

<b>Título do capítulo</b>	CAPÍTULO 7 – COORDENAÇÃO E RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NO SUS – O PACTO PELA SAÚDE E O SEU LEGADO
<b>Autores(as)</b>	Luciana Jaccoud Aérica Meneses
<b>DOI</b>	<a href="http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9/cap7">http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9/cap7</a>
<b>Título do livro</b>	COORDENAÇÃO E RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NAS POLÍTICAS SOCIAIS BRASILEIRAS
<b>Organizadores(as)</b>	Luciana Jaccoud
<b>Volume</b>	-
<b>Série</b>	-
<b>Cidade</b>	Brasília
<b>Editora</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
<b>Ano</b>	2020
<b>Edição</b>	-
<b>ISBN</b>	978-65-5635-005-9
<b>DOI</b>	<a href="http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9">http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9</a>

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2020

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.



## **COORDENAÇÃO E RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NO SUS – O PACTO PELA SAÚDE E O SEU LEGADO**

Luciana Jaccoud  
Aérica Meneses

### **1 INTRODUÇÃO**

Interdependência e cooperação entre os entes federados são questões centrais na conformação e institucionalidade da política pública de saúde no Brasil, assentada no princípio da universalidade e na diretriz da integralidade no acesso às ações e aos serviços de saúde. Organizada na forma de um Sistema Único de Saúde (SUS), essa política buscou superar a fragmentação que caracterizava a oferta pública na área até os anos 1990, fortalecendo a articulação entre os três níveis de governo e a regionalização da assistência à saúde. Tais esforços mobilizaram um conjunto de instrumentos de coordenação com vistas a ampliar a cooperação entre União, estados e municípios. Ganharam progressivo destaque as estratégias centradas no fortalecimento de instrumentos não financeiros, tanto os de natureza política como gerencial, incluindo iniciativas voltadas à construção de compromissos e acordos intergovernamentais, e de fortalecimento das instâncias de negociação e pactuação federativa. Entre estas iniciativas destacou-se o Pacto pela Saúde.

Aprovado em 2006, o Pacto pela Saúde esteve em vigor entre 2007 e 2011, implementando uma estratégia baseada em prioridades sanitárias nacionais, assim como em instrumentos e estruturas institucionais inovadoras de coordenação intergovernamental, que continuam ativas uma década depois, em que pesem o final da vigência do pacto e as mudanças ocorridas no arranjo institucional da política. O Pacto pela Saúde se dividiu em três diferentes componentes. O primeiro, chamado Pacto em Defesa do SUS, respondeu à demanda por mais recursos orçamentários e financeiros, e propôs uma mobilização em torno da regulamentação da Emenda Constitucional (EC) nº 29, de 13 de setembro de 2000. Os dois outros componentes se organizaram em torno de claros objetivos institucionais. O Pacto pela Vida estabeleceu um conjunto de compromissos sanitários, definindo prioridades, indicadores e metas para aferição de resultados, a serem reconhecidos e assumidos pelos gestores das três esferas de governo e anualmente atualizados. O terceiro componente, o Pacto de Gestão, respondeu à demanda por estruturar a regionalização, estabelecendo as responsabilidades de cada ente para a gestão colaborativa no âmbito

do SUS, fortalecendo instrumentos já existentes de planejamento regional, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde (PPI), e fixando novos instrumentos de coordenação, como os termos de compromisso de gestão (TCGs) e os colegiados de gestão regional (CGRs).

A partir de 2011, entra em vigência o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap). Contudo, os instrumentos e as estruturas de coordenação instituídos ou fortalecidos pelo Pacto pela Saúde continuaram vigentes, seja por terem sido incorporados ao Coap, seja por continuarem a assentar a organização das ações em saúde na grande maioria dos municípios e estados que não adotaram o modelo de contratualização. A estratégia de pactuação de indicadores sanitários e metas se consolidou no SUS e continuou vigendo após 2011. O TCG foi parcialmente acolhido pelo Coap e, a partir de 2012, suas prerrogativas passaram a valer também para aqueles que não haviam aderido ao Pacto pela Saúde até a assinatura do contrato. A PPI manteve-se, sendo substituída pela Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) apenas nos estados que assinaram o Coap.<sup>1</sup> Os CGRs, que, com a publicação do Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, passaram a ser denominados comissões intergestores regionais (CIRs), afirmaram-se no período, alcançando as regiões de saúde do país.

Embora sem efeito jurídico, o pacto buscou reduzir as iniquidades na oferta de serviços de saúde e avançar na garantia da integralidade de acesso via ampliação da cooperação entre as três esferas de governo na gestão da política de saúde. Essa experiência tem sido objeto de vários estudos, abordando sua formulação (Machado, 2009; Menicucci, Costa e Machado, 2018), implementação (Assis *et al.*, 2009; Lima *et al.*, 2012; Preuss e Nogueira, 2012; Martinelli, Viana e Scatena, 2015) e resultados (Menicucci, Marques e Silveira, 2017; Bordin e Fadel, 2012). Este estudo busca, especificamente, avançar nas discussões sobre os instrumentos mobilizados ou reafirmados pelo Pacto pela Saúde durante o seu período de vigência e que, em 2018, ainda atuavam na operacionalização da organização da atenção à saúde. Trata-se, assim, de identificar como os mecanismos de coordenação federativa, de natureza não financeira, operam na implementação do SUS e na garantia do acesso à atenção à saúde.

Este capítulo pretende apresentar os resultados da pesquisa que teve como objeto o instrumento de coordenação intergovernamental adotados no SUS com o Pacto pela Saúde, bem como os instrumentos de coordenação a ele associados e por ele reforçados. Trata-se de identificar como esses instrumentos, de natureza não financeira, operam na implementação do SUS e na garantia do acesso à atenção à saúde.

---

1. Quanto aos demais estados, o impacto da agenda introduzida pelo Coap foi variado, como mostram Ouverney, Ribeiro e Moreira (2017).

Serão analisados o próprio pacto e aqueles instrumentos acolhidos por ele como estratégias de operacionalização da regionalização e de racionalização da gestão, incluindo a redução de redundância, lacunas e fragilidades nas ofertas de serviços e ações de saúde. Serão assim tratados, no Pacto pela Vida, o compromisso com indicadores sanitários e metas públicas, assim como, no Pacto de Gestão, os instrumentos de planejamento regional, o TCG e a implantação das CIRs.

Souza (2018) distingue a coordenação no momento do desenho da política e da sua implementação. No primeiro caso, a coordenação se confronta com uma ampla gama de atores e organizações públicas e privadas com poder de incidência na agenda. No momento da implementação, contudo, a coordenação seria mais restrita aos governos e suas burocracias, podendo ocorrer tanto entre níveis de governo (vertical) como em um mesmo nível de governo (horizontal). Partindo da distinção apresentada por Souza (2018), parece ser possível levantar a hipótese de o governo federal ser efetivo na apresentação da agenda e em seu processamento pelas instâncias decisórias da política, mas ser menos efetivo no que se refere à coordenação da implementação.

As seções seguintes do capítulo procurarão investigar essa hipótese, analisando as inovações acolhidas ou fortalecidas por meio da aprovação do Pacto pela Saúde, bem como sua implementação. Serão considerados fatores internos ao arranjo e aos instrumentos institucionais adotados, tais como a PPI, os indicadores e metas sanitárias, e as comissões regionais, assim como fatores externos que interferem no processo de coordenação para a regionalização, entre eles: *i*) a existência de redes próprias nas esferas estaduais, pouco integradas ao esforço institucional de regionalização; e *ii*) a presença de vazios assistenciais inter e intrarregionais, com limitada possibilidade de alteração dentro do arranjo adotado para a regionalização.

Para levar a cabo esta investigação, foi realizada uma revisão da literatura sobre o processo de formulação e implementação do Pacto pela Saúde, além da análise de documentos institucionais (portarias, notas técnicas e manuais). Foram ainda analisados dados do banco de Informações de Saúde.<sup>2</sup> As informações foram complementadas por entrevistas com gestores e técnicos atuantes nos três níveis de governo, por meio das quais se buscou captar vivências e percepções dos entrevistados sobre como tem sido a apropriação desses instrumentos na operacionalização do sistema e na efetivação da regionalização da saúde. Ademais, objetivou-se compreender seus limites e potenciais, bem como as possibilidades e dificuldades para a cooperação intergovernamental no SUS.

---

2. Banco de dados disponível no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus): <<https://bit.ly/2bwMbqj>>.

Para o objetivo de analisar a efetividade dos instrumentos mobilizados ou reafirmados pelo Pacto pela Saúde, foi realizado um estudo qualitativo, de caráter exploratório. O intuito foi de captar as percepções de atores estratégicos na gestão da política de saúde sobre os instrumentos de coordenação de natureza não financeira, instituídos ou mobilizados pelo pacto. Como estratégia, além da mobilização de dados de gestão da política de saúde, foram realizadas 24 entrevistas semiestruturadas, a nível federal e em seis estados de diferentes regiões do país, a saber, Bahia, Pará, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Goiás, no período entre 2016 e 2018.<sup>3</sup>

O capítulo está estruturado em quatro seções, além desta introdução. A segunda seção discorre sobre o surgimento do Pacto pela Saúde como instrumento de coordenação intergovernamental para enfrentar os obstáculos na concretização do acesso e na garantia do direito à saúde. A terceira analisa os instrumentos de natureza não financeira mobilizados dentro do Pacto pela Saúde para induzir um novo padrão de comportamento de estados e municípios. Nessa seção, são apresentados os instrumentos que, mesmo com a substituição da assinatura do TCG pelo Coap, continuam orientando a organização das ações em saúde na grande maioria dos municípios e estados. Na quarta seção apresentam-se os resultados da pesquisa empírica sobre a efetividade desses instrumentos de natureza não financeira, a partir da percepção de gestores e profissionais que atuam no âmbito do SUS. A discussão se concentra em três temas: as CIRs; a PPI, enquanto instrumento de planejamento regional da oferta de serviços de saúde; e os indicadores, metas, incentivos e sanções. Nessa seção também será analisada a divisão de competências e o papel dos estados. Por fim, têm-se as considerações finais na quinta seção.

## **2 EM BUSCA DA EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE: A ELABORAÇÃO DE UM PACTO NO SUS**

Analisando as relações intergovernamentais que vigoraram nas últimas três décadas, a literatura tem enfatizado a relevância da coordenação intergovernamental no SUS e seu impacto na redução da fragmentação, da competição e da dispersão dos recursos. Como destacou Arretche (2004), concentrando volume expressivo dos montantes alocados no financiamento da política e detendo grande parte da autoridade decisória, o governo central dispunha de recursos institucionais capazes de influenciar a agenda setorial e as escolhas dos níveis subnacionais. A estratégia de condicionar transferências de recursos federais à aceitação por estados e municípios de objetivos e regras definidos pelo Ministério da Saúde (MS) favoreceu, em um primeiro mo-

---

3. Do total de 24 entrevistas, 12 foram realizadas com secretários municipais; oito, com técnicos, diretores e assessores da gestão municipal e estadual; três, com membros da gestão federal; e uma, com especialistas na área. A maior parte dos secretários municipais integrava, ou havia integrado em passado próximo, instâncias intergestores da política de saúde. Quando referidos, os entrevistados serão identificados a partir de numeração específica no contexto do conjunto das entrevistas realizadas pela pesquisa. Quadro-síntese das entrevistas pode ser consultado no apêndice A deste volume.

mento, a adesão ao SUS e a descentralização na oferta de ações e serviços de saúde; posteriormente, promoveu a adoção de programas desenhados pelo governo central (Arretche, 2004; Vazquez, 2014). Além das transferências condicionadas, que operam uma parte significativa do financiamento federal do SUS, a vinculação de receitas foi outro mecanismo relevante na coordenação federativa da política de saúde. Como efeito, ampliaram-se os gastos próprios nas três esferas de governo, ao mesmo tempo que se alinhou a decisão sobre sua alocação.<sup>4</sup>

Para além do sistema de partilha de recursos financeiros e do papel de indutor exercido pelo governo federal via transferências condicionadas, outras estratégias foram utilizadas por esse ente para a coordenação intergovernamental das políticas de saúde. Lima (2013) enfatiza outros dois mecanismos de coordenação: *i*) a divisão de responsabilidades e funções gestoras entre as autoridades governamentais no contexto do marco regulatório do SUS; e *ii*) a criação de entidades representativas, instâncias e instrumentos de pactuação federativa. A divisão de responsabilidades e funções entre gestores compreenderia os esforços para definir os papéis de cada esfera de governo na gestão do sistema. O segundo mecanismo incluiria tanto as entidades representativas, que compreendem os conselhos de articulação de representação dos gestores de uma mesma esfera de governo,<sup>5</sup> quanto as instâncias que operam como espaços permanentes de negociação intergovernamental. Neste segundo grupo, seriam também incluídos os instrumentos de pactuação federativa, tais como os contratos, os consórcios e os TCGs, incluindo a adesão ao Pacto pela Saúde.

Enquanto instrumento de coordenação, o Pacto pela Saúde pretendeu responder a problemas de trajetória no arranjo federativo das políticas de saúde no Brasil, favorecer a regionalização e a integralidade, e promover relações de cooperação verticais e horizontais. Em que pesem os esforços e os avanços, permanecia então o desafio de garantir a efetivação do princípio de integralidade. Nos anos 1990, havia-se assistido à progressiva transferência de responsabilidade pela execução direta de ações e serviços para os estados e, principalmente, para os municípios, que receberam unidades de saúde de outras esferas e expandiram sua rede própria (Lima, 2013). Os municípios geriam seus sistemas locais de maneira autônoma, em um processo que incluía competição predatória, disputas por recursos escassos e esvaziamento do papel técnico e de coordenador da esfera estadual (Machado, 2009; Lima, 2013).

4. Ver, a respeito, Paiva, Gonzalez e Benevides no capítulo 5 deste volume.

5. As entidades representativas do SUS compreendem, no âmbito nacional, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); e, no âmbito estadual, os conselhos de secretarias municipais de saúde (Cosems), que se constituem espaços importantes para a articulação política entre os gestores e a formação de pactos horizontais (Lima, 2013, p. 103).

Em resposta a esse quadro, nos anos 2000, a agenda da regionalização aparece com força, tendo como objetivo superar a fragmentação e a desorganização de serviços de saúde, garantir a integralidade, ampliar o acesso e organizar a atenção de acordo com as necessidades e as capacidades de oferta em uma determinada região. A Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) – publicada em 2001 e reformulada em 2002 – regulamentou a organização regional da assistência à saúde, introduziu o conceito de região de saúde e atribuiu às secretarias estaduais a função de conduzir o processo de regionalização, mediante a elaboração do PDR, que incluía também o PDI. A Noas reafirmava ainda a relevância da PPI, criada pela Norma Operacional Básica (NOB)-SUS de 1996 com a finalidade de auxiliar o planejamento intermunicipal e implementada a partir da referida norma (Guimarães, 2005; Dourado, Dallari e Elias, 2012).

Esperava-se que tais instrumentos fossem bem-sucedidos na indução do comportamento dos entes subnacionais e favorecessem a integralidade na atenção à saúde viabilizando o acesso de cidadãos a uma rede regional de serviços. Ainda que os estados tenham avançado na concretização desses instrumentos e a Noas tenha atingido, em 2005, a adesão de 24 estados, a negociação e execução intermunicipais eram mais complexas do que se previu. Analisando o processo de regionalização segundo a Noas, Machado (2009) identificou um jogo em dois tempos, no qual municípios exportadores e importadores de serviços negociavam em bases desiguais e assimétricas a partir de incentivos financeiros e administrativos, mas também político-eleitorais. Segundo o autor, nesse jogo, havia uma priorização dos compromissos eleitorais em detrimento daqueles pactuados na PPI, visto que os mecanismos de *enforcement* para o cumprimento dos acordos eram precários. Neste contexto, a ação indutora do governo federal, imbuída na proposta da Noas, não foi suficiente para promover a cooperação e efetivar a regionalização (Dourado, Dallari e Elias, 2012).

A discussão sobre a necessidade de um novo pacto no âmbito do SUS teve início em 2003, motivada por críticas às normativas em vigor, consideradas rígidas e pouco efetivas para impulsionar a formação das regiões de saúde,<sup>6</sup> além de fazerem uso, considerado excessivo, de incentivos financeiros, acentuando a fragmentação das transferências e burocratizando as relações intergovernamentais (Lima *et al.*, 2012; Menicucci, Costa e Machado, 2018). A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi o *locus* de elaboração, discussão e negociação da proposta do Pacto pela Saúde (Menicucci, Costa e Machado, 2018). A primeira oficina tripartite para discutir o tema reuniu, em agosto de 2004, representantes dos

---

6. No âmbito do Pacto pela Saúde, as regiões de saúde são definidas como recortes territoriais de um espaço geográfico contínuo que devem ser identificadas pelos gestores municipais e estaduais, considerando também as identidades culturais, econômicas e sociais, redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território (Brasil, 2006a).



três níveis de governo em torno de um novo pacto cujos eixos centrais seriam a regionalização e a revisão dos instrumentos de planejamento, gestão e regulação. Havia consenso sobre a necessidade de estabelecer relações mais cooperativas entre os entes governamentais (Machado, 2009). Contudo, discordâncias permearam o processo de elaboração da proposta.

De um lado, o MS temia perder influência na gestão do SUS caso fosse alterada a forma de habilitação dos municípios e, de outro, os representantes dos secretários estaduais e municipais divergiam no tocante à regionalização, especialmente no que se refere à responsabilidade sanitária e ao financiamento (Menicucci, Costa e Machado, 2018). Em que pese a efetiva influência dos estados e municípios representados, respectivamente, pelo Conass e pelo Conasems, a aprovação do Pacto pela Saúde, após dois anos de negociação, somente se deu quando o MS “colocou como *first mover* e pautou a discussão na CIT” (Menicucci, Costa e Machado, 2018, p. 32), reafirmando, conforme proposto por Souza (2018) e Arretche (2004; 2012), sua efetividade no papel de coordenador na aprovação de uma nova agenda.

O Pacto pela Saúde<sup>7</sup> organizou-se em três componentes, a saber: *i*) o Pacto pela Vida; *ii*) o Pacto em Defesa do SUS; e *iii*) o Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida objetivou estabelecer um conjunto de compromissos sanitários, definindo objetivos, metas e indicadores que deveriam, anualmente, ser reconhecidos e assumidos pelos gestores das três esferas de governo. Para tanto, foram definidas seis prioridades: *i*) saúde do idoso; *ii*) controle do câncer do colo do útero e da mama; *iii*) redução da mortalidade infantil e materna; *iv*) fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; *v*) promoção da saúde; e *vi*) fortalecimento da atenção básica (Brasil, 2006a). Tais prioridades foram complementadas, em 2008, por outros cinco temas: saúde do trabalhador; saúde mental; fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e saúde do homem (Brasil, 2008).<sup>8</sup>

7. Para a regulamentação do Pacto pela Saúde, foram publicadas quatro portarias ministeriais, a saber: *i*) Portaria MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulgou o Pacto pela Saúde e apresentou suas diretrizes operacionais (Brasil, 2006a); *ii*) Portaria MS nº 698, de 30 de março de 2006, que instituiu a nova forma de transferência de recursos federais, cujo conteúdo já havia sido abordado na Portaria MS nº 399/2006 (Brasil, 2006b); *iii*) Portaria MS nº 699, de 30 de março de 2006, que regulamentou as diretrizes operacionais do Pacto pela Vida e do Pacto de Gestão e apresentou o TCG (Brasil, 2006c); e *iv*) Portaria MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais (Brasil, 2007a). Além destas, no período 2007-2009, outras cinco portarias foram publicadas para regulamentar e estabelecer as suas prioridades, metas, objetivos e indicadores.

8. Além do acréscimo de cinco novos temas, foram acrescentadas ao fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias (item *iv*) a hepatite e a Aids (Brasil, 2008).

O Pacto em Defesa do SUS tinha como eixo central o financiamento, pautando a mobilização em torno da regulamentação da EC nº 29/2000<sup>9</sup> como estratégia para garantir mais recursos orçamentários e financeiros para a saúde, além de fortalecer o orçamento do SUS a partir do comprometimento das três esferas de gestão (Brasil, 2006a). Componente menos compreendido e menos divulgado (Sousa *et al.*, 2009), surgiu como um meio de superar o impasse que se apresentava em torno do problema do subfinanciamento, Conass e Conasems apontavam a falta de recursos federais como entrave para a efetivação do Pacto de Gestão (Menicucci, Costa e Machado, 2018).

Ao terceiro componente – o Pacto de Gestão – coube expressar o eixo estruturante da regionalização e seus instrumentos, com ênfase em regulação, planejamento, PPI, gestão do trabalho e educação na saúde. Visando fortalecer a integralidade e organizar o sistema a partir do território, o pacto regulamentou as regiões de saúde<sup>10</sup> e criou os CGRs. Reafirmou os instrumentos de planejamento (PDR, PDI e PPI), elaborados sob a coordenação do gestor estadual. As regiões de saúde permitem definir uma base territorial relativamente permanente para as negociações no CGR e em torno da PPI. A referência regional buscava ainda superar a fragmentação e ajustar a oferta à demanda por serviços, visando substituir a competição intermunicipal pela cooperação (Silva e Gomes, 2013). Extinto o processo de habilitação,<sup>11</sup> a adesão dos estados e municípios ao Pacto pela Saúde seria voluntária por meio de assinatura de um TCG. O Pacto de Gestão também instituiu novas diretrizes para o financiamento da saúde organizando as transferências federais em blocos com o intuito de superar a excessiva fragmentação na forma de repasse e permitindo maior autonomia dos gestores na sua aplicação. Nesse rearranjo foram estabelecidos seis blocos: atenção básica; atenção de média e alta complexidade (MAC) ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão do SUS; e investimentos<sup>12</sup> (Piola *et al.*, 2013; Ipea, 2013).

Em suma, o Pacto pela Saúde buscou inovar a gestão do SUS, instigando o comprometimento dos gestores e, sobretudo, fortalecendo as relações *locus* regionais

9. A EC nº 29/2000 buscou assegurar recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) com a vinculação de porcentagens mínimas de recursos orçamentários a serem aplicadas pelas três esferas de governo. Os estados e municípios ficaram obrigados a aplicar 12% e 15% de suas receitas, respectivamente, e a União não teve vinculação à arrecadação de tributos, mas a determinação de um valor mínimo empenhado no ano anterior em ASPS, corrigido pelo crescimento do produto interno bruto (PIB). Sobre o tema, ver Piola, França e Nunes (2016).

10. "O Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990, dá ênfase à implantação das redes regionais de atenção à saúde (RRAS), como estratégia para ordenar os diferentes níveis de atenção – básica, média e alta complexidade –, sobreposta às regiões de saúde regulamentadas pelo Pacto de Gestão, cuja perspectiva era fortalecer o poder e a articulação entre os entes federados em territórios delimitados a partir da dinâmica social loco/regional e suas necessidades de saúde" (Duarte *et al.*, 2015).

11. Quanto ao mecanismo de habilitação ao SUS, tratava-se da adesão de estado e municípios à política federal de descentralização. Ao aderirem ao sistema, estados e municípios estavam, de um lado, subordinados às regras federais referentes à gestão do sistema de saúde e, de outro lado, capacitados a receber transferência de recursos dessa esfera de governo. A habilitação ao SUS foi disciplinada pelas NOBs de 1991, 1993 e 1996 e pela Noas (Arretche, 2002).

12. Esse último bloco de financiamento instituído pela Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009.

para efetivar a regionalização (Mayernyik e Marin, 2014). Considerando o histórico da coordenação federativa no âmbito da saúde, com centralidade nos incentivos condicionados, o Pacto pela Saúde representa uma novidade importante. Uma característica relevante foi a inexistência, no pacto, de recursos financeiros diretos para induzir a adesão ou o cumprimento de metas, com incentivo apenas para a implantação e o funcionamento dos CGRs.<sup>13</sup>

O Pacto pela Saúde foi, inicialmente, considerado como um instrumento promissor para avançar na gestão do SUS, nas relações intergovernamentais e na consolidação do processo de regionalização (Ipea, 2011). Ainda que tenha avançado em um melhor delineamento das regiões de saúde e na constituição do CGR, as avaliações são de que seus principais objetivos, em especial aqueles do componente Pacto de Gestão, não foram alcançados. Não teve sucesso em conseguiu superar as dificuldades relacionadas à fragmentação ou dotar de centralidade as regiões de saúde (Menicucci, Costa e Machado, 2018). Menicucci, Marques e Silveira (2017) destacam que seu escopo foi reduzido a uma gestão por resultados, com definição de metas por ente federado e sem poder de incentivar a cooperação. Para Machado, Baptista e Lima (2010), houve pouca articulação entre os compromissos pactuados com o planejamento e nenhum diagnóstico para estabelecer metas condizentes com a realidade de cada região e município. Além disso, Assis *et al.* (2009) apontam que, sem um instrumento jurídico capaz de garantir o cumprimento dos compromissos intergestores, muitas pactuações não eram efetivadas.

Nesse contexto, com a publicação do Decreto nº 7.508, em 2011, que regulamentou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, criou-se o Coap, documento jurídico, a ser assinado pelas esferas de gestão do SUS, com o intuito de firmar os acordos intergovernamentais, organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada (Brasil, 2011a). A proposta do decreto foi elaborada no final do governo Lula, se transformando em um decreto no governo da presidente Dilma. O Conass e o Conasems tiveram participação pontual na construção deste decreto, e a discussão na CIT durou apenas dois dias e não retornou para esse espaço para qualquer tipo de fechamento (Menicucci, Costa e Machado, 2018). Contudo, o Coap não trouxe mudanças na forma de transferência de recursos e não apresentou alternativa para o problema de financiamento na saúde. A sua adesão foi lenta e não substituiu o pacto como nova base de promoção de relações intergovernamentais.<sup>14</sup>

---

13. A única meta do Pacto pela Saúde que estava vinculada à transferência de recursos financeiros federais referia-se ao componente Pacto de Gestão e era direcionada para a organização e o funcionamento dos CGRs, conforme instituído pela Portaria nº 2.691, de 19 de outubro de 2007. Sobre tal transferência, tratava-se do valor de R\$ 20 mil por CGR, transferido em parcela única, anual, para o Fundo Estadual de Saúde, como "transferências de recursos federais referentes ao incentivo para apoiar as ações de regionalização no Sistema Único de Saúde" (Brasil, 2007c).

14. Sobre o Coap, ver Ouverney, Ribeiro e Moreira (2017).

Em que pese a homologação dos TCGs ser substituída pela assinatura do Coap,<sup>15</sup> os instrumentos de planejamento e estruturas existentes, entre os quais aqueles instituídos ou reafirmados no Pacto de Gestão, e a pactuação de indicadores sanitários e metas do Pacto pela Vida e do Pacto de Gestão, ou foram acolhidos pelo Coap, ou continuaram ordenando a gestão e a organização da atenção à saúde naqueles estados que não assinaram o contrato (Ipea, 2013). A baixa e limitada adesão ao Coap fez com que a grande maioria continuasse regida pelos instrumentos anteriores com adaptações realizadas nesse processo de transição.

### 3 O PACTO PELA SAÚDE E OS INSTRUMENTOS DE COORDENAÇÃO MOBILIZADOS

O Pacto pela Saúde reafirmou aqueles instrumentos de planejamento introduzidos ou fortalecidos pela Noas – PPI, PDR e PDI –, propondo pequenos ajustes para torná-los mais efetivos. A PPI afirma-se como um instrumento de planejamento físico-orçamentário que define a programação das ações em cada região de saúde, devendo nortear a alocação dos recursos financeiros a partir dos fluxos de referência e das metas de atendimentos pactuadas entre os gestores e consubstanciando-se em um pacto solidário de gestão no território. No nível estadual, a PPI tem a missão de consolidar as informações regionais, reafirmando o papel desse nível de governo na coordenação da política em seu território. Para dar transparência aos pactos intergestores firmados na PPI, as metas físicas e orçamentárias devem ser registradas no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso (TCGA), a partir do qual municípios com capacidade instalada se comprometem a atender os municípios de sua referência (Brasil, 2006d).

O PDR, por sua vez, estabelece as diretrizes para organizar a rede de atenção à saúde, devendo atender as necessidades e as especificidades de cada região, além de identificar os complexos regulatórios existentes ou a serem implantados. Sua elaboração deve ser coordenada pelas secretarias estaduais sistematizando os compromissos entre gestores em cada uma das regiões de saúde e consolidando o planejamento das redes hierarquizadas, ações e serviços a serem oferecidos de serviços no território. O PDI define os recursos de investimentos das três esferas de governo para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual, superando as desigualdades de acesso e a garantia da integridade da atenção à saúde. Ao depender de recursos novos, esse instrumento não teve efetividade.

---

15. Para guiar a operacionalização entre o Pacto pela Saúde e o Coap, a CIT publicou, por meio da Resolução nº 4, de 19 de julho de 2012, as regras de transição, estabelecendo que aqueles municípios que não aderiram ao pacto mediante assinatura do TCG passariam a assumir as mesmas prerrogativas das responsabilidades gestoras do SUS (Brasil, 2012). Além disso, a referida resolução deu continuidade ao processo de pactuação de objetivos, metas e indicadores, com a publicação da sua definição para 2012.

Como destaca Lima (2013), a responsabilidade de regulação sobre prestadores de serviços e insumos se deslocou cada vez mais para os municípios, ficando o poder regulatório do MS progressivamente mais concentrado sobre os sistemas estaduais e municipais, e sendo exercido por meio de normas e portarias federais atreladas a mecanismos financeiros. Aos municípios, atribuiu-se a função de coordenação do sistema em seu âmbito, no acesso e fluxo, além da regulação e da avaliação dos prestadores públicos e privados. Contudo, no arranjo institucional que emerge do Pacto pela Saúde e, mais especificamente, do componente Pacto de Gestão, papel estratégico é dado à esfera estadual. A ela caberia não apenas apoiar a implantação e a coordenação dos colegiados regionais como gerenciar a elaboração e a atualização do PDR e da PPI e sua implementação, além de promover a implantação e a efetividade de centrais de regulação referentes ao fluxo dos usuários dos serviços de saúde. Apesar do Pacto de Gestão não fazer referência à ação das redes estaduais de serviços em saúde, previa a este nível de governo a realização de investimentos regionais, o repasse de recursos aos municípios e a regulação no seu território da atenção à saúde.

No âmbito do Pacto pela Saúde, a adoção e a operacionalização desses instrumentos de planejamento regional ocorreram sob fortes tensões (Ianni *et al.*, 2012; Martinelli, Viana e Scatena, 2015). A pouca valorização desses instrumentos se somou à complexidade do sistema de planejamento, que já incluía diversos outros dispositivos: os planos de saúde, a Programação Anual de Saúde, o Plano Operativo Anual, o Relatório Anual de Gestão, o Mapa da Saúde, o Mapa de Metas (Machado, Baptista e Lima, 2010; Ipea, 2016). Ainda que a nova proposta buscasse aperfeiçoar esses instrumentos, manteve a mesma lógica da Noas, isto é, os municípios exportadores, com capacidade instalada de MAC, continuaram controlando o acesso dos municípios importadores e o cumprimento dos pactos (Machado, 2009). Logo, a novidade do pacto foi a instituição do TCG e dos CGRs, que, ao permitirem a construção coletiva do planejamento regional por todos os gestores, poderiam atenuar seus efeitos controversos.

É nesse contexto que cabe analisar a emergência das novas estratégias de coordenação, quais sejam: o TCG, bem como o esforço de dotar de maior transparência e densidade as responsabilidades dos três níveis de governo; a pactuação de um sistema anual de indicadores e metas, que vinculavam os entes às prioridades sanitárias nacionais; e os CGRs, posteriormente denominados CIR, que firmariam o comprometimento dos gestores para conduzir os processos de regionalização, impulsionados pela ação de coordenação dos governos estaduais.

### 3.1 Os Termos de Compromisso de Gestão

O TCG foi adotado em 2006 como um instrumento de adesão dos estados e municípios ao Pacto pela Saúde, formalizando os acordos sanitários e de gestão ali assumidos e permitindo o seu acompanhamento. A assinatura do TCG representava

o comprometimento dos gestores com as prioridades, as metas, os objetivos e os indicadores dos componentes Pacto pela Vida e Pacto de Gestão. Essa foi uma das importantes inovações do Pacto pela Saúde. Substituindo o processo de habilitação dos estados e dos municípios, buscou superar as formas vigentes de adesão condicionada, caracterizadas pelos “requisitos formais associados a incentivos financeiros” (Lima *et al.*, 2012, p. 1906). Com o novo processo, a adesão passou a ser por pactuações. A assinatura do TCG não tinha vinculação direta com incentivos financeiros ou outro tipo de transferência de recursos federais relacionada ao cumprimento das metas pactuadas. Para os estados e os municípios que não assinaram o seu TCG, foram mantidas as mesmas prerrogativas de habilitação de gestão plena do sistema das normas anteriores. Na Portaria MS nº 699/2006, foram apresentados quatro TCGs diferentes, um para cada esfera de governo e o Distrito Federal. Os TCGs abrangiam atribuições e responsabilidades sanitárias específicas para cada esfera de gestão do SUS e eram uma declaração de intenções e comprometimento dos gestores, assinada unilateralmente e encaminhada para homologação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na CIT e para arquivamento no MS.

As responsabilidades sanitárias do TCG buscavam reafirmar o papel de cada instância gestora do SUS.<sup>16</sup> Definiu-se, no TCG dos municípios, a competência para a execução e a prestação direta de serviços e ações assistenciais, incluindo a gestão e a execução da atenção básica, de promoção de saúde e vigilância. Quando o município possui capacidade instalada e funciona como referência intermunicipal, deve respeitar a PPI de atenção à saúde; caso contrário, deve assegurar o acesso de seus munícipes aos outros níveis de complexidade a partir de negociações com outros municípios consolidadas na PPI. Quanto à regionalização, o gestor deve participar do CGR e da CIB, quando cabível, e assegurar e executar a PPI da atenção à saúde.

Aos estados foi atribuída a função de coordenar a implantação do Pacto pela Vida e do Pacto de Gestão no seu território, incluindo a organização das redes de atenção, a pactuação da referência regional em MAC, além do acompanhamento e do apoio, inclusive financeiro, aos municípios no que se refere à atenção básica. Na execução direta, compete ao governo dos estados realizar ações de vigilância em saúde em caráter excepcional e transitório, além de exercer a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade da vigilância sanitária e epidemiológica. Na regionalização, assume o papel de coordenador no seu território, participando dos CGRs, organizando e atualizando as regiões de saúde a partir do PDR. No âmbito do Pacto pela Saúde, não havia previsão quanto à operacionalização da rede de serviços estaduais, em

---

16. Além das responsabilidades gerais da gestão do SUS de cada esfera de governo, foram também definidas as responsabilidades na regionalização; no planejamento e programação; na regulação, controle, avaliação e auditoria; na gestão do trabalho; na educação; na saúde; na participação; e no controle social. Todas essas responsabilidades também integravam o TCG.

que pese esta ser expressiva e crescente, como pode ser observado pelos dados referentes ao número de leitos no âmbito do SUS, por esfera jurídica. Se, em 2013, a esfera estadual detinha 19% do total de leitos de internação disponíveis no SUS, em dezembro de 2017, esse índice alcançou 23%.<sup>17</sup>

À União, tendo em vista seu papel na coordenação das ações de saúde no âmbito nacional definindo diretrizes, exercendo funções de normatização, cooperação técnica e financeira, coube a coordenação nacional da implantação do Pacto pela Vida e do Pacto de Gestão e da regionalização. Em suma, a divisão de responsabilidades sanitárias compreendeu competências gerais, inclusive na regionalização da saúde, definindo o papel de cada esfera de governo na gestão do SUS: foi designado à União o papel de coordenadora nacional do sistema, aos estados a coordenação regional e aos municípios as funções executivas diretas. Essa mesma lógica foi aplicada às outras responsabilidades específicas.

Como bastante enfatizado pela literatura, a afirmação de competências compartilhadas e de necessidade de cooperação entre municípios, estados e União pode ocasionar dispersão de responsabilidades, superposição de competências, pode gerar vácuo de oferta em algumas áreas, como também sobreposição ou disputa em outras (Arretche, 2012; Gomes, 2009; Lima, 2013; Silva, 2010; Franzese e Abrucio 2013). Nesse sentido, a repartição de competências e responsabilidades a partir de instrumentos legais e normativos seria uma importante estratégia de coordenação. No Pacto pela Saúde, essas competências foram elencadas genericamente em cada TCG, nos quais estados e municípios deveriam declarar se realizavam ou não cada uma das responsabilidades e atribuições listadas. No caso dos municípios, quando declarada a não realização de alguma das atribuições, era necessário pactuar um cronograma com prazo para a sua realização plena. Pode-se considerar que a declaração pública no TCG era um mecanismo utilizado pela União para constranger os entes subnacionais a assumirem publicamente as suas responsabilidades. Porém, no arcabouço normativo do Pacto pela Saúde, não foram definidas estratégias de monitoramento do TCG. Além disto, tratava-se de um instrumento contraditório ao eixo central do pacto, uma vez que reforçava responsabilidades genéricas e individuais e não as compartilhadas de acordo com as regiões de saúde. Como propõe Lima (2013), não havia relação clara entre a assinatura do TCG e o processo de regionalização.

Todos os estados aderiram ao pacto no período de 2006 a 2010, mesmo que de maneira irregular e diversificada. Já para os municípios, a maioria das homologações ocorreu em 2008 e chegou a alcançar, em abril de 2012, o índice de 82,5% dos municípios. Observou-se uma correlação entre a assinatura do TCG dos

---

17. Dados disponibilizados pelo sistema Tabnet (Datusus/MS). Não inclui o total de leitos SUS da rede privada contratados pelos estados.

estados e o número de adesão dos municípios. Aqueles estados com adesão tardia apresentaram uma adesão mais baixa dos municípios. Por sua vez, os estados que aderiram precocemente ao pacto e que conduziram, juntamente com os Cosems, o processo de apoio à elaboração dos TCGs alcançaram maior adesão municipal. (Lima *et al.*, 2012; Menicucci, Marques e Silveira, 2017). Em 2011, com o estabelecimento do Coap, foi suspensa a assinatura de TCGs.

Em que pese o afastamento da exigência de assinatura do TCG e de adesão ao pacto em 2012, na transição para o Coap, determinou-se que os municípios que não haviam assinado o TCG passassem a assumir as mesmas prerrogativas das responsabilidades sanitárias daqueles que assinaram até aderirem ao Coap. As dificuldades na implementação do Coap fizeram com que, até 2018, somente dois estados (Ceará e Mato Grosso do Sul), com os municípios de suas respectivas regiões de saúde, assinassem o Coap. Nesse sentido, as prerrogativas do TCG seguiram valendo para todos aqueles que não aderiram ao contrato.

### 3.2 Pactuação anual de indicadores do Pacto pela Vida e do Pacto de Gestão

Uma das inovações do Pacto pela Saúde foi a definição de indicadores e metas para aferição dos resultados, dado que cada ente, ao aderir ao pacto, se comprometia anualmente com prioridades nacionais. Tais indicadores eram comuns a todas as esferas de gestão e, para assegurar a coordenação nacional da política e permitir o acompanhamento nacional das prioridades, eram monitorados por meio do Sispecto – sistema de informação do MS utilizado para registrar as metas, monitorar o seu cumprimento e gerar relatórios com os resultados autodeclarados pelos municípios.

Durante a vigência do Pacto pela Saúde, as alterações dos indicadores sucederam-se em ritmo surpreendente, com frequente atualização,<sup>18</sup> sendo que apenas 22% foram mantidos durante o período 2006-2011. Muitos desses indicadores foram suprimidos sem o alcance das metas. Segundo Menicucci, Marques e Silveira (2017), a ampliação de novos indicadores ocorria, principalmente, em função de demandas de áreas do MS que queriam ser contempladas com indicadores respectivos. A alta rotatividade de indicadores fragilizava os processos de monitoramento e acompanhamento, relevantes para o alcance de resultados. Além disso, alguns indicadores apresentavam impossibilidades de cálculo, o que inviabilizava o seu monitoramento e avaliação (Brasil, 2010b).

O estabelecimento das metas para os indicadores nacionais ocorria por meio do preenchimento por ente de planilhas no Sispecto. As metas, definidas pelos

---

18. Anualmente portarias específicas do MS definiam os indicadores e as metas para cada prioridade. No intervalo de 2007 a 2011, foram publicadas pelo MS cinco portarias – Portaria MS nº 91, de 10 de janeiro de 2007 (Brasil, 2007b); Portaria MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008 (Brasil, 2008); Portaria MS nº 48, de 12 de janeiro de 2009 (Brasil, 2009a); Portaria MS nº 2.669, de 3 de novembro de 2009 (Brasil, 2009b); e Portaria MS nº 3.840, de 7 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010a) – acrescentando ou alterando os indicadores anteriores.



próprios municípios e estados, deveriam dialogar com as metas nacionais, divulgadas pela União para cada indicador de forma que fossem utilizadas como uma referência para pactuação. Assim, as prioridades nacionais e os indicadores eram definidos nacionalmente e pactuados na CIT, e as metas, definidas individualmente por cada município. No entanto, ao possibilitar que cada ente estabelecesse sua própria meta sem consideração aos parâmetros sanitários ou ao acompanhamento sistemático, o nivelamento e a convergência em torno das metas nacionais não eram estimulados, mas apenas sugeridos no âmbito do Pacto pela Saúde. Ainda que o Pacto pela Saúde tenha sido substituído pelo Coap, a pactuação de indicadores e metas se manteve. Em 2012, foram pactuados os indicadores de transição; em 2013, ocorreu a pactuação para o triênio 2013-2015; e, em 2016, para o período 2017-2021. Observa-se o aumento no tempo de vigência dos indicadores, possibilitando o acompanhamento em um intervalo maior.

### 3.3 Os Colegiados de Gestão Regional

No tema da coordenação federativa, a construção e a operacionalização de arenas federativas são uma questão central e envolvem aspectos referentes à construção de acordos entre os entes federados e às condições da cooperação. Entre as inovações do Pacto pela Saúde destaca-se a criação dos CGRs, que surgem com o objetivo de atuarem como espaços de articulação, definição de prioridades e pactuação em esfera regional, integrando em sua composição gestores municipais e representantes da gestão estadual em cada região de saúde. Era função do CGR estabelecer um processo dinâmico de planejamento regional, acompanhar a PPI de atenção em saúde, desenhar o processo regulatório com definição de fluxos e protocolos, priorizar linhas de investimento, estimular estratégias de qualificação do controle social, apoiar o processo de planejamento local e constituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional (Brasil, 2006a). Assim, esse mecanismo de coordenação passou a representar um espaço essencial para a implantação da proposta de regionalização preconizada pelo Pacto pela Saúde.

A meta do Pacto pela Saúde era estabelecer um CGR por região de saúde. Todavia, a sua implantação deu-se em ritmos diversificados. Os primeiros foram instalados em 2006, logo após a publicação do pacto. Em 2007, foi implantado o maior número de CGRs nos estados brasileiros. Em 2011, a meta nacional era a cobertura de 100% das regiões de saúde com CGRs constituídos em todos os estados e informados à CIT, tendo-se alcançado, até dezembro daquele ano, o índice de 98,4%.<sup>19</sup>

Os CGRs atuavam enquanto espaços de coordenação nos níveis subnacionais, devendo reunir periodicamente todos os secretários do conjunto de municípios que integram uma região de saúde. Esse processo é apontado por Harada e Furtado

---

19. Dados disponibilizados pelo sistema Tabnet (Datasus/MS).

(2009) como o ganho inegável dos CGRs. Segundo tais autores, antes da criação dessas instâncias, as decisões eram estabelecidas a partir de acordos, muitas vezes unilaterais, quando muito pactuados nas CIBs, espaço que não conta com a participação de todos os gestores.

Conforme destaca Lima (2013), nos estados que atualizaram o seu PDR de acordo com o Plano Estadual de Saúde, houve maior alinhamento entre os instrumentos de planejamento para orientar os gestores. Contudo, alguns estados não revisaram o desenho regional antes de implementar os CGRs, acarretando dificuldades para a institucionalidade daquela instância de negociação e pactuação intergovernamental e fragilizando a governança regional. Além disso, distintas capacidades de gestão e articulação intergovernamental, bem como a falta de estruturas e recursos, somadas a questões sociais e de desenvolvimento regional, fizeram com que a implantação e o funcionamento dessas instâncias ocorressem de modo desigual no país (Lima, 2013; Ipea, 2011).

Para Santos (2017), a tentativa de acentuar a cooperação por meio do CGR sem estruturar as regiões de saúde fragilizou essa instância de pactuação. Sem estrutura mínima de serviços de saúde organizados regionalmente, o colegiado se transformou em um espaço de discussão de problemas comuns, comprometendo a institucionalidade das suas decisões pela ausência de uma rede de serviço que garanta o cumprimento das prioridades.

Apesar dessas dificuldades, com a publicação da Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, e do Decreto nº 7.508/2011, houve uma valorização das comissões regionais, reafirmando esse espaço como instância de decisão e não apenas como um fórum colegiado. O CGR, a partir desse momento denominado de CIR, passou a ser reconhecido como instância para pactuação e negociação intergestores de modo a organizar a atenção à saúde em uma perspectiva regionalizada (Brasil, 2011a; 2011b).

#### **4 A IMPLEMENTAÇÃO DOS NOVOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO**

Esta seção apresenta a análise dos dados coletados na pesquisa de campo e mobiliza, em apoio, um conjunto de dados administrativos do MS. A seção foi organizada a partir da operacionalização dos instrumentos implementados ou reafirmados com o pacto e que continuam vigentes: *i*) a PPI, enquanto instrumento de planejamento regional; *ii*) indicadores, metas, incentivos e sanções; e *iii*) a atuação das comissões regionais. A eles, foi adicionado um quarto tema – *iv*) a divisão de competências e o papel dos estados –, que emergiu como relevante no debate a respeito dos instrumentos de coordenação na dinâmica das relações intergovernamentais na saúde.

#### 4.1 A PPI, enquanto instrumento de planejamento regional

O Pacto pela Saúde reafirmou os instrumentos de planejamento regional da Noas e buscou fortalecê-los, dando ênfase ao processo de pactuação intergovernamental, para que pudessem fazer face ao desafio da regionalização (Machado, Baptista e Lima, 2010). Contudo, pouco valorizados, desatualizados e desarticulados da gestão estadual e municipal e dos próprios processos de pactuação, eles contribuíram de forma limitada para a organização da atenção à saúde nas regiões de saúde (Lima *et al.*, 2012; Preuss e Nogueira, 2012; Vianna e Lima, 2013; Martinelli, Viana e Scatena, 2015; Menicucci, Costa e Machado, 2018).

Investigando a mobilização da PPI pelas gestões estaduais e municipais, nossa pesquisa observou sua fragilidade diante de outros instrumentos de planejamento como o plano estadual e os planos municipais de saúde, bem como as programações anuais de saúde, principais instrumentos da gestão. A PPI – apesar de seu papel estratégico, constituindo-se como o principal instrumento de planejamento regional da oferta de serviços de saúde, incluindo as dimensões física e orçamentária, e organizando as transferências federais para as regiões de saúde – encontra-se em condição secundária, quando não irrelevante na reorganização da assistência à saúde. De fato, um processo de regionalização tem progredido, mas sem contar com diagnósticos, estratégias e instrumentos consistentes de planejamento regional. Para explicar essa desarticulação, a literatura destaca o contexto em que estes instrumentos vêm operando, marcado por conflitos e tensões que comprometem sua efetividade. Esse contexto pode explicar ao menos parte das dificuldades para a consolidação de tais instrumentos, conforme observado nesta pesquisa.

A PPI estabelece um pacto entre gestores, incluindo, no caso dos municípios-polo, os limites financeiros destinados à assistência da população própria do município, bem como das referências recebidas de outros municípios, organizando o fluxo e o acesso às redes regionais de atendimento. Sua principal função é de pactuar a oferta e o atendimento da população regional à MAC, enfrentando a desigualdade entre capacidades instaladas. Todavia, esse instrumento não tem sido efetivo na organização da assistência à saúde, tensionado por diversos problemas, entre alguns de ordem estrutural – ausência de recursos humanos, de capacidade instalada e o financiamento insuficiente – e gerencial – incipiência dos mecanismos de acompanhamento da demanda e do monitoramento da oferta. Como apontam Menicucci e Marques (2016, p. 848), sem desconsiderar os entraves políticos que envolvem essa querela, “mais do que falta de disposição para cooperar, o problema parece estar na insuficiente capacidade de prestação de serviços em função da capacidade instalada e outras deficiências”.

A defasagem de leitos hospitalares é um problema para a pactuação regional. Existem poucas unidades de terapia intensiva (UTIs) e os serviços de média complexidade acabam se concentrando nas capitais dos estados e em poucas cidades de

maior porte. Além disso, há também a pressão da rede privada, cujos prestadores selecionam quais serviços querem oferecer. Falando sobre a instituição filantrópica conveniada que oferece a totalidade dos serviços de alta complexidade na região de saúde, um entrevistado declarou que “[a instituição] é quem define o que quer fazer, o que quer atender. O município fraco fica na mão do prestador. Mesmo um município forte não consegue montar a oferta” (entrevista 77).

Também são grandes as dificuldades enfrentadas em relação aos recursos humanos, seja no que se refere à permanência dos profissionais de saúde nos municípios menores e mais distantes dos grandes centros urbanos, seja nos contratos de trabalho em equipamentos públicos, principalmente dos especialistas. As situações encontradas foram variadas. Com o hiato entre os valores pagos pela tabela SUS<sup>20</sup> e o custo do procedimento arcado por planos de saúde ou prestadores privados, as negociações com os ofertadores privados de serviço tornam-se desfavoráveis ao SUS: “hoje recebo R\$ 11,00 por consulta na tabela SUS, e não pago menos de R\$ 70,00, que é o valor da tabela da Unimed. O médico sabe que o paciente vai lá de qualquer maneira, então ele coloca o seu preço” (entrevista 74); “os médicos não atuam com a tabela que temos, e não temos como esquecer a tabela, porque tudo que o ministério manda de recurso é com base nela” (entrevista 23).

Essa defasagem, observada particularmente em procedimentos especializados, vem promovendo a demanda de complementação do valor por municípios envolvidos na pactuação do fluxo regional, ao mesmo tempo que a tabela SUS, que deveria representar a base da negociação regional, não se apresenta mais como referência legítima. O tensionamento cresce, portanto, e compromete a atualização da PPI, ultrapassada pela impossibilidade de pactuação em valores desatualizados.

Desta forma, não é possível cumprir tudo o que os municípios pactuam: “o município quebraria devido ao subfinanciamento da tabela do SUS” (entrevista 73). É nesse sentido que a insuficiência de recursos intensifica as disputas entre os municípios e torna a cooperação pouco racional (Menicucci e Marques, 2016). Para contornar os limites da tabela do SUS e a pressão dos operadores privados por melhores remunerações dos serviços, estratégias variadas puderam ser identificadas. Frequentemente, a pactuação formal convive com um acordo informal com relação ao número de procedimentos. Nesse caso, os municípios sem capacidade instalada não utilizam todos os atendimentos pactuados.

---

20. É importante destacar que a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde de MAC é realizada por meio do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar e do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec). Para o repasse do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, não é necessário comprovar a produção. Embora tenha sido construída a partir da produção de cada município e segundo a remuneração dos procedimentos na tabela SUS, trata-se de um repasse global que inclui também incentivos de custeio realizado fundo a fundo para estados e municípios. Já o Faec financia procedimentos e políticas estratégicas, além de novos procedimentos incorporados na tabela SUS, após a sua realização, sendo necessário comprovar a produção para o seu financiamento. Para mais informações sobre o financiamento da MAC, ver o capítulo 5, de Paiva, Gonzalez e Benevides, neste volume.

A fraqueza dos instrumentos de planejamento e coordenação regional também se revela no destaque dado às relações pessoais entre os gestores nas regiões de saúde para efetivar o acesso a serviços da MAC. Esse aspecto, presente em vários dos relatos colhidos nas entrevistas realizadas com gestores municipais, havia sido destacado por Ianni *et al.* (2012), que, estudando a região metropolitana da Baixada Santista, observaram a não efetivação da PPI enquanto instrumento de regulação, sendo as demandas municipais resolvidas informalmente, com base em relações interpessoais. Observaram-se também trocas informais de atendimentos e encaminhamentos de tipos diversos.

Em alguns casos, a pactuação formal é simplesmente ignorada pelo município-polo, que se apropria das ofertas como se fossem financiadas por recursos próprios. “O município-polo pega o dinheiro, mas não atende. Por quê? Porque vai priorizar sempre os seus municípios e os outros municípios ficam dependentes disso” (entrevista 76). Essa priorização, segundo o entrevistado, responde às injunções eleitorais. Machado (2009) já havia aventado situação semelhante quando, analisando o impacto da Noas na gestão do SUS, identificou que, diante da ausência de mecanismos de *enforcement* para o cumprimento dos pactos regionais, se sobrepõem questões eleitorais.

A estratégia de priorizar a arena eleitoral se tornará atraente na medida em que o aparato para *enforcement* dos pactos regionais se mostre precário – incluindo aí assimetria informacional e baixa visibilidade na execução da programação pactuada, problemas relacionados com a regulação do acesso assistencial e constrangimentos políticos para punição de transgressores – e não o coloque sob o risco de perder suas prerrogativas conquistadas junto ao SUS (Machado, 2009, p. 115).

Nem sempre os municípios “menores” se sentem contemplados nos pactos estabelecidos, cujos processos de negociação muitas vezes são concluídos a partir do uso dos recursos assimétricos de poder, seja na sua operacionalização, seja decorrente de diferentes graus de governabilidade no processo de gestão. A gestão da PPI e a operacionalização de seus instrumentos implicam uma cogestão dos serviços em muito estranha à dinâmica política e administrativa local.

Insuficiente ou mesmo inexistente, o monitoramento da PPI pela secretaria estadual de saúde torna mais difícil a identificação das dificuldades de cumprimento da pactuação regional. Em alguns estados, o problema não é técnico: há condições operacionais para a realização do monitoramento, mas problemas de ordem política e financeira criam obstáculos para o acompanhamento sistemático do processo (entrevista 67). Entre as questões políticas que interferem nesse processo destacam-se as situações em que o prefeito do município-polo não concorda com a pactuação e gestão regional. Neste mesmo sentido, as emendas parlamentares, respondendo a múltiplos interesses políticos e econômicos, permitem que a alocação dos recursos não seja definida pelas instâncias do sistema, atuam enfraquecendo as instâncias responsáveis pelos fluxos regionais da oferta.

Sobre as emendas, um gestor explicou que esse “é um recurso fora, que não está vinculado a programas, indicadores, serviços. É um recurso para ele [gestor] aplicar como quiser independente dos indicadores, do desempenho, do planejamento ou dos serviços de saúde. A emenda acaba com o SUS porque os municípios passam a não ter mais preocupações com o sistema e suas pactuações” (entrevista 77). As emendas contornam e esvaziam os colegiados e suas pactuações, bem como os instrumentos de planejamento, os diagnósticos e os processos de monitoramento.

Na PPI, o monitoramento é compreendido como o conjunto de atividades que acompanham a execução física e financeira dos acordos pactuados. Para realizar esse acompanhamento e operar a gestão regional das ofertas, são previstos os sistemas regulatórios (Brasil, 2006e). Todavia, muitas vezes o gestor municipal desconhece o funcionamento do sistema de regulação de vagas ou não o utiliza por questões político-partidárias. Este último caso pode ocorrer em uma situação em que o governo estadual, em cuja rede está associado o serviço requerido, é de partido opositor ao do município de onde parte a demanda. Há também estados onde coexistem dois sistemas de regulação de vagas: um municipal e outro estadual, não havendo um diálogo entre os dois, como ocorre no caso do Rio de Janeiro. Além desse problema, há a omissão da quantidade real de leitos vagos por alguns hospitais para as centrais de regulação. “Hospitais omitem a verdadeira quantidade de leitos vagos e ainda há burlas ao sistema de regulação, com pessoas acessando leitos por intermédio de favores políticos. Isto acontece mesmo em hospitais da rede própria” (entrevista 18). Neste caso, as solicitações de leito, não passando pelo sistema de regulação, têm seu atendimento dependente de intermediação de relações pessoais ou favores políticos. A fragilidade das centrais de regulação já havia sido ressaltada por Menicucci e Marques (2016). Para os autores, apesar dos esforços para estruturar esses dispositivos, os estados ainda resistem em abrir mão do seu poder de distribuir as vagas. Esse aspecto político, somado às demandas judiciais, afeta o processo de organização das demandas e dos encaminhamentos, ocasionando iniquidades no acesso.

Assim, as limitações políticas das instâncias regionais para fazer cumprir a PPI dizem respeito, de um lado, à dificuldade de tomar decisões coletivas com base nos instrumentos previstos e, de outro lado, à dificuldade em cumprir decisões coletivas. Verifica-se, assim, que a efetivação dos instrumentos depende em certo grau dos recursos disponíveis, sejam eles em forma de incentivos ou sanções, sejam eles de ordem estrutural, como capacidade instalada. No caso específico da PPI, a ausência de recursos de ordem estrutural se soma a questões políticas e à ausência de monitoramento e atualização, dificultando o papel da PPI em efetivar as pactuações regionais visando à integralidade na atenção à saúde.

#### 4.2 Indicadores, metas, incentivos e sanções

A discussão sobre a incorporação de indicadores de monitoramento e aferição de resultados no âmbito do SUS antecede a criação do Pacto pela Saúde, mas foi a partir dele que ocorreu um esforço mais acurado de encontro entre a definição de indicadores e a gestão do SUS.<sup>21</sup> A elaboração e a seleção dos indicadores desde o pacto são realizadas pelas áreas específicas do MS, seguidas de pactuação na CIT após ativa discussão em câmara técnica deste colegiado. Os indicadores são nacionais, mesmo quando específicos para uma determinada região, como é o caso da malária. Alguns estados definiram indicadores adicionais, principalmente da atenção básica, utilizados para o monitoramento das ações em seu nível de gestão.

A relevância dos indicadores como instrumento de gestão e de avaliação da política de saúde foi amplamente reconhecida pelos entrevistados, em especial por permitirem a identificação de prioridades, o acesso da população às ações e aos serviços de saúde, e por favorecerem a cooperação entre os municípios. Observou-se ainda uma valorização dos indicadores de base regional, ultrapassando o olhar para além do município: “as superintendências de saúde [da secretaria de estado de saúde] já olham para os indicadores regionais. Os indicadores regionais favorecem a cooperação. E a melhora dos indicadores [municipais] é fruto do que já avançou na regionalização” (entrevista 73).

Contudo, um dos obstáculos em relação aos indicadores é o estabelecimento de metas. “Algumas das metas pactuadas são complicadas, porque muitas vezes estão contra a cultura organizacional de algumas localidades. As metas fazem sentido, mas acabam se complicando se o município não tem um planejamento adequado” (entrevista 25). O exemplo recorrente quanto à definição de metas é o que se refere ao parto normal. Quando inserido em um programa, por exemplo, a rede cegonha, esse indicador passa a estar interligado a um esforço de gestão do sistema. No índice de cálculo para esse indicador, a meta nacional é alcançar um total máximo de 25% de partos cesáreos. Todavia, os governos municipais sobem a meta cerca de 40%. Em alguns municípios, o índice chega a 70% de partos cesáreos. O alcance dessa meta envolve vários fatores, desde a sensibilização da população e da classe médica, até a capacidade instalada dos municípios, uma vez que não é possível alcançar “a metas do parto normal se não tiver rede própria” (entrevista 23).

De modo geral, verificou-se que o cumprimento das metas está relacionado à estrutura operacional do município: municípios que não possuem rede própria justificam o não alcance das metas pela ausência de recursos disponíveis na sua rede. Tal avaliação expressa a fragilidade do processo de regionalização da saúde no

---

21. Já existia, desde 1999, no âmbito do SUS, o Pacto pela Atenção Básica, que buscava definir metas de gestão de acordo com indicadores.

país e corrobora o argumento de Menicucci, Marques e Silveira (2017) de que o melhor desempenho dos municípios no que se refere ao alcance das metas do Pacto pela Saúde estava relacionado à autonomia – ou seja, à existência de capacidade de prestação do serviço para a realização do objetivo pactuado – ou à vinculação a incentivo legal e normativo. Segundo aqueles autores, os municípios tiveram melhor desempenho quando não dependiam da cooperação dos outros ou quando eram apoiados por incentivos.

A ausência de diagnósticos de contexto para verificar as condições necessárias ao cumprimento das metas tem sido um dos maiores desafios enfrentados. Há situações externas aos gestores que constroem a sua atuação. Em alguns estados, há cobrança no cumprimento das metas, porém as discussões sobre as ações para que as metas sejam alcançadas são raras ou inexistentes e não há incentivos diretos ou de indução do governo federal nos estados e nos municípios. Mesmo as tentativas de vincular metas do pacto a novas políticas não conseguiram alavancar, uma vez que faltava um processo sistemático de monitoramento das metas, bem como incentivos e sanções: “o que você não mede não tem como melhorar”; “o pacto e seus instrumentos não avançaram em nada e isso aconteceu porque o município assinava o seu TCG e era só. Acabava aí porque não estava previsto que, ao assinar o pacto, ele poderia receber um recurso novo ou ele seria contemplado com algum incentivo” (entrevista 75). Além disso, o Sispacto era um sistema com muitos problemas técnicos, não funcionando como previsto. “O governo federal a partir daí [do Sispacto] apenas toma ciência do que é feito, não há debate ou tentativa de indução do governo federal junto aos estados e municípios” (entrevista 64).

Em que pesem as dificuldades, as entrevistas também reafirmam a relevância dos indicadores e das metas: “reclamamos, mas as metas são importantes. (...) Não dá para ficar solto” (entrevista 23). Ainda que tenham existido impasses, conforme Carneiro *et al.* (2014), o cumprimento das metas gera certa direcionalidade nos processos de trabalho. Corroborando com esses autores, Menicucci, Marques e Silveira (2017) ressaltam que o pacto contribuiu para a formação de uma agenda de prioridades nacional, além de ter possibilitado aos municípios conhecerem suas próprias capacidades e acompanharem seu desempenho. Tal aspecto reforça que, apesar das dificuldades, a pactuação de indicadores contribui para uma maior convergência na oferta de serviços de saúde no país, embora não seja possível afirmar se houve melhoras na qualidade das ações e dos serviços prestados.

Ainda que o processo de pactuação de metas e indicadores seja reconhecido como importante pelos gestores, há entraves a serem superados. A construção das metas pelos municípios muitas vezes enfrenta dificuldades devido à falta de estrutura gerencial. “Em algumas situações estes instrumentos são elaborados por equipes de consultores externos”; as equipes locais não se envolvem e “os municípios



não interiorizam o que fica estabelecido, não sabem o que fazer” (entrevista 24). Outras vezes, há cópia dos dados de outro município. Em qualquer desses casos, que apontam a fragilidade das áreas-meio, os indicadores e suas metas acabam não sendo utilizados para planejamento na área de saúde. Esse processo não tem sido enfrentado a contento pelas secretarias estaduais de saúde. Mesmo em estados onde o monitoramento é efetivamente realizado pelo governo estadual e integra a pauta permanente da CIB, o processo de monitoramento não parece se desdobrar em medidas de incentivos e coordenação visando à qualificação de tais instrumentos.

A ausência de aporte financeiro também foi apontada pela literatura como um nó crítico no cumprimento das metas. De acordo com Souza e Teixeira (2012), na história do SUS, a adesão a pactuações estava relacionada, preferencialmente, ao recebimento de recursos federais. Sem esses recursos, os pactos se manteriam de forma cartorial e burocrática, buscando a captação de recursos futuros. Preuss e Nogueira (2012) também destacam que a necessidade de recursos foi um indutor para a adesão ao Pacto pela Saúde. Todavia, como enfatizam Menicucci, Costa e Machado (2018), com o pacto, não houve mudanças significativas no financiamento da MAC. O financiamento solidário proposto não aconteceu e certos estados não aumentaram seus gastos com o SUS. É nesse sentido que Martinelli, Viana e Scatena (2015) destacam que os incentivos financeiros da esfera federal não foram suficientes para avançar o processo de regionalização: a ausência de mecanismos de *enforcement* no pacto estaria relacionada à falta de recursos federais novos.

Enquanto instrumento de coordenação, a pactuação de indicadores e metas tem sido uma prática importante na definição de prioridades nacionais e no alinhamento das ações. Considerando do ponto de vista da integralidade, esse poderia ser um importante recurso para garantir o acesso à atenção à saúde, principalmente quando definidos indicadores regionais que promovessem a cooperação entre os entes. A ausência de recursos e de mecanismos de *enforcement*, entretanto, compromete a sua efetivação, somando-se a fatores de ordem estrutural, como a falta de capacidade instalada favorável ao cumprimento das metas. Nesse sentido, é possível identificar que a atuação do governo federal na definição dos indicadores pode ser compreendida em dois momentos distintos: em um primeiro momento, quando apresenta essa agenda na CIT, pactuando as prioridades nacionais; e, em um segundo momento, quando sua atuação é marcada de distanciamento, operando com dificuldades o monitoramento e a definição de estratégias visando ao cumprimento das metas pactuadas.

### 4.3 A atuação das comissões regionais

As comissões regionais surgiram no âmbito do Pacto pela Saúde como arenas federativas que viabilizassem a integração das gestões locais em uma região de saúde e favorecessem a articulação e a cooperação para a regionalização. A criação

das comissões regionais favoreceu a discussão sobre a organização e a regulação da assistência, instituiu um espaço de troca de conhecimento e experiência entre gestores e técnicos, qualificando os processos de negociação e de gestão, contribuindo para o reconhecimento das responsabilidades de cada esfera de governo na política de saúde e facilitando o processo de tomada de decisão na CIB (Assis *et al.*, 2009; Vianna e Lima, 2013; Menicucci e Marques, 2016). Para Harada e Furtado (2009), a constituição dos CGRs, que, com a publicação do Decreto nº 7.508/2011, passaram a ser denominados de CIRs, foi a estratégia fundamental para a construção de uma “regionalização viva” capaz de atender as necessidades dos municípios.

As entrevistas realizadas por nossa pesquisa enfatizaram tais conclusões. As CIRs têm cumprido um papel relevante como espaço permanente de negociação entre os secretários municipais ou seus representantes, visando definir responsabilidades de oferta a partir da negociação. Há valorização dessas instâncias e de seu caráter inovador no bojo da política de saúde no país. São espaços que permitem a participação direta de todos os municípios, além de proporcionar permanente debate e negociação, minimizando os impactos da competição e favorecendo a equalização na utilização dos recursos disponíveis e no atendimento dos interesses em disputa entre os municípios. De fato, há um “otimismo em relação à instância política” (Silva e Gomes, 2014, p. 1390). Contudo, em que pese a diversidade em torno dessas experiências, as dificuldades enfrentadas pelas negociações não são menores.

Vianna e Lima (2013) destacaram a existência de variações no funcionamento das comissões regionais. Aquelas regiões com estruturas e práticas de negociação consolidadas encontravam-se em estágios mais avançados, enquanto outras, em fase de consolidação, apresentavam dificuldade de cooperação e solidariedade entre os municípios. Diversidades no funcionamento dessas instâncias entre estados e dentro de um mesmo estado também foram identificadas em nossa pesquisa. Enquanto algumas CIRs são apontadas como muito atuantes e com boa representação, outras teriam se transformado em um espaço burocrático, pouco afeito à negociação: “muitas vezes as discussões giravam em torno de preencher a papelada do pacto, era muita papelada” (entrevista 75).

As emendas parlamentares também afetam as CIRs. Há certa pressão, principalmente das emendas parlamentares estaduais, mais frequentes. O esforço em fazer prevalecer o critério técnico e a efetividade dos recursos disponíveis provoca resistências ao uso das emendas parlamentares, consideradas contrárias à lógica de pactuação nas instâncias intergestores: “hoje não é mais possível que um deputado coloque uma emenda sem verificar as possibilidades dos municípios, porque as emendas não poderão ser aplicadas. E, se um gestor municipal fizer um

elefante branco, será cobrado por isso. Então, esse tipo de conduta hoje é mais rara” (entrevista 67). Entretanto, a quantidade de emendas continua aumentando progressivamente e, como pode ser observado na pesquisa de campo, são pautas recorrentes nas reuniões da CIR.

Alocando recursos para municípios que não deveriam recebê-los, pois não possuem habilitação para manter certas ofertas, as emendas ampliam a competição pelos recursos para custeio. Tais disputas “furam toda a pactuação” (entrevista 53), desrespeitando o planejamento, desorganizando a previsão do fluxo regional de serviços e, frequentemente, privilegiando provedores privados já detentores de recursos pelos mecanismos tradicionais de repasses financeiros do SUS. Outro impacto diz respeito à desvalorização dos técnicos que trabalham com os indicadores. As emendas parlamentares, aportando recurso que não está vinculado a programas, indicadores e serviços, fragilizam a gestão do SUS, seus instrumentos de coordenação e equipes gestoras.

Outro elemento recorrente na fala dos entrevistados diz respeito à alta rotatividade dos gestores, comprometendo a pactuação, interrompendo as discussões e as avaliações de metas, e prejudicando a efetivação da política de saúde e o andamento das ações: “não há um compromisso com pactuações que foram feitas na gestão anterior” (entrevista 71).<sup>22</sup> A baixa frequência na participação de secretários municipais na instância colegiada é outra dificuldade vivenciada. Esse fato também foi observado por Harada e Furtado (2009), que apontam que uma parcela dos secretários de Saúde resiste em reconhecer o CGR como instância efetiva de pactuação federativa e de negociação. Assis *et al.* (2009) enfatizam que a participação dos técnicos supera a dos gestores.

A baixa efetividade das pactuações foi apontada por vários entrevistados como um fator central, afetando a dinâmica de funcionamento dessa estância e gerando descrédito no modelo. Outros fatores, além da implicação dos gestores, vêm afetando esse processo. A falta de recursos se destaca, incluindo a fragilidade do cofinanciamento estadual. A ausência de incentivos e sanções relacionados ao cumprimento das pactuações realizadas nas comissões regionais também é apontada como problema, bem como o uso discricionário, pelo município-polo, do seu potencial de ofertas, incluindo a comprometida em pactuação regional.

Por fim, cabe fazer referência ao problema das relações assimétricas entre os municípios participantes da CIR. Os gestores participam das pactuações em posições diferentes decorrentes da disponibilidade desigual de recursos. Detentores

---

22. Embora não tão expressiva quanto à dos estados, a rotatividade de gestores municipais também é um problema. Durante o intervalo de 2013 a 2016, 49% dos municípios brasileiros tiveram dois ou mais secretários municipais de saúde, de acordo com dados gerados pela pesquisa, com base no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), do MS.

desiguais de demanda e de oferta em serviços de saúde, os gestores demonstram muita diversidade em sua avaliação sobre tais instâncias regionais. Na avaliação de um secretário municipal de Saúde em uma capital da região Nordeste, o município não encontra nenhuma dificuldade no processo de pactuação na CIR ou na CIB (entrevista 35). A Secretaria Municipal de Belém, contudo, se expressa em sentido distinto:

Nós temos passado para um outro nível, que é o de notificar os ministérios públicos estaduais e municipais por encaminhamentos irresponsáveis que nós recebemos de pacientes. (...) Quando o paciente vem para Belém, principalmente quando ele não vem regulado, ele tem acesso ao atendimento através das unidades de saúde, principalmente prontos-socorros e UPA [Unidade de Pronto Atendimento]. Quando acontece algum problema, é dito que o problema está em Belém, mas, na verdade, muitos pacientes vêm sem que o município tenha pactuado a saúde com Belém. Ele [município] não presta atendimento, não faz a sua parte (Faria *et al.*, 2017, p. 731).

Já para os municípios desprovidos de ofertas de MAC, a tensão vem se ampliando em torno do descumprimento de pactuações e de cobranças por serviços dos municípios que os ofertam: “não aceitamos este cofinanciamento, que é na verdade um pagamento” (entrevista 67).

A disputa entre municípios que detêm ofertas similares é igualmente frequente e tensionada pelo contexto de subfinanciamento, que aumenta a rivalidade entre eles. As regiões bipolares – contando com dois municípios-polo para uma mesma oferta – envolvem fortes tensões em torno da disputa de recursos. “Às vezes a CIR não aguenta a discussão política. A correlação de forças na CIR é mais sangrenta. São dois polos, um quer tirar recurso do outro e por isso vai pressionar. Se um município defende a abertura de um serviço e outros se contrapõem, vai pra CIB. Na CIB tem outras pressões e os fatores políticos se sobressaem” (entrevista 77).

Em que pesem as dificuldades que atravessam tal espaço de negociação e deliberação, os gestores enfatizam a importância política e o papel operacional das CIRs, ampliando o debate e equalizando os interesses mesmo (e sobretudo) em contexto de disputa. Assim, há convergências nas entrevistas e na literatura sobre a importância desses espaços no fortalecimento da regionalização e da garantia do acesso à saúde.

#### **4.4 A divisão de competências e o papel dos estados**

O Pacto pela Saúde buscou avançar na definição das competências de cada ente na gestão do SUS e enfatizou a responsabilidade do governo estadual como coordenador da regionalização da saúde no seu território, participando das comissões regionais, pactuando as redes de atenção e organizando as regiões de saúde. Contudo, os dados da pesquisa de campo reafirmam achados de outros estudos: os estados vêm assumindo papel ainda residual na coordenação das ações dos municípios em seu território (Menicucci e Marques, 2016).

A dificuldade do governo estadual no cumprimento daquilo que foi pactuado com os municípios é tema recorrente entre os gestores municipais de saúde. Transferências de recursos pactuadas são postergadas ou canceladas. Em alguns casos, a esfera estadual chega a revogar unilateralmente portarias, sem o consentimento dos municípios. Na pesquisa de campo, verificou-se que a aplicação dos recursos estaduais em saúde é destinada, em grande parte, para financiar a rede própria. Os estados gerenciam e financiam uma importante rede de atenção à saúde, sendo um grande prestador de MAC no SUS, para a qual canaliza seus recursos em detrimento do cofinanciamento dos municípios e da organização de redes de serviços para fortalecimento das regiões de saúde.

Analisando a produção ambulatorial de MAC no âmbito do SUS por região do país, verificou-se que, em média, 49% de todo o atendimento ambulatorial em 2017 foi realizado pelos estados (tabela 1), superando a produção ambulatorial dos municípios (29%). Esse dado permite avaliar a relevância da atuação dos estados como executores e prestadores diretos de serviços e ações assistenciais de MAC.

TABELA 1  
Produção ambulatorial de MAC do SUS, por região e esfera jurídica<sup>1</sup> (2017)  
(Em %)

Região	Federal	Estadual	Municipal	Sem fins lucrativos	Entidades empresariais	Outros <sup>2</sup>	Total
Norte	1	46	38	2	13	0	100
Nordeste	2	48	30	9	11	0	100
Sudeste	1	51	30	12	6	0	100
Sul	1	47	19	16	14	3	100
Centro-Oeste	2	45	34	9	9	1	100
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>49</b>	<b>29</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados de 2017 coletados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS.

Elaboração das autoras.

Notas: <sup>1</sup> Referente à quantidade de procedimentos ambulatoriais de MAC aprovados pelo SUS, em 2017, por local de atendimento.

<sup>2</sup> Administração pública – outros e empresa pública, sociedade de economia mista não especificada, pessoas físicas.

A mesma tendência é observada na porcentagem da produção hospitalar de MAC no SUS em 2017, como pode ser visto na tabela 2. Embora, de maneira geral, a grande concentração de internações seja na rede filantrópica (42%), verifica-se que a quantidade de procedimentos realizados pelos estados (25%) supera a executada pelos municípios (23%). Esses dados se tornam ainda mais expressivos quando analisados regionalmente. Na região Norte do país, a produção hospitalar executada pelos estados (44%) supera, inclusive, aquela executada pela rede sem fins lucrativos (12%), que de modo geral tem sido a maior provedora desses serviços no âmbito do SUS.

TABELA 2  
**Produção hospitalar de MAC do SUS, por região e esfera jurídica<sup>1</sup> (2017)**  
 (Em %)

Região	Federal	Estadual	Municipal	Sem fins lucrativos	Entidades empresariais	Outros <sup>2</sup>	Total
Norte	1	44	34	12	9	0	100
Nordeste	4	33	28	27	7	1	100
Sudeste	4	22	23	49	2	0	100
Sul	2	9	10	65	10	4	100
Centro-Oeste	4	32	23	28	11	2	100
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>42</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados de 2017 coletados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS.

Elaboração das autoras.

Notas: <sup>1</sup> Referente ao número total de autorizações de internação hospitalar (AIHs) aprovadas pelo SUS, em 2017, por local de internação.

<sup>2</sup> Administração pública – outros e empresa pública, sociedade de economia mista não especificada, não especificado ou ignorado.

O estado continua, assim, a competir com os municípios na execução de serviços e ações de saúde, e há dificuldades em integrar essa rede, principalmente hospitalar, na regulação de vagas, prevalecendo relações competitivas entre esses dois entes. As dificuldades de integração entre as redes estaduais e as municipais se expressam nas pautas das CIRs e das CIBs, pois nem sempre as redes estaduais estão presentes nas discussões ou são incluídas nos instrumentos de planejamento, como a PPI da atenção à saúde. Foi possível observar casos de existência de um sistema de regulação das vagas para a rede estadual e outro para as vagas sob gestão dos municípios, e sem fluxo entre elas. No estado do Rio de Janeiro, apenas a rede municipal entra na PPI e é regulada pelo Sistema de Regulação (Sisreg), disponibilizado pelo MS. Outro aspecto relevante é que nem todos os hospitais públicos entram na PPI: em alguns estados, a programação só engloba urgência, emergência e UTI, deixando, assim, algumas instituições de fora dos instrumentos de planejamento.

Também confirmando achado de outros estudos (Souza e Teixeira, 2012), nossa pesquisa constatou a existência de tensionamento político nas relações entre estados e municípios conduzidos por partidos ou coligações políticas distintas. Foram recorrentes os relatos de gestão política na liberação de recursos e emendas parlamentares pelos governos estaduais. Além disso, secretários municipais manifestam receio de se indispor com o governo estadual e seus municípios serem prejudicados: “se eu for contra, isto pode me prejudicar em outra área” (entrevista 53). A vinculação política ainda é um atravessador forte, em especial nas relações entre governo estadual e municípios, inclusive na atuação das unidades descentralizadas das secretarias estaduais, geralmente chamadas de delegacias

regionais ou diretorias regionais de saúde. Responsáveis por promover a articulação regional e dotar de estrutura as CIRs, em alguns estados tais unidades não têm uma coordenação técnica e são compostas por cargos comissionados entregues a aliados políticos do governador. “O problema é que a gestão do SUS hoje não é uma questão para amadores, é uma questão para profissionais; é preciso conhecer da política pública” (entrevista 24).

A fragilidade técnica das delegacias ou diretorias regionais também foi identificada por Assis *et al.* (2009) ao analisarem a experiência de implantação de um CGR no estado de São Paulo. Segundo os autores, o número de técnicos nas diretorias regionais de saúde é insuficiente para acompanhar e avaliar o sistema de saúde na região, somando a essa dificuldade a falta de capacidade de gestão. Ianni *et al.* (2012), estudando as gestões municipais na Baixada Santista, estado de São Paulo, apontam o quanto essas diretorias apresentam fragilidade técnica e política para exercer sua função de apoiar tecnicamente os municípios e de promover a articulação regional. Ainda prevalece uma cultura centralizadora, em que as delegacias regionais ou a própria secretaria estadual controla a pauta e as discussões nas instâncias decisórias regionais, fazendo prevalecer o caráter vertical da relação entre estado e municípios.

A rotatividade de gestores estaduais também parece ter repercutido desfavoravelmente no processo de fortalecimento da regionalização. Os dados nacionais sobre permanência de gestores nas secretarias estaduais de saúde, durante o período de 2015 a 2018,<sup>23</sup> mostram que a maioria dos estados teve dois ou três secretários de Saúde (69%). Um estado chegou a ter cinco secretários diferentes nesse período. Chama atenção que cinco estados tiveram duas alterações de secretários em um mesmo ano e outro estado teve três alterações em um ano.<sup>24</sup> Segundo os entrevistados, a rotatividade compromete o andamento das ações, além de romper com os compromissos pactuados pelas gestões anteriores.

Outra dificuldade se refere à coexistência de diferentes “regionalizações” de saúde no mesmo território. No estado do Pará, como no do Rio Grande do Sul, duas regionalizações estaduais atravessam as regiões de saúde, criando múltiplos fóruns de diálogo regional. De um lado, operam as unidades da secretaria estadual de saúde dentro das regiões administrativas dos respectivos estados. Elas não coincidem com as regiões de saúde, definidas a partir de diretrizes nacionais pactuadas na CIT e onde operam as CIRs. Entretanto, as CIRs são presididas pelos diretores dos centros regionais de saúde, ou eles têm ali assento. No Ceará, as CIRs coexistem com outro ambiente de pactuação, as assembleias dos consórcios públicos

23. Período que corresponde a um ciclo de gestão, considerando o período eleitoral.

24. Dados gerados pela pesquisa, com base no Siops do MS.

de saúde.<sup>25</sup> Além desses problemas, é preciso considerar que cada região de saúde tem suas realidades distintas. “A região de saúde é um desafio, pois ainda não é pensada, os municípios ainda não consolidaram a cultura da região” (entrevista 24).

Além disto, muitas vezes as regiões de saúde reúnem municípios “que não têm acesso entre eles, sem ligação geográfica entre as sedes dos municípios. Isto se justifica só por interesse de manter juntos certos municípios por estruturas que já existem” (entrevista 38). O governo estadual tem um papel importante na organização das regiões de saúde. Todavia, a conformação de tais regiões ainda é frágil em vários locais, atravessadas por indefinição de responsabilidades e dificuldades de abranger, ao mesmo tempo, as diversas gestões que coexistem nesses territórios. Como alertam Silva e Gomes (2014, p. 1392), a competição exige a intervenção do estado em seu papel de coordenação, “buscando propor diretrizes e normas gerais de regionalização, mediante pactuações na CIB: coordenar o processo de organização e atualizar o PDR na região”.

De modo geral, operando expressivas redes de oferta de serviços de MAC, os estados vêm competindo com os municípios como executores da política. Seu papel é ainda incipiente na coordenação da política de saúde em seu território. Ao lado da baixa participação no cofinanciamento regional e municipal, os estados não têm conseguindo mobilizar instrumentos de natureza não financeira capazes de alterar aquele padrão de comportamento.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do Pacto pela Saúde acolheu uma estratégia baseada, de um lado, em prioridades sanitárias nacionais e, de outro, no reforço a instrumentos de coordenação intergovernamental voltados a promover a regionalização da gestão e a integralidade dos serviços nas regiões de saúde. Em que pese ter sido substituído pelo Coap, as inovações institucionais introduzidas ou reafirmadas pelo Pacto pela Saúde em prol de maior articulação e cooperação entre os três níveis de governo continuavam atuantes em 2018. Entre elas, a PPI da atenção à saúde, as instâncias regionais de pactuação e as metas e seus indicadores sanitários consolidados por meio do Sispacto.

Esta pesquisa analisou a implementação do Pacto de Gestão e de alguns dos instrumentos de natureza não financeira ali acolhidos ou reforçados. A observação empírica sobre a dinâmica das relações intergovernamentais organizada em torno de cada um dos instrumentos analisados permitiu compreender a complexa operação

---

25. Sobre os consórcios intermunicipais de saúde, Ribeiro e Moreira (2016) identificaram que essas estratégias podem ser iniciativas exitosas de cooperação local quando diferentes municípios se associam formalmente e se organizam a partir de regras pautadas na solidariedade.



da coordenação, atravessada por divergências e conflitos variados. Dilemas relacionados à coordenação continuaram presentes e se expressaram em dificuldades de afirmação da PPI como instrumento de planejamento regional, no cumprimento das pactuações, bem como no processamento e no monitoramento de metas e indicadores. No que se refere às CIRs, elas encontraram limites expressivos em sua atuação, constringidas pelo quadro de subfinanciamento, pelo peso de interesses territoriais e injunções políticas e pela pressão econômica de atores da cadeia prestadora de serviços.

Se a atuação do governo federal tem sido efetiva na apresentação da agenda e no seu processamento pelas instâncias decisórias, ela perdeu influência durante o processo de implementação. A promoção da integração e da cooperação intergovernamental via instrumentos de coordenação possibilitou convergência nacional quanto a objetivos, prioridades e processo de gestão. A política coordenada também promoveu a redução da competição por recursos financeiros e institucionais, bem como o desenvolvimento de capacidades gerenciais no nível local e regional. Contudo, como revelam os dados da pesquisa, os objetivos que organizavam o Pacto pela Saúde – estruturar a regionalização com estabelecimento de responsabilidades para a gestão e prioridades sanitárias nacionais – mantiveram-se constringidos pela limitação da base de financiamento do SUS, pela fraqueza dos instrumentos de planejamento e pela insuficiência do sistema de acompanhamento e monitoramento dos indicadores e metas.

Por sua vez, a desigualdade entre os entes impactou diretamente os arranjos descentralizadores e a efetividade dos instrumentos de promoção de cooperação. A desigualdade advinda da distribuição desproporcional de recursos e capacidades instaladas para a provisão de serviços interferiu no comportamento dos entes e em sua propensão à cooperação no processo de implementação. Nesse quadro, a coordenação das regiões de saúde manteve-se como um gargalo na implementação do SUS, reduzindo, mas não superando, as fortes tensões que marcam as relações de interdependência e compartilhamento de recursos entre entes federados na oferta dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, a tímida ação do ente estadual no gerenciamento de recursos e na promoção da coordenação intraestadual ficou evidenciada nos dados da pesquisa. Operando com fraca intensidade as funções de coordenação vertical, os estados continuaram gerenciando redes próprias de serviços, disputando recursos com os municípios e resistindo à padronização da coordenação federal, sendo a sua atuação um grande entrave à regionalização no SUS. As estratégias de esquivamento continuaram, assim, presentes, em que pese atingirem de forma diversa os distintos instrumentos de coordenação intergovernamental instituídos pelo Pacto pela Saúde.

## REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.

\_\_\_\_\_. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, jun. 2004.

\_\_\_\_\_. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

ASSIS, E. *et al.* Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, p. 17-21, mar. 2009.

BORDIN, D.; FADEL, C. B. Pacto pela Saúde no Brasil: uma análise descritiva da progressão dos indicadores de saúde bucal. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 41, n. 5, p. 305-311, out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**, Brasília, 23 fev. 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 698, de 30 de março de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 mar. 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 mar. 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.097, de 22 de maio de 2006. Define que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 maio 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília: MS, 2006e. (Série Pactos pela Saúde, v. 5).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jan. 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 91, de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 jan. 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.691, de 19 de outubro de 2007. Regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros federais referentes ao incentivo para apoiar as ações de regionalização no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 out. 2007c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 fev. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 48, de 12 de janeiro de 2009. Mantém, para o ano de 2009, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos no anexo da Portaria nº 325/2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jan. 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 nov. 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.840, de 7 de dezembro de 2010. Inclui a saúde bucal no monitoramento e na avaliação do Pacto pela Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 dez. 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pactuação unificada de indicadores**: avaliação 2007. Brasília: MS, 2010b. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 11).

\_\_\_\_\_. 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**, Brasília, 29 jun. 2011a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta os arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 ago. 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº 4, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap). **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jul. 2012.

CARNEIRO, T. S. G. *et al.* O Pacto pela Saúde na prática cotidiana da atenção primária à saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 429-439, set. 2014.

DOURADO, D.; DALLARI, S.; ELIAS, P. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização no Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 12, p. 10-34, 2012.

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

FARIA, T. L. M. *et al.* A política nacional de urgência e emergência sob a coordenação federativa em municípios paraenses. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 726-737, set. 2017.

FRANZESE, C.; ABRUCIO, F. L. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: o caso dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. *In*: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. (Orgs.). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013.

GOMES, S. Políticas nacionais e implementação subnacional: uma revisão da descentralização pós-Fundef. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 3, p. 659-690, 2009.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, jul./ago. 2005.

HARADA, J.; FURTADO, L. Experiência exitosa da regionalização e da implantação da equipe matricial de apoio. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 100-112, maio 2009.

IANNI, A. *et al.* **Metrópole e região**: dilemas da pactuação da saúde – o caso da região metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 925-934, maio 2012.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais**: – acompanhamento e análise n. 19. Brasília: Ipea, 2011.

\_\_\_\_\_. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise n. 21. Brasília: Ipea, 2013.

\_\_\_\_\_. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise n. 24. Brasília: Ipea, 2016.

LIMA, L. 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. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea, 2013. p. 73-139. v. 3.

LIMA, L. *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, jul. 2012.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W.; LIMA, L. L. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2367-2382, ago. 2010.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 24, n. 71, p. 105-119, out. 2009.

MARTINELLI, N. L.; VIANA, A. L.; SCATENA, J. H. O Pacto pela Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 76-90, dez. 2015.

MAYERNYIK, M.; MARIN, J. Os ‘Sísifos’ da gestão: desafios que dificultam a efetiva (ação) da descentralização e da regionalização da saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 5, p. 2326-2342, 2014. (Edição especial).

MENICUCCI, T.; COSTA, L.; MACHADO, J. A. Pacto pela Saúde: aproximações e colisões na arena federativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 29-40, jan. 2018.

MENICUCCI, T.; MARQUES, A. Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 59, p. 823-865, 2016.

MENICUCCI, T.; MARQUES, A.; SILVEIRA, G. O desempenho dos municípios no Pacto pela Saúde no âmbito das relações federativas do Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 348-366, jun. 2017.

OUVERNEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O Coap e a regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, abr. 2017.

PIOLA, S. F. *et al.* **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. Brasília: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1846).

PIOLA, S. F.; FRANÇA, J. R. M.; NUNES, A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 411-422, fev. 2016.

PREUSS, L.; NOGUEIRA, V. O Pacto pela Saúde nas cidades-gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 320-32, ago./dez. 2012.

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, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, abr. 2017.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramadas locais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1106-1116, dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1383-1396, dez. 2014.

SILVA, V. A. Federalismo e articulação de competências no Brasil. *In*: PETERS, G.; PIERRE, J. (Orgs.). **Administração pública**: coletânea. Brasília: ENAP, 2010.

SOUSA, A. A. *et al.* O pacto pela saúde e os desafios para a implementação política de gestão estratégica e participativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 46-61, maio 2009.

SOUZA, C. **Coordenação de políticas públicas**. Brasília: Enap, 2018.

SOUZA, M. K. B.; TEIXEIRA, C. F. Implementação do Pacto de Gestão do SUS: o caso de um município baiano, 2007-2010. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 4, p. 951-968, out./dez. 2012.

VAZQUEZ, D. Mecanismos institucionais de regulação federal e seus resultados nas políticas de educação e saúde. **Dados**, v. 57, n. 4, p. 969-1005, dez. 2014.

VIANNA, R.; LIMA, L. Colegiados de gestão regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1025-1049, dez. 2013.

#### BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

PAIVA, A. B.; GONZALEZ, R. H. S.; LEANDRO, J. G. Coordenação federativa e financiamento da política de saúde: mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 55-81, out. 2017.

JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S. **Federalismo, integralidade e autonomia no SUS**: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2399).