

Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa

Health pact: approaches and collisions in the federal arena

Telma Maria Gonçalves Menicucci¹

Luciana Assis Costa²

José Ângelo Machado³

Abstract *This article analyzes the institutional construction process of the Health Pact, consolidated in 2006 and that expresses an incremental evolution of the regulatory framework of federative relationships in Brazilian National Health System. Even considering that such process has developed in a federative parity arena (CIT) it is assumed the general hypothesis of Brazilian literature about federalism that suggests the Federal Government dominant role in the formulation of social policies. Using an institutionalist approach, focusing on the relationship between Federalism and Public Policy it was done a qualitative study starting from semi-structured interviews with managers and consultants who participated in the process and analyzing the minutes of meetings from CIT between 2004-2012. The results indicate: the federal government held the formulation initiative, but there was reasonable influence of sub national governments; the long discussions period reflected a high degree of dissent between the federated entities; as a result, the question of financing was transferred to a political commitment for expansion of funding sources to be assumed by the three spheres of government; the Health Pact did not change the dynamics federative relations regarding the frame of regional health care networks.*

Key words *Health policy, Federalism, Public policy*

Resumo *O artigo analisa o processo de construção institucional do Pacto pela Saúde consolidado em 2006, e que expressa uma evolução incremental do arcabouço regulatório das relações federativas no SUS. Ainda que considerando que tal processo se desenvolveu de forma privilegiada, numa arena federativa paritária – a CIT –, assume-se a hipótese geral da literatura brasileira sobre federalismo que sugere um papel dominante da União na formulação das políticas sociais. Utilizando a abordagem institucionalista, com foco na relação entre federalismo e políticas públicas, realizou-se um estudo qualitativo a partir de entrevistas com gestores e consultores que participaram do processo, e análise das atas de reuniões da CIT (2004-2012). Os resultados apontam: a União foi detentora da iniciativa de formulação, mas houve razoável influência dos governos subnacionais; o longo período de discussões refletiu alto grau de dissenso entre os entes federados; na ausência de consenso, a questão do financiamento foi transferida para um compromisso político pela ampliação das fontes de financiamento a ser assumido pelas três esferas de governo; o Pacto não modificou a dinâmica das relações federativas quanto à conformação das redes regionais de atenção à saúde.*

Palavras-chave *Política de saúde, Federalismo, Política pública*

¹ Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Antonio Carlos 6627, Campus Pampulha. 31270-901 Belo Horizonte MG Brasil. telmenicucci@fafich.ufmg.br

² Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG. Belo Horizonte MG Brasil.

³ Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFMG. Belo Horizonte MG Brasil.

Introdução

O Brasil possui um dos sistemas de saúde mais descentralizados do mundo, tendo os municípios assumido papel central na implementação da política e na provisão de serviços de saúde. Entretanto, além das diferenças regionais e locais entre necessidades de saúde, as diferenças em termos de disponibilidade de recursos e capacidade de prestação de serviços se somaram ao subfinanciamento do setor, produzindo desequilíbrios territoriais e desafios significativos para a gestão do sistema. A organização da atenção à saúde é especialmente sensível a estes aspectos, uma vez que depende da montagem de uma rede de serviços diversificada e distribuída em diferentes níveis de complexidade, territorialmente dispersa e atuando em escalas variadas em função do grau de complexidade e da demanda.

Há ainda que considerar o contexto federativo sob o qual é constituída a rede de serviços, para além da descentralização. A gestão nesse contexto coloca a necessidade de combinar autonomia dos entes federados e coordenação entre os mesmos, de forma a garantir, independentemente da localização territorial de residência, acesso de todos e a todos os níveis de complexidade assistencial. Trata-se de compatibilizar recursos e serviços sob a responsabilidade de gestores diversos, integrando-os sob critérios e fluxos previamente ajustados.

Ao longo das duas últimas décadas, o arranjo institucional do SUS foi modificado a fim de aperfeiçoar tal integração, sendo relevante mencionar a Norma Operacional Básica 01/1996, a Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002 e o *Pacto Pela Saúde*¹. Este último expressa uma evolução incremental frente às normas antecedentes, ao mesmo tempo em que traz mudanças qualitativas importantes que, na sua concepção, visavam promover “inovações nos processos e instrumentos de gestão” e “redefinir responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades da população e na busca da equidade social”¹.

O aperfeiçoamento e definição das responsabilidades sanitárias e de gestão foram concebidos sob os três componentes que compunham o Pacto pela Saúde: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O *Pacto pela Vida* consistiu no compromisso entre gestores do SUS em torno de prioridades de impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. O *Pacto em defesa do SUS* envolveu ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de

Estado. O *Pacto de Gestão do SUS* trouxe alterações nas regras anteriores com vistas a reforçar a estratégia da regionalização, contribuindo para o fortalecimento da denominada *gestão compartilhada e solidária do SUS*¹.

O objetivo deste estudo foi analisar o processo de construção institucional do Pacto pela Saúde, consolidado no ano de 2006, entendido como a produção de acordos sobre as regras definidoras de responsabilidades e recursos à disposição dos entes vinculados a cada esfera de governo na gestão das redes de atenção à saúde. Ainda que considerando que tal processo se desenvolveu, de forma privilegiada, numa arena federativa paritária – a CIT ou Comissão Intergestores Tripartite – a literatura brasileira sobre federalismo tem sugerido um papel preponderante da União na formulação e coordenação de políticas sociais, ponto que tomamos aqui como hipótese geral. Diferente de estudos anteriores que enfatizaram aspectos relativos à implementação² ou resultados³, o presente trabalho se volta para elucidar as tensões e convergências entre esferas de governo no processo de construção institucional do Pacto pela Saúde.

A política de saúde no Brasil oferece campo fértil para a reflexão sobre as condições e possibilidades de solução dos dilemas federativos, motivo pelo qual iniciamos este trabalho pela caracterização da distribuição de autoridade política vertical entre os três níveis de governo na configuração institucional que emergiu da Constituição Federal de 1988. Em seguida, é descrita a metodologia do trabalho e seus resultados, seguida da discussão e conclusão.

Dilemas federativos e relações federativas no SUS

A despeito de divergências conceituais, o ponto comum entre as diversas definições sobre federalismo é que o mesmo organiza o Estado em dois ou mais níveis de governo, que têm autoridade formal sobre o mesmo espaço territorial e cidadãos⁴. Ao garantir, constitucionalmente, espaços de atuação própria a cada instância de governo, seria de se esperar que promovesse algum nível de dispersão de poderes. Ele envolveria um pacto que supõe, ao mesmo tempo, cooperação e reciprocidade entre os entes federados, bem como a cessão parcial de autonomia das partes constituintes a fim de obter um bem coletivo comum⁵⁻⁷. Tanto as formas e conteúdo do espaço compartilhado entre entes federados quanto seu grau de autonomia variam significativamente

entre diferentes federações. Mas tal compartilhamento requer a solução de problemas da coordenação entre níveis de governo, eventualmente sob constrangimentos constitucionais e legais e sob instrumentos de regulação manejados pelo nível nacional no sentido de induzir cooperação, porém sem ferir a autonomia e os direitos dos governos subnacionais⁵. Seja como for, a cooperação dos entes federados para a realização de objetivos coletivos dependerá de incentivos institucionais, mas também da natureza dos problemas que se apresentam nas diferentes áreas governamentais.

De sua parte, o federalismo brasileiro incorporou atributos que sugerem alto grau de descentralização política, fiscal e de competências, particularmente para a execução das políticas sociais pelos municípios. Mas, ao conferir ampla autoridade legislativa à União e limitadas oportunidades de veto aos governos subnacionais⁸, a Constituição brasileira permitiu à primeira exercer poderosa influência sobre a formação da agenda e a formulação das políticas sociais. Para tanto, atuou decisivamente na formatação de legislação específica para cada área governamental, assim como passou a exercer uma regulação federal sobre o modo de execução das políticas descentralizadas. Ao concentrar maior volume de arrecadação de receitas, a União se valeu, ainda, de transferências condicionadas para governos subnacionais como incentivo para seu alinhamento às prioridades da agenda federal⁸. Tal alinhamento viabilizou a superação dos problemas de coordenação e a construção de padrões mais homogêneos de bens e serviços a serem providos sob as políticas públicas⁷.

No caso da política de saúde, a exigência de inter-relação entre os entes federados, dado o elevado nível de externalidades de caráter vertical ou horizontal, produzidas a partir de escolhas dos gestores públicos⁹, é ainda maior que nas outras áreas. Neste sentido, o SUS foi criado sob uma clara concepção de cooperação entre as três esferas de governo¹⁰, transferindo responsabilidades para governos subnacionais e buscando superar relações competitivas e predatórias, tanto entre entes da mesma esfera de governo quanto de esferas distintas. A coordenação federativa tem se sustentado por uma combinação de mecanismos, incluindo constrangimentos constitucionais e legais – atribuições estabelecidas na Lei 8.080/90 e 8.142/90, ou obrigações de cada esfera no financiamento nos termos da Emenda Constitucional 29/2000 e Lei Complementar 141/2012 –, bem como transferências condicionadas de re-

ursos para estados e municípios, que ampliaram o papel indutor e regulador do Executivo Federal a partir da edição de Normas Operacionais Básicas¹¹. De outro lado, o recurso às portarias ministeriais tem sido um valioso, senão o principal⁷, instrumento de coordenação das ações nacionais de saúde, estabelecendo um arranjo no qual o Governo Federal ocupa posição central, detendo o poder de agenda e exercendo maior influência sobre processos decisórios que, especialmente por meio da Comissão Intergestores Tripartite, afetaram o formato da cooperação e a destinação dos recursos transferidos, enquanto os municípios se converteram em executores e gestores diretos dos serviços que compõem a atenção à saúde^{3,8,12}.

Neste contexto, a construção de sistemas regionalizados de atenção à saúde foi vista como condição para o alcance da equidade e integralidade do acesso, demandando tratar questões federativas, uma vez que tais redes regionais extrapolariam os limites territoriais dos municípios¹¹⁻¹³. O estabelecimento de pactos de acesso entre municípios, sob a coordenação dos governos estaduais, tornou-se, portanto, a alternativa central para a garantia dos objetivos finalísticos do SUS, independente do município de residência do cidadão, o que passou a requerer um esforço de construção normativa de regras que viessem a regulá-los. O Pacto da Saúde¹, vigente de 2006 a 2011, registra um momento dessa construção.

Metodologia

Para o objetivo de analisar o processo de formulação e implementação do Pacto a partir de atores estratégicos envolvidos, optou-se por um estudo qualitativo a fim de melhor captar as nuances do processo de discussão e negociação entre os mesmos, ainda pouco conhecidas na literatura. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas entre agosto a dezembro de 2013, num total de oito gestores ou consultores na área da saúde que participaram do processo de formulação ou implementação do Pacto pela Saúde, enquanto representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) ou do Ministério da Saúde (MS) – instituições componentes da CIT, objeto do estudo –, conforme relação abaixo. As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise das informações, preservando o anonimato dos entrevistados que,

por razões éticas, serão aqui apresentados apenas segundo numeração estabelecida. Foram complementadas pela análise das atas de reuniões da CIT, realizadas entre 2004 e 2012, tendo sido o critério de seleção das atas a menção ao Pacto pela Saúde ou às dimensões que o compõem, sendo excluídas aquelas nas quais o tema não era mencionado (Quadro 1).

Os conteúdos das entrevistas foram classificados em quatro categorias centrais, eleitas a partir de desenvolvimentos recentes da literatura brasileira sobre federalismo, a fim de orientar o tipo de informação a ser coletada e analisada: o papel de *first mover*; o controle sobre a agenda de discussão; a influência na formulação ou desenho; e no processo de implementação do Pacto. A discussão se beneficiou de categorias da abordagem institucionalista aplicadas à análise de políticas públicas – em especial aquelas relacionadas ao comportamento estratégico dos atores diante da antecipação de efeitos distributivos, entre si, no processo de construção de regras institucionais¹⁴ – apoiadas na discussão sobre o federalismo, a coordenação e a cooperação intergovernamental. As subseções seguintes expressam a evolução do processo de construção institucional do Pacto.

Resultados

Críticas às normas operacionais e delimitação do problema

A discussão de um novo pacto intergovernamental para o compartilhamento da gestão em

saúde entre as três esferas de governo iniciou-se em 2003, na gestão do Ministro Humberto Costa¹⁵ apoiada, sobretudo, na crítica à Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/2002. Dentre os principais argumentos apontados, à época, destacam-se a crítica ao seu desenho excessivamente normativo e rígido, que incluía, por exemplo, o caráter unicêntrico dos módulos assistenciais, menor unidade territorial da região de saúde; e o excessivo detalhamento dos procedimentos para formatação das regiões de saúde nos estados. Mas, somente em agosto de 2004, foi realizada na CIT a 1ª Oficina Tripartite, que marcaria o início das discussões sobre o novo pacto para a regionalização da atenção à saúde, incluindo a revisão de seus instrumentos de planejamento, gestão e regulação¹⁵.

Nesse primeiro momento, o foco recaiu sobre aspectos relacionados à gestão descentralizada, não incluindo metas sanitárias ou compromissos políticos que, mais tarde, compuseram o Pacto. A agenda orientava-se para a formulação do desenho de um novo “Pacto de Gestão”, conforme proposição que circulava entre CONASS, CONASEMS e MS. Era seu objetivo alterar a lógica na articulação das esferas de governo na gestão do sistema, requalificando a descentralização, regionalização e o financiamento, bem como revisando o papel das normas ministeriais na orientação da gestão do SUS, como vinha ocorrendo desde a NOB 01/1993¹⁶.

A crítica mais contundente ao modelo normativo e indutório adotado pelo MS na gestão da política de saúde, com destaque para o caráter técnico-processual e adoção de diretrizes e pro-

Quadro 1. Pessoas entrevistadas no período de agosto a dezembro de 2013.

| Nº | Cargo/função | |
|----|--|--|
| | No momento de elaboração e vigência do Pacto da Saúde | No momento da entrevista |
| 1 | Secretário executivo do CONASS | Coordenador de desenvolvimento institucional do CONASS |
| 2 | Assessora técnica do CONASS | Assessora técnica do CONASS |
| 3 | Presidente do CONASEMS | Consultor do CONASEMS |
| 4 | Diretor do Departamento de Apoio à Descentralização da Secretaria Executiva/MS; Coordenador da CIT | Diretor do Departamento de Articulação Interfederativa SGEF/MS |
| 5 | Secretária municipal de saúde; assessora do CONASSEMS; secretária estadual de saúde | Secretária estadual de saúde |
| 6 | Presidente do CONASSEMS | Secretário de gestão estratégica e participativa do MS |
| 7 | Presidente do CONASS | Deputado Estadual |
| 8 | Secretário Executivo do Ministério da Saúde | Professor da UNICAMP |

cedimentos excessivamente detalhados que desconsideravam as particularidades e iniquidades regionais, vinha do CONASEMS. Do seu ponto de vista, a partir de 2003, foram intensificados os questionamentos dos secretários municipais de saúde sobre o engessamento da gestão municipal, a partir das restrições produzidas por normas federais, somadas ao avanço tímido do processo de regionalização. Tal avaliação era compartilhada pelo CONASS, que criticava a adesão cartorial ao processo de regionalização sob as normas vigentes, com pouca ênfase na “solidariedade compartilhada entre os três entes federativos” na gestão do território¹⁷. A chamada “regionalização solidária”, então defendida, não seria, nestes termos, a negação da municipalização, mas sua superação sob as novas condições.

As críticas do CONASS e do CONASEMS focavam outros aspectos, embora relacionados. Para o primeiro, a dificuldade de articulação das redes regionais decorreria de dois fatores: a forma de municipalização da gestão da saúde, que fragmentou muito o sistema sob a indução do MS, por meio de repasses financeiros; e a herança do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, cuja rede hospitalar nunca se integrou, de fato, às redes de atenção básica (Entrevistados 1 e 2).

Para o CONASEMS, a persistência de obstáculos estruturais e conjunturais teria feito com que a descentralização se constituísse em algo perverso para os municípios, em razão das grandes amarras burocráticas que dificultavam a gestão do trabalho, dos processos de compras, da contratação de serviços e da realização de investimentos. Essa situação entraria em conflito com a solidariedade e com a integralidade, fazendo de um instrumento como a Programação Pactuada e Integrada – PPI - um mero espaço declarativo, sem clara responsabilidade sanitária (Entrevistado 3).

Em síntese, as representações nacionais de estados e municípios defendiam a desburocratização dos processos normativos, a superação da escassez crônica de recursos, a definição das responsabilidades sanitárias e a reversão das iniquidades de acesso entre municípios e regiões. Um ponto fundamental para o novo Pacto seria a superação da gestão por habilitação em favor de uma proposta de pactuação de compromissos sanitários e financiamento solidário entre as esferas de governo. Entendia-se, cada vez mais, que os conflitos na organização dos sistemas regionais de saúde previstos na NOAS não se restringiam apenas à fase de formulação, mas persistiam nas dificuldades para promover a articulação entre os

entes federativos, implantar instrumentos de cooperação e estabelecer regiões de saúde¹⁷.

O Pacto como solução

A formulação das bases para o Pacto de Gestão foi marcada por dissensos entre CONASS, CONASEMS e MS, especialmente quanto aos aspectos da gestão e regulação do sistema de saúde¹⁶.

Da parte do MS, parte do seu quadro de dirigentes resistia à mudança na forma de habilitação dos municípios para o modelo de compromisso pactuado, o que restringiria seu peso na gestão da política. Predominava a ideia de ajustar e aprofundar a implantação da NOAS, implementando e fortalecendo as instâncias deliberativas regionais¹. Um dos dirigentes do CONASS lembrou que no processo de discussão *havia pessoas que achavam que o texto da NOAS era melhor do que estava sendo construído*¹⁷, o que aponta para o alto grau de divergência entre os atores em negociação e para o longo tempo de gestação, ainda por vir, até o Pacto de Gestão. Ainda sobre a posição do MS, segundo um dos depoimentos (Entrevistado 3), a resistência ao Pacto de Gestão ocorria especialmente na Secretaria de Atenção à Saúde, exposta à perda de poder com o novo Pacto. Ademais, com uma estrutura grande e fragmentada, o MS estava propenso a dissensos e disputas internas, o que o expunha a dificuldades de unificação de discurso.

Entre CONASS e CONASEMS, as principais divergências diziam respeito à responsabilidade sanitária e à regionalização. Em relação à primeira, o CONASEMS mantinha a defesa do comando único sobre os prestadores de serviços, submetidos a um único gestor, enquanto o CONASS entendia que isto dificultava o protagonismo das secretarias estaduais de saúde (Entrevistados 1, 2 e 3). O segundo ponto referia-se ao “financiamento solidário”, que visava atender às necessidades de uma região de saúde, algo que nunca avançou (Entrevistado 3), dado a “falta de clareza e viabilidade na sua forma de efetivação”. O CONASEMS entendia que, para o financiamento da atenção básica, deveria haver uma participação do Ministério da Saúde com 50% do total dos recursos, 25% do estado e 25% dos municípios. Havia, ainda, a proposta de constituir *fundos regionais de saúde*, além dos colegiados regionais de gestão, mas sem consenso quanto a quem seria o gestor do fundo regional: para o CONASS, os estados deveriam assumir esta função, por meio de suas estruturas regionais; o CONASEMS formulou contraproposta baseada na experiência italiana,

segundo a qual o colegiado regional poderia indicar o secretário ou gestor do fundo regional por consenso, atribuindo poder de veto aos estados.

Ainda quanto à participação na formação das receitas da saúde, CONASS e CONASEMS tinham como alvo o MS, apontando a falta de recursos federais como empecilho futuro à implantação efetiva do Pacto de Gestão. Por outro lado, técnicos do MS alegavam que os recursos já estavam colocados federativamente e o Pacto pela Saúde constituiria uma tecnologia impulsionadora de uma nova forma de gestão e para construir alternativas para melhor utilização dos mesmos. O impasse financeiro se estendeu até a formatação final da proposta de Pacto, podendo explicar, em grande medida, o surgimento do componente “Pacto em Defesa do SUS”. Este último, facilmente obteve consenso, diferentemente dos Pactos pela Vida e de Gestão. Segundo um dos depoimentos, o Pacto em Defesa do SUS era *um componente ideológico do processo, a força motriz do diálogo com a sociedade, diálogo com controle social, luta pelo financiamento; não era algo a ser formalizado, mas um movimento em defesa do Sistema Único de Saúde* (Entrevistado 4). Os impasses e conflitos pertinentes ao financiamento, colocando de um lado CONASEMS e CONASS e, de outro, MS, foram mitigados pela construção da coesão interna (“em Defesa do SUS”) em favor da ampliação das fontes de financiamento (“regulamentação da Emenda Constitucional 29/2000”), o que pode ter contribuído para a conclusão das negociações.

Outra questão conflitante refere-se à flexibilização da alocação dos recursos transferidos de forma condicionada para os municípios, o que levou, mais tarde, ao agrupamento dos mais de 100 mecanismos de transferência para programas específicos em cinco blocos de financiamento. Cabe mencionar, ainda, a reivindicação do CONASEMS pela criação de uma “comissão corregedora tripartite”, com finalidade de evitar “abusos” do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) na fiscalização da atuação dos gestores municipais, também atendida.

Destravados os pontos mais controversos na negociação, em 2005 o Ministro da Saúde apresentou, em plenária da CIT¹⁷ a alteração de nome e escopo: o Pacto era, agora, composto por três dimensões: o Pacto de Gestão; o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto pela Vida, este último com a definição de prioridades a serem pactuadas e assumidas pelas três esferas de governo, como compromissos em torno de grandes metas nacionais para o SUS¹⁸. De certa forma, a mudança

de nome realçou a dimensão política inerente à proposta de pactuação, especialmente quanto à garantia de recursos financeiros referenciados na Emenda 29/2000, bem como pela inclusão de compromissos sanitários. O Pacto pela Saúde foi finalmente assinado pelo Ministro da Saúde e pelos presidentes do CONASS e CONASEMS em 2006, sendo publicado pela Portaria GM nº 399/2006¹.

O instrumento para formalização dos compromissos entre gestores, definindo metas do Pacto pela Vida e do Pacto pela Gestão do SUS, seria o Termo de Compromisso de Gestão. Extinguiam-se as formas de habilitação estabelecidas na NOB, e modificadas na NOAS, que davam ao MS um controle vertical sobre o *status* de estados e municípios no âmbito do SUS, por meio da verificação de critérios que os qualificasse. Da parte do CONASS, houve resistência a que os Termos de Compromisso de Gestão fossem assinados pelas três esferas de governo, atrasando a assinatura do primeiro deles. Da parte dos municípios:

O difícil foi convencer os gestores que eles poderiam assumir que não realizavam tais ações de saúde, e não realizar não significava ser frágil, mas sim não ter naquele momento condição para tal. O termo de compromisso de gestão, instrumento concebido para o pacto de gestão, era uma declaração pública da condição gestora na perspectiva de avaliar a real condição em que se encontrava o município e planejar para superar tais limitações (Entrevistado 4)

Entre 2006 e 2012, o Pacto pela Saúde foi objeto de apreciação nas reuniões da CIT, numa perspectiva de monitoramento e avaliação do processo de adesão por parte dos estados e municípios, bem como em outros aspectos de sua implementação, tal como destacado na próxima subseção.

Desafios na implementação

A partir de 2007, os registros das reuniões da CIT expõem avaliações sobre o andamento da implementação do Pacto pela saúde em nível nacional^{13,19,20}. A Tabela 1 retrata o processo de adesão entre os anos de 2006 e 2012.

Na análise da série histórica, chama a atenção de que 82,5 % dos municípios aderiram ao Pacto ao longo do período. De forma geral, não houve adesão imediata dos estados e municípios, já que em 2006 apenas 1,4% dos municípios o haviam feito. No início, “os estados ficaram com um pé atrás, o que resultou em um equívoco, quando os municípios passaram a celebrar os Pactos sozi-

Tabela 1. Adesões municipais ao Pacto pela Saúde. Brasil, 2006 a abril de 2012.

| UF | Ano de adesão ao Pacto | | | | | | | Total | Municípios da UF | % Adesão |
|-----------------|------------------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|------------------|--------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | | | |
| AC | 0 | 1 | 2 | 1 | 5 | 2 | 0 | 11 | 22 | 50,00 |
| AM | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 4 | 62 | 6,45 |
| AP | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 6 | 16 | 37,50 |
| PA | 0 | 0 | 0 | 0 | 131 | 3 | 0 | 134 | 143 | 93,71 |
| RO | 0 | 0 | 33 | 10 | 9 | 0 | 0 | 52 | 52 | 100,00 |
| RR | 0 | 1 | 5 | 2 | 1 | 0 | 0 | 9 | 15 | 60,00 |
| TO | 0 | 39 | 0 | 9 | 19 | 11 | 6 | 84 | 139 | 60,43 |
| Norte | 0 | 41 | 41 | 22 | 173 | 17 | 6 | 300 | 449 | 66,82 |
| AL | 0 | 25 | 18 | 17 | 31 | 7 | 4 | 102 | 102 | 100,00 |
| BA | 1 | 14 | 21 | 54 | 152 | 24 | 22 | 288 | 417 | 69,06 |
| CE | 56 | 111 | 8 | 6 | 3 | 0 | 0 | 184 | 184 | 100,00 |
| MA | 1 | 5 | 82 | 11 | 26 | 23 | 6 | 154 | 217 | 70,97 |
| PB | 0 | 1 | 3 | 67 | 69 | 40 | 6 | 186 | 223 | 83,41 |
| PE | 2 | 2 | 5 | 1 | 97 | 30 | 20 | 157 | 184 | 85,33 |
| PI | 0 | 0 | 0 | 3 | 21 | 35 | 0 | 59 | 224 | 26,34 |
| RN | 0 | 19 | 125 | 20 | 3 | 0 | 0 | 167 | 167 | 100,00 |
| SE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 75 | 0 | 75 | 75 | 100,00 |
| Nordeste | 60 | 177 | 262 | 179 | 402 | 234 | 58 | 1.372 | 1.793 | 76,52 |
| ES | 0 | 1 | 38 | 16 | 16 | 0 | 0 | 71 | 78 | 91,03 |
| MG | 0 | 622 | 166 | 9 | 10 | 21 | 13 | 841 | 853 | 98,59 |
| RJ | 0 | 18 | 7 | 13 | 10 | 2 | 4 | 54 | 92 | 58,70 |
| SP | 3 | 519 | 121 | 1 | 0 | 1 | 0 | 645 | 645 | 100,00 |
| Sudeste | 3 | 1.160 | 332 | 39 | 36 | 24 | 17 | 1.611 | 1.668 | 96,58 |
| PR | 0 | 296 | 93 | 10 | 0 | 0 | 0 | 399 | 399 | 100,00 |
| RS | 0 | 0 | 0 | 1 | 40 | 90 | 24 | 155 | 496 | 31,25 |
| SC | 0 | 1 | 97 | 59 | 136 | 0 | 0 | 293 | 293 | 100,00 |
| Sul | 0 | 297 | 190 | 70 | 176 | 90 | 24 | 847 | 1.188 | 71,30 |
| DF | NSA | NSA | NSA | NSA | NSA | NSA | NSA | NSA | NSA | NSA |
| GO | 0 | 10 | 63 | 43 | 102 | 28 | 0 | 246 | 246 | 100,00 |
| MS | 0 | 78 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 78 | 78 | 100,00 |
| MT | 0 | 1 | 75 | 25 | 28 | 1 | 5 | 135 | 141 | 95,74 |
| C. Oeste | 0 | 89 | 138 | 68 | 130 | 29 | 5 | 459 | 465 | 98,71 |
| Brasil | 63 | 1.764 | 963 | 378 | 917 | 394 | 110 | 4.589 | 5.563 | 82,49 |

Fonte: ST-CIT/SGEP/MS.

nhos” (Entrevistado 5). Segundo este informante, alguns municípios e estados se incorporaram ao Pacto de forma burocrática, apenas assinando o Termo de Compromisso de Gestão.

Nos seis anos de vigência do Pacto verificam-se ritmos distintos no movimento de adesão, com dois períodos de maior apoio dos estados e municípios à proposta: 2007/2008 e 2010. Do total de municípios que aderiram ao Pacto, 60% o fizeram nos anos 2007/2008, o que pode ter sido motivado pela regulamentação de transferência de recursos financeiros federais para apoiar as ações de regionalização. Previa-se um repasse,

fundo a fundo, no valor de R\$ 20 mil para os Colegiados de Gestão Regional – CGR, mediante a homologação dos Termos de Compromisso de Gestão. Em 2009, houve desaceleração no processo, com adesão de apenas 8% dos municípios. Uma das possíveis justificativas seriam as mudanças de gestão das administrações municipais decorrentes dos resultados eleitorais²¹. Em 2010, outros 917 municípios aderiram ao Pacto, representando 20% do total de adesão.

Do ponto de vista do financiamento dos procedimentos de média e alta complexidade e de outros componentes para a construção das redes

regionalizadas de atenção não houve mudanças significativas. Na visão de um dos depoentes, nesta época, “o Pacto propunha um financiamento solidário que não aconteceu” e, nem o aumento de gastos estaduais com o SUS, nem os adicionais de recursos decorrentes da Emenda 29/2000 foram revertidos no avanço da regionalização (Entrevistado 5). O subfinanciamento se manteve, sendo denunciado pelo CONASS e CONASEMS, que apontaram o descompasso entre metas propostas pelo Pacto e a disponibilidade orçamentária para saúde.

Ainda em 2009, as prioridades e objetivos do Pacto pela Vida foram retomados com fins de revisão dos indicadores de monitoramento e avaliação e das orientações, prazos e diretrizes para pactuação. De acordo com dois depoimentos, havia grande pressão para ampliação do número de indicadores, uma vez que todas as áreas do Ministério queriam “se enxergar nos indicadores” (Entrevistados 1 e 2). Isto explicaria a presença de expressivo número de indicadores (então 54), alguns universais ao lado de outros específicos, como os de saúde indígena e para agravos de prevalência regional. O Pacto teria deixado a finalidade de construir uma rede, um sistema, passando a priorizar o impacto dos indicadores e a preocupação com as metas”, particularmente no Pacto pela Vida (Entrevistado 4).

Sobre as metas e indicadores chamam atenção dois aspectos. Primeiro, o caráter declaratório dos registros que informavam o cumprimento ou não das metas. O outro, a falta de consequências claras pelo não cumprimento das metas pelos entes federados. Da parte do MS, por sua vez, não havia uma preocupação de avaliar a correção dos dados informados; e o descumprimento de metas deveria ser justificado nos relatórios de gestão dos entes federados e alguns programas federais, posteriormente, colocaram “algum incentivo para os resultados” (Entrevistado 4).

No processo de implementação do Pacto pela Saúde, registrou-se significativa redução nos diálogos e discussões no âmbito da CIT. Segundo um dos depoentes (Entrevistado 2), o MS “posicionou-se de forma autocrática, alterando a natureza do fórum tripartite, de caráter político-institucional, para uma atuação mais administrativa”. De um espaço mais democrático e político de construção coletiva, na visão deste ator, a CIT tornou-se um espaço mais burocrático e de debate sobre políticas fragmentadas, ao contrário de um espaço para discutir temas estruturantes do sistema²¹.

Outro problema, convergente com esta avaliação, refere-se à falta de articulação entre os

mecanismos de gestão e os planos municipais e estaduais de saúde. De acordo com outro depoimento:

Se por um lado o TCG tinha o intuito de explicitar a real condição de gestão dos estados e municípios, ele não foi integrado a um instrumento fundamental que era o plano municipal e estadual de saúde... mantém-se um grande número de instrumentos que não dialogam. Hoje, para minimizar esses problemas, estão integrando as diretrizes do plano nacional às diretrizes do contrato (Entrevistado 4).

Em suma, houve convergência entre entrevistados quanto ao não avanço da regionalização sob o Pacto pela Saúde, especialmente quanto ao incremento da “governança regional”, entendida como processo de negociação, cooperação e decisão entre os entes federados autônomos num espaço territorial específico.

As críticas ao Pacto pela Saúde e o nascedouro do COAP

Na visão de um dos idealizadores do Pacto, a ideia inicial era menos focada na gestão de metas e mais na articulação das regiões de saúde a partir de planejamento e investimento na formação das redes de atenção, mas este objetivo teria se perdido ao longo do tempo (Entrevistado 5). A aposta original era de que o “cimento” desta organização regional fosse moldado a partir de dois componentes essenciais: compartilhamento e solidariedade intergestores, e não pela força da lei, como se apresenta posteriormente com a proposta do Decreto 7.508/2011 que instituiu o COAP.

A despeito dos avanços registrados, como a constituição dos colegiados regionais e a melhor delimitação das regiões de saúde, os objetivos essenciais do Pacto pela Saúde, particularmente do componente de Gestão, não foram alcançados. Esta foi a visão de vários entrevistados, para os quais não houve superação de pontos de estrangulamento do SUS, ou “dificuldades estruturais”, como a questão do sub financiamento e da contratação de pessoal. Especificamente em relação ao Pacto em Defesa do SUS, um dos entrevistados assim descreveu as razões do seu fracasso:

O Pacto em Defesa do SUS tinha em essência dois grandes objetivos: o primeiro, fazer um processo de inserção da sociedade civil na política de saúde, o que não foi incorporado até o momento. O Plano de saúde permanece como sonho de consumo da classe média brasileira. O outro era o financiamento que tinha a meta, ainda não atingida, de ter 6 a 7% do PIB com gastos com saúde (Entrevistado 7).

Outro obstáculo teria sido a descontinuidade das gestões governamentais, dificultando o acúmulo necessário para os processos de mudança, ocasionando a perda de memória institucional e obrigando à revisão de acordos já firmados previamente. Segundo outro entrevistado:

Setenta por cento dos secretários municipais no Brasil, em janeiro de 2013, eram novos gestores, nunca haviam sido secretários de saúde [...] Assessores municipais com níveis elementares, não sabem o que é uma lei, não conhecem o sistema. Como uma máquina tão complexa, que carece de decisões tão rápidas, pode se dar ao luxo de mudar para começar tudo do zero? Isto afeta o Ministério com menos peso porque o MS tem ciclos um pouco mais longos de permanência de pessoas, especialmente quando se consegue manter governos por mais tempo (Entrevistado 4).

Em 2012 as homologações dos Termos de Compromissos foram substituídas pela assinatura dos Contratos de Ação Pública – COAP²², instrumento para formalização jurídica das responsabilidades dos entes federados, na intenção de que o sistema jurídico-legal operasse garantias de cumprimento dos pactos firmados. “A ideia era que o COAP viesse substituir o Pacto pela Saúde, com uma metodologia permanente de integração intergovernamental, que reduziria a fragmentação da gestão de saúde” (Entrevistado 4). No final do Governo Lula, sob a gestão do Ministro Temporão, foi elaborada minuta do que, apenas mais tarde, já no governo Dilma, veio a se tornar o Decreto 7.508/2011²². Nesse momento, o envolvimento do CONASS e CONASEMS na discussão foi apenas pontual. Ajustes foram processados unilateralmente no MS e Casa Civil e, quando a proposta foi levada à CIT, “já chegou praticamente acabada” (Entrevistado 5). A discussão no âmbito da CIT foi concluída em dois dias e não retornou a este fórum para o fechamento da proposta final, tendo o CONASS e CONASEMS tomado conhecimento da mesma na publicação no Diário Oficial da União.

Tal fato marcou uma mudança importante na forma de condução e coordenação da política de saúde pelo MS com menor participação e diálogo no âmbito da CIT, iniciada na gestão do Ministro Temporão e acentuada na gestão do Ministro Padilha:

O mérito do Pacto é que à medida que ia se construindo ia se legitimando, já o decreto COAP, não que isto seja ilegítimo, teve dificuldade de ser aceito pelo fato de não ter havido participação, não ter sido discutido com os estados e municípios [...]. Quando o CONASS participou da discussão do

COAP, no início do ano, pontuou que não deveria abandonar o Pacto, que tinha de ser uma continuidade, que não podia jogar o Pacto e privilegiar tudo que havia sido construído, a questão da regionalização que havia conseguido implantar, e isto foi respeitado (Entrevistado 5).

O COAP também não incluiu qualquer encaminhamento para o problema do financiamento, não trazendo recursos novos ou mudanças na sistemática de transferência de recursos do SUS. A adesão ao mesmo se deu de forma mais restrita e lenta que ao Pacto, segundo informações prestadas por vários entrevistados.

Discussão

Sob o recorte proposto neste artigo, foram identificados alguns elementos referentes à construção institucional do Pacto pela Saúde ainda não discutidos na literatura específica, embora, sob certos aspectos destacados a seguir, hajam convergências frente à mesma.

Ainda que a literatura que trata do federalismo brasileiro apresente, atualmente, a União como detentora da iniciativa de agenda e formulação de políticas e programas em dimensão nacional, desde meados dos anos 1990, o caso descrito, em parte confirma esta tese, mas também aponta para razoável influência das representações dos governos subnacionais neste processo. O *gap* temporal entre o início da primeira Gestão do Presidente Lula e a primeira reunião para discussão do Pacto, incluindo CONASS e CONASEMS – realizada apenas em agosto de 2004 – sugere que o processo de maturação interna de uma proposta pelo MS não foi simples e que, provavelmente, havia diferentes perspectivas na avaliação da NOAS entre setores do MS. Além disso, o próprio CONASEMS, em março de 2004, já havia apresentado uma plataforma de pontos a serem abordados em eventual revisão da política de regionalização para o SUS. Aparentemente, o ator unitário – MS – tinha muitas divisões internas –, enquanto um ator coletivo difuso como o CONASEMS – representação dos milhares de municípios brasileiros – estava relativamente coeso em torno de uma agenda de discussão, mas, ainda assim, o processo efetivamente só teve início quando o MS se colocou como *first mover* e pautou a discussão na CIT.

Em segundo lugar, depoimentos colhidos e análise das atas testemunham que o longo período de discussões para reformulação do Pacto pela Saúde – entre agosto de 2004 e o início de 2006,

quando foi publicado – refletiu um alto grau de dissenso quanto às mudanças a serem implementadas. O MS teve que ceder no controle sobre a habilitação de estados e municípios que lhes atribuiria diferente *status* quanto ao recebimento de recursos e exercício da autonomia de gestão, bem como cedeu em pontos como a criação da corregedoria tripartite para “controlar” a atuação da Auditoria Nacional do SUS. Estados e municípios divergiram na discussão do comando único e quanto a quem assumiria a gestão de recursos financeiros, caso transferidos para as regiões de saúde. Porém, a evolução da discussão, sob propostas e contrapropostas multilaterais, sugere razoável nível de horizontalização na construção das regras do Pacto pela Saúde, mais que controle unilateral da agenda pelo MS. Entretanto, a absorção de propostas formuladas pelo CONASEMS e pelo CONASS encontrou limites duros, por exemplo, na questão do financiamento. O MS, sem a regulamentação da EC29/2000, diferentemente dos estados e municípios, não se encontrava constrangido, por norma constitucional ou legal, ao ampliar significativamente as receitas que vinha destinando à saúde e não cedeu em ampliar seus níveis de participação nas receitas públicas com saúde.

Em terceiro lugar, o destravamento do impasse quanto ao financiamento – já que nem CONASS e nem o CONASEMS aceitavam um Pacto sem novos recursos federais – parece ser a melhor explicação para a agregação do componente do “Pacto em Defesa do SUS” ao Pacto pela Saúde. Transferia-se, assim, para um compromisso político a ser assumido futuramente pelas três esferas de governo, de lutar pela ampliação das fontes de financiamento via regulamentação da EC 29/2000, a solução do problema que então impedia o prosseguimento do Pacto, deixando em aberto a concretização da “lógica da cooperação financeira”, condição que somada ao planejamento ascendente, poderia levar de fato à correção de desigualdades, atribuindo-lhe sentido e eficácia²³.

Também merece consideração a multiplicação dos indicadores nas metas do Pacto pela Vida, incluindo os de natureza geral ao lado de outros específicos, o que parece ter atendido as expectativas de burocracias específicas do MS, percebendo-se ameaçadas na iminência de não terem suas áreas contempladas com investimentos futuros que pudessem ser direcionados para cumprimento das metas. A ausência de mecanismos de *enforcement* para o cumprimento das metas poderia corresponder, e esta é aqui uma supo-

sição, a uma acomodação diante da inexistência de recursos federais novos e, daí, à uma forma de evitar possíveis tensões que decorreriam de eventuais sanções a estados ou municípios que não atingiram metas. A posição de dar um tratamento mais “ritualístico” aos assuntos do Pacto, por parte do MS, presente nos depoimentos, converge para outras percepções como posições “autocráticas” ou do insulamento do coordenador nacional do SUS, aparentemente ainda mais salientes no processo de formulação do COAP, segundo os depoimentos colhidos.

Por fim, a despeito das adesões formais ao pacto pelos estados e municípios, as avaliações colhidas nas atas da CIT e nos depoimentos dão conta de que o Pacto pela Saúde não teria conseguido modificar a dinâmica das relações federativas na direção pretendida, principalmente quanto à conformação das redes regionais de atenção à saúde que era objetivo do Pacto de Gestão. Estes achados convergem na mesma direção de outros estudos, seja ao apontar a limitações do desenho institucional do Pacto, na indução da cooperação horizontal entre entes governamentais²⁴ ou de suas estratégias e instrumentos para fazer avançar, *per se*, a descentralização e regionalização da saúde nos estados brasileiros², ou a influência sobre o processo de fatores estruturais de âmbito regional - disponibilidade de recursos financeiros, humanos e de capacidade instalada - e fatores políticos-gerenciais relacionados à atuação do nível estadual de governo enquanto indutor e ou coordenador do processo². Um ponto a ser explorado em estudos futuros refere-se à elucidação do impacto que a não agregação de novos recursos federais ou a descontinuidade na gestão governamental, principalmente no MS, teriam produzido sobre a garantia das bases materiais e políticas deste processo.

Conclusão

Embora sob a coordenação do Ministério da Saúde, a construção institucional do Pacto de Gestão sofreu importante influência da esfera estadual e municipal, tendo o elevado grau de dissenso sobre as várias dimensões do Pacto pela Saúde – mesmo internamente à burocracia federal – gerado um estendido e tortuoso processo de negociação, no qual as partes não estiveram indiferentes às implicações que as regras em discussão trariam para o desempenho de suas respectivas funções no Sistema Único de Saúde. Concessões feitas, de parte a parte, entre-

tanto, não parecem ter sido suficientes, segundo as avaliações colhidas neste estudo e a despeito de avanços incrementais, para que o Pacto modificasse a dinâmica das relações federativas na direção previamente anunciada pelas partes ao início do seu processo de construção. Ao tratar especificamente da construção institucional do Pacto e dos desdobramentos do mesmo na arena

de pactuação tripartite, valendo-se da identificação de convergências e contrastes entre visões dos atores envolvidos, e entre estas e documentos mobilizados, este trabalho não mobiliza evidências empíricas no sentido de confirmar ou negar tal proposição. Sua contribuição, entretanto, reforça a necessidade de persistir numa agenda que permita realizar tal intento.

Colaboradores

TMG Menicucci, LA Costa e JA Machado participaram da concepção e realização da pesquisa que deu origem ao artigo, e da redação do mesmo.

Agradecimentos

À Fapemig e ao CNPQ pelo auxílio financeiro. Também aos comentários de Marta Arretche à primeira versão do artigo, apresentada em encontro da Associação Brasileira de Ciência Política e aos pareceristas anônimos cujas sugestões contribuíram para o aprimoramento do artigo.

Referências

1. Brasil. 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 de União* 2006; 22 fev.
2. Lima L, Queiroz L, Machado C, Viana A. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1903-1914
3. Menicucci TMG. *Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: as relações intergovernamentais na regionalização da assistência à saúde*. Belo Horizonte: UFMG; 2013.
4. Souza C. Federalismo: teorias e conceitos revisitados. *BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais* 2008; 65:27-48.
5. Abrúcio FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev. Sociol. Polit.* 2005; 24:41-67.
6. Rodden J. Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas. *Rev. Sociol. Polit.* 2005; 24:9-27.
7. Arretche MTS. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo Perspec* 2004; 18(2):17-26.
8. Arretche MTS. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, Fiocruz; 2012.
9. Oates WE. An Essay on Fiscal Federalism. *JEL* 1999; 37(3):1120-1149.
10. Viana ALD, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Cien Saude Colet* 2002; 7(3):493-507.
11. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):269-291.
12. Menicucci TMG, Marques AMF, Oliveira BR, Fortes FBCT, Moreira LMC, Duarte VC. *Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção*. Belo Horizonte: FJP; 2008.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Resumo Executivo da Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 27 de outubro de 2007*. Brasília: MS; 2007.
14. Scharpf FW. *Games Real Actors Play: actor-centered institutionalism in policy research*. Boulder: Westview Press, 1997.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Resumo Executivo da Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 17 de novembro de 2003*. Brasília: MS; 2003.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Anexo VI Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde: Proposta do Ministério da Saúde para a definição de Compromissos com ações de curso prazo. In: *Resumo Executivo da Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 21 de outubro de 2004*. Brasília: MS; 2004.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Resumo Executivo da Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 18 de março de 2005*. Brasília: MS; 2005.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Resumo Executivo da Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de Janeiro de 2006*. Brasília: MS; 2006.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Resumo Executivo da Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 11 de setembro de 2008*. Brasília: MS; 2008.
20. Lima LD, Queiroz LFN. O processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 1903-1914.
21. Costa LA. *Insulamento burocrático, autonomia do estado e inserção social: um estudo do ministério da saúde na coordenação nacional do SUS* [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
22. Brasil. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 28 jun.
23. Trevisan LN, Junqueira LA. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):893-902.
24. Machado J. Pacto de Gestão na Saúde: Até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 2009; 24(71):105-120.

Artigo apresentado em 11/09/2015

Aprovado em 16/12/2015

Versão final apresentada em 18/12/2015