPPE, A. M. et al. Reflexões sobre a federação brasileira. **Rev. Administração Pública**, v. 31, n.4, p.157-182, 1997.

PERES, P. S. As Abordagens Neo-Institucionais da Política: Uma Proposta Alternativa de Análise Classificatória. **Revista de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de São Carlos**, v. 3, n. 4, p.145-178, jan./jun. 2008.

_____. Comportamento ou Instituições? A evolução histórica do neoinstitucionalismo da ciência política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**; v. 23, n. 68; p. 54 - 192, 2007.

PIERSON, Paul. Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the Development of Social Policies. **Governance: an International Journal of Policy and Administration**, v. 1, n. 4, p. 449 - 478, 1995.

PINHEIRO, R. ; FERLA, A. ; SILVA JUNIOR, A. G. da. A integralidade na atenção à saúde da população. **Ciênc. Saúde coletiva [online]**, v.12, n. 2, p.343-349, 2007.

PREFEITURA. Ananindeua. **Plano Municipal de Saúde**: 2014-2017. Ananindeua, 2017.

PREFEITURA. Belém. **Plano Municipal De Saúde**: 2014 – 2017. Belém, 2017.

PREFEITURA. Castanhal. **Plano Municipal de Saúde**: 2014 – 2017. Castanhal, Pa, 2017.

PREFEITURA. Capanema. **Plano Municipal de Saúde**: 2014 – 2017. Capanema, Pa; 2017.

QUEIROZ, L. F. N. A Regionalização da Assistência à Saúde no Brasil: Avanços e dificuldades na implantação da NOAS – SUS. **Revista de Políticas Públicas e Gestão Governamental**, Brasília, ano 1, p. 9-36, set. 2004.

RADIN, B. A. Os instrumentos de gestão Intergovernamental. In: PETERS, B. G.; PIERRE, J. (Org.). **Administração Pública**: Coletânea. São Paulo; Brasília, DF: Unesp; ENAP, 2010.

RAIFFA, H. **The Art and Science of Negotiation**. Harvard University Press Cambridge, Massachusetts and London, England. 1982.

RIBA, C. The use of mathematics in political science: a survey of European and American journals. **European Journal of Political Research**, n. 29, p. 10-25, 1996.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA M. R. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil, **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 14-24, dez. 2016.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

SANTOS, D. et al. **Índice de Progresso Social na Amazônia brasileira**: IPS Amazônia. Belém, Pa: IMAZON, 2014.

SANTOS, L. **Relações interfederativas e gestão de redes de atenção à saúde**. Apresentação no Ciclo de Debates sobre Redes de Saúde. Brasília, DF: OPAS, 2010.

_____. **Palestra no Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**. Salvador, Ba: Fundação Estatal, 2007. Painel Impasses e alternativa de gestão do SUS.

_____; ANDRADE, O. M. **O Espaço da Gestão Inovadora e dos Consensos Interfederativos**: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário, 2007.

_____.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.1671-1680, 2011.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brazil: The health region as a way forward. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SERRA, J.; AFONSO, J. R. Federalismo Fiscal à Brasileira: algumas reflexões. **Revista do BNDES**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, p. 12-32, 1999.

SCHARPF, F. W. **Games Real Actors Play**: actor-centered institutionalism in policy research. Boulder: Westview Press, 1997. 336 p.

_____. W. Notes Toward a Theory of Multilevel Governing in Europe. **Scandinavian Political Studies**, v. 24, n. 1, 26 p., 2001.

SHEPSLE, Kenneth A. Rational Choice Institutionalism. In: RODHES, R.A.W, BINDER, Sarah A.; ROCKMAN, Bert A. (Org.). **The Oxford Handbook of Political Institutions**. New York: Oxford University Press, 2008.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p.1106 – 1116, 2013.

SILVA, M. O.; YASBEK, M. C.; DI GIOVANNI, G. A. **Política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, M. V. C. P. da; MENDES, E. V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2004. 80 p.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Rev. Baiana de Saúde Pública.**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 332-348, 2006.

SOUZA, C. Federalismo: Teorias e Conceitos Revisitados. **BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, n. 65, p. 27-48, 2008.

_____. Federalismo e Conflitos Distributivos: disputa dos estados por recursos orçamentários federais. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, v. 46, n. 2, p. 345 - 384, 2003.

_____. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20 - 45, jul./dez. 2006.

_____. Federalismo, Desenho Constitucional e Instituições Federativas no Brasil Pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 24, p. 105-122, 2005.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STEPHAN-SOUZA, A. et al. Uma contribuição interdisciplinar ao estudo da regionalização em saúde: a assistência de média e alta complexidade na macrorregião sudeste de Minas Gerais. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 2, n. 1, p. 55-82, 2007.

_____. Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética. **Rev APS**; v. 13, Supl. 1, p. 35 - 45, 2010.

STOTO, M. A. Regionalization in local public health systems: variation in rationale, implementation, and impact on public health preparedness. **Public Health Reports**, Thousand Oaks, v. 123, n. 4, p. 441- 449, 2008.

STEINMO, S.; THELEN, K.; LONGSTRETH, F. **Structuring politics: historical institutionalism in comparative analysis**. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

STROM, G. S. **The Logic of Lawmaking: a spatial theory approach**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1990. 139 p.

TSEBELIS, G. **Jogos ocultos: escolha racional no campo da política comparada**. São Paulo: Edusp, 1998.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 893-902, ago. 2007.

VARGAS, I. et al. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health Policy Plan.**, v. 30, n. 6, p. 705-717, 2015.

VENANCIO, S. I. et al. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 16, n. 9, p. 3951-3964, 2011.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p. 493-507, 2002.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 225-264, 2005.

VIANA, A. L. D. et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, 2007.

_____. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, Fundação Seade, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2317 - 2326, ago. 2010.

VIANNA, R. P. Colegiados de gestão regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. 2012. 155 p. **Dissertação (Mestrado em Ciências em Saúde Pública)** – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios no Planejamento do Sistema Único de Saúde. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, sup.1, set./out. 2009.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. v.11, n. 4, p. 525-531, 2003.

WAGNER, G. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417- 442.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P. ; CAMPOS, K.F. C; **Protocolo de cuidado à Saúde e Organização do Serviço**. Belo Horizonte: CEABSF; Coopmed, 2009.

APÊNDICE A - Considerações metodológicas

O Instituto do Pacto e sua capacidade de alterar a disposição dos agentes políticos a comportamentos mais cooperativos e mais solidários entre os municípios traz para a análise o desafio da interdisciplinaridade, o que Hilton Japiassu (1976) tratou como um encontro de disciplinas operantes e cooperantes, como estratégia de operar o esforço, para melhor compreender e explicar tal complexidade. Para este autor, o domínio da interdisciplinaridade é vasto e complexo, por se tratar de uma metodologia de aproximação do objeto de pesquisa, diferente dos modelos tradicionais, tanto na pesquisa e elaboração teórica, quanto na pesquisa de campo.

Frigotto (2008) assume a interdisciplinaridade como necessária para compreensão de uma sociedade cada vez mais complexa e seus problemas igualmente complexos. Desta forma, ela faz-se necessária especialmente ao se tratar de temas históricos, culturais e epistemológicos, uma vez que metodologias tradicionais, por optarem pela fragmentação do objeto de pesquisa, não dão conta de sua compreensão.

Ao defender a interdisciplinaridade, Japiassu (1976) refere-se a uma nova etapa do desenvolvimento do conhecimento e rompimento epistemológico. Nesse sentido, ela se constitui em uma categoria científica de pesquisa, que apresenta um conteúdo teórico constitutivo de ciência, que surge para aproximar os teóricos da realidade social.

Camacho (2002) destaca que no campo da saúde a interdisciplinaridade é uma interação das disciplinas especializadas alocadas em vários campos do conhecimento para fazer frente à metodologia fragmentária do objeto de pesquisa. Ela recombina, reconstrói, elabora e sintetiza teorias e disciplinas convergentes para compreender uma dada realidade. Esta construção incorpora múltiplas especificidades disciplinares, favorece uma conjunção de soluções e problemas metodológicos e é uma metodologia dialógica das disciplinas especializadas (VILELA; MENDES, 2003).

A interdisciplinaridade é originária da necessidade da ciência, na busca por alternativa metodológica para explicar os fatos sociais advindos de uma sociedade complexa (JAPIASSU, 1976). A necessidade surge do momento em que a metodologia tradicional das ciências naturais não dá conta de responder

a esta demanda. Assim, o problema da fragmentação do conhecimento pode ser superado no sentido de promover uma resposta mais concreta a uma sociedade cada vez mais complexa e dinâmica.

O surgimento da interdisciplinaridade como necessidade epistemológica, e de entendimento do plano de formação da sociedade, segundo Frigotto (2008), está relacionado, inicialmente, a um problema interno da ciência e depois à própria dinâmica das relações sociais, em que as sociedades de caráter capitalista ou sob influência desta dinâmica econômica são responsáveis pela alienação e cisão cultural.

Para Japiassu (1976), a pesquisa interdisciplinar permite um trabalho com divisão mais racional em direção à eficácia do processo. Assim, os resultados vão demonstrar o rompimento epistemológico com as ciências naturais racionalistas, produtoras de uma única verdade. O autor visualiza a aplicabilidade do método interdisciplinar e sua relevância para a produção do conhecimento, a partir de sua estrutura composta dialogicamente pelas disciplinas. Portanto, de acordo com o pesquisador, este deve inserir as contribuições teóricas importantes para a elaboração do pensamento científico, ao qual seu propósito visa.

Japiassu (1976) comenta que o recorte metodológico é o ponto crítico para o desenvolvimento do projeto de pesquisa. Este procedimento irá influenciar decisivamente nos procedimentos investigatórios sobre objetos de pesquisa. Desta forma, um recorte mal executado pode comprometer a pesquisa, no sentido de dificultar a escolha metodológica de uma investigação, capaz de exprimir resultados coerentes.

Frigotto (2008) aponta dois óbices metodológicos importantes a serem superados para aplicação da interdisciplinaridade enquanto método de pesquisa. O primeiro está relacionado à necessidade de transcender as metodologias hegemônicas que estudam os objetos fragmentados de pesquisa. O segundo é derivado do primeiro, no qual o método hegemônico, também estruturalista e discursivo, não considera o plano histórico-empírico como um importante aliado na construção científica da realidade social.

Para Frigotto (2008), os limites do sujeito e a complexidade dos fatos históricos são os limites para qualquer metodologia científica, inclusive para a interdisciplinaridade. Torna-se necessário considerar que a realidade nem sempre é como se apresenta, pois, a teoria produzida sobre uma dada

realidade depende do ponto de vista do observador, e acrescida de sua subjetividade. Portanto, é estabelecido um limite para o seu conhecimento, que está no plano da formação, quer dizer, na elaboração do conhecimento, considerando traços específicos da sociedade, como estrutura simbólica, cultural e histórica.

Uma vez que o tema proposto para pesquisa permite uma abrangência de instituições e interações humanas em campos e setores de atuação, destaca-se a importância da interdisciplinaridade para a pesquisa, cujo objeto é o sistema de pactuação do SUS e sua projeção no território.

Ao pensar na proposta de estudo: o Instituto do Pacto e sua capacidade de construir relações mais cooperativas e solidárias entre os municípios para alcançar ótimo social, assume-se ela como um conjunto de regras formais e informais que podem levar, dentro da realidade de fragmentação e autonomia, à desfragmentação na rede. Entende-se que o instituto é induzido por normas do governo federal e coordenado pelo governo do estado; desta forma, envolve um conjunto de atores (jogadores) que apresentam autonomia histórica e que têm construído um sistema de concorrências no setor, tudo isso animado por assimetrias financeiras e informacionais.

O instrumental teórico usado será a Teoria Neoinstitucional Racional, e dentro dela a Teoria das Barganhas Assimétricas de Knight (1995) e Scharpf (1997), que subsidiarão as análises, bem como as entrevistas, para captar o impacto das regras formais e informais nas mudanças de posturas dos pactuantes.

Percebe-se, nesse contexto, um campo de pesquisa extremamente vasto, especialmente porque o estado do Pará apresenta um total de 13 regiões de saúde que congregam 144 municípios dentro, teoricamente, de um contexto de pactuação continuada. Essas pactuações são registradas em documentos como Atas de reuniões mensais das Comissões Intersetores Regionais (CIR's) e da Comissão Intergestores do Bipartite (CIB), bem como quantificadas em tabelas de cada município, com as respectivas quantificações físicas e financeiras da ação e serviço pactuado, por período analisado. Apenas esses documentos, se conseguidos junto às CIR's e aos municípios, perfazem um grupo extenso de documentos para análise.

Neste sentido, decidiu-se deter a análise em regiões que apresentam o maior contingente populacional, e, necessariamente, os maiores centros

ofertantes de serviços de média e alta complexidade, bem como aquelas que dispuseram as Atas para análise, pois não são documentos de fácil divulgação e também não são enviados à CIB.

Destacam-se neste contexto, as Regiões Metropolitana I, II e III, Rio Caetés, e dentro delas os principais municípios ofertantes (ms) de ações e serviços de média e alta complexidade, que estão nas cidades de Belém, Marituba, Ananindeua, Santa Isabel, Castanhal e Capanema. Para efetuar a pesquisa, usou-se a triangulação de fontes de informação relacionada às hipóteses apresentadas. Este fator, além de aconselhável, é necessário diante da dificuldade de dados de pesquisas quantitativas disponibilizados, bem como da abrangência do tema pactuação regional, e complementados com outros de cunho mais analítico, além dos seguintes elementos:

a) Entrevistas colhidas junto a sete atores: 1 federal, 1 estadual, e os representantes das CIR's de cada região estudada; estes foram importantes no entendimento da estrutura da pactuação intergovernamental. O representante estadual que participou foi o Secretário de Saúde do Estado do Pará, na época de todo processo de pactuação para formação das regiões de saúde; a representante federal, responsável pela diretoria de revisão dos tetos dos recursos de média e alta complexidade, e constantemente lida com representantes dos municípios no Ministério da Saúde em Brasília, por fim, os gestores, das quatro regiões de saúde, que estiveram presentes em todas as reuniões bimensais das CIR's, acompanhando a estrutura de pactuação, os limites dos instrumentos de gestão para efetividade do arranjo. As entrevistas foram realizadas no período de junho a outubro de 2017 conforme apresentada no Quadro abaixo. Para preservar os entrevistados, adotamos o procedimento de atribuir numeração aleatória aos mesmos;

b) Documentos ou relatórios institucionais (Plano Estadual de Saúde e Planos Municipais) e aqueles que estabelecem regras e parâmetros para interação intermunicipal;

c) Atas das CIR's e CIB nos anos de 2014 e 2015, que são consideradas documentos de registro histórico que expressam uma intencionalidade de discurso, carregados de aspectos informativos e expressão de um pensamento coletivo (MINAYO, 2006);

d) Análise de bancos de dados específicos, correspondentes a aspectos parciais da estrutura ou funcionamento de ambos.

Foi usada análise de conteúdo, para melhor compreender a realidade que é estabelecida no sistema de pactuação das políticas de saúde, isso porque Bardin (2011, p. 44) comenta que não é apenas "um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens".

Ainda neste sentido, Farias Filho e Arruda Filho (2013, p. 139) destacam que:

A análise de Conteúdo tem como função original descrever e interpretar o conteúdo de uma mensagem (emissor-receptor). Portanto, privilegiando formas de comunicação escrita, com tendências para uma análise puramente de significado de palavras.

A análise de conteúdo forneceu subsídios necessários para extrair dos instrumentos de pesquisa, a partir de descrição objetiva e sistemática do objeto de estudo, as respostas para os objetivos propostos. A classificação dos assuntos debatidos nas atas em temas permitiu a compreensão do conteúdo e o contexto dos discursos. Isso ocorrerá a partir das fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011).

Quadro 1 - Fontes de informação para estudo de CIS e Pactuação Regional no SUS.

FONTE DE INFORMAÇÃO	PACTUAÇÃO REGIONAL
Literatura disponível	Estudos analíticos.
Periódicos / artigos com posicionamento dos atores	Artigos publicados por técnicos das esferas de governo federal, estadual e municipal em meio eletrônico ou outras formas de publicações.
Entrevistas	Técnicos do Ministério da Saúde; Presidentes e Técnicos das CIR,s ; Secretário de Saúde do Estado.
Documentos institucionais	Decreto, Portarias e Normas Operacionais do Ministério da Saúde; Resoluções e outros documentos normativos de Secretarias Municipais, Secretarias de Estado da Saúde; Resoluções CIR's.
Bancos de dados parciais	Banco de dados sobre pactuação e execução de procedimentos de média complexidade hospitalar e de alta complexidade ambulatorial e hospitalar do estado do Pará.

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

De acordo com Machado (2014), a forma de atuação das comissões intergovernamentais, a partir da classificação de Radin (2010), combina um caráter estrutural, por estar formalmente constituída, e serve de referência para a discussão entre gestores das políticas sociais, a outro comportamental, por se tratar de espaço para produção negociada de normas e programas governamentais.

Quadro 2 - Lista de Entrevistados

Nome	Município/Estado	Cargo/Função	Órgão
Etevaldo José Modesto da Paixão	Castanhal	Diretor do 3º CRS/SESPA e Presidente da CIR Metropolitana III	CIR da Região Metropolitana III
Ana Paula Nogueira de Souza	Inhangapi/Pará	Coordenadora da Regulação da 3º CRS/SESPA	CIR da Região Metropolitana III
Sonia Braga da Silva	Belém/Pará	Secretária Executiva	CIR da Região Metropolitana I
Eliana Souza	Sta Isabel	Secretária Executiva	CIR da Região Metropolitana II
Breno Henry Oliveira dos Santos	Capanema/Pará	Diretor 4º CRS	Rio Caeté
Hélio Franco de Macedo Junior	Belém/ Pará	Assessor do Gabinete/ Atual Responsável pelos serviços de alta complexidade e demais atendimentos especializados pactuados na política. Secretário de Estado de Saúde Pública no período de 2010-2014	Secretaria de Saúde Do Estado do Pará- SESPA
Neyde Glória Garrido	Brasília/DF	Coordenação Geral de Contratualização Interfederativa	Ministério da Saúde -MS

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

ROTEIROS PARA ENTREVISTAS SEMIDIRIGIDA

Tipo 1 – Coordenadores dos Colegiados Intergestores Regionais

Tipo 2 – Gestor Federal

Tipo 3 – Gestor Estaduais

TIPO 1. ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM OS PRESIDENTES E TÉCNICOS DAS COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAL

1. Que lugar que o sistema de pactuação tem ocupado na agenda principal da política estadual da saúde? É prioritária ou secundária se comparada a outras políticas estaduais?
2. Como tem se dado o relacionamento entre a SES e as CIR?
3. Como tem se dado o relacionamento entre a SES e o Ministério da Saúde (MS) no processo de Pactuação?
4. Qual tem sido o maior desafio para a Secretaria de Saúde dentro dessa nova realidade de Pactuação?
5. Quais Estratégias para dirimir conflitos entre municípios e regiões de saúde no sistema de pactuação têm sido usadas pelo estado?
6. Dentre as Regiões de Saúde existentes no estado do Pará, quais a que tem apresentado maior dificuldade de pactuação? Quais motivos elencados?
7. Como a Secretaria de Saúde do Estado está estruturando as estratégias de regulação dentro das condições do Pacto? Quais estratégias e com que finalidades?
8. No processo de regionalização em curso foram alocados recursos destinados à compensação de desigualdades regionais? Especifique a origem dos recursos e quais foram os critérios adotados.

TIPO 2. ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM GESTOR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

1. O atual processo de regionalização da saúde se insere em uma política mais ampla do governo estadual? Qual e de que forma?
2. Que lugar que o sistema de pactuação tem ocupado na agenda principal da política estadual da saúde? É prioritária ou secundária se comparada a outras políticas estaduais?
3. Como tem se dado o relacionamento entre a SES e as CIR?
4. Como tem se dado o relacionamento entre a SES e o Ministério da Saúde (MS) no processo de Pactuação?
5. Qual tem sido o maior desafio para a Secretaria de Saúde dentro dessa nova realidade de Pactuação?
6. Quais estratégias para dirimir conflitos entre municípios e regiões de saúde no sistema de pactuação têm sido usadas pelo estado?
7. Dentre as Regiões de Saúde existentes no estado do Pará, quais a que tem apresentado maior dificuldade de pactuação? Quais motivos elencados?
8. Como a Secretaria de Saúde do Estado está estruturando as estratégias de regulação dentro das condições do Pacto? Quais estratégias e com que finalidades?
9. No processo de regionalização em curso foram alocados recursos destinados à compensação de desigualdades regionais? Especifique a origem dos recursos e quais foram os critérios adotados.

TIPO 3. ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO

1. O atual processo de regionalização da saúde se insere em uma política mais ampla do governo estadual? Qual e de que forma?
2. Que lugar que o sistema de pactuação tem ocupado na agenda principal da política estadual da saúde? É prioritária ou secundária se comparada a outras políticas estaduais?
3. Como tem se dado o relacionamento entre a SES e as CIR?
4. Como tem se dado o relacionamento entre a SES e o Ministério da Saúde (MS) no processo de Pactuação?
5. Qual tem sido o maior desafio para a Secretaria de Saúde dentro dessa nova realidade de Pactuação?
6. Quais estratégias para dirimir conflitos entre municípios e regiões de saúde no sistema de pactuação têm sido usadas pelo estado?
7. Dentre as Regiões de Saúde existentes no estado do Pará, quais a que tem apresentado maior dificuldade de pactuação? Quais motivos elencados?
8. Como a Secretaria de Saúde do Estado está estruturando as estratégias de regulação dentro das condições do Pacto? Quais estratégias e com que finalidades?
9. No processo de regionalização em curso foram alocados recursos destinados à compensação de desigualdades regionais? Especifique a origem dos recursos e quais foram os critérios adotados.
10. Como foi o processo de implantação e funcionamento das CIR no estado?

APÊNDICE B – Regionalização NOAS 2001/2002.

POLO REGIONAL SEDE	REGIÃO DE SAÚDE SEDE	MÓDULO ASSISTENCIAL Vermelho = Sede Automático = Adscrito	Condição de Gestão NOB 96	População (IBGE 2000) (Hab)	Área (Km2)	D.D (Hab/Km2)	Distância da Capital (Km)	ACESSO				
								HID	AER	ROD		
1. Metropolitano Belém	1. Metropolitana I	1. Belém	PSM	1.304.314	1.070,10	1.218,87	0	X	X	X		
	Belém	Belém	2. Ananindeua	PSM	410.234	191,4	2.143,33	16			X	
			3. Marituba	PSM	80.046	109,1	733,69	24			X	
			Benevides	PAB	37.025	177,7	208,36	31			X	
			Santa Bárbara do Pará	PAB	11.696	279,4	41,86	37			X	
			Sub-Total			1.843.315	1.827,70	1.008,54				
			2. Metropolitana II	Santa Isabel do Pará	4. Santa Isabel do Pará	PAB	44.146	720,9	61,24	47			X
	Bujaru	PAB	21.887		999	21,91	52	X	X	X		
	Santo Antônio do Tauá	PAB	20.139		539,9	37,3	50			X		
	Vigia	PAB	41.727		559,6	74,57	79		X	X		
	Colares	PSM	10.899		612,5	17,79	61		X	X		
	São Caetano de Odivelas	PAB	15.455		727,3	21,25	97			X		
	Sub-Total				154.253	4.159	37,09					

POLO REGIONAL SEDE	REGIÃO DE SAÚDE SEDE	MÓDULO ASSISTENCIAL Vermelho = Sede Automático = Adscrito	Condição de Gestão NOB 96	População (IBGE 2000) (Hab)	Área (Km2)	D.D (Hab/Km2)	Distância da Capital (Km)	ACESSO			
								HID	AER	ROD	
1. Metropolitano Belém	3. Metropolitana III Acará	5. Acará	PSM	53.272	4.363,60	12,21	63	X	X	X	
		Concórdia do Pará	PAB	21.813	710,7	30,69	88		X	X	
		6. Tomé-Açu	PSM	48.117	5.179,20	9,29	116			X	
		Sub-Total		123.202	10.254	12,02					
	4. Metropolitana IV Castanhal	7. Castanhal Inhangapi São Domingos doCapim São Francisco do Pará São João da Ponta TerraAlta Curuçá Marapanim		PSM	138.417	1.029,40	134,46	62			X
				PAB	7.796	473,2	16,48	63			X
				PAB	28.213	1.691,90	16,68	84	X		X
				PAB	14.517	476,1	30,49	89			X
				PAB	4.013	196,9	20,38	84			X
				PAB	8.575	207,4	41,35	90			X
				PAB	26.922	676,3	39,81	104		X	X
				PAB	25.205	799,2	31,54	127			X
			Sub-Total		253.658	5.550	45,70				
	5. Metropolitana V Abaetetuba	8. Abaetetuba 9. Igarapé-Miri 10. Moju 11. Barcarena		PSM	121.415	1.613,90	75,23	56	X	X	X
				PSM	53.920	2.009,70	26,83	79		X	X
				PSM	54.484	9.724,30	5,6	65		X	X
				PSM	65.385	1.316,20	49,68	18	X	X	
			Sub-Total		295.204	14.664	20,13				

POLO REGIONAL SEDE	REGIÃO DE SAÚDE SEDE	MÓDULO ASSISTENCIAL Vermelho = Sede Automático = Adscrito	Condição de Gestão NOB 96	População (IBGE 2000) (Hab)	Área (Km2)	D.D (Hab/Km2)	Distância da Capital (Km)	ACESSO		
								HID	AER	ROD
2. Atlântico Capanema	6. Atlântica I Igarapé-Açú	12. Igarapé-Açú	PAB	32.982	800,3	41,21	107		X	X
		Magalhães Barata	PAB	7.620	328	23,23	120			X
		Maracanã	PAB	27.880	777,3	35,87	143			X
		Sub-Total		68.482	1.906	35,93				
	7. Atlântica II Bragança	13. Bragança	PAB	95.352	2.344,10	40,68	198		X	X
		Augusto Correa	PAB	33.335	889,2	37,49	215		X	X
		Tracuateua	PAB	23.482	771,9	30,42	169			X
		14. Viseu	PSM	51.462	4.980,90	10,33	264		X	X
		Sub-Total		203.631	8.986	22,66				
	8. Atlântica III Capanema	15. Capanema	PSM	57.840	613,4	94,29	151		X	X
		Bonito	PAB	9.941	564,8	17,6	131		X	X
		Cachoeira do Pirιά	PAB	16.326	2.410,80	6,77	226		X	X
		Nova Timboteua	PAB	11.649	492,1	23,67	125			X
		Peixe-Boi	PAB	7.985	452,3	17,65	124			X
		Primavera	PAB	9.799	287,1	34,13	159			X
		Quatipuru	PAB	11.097	321,7	34,49	180			X
		Santa Luzia do Pará	PAB	19.468	1.278,30	15,23	169			X
		Santarém Novo	PAB	5.549	230,5	24,07	138			X
		Sub-Total		149.654	6.651	22,50				
	9. Atlântica IV Salinópolis	16. Salinópolis	PAB	34.624	218,8	158,24	158		X	X
São João de Pirabas		PAB	17.623	709,4	24,84	164			X	
Sub-Total			52.247	928	56,30					

POLO REGIONAL SEDE	REGIÃO DE SAÚDE SEDE	MÓDULO ASSISTENCIAL Vermelho = Sede Automático = Adscrito	Condição de Gestão NOB 96	População (IBGE 2000) (Hab)	Área (Km2)	D.D (Hab/Km2)	Distância da Capital (Km)	ACESSO		
								HID	AER	ROD
3. Guamá São Miguel do Guamá	10. Guamá I São Miguel do Guamá	17. São Miguel do Guamá	PAB	42.380	1.094,80	38,71	108	X	X	X
		Irituia	PAB	30.423	1.384,20	21,98	121			X
		Capitão Poço	PAB	50.310	2.727,00	18,45	159		X	X
		18. Santa Maria do Pará	PSM	21.185	459,8	46,07	107			X
		Sub-Total		144.298	2.939	49,10				
	11. Guamá II Ourém	19. Ourém	PSM	14.599	602,5	24,23	143			X
		Garrafão do Norte	PAB	24.659	1.799,20	13,71	176		X	X
		Nova Esperança do Piriá	PAB	20.386	2.889,70	7,05	208			X
		Sub-Total		59.664	8.018	7,44				
	12. Guamá III Paragominas	20. Paragominas	PSM	78.116	19.395,60	4,03	217		X	X
		Dom Eliseu	PAB	41.278	5.297,40	7,79	344		X	X
		Ulianópolis	PAB	20.495	5.103,60	4,02	276		X	X
		Mãe doRio	PAB	24.882	471,1	52,82	128			X
		Ipixuna do Pará	PAB	27.080	5.285,20	5,12	163			X
		Aurora do Pará	PAB	20.550	1.824,00	11,27	140		X	X
		Sub-Total		212.401	37.377	5,68				

POLO REGIONAL SEDE	REGIÃO DE SAÚDE SEDE	MÓDULO ASSISTENCIAL Vermelho = Sede Automático = Adscrito	Condição de Gestão NOB 96	População (IBGE 2000) (Hab)	Área (Km2)	D.D (Hab/Km2)	Distância da Capital (Km)	ACESSO		
								HID	AER	ROD
4. Marajó Breves	13. Marajó I Breves	21. Breves	PSM	81.458	9.600,30	8,48	228	X	X	
		Bagre	PAB	13.652	4.417,60	3,09	206	X	X	
		Curralinho	PAB	20.529	3.620,20	5,67	154	X	X	
		Portel	PAB	39.018	25.498,10	1,53	268	X	X	
		Melgaço	PAB	21.851	6.804,60	3,21	256	X	X	
		22. Gurupá	PAB	23.589	8578,2	2,75	418	X	X	
		Sub-Total			200.097	58.519	3,42			
	14. Marajó II Soure	23. Soure	PAB	20.261	3.528,70	5,74	83	X	X	
		Salvaterra	PAB	15.492	1.048,20	14,78	76	X	X	
		Cachoeira do Arari	PAB	16.094	3.116,00	5,16	73	X	X	
		Santa Cruz do Arari	PAB	5.324	1.079,50	4,93	123		X	X
		Sub-Total			57.171	8.772,40	6,52			
	15. Marajó III Afuá	24. Afuá	PAB	30.677	8.410,30	3,65	258	X	X	
		Chaves	PAB	17.593	13.143,90	1,34	223	X	X	
		Anajás	PAB	18.813	7.022,20	2,68	167	X	X	
		Sub-Total			67.083	28.576	2,35			
	16. Marajó IV Muaná	25. Muaná	PSM	25.916	3.782,40	6,85	86	X	X	
		São Sebastião da Boa Vista	PAB	17.996	1.576,40	11,42	118	X	X	
		26. Ponta de Pedras	PAB	18.966	3.380,30	5,61	43	X	X	
		Sub-Total			43.912	17.512	2,51			

POLO REGIONAL SEDE	REGIÃO DE SAÚDE SEDE	MÓDULO ASSISTENCIAL Vermelho = Sede Automático = Adscrito	Condição de Gestão NOB 96	População (IBGE 2000) (Hab)	Área (Km2)	D.D (Hab/Km2)	Distância da Capital (Km)	ACESSO			
								HID	AER	ROD	
5. Tocantins Tucuruí	17. Tocantins I	27. Tucuruí	PSM	76.026	2.095,50	36,28	294		X		
	Tucuruí	Tucuruí	Breu Branco	PAB	35.257	3.989,00	8,84	286		X	X
			Novo Repartimento	PAB	43.449	15.464,10	2,81	360		X	X
			28. Jacundá	PAB	42.164	2.014,80	20,93	352		X	X
			29. Goianésia do Pará	PAB	24.067	6.958,80	3,46	282		X	X
			30. Tailândia	PSM	40.693	4.475,50	9,09	178	X	X	
			Sub-Total		261.656	34.998	7,48				
	18. Tocantins II	31. Cametá	PSM	99.016	3.122,00	31,72	146	X	X		
	Cametá	Cametá	Limoeiro do Ajuru	PAB	19.946	1.404,50	14,2	114	X	X	
			Oeiras do Pará	PAB	23.800	3.931,80	6,05	176	X	X	
			Sub-Total		142.762	8.458	16,88				
	19. Tocantins III	32. Baião	PSM	21.255	3.202,30	6,64	207	X	X		
	Baião	Baião	Mocajuba	PAB	20.802	860,4	24,18	182	X	X	
Sub-Total				42.057	4.063	10,35					

POLO REGIONAL SEDE	REGIÃO DE SAÚDE SEDE	MÓDULO ASSISTENCIAL Vermelho = Sede Automático = Adscrito	Condição de Gestão NOB 96	População (IBGE 2000) (Hab)	Área (Km2)	D.D (Hab/Km2)	Distância da Capital (Km)	ACESSO		
								HID	AER	ROD
6. Carajás Marabá	20. Carajás I Marabá	33. Marabá	PSM	173.301	15.157,90	11,43	448		X	X
		Nova Ipixuna	PAB	12.277	1.609,80	7,63	401			X
		Rondon do Pará	PAB	40.924	8.277,30	4,94	372			X
		Abel Figueiredo	PAB	6.145	616,9	9,96	395		X	X
		Bom Jesus do Tocantins	PAB	13.191	2.828,50	4,66	405		X	X
		34. Itupiranga	PSM	52.212	7.914,60	6,6	424		X	X
		Sub-Total		298.050	36.405	8,19				
	21. Carajás II São Domingos do Araguaia	35. São Domingos Araguaia	PAB	20.570	1398,5	14,71	665		X	X
		São João do Araguaia	PAB	12.979	1301,7	9,97	656			X
		36. Palestina do Pará	PSM	7.772	988,2	7,86	627		X	X
		Brejo Grande do Araguaia	PAB	7.589	1162,3	6,53	443		X	X
		Sub-Total		48.910	8.925	5,48				
	22. CarajásIII SãoGeraldo doAraguaia	37. São Geraldo do Araguaia	PSM	27.573	3.283,70	8,4	557		X	X
		Piçarra	PAB	12.907	3326,7	3,88	699		X	X
		Sub-Total		40.480	87.891	0,46				
	23. Carajás IV Parauapebas	38. Parauapebas	PSM	75.524	7.077,20	10,67	547		X	X
		Canaã dos Carajás	PAB	11.425	3.161,50	3,61	584		X	X
		Curionópolis	PAB	18.559	2.289,10	8,11	536		X	X
		Eldorado dos Carajás	PAB	31.806	2.969,50	10,71	528		X	X
		Sub-Total		137.314	15.497	8,86				

POLO REGIONAL SEDE	REGIÃO DE SAÚDE SEDE	MÓDULO ASSISTENCIAL Vermelho = Sede Automático = Adscrito	Condição de Gestão NOB 96	População (IBGE 2000) (Hab)	Área (Km2)	D.D (Hab/Km2)	Distância da Capital (Km)	ACESSO		
								HID	AER	ROD
7. Xingu Altamira	24. Xingu I Altamira	39. Altamira	PAB	78.760	161.445,91	0,49	463		X	X
		Anapu	PAB	8.908	11951,7	0,75	536		X	
		Brasil Novo	PAB	17.930	6396,6	2,80	386		X	X
		Senador José Porfírio	PAB	14.817	2.971,60	4,99	430	X	X	
		Vitória do Xingu	PAB	11.005	2971,6	3,70	354	X	X	
		40. Pacajá	PAB	29.126	11.884,50	2,45	361		X	X
		41. Porto de Moz	PSM	23.381	17500,8	1,34	408	X	X	
		Sub-Total			183.927	215.122,71	0,85			
	25. Xingu II Medicilândia	42. Medicilândia	PSM	21.636	8309,4	2,60	504		X	
		43. Uruará	PSM	47.524	10.839,00	4,38	651		X	
		Placas	PAB	13.712	7194,1	1,91	896	X		
		Sub-Total			82.872	19.145	4,33			

POLO REGIONAL SEDE	REGIÃO DE SAÚDE SEDE	MÓDULO ASSISTENCIAL Vermelho = Sede Automático = Adscrito	Condição de Gestão NOB 96	População (IBGE 2000) (Hab)	Área (Km2)	D.D (Hab/Km2)	Distância da Capital (Km)	ACESSO		
								HID	AER	ROD
8. Araguaia Redenção	26. Araguaia I Redenção	44. Redenção	PSM	64.658	3839,9	16,84	486		X	X
		Bannach	PAB	3.703	2969,3	1,25	752		X	X
		Cumarú do Norte	PAB	5.836	17156,7	0,34	712		X	X
		Pau d'Arco	PAB	7.427	13.884,80	0,53	671		X	X
		45. Santana do Araguaia	PSM	32.813	11639,2	2,82	773		X	X
		Sub-Total		114.437	41.342	2,77				
	27. Araguaia II Conceição do Araguaia	46. Conceição do Araguaia	PSM	43.626	5853,9	7,45	638		X	X
		47. Floresta do Araguaia	PSM	14.462	3458,7	4,18	684		X	
		48. Santa Maria das Barreiras	PSM	11.646	10373,4	1,12	474		X	X
		Sub-Total		69.734	11.790	5,91				
	28. Araguaia III Xinguara	49. Xinguara	PSM	34.030	3795,9	8,96	744		X	X
		Sapucaia	PAB	3.615	1303,8	2,77	575		X	X
		50. Rio Maria	PSM	15.931	4132,3	3,86	732		X	X
		Sub-Total		53.576	12.978	4,13				
	29. Araguaia IV São Félix do Xingu	51. Água Azul do Norte	PSM	23.236	7658,7	3,03	681		X	X
		52. Ourilândia do Norte	PSM	19.763	13884,8	1,42	838		X	X
		53. Tucumã	PSM	25.906	2523,3	10,27	905		X	X
		54. São Félix do Xingu	PSM	35.698	84607,3	0,42	460		X	X
		Sub-Total		108.867	23.411	4,65				

POLO REGIONAL SEDE	REGIÃO DE SAÚDE SEDE	MÓDULO ASSISTENCIAL Vermelho = Sede Automático = Adscrito	Condição de Gestão NOB 96	População (IBGE 2000) (Hab)	Área (Km2)	D.D (Hab/Km2)	Distância da Capital (Km)	ACESSO		
								HID	AER	ROD
9. Tapajós Santarém	30. Tapajós I Santarém	55. Santarém	PSM	264.992	73.287,80	3,62	457	X	X	
		Belterra	PAB	15.083	2640,6	5,71	702	X	X	
		Rurópolis	PAB	25.283	6991,3	3,62	905		X	
		Sub-Total		305.358	109.828	2,78				
	31. Tapajós II Monte Alegre	56. Almeirim	PAB	34.002	73287,8	0,46	742	X	X	
		57. Monte Alegre	PSM	60.832	20066,3	3,03	922	X	X	
		Prainha	PAB	29.624	62.380,80	0,47	898		X	
		Sub-Total		124.458	89.027	1,40				
	32. Tapajós III Óbidos	58. Alenquer	PAB	41.461	24496,8	1,69	796	X	X	
		Curuá	PAB	9.321	1480,2	6,30	731	X	X	
		59. Óbidos	PAB	47.000	26825,5	1,75	1.164		X	
		Sub-Total		97.782	73.348	1,33				
	33. Tapajós IV Oriximiná	60. Oriximiná	PAB	49.246	108086	0,46	848	X	X	
		Terra Santa	PAB	15.049	1909	7,88	798	X	X	
		Faro	PAB	10.770	11820,3	0,91	987		X	
		61. Juruti	PSM	32.186	8342,8	3,86	631	X	X	
		Sub-Total		107.251	93.557	1,15				
	34. Tapajós V Itaituba	62. Itaituba	PAB	95.006	62380,8	1,52	699		X	
		Aveiro	PAB	16.119	17175,9	0,94	823	X	X	
		Jacareacanga	PAB	25.851	53531,5	0,48	558			
Novo Progresso		PAB	27.365	38322	0,71	805		X		
Trairão		PAB	14.950	12043,6	1,24	705	X	X		
Sub-Total			179.291	160.590	1,12					

APÊNDICE C – Estabelecimentos de Média e Alta Complexidade - 2015.

CNES - Estabelecimentos por nível de atenção - Pará											
Ambulatorial - Básica estadual Ambulatorial - Básica municipal Amb - Média complex estadual Amb - Média complex municipal Amb - Alta complex estadual Amb - Alta complex municipal Hosp - Média complex estadual Hosp - Média complex municipal Hosp - Alta complex estadual Hosp - Alta complex municipal por Região de Saúde/Município											
Região de Saúde/Município	População	Ambul atorial_ _Básica_ estadual	Ambul atorial_ _Básic a_muni cipal	Amb_ _Média _compl ex_est adual	Amb_ _Média _compl ex_mu nicipal	Amb_ _Alta_ _compl ex_est adual	Amb_ _Alta_ _compl ex_mu nicipal	Hosp_ _Média _compl ex_est adual	Hosp_ _Média _complex _munici pal	Hosp_ _Alta_c omplex _estadu al	Hosp_ _Alta_c omplex _munici pal
15001 Araguaia	541347	-	297	4	270	5	11	2	28	1	2
..... Água Azul do Norte	26497	-	13	-	7	-	1	-	1	-	1
..... Bannach	3233	-	12	-	4	-	4	-	1	-	-
..... Conceição do Araguaia	46485	-	29	1	46	2	2	-	1	-	1
..... Cumaru do Norte	12765	-	11	-	4	-	-	-	1	-	-
..... Floresta do Araguaia	19508	-	13	-	7	-	-	-	1	-	-
..... Ourilândia do Norte	31359	-	23	-	21	-	-	-	2	-	-
..... Pau D'Arco	5436	-	7	-	6	-	-	-	1	-	-
..... Redenção	81647	-	47	2	52	3	4	1	6	1	-
..... Rio Maria	17721	-	11	-	16	-	-	-	2	-	-
..... Santa Maria das Barreiras	20396	-	13	-	4	-	-	-	1	-	-
..... Santana do Araguaia	68934	-	18	-	14	-	-	-	3	-	-
..... São Félix do Xingu	120580	-	39	-	27	-	-	-	3	-	-
..... Sapucaia	5678	-	6	1	2	-	-	1	-	-	-
..... Tucumã	37920	-	34	-	31	-	-	-	2	-	-
..... Xinguara	43188	-	21	-	29	-	-	-	3	-	-
15002 Baixo Amazonas	745143	-	306	7	271	4	11	2	24	1	2
..... Alenquer	54960	-	10	-	9	-	-	-	1	-	-
..... Almeirim	33282	-	17	-	7	-	1	-	3	-	-
..... Belterra	17145	-	10	-	5	-	-	-	1	-	-

..... Curuá	13783	-	10	-	1	-	-	-	-	-	-
..... Faro	7168	-	8	1	1	-	-	1	-	-	-
..... Juruti	55179	-	17	-	13	-	-	-	2	-	-
..... Mojuí dos Campos	15548	-	11	1	2	-	-	-	-	-	-
..... Monte Alegre	56391	-	37	-	10	-	1	-	3	-	-
..... Óbidos	50596	-	19	-	17	-	-	-	2	-	-
..... Oriximiná	70071	-	36	-	21	-	-	-	3	-	-
..... Placas	29336	-	7	-	2	-	-	-	1	-	-
..... Prainha	29132	-	13	-	2	-	-	-	1	-	-
..... Santarém	294447	-	99	5	174	4	8	1	6	1	2
..... Terra Santa	18105	-	12	-	7	-	1	-	1	-	-
15003 Carajás	837390	1	328	11	454	4	20	6	32	1	1
..... Abel Figueiredo	7179	-	7	-	4	-	-	-	1	-	-
..... Bom Jesus do Tocantins	16375	-	10	-	5	-	-	-	1	-	-
..... Brejo Grande do Araguaia	7206	-	10	-	4	-	-	-	1	-	-
..... Canaã dos Carajás	34853	-	18	-	59	-	6	-	2	-	-
..... Curionópolis	17578	-	11	-	4	-	-	-	1	-	-
..... Dom Eliseu	57251	-	14	-	16	-	1	-	2	-	-
..... Eldorado dos Carajás	32780	-	11	-	7	-	2	-	1	-	-
..... Itupiranga	51806	-	13	-	8	-	-	-	2	-	-
..... Marabá	266932	1	67	4	167	3	6	1	5	1	-
..... Nova Ipixuna	16032	-	7	-	3	-	-	-	-	-	-
..... Palestina do Pará	7404	-	7	-	4	-	-	-	1	-	-
..... Parauapebas	196259	-	79	-	144	-	3	-	11	-	1
..... Piçarra	12653	-	10	1	3	-	-	1	-	-	-
..... Rondon do Pará	50460	-	25	6	7	1	1	4	-	-	-
..... São Domingos do Araguaia	24659	-	11	-	7	-	-	-	2	-	-
..... São Geraldo do Araguaia	24394	-	14	-	9	-	1	-	1	-	-
..... São João do Araguaia	13569	-	14	-	3	-	-	-	1	-	-
15004 Lago de Tucuruí	439727	-	144	3	120	3	12	2	8	1	2
..... Breu Branco	62737	-	18	-	12	-	-	-	2	-	-
..... Goianésia do Pará	38677	-	21	-	6	-	1	-	1	-	-

..... Jacundá	56781	-	17	-	11	-	1	-	3	-	-
..... Novo Repartimento	72347	-	25	-	17	-	1	-	1	-	-
..... Tailândia	100300	-	16	1	18	-	2	1	-	-	-
..... Tucuruí	108885	-	47	2	56	3	7	1	1	1	2
15006 Metropolitana I	2162224	1	534	16	1682	30	101	5	49	3	23
..... Ananindeua	510834	-	90	2	119	2	4	1	6	1	1
..... Belém	1446042	-	394	12	1518	27	91	3	40	2	21
..... Benevides	59836	-	20	-	13	-	-	1	1	-	-
..... Marituba	125435	1	24	1	30	1	6	-	2	-	1
..... Santa Bárbara do Pará	20077	-	6	1	2	-	-	-	-	-	-
15007 Metropolitana II	353808	6	157	29	40	2	2	4	6	-	-
..... Acará	54080	-	19	-	6	-	1	-	1	-	-
..... Bujaru	28016	-	12	6	2	-	-	1	-	-	-
..... Colares	11721	-	12	-	2	-	-	-	-	-	-
..... Concórdia do Pará	31884	-	13	-	6	-	-	-	1	-	-
..... Santa Izabel do Pará	67686	6	30	14	5	2	-	1	-	-	-
..... Santo Antônio do Tauá	30129	-	19	7	1	-	-	1	-	-	-
..... São Caetano de Odivelas	17492	-	13	2	2	-	-	1	-	-	-
..... Tomé-Açu	61095	-	18	-	10	-	-	-	3	-	-
..... Vigia	51705	-	21	-	6	-	1	-	1	-	-
15008 Metropolitana III	902773	1	437	12	302	3	24	2	28	-	6
..... Aurora do Pará	29991	-	12	-	6	-	-	-	1	-	-
..... Capitão Poço	52768	-	21	-	11	-	-	-	2	-	-
..... Castanhal	192571	-	68	2	120	2	9	-	7	-	3
..... Curuçá	38391	-	16	-	12	-	-	-	1	-	-
..... Garrafão do Norte	25345	-	15	-	5	-	-	-	1	-	-
..... Igarapé-Açu	37547	1	21	1	10	-	-	-	1	-	-
..... Inhangapi	11224	-	13	-	4	-	-	-	1	-	-
..... Ipixuna do Pará	60433	-	15	-	6	-	-	-	1	-	-
..... Irituia	31664	-	15	-	3	-	-	-	1	-	-
..... Mãe do Rio	29112	-	16	-	8	-	2	-	1	-	1
..... Magalhães Barata	8298	-	10	1	1	-	-	-	-	-	-

..... Maracanã	28668	-	22	-	6	-	-	-	1	-	-
..... Marapanim	27471	-	24	-	8	-	1	-	1	-	1
..... Nova Esperança do Piriá	20727	-	11	-	5	-	-	-	1	-	-
..... Paragominas	108547	-	65	1	57	-	11	1	4	-	1
..... Santa Maria do Pará	24059	-	9	-	12	-	-	-	1	-	-
..... São Domingos do Capim	30987	-	15	2	4	-	-	1	-	-	-
..... São Francisco do Pará	15418	-	13	2	1	-	-	-	-	-	-
..... São João da Ponta	5884	-	6	1	2	-	-	-	-	-	-
..... São Miguel do Guamá	56667	-	29	1	13	-	-	-	1	-	-
..... Terra Alta	11262	-	5	1	1	-	-	-	-	-	-
..... Ulianópolis	55739	-	16	-	7	1	1	-	2	-	-
15009 Rio Caetés	521675	-	266	33	149	6	3	6	7	2	1
..... Augusto Corrêa	44227	-	23	5	6	-	-	1	-	-	-
..... Bonito	15563	-	12	-	8	-	-	-	-	-	-
..... Bragança	122881	-	44	11	21	4	-	3	-	2	-
..... Cachoeira do Piriá	32139	-	14	3	2	-	-	-	-	-	-
..... Capanema	66759	-	31	3	43	1	2	-	3	-	1
..... Nova Timboteua	14791	-	10	-	4	-	-	-	-	-	-
..... Ourém	17237	-	11	-	10	-	1	-	1	-	-
..... Peixe-Boi	7867	-	7	-	7	-	-	-	-	-	-
..... Primavera	10510	-	8	1	3	-	-	-	-	-	-
..... Quatipuru	13142	-	6	1	2	-	-	-	-	-	-
..... Salinópolis	39328	-	20	1	14	-	-	1	1	-	-
..... Santa Luzia do Pará	19348	-	15	-	4	-	-	-	-	-	-
..... Santarém Novo	6482	-	8	3	2	1	-	-	-	-	-
..... São João de Pirabas	22207	-	13	-	6	-	-	-	1	-	-
..... Tracuateua	29793	-	23	5	7	-	-	1	-	-	-
..... Viseu	59401	-	21	-	10	-	-	-	1	-	-
15010 Tapajós	247275	-	111	3	42	-	-	1	11	-	-
..... Aveiro	15950	-	10	2	1	-	-	-	-	-	-
..... Itaituba	98485	-	42	-	27	-	-	-	7	-	-
..... Jacareacanga	41487	-	18	1	1	-	-	1	-	-	-

..... Novo Progresso	25102	-	19	-	6	-	-	-	2	-	-
..... Rurópolis	47971	-	9	-	5	-	-	-	1	-	-
..... Trairão	18280	-	13	-	2	-	-	-	1	-	-
15011 Tocantins	676109	-	273	5	179	1	8	2	12	-	-
..... Abaetetuba	151934	-	74	1	54	1	3	-	2	-	-
..... Baião	44956	-	19	-	11	-	-	-	1	-	-
..... Barcarena	118537	-	55	1	61	-	-	-	3	-	-
..... Cametá	132515	-	36	1	17	-	2	-	2	-	-
..... Igarapé-Miri	60675	-	18	-	19	-	1	-	2	-	-
..... Limoeiro do Ajuru	27760	-	22	1	1	-	-	1	-	-	-
..... Mocajuba	29846	-	16	-	5	-	1	-	1	-	-
..... Moju	78629	-	17	-	11	-	1	-	1	-	-
..... Oeiras do Pará	31257	-	16	1	-	-	-	1	-	-	-
15012 Xingu	336723	-	188	35	110	6	4	4	11	1	-
..... Altamira	109938	-	63	35	46	6	2	4	-	1	-
..... Anapu	26271	-	23	-	4	-	-	-	1	-	-
..... Brasil Novo	14834	-	21	-	13	-	1	-	3	-	-
..... Medicilândia	30315	-	13	-	9	-	-	-	1	-	-
..... Pacajá	45596	-	15	-	8	-	-	-	1	-	-
..... Porto de Moz	39246	-	14	-	4	-	1	-	1	-	-
..... Senador José Porfírio	11587	-	13	-	4	-	-	-	1	-	-
..... Uruará	44370	-	13	-	14	-	-	-	2	-	-
..... Vitória do Xingu	14566	-	13	-	8	-	-	-	1	-	-
15013 Marajó I	234104	-	119	7	17	-	1	5	4	-	-
..... Afuá	37778	-	15	3	-	-	-	1	-	-	-
..... Cachoeira do Arari	22786	-	16	1	1	-	-	1	-	-	-
..... Chaves	22821	-	21	-	5	-	-	-	1	-	-
..... Muaná	38616	-	13	-	3	-	-	-	1	-	-
..... Ponta de Pedras	29700	-	9	1	1	-	-	1	-	-	-
..... Salvaterra	22740	-	15	-	2	-	-	-	1	-	-
..... Santa Cruz do Arari	9635	-	4	1	1	-	-	1	-	-	-
..... São Sebastião da Boa Vista	25540	-	14	1	2	-	-	1	-	-	-

..... Soure	24488	-	12	-	2	-	1	-	1	-	-
15014 Marajó II	307061	1	117	11	18	1	-	5	3	1	-
..... Anajás	28012	-	9	1	1	-	-	1	-	-	-
..... Bagre	29065	-	5	2	1	-	-	1	-	-	-
..... Breves	99080	1	38	3	8	1	-	1	1	1	-
..... Curralinho	32881	-	10	3	-	-	-	1	-	-	-
..... Gurupá	32049	-	20	-	4	-	-	-	1	-	-
..... Melgaço	26652	-	11	2	1	-	-	1	-	-	-
..... Portel	59322	-	24	-	3	-	-	-	1	-	-
Total		10	3277	176	3654	65	197	46	223	11	37

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

APÊNDICE D – Programação Pactuada Integrada.

Detalhamento da PPI em todos os Municípios da UF (Valores anuais)

Competência: 201505 / UF: PA

IBGE	Município	Assistência Ambulatorial		Assistência Hospitalar		Outros Impactos				Total em Teto Municipal	* Valores Encaminhados a Outras UF's	Total Programado por Município
		População Própria	População Referência	População Própria	População Referência	* Incentivos Permanentes	Valores Recebidos de Outras UF's	Reserva Técnica	Ajustes			
150010	ABAETETUBA	4.130.232,02	57.301,68	3.670.460,00	183.515,60	158.400,00	0,00	2.725.935,75	0,00	10.925.845,05	0,00	10.925.845,05
150013	ABEL FIGUEIREDO	156.728,65	165,03	116.291,15	958,38	0,00	0,00	505.048,93	0,00	779.192,14	0,00	779.192,14
150020	ACARÁ	1.455.869,77	6.472,46	971.997,19	6.195,30	0,00	0,00	115.617,95	0,00	2.556.152,67	0,00	2.556.152,67
150030	AFUÁ	995.888,63	66.708,01	836.674,20	33.727,81	0,00	0,00	238.790,56	0,00	2.171.789,21	0,00	2.171.789,21
150034	ÁGUA AZUL DO NORTE	1.017.807,16	0,00	838.313,64	0,00	382.950,00	0,00	343.863,98	-74.642,89	2.508.291,89	0,00	2.508.291,89
150040	ALENQUER	1.531.502,89	5.976,47	1.939.024,97	148.411,44	1.475.227,50	0,00	278.247,99	0,00	5.378.391,26	0,00	5.378.391,26
150050	ALMEIRIM	940.927,33	0,00	843.465,23	9.432,45	0,00	0,00	1.523.622,35	0,00	3.317.447,36	0,00	3.317.447,36
150060	ALTAMIRA	3.377.136,76	1.004.862,57	4.667.200,78	3.621.480,27	363.150,00	0,00	220.376,94	0,00	13.254.207,32	0,00	13.254.207,32
150070	ANAJÁS	200.672,94	0,00	549.259,19	0,00	0,00	0,00	217.486,21	0,00	967.418,34	0,00	967.418,34
150080	ANANINDEUA	14.115.897,03	1.153.713,49	15.654.705,43	10.230.958,02	15.365.696,62	0,00	33.261.317,93	-10.035.467,79	79.746.820,73	0,00	79.746.820,73
150085	ANAPU	294.777,71	0,00	464.637,84	0,00	204.750,00	0,00	233.939,55	0,00	1.198.105,10	0,00	1.198.105,10
150090	AUGUSTO CORREA	474.353,81	20.492,70	617.126,40	136.679,82	204.750,00	0,00	134.774,47	0,00	1.588.177,20	0,00	1.588.177,20
150095	AURORA DO PARÁ	623.547,53	0,00	676.434,58	6.571,17	0,00	0,00	271.784,11	9.426,79	1.587.764,18	0,00	1.587.764,18
150100	AVEIRO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	129.348,75	0,00	129.348,75	0,00	129.348,75
150110	BAGRE	190.002,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	52.812,60	0,00	242.814,96	0,00	242.814,96
150120	BAIÃO	726.849,98	6.084,51	829.921,54	23.134,96	204.750,00	0,00	595.643,55	0,00	2.386.384,54	0,00	2.386.384,54
150125	BANNACH	107.638,36	0,00	52.538,67	0,00	204.750,00	0,00	581.567,41	-3.542,45	942.951,99	0,00	942.951,99
150130	BARCARENA	2.602.777,65	26.558,34	2.054.332,01	0,00	204.750,00	0,00	788.201,50	0,00	5.676.619,50	0,00	5.676.619,50
150140	BELÉM	54.605.065,47	42.567.594,74	76.001.134,02	65.204.137,34	46.819.026,32	0,00	115.922.214,30	121.455.568,99	279.663.603,20	0,00	279.663.603,20
150145	BELTERRA	196.891,40	0,00	148.820,55	0,00	0,00	0,00	505.526,10	0,00	851.238,05	0,00	851.238,05

150150	BENEVIDES	1.144.530,89	76.252,55	746.080,93	103.897,75	468.750,00	0,00	526.652,59	0,00	3.066.164,71	0,00	3.066.164,71
150157	BOM JESUS DO TOCANTINS	382.614,75	4.030,99	371.213,54	0,00	0,00	0,00	164.610,74	0,00	922.470,02	0,00	922.470,02
150160	BONITO	186.060,51	409,69	0,00	0,00	0,00	0,00	128.324,81	0,00	314.795,01	0,00	314.795,01
150170	BRAGANCA	3.448.921,69	1.350.552,47	4.105.246,59	5.360.759,07	7.213.502,81	0,00	732.693,76	0,00	22.211.676,39	0,00	22.211.676,39
150172	BRASIL NOVO	577.831,80	2.803,63	604.061,16	48.135,22	343.350,00	0,00	858.761,71	-19.800,00	2.415.143,52	0,00	2.415.143,52
150175	BREJO GRANDE DO ARAGUAIA	79.334,42	1.539,38	166.938,51	0,00	0,00	0,00	509.003,35	0,00	756.815,66	0,00	756.815,66
150178	BREU BRANCO	1.241.063,93	0,00	801.850,32	0,00	2.856.750,00	0,00	246.046,80	0,00	5.145.711,05	0,00	5.145.711,05
150180	BREVES	3.086.925,63	361.332,58	3.000.805,30	940.892,98	0,00	0,00	2.183.166,97	0,00	9.573.123,46	0,00	9.573.123,46
150190	BUJARU	523.252,32	0,00	399.540,40	4.093,47	204.750,00	0,00	662.268,27	0,00	1.793.904,46	0,00	1.793.904,46
150200	CACHOEIRA DO ARARI	303.164,13	0,00	433.705,02	8.343,73	0,00	0,00	222.849,76	0,00	968.062,64	0,00	968.062,64
150195	CACHOEIRA DO PIRIÁ	221.998,72	0,00	0,00	0,00	204.750,00	0,00	59.935,30	0,00	486.684,02	0,00	486.684,02
150210	CAMETÁ	3.543.185,00	212.039,74	3.217.189,47	154.606,72	2.479.276,57	0,00	1.158.348,15	-1.299.106,07	9.465.539,58	0,00	9.465.539,58
150215	CANAÃ DOS CARAJÁS	882.855,89	4.656,08	641.603,36	31.445,30	303.750,00	0,00	164.018,41	0,00	2.028.329,04	0,00	2.028.329,04
150220	CAPANEMA	1.994.491,06	2.021.146,13	2.017.788,38	2.218.585,01	7.025.250,00	0,00	807.189,42	-998.291,00	15.086.159,00	0,00	15.086.159,00
150230	CAPITÃO POÇO	1.284.398,80	48.617,19	1.334.049,82	215.140,51	281.700,00	0,00	257.366,95	0,00	3.421.273,27	0,00	3.421.273,27
150240	CASTANHAL	5.434.944,23	5.218.253,69	5.003.036,40	4.041.230,99	8.434.050,00	0,00	8.861.122,32	-1.081.274,52	35.911.363,11	0,00	35.911.363,11
150250	CHAVES	182.078,54	0,00	150.727,54	0,00	0,00	0,00	387.193,92	0,00	720.000,00	0,00	720.000,00
150260	COLARES	336.740,91	1.399,37	0,00	0,00	0,00	0,00	93.028,01	0,00	431.168,29	0,00	431.168,29
150270	CONCEIÇÃO DO ARAGUAIA	1.518.638,49	86.989,37	1.459.161,99	22.677,27	1.393.710,00	0,00	2.696.736,33	-1.968.317,37	5.209.596,08	0,00	5.209.596,08
150275	CONCÓRDIA DO PARÁ	487.894,68	23.385,40	264.727,70	14.619,32	0,00	0,00	505.575,82	0,00	1.296.202,92	0,00	1.296.202,92
150276	CUMARU DO NORTE	331.821,72	0,00	217.310,16	0,00	0,00	0,00	421.735,76	-3.092,29	967.775,35	0,00	967.775,35
150277	CURIONÓPOLIS	373.355,94	0,00	476.038,92	0,00	204.750,00	0,00	219.364,11	-40.100,00	1.233.408,97	0,00	1.233.408,97
150280	CURRALINHO	586.378,88	669,39	598.533,11	13.057,29	0,00	0,00	750.138,96	0,00	1.948.777,63	0,00	1.948.777,63
150285	CURUÁ	235.366,79	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	59.495,47	0,00	294.862,26	0,00	294.862,26
150290	CURUÇÁ	874.181,90	8.709,30	746.371,08	0,00	204.750,00	0,00	578.858,16	0,00	2.412.870,44	0,00	2.412.870,44
150293	DOM ELISEU	1.174.209,14	0,00	1.224.109,06	3.042,71	204.750,00	0,00	890.498,92	0,00	3.496.609,83	0,00	3.496.609,83
150295	ELDORADO DOS CARAJÁS	812.922,41	4.123,84	634.403,32	0,00	0,00	0,00	1.431.150,59	0,00	2.882.600,16	0,00	2.882.600,16

150300	FARO	407.562,35	0,00	375.591,63	0,00	0,00	0,00	206.960,96	0,00	990.114,94	0,00	990.114,94
150304	FLORESTA DO ARAGUAIA	319.330,29	0,00	537.057,49	0,00	0,00	0,00	514.178,79	-95.369,37	1.275.197,20	0,00	1.275.197,20
150307	GARRAFÃO DO NORTE	456.538,46	0,00	0,00	0,00	202.500,00	0,00	82.318,23	0,00	741.356,69	0,00	741.356,69
150309	GOIANÉSIA DO PARÁ	765.870,21	0,00	814.652,71	43.893,02	204.750,00	0,00	591.634,59	-41.950,00	2.378.850,53	0,00	2.378.850,53
150310	GURUPÁ	525.054,82	0,00	580.089,12	28.095,12	0,00	0,00	227.264,25	0,00	1.360.503,31	0,00	1.360.503,31
150320	IGARAPÉ-AÇÚ	1.032.512,73	96.387,33	735.529,56	81.206,44	202.500,00	0,00	632.995,83	0,00	2.781.131,89	0,00	2.781.131,89
150330	IGARAPÉ-MIRIM	1.729.983,37	6.458,03	1.455.931,52	30.731,14	0,00	0,00	2.955.601,52	-90.000,00	6.088.705,58	0,00	6.088.705,58
150340	INHANGAPI	203.325,80	0,00	69.709,38	0,00	204.750,00	0,00	658.943,44	0,00	1.136.728,62	0,00	1.136.728,62
150345	IPIXUNA DO PARÁ	1.085.457,21	0,00	1.188.944,37	0,00	204.750,00	0,00	249.985,65	0,00	2.729.137,23	0,00	2.729.137,23
150350	IRITUIA	503.522,38	0,00	249.087,68	0,00	0,00	0,00	218.862,39	0,00	971.472,45	0,00	971.472,45
150360	ITAITUBA	3.083.661,68	219.682,46	3.994.013,33	537.656,36	0,00	0,00	1.060.469,38	-944.354,98	7.951.128,23	0,00	7.951.128,23
150370	ITUPIRANGA	1.195.115,09	14.658,57	1.151.227,82	111.251,25	0,00	0,00	629.136,42	0,00	3.101.389,15	0,00	3.101.389,15
150375	JACAREACANGA	820.318,41	0,00	604.292,67	199,33	0,00	0,00	260.063,56	0,00	1.684.873,97	0,00	1.684.873,97
150380	JACUNDÁ	1.147.740,33	4.203,81	1.320.086,43	27.787,33	204.750,00	0,00	243.737,26	0,00	2.948.305,16	0,00	2.948.305,16
150390	JURUTI	967.248,39	0,00	703.686,97	0,00	0,00	0,00	667.239,11	0,00	2.338.174,47	0,00	2.338.174,47
150400	LIMOEIRO DO AJURU	689.636,02	1.035,61	596.202,86	18.265,27	0,00	0,00	199.449,99	0,00	1.504.589,75	0,00	1.504.589,75
150405	MÃE DO RIO	668.759,97	44.089,08	889.522,11	490.930,59	204.750,00	0,00	552.860,79	0,00	2.850.912,54	0,00	2.850.912,54
150410	MAGALHÃES BARATA	54.560,61	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	85.218,53	0,00	139.779,14	0,00	139.779,14
150420	MARABÁ	7.457.011,75	3.523.102,01	8.520.417,31	4.916.249,96	2.407.860,00	0,00	4.242.283,25	-7.669.879,77	23.397.044,51	0,00	23.397.044,51
150430	MARACANÃ	738.058,49	0,00	619.453,72	0,00	204.750,00	0,00	225.920,86	0,00	1.788.183,07	0,00	1.788.183,07
150440	MARAPANIM	517.921,51	205,71	423.996,58	17.348,20	204.750,00	0,00	236.834,73	0,00	1.401.056,73	0,00	1.401.056,73
150442	MARITUBA	3.240.689,00	1.071.578,38	3.565.957,25	2.203.857,26	3.243.446,51	0,00	9.715.260,46	-11.113.173,48	11.927.615,38	0,00	11.927.615,38
150445	MEDICILÂNDIA	749.098,55	0,00	667.497,64	0,00	204.750,00	0,00	676.024,96	-90.000,00	2.207.371,15	0,00	2.207.371,15
150450	MELGACO	387.929,13	0,00	149.918,30	0,00	0,00	0,00	795.425,28	0,00	1.333.272,71	0,00	1.333.272,71
150460	MOCAJUBA	667.602,36	9.441,88	721.968,06	36.816,01	0,00	0,00	660.199,07	0,00	2.096.027,38	0,00	2.096.027,38
150470	MOJU	1.866.933,31	0,00	1.799.820,21	0,00	79.200,00	0,00	673.523,97	0,00	4.419.477,49	0,00	4.419.477,49
150480	MONTE ALEGRE	1.917.899,24	6.147,04	1.515.611,52	113.916,01	0,00	0,00	290.107,46	0,00	3.843.681,27	0,00	3.843.681,27

150490	MUANÁ	446.009,03	0,00	811.395,42	0,00	0,00	0,00	881.785,08	0,00	2.139.189,53	0,00	2.139.189,53
150495	NOVA ESPERANÇA DO PIRIÁ	466.925,20	5.789,52	494.577,52	51.940,30	0,00	0,00	202.602,83	0,00	1.221.835,37	0,00	1.221.835,37
150497	NOVA IPIXUNA	265.447,01	0,00	288.168,91	0,00	0,00	0,00	245.159,38	0,00	798.775,30	0,00	798.775,30
150500	NOVA TIMBOTEUA	99.449,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	54.613,28	0,00	154.062,83	0,00	154.062,83
150503	NOVO PROGRESSO	567.569,76	49.106,99	524.618,79	41.138,11	0,00	0,00	341.474,65	0,00	1.523.908,30	0,00	1.523.908,30
150506	NOVO REPARTIMENTO	983.155,05	0,00	1.059.350,28	0,00	204.750,00	0,00	208.761,79	0,00	2.456.017,12	0,00	2.456.017,12
150510	ÓBIDOS	1.265.991,40	2.417,83	1.377.276,09	49.213,82	0,00	0,00	225.256,63	0,00	2.920.155,77	0,00	2.920.155,77
150520	OEIRAS DO PARÁ	299.435,96	101,88	607.512,63	2.681,50	0,00	0,00	205.833,33	0,00	1.115.565,30	0,00	1.115.565,30
150530	ORIXIMINÁ	1.461.782,04	106.516,60	1.738.469,09	46.513,89	0,00	0,00	251.685,05	0,00	3.604.966,67	0,00	3.604.966,67
150540	OURÉM	337.956,80	0,00	297.693,40	13.060,30	204.750,04	0,00	1.159.628,02	0,00	2.013.088,56	0,00	2.013.088,56
150543	OURILÂNDIA DO NORTE	694.696,39	162,19	687.845,38	26.192,18	204.750,00	0,00	1.155.607,75	-78.557,63	2.690.696,26	0,00	2.690.696,26
150548	PACAJÁ	1.141.199,66	0,00	1.211.239,70	0,00	204.750,00	0,00	547.556,80	-60.000,00	3.044.746,16	0,00	3.044.746,16
150549	PALESTINA DO PARÁ	74.005,70	140,34	153.689,41	1.091,46	0,00	0,00	598.592,71	0,00	827.519,62	0,00	827.519,62
150550	PARAGOMINAS	2.631.924,45	158.173,96	2.875.150,83	78.334,16	204.750,00	0,00	737.344,61	0,00	6.685.678,01	0,00	6.685.678,01
150553	PARAUPEBAS	5.070.302,31	193.736,13	4.912.904,76	306.188,50	204.750,00	0,00	4.878.781,52	-4.161.000,00	11.405.663,22	0,00	11.405.663,22
150555	PAU D'ARCO	189.511,46	5.708,05	131.025,35	27.410,18	402.750,00	0,00	740.780,64	-8.923,49	1.488.262,19	0,00	1.488.262,19
150560	PEIXEBOI	89.050,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	53.384,75	0,00	142.435,17	0,00	142.435,17
150563	PIÇARRA	348.739,75	0,00	271.895,87	0,00	0,00	0,00	470.195,77	0,00	1.090.831,39	0,00	1.090.831,39
150565	PLACAS	472.406,03	0,00	512.462,10	13.789,77	0,00	0,00	204.558,52	0,00	1.203.216,42	0,00	1.203.216,42
150570	PONTA DE PEDRAS	181.376,76	0,00	155.104,91	0,00	0,00	0,00	528.546,23	0,00	865.027,90	0,00	865.027,90
150580	PORTEL	1.184.535,62	9.088,26	1.144.624,22	113.521,44	0,00	0,00	555.798,15	0,00	3.007.567,69	0,00	3.007.567,69
150590	PORTO DE MOZ	893.715,05	24,92	928.550,60	12.000,38	261.648,00	0,00	376.141,47	-60.000,00	2.412.080,42	0,00	2.412.080,42
150600	PRAINHA	580.002,33	0,00	417.170,26	0,00	0,00	0,00	303.988,41	0,00	1.301.161,00	0,00	1.301.161,00
150610	PRIMAVERA	40.554,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	201.368,62	0,00	241.922,77	0,00	241.922,77
150611	QUATIPURU	166.386,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	42.920,64	0,00	209.307,54	0,00	209.307,54
150613	REDENÇÃO	2.272.231,10	915.312,53	2.890.501,87	3.200.888,66	468.750,00	0,00	4.623.118,46	-5.246.120,70	9.124.681,92	0,00	9.124.681,92
150616	RIO MARIA	573.774,54	13.325,44	513.812,85	12.819,19	0,00	0,00	538.241,90	-171.210,91	1.480.763,01	0,00	1.480.763,01

150618	RONDON DO PARÁ	1.505.377,14	4.032,66	1.459.808,59	40.439,94	204.750,00	0,00	164.178,36	0,00	3.378.586,69	0,00	3.378.586,69
150619	RURÓPOLIS	660.005,78	9.417,63	873.838,59	3.347,93	0,00	0,00	501.329,18	0,00	2.047.939,11	0,00	2.047.939,11
150620	SALINÓPOLIS	560.432,62	90.908,74	669.517,62	395.902,08	303.750,00	0,00	2.076.737,09	-1.255.338,15	2.841.910,00	0,00	2.841.910,00
150630	SALVATERRA	358.669,03	1.089,96	461.148,61	0,00	0,00	0,00	196.754,43	0,00	1.017.662,03	0,00	1.017.662,03
150635	SANTA BÁRBARA DO PARÁ	121.718,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30.693,55	0,00	152.412,43	0,00	152.412,43
150640	SANTA CRUZ DO ARARI	128.658,69	0,00	99.065,82	6.153,48	0,00	0,00	512.850,38	0,00	746.728,37	0,00	746.728,37
150650	SANTA ISABEL DO PARÁ	1.578.528,94	169.256,70	1.358.743,83	516.910,51	363.150,00	0,00	350.491,62	0,00	4.337.081,60	0,00	4.337.081,60
150655	SANTA LUZIA DO PARÁ	192.210,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	127.286,01	0,00	319.496,26	0,00	319.496,26
150658	SANTA MARIA DAS BARREIRAS	570.235,79	0,00	415.253,13	0,00	0,00	0,00	334.270,81	-62.548,81	1.257.210,92	0,00	1.257.210,92
150660	SANTA MARIA DO PARÁ	446.843,26	28.486,59	495.246,12	132.429,86	759.913,27	0,00	528.362,38	0,00	2.391.281,48	0,00	2.391.281,48
150670	SANTANA DO ARAGUAIA	1.811.655,13	807,96	1.482.903,33	6.483,62	204.750,00	0,00	532.829,39	-119.335,92	3.920.093,51	0,00	3.920.093,51
150680	SANTARÉM	11.028.721,08	7.435.108,01	12.451.916,05	6.442.986,31	11.266.251,34	0,00	6.003.542,46	-13.753.765,20	40.874.760,05	0,00	40.874.760,05
150690	SANTARÉM NOVO	58.780,30	0,00	0,00	0,00	204.750,00	0,00	73.309,19	0,00	336.839,49	0,00	336.839,49
150700	SANTO ANTÔNIO DO TAUÁ	672.143,86	5.570,22	475.017,57	175.455,69	0,00	0,00	626.370,90	0,00	1.954.558,24	0,00	1.954.558,24
150710	SÃO CAETANO DE ODIVELAS	111.531,48	10.430,75	0,00	0,00	0,00	0,00	47.214,25	0,00	169.176,48	0,00	169.176,48
150715	SÃO DOMINGOS DO ARAGUAIA	542.099,30	0,00	586.588,84	0,00	0,00	0,00	714.010,92	0,00	1.842.699,06	0,00	1.842.699,06
150720	SÃO DOMINGOS DO CAPIM	485.009,21	0,00	248.090,26	0,00	204.750,00	0,00	200.931,15	0,00	1.138.780,62	0,00	1.138.780,62
150730	SÃO FELIX DO XINGU	2.014.491,82	0,00	1.927.297,09	0,00	0,00	0,00	448.126,44	-236.630,43	4.153.284,92	0,00	4.153.284,92
150740	SÃO FRANCISCO DO PARÁ	233.090,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	34.148,78	0,00	267.239,20	0,00	267.239,20
150745	SÃO GERALDO DO ARAGUAIA	808.767,99	20.087,10	668.560,86	29.298,42	0,00	0,00	1.175.829,24	0,00	2.702.543,61	0,00	2.702.543,61
150746	SÃO JOÃO DA PONTA	51.320,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	168.719,57	0,00	220.040,15	0,00	220.040,15
150747	SÃO JOÃO DE PIRÁBAS	168.737,07	0,00	322.759,71	0,00	144.750,00	0,00	736.115,82	0,00	1.372.362,60	0,00	1.372.362,60
150750	SÃO JOÃO DO ARAGUAIA	177.058,46	0,00	263.373,25	0,00	0,00	0,00	470.069,10	0,00	910.500,81	0,00	910.500,81
150760	SÃO MIGUEL DO GUAMÁ	1.318.259,69	18.900,58	1.066.017,78	76.604,35	323.550,00	0,00	915.997,71	0,00	3.719.330,11	0,00	3.719.330,11
150770	SÃO SEBASTIÃO DA BOA VISTA	368.260,61	151,57	469.584,32	2.485,08	0,00	0,00	197.668,35	0,00	1.038.149,93	0,00	1.038.149,93
150775	SAPUCAIA	150.382,86	0,00	83.283,89	0,00	0,00	0,00	534.415,53	-4.636,37	763.445,91	0,00	763.445,91
150780	SENADOR JOSE PORFIRIO	375.863,41	86,53	352.586,59	0,00	0,00	0,00	230.957,82	-43.400,00	916.094,35	0,00	916.094,35

150790	SOURE	475.465,61	6.173,84	593.340,97	11.953,16	0,00	0,00	535.989,40	0,00	1.622.922,98	0,00	1.622.922,98
150795	TAILÂNDIA	1.989.721,88	14.387,84	1.372.868,08	8.259,97	389.550,00	0,00	283.169,13	0,00	4.057.956,90	0,00	4.057.956,90
150796	TERRA ALTA	221.173,60	228,02	0,00	0,00	0,00	0,00	29.303,93	0,00	250.705,55	0,00	250.705,55
150797	TERRA SANTA	319.320,68	0,00	397.711,06	0,00	99.000,00	0,00	193.193,67	0,00	1.009.225,41	0,00	1.009.225,41
150800	TOME-AÇU	1.327.111,77	0,00	1.292.062,65	52.895,87	0,00	0,00	446.954,45	0,00	3.119.024,74	0,00	3.119.024,74
150803	TRACUATEUA	523.190,00	0,00	404.084,87	0,00	202.500,00	0,00	298.568,15	0,00	1.428.343,02	0,00	1.428.343,02
150805	TRAIRÃO	328.720,49	0,00	353.833,12	0,00	0,00	0,00	193.111,36	0,00	875.664,97	0,00	875.664,97
150808	TUCUMÃ	907.282,61	2.566,25	862.678,21	86.634,43	158.400,00	0,00	1.129.202,96	-87.179,40	3.059.585,06	0,00	3.059.585,06
150810	TUCURÚÍ	3.156.864,30	1.803.372,40	3.696.717,20	2.254.787,42	5.623.710,00	0,00	8.294.255,64	-4.417.438,24	20.412.268,72	0,00	20.412.268,72
150812	ULIANÓPOLIS	943.490,71	0,00	1.031.169,70	0,00	204.750,00	0,00	662.550,69	0,00	2.841.961,10	0,00	2.841.961,10
150815	URUARÁ	1.769.563,62	0,00	1.498.729,55	0,00	204.750,00	0,00	630.722,36	-37.900,00	4.065.865,53	0,00	4.065.865,53
150820	VIGIA	807.466,47	11.691,26	880.344,92	112.825,09	0,00	0,00	128.838,24	0,00	1.941.165,98	0,00	1.941.165,98
150830	WISEU	1.495.941,91	0,00	1.107.643,78	9.131,96	1.616.896,11	0,00	444.960,16	0,00	4.674.573,92	0,00	4.674.573,92
150835	VITÓRIA DO XINGU	195.249,35	3.047,87	88.544,63	0,00	0,00	0,00	432.904,72	0,00	719.746,57	0,00	719.746,57
150840	XINGUARA	1.328.759,07	26.203,20	1.209.726,03	61.889,85	2.975.550,00	0,00	985.670,15	-101.912,43	6.485.885,87	0,00	6.485.885,87

* Os incentivos referem-se ao SAMU, Centro de Referência Saúde do Trabalhador, INTEGRASUS, IAPI, FIDEPS e Incentivo de Adesão à Contratualização. Os valores referentes ao custeio dos Centros de Especialidades Odontológicas estão contemplados nas colunas de população própria e referenciada e deverão ser compatibilizados com o valor do incentivo de custeio previsto para cada estabelecimento.