

**POLÍTICAS PÚBLICAS DESCENTRALIZADAS E
PROBLEMAS DE COORDENAÇÃO: O CASO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

José Angelo Machado

2007

José Angelo Machado

**POLÍTICAS PÚBLICAS DESCENTRALIZADAS E
PROBLEMAS DE COORDENAÇÃO: O CASO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Ciências Humanas pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais

Área de concentração: Ciências Políticas

Orientador: Bruno Pinheiro Wanderley Reis
Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG
2007

Tese de Doutorado defendida e aprovada em ____ de _____ de _____ como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Ciências Humanas pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais

Bruno Pinheiro Wanderley Reis / UFMG
(Orientador)

Carlos Aurélio Pimenta de Faria / PUC-MG

Eduardo Meira Zauli / UFMG

Fernando Luiz Abrucio / FGV-SP

Magna Maria Inácio / UFMG

Aos meus pais e irmãos, ao lado de quem caminhei desde o início,
À Marcela e ao Lucas, que tanto me ensinaram nesses anos,
À Alessandra, por dividir comigo a aventura de viver,

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Bruno Reis, por ter amparado este projeto e pelas portas abertas para minha caminhada na Ciência Política. Ao professor Carlos Aurélio, pelo simpático apoio bibliográfico e pelas possibilidades indicadas. Aos professores Fátima Anastásia e Eduardo Zauli, pelas críticas e ponderações. Aos demais professores e colegas de Doutorado, com quem dividi discussões e ansiedades que muito contaram na elaboração deste trabalho.

À Maria Helena Brandão, que ainda no Ministério da Saúde, me apoiou sem hesitação. Ao Jorge Nahas e Geraldo Tadeu, que nas minhas atividades profissionais posteriores assumiram o ônus da minha liberação para as atividades do Doutorado. Aos colegas da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Nutrição (NESCON / UFMG), do Ministério da Saúde e do SIM – Instituto de Gestão Fiscal, com quem muitas vezes dividi dúvidas que redundaram neste trabalho.

Aos entrevistados “incomodados”, pela sinceridade e pela luz lançada na compreensão dos mecanismos que presidem as interações intergovernamentais sob o Sistema Único de Saúde, concordando ou não com a apropriação que aqui fiz de suas falas e do material que gentilmente me disponibilizaram.

Ao meu pai, companheiro de discussões e idéias, pelas ponderações e sugestões, e a todos familiares e amigos que, de perto ou de longe, me escutaram e me estimularam a prosseguir...

*If the game has only one equilibrium, it is ipso facto the solution. When there are several equilibria, one of which dominates all the others, in the sense of being better for some and worse for none, it is the solution. When the game has several undominated equilibria, we are in trouble. In such cases, there is no obvious way of selecting one equilibrium as being the solution to the game.
(Jon Elster, 1993)*

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	x
LISTA DE QUADROS.....	xi
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	xii
LISTA DE SÍMBOLOS.....	xiv
LISTA DE NOTAÇÕES.....	xvi
LISTA DE ENTREVISTADOS.....	xvii
RESUMO.....	xx
INTRODUÇÃO.....	21
PARTE I – DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO DO SUS E EMERGÊNCIA DE PROBLEMAS DE COORDENAÇÃO	
1. O PARADOXO DO SUS: POLÍTICA NACIONAL COM GESTÃO LOCAL....	29
1.1. A Fragmentação do SUS em vários “sistemas únicos”.....	32
1.1.1.SUS como escolha coletiva de um optimum social.....	33
1.1.2. Fins nacionais e meios locais: um paradoxo?	40
1.1.3. Municipalização autárquica e comportamentos predatórios.....	48
1.2. Efeitos recíprocos entre políticas municipais.....	57
2. INICIATIVAS DE DESFRAGMENTAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	66
2.1. Fragmentação da gestão e irracionalidades.....	67
2.2. Racionalidade econômica e os Consórcios Intermunicipais de Saúde.....	69
2.3. Racionalidade sistêmica e Pactuação Regional.....	82
2.4. Violação de escolhas coletivas centrais: efeito necessário da descentralização?.....	98

PARTE II – PARÂMETROS TEÓRICOS E MODELOS DE ANÁLISE

3. COORDENAÇÃO INTERGOVERNAMENTAL E CONFLITOS DISTRIBUTIVOS EM SISTEMAS DESCENTRALIZADOS.....	105
3.1. Descentralização e maximização do bem estar social.....	107
3.1.1. Processamento das externalidades entre políticas locais.....	113
3.1.1.1. Barganhas livres e voluntárias entre governos locais.....	116
3.1.1.2. Mecanismos de incentivo compatíveis.....	126
3.1.2. Federalismo, coordenação intergovernamental e consistência entre objetivos nacionais e locais.....	138
3.2. Instituições e efeitos distributivos.....	149
3.2.1. Jogos de múltiplos equilíbrios.....	154
3.2.2. Barganhas Assimétricas.....	158
3.3. Recolocando o problema e construindo hipóteses.....	166
4. DEFININDO ACESSO ÓTIMO E GESTÃO LOCAL DA ATENÇÃO À SAÚDE.....	171
4.1. Duas referências preliminares.....	174
4.1.1. Acesso ótimo aos bens públicos de saúde.....	175
4.1.2. Gestão local dos recursos e estrutura de interação.....	183

PARTE III - RESULTADOS

5. CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE.....	195
5.1. Efeitos dos CIS sobre o acesso assistencial no SUS.....	196
5.1.1. Efeitos sobre a universalidade do acesso.....	198
5.1.2. Efeitos sobre a integralidade do acesso.....	209
5.1.3. Efeitos sobre a igualdade do acesso.....	222
5.2. Quebra de optimalidade do acesso como efeito necessário.....	229
5.2.1. Assimetria informacional e risco moral.....	231
5.2.2. Autonomização gerencial.....	236
5.3. Mecanismo.....	239
6. PACTUAÇÃO REGIONAL.....	250
6.1. Efeitos da Pactuação Regional sobre o acesso assistencial no SUS.....	251
6.1.1. Efeitos sobre a universalidade do acesso.....	255
6.1.2. Efeitos sobre a igualdade de acesso.....	263

6.1.3. Efeitos sobre a integralidade do acesso.....	277
6.2. Quebra de optimalidade do acesso e conflito distributivo.....	283
6.2.1.As condições do dissenso intergovernamental.....	284
6.2.2.Aparato Regulatório e <i>enforcement</i>	296
6.3.Mecanismo.....	300

PARTE IV - CONCLUSÃO

7. ÓTIMO SOCIAL E COORDENAÇÃO INTEGOVERNAMENTAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS DESCENTRALIZADAS.....	310
7.1. Ótimo social e problemas de coordenação no SUS.....	316
7.1.1. As esferas estadual e federal.....	329
7.2. Políticas públicas descentralizadas com externalidades e assimetrias: “combinação explosiva?”.....	332
ABSTRACT.....	349
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	350
APÊNDICES.....	363
ANEXOS.....	371

LISTA DE TABELAS

1 – Habilitação de estados e municípios brasileiros pela NOAS 01 / 2002 nos anos de 2002 e 2005.....	93
2 – Categorias de serviços ofertadas pelos CIS em Minas Gerais, 2003.....	212
3 – Distribuição dos Municípios Consorciados, segundo Estados e População Coberta – Brasil, 2000.....	224
4 – Classes de população de acordo com números de municípios consorciados – Brasil, 2000.....	227
5 – Variação entre valores per capita alocados entre grandes regiões geográficas para média e alta complexidade entre fevereiro / 1998 e setembro / 2002 (valores em R\$ 1,00).....	254
6 – Diferença entre teto financeiro alocado pela PPI e produção de Média Complexidade hospitalar e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar por Macrorregião para população própria e referenciada, entre janeiro e dezembro de 2005 (em R\$).....	273
7 - Diferença entre teto financeiro alocado pela PPI e produção por área de Média e Alta Complexidade para população própria e referenciada, entre janeiro e dezembro de 2005, para Minas Gerais.....	281

LISTA DE QUADROS

01 – Dimensões do acesso integral aos serviços públicos de saúde.....	177
02 – Correspondentes do Índice de Desempenho do Estado em sistemas centralizados e descentralizados.....	181
03 – Efeitos sobre a realização dos atributos de acesso assistencial.....	328

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

01 - Organização do setor saúde conforme Lei 6.229 / 1975.....	37
02 – Organização do setor saúde conforme SUS.....	39
03 - Expansão da oferta local de serviços de assistência à saúde e alargamento do poder de barganha eleitoral.....	61
04 - Efeitos interjurisdicionais dos municípios X e Y sobre o espaço de barganha eleitoral de um Gestor Municipal.....	64
05 – Estrutura organizativa básica de um CIS.....	75
06 - Regionalização e hierarquização dos serviços segundo a NOAS.....	86
07 – Combinações possíveis entre variáveis relevantes para análise dos efeitos da descentralização de gestão no SUS.....	103
08 - Natureza recíproca do dano social produzido por A sobre B segundo Coase.....	118
09 - Utilidade agregada como medida de eficiência coletiva.....	120
10 – Mecanismo de Incentivo Compatível em um sistema de governo descentralizado.....	132
11 – Espaço de negociação.....	151
12 – Batalha dos sexos.....	155
13 – Pontos de referência de justiça distributiva: zero, status quo ou não acordo.....	160
14 – Formas de dependência em um relacionamento entre X e Y.....	163
15 – O jogo básico da barganha.....	163
16 – Formulação do problema de pesquisa.....	171
17- Estratégias contingentes entre GL1 e GL2.....	186

18 - Interações iterativas entre GL1 e GL2.....	189
19 – Barganha assimétrica entre GL1 e GL2 em que o primeiro tem controle restritivo sobre o acesso aos serviços localizados em seu território.....	192
20 – Barganha assimétrica entre GL1 e GL2 em que o primeiro não tem controle restritivo sobre o acesso aos serviços localizados em seu território.....	193
21 – Zona de atração de escolhas acerca do escopo dos CIS para gestores municipais.....	241
22 – Cálculo de custo / benefício de associados na escolha entre oferta de serviços assistenciais eletivos e de urgência por um CIS.....	244
23 – Efeitos da escolha entre oferta de serviços assistenciais eletivos e de urgência por um CIS em duas rodadas.....	245
24 – Cenários para diferenças entre limites financeiros pactuados e executados para população própria e referenciada.....	271
25 - Execução dos pactos para população própria e referenciada nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais em 2005.....	274
26 – Teto financeiro assistencial de municípios em GPSM.....	287
27 – O dilema de M1 diante da defasagem do MAC para atender aos compromissos pactuados com M2 e M3.....	306
28 – Efeitos da escolha de GL1 entre compromissos pactuados na PPI junto a GL2 e GL3 e compromissos eleitorais em duas rodadas.....	307
29 – Dilema do Prisioneiro e a deserção como estratégia dominante.....	318
30 – Jogo com múltiplos equilíbrios de cooperação mútua entre dois municípios.....	321

LISTA DE SÍMBOLOS

AB	Atenção Básica
AC	Alta Complexidade
AIS	Ações Integradas de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSECS	Conselho de Secretários Executivos de Consórcios de Saúde
DDGA	Departamento de Descentralização da Gestão Assistencial
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAD	Departamento de Ações Descentralizadas
EPM	Elenco de Procedimentos de Média Complexidade
GPAB	Gestão Plena de Atenção Básica
GPAB-A	Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
IBAM	Instituto Brasileiro de Administração Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Avançadas
MAC	Média e Alta Complexidade

MC	Média Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OEA	Organização dos Estados Americanos
PAB	Piso de Atenção Básica
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SPS	Secretaria de Políticas Sociais
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
VE	Vigilância Epidemiológica
VISA	Vigilância Sanitária
VS	Vigilância à Saúde

LISTA DE NOTAÇÕES

As	Assistência
Bcc	Bens de consumo coletivo
Bci	Bens de consumo individual
Bp	Bem público
bn	Benefício
C	Conjunto dos cidadãos formado pelos elementos $c_1+c_2+c_3+\dots+c_n$
c	Elemento do conjunto C correspondendo a cada cidadão que o compõe
Ci	Contribuição individual
cs	Custo
F(u)	Função de utilidade
Gc	Governo central
GL	Governo local
ID _E	Índice de desempenho de Estado
NA	Ponto de desacordo (<i>no agreement</i>)
RS	Região de saúde
SQ	<i>Status quo</i>
Uf	Utilidade final

LISTA DE ENTREVISTADOS

Adolfo Silva Branquinho	Secretário Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Passos – MG.
Antônio Carlos Onofre de Lira	Coordenador Geral de Regulação e Avaliação da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e ex-Coordenador de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.
Breno Henrique Avelar P. Simões	Assessor Jurídico do Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais e da Secretaria de Estado da Saúde.
Caio Túlio Andrade	Primeiro Secretário do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais e atual Secretário Municipal de Saúde de Nova Serrana – MG.
Eugênio Vilaça Mendes	Consultor da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, ex-Consultor da Organização Panamericana de Saúde e ex-Secretário Adjunto da Saúde de Minas Gerais.
Francisco Cardoso Campos	Consultor do Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde e Pesquisador do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais.

Francisco de Assis Machado	Assessor da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde; ex-Vice-Presidente do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais e ex-Secretário Municipal de Saúde de Patos de Minas.
Geraldo Luís Nacif	Secretário Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Sete Lagoas.
Helvécio Magalhães Júnior	Diretor Financeiro do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e Secretário Geral do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais; Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte – MG.
Lúcia de F. N. de Queiroz	Coordenadora do Núcleo de Acompanhamento a Estados e Municípios da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.
Lumena Almeida Castro Furtado	Coordenadora Geral de Apoio Geral à Gestão Descentralizada no Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.
Maria Helena Brandão	Ex-chefe do Departamento de Descentralização da Gestão Assistencial do Ministério da Saúde e ex-Superintendente Operacional da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Marta de Souza Lima

Presidente do Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais e Secretária Executiva do Consórcio Intermunicipal de Saúde das Vertentes.

Miriam Tibúrcio

Superintendente de Regulação da Secretaria de Estado da Saúde, ex-Presidente do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais e ex-Secretária Municipal de Saúde de Santo Antônio do Amparo.

Sérgio Francisco Piola

Diretor Adjunto da Diretoria de Estudos Sociais do Instituto de Pesquisas Aplicadas – IPEA.

RESUMO

O objetivo central deste trabalho é responder em que medida problemas de coordenação intergovernamental emergentes com a descentralização das políticas públicas de saúde no Brasil foram efetivamente superados sob arranjos institucionais construídos para essa finalidade: os Consórcios Intermunicipais de Saúde e a Pactuação Regional induzida mediante incentivos federais. Assumimos, como parâmetro de efetividade, os próprios objetivos finalísticos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no plano nacional – universalidade, equidade e integralidade de acesso – tomando-os como atributos do ótimo de acesso ideal aos bens públicos de saúde. Sua base teórico-metodológica está apoiada na Escolha Racional, mais precisamente na Teoria das Barganhas Assimétricas, a partir de onde vinculamos efeitos produzidos sob ambos os arranjos do ponto de vista daqueles parâmetros a mecanismos postulados em cada um deles. Constatamos que os resultados obtidos nos dois casos estiveram aquém do ótimo de acesso ideal estabelecido pelo SUS, não por fatores casuais ou externos, mas por atributos endógenos pertinentes ao desenho institucional de cada um. No caso dos consórcios, o requerimento de estabilização orçamentária da associação, preservando sua missão implícita de produzir e distribuir bônus eleitorais entre os associados, levou à construção de barreiras de acesso contra a invasão de “eleitores” de municípios estranhos ou inadimplentes e a restringir o leque de serviços ofertados, prejudicando a concretização da universalidade e da integralidade do acesso assistencial. No caso da Pactuação Regional, o controle do ingresso aos serviços pelo município sede ou pólo concentrou riscos morais ampliados – no caso dos municípios com gestão sobre a média e alta complexidade assistencial – pelo próprio mecanismo de incentivo financeiro, que deixava sob sua guarda a parcela correspondente ao atendimento da população própria e referenciada. Diante desses riscos, a luta distributiva entre “exportadores” e “importadores” de serviços pela maximização de oportunidades de consumo para seus “eleitores”, repassando déficits decorrentes da insuficiência dos recursos transferidos ao interlocutor sob condições de baixa transparência e *enforcement*, levaria a diferenciais de acesso em prejuízo da equidade e da integralidade. Concluímos, ao final, que a estrutura contratual inerente a cada arranjo é insuficiente para estabelecer níveis de credibilidade de compromissos que permitam superar os problemas de coordenação obstrutivos à conquista do ótimo de acesso, dados os inevitáveis tensionamentos na arena eleitoral a que agentes governamentais estão submetidos ao desconsiderarem o interesse restrito de seus representados em favor da coletividade de municípios ou região. Nossa intuição final é que tais problemas, uma vez insolúveis nesses termos, somente possam ser minimizados sob formas institucionais que privilegiem o aperfeiçoamento de mecanismos de contenção e controle na esfera política, muito além dos automatismos de mercado ou das gratificações institucionais.

INTRODUÇÃO

O objetivo central deste trabalho é responder em que medida os problemas de coordenação intergovernamental emergentes com a descentralização das políticas públicas de saúde, materializada no SUS – Sistema Único de Saúde, foram efetivamente superados sob arranjos institucionais construídos para essa finalidade: os Consórcios Intermunicipais de Saúde e a Pactuação Regional segundo regras instituídas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde. Enquanto artifício metodológico para definir parâmetros de avaliação que permitissem dimensionar em que medida tais problemas foram afetados por esses arranjos, nos referenciamos à combinação de objetivos finalísticos do SUS, tomados como descritores de um estado tipicamente ótimo de acesso aos bens públicos de saúde.

Sua inspiração teórico-metodológica – a Escolha Racional e, no seu interior, a Teoria das Barganhas Assimétricas – nos exigiu um complemento importante ao objetivo central acima delimitado: postular mecanismos em operação em cada arranjo, de modo a estabelecer conexões entre efeitos percebidos e padrões de interação estratégica subjacentes. Tais padrões, por sua vez, foram tomados como resultantes da fixação de um entre múltiplos equilíbrios possíveis na dependência da combinação entre condições contextuais, regras do jogo e assimetrias entre agentes, fatores incidentes sobre oportunidades e restrições de

lado a lado. Nesse sentido, mais que responder pela superação ou não dos problemas de coordenação sob cada arranjo, nos propusemos a apresentar micro-fundamentos para variações percebidas.

Por outro lado, considerando a natureza do problema colocado e o ainda precário nível de conhecimento acumulado sobre o funcionamento dos dois arranjos, o desenho de pesquisa incorporou estratégias próprias do estudo de caso no sentido de prover bases sustentáveis de comparabilidade entre as diferentes combinações de variáveis que teriam levado, ou não, ao processamento dos ditos problemas de coordenação. Nesse particular buscamos identificar variáveis relevantes e suas combinações específicas na produção de efeitos sob cada arranjo intergovernamental, permitindo comparar e, eventualmente, reconhecer condições compartilhadas e não compartilhadas entre eles. Tomando-os como unidade de análise, nos valem da estratégia de triangulação de informações como recurso para evitar vieses que pudessem inclinar a análise a partir da avaliação isolada de apenas uma das fontes de informação primária – entrevistas com atores-chave, documentos institucionais e bancos de dados existentes – ou secundária – estudos publicados na área – utilizada.

Os resultados obtidos permitiram constatar que os CIS e a Pactuação Regional, enquanto variantes das formas de cooperação intergovernamental, lograram benefícios sociais superiores aos aferidos em um primeiro momento do processo de descentralização – cunhado como municipalização autárquica na saúde – marcado por ineficiências econômicas e sistêmicas e por condutas predatórias e

competitivas entre os entes locais. Entretanto mantiveram-se aquém do ótimo social de acesso estabelecido sob os objetivos finalísticos do SUS, e não por fatores casuais ou externos a tais arranjos: a descrição dos mecanismos postulados sob cada um deles nos sugeriu que violações ou restrições do ótimo de acesso decorreram de fatores endógenos relacionados ao desenho institucional, portanto às próprias regras que regulam as interações entre agentes relevantes. Mais que isso, tal descrição nos sugeriu que a manutenção de tais regras é sustentada pelo atendimento a interesses de agentes com maior concentração de recursos e, por conseqüência, com melhores oportunidades de vencerem o jogo de barganha.

Foi nesse sentido que constatamos a convergência majoritária dos CIS para determinado perfil, cujos atributos incluem a seleção de modalidades de atenção e níveis de complexidade que contemplem simultaneamente consumo individual e eletivo dos serviços e introdução de cláusulas restritivas de acesso, limitando-o aos usuários oriundos de municípios efetivamente associados e adimplentes. Tais atributos prevaleceram na medida em que consistentes com interesses dos dirigentes dos entes associados na preservação da missão implícita de produção e distribuição de bônus eleitorais, conferindo-lhe estabilidade orçamentária e solucionando problemas de credibilidade de compromissos entre eles. Tal estabilidade requereu, portanto, a construção de barreiras de acesso contra a invasão de “eleitores” de municípios não associados ou inadimplentes, bem como

a restrição do leque de serviços ofertados, produzindo restrições à universalidade e integralidade do acesso assistencial.

Veio também nesse sentido a constatação dos problemas de execução dos Pactos Regionais, originários da posição assimétrica entre exportadores e importadores de serviços quanto ao controle dos recursos assistenciais de média e alta complexidade – objeto de pactuação – e dos recursos financeiros transferidos aos primeiros, pela esfera federal, para compensar atendimento à população própria e referenciada. Não bastasse a motivação de priorizar o acesso dos procedimentos à população própria, potenciais eleitores, a estrutura do mecanismo de incentivo financeiro produziu riscos morais próprios ao conferir aos exportadores os direitos de propriedade sobre recursos destinados à população dos municípios importadores, permitindo-lhes incorporá-los às suas receitas como resíduos decorrentes do descumprimento dos pactos intermunicipais. Daí, o cumprimento das metas pactuadas se constituir numa luta distributiva entre ambos, uma vez que aos importadores de serviços passa a interessar, inclusive, a minimização de investimentos próprios na atenção básica, que poderia reter em certa medida a demanda por procedimentos de média e alta Complexidade assistencial. Tais disputas – animadas por elementos contextuais como a defasagem da tabela SUS em relação aos preços praticados no mercado e a baixa transparência e capacidade de *enforcement* dos pactos – terminam por gerar diferenciais de acesso que restringem as potencialidades desse arranjo no sentido de promover a equidade e da integralidade preconizadas pelo SUS.

Diante de tais elementos, afirmaremos nossa incredulidade de que a estrutura contratual inerente a cada um dos arranjos analisados – acordos horizontais diretos entre jurisdições locais ou incentivos verticais mediante transferências intergovernamentais – possa solucionar os problemas de coordenação que dificultam a realização do ótimo social de acesso estabelecido sob o SUS. Tal se mostra insuficiente para vencer a barreira dos problemas de credibilidade de compromissos entre entes federativos dados os inevitáveis tensionamentos na arena eleitoral a que, internamente, devem se submeter para que o acesso universal, igualitário e integral à saúde independa de vinculação geográfica. Nossa intuição final, a partir daí, é que tais problemas, uma vez insolúveis nos termos dos automatismos do mercado ou das gratificações institucionais, somente possam ser minimizados sob formas institucionais que privilegiem o seu processamento na esfera política, desenvolvendo mecanismos de nivelamento informacional e de contenção, eventualmente subvertendo a estrutura posicional que caracteriza a divisão técnica do trabalho entre as esferas de governo que planejam e as que executam, redistribuindo riscos morais e minimizando a produção de externalidades.

Para efetuar essa trajetória, optamos por dividir este trabalho em sete capítulos.

No Capítulo 1 tomamos, como ponto de partida, a constatação de que a viabilização política do SUS requereu a incorporação simultânea de duas exigências: de um lado, a centralização dos atributos de acesso universal, igualitário e integral aos serviços públicos de saúde e, de outro, a descentralização

da gestão dos recursos, visando à promoção desses mesmos atributos, com destacado peso para a esfera municipal. A acomodação dessas exigências induziu num primeiro momento, como efeito não esperado, a fragmentação da gestão setorial e a produção de comportamentos predatórios e não-cooperativos entre entes municipais. Interessados em maximizar oportunidades de barganha na arena eleitoral, gestores nessa esfera de governo viram-se perturbados por externalidades decorrentes de escolhas públicas oriundas de outros e diante das quais não lhes restava outra opção senão a autodefesa.

No capítulo 2, diante das ineficiências econômicas e sistêmicas produzidas sob esse primeiro estágio da descentralização, também denominado *municipalismo autárquico*, constatamos a emergência de arranjos institucionais voltados para a desfragmentação da gestão setorial: os Consórcios Intermunicipais de Saúde, ou CIS, e a Pactuação Regional. Entretanto, identificamos sinais preliminares que levantaram suspeitas sobre a eficácia de ambos nesse sentido, levando-nos à formulação inicial do problema de pesquisa a ser tratado neste trabalho, ou seja, em que medida o ótimo social previamente definido sob os princípios do SUS teria sido violado sob ambos, considerando sua inserção num ambiente de descentralização com externalidades entre escolhas praticadas por entes governamentais com recursos assimétricos.

No capítulo 3 demos tratamento teórico à questão formulada, enquadrando-a numa categoria mais geral de problemas de produção de ótimos sociais por agentes auto-interessados. Ao explorar referências proporcionadas pelo chamado

Teorema de Coase e pelos Mecanismos Incentivo-Compatíveis, identificamos, em ambos, premissas restritivas e problemas de consistência lógica que nos levaram a direcionar esforços para a compreensão dos efeitos do desenho institucional na contenção do auto-interesse na resolução de problemas de relações intergovernamentais. A partir dessa pista, construímos nossas referências de análise sobre a versão institucionalista da Escolha Racional, especificamente da Teoria das Barganhas Assimétricas segundo os trabalhos de Jack Knight e Fritz Scharpf. Ao final, à luz dessas referências, explicitamos nossas hipóteses de trabalho apresentadas ao final do capítulo.

Com base nas referências teóricas eleitas e hipóteses construídas, estabelecemos, no capítulo 4, os parâmetros para representação de um estado ótimo de acesso assistencial preconizado sob o SUS – portanto definido como tipo ideal weberiano, antes que em termos paretianos – bem como para representação da interação entre agentes de governos locais interessados em maximizar o acesso de suas respectivas populações aos serviços, fornecendo elementos comparativos para avaliar efeitos produzidos sob cada arranjo institucional e mecanismos subjacentes.

Nos capítulos 5 e 6 apresentamos, respectivamente, os resultados obtidos por meio da comparação entre parâmetros fixados no capítulo 4 e evidências empíricas disponíveis a partir da triangulação de informações referentes aos CIS e à Pactuação Regional. Ambos os capítulos apresentam estrutura semelhante: numa primeira parte, verificando em que medida os atributos de optimalidade do

acesso assistencial teriam sido afetados sob cada um dos arranjos; numa segunda, construindo uma descrição plausível do mecanismo em operação na produção dos efeitos percebidos, enquanto padrão de interação com efeitos distributivos entre os agentes envolvidos.

Por fim, no capítulo 7 discutimos o significado dos resultados encontrados nos dois capítulos precedentes, apresentando conclusões e formulando hipóteses preliminares. Explicitamos nosso entendimento de que a construção desses arranjos correspondeu a tentativas de migração coordenada de um estado de sub-otimalidade – decorrente da deserção mútua tipicamente encontrada sob a municipalização autárquica, tal como num Dilema do Prisioneiro – para um estado de cooperação mútua. Porém, enquanto jogo com múltiplos equilíbrios, as possibilidades de coordenação correspondentes a cada solução possível embutiram efeitos distributivos distintos, sendo que, nos casos analisados, ambas se mostraram aquém do ótimo social de acesso definido no SUS. Na comparação entre ambos, estabelecemos graus de aproximação / dispersão frente ao ótimo social definido. Concluímos o trabalho, por fim, discutindo em que medida seria plausível supor a obtenção desse resultado em políticas públicas descentralizadas com externalidades e assimetrias entre os agentes governamentais envolvidos.

Explicitaremos, no Apêndice, nossa estratégia metodológica e sua operacionalização na condução do estudo de caso, anexando ao final os roteiros para entrevistas com informantes-chave.

PARTE I

DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO DO SUS E EMERGÊNCIA DE PROBLEMAS DE COORDENAÇÃO

1. O PARADOXO DO SUS: POLÍTICA NACIONAL COM GESTÃO LOCAL

Como expressão de uma política pública setorial, emergente no contexto da redemocratização e construção da nova ordem constitucional brasileira, o Sistema Único de Saúde ou SUS teve que absorver duas exigências: de um lado, consagrar direitos relativos à saúde de todos os cidadãos brasileiros; de outro, descentralizar a gestão dos meios que conduziriam ao exercício desses mesmos direitos. A primeira exigência – sustentada por um amplo movimento social e político de caráter suprapartidário, conhecido como Movimento Nacional pela Reforma Sanitária¹ – foi atendida na produção da escolha coletiva em favor de um sistema que assegurasse atenção universal, igualitária e integral à saúde no plano nacional. Tal escolha teve lugar numa arena decisória central, o Congresso Nacional, onde foram elaboradas a Constituição Federal de 1988 e as leis que regulamentaram o SUS. A segunda exigência, que também convergiu para a

¹ O Movimento pela Reforma Sanitária constituiu, no Brasil, uma ampla rede social formada por dirigentes e técnicos de instituições de saúde, membros da academia, movimentos sociais e outros setores interessados, que se articulou a partir dos anos 70 em torno da superação do modelo de assistência à saúde então praticado no país.

mesma arena decisória, teve como propósito realizar, no contexto do redesenho da estrutura federativa brasileira, o deslocamento substancial dos recursos e responsabilidades requeridas para materializar o direito à saúde para a gestão das esferas subnacionais, especialmente dos municípios.

Não se pode afirmar, em princípio, que exista uma implicação mútua entre ambas exigências, pois na primeira se estabelece um padrão nacional, consagrando atributos finalísticos da política setorial a ser implantada, enquanto na segunda opera-se o deslocamento de responsabilidades de gestão para esferas subnacionais. Por conseqüência, poder-se-ia esperar que, quanto mais amarrados – constitucional e legalmente – fossem os termos que definem os atributos do direito à saúde assegurado no plano nacional, menor o nível de autonomia dos governos locais para inovar na gestão dessa política. Na situação oposta, quanto mais vagos fossem aqueles termos, mais sujeitos à re-interpretação segundo preferências dominantes no plano local. No limite, mesmo combinados, o desenvolvimento de um pólo tende a inibir o do outro.

No caso da combinação que deu origem ao SUS, o atendimento à primeira exigência foi condicionado pelas estratégias por meio das quais o Movimento Nacional pela Reforma Sanitária, que havia consolidado alianças importantes junto ao bloco de oposição ao Regime Militar e redemocratização, buscava se aproveitar do cenário historicamente favorável quando da elaboração da nova Carta Constitucional, especificando ao máximo os atributos desse mesmo direito. A expectativa, nesse sentido, era de erigir obstáculos à futura supressão ou

desqualificação das garantias sociais no campo da saúde, dada a necessidade de maioria qualificada para mudanças nos dispositivos constitucionais. O atendimento a essa exigência implicou, portanto, um movimento centrípeto, unificando direitos ou objetivos finalísticos dirigidos a todos brasileiros.

Já a segunda exigência sofreu influência de dois componentes distintos, embora relacionados: de um lado, os amplos esforços dirigidos para o desmonte do aparato de governo centralizado erigido durante o regime militar, reconstruindo a federação brasileira de modo a conferir maiores níveis de responsabilidade, recursos e autonomia para esferas subnacionais; de outro, a incorporação de um conjunto de forças alinhadas à defesa dos municípios e ampliação de seus poderes enquanto aliados privilegiados da reforma no setor saúde. Implicava essa segunda exigência, ao contrário da primeira, um movimento centrífugo, descentralizando a gestão dos meios para materializar os direitos supracitados.

A bem da verdade, ao longo da trajetória do SUS – como resultado das disputas que se deram especialmente na arena interna ao Poder Executivo Federal – foram experimentadas diferentes formas combinatórias no atendimento a essas exigências. Neste primeiro capítulo, iremos introduzir o problema que motivou o desenvolvimento do presente trabalho, concentrando-nos sobre os resultados obtidos pela primeira dessas formas, qual seja, a emergência nos anos 90 de um padrão de fragmentação da gestão dessa política setorial no qual a segunda exigência predomina sobre a primeira, gerando “vários sistemas únicos de saúde”. Os efeitos perversos dessa primeira combinação – identificados posteriormente

por acadêmicos, atores institucionais e expressões do próprio Movimento Nacional pela Reforma Sanitária – se traduziram em condutas competitivas e predatórias entre governos subnacionais, especialmente na esfera municipal, expressando nesse setor uma face daquilo que Celso Daniel (Apud ABRUCIO & SOARES, 2001) veio cunhar como “municipalização autárquica” ao se referir a um primeiro momento das relações federativas pós-constitucionais. Argumentaremos que o estabelecimento daquele padrão desagregador resultou da produção de externalidades ou efeitos inter-jurisdicionais recíprocos, dado que políticas conduzidas por determinados entes locais interferiam (via de regra, negativamente) nos resultados de outros, contaminando o conjunto deles a ponto de assumirem estratégias unilaterais defensivas, via de regra nocivas aos demais. O esvaziamento do papel dos governos estaduais na gestão da saúde, que também marca esse período, explicaria, em grande parte, as dificuldades no sentido de reverter problemas de coordenação intermunicipal no âmbito dessa política setorial.

1.1. A Fragmentação do SUS em vários “sistemas únicos”

A constituição da estrutura fragmentada de gestão no SUS e a produção de seus efeitos serão apresentados, neste capítulo, em quatro momentos. No primeiro, os atributos do direito à saúde inscritos no SUS serão retomados como elementos que, combinados, definem um estado de *optimalidade* social a ser perseguido na provisão dos bens e serviços garantidos pelo Estado. No segundo, será

considerada a forma pela qual a amarração institucional do SUS incorporou a descentralização da gestão na expectativa de realizar esse estado de *optimalidade* social. No terceiro, serão descritos os efeitos produzidos sob essa amarração institucional sobre as relações intergovernamentais, especialmente entre entes municipais, quando sublinharemos a produção de condutas predatórias e competitivas. No quarto, por fim, argumentaremos que a configuração dessa zona de conflito decorreu do elevado nível de interdependência entre ações e efeitos produzidos por jurisdições locais, agravando problemas de coordenação decorrentes da multiplicidade de entes com responsabilidades de gestão.

1.1.1. SUS como escolha coletiva de um *ótimo* social

A proposição de um novo arcabouço institucional no setor de saúde buscou satisfazer pelo menos duas necessidades coletivas. A primeira, conferir maior eficiência à produção dos serviços públicos de saúde, considerando os elevados custos e o baixo impacto sobre indicadores sanitários que caracterizavam a organização então vigente no país. A segunda, instaurar novas relações entre Estado e sociedade quanto às garantias que conduziriam ao gozo do pleno direito à saúde, especialmente no que diz respeito à qualificação do acesso dos cidadãos a bens e serviços necessários para assegurá-lo. Embora se afirmassem como necessidades coletivas, isso não significa que a conquista da eficiência e do direito à saúde estivessem imunes à apropriação por parte de grupos particulares, muitos deles incrustados na arena estatal, no sentido da realização de seus

objetivos parciais. Por ora, entretanto, deteremo-nos mais precisamente no modo como se apresentou cada uma dessas necessidades.

Embora colocada em outros contextos históricos, a busca da eficiência se afirmou de maneira irreversível quando da recessão econômica no início dos anos 80, que tornou agudas as conseqüências do desequilíbrio de caixa na Previdência Social, então responsável pela assistência médica prestada aos trabalhadores inseridos no segmento formal da economia, indo de encontro a um modelo de atenção também em crise:

...a situação da Previdência com relação à assistência médica apresenta-se crítica, do que decorrem os seguintes impasses: a) o modelo vigente de compra de serviços ao setor privado é altamente oneroso, favorecendo a corrupção e ameaçando o equilíbrio financeiro da instituição... (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986, p. 241).

Na área de saúde, verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema onde predominam interesses dos empresários da área médico-hospitalar. O modelo de organização do setor público é anárquico, pouco eficiente e eficaz, gerando descrédito junto à população (Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde in BRASIL, 1986, p.14).

Mesmo antes da formulação do SUS, a satisfação dessa primeira necessidade já vinha sendo perseguida de forma contundente nos últimos anos do Regime Militar², especialmente por meio de iniciativas que visavam maior controle sobre

² No cenário latino-americano, a eficiência dos sistemas nacionais de saúde já vinha sendo pautada e perseguida desde os anos 60, especialmente a partir da Revolução Cubana, quando a Organização dos Estados Americanos – OEA – passou a propor programas de financiamento, desenvolvimento de metodologias de

os prestadores privados contratados, além do incremento na integração da assistência médica previdenciária à rede ambulatorial pública ociosa³, no sentido de resolver problemas de saúde mais simples antes que se tornassem graves e, principalmente, caros.

O SUS, bem mais do que um ajuste, implicou uma profunda reforma setorial no sentido de superar a irracionalidade do gasto em saúde num quadro de absoluta fragmentação institucional. Unificou entidades autárquicas, unidades e serviços voltados para a cura e para a prevenção, para indivíduos e para comunidades num todo, que agora passavam a estar sob comando único em cada esfera de governo.

É verdade que também a satisfação da segunda necessidade, relacionada à redefinição do pacote de bens públicos a ser disponibilizado pelo Estado e do seu alcance social, já vinha se esboçando nas tentativas de revisão da política previdenciária sob o Regime Militar, tendencialmente universalizante e uniformizante quanto aos benefícios ofertados aos cidadãos (STRALEN, 1996). Sob esse aspecto cabe destacar que o modelo de assistência médica previdenciária, ora em crise, se pautava por características bastante salientes: seu caráter seletivo, uma vez que excluía amplos segmentos da população – não

planejamento e capacitação técnica, visando a construção de sistemas nacionais de saúde financeiramente sustentáveis, tecnicamente racionais e socialmente eficazes.

³ Notoriamente o PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde – baseado em convênios trilaterais entre a Previdência Social, estados e municípios, no sentido do financiamento dos dois últimos pela primeira com o objetivo de estender a cobertura dos serviços ambulatoriais à população previdenciária. Posteriormente foi redefinido como AIS, tornando-se uma estratégia geral para condução da política setorial, desaguando no SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – que buscou em seu curto espaço de existência, sem alcançar os resultados proclamados, lograr a unificação do sistema de saúde brasileiro.

inseridos no mercado formal de trabalho – do acesso à assistência médica; seu tratamento desigual, visto que o acesso aos serviços era condicionado por um conjunto de fatores, desde geográficos até econômicos, e que em muitos casos os segurados se submetiam à cobranças complementares informais por parte dos prestadores contratados ou credenciados; e, por fim, o tratamento apenas parcial dos problemas de saúde de sua clientela, visto que voltado unicamente para práticas curativas, especialmente aquelas mais especializadas ou desenvolvidas no ambiente hospitalar. As políticas de combate às doenças transmissíveis, vigilância epidemiológica, controle sanitário e de ações programáticas em saúde – de forma paralela – eram atribuídas ao Ministério da Saúde e órgãos da administração indireta vinculados.

A FIGURA 1, abaixo, representa as relações de acesso a bens e serviços de saúde, ofertados pelo Estado aos cidadãos sob esse padrão de organização, com base na Lei 6.229 / 1975 (apud OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985), que dispôs sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde no período. Note-se que as relações entre as esferas federal, estadual e municipal estão simbolizadas por vetores unidirecionais pontilhados, representando a centralização e a fraca articulação ou, muitas vezes, a desarticulação entre ambas.

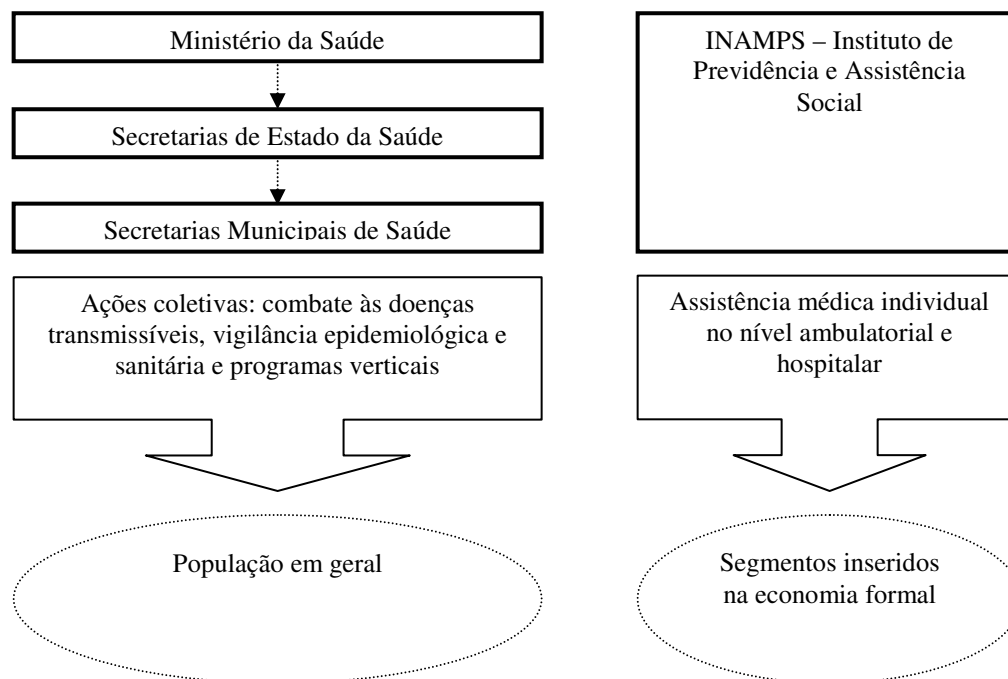


FIGURA 1 - Organização do setor saúde conforme Lei 6.229 / 1975

Os atributos finalísticos estabelecidos na Constituição Federal e confirmados na Lei 8.080 / 90 qualificaram, de forma absolutamente distinta, o direito a ser assegurado pelo Estado aos cidadãos brasileiros. O primeiro deles, a universalidade de acesso, implicou a remoção de barreiras de qualquer natureza para que cidadãos pudessem adentrar o sistema de saúde, rompendo a lógica contratual e seletiva presente no modelo anterior. O segundo, a igualdade no exercício desse pleno direito pelos cidadãos, expressou uma relação de equivalência entre todos diante das garantias concedidas pelo Estado quanto à saúde. O terceiro e último, a integralidade da atenção, implicou uma abordagem

que pretendia integrar e coordenar as ações em suas dimensões individuais e coletivas, preventivas e curativas, programáveis e de urgência. Tomados em seu conjunto, esses três atributos definem um estado de *optimalidade* social quanto ao exercício do direito à saúde, ou seja, uma situação típica idealmente ótima a ser assegurada pelo Estado⁴, onde todos têm, igualmente, acesso integral aos bens e serviços necessários à conquista da sua saúde⁵.

A FIGURA 2, abaixo, representa as condições de acesso a bens e serviços de saúde providos pelo Estado aos cidadãos nos termos propostos pelo SUS. Note-se, ao contrário da FIGURA 1, que as relações entre as esferas federal, estadual e municipal estão representadas por vetores bi-direcionais, simbolizando o caráter articulado entre ambas, uma vez descentralizado o sistema.

⁴ Numa acepção geral, um estado ótimo pode ser definido como o melhor possível, dadas certas condições. O ótimo de acesso aos serviços de saúde é aqui apresentado como ideal normativo estabelecido a partir dos princípios definidos constitucional e legalmente sob o Sistema Único de Saúde. Posteriormente, ao abordarmos o problema da produção de estados ótimos, apresentaremos, quando pertinente, a definição do economista Vilfredo Pareto, segundo o qual esses corresponderiam a estados sociais nos quais mudanças alocativas somente poderão beneficiar alguns às expensas de outros. Um estado vai ser pareto-superior a outro se, na mudança para o primeiro, o bem-estar de pelo menos uma pessoa possa ser melhorado sem afetar adversamente o bem-estar de qualquer um (KNIGHT, 1998).

⁵ O artigo 196 da Constituição Federal estabelece que "... saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988). Porém, bem mais que mero ideário de um movimento social ou que aspirações impressas no texto constitucional, por definição, inatingíveis, os três atributos vêm incidindo sobre escolhas públicas cotidianas no âmbito do Poder Executivo, em qualquer esfera de governo, como mandamento obrigatório e não como um ideal coletivo, gerando um conjunto de constrangimentos sobre esse Poder. O fenômeno da judicialização das políticas de saúde (SILVA, 2005; SANTOS, 2006), na verdade, traz à tona o fato de que a implementação desses atributos finalísticos não vêm sendo tratada pelo Poder Judiciário como ideais norteadores de escolhas políticas diante de recursos limitados, mas como fato jurídico consumado. Essa distorção, a nosso ver, confirma o valor do artifício metodológico de tomar tais atributos enquanto parâmetro de optimalidade social para avaliação dos resultados produzidos sob os dois arranjos abordados na medida em que nos permite estender o debate, acerca da viabilidade de adequação de meios a fins no SUS, do âmbito das decisões de cada gestor isolado para o âmbito das decisões compartilhadas entre eles nas formas de coordenação intergovernamental instituídas. Mudando-se os meios ou mudando-se os fins, nosso propósito ao fixar o ótimo de acesso nesses termos é avaliar a consistência entre ambos.

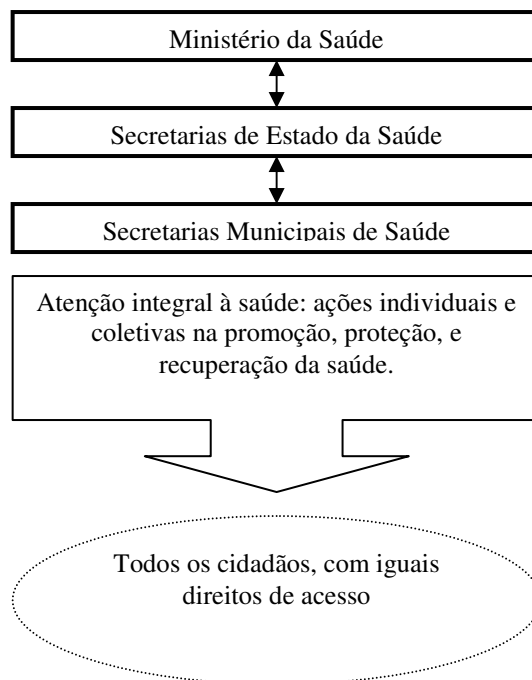


FIGURA 2 – Organização do setor saúde conforme o SUS

Retoma-se, nesse último esquema, a abrangência nacional dessa decisão coletiva assumida no processo de elaboração da Constituição Federal e das leis regulamentares do SUS, que qualifica o exercício do direito à saúde como extensivo a todos os cidadãos brasileiros, residam em quaisquer unidades da federação ou municípios, independente das preferências dominantes nos limites territoriais de qualquer um deles. Tal decisão coletiva, entretanto, assumiu contornos desafiadores, considerando a abrangência geral das garantias ante o quadro de profundas desigualdades sociais e econômicas entre estados, regiões e

municípios, bem como profundas assimetrias de recursos e informações entre grupos sociais e entre indivíduos. A satisfação da segunda necessidade coletiva incorporada ao SUS nos interessa, em especial, uma vez que, para sua realização, a Constituição de 1988 lançou mão da montagem de um arranjo institucional prevendo comando único em cada esfera de governo, ainda que com gestão descentralizada.

1.1.2. Fins nacionais e meios locais: um paradoxo?

O sistema federativo trino implantado no Brasil⁶ confere tratamento semelhante a unidades da federação tão díspares como Roraima, com pouco mais de 300 mil habitantes, e São Paulo, com quase 40 milhões, ou, ainda, municípios com pouco mais de mil habitantes e outros, com milhões desses. Às flagrantes desigualdades demográficas somam-se outras de cunho econômico, social e cultural que reforçam, de outro lado, a importância do sistema federativo instrumento de preservação da unidade política nacional diante da diversidade e heterogeneidade, agora sob um regime de liberdades democráticas.

De sua parte a idéia de descentralização da gestão em saúde não pode ser entendida, exclusivamente, como subproduto da devolução de poderes a estados e municípios em decorrência do processo de redemocratização, até porque é admissível que uma estrutura federativa possa comportar níveis distintos de concentração / dispersão de autoridade política em diversas áreas de intervenção

⁶ Outras federações, como a Bélgica e a Índia, também superpõem três esferas de governo autônomas e sem vinculação hierárquica.

governamental (ARRETCHE, 2004). Essa última constatação em si própria, aliás, implica a necessidade de agregar, à restauração de prerrogativas tipicamente federativas, outros fatores intervenientes que possam explicar porque o setor saúde caminhou tão decisivamente em direção à descentralização de suas políticas públicas enquanto o mesmo não se deu em outras áreas.

Vale notar que em 1963, antes mesmo da instalação do Regime Militar, a III Conferência Nacional de Saúde tratou da necessidade de implementar uma estrutura nacional de cuidados básicos em saúde, para o que propôs a unificação da gestão de vários serviços sob o comando municipal (STRALEN, 1996). No entanto, a discussão sobre o encaminhamento dessa proposta foi abortada uma vez que a instalação e manutenção de regimes autoritários, como o brasileiro, além dos instrumentos de coerção e controle direto sobre organizações políticas e sociais, requer algum nível de cancelamento dos poderes autônomos ou delegados a esferas de governo subnacionais em favor do fortalecimento do Poder Central do ponto de vista político, administrativo e financeiro. Daí que a restauração da ordem democrática na Federação brasileira dispensasse um Executivo central com tantos poderes acumulados, devolvendo-os em parte às esferas subnacionais. Porém, mais que um ponto de chegada, a associação do tema da descentralização ao da redemocratização constituiu uma operação política necessária à estratégia de reação institucional ao Regime Militar, especialmente a partir das eleições estaduais de 1982. Nessas últimas foram criadas as condições para a união entre forças democráticas e elites regionais que

buscavam se reacomodar na cena política diante do enfraquecimento do governo federal e das perspectivas de sua derrocada (ABRUCIO, F. L., 2005). O projeto de redemocratização, em certo momento, requereu o fortalecimento dos governos subnacionais como base para a formação de uma ampla coalizão em torno do candidato único das oposições.

Tendo esse último alcançado a vitória, os desdobramentos desse projeto foram canalizados para a arena constitucional, onde o tema da descentralização foi agregado ao debate como panacéia para um conjunto de problemas como a corrupção e as restrições à participação dos cidadãos na vida política. Como bandeira programática, foi cotejada tanto à esquerda quanto à direita. No primeiro caso, como instrumento para viabilizar o acesso dos cidadãos e suas organizações representativas às decisões que concerniam ao seu destino. No segundo caso, como oportunidade para o esvaziamento do dirigismo estatal e redução do seu aparelho mediante transferência de tarefas aos governos subnacionais. Além dessas expectativas, havia aquelas alinhadas às preocupações de uma tecnocracia que ascendia ao poder, com a derrocada do centralismo autoritário, e que percebia na descentralização um caminho para alcançar novos patamares de eficiência e eficácia administrativa, uma vez que as instâncias decisórias estariam supostamente submetidas a maior controle por parte daqueles diretamente interessados (ROCHA & FARIA, 2004).

Nesse contexto, onde municípios galgaram à condição de entes da federação, essa tendência já seria importante para compreender a inscrição da

descentralização como diretriz do SUS, mas não suficiente para explicar a afirmação de uma feição nitidamente municipalista no setor saúde. Pelo contrário, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, considerada a expressão máxima de participação e formulação política do Movimento pela Reforma Sanitária, foi bastante reservada nesse sentido. Em primeiro lugar, atribuiu, à esfera estadual, a execução de serviços de saúde, vigilância sanitária e epidemiológica e outros “em coordenação com os sistemas municipais” (BRASIL, 1986, p.19). Suas proposições definiram claras responsabilidades para a esfera estadual:

... serviços de abrangência estadual e regional, especialmente os de caráter secundário e terciário, e por aqueles outros programas, projetos ou atividades que não possam, por seu custo, especialização ou grau de complexidade, ser executados pelos municípios (idem).

À esfera municipal, o papel seria definido de forma condicional:

O Nível Municipal terá seu papel definido de acordo com as características e peculiaridades de cada caso, exercendo esse papel em estreita coordenação com o nível estadual. Como diretriz básica, o Município terá a seu cargo, como responsabilidade mínima, a gestão dos serviços básicos de saúde (...) Os municípios de grande porte terão a seu cargo a gestão integral do Sistema Municipal de Saúde. Naqueles municípios em que não tenham condições imediatas para assumir a gestão do sistema municipal esta será realizada, conjuntamente, pelo município e Secretaria Estadual de Saúde da Unidade Federada (idem).

Em que pese a viabilidade duvidosa da coordenação entre estados e municípios aludida nesses trechos do Relatório Final da VIII Conferência, uma vez não explicitados os mecanismos ou meios para que isso ocorresse, chama atenção o fato de que gradativamente a descentralização tenha se tornado sinônimo de municipalização, de tal modo que na Lei 8.080 / 90 a regulamentação do SUS tenha destacado a expressão “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios” para qualificar as mudanças político-administrativas em curso (BRASIL, 1990, p. 5).

Uma explicação plausível é apresentada por Stralen (1996), que menciona pelo menos dois fatos relevantes. Primeiro, que um ano após a VIII Conferência e um ano antes da promulgação da Constituição de 1988 os poucos resultados da tentativa de unificação do sistema nacional de saúde por meio do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – tenham frustrado vários movimentos que, até então, vinham se aproximando do ideário da Reforma Sanitária, como ocorreu com o movimento dos médicos residentes e parte do funcionalismo público da saúde, que passaram a duvidar que o novo sistema pudesse satisfazer suas necessidades materiais. Tais resultados teriam dificultado a consolidação de alianças com movimentos sociais, levando o Movimento pela Reforma Sanitária a um declínio que o predispôs a rever formulações de modo a viabilizar sua aprovação no texto da nova Constituição. O segundo fato, relacionado ao primeiro, foi a crescente mobilização dos Secretários Municipais de Saúde ao longo do

processo constituinte, com a criação do CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – em 1988.

Outras versões dão conta de que, nos bastidores da alta direção do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social (então responsável pela assistência médica individual), havia entendimento de que, ante as restrições orçamentárias para a saúde que se impunham no contexto de esgotamento do Estado desenvolvimentista, seria imperativo transferir as novas (e pretensivas) responsabilidades para os municípios, “onde vive o cidadão”.

Fato é que, a partir da Constituição de 1988 e das leis regulamentares, emergiu uma estrutura institucional que, mais que descentralizar a gestão, tomou o município como base para organização do sistema de saúde. Apenas esse ente recebeu a incumbência constitucional específica de “prestar serviços de atendimento à saúde da população” (BRASIL, 1988, Art. 30, inciso VII, p. 23). Além disso, na regulamentação no SUS, o compartilhamento e distribuição de atribuições entre União, estados e municípios reservou às duas primeiras esferas de governo funções de formulação, coordenação e construção de normas e padrões, enquanto à última foram reservadas competências mais diretamente relacionadas à gestão e execução dos serviços públicos de saúde. Nos termos da Lei 8.080 / 90, a concretização do ótimo social definido pelo SUS – universalidade, equidade e integralidade da atenção – passava a depender de forma crucial do desempenho dos municípios, a quem agora competia:

I – Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

(...)

IV – Executar serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) de vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; d) de saneamento básico; e e) de saúde do trabalhador; (BRASIL, 1990, P. 10-11)

A gestão descentralizada, para não dizer municipalizada, entretanto, não foi entendida pela esmagadora maioria das autoridades sanitárias como obstáculo ou elemento problemático a ser superado na realização dos princípios finalísticos dirigidos a todo e qualquer cidadão brasileiro. Pelo menos duas ordens de garantias inseridas na estrutura institucional arquitetada para o SUS foram recorrentemente oferecidas nesse sentido, além obviamente da força legal inerente à inscrição dos princípios finalísticos do SUS na Constituição Federal e leis complementares.

A primeira delas remete aos instrumentos de controle público ou *accountability* que, em tese, se apóiam no julgamento popular em eleições municipais. Mas, no caso específico do SUS, incluía especialmente os Conselhos e Conferências de Saúde com representação paritária entre usuários e demais segmentos – governo e prestadores de serviços – que foram tratados amplamente como instâncias deliberativas mais representativas para tomada de decisões relacionadas às

políticas de saúde no plano local, estadual ou nacional⁷. No entanto há sérias suspeitas que tais mecanismos, mesmo quando somado a outros, não tenham sido suficientes para conduzir governos locais a se comportarem de forma responsável (ARRETCHE, 2003) e consistente com os qualificativos de um estado ótimo de acesso ótimo sistema de saúde.

A segunda ordem de garantias remete aos mecanismos de transferência de recursos para esferas subnacionais, especialmente para os municípios. A Lei 8.142 / 90 estabeleceu, no seu artigo 4º, que para o recebimento de recursos financeiros destinados a ações e serviços de saúde de origem federal, os municípios, assim como estados e Distrito Federal, deveriam contar com fundo de saúde; conselho de saúde paritário; plano de saúde e relatórios de gestão, permitindo o controle da aplicação dos recursos, dentre outros quesitos. Desse modo, ao estabelecer um conjunto de condições para o recebimento dos mesmos, esperava-se que tais mecanismos conferissem aos municípios uma gestão financeira transparente, tangenciável pelo controle pela sociedade local e fiscalizado pelas esferas superiores, além de garantirem o planejamento das ações que orientariam a sua aplicação. Essa segunda ordem de garantias se mostrava mais plausível, aos olhos dos “realistas”, quanto à capacidade de constranger governos municipais a agir de forma consistente com os preceitos

⁷ Embora em grande medida, os defensores dos conselhos sustentem uma crítica ao instituto da democracia representativa e às suas virtudes no sentido de reparar-la, esses padecem, em grande parte, das mesmas fraquezas: sua atuação é em geral desprovida de visibilidade pública e a representatividade de seus membros se apóia sobre dispositivos de instituição e destituição ainda mais precários que aqueles tradicionalmente encontrados no parlamento. Seu valor, a nosso juízo, parece muito mais importante enquanto *accountability horizontal* que *vertical*, como querem muitos daqueles, uma vez constituindo mais um órgão de fiscalização e prestação de contas para os executivos.

finalísticos para o acesso ótimo aos bens e serviços de saúde. Mais que isso, no seu artigo 5º da mesma Lei, o Ministério da Saúde foi autorizado a editar Portarias estabelecendo condições e regras de transferência de recursos, o que lhe forneceu o fundamento legal para o desenho de incentivos financeiros que induzissem governos locais na adesão a políticas nacionais consistentes com aqueles preceitos. A questão seria analisar em que medida essas duas ordens de garantias permitiram superar o paradoxo entre fins nacionais e meios locais, adequando os últimos aos primeiros.

1.1.3. Municipalização autárquica e comportamentos predatórios

A realização da IX Conferência Nacional de Saúde, em agosto de 1992, com o tema “A municipalização é o caminho”, marcou a ascensão de lideranças municipalistas na consolidação das mudanças institucionais requeridas para completar a Reforma Sanitária⁸. A bem da verdade, tal ascensão deve ser entendida no contexto de reação à condução do Governo Collor na implantação dos dispositivos legais do SUS, especialmente no que diz respeito à descentralização dos recursos que, àquela altura, não condizia com as responsabilidades já transferidas para os municípios, especialmente a partir da consumação da cessão de unidades e serviços públicos de saúde originários de esferas de governo superiores para esses últimos:

⁸ É digno de nota que o Presidente do CONASEMS tenha assumido a coordenação da Comissão Executiva da Conferência, enquanto nos estados os COSEMS assumiam papel central no extenso movimento preparatório que antecedeu o evento (O MOVIMENTO MUNICIPALISTA DA SAÚDE: A CONJUNTURA POLÍTICA E AS POLÍTICAS DE SAÚDE, 2004).

O sistema de transferência de recursos às esferas estaduais e municipais de governo instituído pelo INAMPS (por meio das primeiras Normas Operacionais editadas até então para regulamentar tais transferências) introduz uma relação de compra e venda de serviços com as esferas estaduais e municipais que reitera a velha prática governamental, ferindo tanto os princípios descentralizadores como os critérios de partilha dos recursos estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde, além de estimular a fraude e o superfaturamento (Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde in BRASIL, 1992, p.28)

Como resultado, mais que sobrepor o discurso municipalista ao da Reforma Sanitária, predominante na VIII Conferência, a IX Conferência prescreveu a imediata regulamentação do artigo 35 da Lei 8.080 / 90 – que estabelecia genericamente os critérios demográficos, epidemiológicos, relacionados às dimensões da rede de saúde de cada jurisdição, dentre outros, para a definição dos valores a serem transferidos para estados e municípios – como medida para superar problemas relacionados à transferência de recursos, preservando sua coerência com os demais dispositivos da mesma Lei e os da Lei 8.142 / 90.

O *inpeachment* do Presidente Collor abriu espaço para a condução de Jamil Haddad ao Ministério da Saúde, não por acaso cercado por um grupo profundamente identificado com posições municipalistas na saúde. A esse grupo coube elaborar, em 1993, a primeira Norma Operacional Básica (NOB) editada diretamente pelo Ministério da Saúde⁹. Essa norma instituiu novas arenas de pactuação entre esferas de governo: a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, no plano nacional, e a Comissão Intergestores Bipartite – CIB, no plano estadual, num primeiro esforço para conferir um caráter federalista à estrutura de gestão do

⁹ As anteriores couberam ao extinto INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária.

SUS. No entanto, sob o aspecto do financiamento, essa Norma fortaleceu a relação direta entre municípios e Ministério da Saúde, tornando os primeiros independentes quanto a quaisquer definições assumidas para o setor na esfera estadual. Os municípios poderiam se habilitar a uma das três condições de gestão instituídas pela NOB 01 / 93 – incipiente, parcial e semiplena – que representavam níveis de autonomia distintos, oscilando de uma condição em que recebiam recursos por serviços produzidos, como se fossem meros prestadores, até uma condição em que recebiam transferências globais de recursos com relativa autonomia para planejar sua alocação. Habilitações de municípios a uma dessas condições de gestão decorriam, portanto, de escolhas paralelas, sem qualquer condicionante relacionado às relações horizontais com outros municípios vizinhos ou verticais com a esfera estadual.

Diante desse novo quadro, de notório esvaziamento do papel coordenador da esfera estadual, as relações intergovernamentais no setor saúde assumiram um caráter nitidamente bipolar, sendo dirigidas pelo Ministério da Saúde e tendo como alvo preferencial a esfera municipal. Grosso modo, estima-se que cerca de 3.078 municípios tenham aderido a alguma condição de gestão da NOB 01 / 93 até 1996, tendo ocorrido nesse período uma forte expansão da oferta de serviços de base municipal, bem como significativa ampliação dos gastos de receitas próprias municipais com saúde¹⁰.

¹⁰ Segundo Faveret (2003), no período correspondente àquele aqui denominado municipalização autárquica (que coincide com a vigência da NOB 01/93), a participação municipal nos gastos próprios com saúde evoluiu de uma participação média de 12,8% em 1992 para 27,8% em 1996.

Em 1996, o Ministério da Saúde, agora sob o Governo de Fernando Henrique Cardoso, elaborou uma nova NOB. Diversamente da anterior, essa última reconhecia o “risco da atomização desordenada” dos sistemas municipais (BRASIL, 1996, p. 39), a necessidade de aperfeiçoar relações entre eles e um papel “mais importante” da esfera estadual como “promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais” (idem, p. 41). Criou, como instrumento para integração desses sistemas, a Programação Pactuada e Integrada, ou PPI, definindo as responsabilidades de cada município para com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde:

Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre os gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual (idem, p.48).

A NOB 01 / 96 provocou um intenso processo de descentralização, com incremento significativo das transferências globais para municípios e ampliação da proporção dos habilitados que chegavam, ao final do ano 2000, a cerca de 5.450 ou 99% do total. Entretanto, na formulação dos instrumentos para implantação dessa Norma Operacional, havia nítidas contradições que demonstravam dificuldades de romper as bases de auto-suficiência da esfera municipal. Em que pese o diagnóstico do risco de atomização, prescrevia-se que na pactuação das referências intermunicipais as negociações devessem “ser efetivadas

exclusivamente entre os gestores municipais” (idem, p. 40). Mais adiante, o afastamento de qualquer possibilidade de ordenamento das partes pelo todo – ou seja, de enquadramento da programação das ações municipais numa lógica de organização regional – foi consubstanciado na proposta de programação ascendente, onde os estados tinham o papel de buscar harmonizar a somatória de decisões locais:

...o município elabora sua própria programação, aprovando-a no CMS (Conselho Municipal de Saúde); o estado harmoniza e compatibiliza as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade direta, mediante negociações na CIB, cujo resultado é deliberado pelo CES (Conselho Estadual de Saúde) (idem, p. 48).

Embora tenham sido poucos os casos de implantação da PPI nesses moldes, entre os estados da federação, a eficácia dos incentivos financeiros aportados pela NOB 01 / 93 e, principalmente, pela NOB 01 / 96 aos municípios foi incontestável. Tal eficácia pode ser aferida sob dois pontos de vista distintos, embora relacionados. De um lado, pelas uniformidades produzidas quanto à estrutura de gestão constituída na esfera local, onde majoritariamente os municípios passaram a contar com fundos municipais e conselhos de saúde, a elaborar planos municipais e relatórios de gestão, além de montar estruturas organizacionais com relativa similaridade, uma vez diante da necessidade de atender às mesmas exigências normativas. De outro lado, produzindo uniformidades quanto à definição de prioridades ou escolhas políticas locais, na

medida em que alguns incentivos específicos foram instituídos – como os relacionados à adesão ao Programa de Saúde da Família ou PSF e à farmácia básica – ou novas exigências normativas foram sendo agregadas às já instituídas – como a criação do “Pacto de Atenção Básica”, por meio do qual as esferas subnacionais negociavam o cumprimento de metas propostas pelo Ministério da Saúde nesse nível de atenção.

Quanto à plausibilidade de que os incentivos desenhados no plano federal tenham atuado no sentido de conter o ímpeto dispersivo ou, até mesmo, irresponsável no que diz respeito ao encaminhamento de políticas de saúde locais, nesse estágio da descentralização, autores como Arretche (2003 e 2004) e Abrucio (2005) demonstram otimismo. Abarcam, em certa medida, a idéia que a engenharia institucional do SUS tenha produzido um equilíbrio promissor entre centralização da formulação de políticas e descentralização do processo de gestão. Tratar-se-ia “mais de aprofundar e amadurecer o uso dos instrumentos existentes e menos de redesenhar esta estrutura” (ARRETCHE, 2003, p.343). Por extensão, poder-se-ia inferir dessa posição que a conquista do ótimo social definido pela combinação entre acesso universal, igualitário e integral aos bens e serviços de saúde estaria na dependência das virtudes de eventuais desenhos de incentivos institucionais no plano federal.

Entretanto, a virada dos anos 90 para a década seguinte foi marcada pelo reconhecimento crescente e, até mesmo, oficial da emergência de um padrão irracional e conflitivo nas relações intergovernamentais no setor saúde.

Considerando o aspecto da racionalidade econômica, Mendes (2001) constatou a manutenção do padrão de “municipalização autárquica” a despeito do poder indutivo da NOB 01 / 96, transformando cada município num sistema fechado e produzindo deseconomias de escala, superposição e fragmentação dos serviços, com perda de qualidade dos mesmos. Segundo esse autor:

Nesse modelo, o município expande a atenção médica sem nenhuma articulação regional, pulverizando recursos públicos e gerando brutais ineficiências. Some-se a esse processo assistemático de fragmentação de equipamentos sanitários a perda de escala decorrente da municipalização autárquica e se terá, necessariamente, a implantação de sistemas ineficientes (p. 32).

Entre as ineficiências descritas empiricamente, esse autor parte da expansão da oferta pública de base municipal – articulando o crescimento dos estabelecimentos públicos entre 1992 e 1999, de quase 25%¹¹, com o crescimento da participação da esfera municipal entre esse segmento, de 69% para 92% – para em seguida relacionar um conjunto de evidências a partir de diversos estudos:

- ✓ Predominância dos hospitais de pequeno porte entre os vinculados ao SUS em todo o país – quase 60% deles apresentavam até 50 leitos (escala deficitária) em 2001 – com baixa taxa de ocupação (ociosidade), além do fato

¹¹ Ao passo que os privados apresentaram uma redução de 2,8% no período.

de que, nessa faixa, mais da metade das internações são sensíveis à atenção ambulatorial¹²;

- ✓ Expansão dos leitos hospitalares públicos na Bahia – passando de 2.935 em 1990 para 11.340 em 1997 – impulsionada pela disseminação de pequenos hospitais municipais, com baixas taxas de ocupação (ociosidade);
- ✓ Superposição de recursos de apoio diagnóstico na Microrregião de Saúde de Baturité, no Ceará.

Por outro lado, considerando o aspecto das relações intergovernamentais, Campos (2001) chamou atenção para o elevado potencial conflitivo produzido pelos próprios mecanismos de financiamento do SUS, uma vez que qualquer realocação de recursos para uma unidade da federação significava, necessariamente, seu remanejamento de outra unidade, a não ser na hipótese de um crescimento do volume global de recursos, fato bastante raro no caso do SUS. Concluiu, daí, que as regras estabelecidas pela NOB 01 / 96 não garantiram a construção de uma rede solidária de serviços de saúde:

A tendência verificada foi de disputas entre municípios pelos recursos e ausência real de garantias de acesso dos cidadãos aos serviços existentes em municípios com estrutura assistencial de maior complexidade tecnológica. Há que se reconhecer que a adoção de mecanismos de limitação de acesso de pacientes de outros municípios, ou mesmo seu total cerceamento (que até mesmo recebeu, entre os gestores, o significativo epíteto de “fechamento de fronteiras”), já

¹² O que significa que seriam desnecessárias ou evitáveis a partir da utilização de recursos assistenciais de custo significativamente mais baixo.

antecedia a NOB 96 (...) O débil papel reservado aos estados de apenas “harmonizar e compatibilizar as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade”, como já foi citado, aliado à ausência de instrumentos efetivos de realocação de recursos, uma vez estabelecidos os tetos municipais dos municípios na condição de gestão plena do sistema, contribui para a permanência e agudização dos conflitos entre os municípios... (p.100)

O viés conflitivo das relações horizontais entre municípios no setor saúde, aliás, mesmo sendo de ampla constatação em todos os cantos do país, consistia num problema evitado por lideranças municipalistas desde o início da implantação da NOB 01 / 93. Porém, as alegações de que se tratasse de comportamentos oportunistas isolados ou de uma fase incipiente a ser superada por uma evolução de uma “cultura democrática” ou “solidária” nas relações entre os municípios não resistiram ao seu crescimento com o passar dos anos. Na entrada da nova década, os comportamentos competitivos entre entes municipais passaram a ser considerados, por parte significativa dos gestores, como componente inerente à municipalização da gestão de saúde (TEIXEIRA, 2003; MINAS GERAIS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2004b).

Para os objetivos aqui propostos, a identificação desse padrão de relações intergovernamentais competitivas e predatórias é relevante na medida das suas repercussões na qualidade do acesso dos cidadãos brasileiros aos bens e serviços de saúde. Precisamente por tal padrão constituir uma ameaça à realização do estado de optimalidade social caracterizado anteriormente. Porém, nesse caso, percebemos tratar-se de uma ameaça distinta daquela que se

pretendia corrigir por meio dos mecanismos de controle público ou de incentivos financeiros federais. A omissão estratégica de uns em organizar seus sistemas municipais de saúde, a competição por recursos financeiros e técnicos ou, mesmo, a imposição de barreiras a cidadãos de outros municípios, distintamente do padrão de organização do sistema nacional de saúde anterior ao SUS, segmentava o acesso não mais sobre bases econômico-sociais¹³ da clientela. As restrições e desigualdades de acesso, agora apoiadas sobre bases geográficas, não mais estavam confinadas aos limites do comportamento isolado de cada gestor local de saúde, e portanto não se mostravam sensíveis a coerções e incentivos concebidos nesse sentido. Requeriam necessariamente a construção de relações cooperativas entre gestores locais sob a mediação de mecanismos que permitissem contornar irracionalidades na organização da rede assistencial e processar conflitos horizontais progressivamente disseminados.

1.2. Efeitos recíprocos entre políticas municipais

A identificação de comportamentos predatórios ou problemas de coordenação intergovernamental não constitui novidade na Ciência Política e nem mesmo nas análises produzidas do contexto da recomposição da Federação no Brasil pós-redemocratização (SERRA & AFONSO, 1999; ABRUCIO & SOARES, 2001; SOUZA, 2003; ARRETCHE, 2004; ABRUCIO, 2005). A propósito, muitas dessas

¹³ Representada pela clivagem entre os inseridos na economia formal, cobertos pela Previdência Social e que tinham direito à sua assistência médica, e os dela excluídos.

análises oferecem uma leitura mais abrangente das relações entre governos locais no campo das políticas públicas e seus condicionantes.

Segundo boa parte delas, o caráter predatório e não cooperativo dessas relações constituiu uma das marcas do Federalismo emergente da nova ordem constitucional brasileira. Tomando, de saída, a constatação de que estruturas federativas tornem mais complexos os problemas de coordenação governamental em função da multiplicação de pontos de veto¹⁴ às políticas nacionais, favorecendo superposição de competências e competição, Arretche (2004) apontou como agravante, no caso brasileiro, a combinação entre o baixo compromisso das esferas subnacionais com o equilíbrio fiscal e o elevado nível de autonomia política e financeira dessas. Nesse sentido a nova ordem constitucional não dispôs de salvaguardas para evitar que municípios, assim como estados, assumissem comportamentos fiscais irresponsáveis, especialmente no que se refere aos limites de gastos e endividamento, e manobrassem no sentido de transferir tal ônus para o conjunto dos demais ao pleitearem medidas para cobrir rombos ou o perdão de dívidas junto à União (SERRA & AFONSO, 1999).

Como produto da acomodação de tendências centrífugas, o caso brasileiro seria ilustrativo de um *Federalismo compartimentado* (ABRUCIO, 2005) onde cada nível de governo exerce suas responsabilidades específicas sem incentivos para construção de soluções compartilhadas. Pelo contrário, a elevação dos municípios

¹⁴ Aspecto explorado por TSEBELIS (2002) e LIJPHART (2003).

ao status de ente federativo, não obstante peculiaridades¹⁵ nesse sentido, estimulou dirigentes locais a defenderem sua jurisdição como unidade legítima e isolada das demais, voltando-se exclusivamente para si na definição de objetivos e na busca dos meios para sua satisfação. Nesse sentido a autarquização da esfera municipal nos primeiros anos de vigência da nova Constituição não foi uma tendência interna às políticas de saúde.

Mas, além da nova distribuição de responsabilidades e meios no novo desenho federativo, a compreensão de comportamentos auto-referenciados requer a agregação de um componente motivacional que ofereça micro-fundamentos para escolhas dos dirigentes locais. Nesse sentido a extensão da premissa adotada no modelo analítico de Arnold (*apud* ANASTASIA & MELO, 2002) para análise da lógica da ação congressual – segundo a qual legisladores se orientam pelas alternativas que maximizam suas chances de reeleição – às escolhas no Executivo abre uma nova perspectiva. Se partirmos do entendimento que escolhas de dirigentes municipais são orientadas pelo sucesso eleitoral¹⁶, podemos postular que irracionalidades ou conflitos relacionados ao acesso a bens e serviços públicos ofertados, típicos do municipalismo autárquico na saúde, estejam relacionados a perturbações na sua capacidade de barganha eleitoral. A expansão irracional da oferta de serviços ou o fechamento das fronteiras sanitárias a cidadãos de outros municípios sugerem que o acesso a bens públicos de saúde

¹⁵ Diferentemente dos estados e da União, não possuem poder judiciário, nem compõem uma câmara federativa (similar ao Senado Federal) no plano estadual.

¹⁶ Seja ele representado pelo seu projeto de reeleição, de manutenção da sua coalizão no poder mediante eleição de um sucessor aliado ou de sua própria eleição a outro mandato público, seja ele majoritário ou não.

tenha sido entendido pelos gestores locais como importante objeto de barganha junto a potenciais eleitores. Mas objeções podem ser levantadas a essa interpretação, uma vez que tais bens, exatamente pela destinação pública, ou seja, de acesso ilimitado, não poderiam ser providos de forma seletiva, funcionando como moeda de troca. Mas dois argumentos pesam em contrário.

Em primeiro lugar, com base na definição de Scharpf (1997), serviços de saúde não se enquadrariam entre bens públicos típicos, definidos como aqueles em que o consumo por parte de uns não afeta a probabilidade de ser consumido por outros, o que ocorre na transmissão de sinais de rádio ou na segurança pública. Precisamente eles se enquadrariam numa categoria intermediária, denominada *congested public goods*, indicando que embora em princípio disponíveis a qualquer um, a partir de determinado limiar a utilização por uns implica restrições ao consumo por outros, dado que os meios de produção são limitados (horas de trabalho dos médicos, equipamentos, insumos, dentre outros). Daí, governantes e eleitores, não raro, interagem segundo o entendimento de que o acesso dos últimos depende de concessões dos primeiros.

Em segundo lugar, a farta identificação de padrões de relação patrimonialistas e clientelistas nos serviços públicos, seja na literatura nacional ou internacional, sugere a cristalização, mais ou menos abrangente, de padrões recorrentes onde os parâmetros de cálculo de governantes e eleitores aproximam-nos das relações entre fornecedores e clientes, também reforçando a plausibilidade de que bens públicos de saúde possam ser entendidos como objeto de barganha eleitoral.

Considerados esses aspectos, supõe-se que a ampliação da oferta de bens e serviços públicos sob controle dos dirigentes municipais, sem taxação dos potenciais eleitores e, portanto, sem ônus político direto, tenha oferecido aos dirigentes municipais oportunidades significativas para alargar seu espaço de barganha eleitoral. A FIGURA 3, abaixo, representa os estímulos para a ampliação da oferta de serviços segundo esse cálculo.

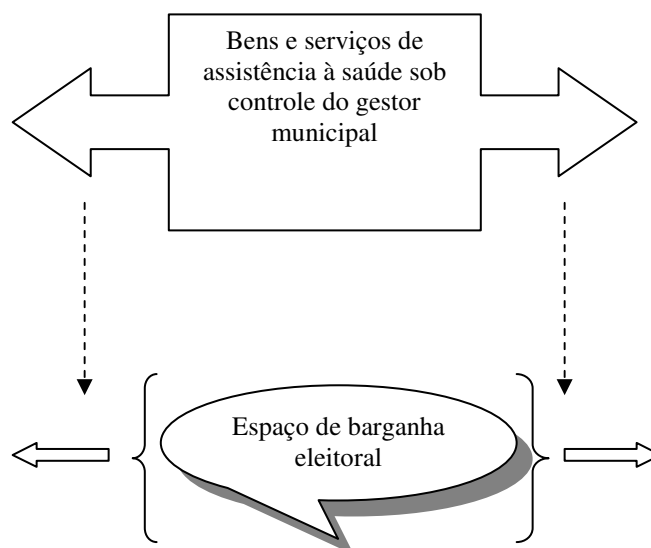


FIGURA 3 - Expansão da oferta local de serviços de assistência à saúde e alargamento do poder de barganha eleitoral

Note-se, aqui, a consistência dessa suposição com os elementos empíricos apresentados por Mendes (2001) anteriormente, ao apontar a expansão irracional da oferta de serviços nos anos 90. Sem justificativas econômicas ou técnicas

razoáveis, resta a suposição de que a motivação primordial teria sido o atendimento a demandas estritamente eleitorais.

No entanto, a busca paralela de soluções para a expansão da oferta de serviços, nesse contexto, esbarrou num elevado nível de interdependência entre os sistemas municipais de saúde. E não por acaso, uma vez que o setor saúde apresenta características que potencializam as interferências recíprocas entre políticas conduzidas no âmbito interno a cada jurisdição. Nesse particular, pelo menos duas ordens de efeitos são dignas de menção.

Em primeiro lugar, movimentos de expansão ou retração da oferta de serviços para cidadãos no âmbito de uma jurisdição isolada tendem a afetar as oportunidades de acesso de cidadãos de outros municípios, na medida em que esses disponham de mobilidade, uma vez que o SUS é um sistema universal e que, portanto, não comporta barreiras ao acesso. A partir daí, considerando a natureza “congestionável” dos bens públicos de saúde, pode-se inferir que a procura de pacientes “de fora” por serviços implantados num determinado município tenda a reduzir as probabilidades de que sua própria população possa usufruir satisfatoriamente dos mesmos. Portanto, o manejo da oferta de bens e serviços de saúde por parte de um dirigente municipal não afeta apenas as condições de acesso da população que o elegeu. Tentativas, muitas vezes bem sucedidas, de “fechar as fronteiras” para cidadãos de outros municípios, por meio de estratégias mais ou menos informais, buscam atingir o objetivo de anular os

efeitos externos da oferta de serviços próprios, reservando-os para sua população própria ou, mais que isso, para seu eleitorado potencial.

Em segundo lugar, no caso de certos fatores necessários à produção de serviços, a incorporação por uma jurisdição tende a afetar as possibilidades de que outras também consigam fazê-lo. Isso é verdade para diversos elementos como segmentos da força de trabalho especializados ou que, mesmo não o sendo, apresentem baixos níveis de oferta no mercado de trabalho. Outro exemplo da competição por recursos, já explicitado anteriormente por Campos (2001), refere-se aos recursos financeiros distribuídos pelas esferas de governo estadual ou federal, onde acréscimos de valores ao teto financeiro reservado a um município geralmente se fazem às expensas de algum outro.

Ora, já há algum tempo a produção de efeitos recíprocos dessa natureza – também denominadas *spillovers* ou externalidades – se insere no âmbito de estudos do Federalismo Fiscal (OATES, 1999; INMAN & RUBINFELD, 1999; HAHN et alii, 2004). Tais efeitos, no caso em questão, poderiam perturbar as possibilidades de sucesso eleitoral por parte de dirigentes municipais, nos termos da FIGURA 3, gerando incerteza ou restringindo seu espaço de barganha eleitoral, tal como visualizado na FIGURA 4 a seguir. Por conseqüência, se o zelo pelo espaço de barganha eleitoral é passível de imputação universal entre dirigentes municipais, é plausível supor os riscos de que estratégias defensivas destinadas ao favorecimento de seus potenciais eleitores provoquem uma instantânea

contaminação geral, independente de convicções ideológicas, políticas ou sanitárias dos gestores.

Desse ponto de vista, relações intergovernamentais predatórias e não cooperativas poderiam ser entendidas como adaptações estratégicas defensivas dos dirigentes, considerando incertezas decorrentes do entrecruzamento de suas demandas eleitorais com a interdependência dos sistemas municipais de saúde.

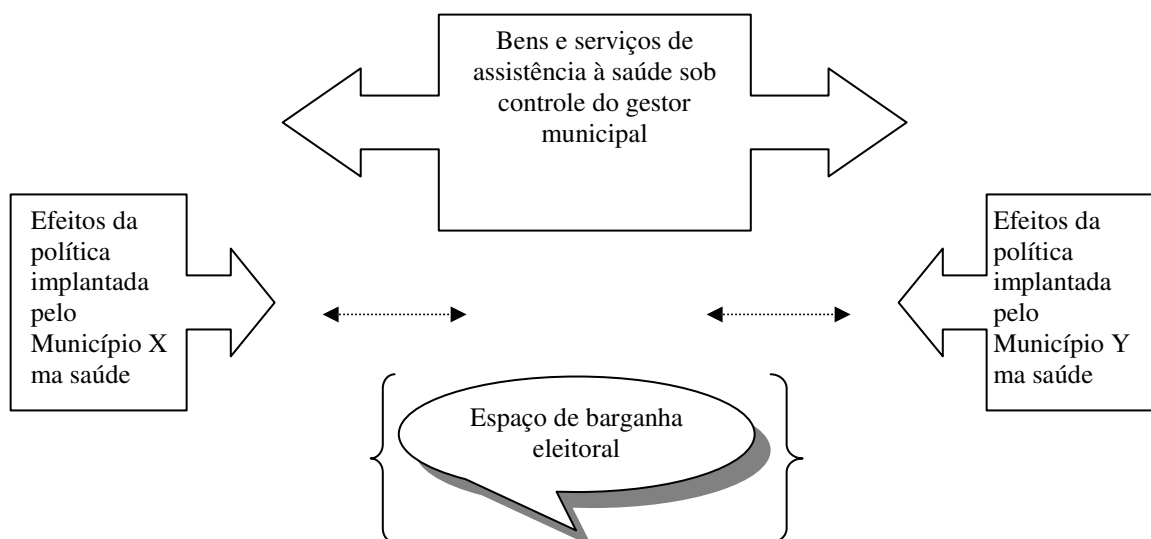


FIGURA 4 - Efeitos inter-jurisdicionais dos municípios X e Y sobre o espaço de barganha eleitoral de um gestor municipal

Nossa questão aqui se dirige ao ponto em que, sob políticas públicas descentralizadas, como no caso do SUS, conflitos estratégicos entre gestores locais produzam distorções alocativas a ponto de comprometer objetivos nacionais

decorrentes de escolhas coletivas quanto à qualidade do acesso aos bens e serviços de saúde. Nos termos propostos por Oates (1999):

In such settings (in which there is strategic interaction among the jurisdictions), we find that outcomes can easily occur that involve suboptimal levels of public outputs (...). There seem to be some basic efficiency-enhancing aspects of interjurisdictional competition, but there are clearly a range of “imperfections” that can be the source of allocative distortions. The real issue here is the magnitude of these distortions. Are we dealing with minor deviations from efficient outcomes – or does such competition produce major welfare losses? (p. 1136).

Conflitos estratégicos poderiam resultar na emergência de barreiras de acesso por parte de municípios com melhores níveis de oferta de serviços ou na adoção de estratégias do tipo “*free-rider*” por parte de municípios em situação oposta ou interessados em investir em outros meios de barganha eleitoral, sacrificando objetivos finalísticos do SUS, seja por segmentar o acesso, ferindo a universalidade e a igualdade, seja por dificultá-lo, no caso de atendimentos de maior complexidade tecnológica, ferindo a integralidade.

Mas, se, no caso do SUS, a competição inter-jurisdicional sob a municipalização autárquica levou ao desvirtuamento dos requerimentos do ótimo de acesso, é também verdade que sua superação foi objeto de iniciativas importantes no sentido de integrar os entes municipais na gestão regional das políticas de saúde, combinando a descentralização com a realização daqueles. Esse será o foco do próximo capítulo.

2. INICIATIVAS DE DESFRAGMENTAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

Neste capítulo descreveremos um segundo movimento iniciado, principalmente, a partir da segunda metade dos anos 90 e estendido aos primeiros anos da década atual, caracterizado por iniciativas visando superar a fragmentação da gestão municipal no setor saúde por meio de arranjos de caráter regional: de um lado, os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), buscando imprimir racionalidade econômica ao lidar com problemas de escala de produção; de outro, a Pactuação Regional induzida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde¹⁷ (NOAS), buscando imprimir racionalidade sistêmica na garantia da integralidade da atenção à saúde e da equidade do acesso. Entretanto constatamos indícios de que os resultados produzidos sob ambos os arranjos sejam, ainda, insuficientes ou limitados para superar a fragmentação da gestão, comprometendo em grande medida a realização do direito à saúde nos termos fixados nacionalmente. Questionaremos, por fim, a possibilidade de compatibilizar as duas exigências constituintes do SUS, ou seja, garantir um *ótimo* social estabelecido nacionalmente e gerir os meios para tal de forma descentralizada.

¹⁷ A NOAS foi editada em 2001 e reeditada em 2002, tendo como objetivo de constituir sistemas funcionais de saúde de caráter regionalizado – portanto, formando uma rede intermunicipal de referência e contra-referência de pacientes – a fim de garantir o acesso a todos os níveis de complexidade assistencial e minimizar diferenças de acesso de forma a promover a equidade.

2.1. Fragmentação da gestão e irracionalidades

As irracionalidades resultantes da pulverização da gestão da saúde sob a municipalização autárquica se manifestaram tanto do ponto de vista da economia no processo de produção de serviços quanto do ponto de vista do seu impacto sobre a qualidade do acesso dos usuários.

Quanto ao primeiro aspecto, a irracionalidade econômica esteve relacionada ao desperdício de recursos e às ineficiências decorrentes de perdas de escala. Grande parte dos recursos alocados sob a gestão municipal foi dirigida à ampliação da capacidade instalada de serviços que, em decorrência da produção em baixa escala, apresentavam elevado custo unitário. Em muitos casos tais serviços, além de deficitários, eram subutilizados, uma vez concebidos para atender uma demanda inexistente. Um reflexo importante da irracionalidade econômica se projetou sobre a própria qualidade do produto ofertado: uma vez que o setor saúde supõe a utilização intensiva de força de trabalho especializada, a qualidade dos serviços depende em grande monta da ocorrência de níveis quantitativos que favoreçam o treino e o desenvolvimento técnico, requisito inexistente na maioria dos novos serviços ofertados pelos municípios.

Em outros casos, dados os elevados custos de investimentos necessários à ampliação da capacidade instalada, especialmente no caso de pequenos municípios, os serviços de maior complexidade simplesmente não eram ofertados, não havendo canal institucionalizado para o encaminhamento de pacientes que

deles necessitassem dentro do sistema público de saúde. Esse último caso implicava, por sua vez, a produção de uma irracionalidade sistêmica, dado que produzia restrições de acesso a procedimentos de média e alta complexidade no contexto da rede assistencial do SUS, quadro que veio se agravar à medida que populações nessa condição passavam – por iniciativa própria ou induzida pelas próprias administrações municipais a que se vinculavam – a buscar acesso em outras municipalidades com concentração de serviços de maior complexidade. Nesse contexto de estruturação do padrão de relações intergovernamentais marcado pela intensificação das, já mencionadas, estratégias competitivas entre os municípios, não foram raros os casos em que parcela expressiva de brasileiros foi excluída do acesso a serviços de maior complexidade, o que foi reforçado pelo notório esvaziamento técnico e baixa capacidade de coordenação das Secretarias de Estado da Saúde.

Diante dessas duas ordens de problemas as iniciativas de desfragmentação da gestão do SUS aqui descritas tiveram origem, motivação e bases institucionais bastante distintas. De um lado, tendo se afirmando nos anos 80 e se expandido nos 90, os Consórcios Intermunicipais de Saúde se apoiaram na busca da racionalidade econômica, introduzindo a possibilidade do compartilhamento dos custos e benefícios produzidos por serviços de referência para um determinado conjunto de municípios, gerando ganhos de escala compatíveis com patamares superiores de eficiência e eficácia. De outro, a partir dos primeiros anos da década seguinte, a Pactuação Regional se destinou a estabelecer uma racionalidade

sistêmica, integrando os vários municípios em sistemas regionalizados com objetivo de garantir acesso equânime e integral aos serviços de saúde, valendo-se de mecanismos de transferências federais no SUS para compensar as responsabilidades ampliadas para municípios que passavam a operar como referências regionais.

A seguir apresentamos cada uma das iniciativas de desfragmentação da gestão do SUS, porém apontando críticas e inconsistências que – explicitamente ou não – foram formuladas por gestores, técnicos de instituições ligadas ao SUS ou, ainda, pesquisadores, sugerindo algum nível de comprometimento na realização dos princípios finalísticos que compõem o ótimo de acesso preconizado pelo SUS. Tais críticas e inconsistências, por sua vez, lançam dúvida sobre a plausibilidade de que a gestão descentralizada possa se tornar uma opção viável para a realização daqueles princípios fixados no plano nacional, quanto mais considerando tratar-se de um setor com elevado nível de externalidades e interferências recíprocas, como é o caso da saúde.

2.2. Racionalidade econômica e Consórcios Intermunicipais de Saúde

Figura admitida inicialmente, na história da Administração Pública Brasileira, no texto da Constituição de 1937, o consórcio significa a associação de dois ou mais entes de mesma natureza para alcançar fins comuns. No setor saúde, entretanto, apenas no ano de 1986 foi registrado o funcionamento do primeiro CIS,

constituído na microrregião em torno do Município de Penápolis, no Estado de São Paulo. Embora previsto nas Leis 8.080 / 90 e 8.142 / 90, como iniciativa facultada aos municípios, os CIS não resultaram de uma política nacional implementada no setor, ainda que no ano de 1994 tenha sido elaborada, no âmbito do Ministério da Saúde, uma proposta de incentivo para municípios consorciados, que efetivamente não chegou a ser implantada. Não obstante, em 1997, foi definido como uma das “estratégias essenciais para a melhoria da qualidade dos serviços” (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997b, p. 5) no Plano de Ações e Metas Prioritárias elaborado pelo Ministério da Saúde para o período 1997 / 1998.

De outro lado na esfera estadual, embora de forma diferenciada, as Secretarias de Saúde tiveram um papel relevante na organização dos CIS. Embora o estado de Minas Gerais seja o caso mais emblemático nesse sentido, tendo a implantação dos CIS se tornado uma política de governo com recursos próprios e ação ostensiva (RIBEIRO & COSTA, 2000; MENDES, 2001), em várias outras unidades da federação também se prestou apoio à constituição dos CIS, tais como no Paraná, Santa Catarina, Mato Grosso e, em certos momentos, em São Paulo e Rio de Janeiro. Confirmando esse envolvimento, Ribeiro & Costa (2000) identificaram entre os principais traços nacionais dessa experiência a “indução e eventual financiamento de governos estaduais a etapas da construção dos consórcios” (p.176). Lima & Pastrana (2000) constataram que em cerca de 53% dos CIS existe a cooperação direta das Secretarias de Estado.

A expansão dos CIS, num primeiro momento, foi discreta, tendo sido influenciada pela divulgação nacional da experiência de Penápolis por grande parte dos adeptos do municipalismo na saúde e graças à simpatia pela idéia por parte do então Ministro da Saúde, Adib Jatene, que a defendeu em seu discurso à IX Conferência Nacional de Saúde como estratégia para imprimir racionalidade à municipalização da saúde. Num segundo momento, especialmente a partir da segunda metade dos anos 90, houve uma ampliação intensa dos CIS, exatamente quando impulsionados pela atuação de algumas Secretarias de Estado da Saúde.

A grande vantagem oferecida pelos CIS, segundo seus defensores, estava justamente na racionalidade da economia de produção dos serviços, obtida por meio dos ganhos de escala na realização dos procedimentos de maior densidade tecnológica. Vale acrescentar que tal racionalidade também se manifestava de outras formas, como na viabilização de investimentos penosos para um município isolado ou, ainda, evitando a dispersão de recursos financeiros, humanos e materiais que levaria à superposição de esforços voltados para os mesmos fins, sem produção dos resultados esperados (MINAS GERAIS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1997; BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997b).

Identificando essas vantagens, grande parte dos dirigentes municipais, especialmente das cidades de pequeno porte, passaram a projetar benefícios que, isoladamente, não seriam capazes de proporcionar aos seus cidadãos nos marcos de um comportamento auto-suficiente então predominante. Os ganhos no âmbito de cada jurisdição municipal ficavam óbvios à medida que se percebia que, com

os mesmos recursos, e desde que associados, os municípios poderiam dispor de maior acesso aos bens e serviços de saúde. Faltava a criação de um mecanismo que pudesse coordenar o trabalho de arrecadação das contribuições de cada um e gerenciar a produção ou compra conjunta dos serviços a serem disponibilizados. Tal mecanismo, predominantemente, no caso brasileiro, significou a constituição de uma terceira entidade jurídica que, via de regra, assumiu a forma de uma sociedade civil de direito privado.

A opção por essa entidade jurídica distinta dos participantes se deu na medida em que o consórcio era concebido como associação entre entes públicos de mesma natureza que, por sua vez, não poderiam agir em conjunto em atividades intermunicipais ou regionais, senão por meio daquela. Tornaram-se unidades de auxílio e cooperação para com as unidades políticas que o integram (MINAS GERAIS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1997), assumindo natureza privada, uma vez que só recentemente foi aprovada Lei regulamentando a contratação de consórcios públicos¹⁸.

¹⁸ A Lei 11.107, de 06/04/2005, admite que os consórcios se constituam como associação pública ou como pessoa jurídica de direito privado, sendo em ambos casos constituídos por contrato e integrando a administração indireta de todos os entes da federação consorciados. A Lei prevê que o protocolo de intenções, assinado como condição para celebração do contrato pelos participantes, deva estabelecer critérios para autorizar o consórcio a representar os entes da federação envolvidos, bem como estabelecer as regras para votação nas assembleias gerais, inclusive o número de votos atribuídos a cada ente, entre outros aspectos. Os consórcios públicos devem observar estritamente as normas de direito público para licitação, celebração de contratos, prestação de contas, contratação de pessoal e outras exigências afins. Os entes consorciados somente poderão repassar recursos ao consórcio público mediante contrato de rateio onde seja formalizado, para cada exercício financeiro, previsão de gastos. Entes consorciados que não consignarem, em lei orçamentária ou créditos adicionais, dotações suficientes para suportar o contrato de rateio, poderão ser excluídos do consórcio.

Formalmente, os CIS basearam-se numa relação de igualdade entre os entes associados, preservando a autonomia de cada um e não admitindo subordinação hierárquica a qualquer dos parceiros ou à entidade administradora. Devendo atuar de forma estreitamente relacionada às demandas emanadas dos associados, os CIS não poderiam configurar nova instância no âmbito do estado, intermediária entre esse último e o município (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997b). Esse aspecto explica, em certa medida, a simpatia de grande parte dos municipalistas da saúde à sua proposição, uma vez que não implicava concessão às posições que defendiam a re-centralização de funções de coordenação, diante de eventuais irracionalidades intrínsecas ao estágio da municipalização autárquica. Pelo contrário, o funcionamento dos consórcios seria a prova cabal da capacidade de auto-organização dos municípios e, daí, do quão dispensável seria o papel coordenador das esferas de governo superiores, em especial a estadual:

Dessa forma, preservando a decisão e a autonomia política dos governos locais, difere significativamente de processos de distritalização realizados “de cima para baixo”, por vezes à revelia ou mesmo contrários aos interesses desses governos. A questão fundamental é que o consórcio, diversamente dessas propostas, baseia-se numa relação de iguais entre os municípios e não hierárquica, preservando a decisão e a autonomia política dos governos locais (...) De modo resumido, podemos destacar que os consórcios tendem a substituir responsabilidades tradicionalmente concentradas na esfera do gestor estadual e promover um maior ordenamento na utilização dos recursos disponíveis e reforçar o papel do município na elaboração e gestão da política de saúde como um todo (MINAS GERAIS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1997, p. 10 e 12).

Note-se que embora essa posição tenha sido apoiada por parte dos sanitaristas e por entidades como o Instituto Brasileiro de Administração Municipal – IBAM (1991), curiosamente, o trecho acima reproduz parte de documento da própria Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, o que vêm corroborar um outro aspecto levantado por Ribeiro & Costa (2000), ao se referirem às questões sugeridas por diversos estudos realizados sobre os CIS, qual seja, de que induziriam uma “auto-exclusão dos governos estaduais (por desinvestimento, desinteresse político), remetendo aos municípios as funções de regionalização e hierarquização da assistência à saúde” (p. 176). Seja como for, é, no mínimo, paradoxal que as Secretarias Estaduais de Saúde tenham se constituído num dos principais elementos difusores e de sustentação dos CIS.

Quanto à sua estrutura organizativa, os CIS apresentam variações, embora via de regra mantenham a seguinte composição:

- Um conselho diretor ou conselho de municípios, geralmente formado pelos Prefeitos embora, em alguns casos, pelos Secretários Municipais de Saúde, colocando-se como seu órgão decisório máximo;
- Um conselho fiscal, geralmente constituído por representantes de Conselhos Municipais de Saúde dos entes associados;
- Um conselho técnico executivo, geralmente formado pelos Secretários Municipais de Saúde, ao qual se vincula o Secretário Executivo do

consórcio (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997b; MINAS GERAIS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1997).

Esse último componente se constitui numa figura estratégica, com atribuições para coordenar a execução das atividades do CIS e sua estruturação interna, mantendo considerável acúmulo de poder e informações. A FIGURA 5, abaixo, representa esse padrão geral de organização dos CIS.

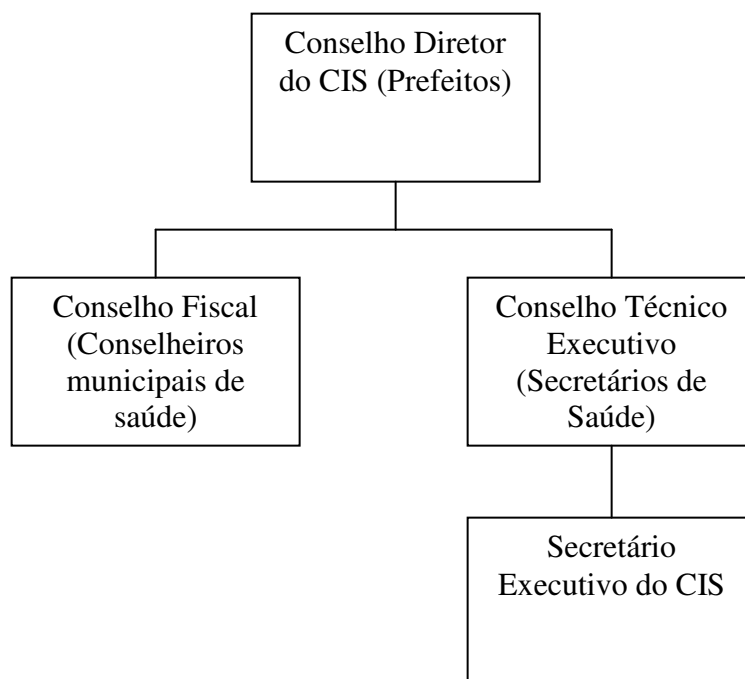


FIGURA 5 – Estrutura organizativa básica de um CIS.

Quanto à finalidade dos CIS, constituía lugar comum afirmar que deveriam atuar de forma integral. Algumas das poucas ressalvas vindas do Ministério da Saúde (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997b) foram dirigidas especificamente à atenção básica, “uma responsabilidade inerente ao poder municipal” (p.10), e ao poder de polícia da vigilância sanitária. Porém, de modo geral, a visão da incorporação da integralidade das ações de saúde à finalidade dos CIS foi amplamente defendida:

...uma associação entre municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações (...) mesmo ao buscar essa forma de associação para solucionar questões específicas, como urgências e emergências, os gestores municipais devem ter como perspectiva a integralidade das ações (idem, p.8/11).

Praticamente todas as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde concebidas para um Sistema Municipal de Saúde ou para um Distrito Sanitário poderiam ser desenvolvidas através do consórcio (IBAM, 1991, p.131).

Na área de saúde, o consórcio é a associação entre municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações (MINAS GERAIS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1997, p.10).

Se chegassem a fazê-lo, de fato, os CIS poderiam significar um passo no sentido de que a livre associação entre municípios autônomos, voltada para a superação de problemas de eficiência econômica no âmbito da produção de bens e serviços (economia de escala e maximização de recursos existentes), levasse a um

reordenamento geral das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, ou seja, do modelo de atenção à saúde de forma integral.

Além disso, é bem verdade que, em tese e sob a premissa explicitada por meio da FIGURA 3 – segundo a qual dirigentes municipais interessados no seu sucesso eleitoral agiriam no sentido da ampliação da oferta de serviços – os CIS teriam relativa viabilidade política, uma vez atendendo a essa última finalidade. Daí a expectativa de que a reorganização da gestão dos sistemas de saúde com base nesse arranjo atendesse, simultaneamente, às condições de maior eficiência e pareto-optimalidade, visto que essa última condição requer, no caso, melhorar a condição de muitos cidadãos, privados do acesso a certos tipos de serviços por problemas de ineficiência econômica, sem piorar as condições de outros agentes, incluindo aqui dirigentes municipais interessados na reeleição.

A identificação dos CIS a uma condição de pareto-optimalidade é compartilhada por Teixeira et alii (2002):

... (os CIS) podem trazer significativas economias de escala, o que possibilita uma provisão Pareto-superior de serviços de saúde especializados, otimizando, assim, o uso de escassos recursos públicos. Dessa forma, as debilidades decorrentes da municipalização autárquica, em que cada município se organiza separadamente, são superadas e evolui-se para a microrregionalização cooperativa, na qual os municípios se articulam, solidariamente, por meio, inclusive, da formação de consórcios intermunicipais de saúde (p. 1).

Além de ser evocado enquanto instrumento para redefinição global do modelo de atenção à saúde, atendendo “aos municípios na universalidade, na equidade e na integralidade preconizados pelo SUS” (MINAS GERAIS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1996), outra função lembrada reincidentemente como vantagem dos CIS foi de produzir uma visão regional dos problemas de saúde e dos recursos para enfrentá-los, favorecendo o desenvolvimento de um planejamento integrado que incluísse, até mesmo, funções de controle e avaliação de resultados (IBAM, 1991; MINAS GERAIS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1997). Entretanto a concretização dessa visão regional abriria a possibilidade de que, num certo sentido, pudesse conflitar com uma visão particular de determinados entes associados, tal como no caso de medidas compensatórias e redistributivas entre os mesmos, sacrificando interesses individuais em favor de ganhos para a região como um todo e indo além dos interesses comungados igualmente por todos. Se desenvolvida essa última função, os consórcios provavelmente redundariam na constituição de uma arena política regionalizada, cuja agenda incluiria temas conflitivos com mecanismos decisórios incluindo regras de maioria, extrapolando processos de cooperação tipicamente fundados no interesse comum. Portanto, trata-se de uma tendência que efetivamente não se afirmou no caso dos consórcios de saúde.

Relacionadas algumas linhas gerais de atuação dos CIS, a questão central para este trabalho é a reflexão sobre em que medida teriam conseguido, efetivamente, superar distorções produzidas pela municipalização autárquica e produzir – mais

que um ótimo de Pareto – um ótimo de acesso nos termos definidos constitucionalmente no plano nacional, combinando universalidade, igualdade e integralidade. Mas, sob esse ponto de vista, alguns elementos parecem, a princípio, problemáticos.

Em primeiro lugar, há um problema de consistência lógica entre a idéia do CIS como associação voluntária entre municípios autônomos e o caráter compulsório da garantia do acesso universal a bens e serviços de saúde, independente do município de residência. Uma associação voluntária é uma contingência política, podendo se viabilizar e perdurar ou não. É uma entidade na qual municípios podem ser introduzidos ou excluídos – por exemplo, caso “tenham deixado de incluir, no orçamento de despesas, a dotação devida ao Consórcio ou, se incluída, deixado de efetuar o pagamento” (MINAS GERAIS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1997, p. 78). Ora, a concretização do direito universal de acesso aos serviços públicos de saúde, garantido nacionalmente, implicaria que todos os municípios brasileiros se consorciassem e assim se mantivessem compulsoriamente, à revelia do caráter voluntário da associação. Portanto, para que se tornasse uma realidade, a garantia de acesso à atenção à saúde como direito inalienável não poderia depender de uma associação voluntária entre entes de governo municipais.

Em segundo lugar, se o direito de acesso é também igualitário e integral, o problema de consistência lógica se torna ainda mais agudo. Caso consideremos que “não há um consórcio igual ao outro, assim como não há dois municípios

iguais” e que “cada conjunto de municípios constrói seu consórcio com características próprias decorrentes das peculiaridades e dificuldades da região e de cada um dos consorciados” (IBAM, 1991, p. 129), como assegurar que todo e qualquer cidadão brasileiro tenha igualmente acesso integral a todos os bens e serviços de saúde necessários, independente do CIS ao qual o seu município de residência se vincule?

Nesse caso, mesmo que todos os municípios brasileiros se vinculassem aos CIS e se mantivessem associados, estaríamos substituindo o municipalismo autárquico por um “*consorcialismo autárquico*”, visto que perduraria a fragmentação de gestão entre vários sub-sistemas autônomos e desarticulados entre si. O risco de autonomização dos CIS foi, aliás, sugerido por Misoczky (1998), que apontou a necessidade de sua submissão, não apenas a mecanismos de controle horizontal, como os Tribunais de Contas, mas também a mecanismos de controle vertical com a presença de usuários. Intuíva que a incorporação de tecnologias e serviços poderia se mostrar permeável a pressões locais de grupamentos médicos, sem critérios que conduzissem a uma articulação entre os próprios CIS, reproduzindo a fragmentação de gestão para agregados de municípios.

Em terceiro e último lugar, cabe destacar que as suspeitas de que os CIS não contribuíram efetivamente para realizar o ótimo de acesso preconizado pelo SUS são reforçadas, em certa medida, pela justificativa apresentada formalmente pelo Ministério da Saúde no ano de 2001 – com concordância explícita do Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional

de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) – para a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde / NOAS.

Nessa justificativa, baseada num balanço da situação de implantação do SUS no país, onde os CIS já apresentavam abrangência expressiva – chegando no ano de 2000 a algo em torno de 141 associações, cobrindo um total de 1.618 municípios e uma população agregada estimada em 25.376.829 habitantes (LIMA & PASTRANA, 2000) – constata-se, ao invés de alguma reversão ou atenuação do problema, o aprofundamento das segmentações geográficas e sociais do ponto de vista da garantia do direito constitucional à saúde. Ao constatar, textualmente, a ampliação do risco de atomização dos sistemas municipais e implantação de barreiras de acesso, a justificativa reafirma a necessidade de:

... superar as restrições burocráticas de acesso e garantir a universalidade e a integralidade do SUS, evitando a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e a conseqüente atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos (BRASIL, 2001b, p. 2).

Ora, endossada pelos conselhos representativos dos secretários estaduais e municipais de saúde, o texto da NOAS 01 / 2001 implica, no mínimo, reconhecer o baixo impacto dos CIS na reversão do quadro de fragmentação produzidos sob a municipalização autárquica.

Tais problemas – de consistência lógica ou empírica – reforçam suspeitas de que os CIS, enquanto instrumentos de desfragmentação da gestão do SUS capazes de produzir notórios ganhos de escala e eficiência econômica, não tenham caminhado efetivamente no sentido de promover ou mesmo influenciar significativamente o acesso no sentido da universalidade, igualdade e integralidade dos bens e serviços de saúde.

2.3. Racionalidade sistêmica e Pactuação Regional

O segundo movimento favorável à desfragmentação da gestão dos sistemas de saúde foi o processo de regionalização das redes assistenciais coordenado pelo Ministério da Saúde a partir da implantação da NOAS que, embora inicialmente publicada em 2001, veio a ser revisada no ano de 2002, após reabertura de negociações junto ao CONASS e ao CONASEMS. Mesmo previsto no texto da Constituição de 1988 – onde em seu artigo 198 se lê que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 1988, p. 97) – e inserida no artigo 7º da Lei 8.080 / 90, entre os princípios e diretrizes do SUS, o encaminhamento da regionalização foi praticamente abandonado nos anos 90. Com a NOAS foi retomado de tal forma que, distintamente dos CIS, o foco recaiu sobre a racionalidade sistêmica no sentido de assegurar a conquista da equidade e da integralidade do acesso aos bens e serviços de saúde.

É verdade que a NOB 01 / 96, publicada cinco anos antes, já previa que as atividades de programação da atenção à saúde e concomitante alocação de recursos formalizariam referências intermunicipais para atendimentos que ultrapassassem o nível de complexidade básica, constituindo uma “rede regionalizada e hierarquizada de serviços” (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997a, p. 13). Mas, como já mencionado no capítulo anterior, a implantação do principal instrumento instituído para esse fim, a Programação Pactuada e Integrada ou PPI, não avançou de modo significativo num contexto ainda marcado pela versão sanitária do municipalismo autárquico.

Fato é, que a formulação da NOAS – por iniciativa do Ministério da Saúde, embora pactuada com o CONASS e o CONASEMS – assumiu explicitamente a regionalização como macro-estratégia para promover a equidade na alocação de recursos e o acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a). Para tanto, operou uma verdadeira reengenharia institucional e política, introduzindo novos instrumentos de gestão e reformulando os já existentes.

Para impulsionar a implantação da NOAS, o Ministério da Saúde lançou mão do poder indutivo dos incentivos, via transferência de recursos federais para estados e municípios, tal como em normas operacionais anteriores. Esse aspecto tem importância central, em que pese o fato de que a Emenda Constitucional 29 – aprovada em 2000 – tenha definido que o financiamento do SUS seja uma

responsabilidade das três esferas de governo¹⁹, pois não se pode negligenciar a estreita dependência das transferências federais para o desenvolvimento da atenção à saúde por parte de estados e municípios²⁰. Assim, concentrando receitas e poder normativo para desenhar regras de transferências de recursos²¹, o Ministério da Saúde dispôs dos meios necessários para que estados e municípios convergissem numa nova direção, em que pese o estágio de pulverização da gestão com os rumos assumidos pela descentralização do SUS. O processo de mudança institucional implantado a partir da NOAS apoiou-se basicamente sobre três componentes.

O primeiro deles foi a vinculação da habilitação dos estados à elaboração prévia de um Plano Diretor de Regionalização ou PDR. Esse plano foi concebido como um instrumento de planejamento que recortaria territórios estaduais em regiões ou macrorregiões de saúde, subdividindo-as em microrregiões e essas, por sua vez, em módulos assistenciais que poderiam corresponder a um grupo de municípios ou, em certos casos, a um único município ou, até mesmo, partes dele. A cada uma dessas dimensões territoriais – região, microrregião e módulo – seriam vinculados níveis de resolubilidade crescentes para redes assistenciais

¹⁹ Essa Emenda determinou a vinculação de receitas próprias para a saúde para estados (12%) e municípios (15%), bem como para o Governo Federal, mediante a criação de um mecanismo de correção do limite de recursos destinados à saúde a cada ano.

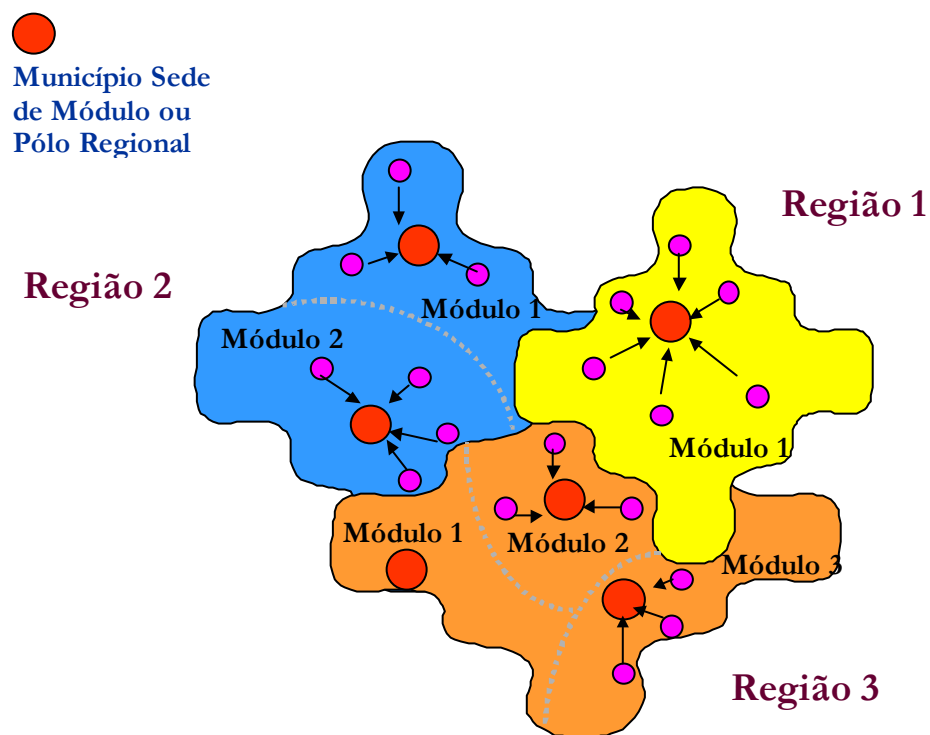
²⁰ Dados do SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – referentes ao ano de 2002 informam que, da despesa total liquidada pelos municípios brasileiros com saúde, 45,9% dependeu de recursos transferidos.

²¹ A Lei 8.142/90, que dispõe sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (além de abordar a participação da comunidade na gestão do SUS), autorizou ao Ministério da Saúde, em seu artigo 5º, a estabelecer condições para aplicação da mesma por meio de Portaria do Ministro de Estado.

regionalizadas. A partir da imputação de responsabilidades pelo nível de atenção básica a todo município habilitado²², os módulos assistenciais, primeiro nível de articulação intermunicipal, deveriam garantir a todos os residentes a oferta de um elenco mínimo de procedimentos de média complexidade definido pela própria NOAS (denominado Elenco de Procedimentos 1 ou EPM 1). É bom que se diga que a definição desse elenco mínimo de procedimentos para a formação dos módulos assistenciais considerou a necessidade de garantir resolubilidade para um determinado grupo de patologias e agravos considerados estratégicos, bem como aspectos ligados à economia de escala na produção dos mesmos (QUEIROZ, 2004). Os níveis subseqüentes de regionalização – microrregiões e regiões – deveriam apresentar resolubilidade para os demais elencos de procedimentos de média complexidade (EPM2 e EPM 3) e para os procedimentos de alta complexidade. Todo e qualquer cidadão, portanto, dependendo de sua necessidade de saúde, e não importa seu município ou região de residência, poderia transitar entre quaisquer níveis de complexidade assistencial, ao longo das redes regionalizadas, por meio de encaminhamentos intermunicipais.

A FIGURA 6 representa a estratégia de articulação entre regionalização e hierarquização nos termos propostos pela NOAS em um estado da federação hipoteticamente dividido em apenas três regiões.

²² A NOAS ampliou, inclusive, o elenco de procedimentos básicos, visando conferir maior resolubilidade para este nível de atenção à saúde.



Todos municípios habilitados	Atenção Básica
Sede de Módulo	EPM1
Pólo Regional	EPM2 e EPM3 e Alta Complexidade

FIGURA 6 - Regionalização e hierarquização dos serviços segundo a NOAS (Adaptado de BRASIL, 2001b, 19).

Desse modo, ao promover a articulação dos sistemas municipais de saúde, o PDR se colocou como instrumento importante para obtenção da equidade e da

integralidade do acesso a bens e serviços de saúde num sistema de gestão descentralizado. Ao contrário da tendência de auto-exclusão apontada acima para os CIS, esperava-se que a elaboração do PDR resgatasse o papel coordenador das Secretarias de Estado da Saúde e que definisse o papel de cada município na rede estadual de serviços por meio de um processo participativo que levasse em conta a capacidade assistencial instalada, mas também características geográficas, demográficas e epidemiológicas.

O segundo componente do processo de mudança promovido pela NOAS foi o fortalecimento da capacidade gestora do SUS nos estados e municípios por meio da consolidação das funções de planejamento e programação pactuada. Para lograr esse objetivo, propunha-se, de um lado, que o processo de programação e alocação de recursos na PPI se desse em conformidade com as definições do PDR, de tal forma que os municípios constituídos como sede de módulo e pólos microrregionais, regionais ou macrorregionais – ao assumirem responsabilidades de atender seus cidadãos e os de municípios a eles referenciados – recebessem transferências financeiras automáticas, respectivamente, para média ou para média e alta complexidade respectivamente. Por outro lado, além de pactuar as referências intermunicipais para o encaminhamento dos usuários e programar a alocação de recursos nesse sentido, estados e municípios deveriam organizar as funções de gestão subseqüentes ao planejamento e programação – controle, regulação do acesso assistencial e avaliação – de forma coerente com as

mesmas. Dois comentários sobre o fortalecimento da capacidade de gestão são oportunos.

Em primeiro lugar, a NOAS, ao pressupor ação coordenada entre municípios numa região de saúde, envolveu uma aposta quanto à capacidade de que esses pudessem constituir seus pactos e geri-los permanentemente de forma cooperativa. Para tanto, a partilha de compromissos e recursos no âmbito de cada unidade da Federação seria objeto de uma pactuação coordenada pelo gestor estadual nos fóruns intergestores existentes, ou seja, nas CIB. Em alguns estados, inclusive, haviam sido instituídas CIB regionais²³ com autonomia relativa para avançar no processo de Pactuação Regional.

Em segundo lugar, para garantir o acesso aos diversos níveis de complexidade assistencial, assumiu papel central a função de regulação do acesso assistencial. Essa foi introduzida na NOAS visando o direcionamento de recursos de atendimento para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b). Deveria implicar uma capacidade de resposta sistemática às demandas de acesso aos serviços, integrando a rede assistencial em todos os níveis e etapas do processo de assistência. Seu escopo foi definido como organização e garantia de acesso para ações e serviços necessários em tempo oportuno, garantindo a oferta da melhor alternativa

²³ As CIB Regionais são arenas criadas no âmbito de uma unidade da Federação para cada uma de suas regiões de saúde, sendo, do mesmo modo que na CIB, compostas por representação paritária entre municípios e gestor estadual.

assistencial disponível e otimização do uso de recursos instalados, informando os processos de controle e avaliação, bem como subsidiando ajustes na PPI.

Por fim, o terceiro e último componente para promover as mudanças preconizadas pela NOAS foi a revisão dos critérios para habilitação dos estados e municípios, adequando-os às exigências e propostas nela contidas. Tratava-se, aqui, de uma amarração necessária, uma vez que a implantação das normas operacionais no âmbito do Ministério da Saúde ocorria por adesão, observando a autonomia política e administrativa dos entes federados nas esferas subnacionais.

Do ponto de vista do problema aqui proposto, a NOAS significou o reconhecimento formal das distorções e conseqüências negativas produzidas pela fragmentação da gestão do SUS nos marcos do municipalismo autárquico, propondo-se restaurar dois dos elementos finalísticos que compõem o tripé do ótimo social definido para a saúde: a igualdade²⁴ e a integralidade do acesso aos bens e serviços. Por outro lado, ante a grandeza da tarefa que se propôs, significou uma montagem institucional apoiada sobre o poder indutivo das transferências federais para integrar os sistemas municipais em redes regionalizadas de saúde e sobre a restauração do papel coordenador da esfera estadual, construindo instrumentos de gestão articulados com essa finalidade.

Para Queiroz (2004):

²⁴ Na verdade a NOAS se propõe a realizar a igualdade formal do direito à saúde por meio da “equidade”, que implicaria em uma regra de alocação justa de recursos na proporção das necessidades de saúde, considerando que estas últimas são diferentes entre indivíduos e grupos sociais.

... A NOAS-SUS se distingue das demais normas operacionais do SUS pela proposição de um padrão de descentralização que buscou superar as situações de excessiva autonomia de alguns municípios, viabilizadas pela radicalização nas transferências de recursos e responsabilidades, decorrentes da expansão dos municípios habilitados em gestão plena do sistema municipal. De fato, nela, podem ser encontrados estratégias e instrumentos voltados para a pactuação e articulação intermunicipal que, ao serem implantados, aportariam avanços qualitativos de relevância para abordagens regionalizadas dos problemas e necessidades assistenciais da população (p. 25).

Com forte incorporação da racionalidade sistêmica à sua lógica interna (VIANNA et alii, 2002), a NOAS substituiu a idéia de uma programação ascendente dos recursos a partir de uma somatória de pactos firmados entre entes autônomos na esfera municipal, sob a mediação da esfera estadual, por um processo de programação coordenado por essa última, considerando parâmetros de cobertura de serviços de média e alta complexidade, bem como limites orçamentários fixados na esfera federal.

Nesse último aspecto, aliás, reside um sério problema, uma vez que as restrições orçamentárias na esfera federal forçaram uma defasagem acumulada dos valores constantes na tabela de procedimentos do SUS frente aos praticados no mercado²⁵. Essa defasagem, em tese, dificultaria a execução das metas

²⁵ Estudo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública para as Santas Casas de Misericórdia do Rio Grande do Sul estipulou que os valores da tabela SUS para o pagamento de procedimentos de média complexidade cobrem, em média, apenas 60% dos custos, sendo que em alguns casos os valores ficam abaixo até mesmo dos impostos gerados pelos custos do próprio procedimento em hospitais particulares com fins lucrativos (CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS / CMB, 2005). Por outro lado, estudo do próprio Ministério da Saúde, pertinente ao ano de 2001, selecionou um conjunto de 107 procedimentos, que foram responsáveis por 62,6% das internações realizadas neste ano, e chegou ao resultado que apenas 10 desses procedimentos cobrem os custos incorridos,

programadas uma vez que, sendo os valores da tabela SUS fixados nacionalmente, gestores estaduais e municipais teriam dificuldades de cobrir custos de produção em serviços públicos e, principalmente, contratar prestadores privados para executá-los em caráter complementar.

A despeito de problemas como esse, a implantação da NOAS seguiu atravessada por revisões pontuais negociadas na CIT – arena de pactuação e decisão, operando por consenso, onde têm assento o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS – que, gradativamente, levaram ao incremento de recursos financeiros vinculados às condições de habilitação previstas. Já em dezembro de 2002, dez meses após a publicação de sua versão revisada, 22 estados da Federação já tinham concluído seus PDR (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002c), sendo que 14 se qualificaram por terem cumprido os demais requisitos exigidos pela NOAS. Nesse mesmo momento, 134 municípios tinham se habilitado em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada, ou GPAB-A, e 77 municípios tinham se habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal²⁶ ou GPSM (QUEIROZ, 2004). Uma vez que a qualificação dos estados exigia, dentre outros requisitos, a elaboração de programação regionalizada para a alocação de recursos destinados à média e alta complexidade assistencial (PPI), independente do fato de que os municípios estivessem ainda habilitados pela NOB 01 / 96 ou já

sendo que destes últimos 9 são procedimentos de alta complexidade, ou seja, de maior densidade tecnológica. Neste sentido, a tabela SUS tende a sub-remunerar procedimentos de média complexidade, especialmente os que se valem mais, proporcionalmente, do trabalho cognitivo, vis a vis os que requerem tecnologias duras (MINAS GERAIS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2004).

²⁶ A NOAS previa a Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada ou GPAB-A – onde o município era responsável pela gestão da rede de atenção básica – e a Gestão Plena do Sistema Municipal ou GPSM – onde o município era responsável pela gestão da rede de saúde em todos os níveis de complexidade.

habilitados pela NOAS, pode-se afirmar que a qualificação do estado já significava sua inserção no processo de regionalização pactuada.

Note-se que o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Descentralização da Gestão Assistencial, vinculado à Secretaria de Assistência à Saúde (DDGA / SAS), articuladamente com o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas Sociais (DAB / SPS), acompanhou a implantação da NOAS nos estados, prestando apoio técnico às Secretarias de Estado da Saúde e aos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde. O processo de acompanhamento e apoio técnico teve continuidade mesmo após a mudança da gestão ministerial, na virada dos anos 2002 / 2003, ficando a partir de então sob a responsabilidade direta da Secretaria Executiva do Ministério, por meio do Departamento de Ações Descentralizadas (DAD). Esse aspecto, aparentemente secundário, é importante na medida em que aponta para o fato de que, mais que fazer uso exclusivamente dos incentivos financeiros embutidos no desenho institucional da NOAS, a esfera federal atuou de forma substantiva no sentido de construir a viabilidade técnica para sua implantação, procurando baixar os *custos de implantação* da NOAS para os estados e municípios.

Nos anos seguintes o processo de qualificação dos estados prosseguiu, sendo agregados mais seis ao final de 2003, totalizando 24 em 2005 (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b) e tornando a adesão à NOAS amplamente majoritária país. Já a habilitação dos municípios saltou para 1.397 habilitados em GPAB-A e 174 habilitados em GPSM em dezembro de 2003 (QUEIROZ, 2004),

sendo que esses últimos chegaram a 239 em 2005²⁷. A TABELA 1, abaixo, resume o processo de expansão da NOAS, apresentando os números do processo de habilitação de estados e municípios no primeiro e último ano de implantação.

TABELA 1
Habilitação de estados e municípios brasileiros pela NOAS 01 / 2002 nos anos de 2002 e 2005.

CONDIÇÃO	2002	2005
Estados habilitados	14	24
Municípios GPSM	77	239
Municípios GPAB-A	134	1.397 ²⁸

Fonte: BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b.

A NOAS, diversamente da proposição de organização dos CIS – que se atém, sobretudo, à racionalidade econômica inerente aos ganhos de escala e maximização dos recursos disponíveis – embora também incorpore ganhos dessa natureza, apresenta um enfoque sistêmico marcante no sentido de compatibilizar os objetivos nacionais do SUS de universalidade, igualdade e integralidade com a

²⁷ Em setembro de 2004, com a Portaria Ministerial GM 2.023, foram extintas as condições de Gestão Plena de Atenção Básica (GPAB) pela NOB 01 / 96 e a de Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) pela NOAS, passando todos os municípios brasileiros a serem compulsoriamente responsáveis pela gestão da rede de atenção básica, independente de sua adesão ou não a alguma norma ministerial. Também a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) nos termos instituídos pela NOB 01 / 96 foi extinta, ficando como única habilitação possível a partir daquele momento a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) nos termos definidos pela NOAS. Entretanto, a falta de regulamentação de vários aspectos desta Portaria Ministerial levou a uma situação transitória onde, de fato, as antigas condições de habilitação ainda são reconhecidas como tais.

²⁸ Em 2004, a Portaria GM 2.023 / 2004 estendeu a responsabilidade pela gestão de atenção básica a todos os municípios brasileiros independente de habilitação voluntária.

gestão descentralizada dos sistemas de saúde. A constituição de redes assistenciais regionalizadas, envolvendo todos os municípios na definição dos fluxos de referência dos usuários para níveis de complexidade crescente, permitiria a todo e qualquer cidadão brasileiro o acesso integral aos bens e serviços de saúde. A questão que dirigimos ao processo de Pactuação Regional consiste em aferir em que medida isso, de fato, teria ocorrido.

Nesse sentido, se por um lado a NOAS, exatamente pela ênfase na racionalidade sistêmica, não padece dos problemas de consistência lógica detectados em relação aos CIS, por outro as primeiras e, ainda, raras análises que nos chegam sugerem problemas de outra natureza.

Queiroz (2004) chamou atenção para o baixo nível de resposta dos municípios frente ao esperado, destacando a lentidão e, em alguns momentos, a estagnação das habilitações municipais nas duas modalidades de gestão instituídas pela NOAS, bem como a inexistência de regiões assistenciais qualificadas, o que não teria permitido a expansão ainda maior do volume de recursos federais transferidos para municípios na modalidade fundo a fundo²⁹. Entre os motivos para tal, relacionou dificuldades dos municípios para cumprirem certos requisitos, como desempenho nos indicadores que medem a performance na atenção básica; resistências de várias Secretarias de Estado da Saúde em abandonar a execução

²⁹ Essa modalidade significa a transferência direta, do Fundo Nacional de Saúde, para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Contrasta com o pagamento por produção, bastante praticado nas relações entre o antigo INAMPS e seus prestadores de serviços e que se perpetuou nos primeiros anos após a instituição do SUS, bem como com os convênios.

direta de serviços para cumprirem seu novo papel no sistema de saúde; além de resistências de representantes de estados e municípios nas arenas de representação. Destacou, por fim, problemas de desenho institucional que teriam enrijecido a aplicação dessa Norma a ponto de prejudicar sua expansão. De um lado, a exigência de que a referência para os módulos assistenciais fosse unicêntrica, ou seja, que apenas um município fosse sede de cada módulo dispondo, para tal, de toda a oferta do elenco de procedimentos mínimo de média complexidade (EPM1), situação que muito comumente não é encontrada no país. De outro, a vinculação da habilitação dos municípios à sua inserção no PDR e à habilitação do estado onde está localizado, o que fez com que vários municípios, mesmo cumprindo com todos os requisitos para habilitação, não pudessem fazê-lo uma vez que seu estado não havia investido no processo de regionalização assistencial ou só o fizera de forma tardia.

No entanto outro aspecto levantado pela autora nos pareceu especialmente relevante:

...a NOAS ofereceu a oportunidade para que fossem assimiladas lições relativas à negação do princípio bacharelesco de que "...o que está escrito e pactuado será cumprido" e a falsidade do recorte entre formulação e implementação como etapas seqüenciais na implantação de políticas públicas, segundo o qual os conflitos são restritos à fase de formulação (p. 32)

Esse trecho sugere a ocorrência de problemas relacionados ao cumprimento de pactos e que o processo de implantação não tenha sido isento de conflitos entre as partes, o que pode ter ocorrido tanto num plano vertical, entre as esferas de governo, quanto horizontal, entre entes da mesma esfera. Tratar-se-ia de um aspecto mais que corriqueiro na implantação de toda e qualquer política pública, não fosse um outro trecho adiante que, uma vez apontando sua persistência, nos leva a suspeitar de que tal problema seja de outra ordem:

...as dificuldades para promover a articulação entre os entes federativos, implantar instrumentos de cooperação e estabelecer regiões de saúde capazes de superar o isolamento político e institucional da quase totalidade dos municípios do país persistem como um desafio a ser superado, com impactos no cotidiano de extensas parcelas da população (p. 34)

Essa complementação, na verdade, sugere um problema ainda mais grave: que mesmo após todo o esforço institucional empreendido na NOAS, a superação da fragmentação dos sistemas municipais de saúde tipicamente encontrada sob o municipalismo autárquico, requisito para que os sistemas regionais sejam constituídos, persistiria de modo a obstaculizar a realização da equidade e integralidade do acesso aos bens e serviços de saúde. Vianna et alii (2002) já tinham levantado essa hipótese nos primórdios da implantação da NOAS, articulando o aspecto da intensificação de conflitos e comportamentos predatórios entre os municípios em função da escassez dos recursos a serem compartilhados, vide a defasagem dos valores de procedimentos da tabela SUS:

Não se pode assegurar que as políticas de descentralização no setor de saúde desencadeiem um círculo virtuoso, pois se sabe que as partilhas regionais e locais giram em torno de recursos reconhecidamente escassos. Dessa forma, mantêm-se desigualdades de representação e de poder, o que pode intensificar o jogo predatório nas relações entre entes da federação nas políticas sociais (p. 498).

Portanto a suspeita inicial é que, ainda que tenha avançado do ponto de vista do desenho sistêmico requerido para compatibilizar gestão descentralizada e realização do ótimo social definido no SUS, a NOAS não tenha tido sucesso nesse sentido, especialmente no que toca à transformação das relações entre os componentes do sistema, fortalecendo os mecanismos capazes de promover maior articulação, coordenação e cooperação. Poderia ter contribuído no sentido de obstruir a realização de tais mudanças, portanto, a própria defasagem da tabela SUS, uma vez que essa incidiria sobre os tetos financeiros dos municípios sede de módulo ou pólo que assumiam o papel de referência, dificultando o cumprimento dos compromissos com os demais.

Em outra avaliação sobre a situação pós-implantação das normas operacionais, entre as quais a NOAS, com o peso de ter sido presidente do CONASEMS, Andrade (2004) deixou transparecer claramente a persistência de obstáculos à transformação das práticas de coordenação e cooperação intermunicipal, entre os quais a “perda de governabilidade” dos municípios que referenciam usuários para as referências:

...é preciso garantir equidade na atenção à saúde da população em todos os níveis de complexidade do sistema, independente do porte do município onde mora. Para isso é necessário que se discuta a governabilidade do gestor municipal sobre o atendimento de sua população fora do município (...) Para que o atendimento das referências ocorra de maneira solidária e pactuada, é indispensável superar as práticas de negociação fragmentada e a transferência de recursos financeiros por produção ou por meio de projetos verticalizados ou pontuais (p. 2).

Essas impressões iniciais, ainda que dirigidas a um processo relativamente recente e carente de estudos de fundamentação empírica significativa, reforçam a suspeita que, assim como em relação aos CIS, o processo de Pactuação Regional instituído pela NOAS não tenha sido eficaz na promoção da desfragmentação da gestão do SUS. Se isso é verdade, por consequência, não teria sido também efetivo para fazer convergir interesses das esferas de governo subnacionais para os objetivos finalísticos do SUS que caracterizam o ótimo social definido nacionalmente.

2.4. Violação de escolhas coletivas centrais: efeito necessário da descentralização?

Na avaliação preliminar das iniciativas de desfragmentação da gestão do SUS nos deparamos com objeções importantes à compatibilidade entre objetivos fixados no plano nacional e descentralização da gestão de meios. Embora tenham surgido com intuito de articular sistemas municipais de saúde, contrabalançando

distorções decorrentes de comportamentos internamente protecionistas e externamente restritivos, e conferir racionalidade à economia da produção dos serviços e à organização das regras de acesso para promover a equidade e integralidade, a realização desses objetivos pelos arranjos intergovernamentais correspondentes apresentam lacunas importantes. Mais que isso, o *gap* entre objetivos anunciados e efeitos preliminarmente percebidos sugere inconsistências na adequação dos meios necessários para lograr a coordenação intergovernamental aos fins propostos.

Ao que tudo indica, estamos diante de um problema distinto daqueles que tão freqüentemente ocupam a Ciência Política na atualidade, onde se indaga pelas condições sob as quais os agentes públicos se comportariam de forma responsável e coerente com escolhas coletivas previamente estabelecidas, mantendo o foco sobre a qualidade das relações entre agente e principal ou outorgado e outorgante. As incongruências entre escolhas coletivas e comportamentos de governantes, no caso ora apresentado, tomam forma a partir das condicionalidades nas relações estabelecidas entre os próprios agentes. Daí o foco para análise de desvios de comportamento não conduzir às interações verticais entre outorgado e outorgante, mas às interações horizontais entre outorgados de jurisdições locais mutuamente implicadas.

Uma vez que nos restringamos a esse último nível de relacionamento, caberia questionar, num primeiro momento, a relação entre descentralização e violação de escolhas coletivas nacionais produzidas numa arena central. Considerando o caso

SUS, seria plausível afirmar que a descentralização de uma política universal e igualitária de alcance nacional, por si, conduza a desvios frente aos objetivos nacionais previamente definidos? Se constatadas condicionalidades para produção desses desvios, quais aspectos seriam relevantes para que a descentralização levasse a tais efeitos ou quais medidas permitiriam evitá-los, garantindo a compatibilidade entre decisões locais e objetivos nacionais? O estudo dos casos identificados sob o SUS – tal como descritos até aqui – permite agregar pelo menos três variáveis relevantes para pensar essa questão.

A primeira delas refere-se à graduação assumida pelas assimetrias relevantes entre agentes envolvidos no processo de barganha, uma vez representando os entes subnacionais. Tais assimetrias poderiam se referir a recursos de ordem diversa, tais como informacionais, financeiros, técnicos ou institucionais, capazes de influenciar na produção dos resultados obtidos sob políticas públicas descentralizadas. Em se tratando do SUS, poder-se-ia supor a princípio que fossem relevantes na produção de tais resultados aquelas relacionadas ao controle do acesso sobre os recursos assistenciais de média e alta complexidade, incluindo aí tanto os direitos de propriedade quanto aspectos informacionais.

A segunda refere-se ao nível de produção de externalidades ou efeitos recíprocos entre decisões tomadas por unidades locais de governo. Nesse caso, ainda que o problema da distribuição assimétrica de recursos entre os agentes pudesse ser resolvido por meio da articulação entre eles, não se poderia assegurar o sucesso ou fracasso da descentralização de uma política pública a priori, na medida em

que determinadas escolhas assumidas por uns possam restringir a capacidade de que outros atinjam os resultados desejados. No caso em tela, como descrito no capítulo 1, as externalidades poderiam se referir a decisões que incidissem sobre a ampliação / restrição da oferta de serviços (principalmente de média e alta complexidade) ou sobre fatores de produção estratégicos (via de regra escassos, e portanto disputados entre unidades de governo locais).

Já a terceira variável refere-se à conformação do desenho institucional que regula relações entre entes subnacionais na articulação dos recursos assistenciais existentes, proibindo ou permitindo, estimulando ou inibindo certas escolhas. Nesse sentido, mesmo supondo que externalidades ou efeitos recíprocos possam ser absorvidos pelo desenho institucional, seria necessário elucidar sob que condições adicionais os mecanismos de coordenação correspondentes seriam capazes de compatibilizar interesses particulares dos agentes em interação com escolhas coletivas prévias. No caso em tela, grosso modo, o desenho institucional assume duas formas típicas, correspondendo respectivamente aos CIS e à Pactuação Regional: contratos voluntários entre entes governamentais transferindo a um terceiro a administração do sistema de contribuições e benefícios ou pactos intergovernamentais entre “importadores” e “exportadores” de serviços mediante transferências financeiras federais (incentivos) para os últimos.

A complexidade requerida para a construção da resposta é desafiada pela sofisticação da pergunta, onde a explicação de resultados – comportamentos

descentralizados inconsistentes com objetivos finalísticos nacionais – remete à análise do papel de cada uma dessas variáveis e da combinação assumida por elas sob cada arranjo intergovernamental.

Na FIGURA 7, abaixo, uma hipotética árvore de decisão permite identificar as formas possíveis para combinar essas variáveis³⁰. Sob a mesma, a descentralização poderia ser qualificada com as alternativas “políticas setoriais com externalidades” produzidas por escolhas locais e “políticas setoriais sem externalidades”. Cada uma das opções resultantes desse desmembramento, por sua vez, poderia se referir à alternativa “contextos com simetria de recursos” entre entes locais relevantes ou “contextos com assimetria de recursos”. Cada um dos quatro cruzamentos resultantes, dessa vez, poderia se referir, por hipótese, a duas formas institucionais distintas que poderiam regular as interações entre entes locais, representadas por letras diferentes.

³⁰ Operamos aqui, como recurso propositalmente reducionista, uma dicotomização dos valores assumidos por cada uma das variáveis no sentido de viabilizar a explicitação do raio de abrangência do problema aqui colocado. Tal artificialismo, embora útil nesse sentido, não implica – como explicitado na descrição das variáveis acima – nosso desconhecimento de que políticas setoriais envolvam alguma medida de descentralização, de assimetrias entre agentes relevantes e, mesmo, algum grau de externalidades entre escolhas desses.

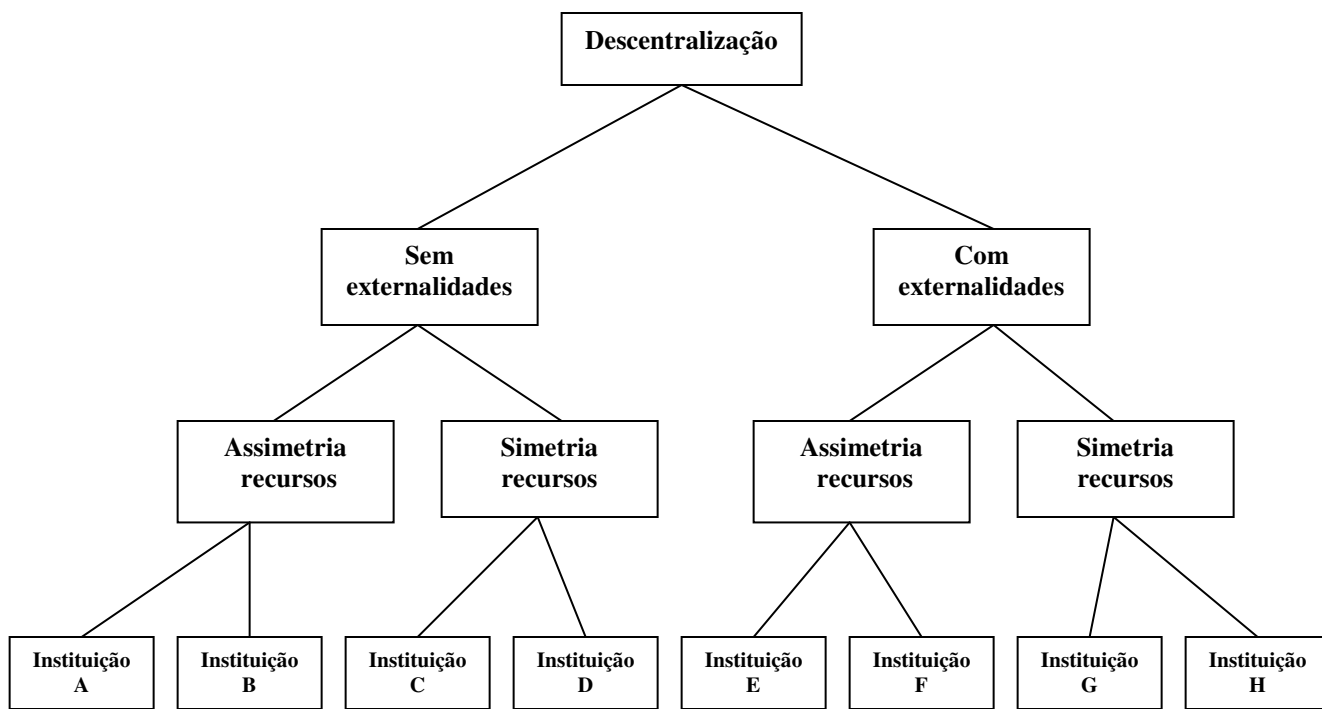


FIGURA 7 – Combinações entre variáveis relevantes para análise dos efeitos da descentralização de gestão no SUS.

O problema que aqui circunscrevemos, ao nos perguntar pela violação do ótimo social definido nacionalmente sob o funcionamento dos dois arranjos intergovernamentais identificados sob o SUS, refere-se ao contexto onde se situam as instituições “E” e “F”, abrangendo um processo de descentralização que inclui níveis significativos de assimetria de recursos relevantes entre os agentes locais implicados, bem como de efeitos recíprocos entre políticas conduzidas por esses. Desse modo, o SUS oferece a possibilidade de comparação entre

diferentes desenhos institucionais sob um cenário específico entre outros nos quais políticas públicas descentralizadas poderiam ser analisadas.

Na construção do problema que aqui propomos, nos indagamos pela violação ou não do ótimo social previamente definido para o SUS sob tais arranjos intergovernamentais, buscando elucidar mecanismos que eventualmente tenham propiciado incentivos para escolhas descentralizadas inconsistentes com o referido ótimo. Ao circunscrevê-lo nesses termos, o presente estudo renuncia à pretensão de responder à questão da plausibilidade de violações de ótimos sociais sob mecanismos de coordenação intergovernamental em geral ou, ainda, abrangendo outros contextos apresentados na FIGURA 7³¹.

No próximo capítulo, partindo de características gerais de sistemas descentralizados de governo, em contraposição aos sistemas centralizados, buscamos explorar diferentes possibilidades de institucionalização das formas de coordenação intergovernamental, explicitando matrizes teóricas subjacentes e propondo, daí, categorias analíticas que dêem suporte para elucidação do problema colocado.

³¹ Ou seja, naqueles contextos em que o processo de descentralização tome lugar em contextos de igualdade social ou quando combine desigualdade social com políticas sem externalidades entre escolhas dos agentes locais.

PARTE II

PARÂMETROS TEÓRICOS E MODELOS DE ANÁLISE

3. COORDENAÇÃO INTERGOVERNAMENTAL E CONFLITOS DISTRIBUTIVOS EM SISTEMAS DESCENTRALIZADOS

A discussão sobre a plausibilidade de que comportamentos de agentes governamentais locais, orientados pelos interesses de seu eleitorado, possam convergir para objetivos definidos nacionalmente para o SUS se vincula ao problema da realização de ótimos de bem-estar social e comportamentos auto-interessados. Tal vínculo se apóia no fato de que a discussão até aqui apresentada comporta os dois termos do problema: um estado socialmente ótimo, definido idealmente a partir dos atributos finalísticos do SUS, e a presença de comportamentos auto-interessados, representados pela orientação protecionista dos gestores municipais quanto ao acesso assistencial do seu potencial eleitorado. Entretanto, o enquadramento dessa situação específica numa categoria geral de problemas exige a explicitação de como a concebemos, a fim de assegurar a consistência das ferramentas analíticas mobilizadas. O objetivo deste capítulo, assim, será fixar parâmetros gerais sobre os quais o problema que motiva esse trabalho será tratado, especialmente na formulação de hipóteses que irão orientar a fase de pesquisa empírica.

Para cumprir esses objetivos, optamos por dividi-lo em duas partes.

Na primeira, exploramos formulações teóricas normativas que reivindicam ganhos de bem-estar social como atributo inerente à descentralização governamental, valendo-se de argumentos de natureza econômica ou política. Iremos de encontro a duas matrizes teóricas difundidas no campo do Federalismo Fiscal e *Public Choice*, ainda que representando posições diametralmente opostas entre si quanto aos requisitos para que comportamentos auto-interessados de agentes locais conduzam a ótimos sociais: a primeira, apoiada no chamado *Teorema de Coase*; a segunda, na fundamentação dos chamados *Mecanismos Incentivo-Compatíveis*. Após criticá-las quanto ao realismo das premissas incorporadas e quanto à consistência lógica interna, concluímos essa primeira parte apresentando considerações oriundas de estudos sobre coordenação intergovernamental onde se identifica a necessidade de absorver riscos morais ou conflitos de interesses, contrariando o preceito de que a estabilização de mecanismos de cooperação intergovernamental implique a superação das tensões entre auto-interesse das partes e optimalidade social.

Na segunda parte, discutiremos em que medida uma teoria das instituições poderia fundamentar o tratamento dos problemas de violação de ótimos sociais considerando o auto-interesse dos agentes implicados. Tomaremos como ponto de partida o argumento de Knight (1998) de que explicações sobre fenômenos sociais exijam apresentação dos mecanismos que comportem ações intencionais (oferecendo-lhe, portanto, micro-fundamentos), conectando-as aos efeitos

percebidos. Encontrando limitações das abordagens contratual e evolucionista para cumprir tal exigência, encontraremos na Teoria das Barganhas Assimétricas – onde instituições são entendidas como equilíbrios com efeitos distributivos distintos sustentados por assimetrias prévias – parâmetros para explicar a violação de ótimos de bem-estar social e explicitar mecanismos capazes de gerar equilíbrios sub-ótimos.

Ao assumir tais parâmetros analíticos, tomaremos como hipótese central a violação de princípios finalísticos do SUS sob os dois arranjos intergovernamentais descentralizados enquanto estados sub-ótimos resultantes de barganhas assimétricas.

3.1. Descentralização e maximização do bem-estar social

A descentralização de responsabilidades governamentais – tal como no SUS – supõe algum nível de retração do espaço sob jurisdição direta do governo central e concomitante transferência para o âmbito dos governos locais, de modo que problemas afetos à realização de preferências ou condições relacionadas passem a afetar os cidadãos no âmbito interno de cada um deles. Num sistema centralizado tais problemas pertenciam ao rol daqueles do interesse de toda comunidade nacional. No entanto, como será relativizado adiante, a descentralização diz respeito a um complexo processo de mão dupla, visto que além de uma trajetória centrífuga inclui uma correspondente centrípeta, seja no

sentido de estabelecer parâmetros nacionais para orientar o desempenho de cada jurisdição local, seja no sentido de estabelecer mecanismos para dirimir eventuais conflitos inter-jurisdicionais. Não obstante esse aspecto, a relação entre centralização e descentralização tende a ser colocada numa perspectiva dicotômica quando considerada do ponto de vista da capacidade de realizar interesses dos cidadãos, maximizando seu bem-estar social.

Via de regra a centralização é colocada sob a suspeição de produzir *déficits* de satisfação decorrentes da provisão uniforme de bens e serviços públicos, estipulados segundo preferências médias em comunidades heterogêneas. Outras vezes é acusada de produzir ineficiências em processos voltados para produção daqueles bens, por desconsiderar vantagens de eventuais composições de custo favoráveis no plano local (OATES, 1999). A defesa de virtudes inerentes às confederações constituídas por pequenas jurisdições locais com elevados graus de autonomia – entre elas o encorajamento da participação política, a afirmação da soberania dos cidadãos e a eficiência econômica – é registrada na obra de pensadores clássicos da democracia ateniense, passando por precursores da teoria democrática moderna como Rousseau, Montesquieu, Stuart Mill e pelos críticos do Federalismo na Convenção da Filadélfia, chegando a contemporâneos distintos como Pateman e Tiebout (INMAN & RUBINFELD, 1999).

Há que se destacar o fato de que parte da literatura dedicada ao tema do Federalismo Fiscal enfatize as vantagens de governos locais no encaminhamento dos problemas políticos, principalmente por disporem de mais informações sobre

condições e preferências locais, o que os tornaria mais capazes de ajustar a oferta de bens públicos aos requerimentos de maximização do bem-estar social (HAYEK apud OATES, 1999). Oates (idem) ressalta o apelo realista contido nesse argumento ao considerar que governos centrais somente possam obter tais informações a custos muito elevados e que, mesmo as obtendo, sejam constrangidos por pressões homogeneizantes quanto à oferta de bens públicos, dadas as dificuldades de sustentar tratamento diferenciado para comunidades com necessidades distintas. Cedendo a tais pressões, principalmente no contexto comunidades heterogêneas, pacotes de bens públicos dirigidos para o eleitor mediano provocariam níveis de insatisfação também diversos, com perdas bem-estar social proporcionais aos desvios das preferências médias.

Outro argumento familiar nesse debate enfatiza a tendência de que – sob condições que incluem replicabilidade de comportamentos econômicos eficientes entre governos locais e mínimos custos de locomoção dos cidadãos ou unidades econômicas entre respectivos territórios – governos locais tendam a ser mais competitivos entre si ao pleitearem a fixação desses últimos nos seus limites, levando a uma “corrida” no sentido de oferecer pacotes de tributos e bens públicos cada vez mais atrativos e com maior eficiência, tal como sintetizado no conhecido Modelo de Tiebout³² (idem). Desse último argumento, economistas neoclássicos derivam, aliás, uma suposta vantagem adicional da descentralização: a geração,

³² Tiebout entendia sistemas de governo descentralizados enquanto mercados competitivos de fornecedores de bens públicos a baixo custo a consumidores, que terminariam por escolher aqueles pacotes que embutissem maior eficiência (mais benefícios com menores custos), dado que os cidadãos consumidores optariam por se fixar nesses, uma vez dispendo de mobilidade (INMAN & RUBINFELD, 1999).

como subproduto, de um efeito de contenção das dimensões do setor público como um todo, uma vez que cada governo local se veria pressionando a manter as mínimas dimensões necessárias (a menores custos coletivos) para produção dos bens públicos preferidos pelos cidadãos ou unidades econômicas (BRENNAN, G. & BUCHANAN, J. apud OATES, 1999).

De outro lado, não foram raras as manifestações de ceticismo em relação à propensão dos governos locais para desenvolver tais virtudes, o que é perceptível na obra de autores como Robert Dahl ou William Riker. Parte significativa dos argumentos desenvolvidos em “O Federalista”, por sinal, são dedicados ao questionamento da capacidade de que pequenos governos possam, de fato, evitar a tirania e respeitar os direitos das minorias. Enfatizam, pelo contrário, que tal capacidade seria encontrada em governos formados à base de amplas coalizões, tais como aqueles constituídos com responsabilidade sobre amplos territórios e, portanto, centralizados. A viabilidade eleitoral de quaisquer coalizões, nessas últimas condições, exigiria barganhas e negociações junto a minorias dispersas, assim como o exigiria a sustentação política dos governos. Daí que governos centrais com responsabilidade sobre grandes territórios tendessem a ser mais inclusivos e tolerantes.

Porém há também argumentos de natureza econômica nessa última direção: a multiplicação de pequenos governos tenderia produzir ineficiências decorrentes de problemas de economia de escala na produção de bens públicos (INMAN & RUBINFELD, 1999; OATES, 1999), além de deixar menor espaço para políticas

redistributivas (RODRIGUES, 2003), muitas vezes necessárias para harmonizar e estimular o desenvolvimento do país como um todo.

Diante dessa bipolarização, autores como Alexis de Tocqueville acreditaram ter encontrado, nos sistemas federativos, formas mistas de governo que permitiriam a combinação das vantagens existentes nos governos centrais com aquelas dos governos locais. O exemplo da federação constituída nos Estados Unidos da América apresentava-se, para ele, como uma prova viva desse argumento. Ainda nesse sentido, diversas razões teóricas e empíricas foram e vêm sendo apresentadas para o alcance do equilíbrio entre elementos de centralização e descentralização na formação dos governos. Para Inman e Rubinfeld (1999), por exemplo, os primeiros tenderiam a proporcionar a eficiência econômica enquanto os últimos a participação política, de forma que a superação do *trade-off* exigisse uma combinação entre eles.

Além disso, dois aspectos merecem ser pontuados a fim de relativizar o dilema normativo entre centralização e descentralização.

O primeiro refere-se ao caráter interessado e conjuntural desse debate, que é facilmente contaminado por reivindicações de poder por parte de coalizões em disputa na cena política. Desse ponto de vista, prescrições num ou noutro sentido coincidem, muito comumente, com justificativas de ascensão ou conservação de poder por determinados grupos ou facções, afastando-se de considerações derivadas de um maior esforço analítico. Afinal de contas, no mundo social

concreto, como sustentaremos adiante, as regras do jogo não têm origem divina, natural ou abstrata, mas são construídas e des-construídas nos embates entre os próprios atores políticos e sociais, dos quais alguns tenderão a sair mais beneficiados que outros.

O segundo retoma a “via em mão dupla” que opera nos processos de descentralização, como levantado no início desta seção. Considerando esse aspecto, a descentralização não poderia ser concebida como vetor unidirecional, extensivo a toda e qualquer responsabilidade governamental. Se assim o fosse, implicaria a dissolução do todo e sua fragmentação em novas partes e, assim, sucessivamente. Assim, para que não implique tal dissolução, supõe a atuação de forças centrípetas capazes de preservar a unidade entre as partes. É nesse sentido que se poderia entender a compensação da retração do espaço decisório diretamente submetido ao poder central por meio, por exemplo, da centralização de normas que regulem a maneira como as preferências serão processadas e agregadas em cada jurisdição local ou, ainda, como o poder local será exercido em cada uma delas. Além disso, como antecipado, a descentralização requer mecanismos centralizados que regulem a resolução de conflitos e disputas de interesse entre jurisdições locais, especialmente na medida em que escolhas políticas no âmbito de um governo local produzam externalidades negativas sobre as escolhas de outros governos locais.

E é no debate em torno sob a eficácia desses mecanismos – sob sistemas centralizados ou descentralizados – que localizamos uma questão-chave para o

tratamento do problema que aqui nos desafia. Trata-se da acusação, imputada pelos defensores de teses centralizadoras à expansão da autonomia dos governos locais, de que efetivamente, no caso da produção de ineficiências inter-jurisdicionais ou externalidades, sistemas descentralizados padeçam de mecanismos eficazes como os de que gozam sistemas centralizados, produzindo perdas inerentes de bem-estar social. Essa acusação se dirige ao coração das teses pró-descentralização na medida em que coloca sob suspeição sua melhor qualidade no processo de seleção e implementação de políticas públicas, considerando a distribuição de preferências ou condições locais. Isso porque, a bem da verdade, de muito pouco valeriam essas virtudes se o encaminhamento das decisões por parte de um governo local se dê à custa do sacrifício da qualidade decisória num outro.

Na próxima seção avançaremos sobre esse debate, introduzindo duas matrizes teóricas que reivindicam soluções opostas para o problema do processamento de externalidades em ambientes institucionais descentralizados.

3.1.1. Processamento de externalidades entre políticas locais

A análise da acusação imputada pelas posições pró-centralização à precariedade dos mecanismos para processamento de externalidades ou conflitos inter-jurisdicionais sob sistemas descentralizados poderia convergir num ou noutro sentido, na medida da maior ou menor propensão a compor os interesses locais com os nacionais ou coletivos. Duas respostas dadas nesse sentido,

representando concepções absolutamente distintas acerca de como efetivar essa composição, nos interessam preliminarmente.

Num extremo, teorias neoclássicas e afiliadas prescrevem, simplesmente, o afastamento do centro político das contendas entre interesses locais, uma vez que soluções ótimas devem emergir espontaneamente de repetidas interações, desde que as partes interessadas pratiquem a livre negociação ou contratação. Aqui, o modelo da barganha econômica é chamado a oferecer uma saída, tomando o problema das externalidades entre jurisdições locais como se fossem estritamente da alçada particular, mimetizando processos prescritos para o funcionamento das trocas nos mercados.

Em outro extremo, a prescrição remete a uma forma específica de mediação ou coordenação pelo centro político, tomando tais questões como problema da coletividade constituída pelas partes. Esse último enfoque remete ao argumento apresentado por Reis (2000) no sentido de que a esfera política emerge da necessidade de resolver problemas decorrentes da interferência mútua entre objetivos de uns para com os dos outros. Ora, se pensarmos aqui, não em uma comunidade de homens, mas em uma comunidade de jurisdições locais, pode-se supor seguramente que a descentralização das responsabilidades governamentais deva ser contrabalançada pela institucionalização de arranjos centralizados eficazes no processamento dessas mesmas interferências mútuas de interesses ou efeitos recíprocos.

Um elemento de saída problemático, no primeiro encaminhamento, refere-se a que mesmo a livre negociação ou contratação entre jurisdições locais requeira a institucionalização de regras e parâmetros sob os quais as partes estariam autorizadas a interagir, incluindo a fixação de direitos de propriedade e outros aspectos relativos às condições para a formalização e implementação de contratos ou acordos. Assim, mesmo para o desenvolvimento da livre contratação ou negociação entre entes governamentais locais, não haveria como prescindir das instituições centrais e seu papel disciplinador para assegurar seu cumprimento. Não há como se eximir, portanto, da construção de uma esfera regulamentadora central tal como justificado no segundo encaminhamento.

Não obstante essa ponderação, pelo menos duas matrizes teóricas se apresentam no debate em torno da maximização do bem-estar social sob comportamentos auto-interessados, reivindicando sua compatibilidade.

A primeira, baseada no argumento que sustenta o chamado *Teorema de Coase*, assume posição francamente otimista quanto à capacidade de que governos locais possam alcançar soluções correspondentes a ótimos sociais mediante barganhas voluntárias, desde que os custos de transação envolvidos se mantenham em níveis marginais. Já a segunda baseia-se na fundamentação da implantação de *Mecanismos Incentivo-Compatíveis*, assumindo posição bastante reservada quanto à plausibilidade de que resultados de barganhas livres e voluntárias conduzam a ótimos sociais. Em sentido contrário, prescreve a

elaboração de um desenho institucional que direcione comportamentos auto-interessados para interesses da coletividade mediante um sistema de incentivos.

3.1.1.1. Barganhas livres e voluntárias entre governos locais

A primeira matriz institucional relacionada deriva do argumento desenvolvido por Ronald Coase (1960) no trabalho “*The Problem of Social Cost*” que, no campo da *Public Choice*, ficou conhecido como Teorema de Coase³³. Supõe a capacidade dos sistemas descentralizados de governo de absorver externalidades por meio de barganhas diretas entre governos locais – melhor informados sobre preferências dos seus representados e sobre condições específicas para sua realização – produzindo acordos voluntários ótimos, ao contrário de políticas conduzidas por um governo central. Cético quanto aos benefícios da regulação governamental em geral, Coase a dispensava mesmo diante de distorções geradas por forças de mercado, incluindo aí a produção de danos:

...the problem is one of choosing the appropriate social arrangement for dealing with the harmful effects. All solutions have costs and there is no reason to suppose that government regulation is called for simply because the problem is not well handled by the market or the firm. Satisfactory views of policy can only come from a patient study of how, in practice, the market, firms, and governments handle the problem of harmful effects (p. 10)

³³ Essa denominação suscitou inúmeras controvérsias uma vez que o referido trabalho não explicitou o conjunto das premissas sobre o qual Coase apóia seu argumento, o que foi facilitado pela recusa em formulá-lo matematicamente em termos universalizáveis (USHER, D, 1998; MCKELVEY, R.D. & PAGE, T, 1999).

Do ponto de vista coasiano, a propensão das partes a buscar acordos livres e voluntários decorreria da interdependência econômica entre ambas (BUCHANAN, 1999). Uma vez fixadas condições como mínimos custos de transação e taxas de desconto irrelevantes no ambiente de interações, acordos socialmente eficientes seriam estabelecidos, não importa a distribuição prévia dos direitos de propriedade entre as partes. Seu argumento encampa, integralmente, a tese dos economistas clássicos de que, ao agir no seu melhor interesse, o indivíduo age no melhor interesse da sociedade.

Entre as premissas sobre as quais estabeleceu seus argumentos, duas merecem um exame cuidadoso antes da avaliação quanto à possibilidade de sua aplicação às relações intergovernamentais.

A primeira consiste na natureza recíproca da produção de danos, uma vez levada a cabo a realização de um empreendimento. Para Coase essa reciprocidade implica que o caráter anti-social do dano não seja avaliado isoladamente pelos efeitos negativos gerados pelo empreendimento sobre a parte passiva, mas também pelos efeitos da sua não realização para a parte ativa. Em outros termos, o problema não se limita à mensuração dos efeitos negativos da ação de A sobre B, mas inclui também a mensuração dos efeitos negativos acarretados sobre A, uma vez impedido de realizar a mesma ação. A FIGURA 8 descreve essa situação.

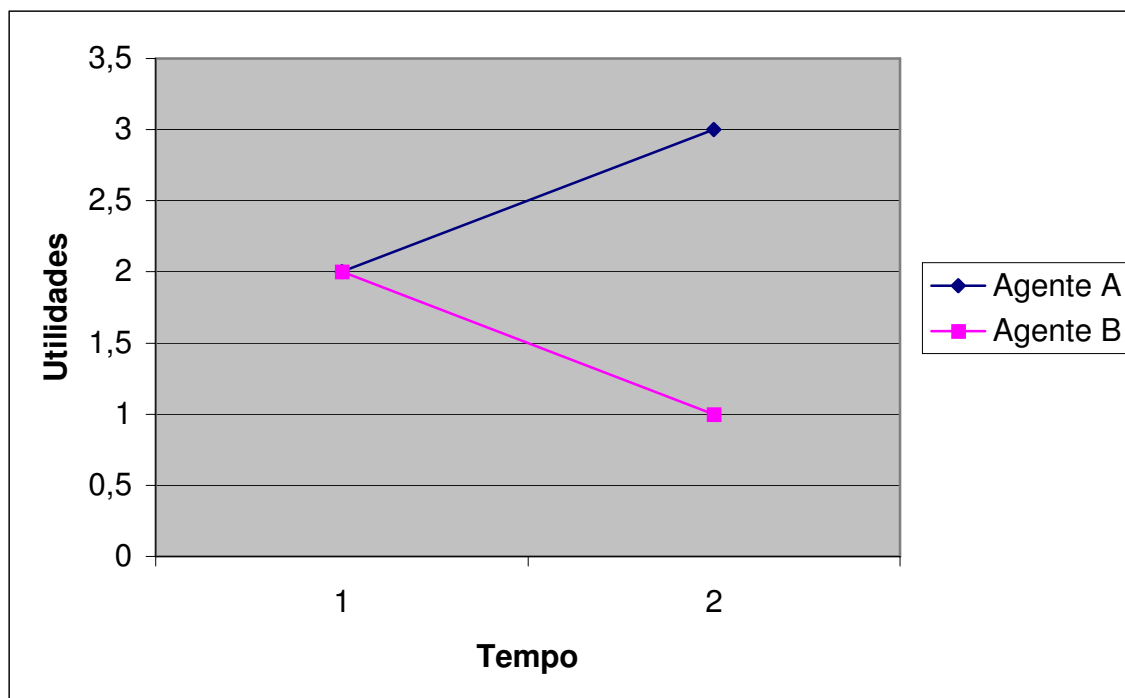


FIGURA 8 - Natureza recíproca do dano social produzido por A sobre B segundo Coase.

Nela supomos que no tempo 1, tanto o agente A quanto B sejam detentores de utilidades equivalentes a 2. Entretanto, ao realizar um determinado empreendimento (tempo 2), A produziria uma nova situação na qual sua utilidade subiria para 3 enquanto a de B cairia para 1. Desse modo, o empreendimento teria adicionado valor igual a 1 à utilidade de A ao passo que subtraiu igual valor de B. O que Coase enfatiza é que o dano infringido a B, no tempo 2, poderia ser comparado ao dano infringido a A, caso impedido de realizar o empreendimento, permanecendo de posse dos mesmos valores de que gozava no tempo 1. Daí, a avaliação acerca da conveniência de um empreendimento deve pesar perdas, não

apenas da sua realização para a parte passiva, mas também da sua não realização para a parte ativa, recusando o foco isolado e parcial sobre a primeira.

Nesse ponto Coase inseriu a variável “direito de propriedade”. Em primeiro lugar descreveu a situação em que a parte passiva no empreendimento (B, no caso acima) o detém, devendo ser indenizada pela parte ativa (A) proporcionalmente à escala de realização do empreendimento, que terminaria sendo – sob as condições prescritas pelo autor – o ponto que instaure um equilíbrio mutuamente interessante e consentido por ambos. Em segundo lugar, descreveu a situação oposta, em que a parte ativa detém esses direitos, podendo ser remunerada pela parte passiva conforme o volume de produção a ser restrito na realização do empreendimento, o que também conduziria a um equilíbrio mutuamente interessante. Ao produzir um balanço geral entre utilidades e danos, Coase arremata com a sua tese: sob qualquer distribuição de direitos de propriedade, barganhas voluntárias e diretas entre as partes levarão a resultados eficientes globais, desde que não sejam obstruídas por custos de transação significativos.

A segunda premissa define resultados eficientes globais como os que maximizam a utilidade agregada. Corresponderiam à soma dos benefícios sobre a dos custos (ou danos) para ambas partes, ou seja, ao somatório das utilidades aferidas pelos agentes em interação. Coase tomou como certo, por definição, que as formas selecionadas pelo processo de barganha nas condições fixadas em seu “teorema” seriam as mais eficientes, não importa a distribuição de utilidades e danos. O resultado final da barganha direta dependeria, nesses termos, da contabilidade

geral de custos / benefícios com e sem a realização do empreendimento. Ao contrário da FIGURA 8, onde a somatória das utilidades agregadas nos tempos 1 e 2 foi propositalmente equivalente a 4, na FIGURA 9 elas diferem.

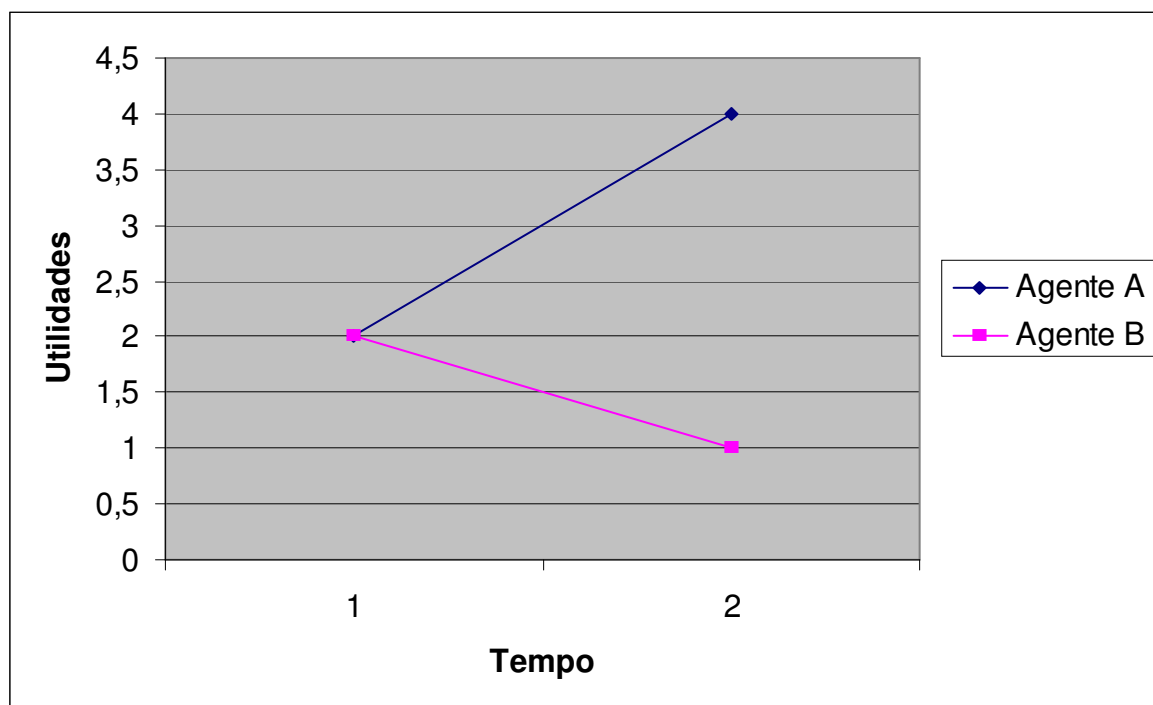


FIGURA 9 - Utilidade agregada como medida de eficiência coletiva

A comparação das utilidades agregadas no tempo 1 (igual a 4, sendo 2 aferido pelo agente A e 2 por B) diante das agregadas no tempo 2 (igual a 5, sendo 4 aferido pelo agente A e 1 por B) permite concluir que, do ponto de vista coasiano, o tempo 2 agregaria maior eficiência social, independente do dano causado a B. Naturalmente, a instauração de um equilíbrio requer concessões por aquele que

não detém os direitos de propriedade: se A, a indenização pela realização do empreendimento seria paga a B; se B, compensações para limitar a realização do empreendimento seriam oferecidas a A. Os valores exatos da indenização ou compensação seriam nivelados pelos preços praticados no mercado.

A avaliação da aplicabilidade do Teorema de Coase às relações intergovernamentais (INMAN & RUBINFELD, 1999; OATES, 1999) requer o exame prévio dessas premissas. Porém, antes, sublinhamos que essa aplicação se baseia na conversão dos agentes econômicos ou sociais em governos locais sob sistemas descentralizados, bem como equiparação o Estado ao governo central. Daí, os resultados decorrentes das relações estabelecidas entre as partes seriam previsíveis: sem consideração pela distribuição prévia dos direitos de propriedade quanto a efeitos ou danos e num ambiente de mínimos custos de transação, negociações livres e voluntárias entre governos locais levariam invariavelmente a acordos eficientes com maximização do bem-estar social dos representados. Pelo lado reverso, iniciativas conduzidas pelo governo central seriam, por definição, menos eficientes que aquelas derivadas dessas negociações.

Há, entretanto, questionamentos importantes a tal aplicabilidade nas relações intergovernamentais. Um primeiro se organiza em torno do caráter irrealista das premissas assumidas implicitamente no trabalho de Coase, comprometendo-o como modelo de representação do mundo real. Tributários dessa crítica, McKelvey & Page (1999) atribuem à ausência de formalização matemática e concomitante

encobrimento dessas premissas, a sobrevida do Teorema. Interpelam as perspectivas de rendimento teórico do trabalho de Coase diante do relaxamento daquelas assumidas implicitamente – onde se inclui informação completa por parte dos interlocutores da barganha – ou mesmo daquelas assumidas explicitamente – como custos de transação irrelevantes. Tal relaxamento, na visão dos referidos autores, jogaria por terra quaisquer derivações seguintes sobre a produção de eficiência social e sua invariância a despeito da distribuição dos direitos de propriedade.

Inman & Rubinfeld (1999) analisaram a pertinência da aplicação do argumento coasiano às barganhas entre governos locais, no que se vinculam estreitamente às pretensões deste trabalho, identificando cinco condições simultaneamente requeridas para tal: que não haja custos de transação associados ao processo de barganha; que preferências e recursos sejam de conhecimento comum desses governos; que esses representem perfeitamente os interesses dos cidadãos que o elegeram; que não haja custos associados à implementação dos acordos firmados; e, por fim, que as partes concordem quanto à divisão dos benefícios produzidos.

O questionamento sobre o realismo dessas condições é incisivo. Embora, em caráter de exceção, os autores considerem a primeira condição razoável, admitindo que a logística governamental para negociações possa tornar os custos de transação marginais, Scharpf (1997) argumenta que, diferente do modelo de

trocas voluntárias entre dois agentes no mercado, esses mesmos custos tendem a subir exponencialmente com o número de agentes em barganha.

Quanto a que as preferências e recursos sejam de conhecimento comum, revivemos a primeira objeção levantada por McKelvey & Page (1999) ao definirem informação completa compartilhada pelas partes como uma premissa extremamente restritiva. Inman & Rubinfeld (1999), entretanto, vão além ao adicionarem implicações do relaxamento dessa condição: falseamento e uso estratégico de informações sobre preferências e recursos por ambas as partes, como forma de iludir o interlocutor sobre eventual ponto de desacordo³⁴.

Quanto a que governos locais representem interesses dos cidadãos que o elegeram perfeitamente, os mesmos autores alegam que não se trata de um problema trivial e nada garante que agentes políticos façam as melhores escolhas para o eleitor mediano, até porque as preferências de determinadas parcelas do eleitorado poderiam ser mais bem atendidas que outras.

Quanto a que não haja custos associados à implementação de acordos firmados, embora Inman & Rubinfeld (1999) avaliem essa premissa, a princípio, como pouco problemática, já que tipicamente os acordos intergovernamentais sejam legalmente aplicáveis, a existência de custos associados ao monitoramento prejudica sua observância em casos concretos.

³⁴ Como já esmiuçado, o ponto de desacordo, para Scharpf (1997) corresponde à exata distribuição de utilidades entre agentes no ponto em que as negociações fracassam, uma vez inaceitável para pelo menos uma das partes.

Por fim, quanto a que as partes concordem quanto à divisão dos benefícios produzidos, os autores sustentam que proponentes da Barganha de Coase ignoram amplamente as dificuldades para tanto, pois não se deve esperar que agentes políticos ignorem seus ganhos em favor de outros. A distribuição das utilidades geradas pelos empreendimentos poderia, nesse sentido, se converter em elemento crítico da negociação dos pactos. Mais que uma condição empiricamente restritiva, argumentamos que esse aspecto aponta para uma inconsistência lógica.

Quanto a esse aspecto o que se observa é que o centro da crítica dos autores supra-citados não incide sobre a consistência lógica da tese coasiana, mas sobre seu baixo poder explicativo em função do irrealismo das premissas assumidas:

The assumptions required for such Coasian agreements are very demanding and unlikely to hold in practice. This seems particularly so when the efficiency costs on any one individual are small, costs are not common knowledge and are diffused over groups in many states, the affected individuals are themselves a minority within a state, and state politicians treat the division of proceeds from the bargain as a signal of their political "toughness" (p. 684).

No entanto, considerando alguns dos próprios argumentos levantados por Inman & Rubinfeld (ibid.), assumimos que além do irrealismo, a aplicabilidade do Teorema de Coase às relações intergovernamentais peca por problemas conceituais e de consistência lógica. Para fundamentar essa afirmação, retomamos aqui as premissas apresentadas no início desta seção: a reciprocidade

na produção dos danos sociais e a utilidade agregada como critério para mensuração da eficiência social.

Uma análise cuidadosa dessas proposições permite elucidar a operação subliminar de equivalência entre a eficiência social segundo Coase e o interesse social ou coletivo³⁵. Ora, se a primeira corresponde à agregação das utilidades aferidas pelas partes envolvidas no empreendimento, não importa a distribuição de custos e benefícios, não se pode dizer que o mesmo ocorra quanto ao segundo. Se assim fosse, seria justificável que a contabilidade das utilidades presumidas dispensasse procedimentos deliberativos e decisórios previstos nos institutos democráticos para seleção das alternativas que melhor atendam ao interesse coletivo. Mais que isso, significaria a renúncia da sociedade em se posicionar diante das implicações mútuas que a realização dos objetivos de uns ocasionam para outros, aspecto que justifica a formação da esfera política (REIS, 2000) e que impede a sua redução a trocas processadas na esfera privada.

Outro problema se refere à inconsistência lógica entre a produção da escolha socialmente ótima e seus microfundamentos, ou seja, as escolhas dos agentes sociais. Ora, se esses últimos são dotados de racionalidade auto-interessada ou estreita, como tomado de saída por Coase, não se poderia esperar que consentissem acordos com base na utilidade agregada, sem observar suas conseqüências distributivas. Pelo contrário, sob a premissa da racionalidade

³⁵ Coleman (apud KNIGHT, 1998) define eficiência alocativa como o máximo uso produtivo dos recursos, deixando à eficiência social a maximização do bem-estar ou utilidade à disposição da coletividade.

estreita – aqui tomada universalmente de forma proposital – espera-se que agentes do processo de barganha escolham acordos que maximizem seus interesses em detrimento da eficiência ou bem-estar social (KNIGHT, 1995). Não se trata aqui de um problema de plausibilidade empírica, mas de uma contradição que denuncia uma lacuna na conexão de um processo macro-social – seleção de formas socialmente eficientes sob mínimos custos de transação – a processos micro-sociais – escolhas individuais.

Desse modo, o comprometimento do realismo de premissas assumidas e da consistência lógica no trabalho de Coase significa, também, o de seu argumento central em favor da capacidade de que sistemas descentralizados possam processar externalidades. Pelo contrário, o auto-interesse dos agentes governamentais locais envolvidos na barganha não poderia ser tomado, de saída, como consistente com a produção de resultados socialmente ótimos. Torna-se problemático admitir, de saída, que estados de optimalidade social previamente definidos no plano nacional, tal como no SUS, sejam preservados de eventuais violações sob sistemas descentralizados. Barganhas livres e diretas poderiam, pelo contrário, aprofundar tensões e desigualdades pré-existentes.

3.1.1.2. Mecanismos Incentivo-Compatíveis

A segunda matriz institucional aqui abordada supõe exatamente o contrário da primeira: a incapacidade de que barganhas diretas entre governos locais, agindo no seu melhor interesse, produzam acordos com maximização dos benefícios coletivos. Incorpora argumentos em favor da construção de um sistema de

incentivos institucionalizado que compatibilize e canalize comportamentos auto-interessados na produção de bens públicos ou outras formas de satisfação de necessidades coletivas, maximizando o bem-estar social.

Entretanto alguns de seus pontos de partida coincidem com o argumento coasiano, especialmente na adesão a teses utilitaristas. Em primeiro lugar, supõe-se que indivíduos tendam a se comportar no ambiente social e econômico respondendo a incentivos de alguma natureza. Em segundo lugar, que esses incentivos se constituam no sentido da auto-satisfação de interesses. Em terceiro, que a busca da auto-satisfação de interesses seja o motor capaz de gerar a eficiência. A divergência estaria na sustentação de que interações diretas entre agentes auto-interessados produzam efeitos destrutivos, conduzindo a resultados exatamente opostos aos imaginados por Coase: a ineficiência e, conseqüentemente, a produção de estados sub-ótimos.

O cerne do problema seria como re-articular auto-interesse e eficiência na construção de bens públicos ou, em outros termos, como realinhar comportamentos orientados para auto-satisfação de modo a gerar níveis de eficiência e bem-estar ótimo sem que uma “mão invisível” se encarregue disso.

O reconhecimento dos limites da ação coercitiva no direcionamento dos comportamentos individuais – incapaz de suprimir o interesse dos agentes produtivos de auto-satisfação e, daí, de adotarem comportamentos de adaptação estratégica como falsificação de preferências ou minimização de esforços não

observáveis diretamente – levou Nicolaus Tideman e Gordon Tullock (MILLER & HAMMOND, 1994) a se concentrarem na resolução desse problema motivacional. Do contrário, uma vez que agentes envolvidos na produção de um bem público são auto-interessados, arranjos sociais estariam contaminados pelo dilema da ação coletiva³⁶, gerando problemas de credibilidade de compromissos insolúveis. Em outros termos, o grande desafio seria fazer com que agentes sociais reportem verdadeiramente suas preferências ou maximizem esforços individuais na construção de bens públicos, ainda que tenham incentivos para fazer exatamente o contrário.

A solução proposta foi a institucionalização de sistemas de incentivos conhecidos na literatura da *Rational Choice* como *Mecanismos Incentivo-Compatíveis*. Embora sua utilização tenha sido notabilizada nas organizações empresariais e outros sistemas decisórios e produtivos em geral, sua aplicabilidade às relações intergovernamentais em sistemas descentralizados é identificável a partir de esforços de governos centrais no sentido de direcionar o comportamento dos governos subnacionais, seja no campo da economia ou da adoção de políticas públicas sociais, por meio de incentivos institucionalizados.

³⁶ O dilema da ação coletiva remete ao clássico trabalho de Olson Jr. (1968), onde o autor busca responder às indagações em torno dos motivos que levariam à deserção de indivíduos ante os esforços necessários para que um grupo possa realizar um bem público para si. Atacou postulados sociológicos até então intocados que se apoiavam na idéia de que o comportamento esperado para o indivíduo auto-interessado seria “naturalmente” o engajamento ou cooperação com a ação coletiva em favor da comunidade de interesses. Olson Jr. concluiu, ao contrário, que a deserção diante da ação coletiva seria uma opção racional para os indivíduos, uma vez que lhes permitiria usufruir o bem público minimizando desgaste (custos). O dilema da ação coletiva se refere, portanto, à dicotomia entre cooperar com o grupo de indivíduos racionais, portanto com bons motivos para não fazer o mesmo, ou desertar da cooperação.

Mecanismos Incentivo-Compatíveis constituem regras que, uma vez compartilhadas por agentes sociais (ou governos locais, no caso), seriam capazes de estimular que esses assumam, como estratégia dominante³⁷, comportamentos dirigidos a objetivos socialmente desejáveis:

...economists discovered systems, known as “incentive-compatible mechanisms” or “demand-revealing processes”, which provide incentives for members of an organization to provide truthful signals about the public goods problems they face (...) truthfulness emerges as a “dominant strategy”; that is, it is in the interests of the individual to tell the truth about a public good no matter what others might choose to do (idem, p. 9).

Grosso modo, a estrutura de um Mecanismo Incentivo-Compatível inclui, entre seus componentes: um conjunto de agentes, de cuja cooperação se espera a construção de um bem público; as contribuições efetivamente dispensadas por esses agentes; além de um administrador central com autoridade para impor regras que determinam as contribuições de cada um (ou que alocam os custos da produção) e coletá-las para gerar um produto final (ou bem público).

Vale lembrar que, sob o dilema da ação coletiva, cada agente tem interesse em minimizar sua contribuição individual e maximizar a utilização do bem produzido. O segundo objetivo seria de antemão assegurado, uma vez produzido o bem público, já que esse último, se disponível para um agente, estaria disponível para

³⁷ Nos termos tradicionalmente tratados na Teoria dos Jogos, uma estratégia dominante é aquela capaz de levar a um *payoff* ou distribuição de resultados preferível para um agente, não importa quais sejam as estratégias escolhidas pelo (s) outro (s).

todos. Mas, justamente por se tratar de bem público, seria impossível supor uma premiação diferenciada para esforços diferenciados, já que todos teriam igualmente acesso a ele, não importa a energia despendida individualmente. Daí, que o auto-interesse dos agentes seja consistente com a minimização de sua contribuição individual ou **C_i**, o que poderia a levar o montante das contribuições a ser inferior aos custos de produção do bem público ou **B_p**:

$$\Sigma C_1 + C_2 + \dots + C_n < \text{Custo } B_p$$

O Mecanismo de Incentivo Compatível coordenado pelo administrador central deveria conter, portanto, regras de contribuição capazes de produzir estímulos para que a somatória das contribuições seja suficiente para a produção do bem público³⁸.

$$\Sigma C_1 + C_2 + \dots + C_n = \text{ou } > \text{Custo } B_p$$

³⁸ Um Mecanismo de Incentivo Compatível experimental, por exemplo, estabelece que 5 jogadores optam individualmente entre contribuir ou não com 10 unidades para um fundo comum, cujos valores serão aleatoriamente redistribuídos entre os jogadores por um mecanismo automático. Cada jogador individualmente poderia contribuir caso passasse a compartilhar, ex-ante, a expectativa de que seu retorno será maior se ele efetivamente contribuir (FROHLICH & OPPENHEIMER, 2003).

Uma variável a ser considerada na elaboração dessas regras remete à valoração atribuída pelos agentes ao uso do bem público. Sua importância está vinculada à suposição de que a cooperação dependa de um cálculo individual de custo / benefício, onde se defina a dimensão do segundo fator. Se o valor atribuído ao benefício varia individualmente, a estipulação, pura e simples, de contribuições fixas e isonômicas poderia levar o sistema à falência na medida em que, para pelo menos um indivíduo, os valores atribuídos ao bem público estejam aquém da contribuição estipulada para o mesmo.

Do ponto de vista da sua aplicabilidade às relações intergovernamentais em sistemas descentralizados, os mencionados mecanismos de incentivo baseiam-se na equivalência entre governos locais e agentes produtivos e entre governos centrais e o seu administrador. Daí, uma vez que governos centrais concentrem poder normativo para estabelecer regras de contribuição e realizar sua coleta, estariam habilitados a fixar Mecanismos Incentivo-Compatíveis para direcionar comportamentos de governos locais no sentido da satisfação de alguma necessidade coletiva funcional ou, em outros termos, da produção de um bem público. Medidas para estimular condutas compatíveis com a estabilidade fiscal e econômica ou a prestação de certos serviços por governos locais podem ser entendidas claramente sob esse recorte.

Mas de saída, devem ser explicitados alguns elementos subliminares à aplicação desses mecanismos às relações intergovernamentais. Em primeiro lugar, a construção de soluções eficientes e com maximização de bem-estar social decorre

de escolhas prévias numa arena política central. Em segundo lugar, o desenho institucional dos Mecanismos Incentivo-Compatíveis deve comportar regras com estímulos suficientes para que governos locais, comprometidos com objetivos restritos à população de sua jurisdição, comportem-se de maneira consistente com aquelas mesmas escolhas.

A FIGURA 10 representa um Mecanismo Incentivo-Compatível nas relações intergovernamentais em sistemas descentralizados.

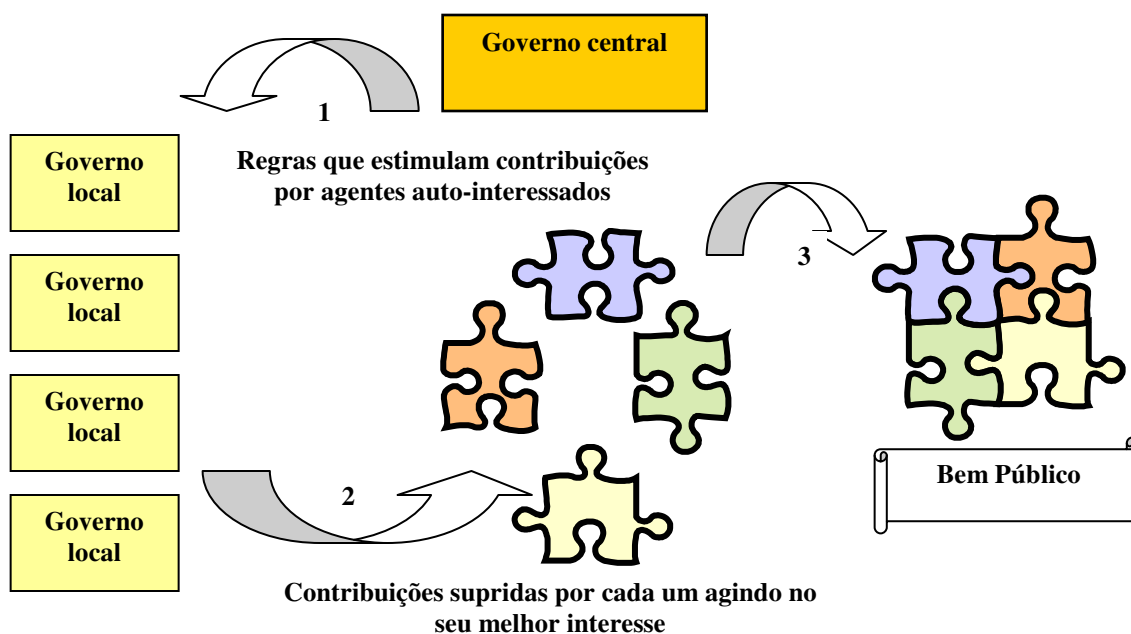


FIGURA 10 – Mecanismo Incentivo-Compatível em um sistema de governo descentralizado.

Um suposto efeito colateral desses mecanismos foi levantado experimentalmente por Oppenheimer & Frohlich (2003): ao alinhar interesses individuais aos do grupo, na realização do ótimo social, os mesmos substituiriam orientações éticas ou normativas, cumprindo uma “função econômica” ao dispensar necessidade de comunicação entre agentes envolvidos no sentido de fundamentar suas razões para firmar compromissos. Nesse sentido, os autores ponderam que a utilização de tais mecanismos como ferramenta de políticas públicas poderia se tornar uma “faca de dois gumes”, melhorando resultados sociais no curto prazo, especialmente quando não há comunicação entre os agentes sociais, e piorando-os quando suspensos, se comparados a grupos com comunicação entre seus membros e que não foram a eles submetidos. Os autores acrescentam ainda que, mesmo com a possibilidade de comunicação, a economia de esforços para produzir coordenação terminaria por torná-los mais propensos a condutas predatórias, uma vez suspensos os incentivos. Esse aspecto, aparentemente desfocado do presente trabalho, sublinha uma característica essencial do desenho dos Mecanismos Incentivo-Compatíveis: seu caráter tecnocrático, que à semelhança do argumento neoclássico, pensa instituições funcionando para produzir bens públicos sem necessidade da ação política, operando suavemente e sem coerções, à semelhança dos mercados (MILLER & HAMMOND, 1994).

Há, entretanto, outras objeções importantes à sua aplicabilidade às relações intergovernamentais, sejam decorrentes do caráter irrealista ou restritivo de suas premissas, sejam de consistência lógica.

Quanto ao primeiro caso, essa matriz institucional incorpora uma premissa bastante criticada por autores de inspiração neoclássica³⁹: que necessariamente o planejador central seja “benevolente” ou, no mínimo, socialmente interessado, além de – principalmente – perfeitamente informado. Altruísmo e informação perfeita são requerimentos imprescindíveis para que um agente central construa incentivos direcionados para ótimos de eficiência e bem-estar social. São, porém, extremamente restritivos. A suposta benevolência do administrador central, aliás, é problemática não apenas na fase de planejamento do Mecanismo Incentivo-Compatível, sendo extensiva à sua administração cotidiana visto que, diante do acesso a informações privadas ou contribuições coletadas, deve renunciar à tentação de utilizá-los em benefício próprio, mantendo seu comportamento benevolente e altruísta.

Nesse momento introduzimos uma segunda ordem de objeções, uma vez que nesse último caso a improbabilidade da benevolência é agravada por condições geradas pelo próprio funcionamento do mecanismo e, portanto, em decorrência de fatores endógenos. Esses fatores se vinculam, em grande parte, a um problema técnico denominado “balanço orçamentário”, enfatizado por Miller & Hammond, (1994). Esses autores destacam que a preservação do orçamento necessário à produção do bem público, ante a tentação de deserção pelos contribuintes envolvidos no problema de ação coletiva, requer a presença e a coordenação de

³⁹ Incluindo aqui o próprio trabalho de Ronald Coase citado acima (*The Problem of Social Costs*, 1960) em sua crítica à expectativa de Pigou quanto à plausibilidade de que o planejamento possa corrigir falhas de mercado.

um elemento externo ao grupo, com capacidade de impor regras que estabeleçam as frações para contribuição de cada um. Porém, uma vez estando em posição de assimetria informacional em relação aos membros do grupo, racionalmente ignorantes, e detendo a prerrogativa de fixar o orçamento, esse “administrador” teria condições para superestimá-lo de forma a minimizar os riscos de colapso do sistema, o que poderia gerar excedentes não utilizados na produção do bem público que ficariam sob sua guarda. O administrador se defronta com a tentação de, deliberadamente, gerar excedentes para utilização em benefício próprio, no que seu interesse passa a se confrontar com o dos contribuintes.

Reconhecendo o administrador central como agente social, não importa se egoísta ou altruísta⁴⁰, poder-se-ia afirmar que um Mecanismo Incentivo-Compatível produz incentivos para que se comporte de forma inconsistente com a eficiência social – já que produziria um bem público a custos maiores que a somatória das contribuições necessárias – operando um deslocamento dos riscos morais dos membros do grupo para ele próprio. E, isso, a despeito de que tenha tido sucesso em motivar os agentes produtivos para que contribuam efetivamente, estabelecendo um equilíbrio de Nash⁴¹.

Autores como Holmstrom (1982) e Miller & Falaschetti, (2001) exploraram o *trade-off* entre equilíbrio orçamentário, onde as contribuições de todos equivalem aos

⁴⁰ Aspecto que constituiria uma externalidade, em princípio.

⁴¹ No equilíbrio de Nash, nenhum jogador faz o melhor para si desertando unilateralmente de uma determinada estratégia. Isto não significa, entretanto, que conjuntamente com outros jogadores não possam se beneficiar de uma defecção coordenada. A estrutura do jogo pode permitir que todos se beneficiem se mudarem conjuntamente sua estratégia (MORROW, 1994).

custos totais do bem público; estabilidade, onde ninguém tem incentivos para mudar sua estratégia nas condições encontradas; e, eficiência nos termos da optimalidade de Pareto, onde não há mais como melhorar a situação de alguém sem que se piore a situação de outro. Dedicaram-se a formalizar matematicamente a impossibilidade lógica de que um Mecanismo de Incentivo Compatível possa atender simultaneamente a esses três requisitos, demonstrando que, pelo contrário, que ao lograrem estabilidade pela presença do administrador externo ao grupo, tenderiam a romper o equilíbrio orçamentário e a eficiência.

Mecanismos Incentivo-Compatíveis, portanto, constituem arranjos institucionais problemáticos do ponto de vista da eficiência social, uma vez que, mesmo alinhando incentivos dos membros do grupo na produção de um bem público, o faz às custas da criação de novos riscos morais. E mesmo assumindo que o administrador central seja um altruísta intransigente, ainda assim haveria incentivos para que superestimasse custos do bem público, desde que esse procedimento minimize riscos de que o montante de contribuições não chegue ao necessário para viabilizar o bem público (Ibid).

Desse modo, não eliminam a tensão constitutiva entre interesses do centro e da periferia do sistema, especialmente no que tange à maximização de benefícios do administrador central e da comunidade como um todo (MILLER & HAMMOND, 1994). Essa tensão, comumente encontrada nos sistemas democráticos representativos, onde se espera que os compromissos assumidos pelo governante sejam críveis a ponto de que os participantes do grupo se submetam à sua

autoridade, poderia ser contornada por freios e contrapesos. A separação entre a guarda dos excedentes e o poder de estabelecer as regras de contribuição ou outras formas de dispersão da autoridade do administrador seriam necessárias para ampliar os custos de ações oportunistas por parte do último. No entanto, tais medidas introduziriam novos custos institucionais e políticos que tenderiam a agravar o problema da ineficiência, ainda que possam favorecer a transparência e o constrangimento dos novos riscos morais produzidos pelo mecanismo. Mais que isso, a introdução das diversas formas de dispersão de autoridade ou controle, na verdade, implica a falência do sonho tecnocrático e da crença de que virtuosidade do desenho de incentivos institucionais para produzir bens públicos dispense a necessidade da ação política e de coerções que assegurem o cumprimento dos compromissos.

Assim, a segunda matriz também se mostra comprometida do ponto de vista da compatibilidade entre ótimo social e auto-interesse, dado que a construção de incentivos institucionais para que governos locais processem seus problemas inter-jurisdicionais não livra o próprio coordenador central da tentação de orientar-se por seus próprios interesses, tanto na eleição do bem público a ser produzido quanto em decisões que redundem na acumulação de excedentes. Nesse sentido os riscos morais pensados na perspectiva de um agente governamental central poderiam ser potencializados diante de condições como a concentração de recursos passíveis de transferência para esferas subnacionais, assimetria informacional frente a essas esferas, oportunidades de transferir custos e riscos

políticos, dentre outros. Assim, Mecanismos Incentivo-Compatíveis, operando em sistemas descentralizados de governo, poderiam perfeitamente minar a obtenção de resultados socialmente eficientes e comprometer os interesses da coletividade no processamento de problemas inter-jurisdicionais entre comunidades locais.

3.1.2. Federalismo, coordenação intergovernamental e consistência entre objetivos nacionais e locais

A análise dos arranjos de coordenação intergovernamental descentralizados emergentes sob o SUS se torna promissora na exploração empírica de diversas das questões apresentadas até aqui. Em primeiro lugar, por tratar-se de um caso no qual objetivos nacionais foram construídos e fixados previamente na legislação, permitindo tipificar um ótimo social eleito coletivamente e fixar, assim, parâmetros de avaliação acerca da eficácia de cada um deles. Em segundo, o fato de lidarmos com mais de um arranjo oferece elementos de confrontação entre diferentes possibilidades de compatibilizar objetivos nacionais e gestão local: seja pela via do contrato voluntário direto entre governos municipais, seja por meio de incentivos desenhados a partir da esfera política central. O problema fundamental seria responder em que medida e sob que condições estariam propensos a violar ou convergir para o ótimo de acesso assistencial fixado.

Entretanto, ainda que difundidas no campo do Federalismo Fiscal e *Public Choice*, as matrizes teóricas apresentadas esbarram em premissas restritivas e inconsistências lógicas que comprometem a confiabilidade de suas prescrições e, por inferência, das razões que permitiram explicar eventuais estados sub-ótimos:

num caso, elevados custos de transação e, no outro, imperfeições do desenho de incentivos. Tal comprometimento esvaece, em boa medida, a esperança de que incentivos econômicos resolvam problemas de coordenação entre escolhas dos entes sub-nacionais em direção a resultados socialmente ótimos. Não obstante, alguns desenvolvimentos sobre relações intergovernamentais, particularmente envolvendo estudos sobre federações, merecem consideração prévia ao tratamento do problema aqui apresentado.

De início deve-se registrar que o caso concreto do SUS – onde a transferência de responsabilidades e recursos para entes governamentais locais provoca efeitos sobre as condições de realização dos objetivos nacionais – se situa no contexto de um determinado arranjo federativo.

Em segundo lugar, há que se reconhecer que tais arranjos lidam recorrentemente com problemas dessa natureza, visto que atendem a duas condições complementares: de um lado, existência de jurisdições heterogêneas, e de outro, de um discurso e práticas em favor da integridade territorial do conjunto (ABRÚCIO, 2005), justificando a co-existência daquelas. Comportam, em certa medida, a articulação dos dois termos do problema anunciado no início desse capítulo: de um lado, um vetor centrífugo que pressiona em favor da realização dos interesses particulares de cada uma das jurisdições locais; de outro, um vetor centrípeto, que pressiona em favor do equilíbrio federativo entre as partes, zelando pela manutenção do todo. De um lado o auto-interesse identificado na esfera local, de outro o interesse da coletividade em equilíbrio.

Embora problemas de coordenação não se apresentem exclusivamente nas federações, uma vez também emergentes nos estados unitários, nas primeiras o seu processamento não poderia ser, em tese, obtido mediante uma “mera ação impositiva e piramidal de um governo central” (idem, p. 43), dado que o poder desse último deriva de um acordo entre as partes, ainda que detenha prerrogativas específicas para manutenção do equilíbrio federativo. Desse modo, tal processamento é afetado pelas barganhas que estruturam as relações verticais no sistema federal, produzindo como requerimento para implantação de políticas públicas, muitas vezes, a institucionalização de espaços de compartilhamento de decisões e responsabilidades onde sejam operacionalizadas soluções que afetam as partes e o todo.

Aí localizamos, precisamente, as condicionalidades produzidas pela combinação entre comportamentos dos agentes governamentais, tal como identificadas no capítulo anterior – sejam elas verticais, entre agentes das esferas local, provincial e federal; ou horizontais, entre agentes da mesma esfera – como elemento decisivo para interpretar incongruências entre escolhas coletivas e comportamentos de governantes.

Mais que isso, o ambiente institucional federativo se constitui no contexto estruturante onde se combinam as três variáveis descritas na FIGURA 7 anteriormente: descentralização, externalidades e assimetrias. A primeira, como redefinição de atribuições e responsabilidades na implantação de uma política pública entre união, províncias e localidades unidas por um pacto constitucional; a

segunda como efeitos externos gerados por escolhas de um ente governamental, membro da federação no exercício dessas mesmas atribuições e responsabilidades sobre outros, seja em sentido vertical ou horizontal; e, por fim, assimetrias como desigualdades relevantes entre os mesmos entes governamentais na produção de soluções coordenadas. Nesses termos, nosso problema diria respeito às condições pelas quais institutos de compartilhamento de decisões e responsabilidades entre entes de governo autônomos – os CIS e a Pactuação Regional, no caso – poderiam combinar auto-interesse e objetivos ótimos fixados no plano nacional. E aí há pistas inquietantes.

Algumas abordagens sublinham que, via de regra, federações tendam a refrear o ímpeto transformador de políticas ou projetos nacionais na medida em que dispersam o exercício da autoridade e que, ao conferir maior autonomia de governo à esfera subnacional, ampliam o poder de veto das minorias (LIJPHART, 2003). Para Tsebelis (2002), nesse caso, os entes federados atuam como *veto players* institucionalizados, aumentando o potencial de conservação do *status quo* e, possivelmente, de resistência a inovações políticas, podendo levar ao aprisionamento em estados sub-ótimos.

Relacionados a essa linha de pesquisa, outros estudos enfatizam que, diante dos problemas de coordenação política iminentes, considerando a interdependência entre políticas locais e a autonomia conferida às esferas subnacionais, haveria riscos de efeitos dispersivos sobre a autoridade política e sobre a consistência de decisões coletivas (ARRETCHE, 2004). Daí, perdas de bem-estar social poderiam

decorrer da superposição de funções ou competição intergovernamental. Mas, diante desses riscos, são identificadas algumas saídas. O compartilhamento de decisões e responsabilidades entre entes federados ou locais, por meio de arranjos de cooperação e de contenção das condutas competitivas (PIERSON apud ABRUCIO, 2005) – valendo-se de acordos, vetos ou decisões conjuntas – poderia conduzir escolhas dispersas a objetivos consistentes no plano nacional. Embora tal formulação ainda seja insuficiente para o tratamento do problema SUS nos termos aqui colocados, é curioso que referências a barganhas diretas ou ao desenho central de incentivos estejam inseridas subliminarmente na produção de tais efeitos de convergência.

No Brasil, uma parte dos estudos de cunho mais analítico que descritivo aborda efeitos da estrutura federativa sobre o desenvolvimento de políticas públicas e conflitos políticos conduzindo à identificação do desenho de incentivos como recurso pelo qual a União pode conquistar a adesão dos entes subnacionais (ARRETCHE, 1996, 2003 e 2004; SOUZA, 2003 e 2004; além de outros). Outros, voltados especificamente para o entendimento dos mecanismos de cooperação intergovernamental – como em Abrucio & Soares (2001) e Rocha & Faria (2004) – apontam uma segunda possibilidade. O trabalho de Abrucio & Soares (2001), baseado numa avaliação de mecanismos de cooperação intermunicipal identificados na região do ABC Paulista, é de especial interesse pelas possibilidades analíticas abertas pelo conceito de *rede federativa*, definida como “criação de instituições, políticas e práticas intergovernamentais que reforcem os

laços entre os entes, sem que se percam o pluralismo e a autonomia característicos da estrutura federativa” (idem, p. 48). Identificam as formas consorciais ali praticadas, arranjos estabelecidos por meio de barganhas diretas entre interessados, como alternativa importante para superação do municipalismo autárquico e competitivo, levando à congruência de interesses na diversidade.

No plano internacional, estudos sobre coordenação intergovernamental, abrangendo a eficácia relativa e limitações dos mecanismos envolvidos, têm se inspirado nos movimentos de integração econômica e formação de blocos transnacionais, especialmente a União Européia. Enquanto alguns se concentram em trabalhos descritivos, propondo tipologias classificatórias (OPESKIN, 2001), outros, como Scharpf (2001), propõem categorias analíticas para abordagem dos diversos níveis de interação entre governos. Em que pese sua construção como ferramenta de análise das relações transnacionais, a abordagem modular proposta também é aplicável às relações no contexto interno de uma federação, supondo vários níveis de interação simultâneos:

- Ajustes mútuos: padrão de interação no qual governos nacionais respondem unilateralmente ou se antecipam a escolhas políticas de outros;
- Negociações intergovernamentais: onde políticas nacionais são coordenadas ou seguem acordos internacionais, ainda que sujeitos à retificação interna em cada país;

- Direcionamento hierárquico: onde algumas competências são centralizadas e exercidas por agentes supranacionais sem participação direta dos estados membros, embora com seu consentimento;
- Decisões conjuntas: onde escolhas dependem da convergência de agentes supranacionais e preferências dominantes em fóruns que agregam governos nacionais.

Cada um desses níveis requer formas próprias de resolução de disputas de interesses e *accountability*, supondo bases de legitimidade próprias – ora mais robustas, ora mais precárias – além de que, em alguns deles, se dispõe de dispositivos para compensar ou processar assimetrias pré-existentes e conflitos entre as partes como elemento inerente às relações intergovernamentais.

Por outro lado, há ainda aqueles estudos abordando parcerias intergovernamentais entre entes subnacionais (LOEFFLER, 1999; FONT et al,1999) enfatizando limitações e vantagens das instituições emergentes na sua promoção. De sua parte, Loeffler (1999) identifica condições para o desenvolvimento de novas estruturas de controle e reponsabilização que favoreçam o sucesso de parcerias entre governos locais. Toma como ponto de partida que a realização conjunta de projetos ou programas intergovernamentais na esfera local requeira o estabelecimento de instituições conjuntas para atender a pelo menos um dos três objetivos: produção conjunta (*joint production*) de serviços para uso comum dos entes governamentais envolvidos ou respectivos cidadãos;

administração de recursos comuns, especialmente bens naturais; investimento comum em projetos para criação de infraestrutura ou outras facilidades no plano regional. A natureza de cada um desses objetivos exigiria formas institucionais específicas, com dilemas e riscos próprios. A produção conjunta, por exemplo – tipicamente implicada no caso dos CIS – favoreceria a especificação de metas quantitativas e frações a serem compartilhadas entre parceiros, mas, em sentido contrário, não os incentivaria a avaliar a performance global da parceria e o impacto final dos serviços produzidos na região. Desse modo, poderia gerar, como efeito endógeno, assimetrias informacionais importantes entre o administrador central dos recursos de produção e cada ente governamental individual.

Porém, além desse aspecto distributivo, a gestão da informação em processos de cooperação intergovernamental pode se tornar problemática em função de suas implicações estratégicas, uma vez que requerem, em alguma medida, sua disponibilidade das diversas jurisdições ou níveis de governo para uma agência central ou dessa última para os primeiros. Em havendo repercussões distintas, para os agentes implicados, entre a estratégia de disponibilizar e a de não disponibilizar as informações verdadeiras, poderiam ser instalados problemas de coordenação com comprometimento da eficiência global desses processos.

Diante de assimetrias, conflitos e opacidade institucional, grosso modo, grande parte dos estudos recomendam o incremento da transparência de pactos e acompanhamento de metas firmadas, além do controle sobre o exercício de responsabilidades, seja entre os próprios parceiros ou entre eles e o administrador

central dos recursos ou, ainda, entre o público (sociedade) e os demais componentes da parceria (governos locais e administrador central). Mas um fato muitas vezes desapercibido é que a reincidência de tais recomendações sugere o reconhecimento implícito da presença de riscos morais ou da propensão à violação dos interesses da coletividade em tais mecanismos de coordenação intergovernamental, similarmente aos problemas de responsabilização e *accountability* usualmente tratados no nível intragovernamental, ao contrário da expectativa apaziguadora do argumento coasiano ou em defesa dos Mecanismos Incentivo-Compatíveis.

É verdade que a existência de tais riscos não significa, necessariamente, que arranjos de cooperação intergovernamental sejam instáveis⁴². Pelo contrário, a perenidade de muitos deles sugere a produção de equilíbrios de Nash, onde cada um não tem incentivos para se abster de participar desses arranjos. Sugere portanto, em alguma medida, a satisfação do interesse de cada ente envolvido em nível superior àquela possível por meio de condutas unilaterais ou isoladas, pois do contrário não seria razoável supor a aquiescência e a vinculação a tais arranjos. O que não se pode inferir, daí, é que tais equilíbrios sejam necessariamente eficientes ou ótimos, quanto mais se admitidas assimetrias entre os participantes como em Scharpf (2001) e Loeffler (1999).

⁴² A relatividade aqui se coloca diante da temporariedade dos ciclos eleitorais, ou seja, para marcar que a manutenção de um mecanismo de coordenação intergovernamental em funcionamento no período de um ciclo eleitoral já indica alguma estabilidade para o mesmo.

Sob esse último aspecto, aliás, a constatação da concentração de riscos morais em determinadas posições do arranjo de cooperação intergovernamental indica, pelo contrário, que a combinação entre interesses ou motivações conflitantes com o ótimo social e assimetria informacional possa levar a resultados sub-ótimos, indiferente ao fato de que tais arranjos tenham sido construídos por barganhas diretas ou introduzidos por políticas federais. Daí, o atributo de maior ou menor estabilidade não guardar relação direta com a produção de ótimos sociais. Não obstante, em sentido oposto, indica o constrangimento de interesses ou motivações desfavorecidos sob tais estados sub-ótimos ou com perdas de bem-estar coletivo⁴³, eventualmente em decorrência de algum efeito estabilizador capaz de anular movimentos em direção a novos equilíbrios possíveis.

Nesse ponto Knight (1998) supõe que a estabilização de determinado ponto de equilíbrio seria explicada pelas propriedades da estrutura institucional de regular as interações perpetuando determinados efeitos distributivos e, daí, mantendo determinados agentes em melhor posição relativa.

O recurso explicativo à estrutura institucional, a propósito, vem se mostrando indispensável para elucidar a estabilidade de fenômenos sociais ou políticos como a convergência da produção legislativa para resultados previsíveis, em detrimento da variabilidade dos resultados possíveis, dado o caráter cíclico e transitivo das

⁴³ Segundo parte dos autores neoclássicos, que consideram instituições como externalidades diante das relações de mercado, há um vínculo necessário entre instituições e sub-optimalidade, uma vez que, tal como exemplificado no trabalho de Ronald Coase, equilíbrios ótimos e eficientes apenas poderiam emergir espontaneamente das interações entre particulares sob mínimos custos de transação. Para outros, instituições equivaleriam a contratos firmados livremente entre privados e, neste caso, poderiam corresponder a equilíbrios ótimos.

preferências agregadas tal como demonstrado formalmente no Paradoxo de Condorcet e desenvolvido no Teorema de Arrow (1951, apud Strom, 1990). A estabilidade dos resultados produzidos sob interações sociais decorreria, portanto, dos efeitos restritivos de regras e procedimentos⁴⁴ que configuram uma instituição, povoada por agentes (TSEBELIS, 1998), induzindo equilíbrios na medida em que definem o ambiente de possibilidades no qual perseguem seus fins.

Em se tratando do problema da implementação de políticas públicas nacionais num contexto federativo, onde o compartilhamento das responsabilidades e recursos depende da pactuação entre entes de governo autônomos, o foco nos efeitos distributivos das regras e procedimentos adotados poderia conferir inteligibilidade à produção de determinado equilíbrio. Sob tais efeitos, a prevalência dos interesses de entes de uma esfera sobre os de outra ou de parte dos entes numa mesma esfera de governo seria o resultado substantivo de um jogo estratégico, onde a proximidade ou afastamento de um parâmetro ótimo seria um atributo ocasional desse equilíbrio resultante, antes que dos custos de transação das barganhas entre entes locais ou da virtuosidade de incentivos desenhados pelo governo central.

Portanto, os efeitos distributivos produzidos pelas formas institucionais que presidem as interações entre os entes governamentais federativos, em si,⁴⁵

⁴⁴ Tsebelis (1998) argumenta que analisar instituições como “regras do jogo” implica em identificar em que medida estas especificam quem são os jogadores, quais movimentos lhes são permitidos, qual a seqüência dos mesmos e quais informações eles dispõem antes de cada jogada.

⁴⁵ Não se pode desconhecer que tanto barganhas voluntárias diretas quanto mecanismos de incentivos requerem base institucional. No primeiro caso, regras definindo direitos de propriedade e um aparato para sua

constituiriam o ponto nodal para elucidação dos problemas de compatibilidade entre ótimo social e auto-interesse. Uma vez confirmada a produção de estados sub-ótimos frente aos objetivos finais do SUS, sob os dois arranjos em análise, restaria decifrar a natureza das motivações implicadas e das forças que atuariam no sentido de favorecê-la.

3.2. Instituições e Efeitos Distributivos

Embora teorias sociais definam instituições por critérios próprios, enfatizando os mais relevantes segundo respectivos sistemas conceituais, a revisão do problema de pesquisa aqui apresentado é beneficiada pelo conceito apresentado por Knight (1998), baseado em duas afirmações centrais:

1. Uma instituição é um conjunto de regras que estrutura interações entre agentes de uma forma particular;
2. Para tanto, essas regras devem ser de conhecimento comum⁴⁶ entre os envolvidos.

A indução de equilíbrios por instituições decorreria de estarem os agentes interagindo segundo as mesmas regras e, mais que isto, de que ambos se

aplicação são indispensáveis. No segundo, incentivos são incorporados à regras do jogo institucionalizadas. O propósito de analisar os efeitos distributivos das instituições se contrapõe aos mesmos, entretanto, por não colocar o equilíbrio resultante em termos de respostas dos agentes a incentivos econômicos.

⁴⁶ Mais que o compartilhamento do conhecimento das regras, o conhecimento comum supõe que um jogador saiba que o outro sabe das regras, que o outro saiba que ele sabe e, mais que isto, que o primeiro saiba que o outro sabe que ele sabe e assim sucessivamente, de forma a compor uma estrutura posicional infinita pela qual os agentes se impliquem mutuamente nas suas opções estratégicas.

reconheçam e aos demais enquanto tais. Além disso, ao estabelecerem sanções positivas ou negativas para determinados cursos de ação, instituições fixariam padrões de comportamento ao afetarem o cálculo de agentes racionais na avaliação das escolhas estratégicas. Mas há pontos de desacordo cruciais entre teorias sociais no que diz respeito aos fatores que provocariam o surgimento das instituições e sua disseminação num determinado universo social. De um lado, sem consideração pelas suas variantes internas, teorias evolucionistas e funcionalistas enfatizam instituições como regras que emergem espontaneamente enquanto produto não intencional de interações repetidas, sendo selecionadas e disseminadas por imitação na medida em que satisfaçam necessidades coletivas de forma superior às instituições pré-existentes. De outro, teorias contratuais de inspiração neoclássica enfatizam o surgimento de instituições como formas que apresentam maiores níveis de utilidade agregada, sendo selecionadas e disseminadas diante das pressões de mercado, uma vez que apresentariam eficiência superior às formas vigentes.

Entretanto, como percebido por Knight (*idem*), as razões alegadas por ambos conjuntos teóricos para o aparecimento e disseminação das instituições focalizam seu impacto sobre a satisfação de necessidades funcionais ou produção de benefícios agregados para todo o grupo social. Faltaria explicar em que medida os mecanismos de seleção e disseminação evocados seriam compatíveis com a premissa de racionalidade dos agentes envolvidos, conectando movimentos no plano macro-social e suas escolhas no micro-social. Do contrário, como supor que

agentes sociais priorizassem benefícios coletivos agregados em detrimento de seus interesses próprios? Para dar conta dessa questão, Scharpf (1997) apresenta um modelo que supõe dois agentes sociais – X e Y – envolvidos em uma negociação com vistas à produção de utilidades das quais poderiam desfrutar, conforme a FIGURA 11, abaixo.

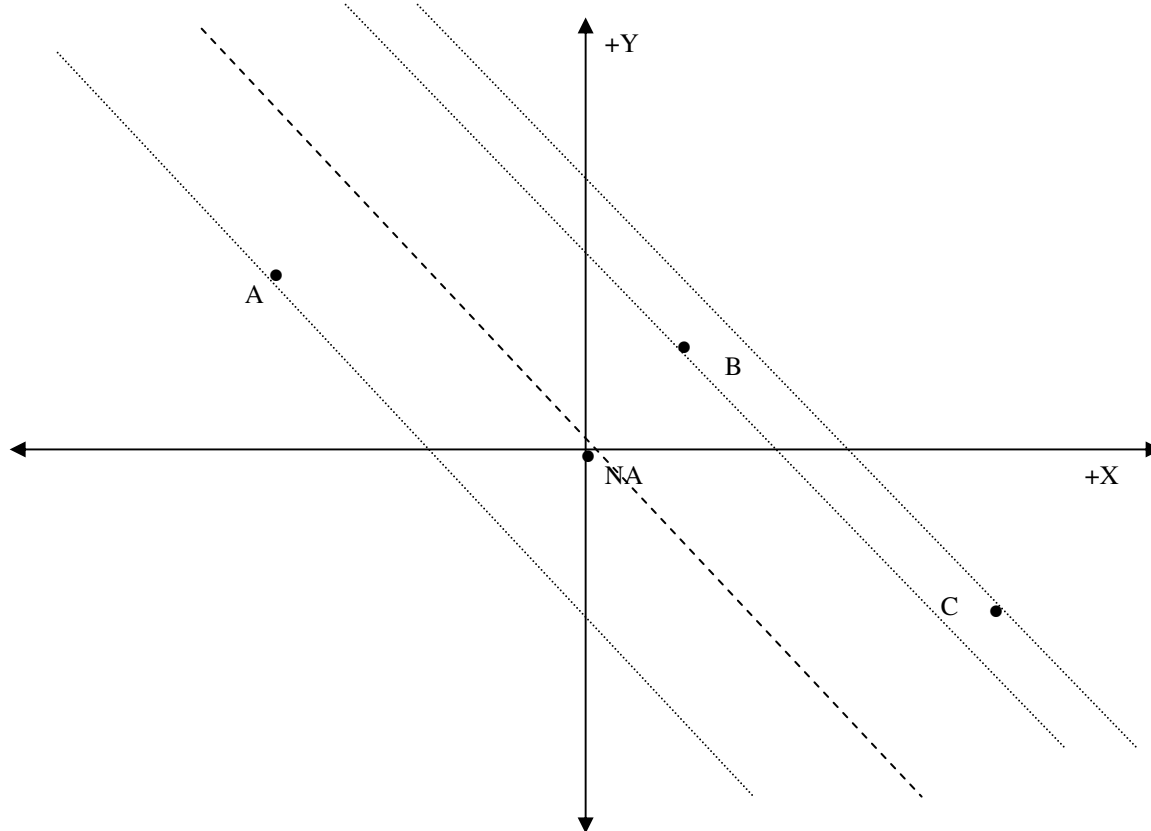


FIGURA 11 – Espaço de negociação (extraída de Scharpf, 1997, p. 120)

Segundo o modelo, X e Y, interagindo sob determinadas regras institucionais, pleiteiam resultados que melhor atendam seus interesses, sendo possível lograr soluções negociadas nos pontos A, B ou C ou, se fracassadas as negociações, que ambos usufruam utilidades correspondentes ao ponto NA (ponto de desacordo), que representaria o máximo que cada um poderia obter por meio de sua ação unilateral. Considerando que as utilidades para cada ator são representadas por valores positivos, superiores a NA, e negativos, inferiores a esse ponto, vemos que X se interessa por resultados localizados à direita desse ponto no eixo horizontal enquanto Y se interessa por resultados localizados acima do mesmo no eixo vertical. O resultado que maximizaria as utilidades para X seria representado pelo ponto C, enquanto o correspondente para Y o seria pelo ponto A. O quadrante nordeste, onde está localizado o ponto B, representaria uma zona de “atração comum”, ao passo que o quadrante sudoeste representaria uma zona de “aversão comum”. Os quadrantes noroeste e sudeste, onde se encontram os pontos A e C, representariam zonas de “preferências conflitivas”, onde os agentes poderiam maximizar seus ganhos à custa de perdas por parte do interlocutor. Ora, diante desse quadro, não se pode dizer que X e Y sejam indiferentes aos resultados do processo de negociação para si (ou seja, se A, B ou C), escolhendo necessariamente a estratégia que maximize utilidades agregadas de ambos, representado acima pelo ponto B.

Na verdade, ao reivindicarem que instituições são selecionadas por seus benefícios coletivos, teorias evolutivas ou contratuais atribuem pouca ou nenhuma

importância aos efeitos distributivos produzidos pelas instituições sobre os ganhos dos agentes envolvidos na interação social. Digamos que, se sob determinada instituição os resultados tendessem a convergir para o ponto A, não seria consistente com a premissa da racionalidade estreita supor que tanto X quanto Y estariam engajados na sua manutenção.

A suposição de irrelevância dos efeitos distributivos das instituições é, portanto, problemática, a não ser que estejamos dispostos a flexibilizar a premissa da racionalidade em favor de outra. Para North (1990), ainda que instituições correspondam a regras do jogo que modelam a interação social, seu papel principal seria o de reduzir incertezas e custos de transação nas “rodadas de interação” (portanto, um benefício coletivo), o que o leva a perceber o movimento evolutivo gradual das mesmas como mudanças incrementais. Nesse sentido o mundo de North – embora comporte a racionalidade estreita, na medida em que redução de incertezas e custos de transação afete os ganhos individuais – conflita com essa mesma premissa, quando não leva em conta efeitos distributivos vinculados aos múltiplos equilíbrios possíveis.

Diversamente, Scharpf (1997) percebe barganhas entre agentes sociais sob duas dimensões distintas, embora simultâneas: a criação de valores e o seu compartilhamento. Na primeira, a associação entre as partes visa a produção conjunta de valores positivos e, na segunda, a distribuição desses entre os associados. Barganhas seriam, portanto, interações para capturar e dividir ganhos não aferíveis unilateralmente. O aspecto nem sempre percebido é que a segunda

dimensão, dos efeitos distributivos, poderia determinar o sucesso ou insucesso da primeira, dado que desacordos sobre o compartilhamento dos valores possam ser projetados regressivamente, contaminando a viabilidade dos próprios acordos para produção de valores.

Considerados esses pontos, arranjos de coordenação intergovernamental poderiam produzir equilíbrios com efeitos distributivos distintos entre entes envolvidos, não necessariamente vinculados a estados socialmente ótimos. É razoável supor que outros equilíbrios possíveis apresentem efeitos distributivos distintos, porém não viáveis dada o padrão de distribuição de recursos e informações entre os agentes em barganha. Para o aprofundamento dessa questão, é útil recorrer a uma descrição dos jogos de múltiplos equilíbrios.

3.2.1. Jogos de múltiplos equilíbrios

Essa categoria de jogos remete a situações em que os cruzamentos das estratégias escolhidas por agentes em interação conduzem a mais de um equilíbrio de Nash e, portanto, a mais de uma solução estável para o jogo (GIBBONS, 1992). Daí, a existência de múltiplos equilíbrios constituir um desafio para a capacidade preditiva da Teoria dos Jogos e, mais ainda, para os agentes envolvidos, dado que a cada equilíbrio corresponda uma distribuição distinta de utilidades. O modelo de interação tipicamente evocado nesse sentido ficou conhecido como Batalha dos Sexos, remetendo a uma história dos anos 50 onde um homem (jogador X) e uma mulher (jogador Y) tinham, cada um, duas escolhas para um entretenimento noturno: assistir a uma luta ou a um *ballet* (MORROW,

1994). Suas preferências se apresentam ordenadas segundo o estereótipo cultural, de tal forma que o primeiro prefira a luta e a última o *ballet*. O caráter instigante do jogo é introduzido pela condição de que, para ambos, há interesse em sair juntos, ainda que cada um queira adicionalmente assistir ao seu entretenimento preferido⁴⁷. Daí, não há solução igualmente satisfatória para ambos, dado que a maximização da satisfação de um – estar junto com o parceiro assistindo ao seu entretenimento proferido – exclui logicamente a do outro. Os resultados possíveis são apresentados na matriz da FIGURA 12, abaixo.

		Jogador y (mulher)	
		y1 (luta)	y2 (ballet)
Jogador X (homem)	x1 (luta)	(2,1)	(0,0)
	x2 (ballet)	(0,0)	(1,2)

FIGURA 12 – Batalha dos sexos.

Como mencionado, tanto o resultado x_1y_1 quanto o x_2y_2 configuram equilíbrios de Nash. No primeiro, por exemplo, o Jogador Y, mesmo recebendo um prêmio

⁴⁷ Nos anos 90, este jogo ganhou uma nova versão onde os dois jogadores devem escolher entre passar férias na praia ou nas montanhas, mas permanece a mesma estrutura, com discordância sobre o melhor resultado a ser perseguido.

equivalente a 1 pela escolha da estratégia y_1 , portanto inferior ao recebido pelo Jogador X, não teria incentivos para mudar sua estratégia unilateralmente para y_2 , pois nesse caso ficaria com o prêmio equivalente a zero. No segundo, o mesmo ocorreria em relação ao Jogador X, de tal forma que, uma vez estabelecido qualquer equilíbrio, ambos estariam “presos”, salvo sob mudança de estratégia fosse coordenada entre eles.

Para resolver jogos desse tipo é necessário invocar algum mecanismo, seja a introdução de uma premissa interna ao jogo ou algum elemento contextual, a fim de explicar a convergência das estratégias dos agentes para determinado equilíbrio. Teorias sobre instituições devem apontar, portanto, como diante de situações onde existem várias formas de se produzir e distribuir valores entre participantes, uma se estabelece como equilíbrio e institui uma regra de ação da qual os agentes sociais não mais se afastam.

Knight (1995) critica teorias sociais evolucionistas e contratualistas por justificarem a convergência coordenada para um equilíbrio com base na superioridade dos resultados globais ou benefícios agregados para ambos jogadores frente aos alcançados sem coordenação, ou seja, sem configuração de uma instituição social. Para teorias evolutivas agentes poderiam optar por seguir uma convenção a não segui-la, caso essa produza resultados Pareto-superiores à última opção. Regras institucionais seriam auto-aplicáveis, desse modo, faltando explicar a convergência para um equilíbrio específico frente a outros possíveis. Algumas teorias desse campo evocam a saliência de informações contextuais como

elemento sinalizador para os agentes envolvidos, que tacitamente se orientariam pela estratégia mais conveniente nesse sentido⁴⁸. Para teorias contratuais o que importa é a sinalização produzida pelo mercado sob a condição de que as utilidades agregadas por agentes em cooperação sejam superiores às obtidas sem tal escolha. Mais uma vez o recurso explicativo à Pareto-optimalidade dos resultados sob determinada instituição se sobrepõe aos seus efeitos distributivos, sendo relevante o sentido apontado pelas pressões de mercado, ou seja, as relações entre demanda e oferta de oportunidades contratuais.

Tomando como base a estrutura de jogo apresentada acima em relação à Batalha dos Sexos, sob teorias evolutivas ou contratualistas o critério básico para a escolha dos resultados x_1y_1 ou x_2y_2 seria sua superioridade global sobre os resultados x_1y_2 ou x_2y_1 , no caso das últimas em termos da somatória de utilidades aferidas pelos Jogadores X e Y (igual a 3 em x_1y_1 ou x_2y_2 e igual a zero em x_1y_2 ou x_2y_1). Não se desconhece aqui que esses modelos explicativos sejam aplicáveis a um leque de interações sociais onde, por exemplo, condições de contexto se aproximem da concorrência perfeita entre um grande número de agentes com informação completa e custos de transação desprezíveis. O que parece problemático é explicar como instituições poderiam emergir e se estabilizar sem que tais condições pré-existam, tal como no caso do problema aqui colocado, onde parece pouco convincente sustentar a indiferença de agentes racionais ao

⁴⁸ Essa solução deriva das afirmações de Schelling (1964) em seu conhecido trabalho denominado “A Estratégia do Conflito”, onde o autor desenvolve e aplica, às relações internacionais, várias definições que mais tarde vieram a ser formalizadas matematicamente no campo da Teoria dos Jogos.

fato de estarem em posições de vantagem ou desvantagem distributiva. Esse é o ponto chave que justifica uma teoria das instituições que conecte, efetivamente, a convergência de interações sociais para determinados estados em equilíbrio e a premissa de que agentes sociais buscam adequar os meios com vistas a atingir os fins de seu interesse.

3.2.2. Barganhas Assimétricas

Se regras institucionais induzem resultados estáveis para agentes em interação e se tais resultados possuem efeitos distributivos, os primeiros não poderiam ser indiferentes ao problema da mudança ou manutenção das regras. Espera-se dos mesmos, pelo contrário, que se inclinem em favor daquelas que lhes coloquem em vantagem ou, em sentido oposto, contra as que lhe coloquem em desvantagem estratégica. Espera-se que busquem instituições que melhor atendam seus propósitos e não as que produzam maiores benefícios agregados ou satisfaçam necessidades coletivas.

Assumindo a questão nesses termos, a Teoria das Barganhas Assimétricas trata instituições como subproduto de conflitos estratégicos sobre resultados sociais substantivos, sejam suas regras criadas intencionalmente ou afirmadas *a posteriori* diante de conseqüências não intencionais favoráveis. Knight (1995) chama atenção para certas condições, encontradas em larga escala no ambiente de interações sociais, que reforçam a plausibilidade dessas afirmações, das quais destacamos duas:

1. Com raras exceções, agentes que participam da elaboração de regras institucionais são também afetados pelos seus resultados;
2. Grande parte das regras institucionais regula interações entre ocupantes de posições não intercambiáveis⁴⁹, instituindo vantagens distributivas para determinados agentes ou grupos sociais.

Nessas condições instituições não constrangeriam todos igualmente, atendendo propósitos específicos em meio a um conflito distributivo. Segundo essa interpretação, a manutenção de instituições sub-ótimas seria mera contingência de um conflito distributivo. Mas ainda assim caberia esclarecer de que modo o conflito distributivo entre agentes interessados conduziria a um entre vários equilíbrios possíveis. Nos termos propostos por Scharpf (1997) e Knight (1995 e 1998), as assimetrias de recursos entre os agentes sociais em barganha seriam os fatores condicionantes para a convergência em direção a um equilíbrio específico. De forma direta, o primeiro autor afirma que:

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

Para representar essa propriedade, Scharpf (idem) propôs o modelo gráfico ilustrado na FIGURA 13, onde os mesmos dois agentes sociais – denominados X

⁴⁹ Como ocorreria, por exemplo, com as regras de trânsito.

e Y – se envolvem numa negociação para produção de utilidades, conforme apresentado anteriormente na FIGURA 11.

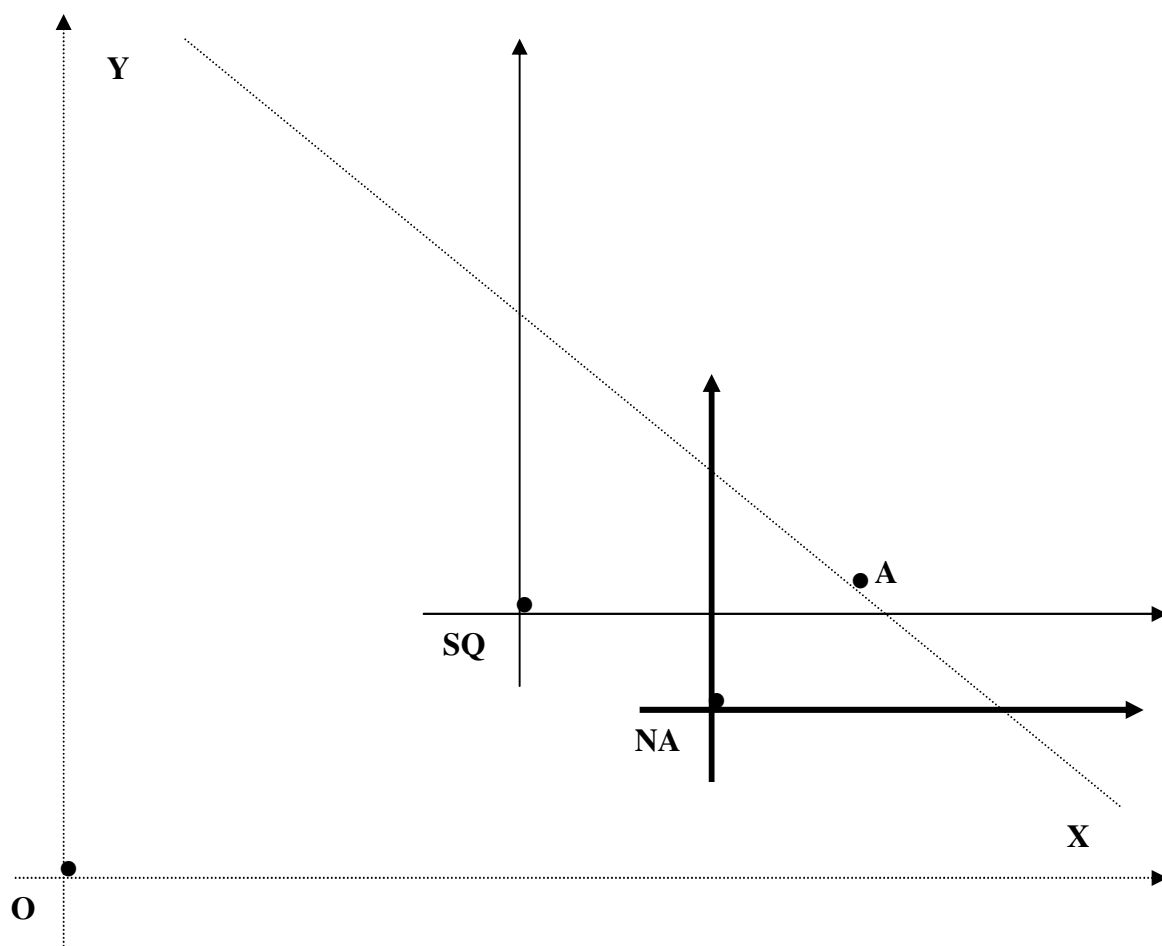


FIGURA 13 – Pontos de referência de justiça distributiva: zero, *status quo* ou não acordo (extraída de SCHARPF, idem, p. 123).

Essa ilustração representa como a distribuição prévia de recursos interferiria na convergência dos resultados do cruzamento de escolhas estratégicas para um dado equilíbrio. Para tanto, considera o ponto “0” (zero) uma hipotética situação de igualdade absoluta entre as partes quanto à posse de recursos ou utilidades, bem como o ponto “SQ” (*status quo*) uma situação de distribuição antes do processo de negociação ou barganha. Considera ainda, e esse é um ponto nuclear do modelo, que o ponto “NA” representa a distribuição de utilidades entre agentes no caso de fracasso das negociações.

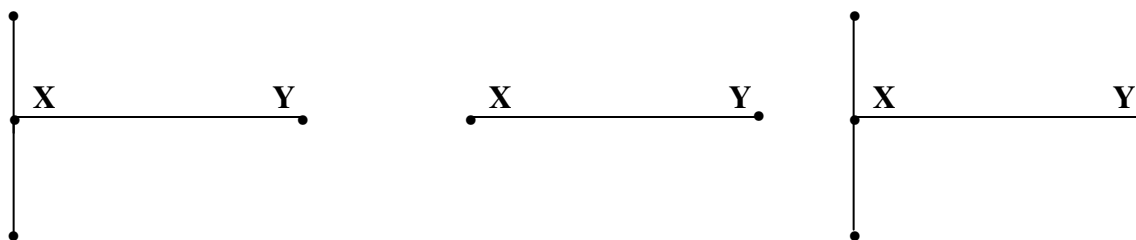
Partindo dessas definições, duas situações poderiam conferir poder de barganha diferenciado para o agente X:

- Numa primeira, detendo mais utilidades que Y no ponto “SQ” ou *status quo*, estaria em condições propícias para fazer com que esse concordasse em migrar para o ponto “A”, com ganhos proporcionalmente maiores que Y;
- Numa segunda, mesmo que Y considerasse aceitável sua posição no *status quo*, uma possibilidade lógica que praticamente lhe compeliria a aceitar a convergência para o ponto “A” seria a localização do ponto “NA” – a distribuição de utilidades para ambos jogadores diante do fracasso das negociações – abaixo do ponto correspondente a “SQ” no eixo Y.

O modelo gráfico de Scharpf (*idem*) supõe informação completa para ambos – ou seja, que conheçam as estratégias possíveis e os resultados correspondentes – e apresenta condições sob as quais agentes racionais aceitariam convergir para um

de múltiplos equilíbrios com agregação assimétrica de utilidades. Sob tais condições, soluções negociadas reproduzem a distribuição de vantagens pré-existent entre os agentes sociais. Entretanto, mesmo considerando a condição de informação completa restritiva do ponto de vista empírico, o modelo gráfico da FIGURA 13 ainda parece útil. A agregação da variável “assimetria informacional”, na verdade, o torna mais sofisticado ao permitir explicar a margem de variação possível da barganha pela possibilidade de iludir o interlocutor quanto à atratividade das opções disponíveis para si e para o outro ou, ainda, sobre sua própria avaliação acerca dos resultados possíveis. Tomando o gráfico da FIGURA 13 como exemplo, tratar-se-ia da possibilidade de falsear a posição do ponto de “SQ” ou “NA” a fim de provocar inclinações favoráveis na posição final de “A”.

Outra representação do mecanismo de barganha assimétrica é encontrada no trabalho de Richard Emerson's (1962 apud SCHARPF, 1997), que propõe a identificação de diferentes níveis de dependência dos agentes quanto aos recursos providos pelo interlocutor e, portanto, de diferentes possibilidades de acesso a fontes alternativas para obtenção de recursos. Nesse sentido, redes de interação entre agentes X e Y seriam assimétricas na medida em que ambos dependeriam um do outro em medidas distintas, como representado no primeiro dos três esquemas da FIGURA 14, abaixo. Pelo mesmo, vê-se uma situação na qual Y depende inteiramente de X, enquanto esse último tem pelo menos duas alternativas de conquistar os mesmos recursos sem recorrer a Y.



Dependência unilateral

Dependência mútua

Independência mútua

FIGURA 14 – Formas de dependência em um relacionamento entre X e Y (adaptado de SCHARPF, idem, p. 140).

Por fim, Knight (1998) também aponta a distribuição de utilidades entre agentes sob o colapso do processo de negociação ou “NA” como ponto-chave para definição do resultado de uma barganha social. A FIGURA 15 apresenta a matriz das estratégias combinadas entre os jogadores A e B, que dispõem das opções direita (Right) ou esquerda (Left) cada um.

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

FIGURA 15 – O jogo básico da barganha (extraído de KNIGHT, 1998, p. 129).

Nesse modelo, sob a condição “ $\Delta_{A,B} < x$ ”, os resultados L,L e R,R não poderiam se constituir em equilíbrio visto que as utilidades para ambos jogadores seriam inferiores às das estratégias L,R ou R,L, que poderiam vir a se constituir em equilíbrio. Os resultados L,L e R,R seriam, portanto, aqueles cujos *payoffs* os agentes receberiam diante do colapso do processo de negociação. Já os valores correspondentes a \in representariam as vantagens distributivas acrescidas a um dos agentes em cada um dos equilíbrios possíveis (L,R ou R,L), de modo que o principal objetivo para cada um deles seria lograr seu ganho (em R,L o ganho seria do jogador A e em L,R seria do jogador B).

Considerando que o processo de barganha se caracteriza pela seqüência de ofertas e contra-ofertas, o êxito de um dos jogadores dependeria da sua capacidade de constranger o interlocutor à uma situação em que aceitar a oferta de barganha seja “melhor negócio” que não fazê-lo. A forma básica para fazê-lo seria comprometer-se a si próprio com a estratégia que poderia lhe levar ao melhor equilíbrio distributivo, restringir a melhor opção estratégica para o seu interlocutor. O Jogador A, ao comprometer-se com a estratégia R, deixaria ao jogador B a opção R (colapso do processo de negociação, no qual ficaria com Δ_B), ou a opção L (em que ficaria pelo menos com x , sendo $x > \Delta_B$).

O desenvolvimento do processo de barganha, já que ambos agentes poderiam se valer da antecipação do compromisso de ação, dependeria da credibilidade dos compromissos assumidos. O ponto chave para a eficácia dos compromissos seria dado pela dependência relativa de cada agente de que o processo de negociação chegue a termo. Se efetivamente $\Delta A = \Delta B$, ambos jogadores apresentam utilidades iguais em caso de colapso das negociações, mas se $\Delta A > \Delta B$ ou $\Delta A < \Delta B$ estaríamos diante de poder de barganha assimétrico entre os dois agentes. Nesses dois últimos casos, diante de posições diferentes ante o colapso da barganha, a credibilidade de compromissos não poderá ser simétrica, assim como não o poderia ser a aversão ao risco e à prorrogação da barganha⁵⁰.

Seja por meio de uma ou outra formulação, a Teoria das Barganhas Assimétricas propõe aspectos-chave no mecanismo de convergência das escolhas dos agentes sociais para um dentre vários equilíbrios possíveis, garantindo consistência com a racionalidade estreita, no que dá um passo adiante das outras abordagens acerca das instituições. Permite, portanto, construir explicações que articulem optimalidade social e auto-interesse sem desconsiderar a produção de efeitos distributivos e a motivação que provocam sobre os mais favorecidos quanto à

⁵⁰ Sobre aversão ao risco, Knight (idem) lembra que agentes com maior concentração de recursos tendem a sofrer menos com o colapso das negociações que aqueles com menor concentração, tendo mais margem estratégica para correr riscos. Sobre prorrogação da barganha, agentes com maior concentração de recursos tendem a sofrer menos com “taxas de desconto” ao longo das sucessivas rodadas de propostas e contra-propostas, considerando que a realização destas tem um “custo” para cada agente.

conservação de determinados equilíbrios, mesmo que sub-ótimos. Tal esquema explicativo confere, portanto, inteligibilidade às eventuais violações de estados de optimalidade social ao mesmo tempo em que fornece pistas sobre como operariam eventuais mecanismos na seleção de equilíbrios.

3.3. Recolocando o problema e construindo hipóteses

Pensando conflitos distributivos como chave para articulação entre auto-interesse e optimalidade social, nosso propósito fundamental passa a ser avaliar em que medida os arranjos de coordenação intergovernamental descentralizados emergentes sob o SUS teriam conduzido ou não a estados sub-ótimos, uma vez violando ou reforçando atributos de acesso a bens e serviços de saúde, além de descrever que mecanismos teriam atuado em cada caso. O primeiro objetivo implicaria identificar efeitos restritivos ou distorções sobre condições de acesso assistencial, tais como definidas pelo SUS, sob os CIS e sob a Pactuação Regional. O segundo implicaria desvendar mecanismos que abrigariam barganhas assimétricas entre os agentes envolvidos, seja no plano vertical – entre gestores de saúde das três esferas de governo – ou no plano horizontal – entre gestores locais ou gestores e prestadores de serviços contratados ou outros agentes relevantes no plano local.

A realização de ambos poderia, não apenas explicitar em que medida as regras institucionais que presidiram o funcionamento desses arranjos

intergovernamentais teriam ou não bloqueado a realização do acesso ótimo aos bens e serviços de saúde, mas também como teriam afetado a racionalidade estratégica dos agentes envolvidos, considerando sanções e *payoffs* vinculados às diferentes opções estratégicas. É nesses termos que construiremos nossas hipóteses bem como fixaremos os parâmetros que orientarão nosso trabalho de pesquisa.

Hipóteses

Com base nos aspectos pontuados até aqui, tomamos como ponto de partida as seguintes premissas:

- I. Dirigentes de governos municipais conduzem políticas públicas orientados pelo seu impacto sobre possibilidades de seu sucesso eleitoral;
- II. Em políticas dirigidas a bens públicos congestionáveis, tal sucesso depende de medidas que maximizem oportunidades de acesso de seu potencial eleitorado a tais bens, restringindo fatores que possam obstruir ou dificultar tal acesso;
- III. Na maximização de tais oportunidades, dirigentes municipais buscam ampliar suas receitas mediante comportamento tipo *rent seeking* e comportam-se de modo consistente com a racionalidade estreita do eleitor mediano quanto ao acesso a tais bens públicos;

- IV. A *optimalidade* do acesso assistencial definida pelo SUS consiste na disponibilidade integral de bens públicos nos níveis de complexidade assistencial requeridos pelas necessidades de saúde, a todo e qualquer cidadão, de forma igualitária (universalidade, igualdade e integralidade do acesso);
- V. A ocorrência simultânea dessas três condições depende da garantia de acesso aos recursos assistenciais de média e alta complexidade, uma vez que, em tese, todos municípios devem prover o acesso à atenção básica;
- VI. Governos municipais detêm controle assimétrico sobre os recursos assistenciais de média e alta complexidade assistencial, variando entre aqueles que não detêm controle algum, passando por aqueles que detêm controle parcial (situação intermediária) até chegar àqueles praticamente auto-suficientes quanto à sua oferta (Municípios Pólo);
- VII. O controle assimétrico dos recursos assistenciais implica condição diferenciada de promover o acesso aos mesmos e de acumular informação correspondente.

Diante dessas premissas, consideramos as seguintes hipóteses gerais, englobando os dois arranjos de coordenação intergovernamental:

1. Mesmo diante de ganhos agregados de oportunidades de acesso, os arranjos intergovernamentais descentralizados – CIS e a Pactuação Regional –

produziram estados sub-ótimos ao violarem pelo menos uma das condições de acesso assistencial nos termos definidos pelo SUS;

2. Cada arranjo institucional produziu efeitos distributivos assimétricos, favorecendo agentes com mais recursos de barganha;
3. Além dos governos municipais, outros entes da federação e agentes envolvidos em cada arranjo institucional – esferas de governo estadual e federal, administradores das contribuições dos municípios para os CIS ou prestadores de serviços – também fizeram parte da constelação de agentes que compartilharam ganhos assimétricos, uma vez dispendo de algum controle sobre os recursos assistenciais de média e alta complexidade.

Especificamente quanto aos CIS, apresentamos as seguintes hipóteses iniciais quanto ao mecanismo em operação:

4. Para se tornarem estáveis – permitindo a cada associado usufruir os bônus dos ganhos de escala na produção de serviços de média e alta complexidade – os CIS tiveram que absorver externalidades, evitando que a contribuição ou consumo de serviços por parte de uns interferisse nos benefícios disponibilizados aos demais;
5. Ao transferir “riscos morais” dos associados para o administrador central, por outro lado, CIS favoreceram a que interesses gerenciais ou outros ligados à produção dos serviços – viabilidade econômica, equilíbrio orçamentário ou

ganho dos prestadores – se sobrepujessem à gestão pública conjunta dos sistemas de saúde integrados;

Especificamente quanto à Pactuação Regional, apresentamos as seguintes hipóteses iniciais quanto ao mecanismo em operação:

6. Na operação da programação pactuada, a prerrogativa de controle de acesso e a captura de recursos federais para média e alta complexidade pelos Municípios Pólo, tendo em contrapartida o compromisso de disponibilizar serviços sob sua gestão para os referenciados, constituíram “riscos morais” para o funcionamento dos pactos em decorrência de seu comportamento *rent seeking* e do interesse em priorizar seu eleitorado potencial;
7. Dependência assimétrica quanto à formalização dos pactos e assimetria informacional quanto à contabilidade de custos e de benefícios entre ambos poderiam explicar a manutenção desse estado de sub-optimalidade de acesso assistencial.

4. DEFININDO ACESSO ÓTIMO E GESTÃO LOCAL DA ATENÇÃO À SAÚDE

A investigação de uma suposta violação do ótimo de acesso assistencial definido para o SUS, sob arranjos intergovernamentais descentralizados, constitui um problema substantivo que pode ser enquadrado entre aqueles onde tipicamente se pergunta pela produção de efeitos não esperados a partir da implantação de uma Política Pública. Sua formulação geral é representada no esquema apresentado na FIGURA 16 abaixo.

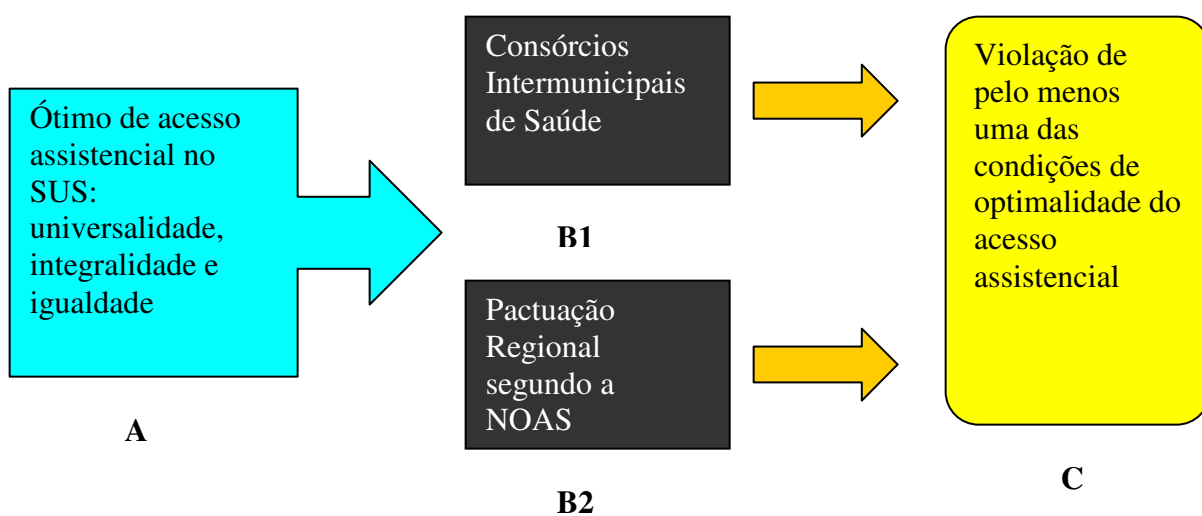


FIGURA 16 – Formulação do problema de pesquisa.

Segundo esse esquema, definido o ótimo de acesso assistencial no SUS (representado por **A** e correspondendo ao *input*), nos interrogamos pela sua violação (representada por **C** e correspondente ao *output*) sob os arranjos para gestão descentralizada de recursos (representados por **B1** e **B2**). Na avaliação dos efeitos produzidos por esses últimos, a incorporação dos pressupostos de racionalidade dos agentes neles inseridos e de instituições como subprodutos de conflitos estratégicos com recursos assimétricos se desdobra numa clara opção teórica, dado que não parece sensato pensar questões empíricas ao largo de alguma construção teórica (LAUDAN, 1977 apud JOHNSON, J, 2003) ou omitir as repercussões sobre o rendimento analítico do uso de determinadas categorias em detrimento de outras.

Por outro lado, mais que expor hipóteses relacionadas à violação do ótimo social do SUS a testes empíricos, o desenho ora apresentado, uma vez incorporando pressupostos e proposições teóricas mencionadas, privilegiou a postulação de mecanismos que incluíssem motivações dos agentes implicados e identificassem pontos onde essas estivessem conectadas aos efeitos identificados (JOHNSON, J, 2003). Na representação de tais mecanismos, a construção de modelos explicativos deve incluir os aspectos mais relevantes na produção do fenômeno, omitindo os menos relevantes (NACHMIAS & NACHMIAS, 2000), tendo como objetivo primordial gerar explicações consistentes com as melhores evidências empíricas acessíveis (JOHNSON, J., 1996).

Nesse sentido, uma vez disponível uma especificação do estado de optimalidade social fixado previamente (elemento **A** da FIGURA 16), o tratamento de nosso problema requer dois passos fundamentais:

- Busca de evidências empíricas que permitam aferir, ou pelo menos inferir, a violação do ótimo de acesso assistencial definido tipicamente no SUS (ou seja, a ocorrência de **C**) sob cada arranjo intergovernamental descentralizado (elementos **B1** e **B2**), explicitando condições relevantes para tanto em cada caso;
- Construção de modelos coerentes com tais evidências empíricas e capazes de representar o mecanismo básico em atuação sob cada um dos arranjos (elementos **B1** e **B2**), conectando efeitos (elemento **C**) à estrutura de interação entre os agentes relevantes em cada caso.

Esses passos, por sua vez, introduzem exigências adicionais no desenho de pesquisa que serão apresentadas e desenvolvidas nas seções subseqüentes desse capítulo. Trata-se da formulação de modelos ou parâmetros básicos que possam servir de referência para avaliação dos efeitos de violação presumidos e postulação do mecanismo explicativo sob cada arranjo intergovernamental, de forma logicamente consistente com aspectos contextuais relevantes já descritos nos capítulos 1 e 2. Nessa seção iremos assim apresentar:

- Modelo básico da função de acesso ótimo aos recursos assistenciais do SUS;

- Parâmetros básicos de uma estrutura de interação entre governos locais a partir da descentralização da gestão para os municípios.

Uma vez definidas, essas referências serão confrontadas com evidências empíricas relacionadas a cada caso correspondente aos elementos **B1** e **B2** da FIGURA 16.

4.1. Duas referências preliminares

Em que pese o fato de que a construção de modelos – formais ou esquemáticos – implique, conscientemente, uma brusca redução na representação dos fenômenos estudados, o que naturalmente se paga com perdas do ponto de vista da abrangência da complexidade envolvida, sua utilização pode trazer ganhos notórios de compreensão e rendimento analítico. Nesta seção, apresentamos um modelo para representação do ótimo de acesso no SUS com base em elementos empíricos descritos nos capítulos 1 e 2, funcionando como tipo ideal que tendencialmente poderia ser confrontado ou reforçado sob os arranjos descentralizados representados por **B1** e **B2** na FIGURA 16. Em seguida apresentamos parâmetros que servirão como base para construção dos mecanismos em operação sob cada um deles, considerando um cenário que conjuga descentralização de gestão para os municípios e produção de externalidades entre políticas locais de saúde (conforme descrito ao final do capítulo 2), introduzindo assimetrias de recursos e direitos de propriedade como

elemento central para explicação dos resultados, supondo que, em tese, tenham produzido equilíbrios com efeitos distributivos distintos.

Vale acrescentar, por fim, que a construção dessas referências exigiu um esforço de operacionalização das variáveis envolvidas no sentido de torná-las passíveis de manipulação na representação de eventuais violações do ótimo do acesso assistencial sob cada arranjo estudado, uma vez confrontados os elementos empíricos oferecidos pelo estudo desses casos. Em não se confirmando tais violações, esperar-se-ia que esses modelos servissem como base para ajustes que poderiam, eventualmente, absorver a influência de variáveis ou efeitos inicialmente não previstos.

4.1.1. Acesso ótimo a bens públicos de saúde

Como já explicitado, e considerando o problema colocado, assumimos o ótimo de acesso aos bens públicos de saúde como estado ideal típico definido pelos princípios constitucionais e legais do SUS. Como expresso no capítulo 1, o direito de acesso aos serviços de saúde foi qualificado pela realização simultânea dos seguintes princípios:

- ✓ Universalidade de acesso, pela qual no conjunto de cidadãos brasileiros **C**, formado pelos elementos $C_1+C_2+C_3+\dots+C_n$, todos teriam direito de acesso aos bens públicos de saúde disponibilizados pelo Estado **E**;
- ✓ Igualdade quanto ao exercício desse pleno direito, de tal modo que cidadãos do conjunto **C** tenham direito de acesso aos bens e serviços públicos de saúde

igualmente entre si, expressando uma relação em que funções de utilidade disponíveis a cada um ou **F(u)** sejam equivalentes ou **F(u)c₁ = c₂ = c₃ =...= c_n**;

✓ Integralidade da atenção à saúde dispensada, implicando uma abordagem que articula as suas várias modalidades – Assistência ou **As**; Vigilância Sanitária ou **VISA**; e Vigilância Epidemiológica ou **VE** – aos vários níveis de complexidade tecnológica – Atenção Básica ou **AB**; Média Complexidade ou **MC**; e Alta Complexidade ou **AC**.

Chama-se atenção para o fato de que a integralidade do acesso apresenta, nos termos aqui propostos, duas dimensões: uma relacionada às modalidades de atenção à saúde e outra relacionada aos níveis de complexidade tecnológica. Sobre as modalidades de atenção à saúde, sublinha-se que a Assistência à Saúde ou **As** se enquadra, tradicionalmente, como função ligada à recuperação da saúde, portanto vinculada à esfera do consumo individual de serviços curativos, incluindo um amplo espectro de ações programadas ou de urgência, ambulatoriais ou hospitalares. A Vigilância Sanitária ou **VISA** faz parte das ações de proteção à saúde da coletividade mediante controle das condições de produção, circulação e consumo de bens e serviços em geral, o que inclui os ambientes onde esses se dão. Já a Vigilância Epidemiológica ou **VE**, que também faz parte das ações de proteção à saúde da coletividade, se encarrega do controle sobre doenças ou agravos, envolvendo desde o a sua notificação, o monitoramento de informações e as diversas formas de intervenção visando a interrupção do seu ciclo de produção, incluindo controle de vetores, intervenção ambiental, imunização,

campanhas educativas ou outras formas. Sobre os níveis de complexidade, há uma diferenciação das ações quanto ao uso mais ou menos intensivo de tecnologia, sob a forma de equipamentos, conhecimento especializado ou outros recursos disponíveis.

O QUADRO 1 ilustra as duas dimensões⁵¹ destacadas enquanto atributos da integralidade do acesso à saúde.

QUADRO 1

Dimensões do acesso integral aos serviços públicos de saúde.

Integralidade da atenção à saúde		Complexidade tecnológica		
		Atenção básica	Média complexidade	Alta complexidade
Atenção à saúde	Assistência à saúde	Assistência ou As básica	Assistência de média complexidade	Assistência de alta complexidade
	Vigilância sanitária	Ações básicas de VISA	Ações de MC em VISA	Ações de AC em VISA
	Vigilância epidemiológica	Ações básicas de VE	Ações de MC em VE	Ações de AC em VE

O ótimo de acesso aos serviços de saúde no SUS, portanto, implica a articulação dessas três condições idealmente descritas, enquanto estado ideal a ser assegurado pelo Estado (**E**), no qual todos os cidadãos ($\mathbf{c1+c2+c3+...+cn}$) têm, igualmente ($\mathbf{F(u)c1 = c2 = c3 = ... = cn}$), acesso integral aos bens e serviços

⁵¹ Naturalmente que operamos, aqui, uma redução intencional do conceito de integralidade, omitindo o esforço de refiná-lo, uma vez que a presente simplificação atende aos propósitos aqui colocados.

necessários à sua saúde⁵², portanto a todas as modalidades de atenção à saúde (**As+VISA+VE**) e em todos os níveis de complexidade tecnológica (**AB+MC+AC**).

Considerando que esse ótimo social decorre de uma determinação constitucional pertinente a todos os cidadãos brasileiros, portanto de natureza centralizada, é notável sua indisponibilidade para revisões no plano infraconstitucional ou nas legislações produzidas na esfera subnacional, ou seja, nos estados e municípios. Tratar-se-ia, portanto, de um conjunto de propriedades do acesso a uma determinada categoria de bens públicos, configurado como direito inalienável de todos os cidadãos habitando o território nacional.

Portanto, considerando que:

1. O conjunto dos cidadãos **C** que habitam o território nacional, ou $\{c_1+c_2+c_3+\dots+c_n\}$, tem acesso irrestrito aos bens públicos de saúde de sua necessidade;
2. A utilidade disponível ao acesso de cada um é, em tese, igual para todos ou $F(u) c_1 = F(u) c_2 = F(u) c_3 = \dots = F(u) c_n$;

⁵² Neste caso, a discussão a categoria “necessidade” substitui a de “preferências”, classicamente tratada na aplicação de modelos formais a situações de representação em instituições políticas. Teoricamente essa substituição produziria complicadores importantes: a “necessidade de saúde” é, ao mesmo tempo, propriedade de um indivíduo e de um grupo que vive sob determinadas condições; a necessidade individual de acessar bens e serviços é dinâmica (não fixa), ou seja, varia permanentemente no tempo. No entanto, para efeitos de simplificação do modelo, não percebemos inconveniente em fixar as necessidades que a oferta de bens e serviços deve contemplar minimamente um pacote $(A+VISA+VE)*(AB+MC+AC)$ à disposição de qualquer cidadão, ainda que no mundo real a composição interna deva variar conforme o *quantum* requerido de cada variável pela necessidade de saúde de um indivíduo ou grupo.

3. A utilidade disponível ao acesso implica a oferta de todas as modalidades de atenção à saúde em todos os níveis de complexidade tecnológica, ou seja, do produto de um pelo outro ou $(As+VISA+VE) * (AB+MC+AC)$;

Representamos o ótimo social uma função de utilidade $F(u)$ pertinente a cada cidadão, segundo o modelo especificado abaixo:

$$F(u)_{c1=...=cn} = (As+VISA+VE) * (AB+MC+AC)$$

Entretanto, se considerarmos que a utilidade disponível para cada cidadão depende diretamente de uma ação positiva do agente estatal E , poderíamos afirmar que ela é função de tal ação e que poderia ser representada por um Índice de Desempenho do Estado denominado IDE , variando entre zero (0) e um (1), visto que seria de bom senso supor que o valor mínimo corresponderia a uma situação fictícia, representando a omissão total do Estado no sentido de prover o pacote integral de serviços, e o valor máximo corresponderia a outra, representando a sua máxima performance no sentido dessa provisão. A função de utilidade, revisada ficaria representada pelo seguinte modelo:

$$F(u)_{c1=...=n} = IDE * [(As+VISA+VE) * (AB+MC+AC)]$$

Sendo $IDE > ou = a 0$ e $< ou = a 1$.

Coerente com o estabelecido, pode-se inferir que:

1. A violação da universalidade implicaria a exclusão de indivíduos ou de um subconjunto de **C** ou $\{c_1+c_2+c_3+\dots+c_n\}$ do acesso às utilidades;
2. A violação da igualdade implicaria que as funções de utilidade de acesso não seriam mais equivalentes entre indivíduos do conjunto **C** – $F(u)_{c_1} \neq F(u)_{c_2} \neq F(u)_{c_3} \neq \dots \neq F(u)_{c_n}$ – ou mesmo entre subconjuntos – $F(u)_{c_1} = F(u)_{c_2} \neq F(u)_{c_3} = \dots = F(u)_{c_n}$ – sendo a diferença, caso identificada, correspondente a uma manifestação de superioridade (ou $>$) ou de uma inferioridade (ou $<$);
3. A violação da integralidade implicaria a exclusão de pelo menos uma das combinações possíveis entre modalidades de atenção e níveis de complexidade, como, por exemplo, **As*AB** ou **VISA*MC** ou **VE*AC**, da função de utilidade à disposição de qualquer cidadão ou $F(u)_{C_1=\dots=n}$.

Desse modo, a primeira hipótese apresentada ao final do capítulo 3 – que arranjos intergovernamentais descentralizados sob o SUS tenham violado pelo menos uma das três condições de optimalidade do acesso assistencial – se refere diretamente a ocorrência dessas situações, o que somente poderia ser sustentado ou não pelos elementos empíricos que serão apresentados nos próximos capítulos.

Por fim, tendo como referência as condições institucionais para produção do ótimo social segundo o modelo proposto, vale observar que o debate entre teses pró-centralização e pró-descentralização refere-se à busca da melhor combinação de responsabilidades e recursos entre a esfera nacional e subnacional com capacidade para maximizar seu desempenho, representado acima pelo **IDE**. Nos termos da composição proposta sob o SUS, partindo do entendimento de que governos locais têm melhor acesso à informação sobre necessidades de saúde e condições de produção de serviços, apostou-se na sua melhor disposição para ajustar a oferta de bens públicos, inclusive pelo fato de supostamente serem mais responsivos às preferências dos cidadãos. Deve-se observar que, uma vez estando o conjunto de cidadãos **C** dividido em subconjuntos sob responsabilidade de diversos Governos Locais, aqui denominados **GL1 + GL2 + ... + GLn**, o desempenho estatal dependeria da somatória dos comportamentos desses vários entes locais. O QUADRO 2, abaixo, representa as essa condição comparando-a a com a condição em que o desempenho estatal dependa do comportamento do Governo Central ou **Gc**.

QUADRO 2

Correspondentes do Índice de Desempenho do Estado em sistemas centralizados e descentralizados.

SISTEMA DE GOVERNO	DESEMPENHO DO ESTADO
Centralizado	$IDE = ID G_c$
Descentralizado	$IDE = ID GL_1 + GL_2 + \dots + GL_n$

Como antecipado no capítulo 2, a parte mais substantiva dos trabalhos desenvolvidos no campo da Ciência Política nas últimas décadas - especialmente a partir da influência de autores como Dahl, Przeworski e outros - se coloca em torno do comportamento de agentes de governo ou outorgados frente às escolhas coletivas dos cidadãos ou outorgantes, processadas por meio das instituições democráticas. Nessa tradição, o aperfeiçoamento das relações de responsabilidade e controle dos primeiros pelos últimos é entendido como problema-chave na condução das políticas públicas. Daí a centralidade dos mecanismos de controle vertical dos governos pelos cidadãos ou, ainda, de controle horizontal, mediante dispersão de poderes de governo e controle recíproco entre esses, por meio dos chamados freios e contrapesos, serem recorrentemente lembrados como condição para o incremento dos índices de desempenho governamental.

Entretanto, considerando que a performance governamental dependa do desempenho simultâneo de vários **GL**, o problema que aqui tratamos é de natureza distinta, uma vez envolvendo externalidades ou efeitos recíprocos entre escolhas locais. Nesse sentido, ainda que seguida por desempenho exemplar de cada um no interesse estreito dos seus representados, suspeitamos que a descentralização possa conduzir a baixos níveis de utilidade para subconjuntos ou, em alguns casos, até mesmo para todo o conjunto de cidadãos. Não se trata, portanto, de analisar, isoladamente, como os efeitos das escolhas de cada

governo local incidem sobre a produção e distribuição de utilidades entre seus cidadãos, mas de analisar os efeitos combinados de tais escolhas sobre o conjunto de cidadãos que habitam todas as jurisdições locais. Nesse sentido, é fundamental a fixação de alguns parâmetros que orientem nossa análise no que toca a esses efeitos combinados sob cada arranjo descentralizado no SUS.

4.1.2. Gestão local dos recursos e estrutura de interação

Nesta seção fixamos os parâmetros básicos para representar a estrutura de interação entre governos locais sob a descentralização de gestão para os municípios, fundamentando a postulação dos mecanismos em operação nos arranjos intergovernamentais em questão. Antecipamos que são eles:

1. As utilidades disponíveis para os cidadãos vinculados a cada **GL** dependem das escolhas contingentes na arena em que se relacionam seus representantes no processamento das externalidades;
2. As interações entre **GL** são iterativas, ou seja, desenvolvem-se em rodadas sucessivas ao final das quais avaliam seus *payoffs* e suas estratégias;
3. **GL** interagem com controle assimétrico sobre recursos assistenciais de Média e Alta Complexidade (**MC+AC**) e, em decorrência, recursos informacionais relacionados também assimétricos;

Para explicitação do primeiro parâmetro, pelo qual a distribuição de utilidades entre cidadãos de municípios em interação depende do que se passa na arena em

que *agentes* ou *outorgados* se relacionam, processando efeitos recíprocos, consideremos dois municípios adjacentes com porte populacional similar, representados por **GL1** e **GL2**. Definido previamente que o acesso a serviços de saúde de qualquer um deles seja universal – portanto sem restrições para qualquer dos cidadãos, seja vinculado a **GL1** ou **GL2** – e que esses disponham de mobilidade, é lícito supor que movimentos de ampliação ou restrição na oferta de serviços por parte de qualquer **GL** provoque externalidades sobre o outro, afetando a distribuição das utilidades para todos.

Supondo que **GL1** implante uma unidade de pronto atendimento para pequenas urgências clínicas e cirúrgicas (enquadradas como ações na modalidade de Assistência à Saúde na Média Complexidade ou **As*MC**), valendo-se para tanto de contribuições e impostos recolhidos de seus cidadãos, observamos que beneficiaria também os cidadãos sob a responsabilidade de **GL2**, uma vez que não se poderia barrar seu acesso mesmo que não tenham contribuído para a implantação. Além disso, por se tratar de bens públicos “congestionáveis” ou *congested public goods* (ver pág. 59-60), cujas utilidades correspondentes podem decrescer a partir de um determinado limiar de consumo pelos cidadãos de **GL2** – já que os meios de produção são limitados (horas de trabalho dos médicos, equipamentos e insumos, dentre outros) – haveria algum grau de restrição ao acesso dos cidadãos sob a responsabilidade de **GL1**.

Com base na figura FIGURA 17, entretanto, observa-se que essa é apenas uma entre várias escolhas contingentes possíveis de **GL1** e **GL2**, às quais correspondem

diferentes cenários de distribuição de utilidades entre os respectivos cidadãos. Cada cenário delineado envolve a possibilidade de cruzar as escolhas dos dois gestores locais entre implantar ou não unidade de pronto atendimento. Tomando **cs** como o custo *per capita* da implantação do pronto atendimento para a população de um único município como equivalendo a 0,4 – ao passo que se um único pronto atendimento fosse assumido por ambos os municípios chegaria a 0,2 – consideremos **bn** o benefício da sua disponibilidade para os cidadãos de um único município como correspondendo a 1, ao passo que na hipótese de que cidadãos dos dois municípios utilizassem o serviço, esse valor sofreria uma redução discreta para 0,8⁵³. Por fim, consideremos a utilidade final **Uf** aferida pelos cidadãos de cada um como diferença entre benefício aferido e custo dispensado ou **bn-cs**.

⁵³ Para um Pronto Atendimento poder-se-ia estimar que a redução das utilidades não fosse de 1 para 0,5 uma vez que há uma certa “plasticidade” da organização do trabalho, readaptando-se para atender a duplicação dos usuários sem a perda proporcional de qualidade, o que naturalmente é possível até um determinado limite. Como exemplo, se um médico plantonista na emergência atende quatro pacientes em observação, caso passe a atender oito, certamente a qualidade dos atendimentos não seria reduzida à metade daquela observada no caso anterior, ainda que ela efetivamente ocorra.

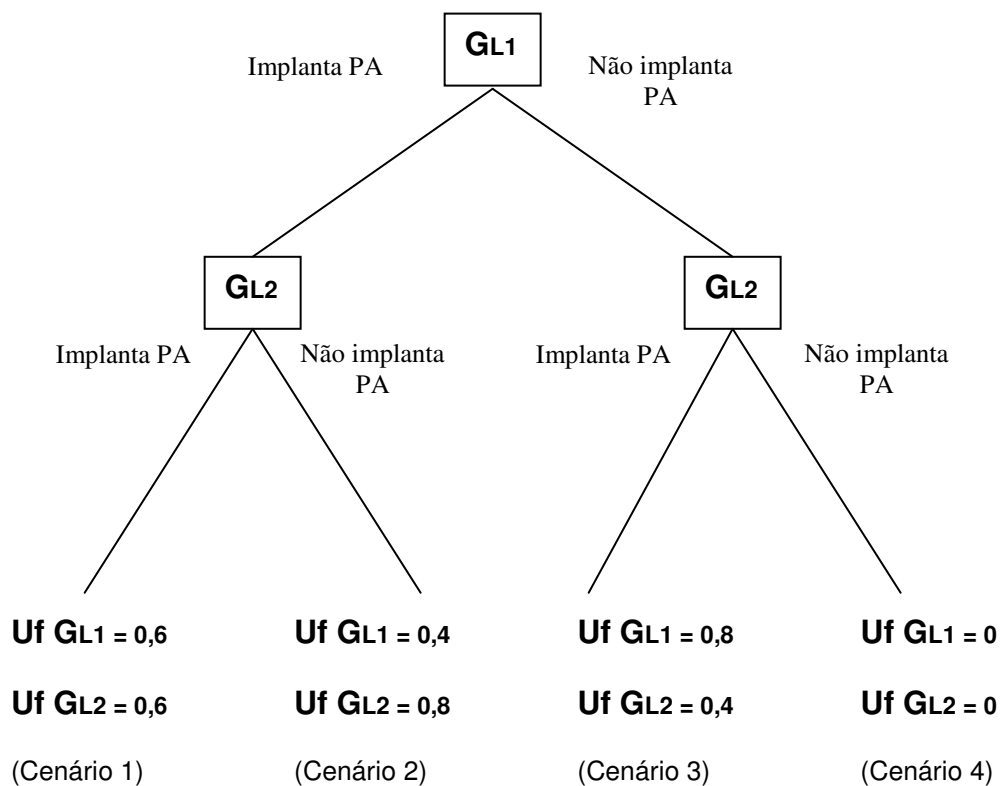


FIGURA 17- Estratégias contingentes entre GL1 e GL2.

Situações de desequilíbrio entre utilidades aferidas pelos cidadãos de **GL1** e **GL2** – como as apresentadas nos cenários 2 e 3 da FIGURA 17 – constituem efeitos distributivos entre os cidadãos vinculados a ambos: no caso do cenário 2, com menores ganhos para cidadãos de **GL1** e, no caso do cenário 3, para os sob **GL2**. A restauração de um estado de equilíbrio entre utilidades aferidas pelos cidadãos de ambos exigiria coordenação de estratégias ou escolhas contingentes entre **GL1** e **GL2**, ou seja, dependeria daquilo que se passa na arena das interações horizontais entre eles, ainda que ambos sejam responsivos às suas preferências.

É verdade que a estrutura de jogo apresentada anteriormente é similar a um *Dilema do Prisioneiro*⁵⁴, uma vez que a estratégia de não implantar o pronto atendimento, sempre que o governo local do município vizinho o fizer – ou seja, uma estratégia do tipo *free rider*, carona ou deserção mediante cooperação do outro – apresentaria um *payoff* superior ao da cooperação mútua ($0,8 > 0,6$) para seus cidadãos. Uma vez que os resultados (com correspondentes ganhos ou perdas no **IDE**) dependem das estratégias contingentes, a superação ou não de situações adversas para um dos **GL** depende da resolução de problemas de coordenação nos momentos seguintes, o que introduz o segundo parâmetro aqui proposto.

Esse último diz respeito ao caráter iterativo das interações que se dão na arena intergovernamental. Trata-se de um aspecto complementar importante, uma vez que permite a representação de tendências de comportamento dos agentes sociais ao longo das rodadas sucessivas do jogo. Estabelece, portanto, um caráter dinâmico às interações, favorecendo maior aproximação teórica com as relações sociais estabelecidas. Em se tratando da interação representada na FIGURA 17 entre **GL1** e **GL2**, significa que novas rodadas de escolhas contingentes sucedem aquela ali descrita, de modo que cada agente social escolhe, ao final da rodada,

⁵⁴ Trata-se do conhecido jogo criado pelo matemático canadense Alfred Tucker, como recurso pedagógico para que seus alunos compreendessem um problema estratégico. Alude a uma situação em que dois arrombadores são presos próximo à cena do crime e que, sendo interrogados em separado, devem decidir entre confessar ou não sua participação no crime. As conseqüências para cada um deles não dependem apenas de sua escolha, mas do cruzamento entre as escolhas de ambos. O que conferiu notoriedade ao jogo é que, em vista da distribuição das penas para cada um dos cruzamentos de escolhas entre os dois arrombadores, a estratégia dominante individualmente – confessar, ou seja, trair o companheiro – conduz a um equilíbrio sub-ótimo.

manter ou alterar sua estratégia na próxima. Assim, uma vez diante de um *payoff* desfavorável – tal como para **GL1** no cenário 2 (onde seus cidadãos recebem 0,4 utilidades enquanto os de **GL2** recebem 0,8) – cada agente pode alterar sua estratégia buscando melhorar sua posição relativa na interação. Mas como os *payoffs* de ambos dependem das escolhas contingentes, abre-se o problema da busca de soluções coordenadas para maximizar utilidades ao longo de sucessivas rodadas, e não mais em apenas uma, podendo ou não chegar a um ponto de equilíbrio a partir de uma combinação específica de estratégias.

Dando seqüência à situação ilustrada na FIGURA 17, a FIGURA 18 representa sucessivas rodadas em que **GL1** e **GL2** interagem. A Rodada 1 corresponde ao cenário 2, onde as utilidades são respectivamente 0,4 e 0,8 pelo fato de **GL2** agir como *free rider*. Na Rodada 2, **GL1** desativa o próprio pronto atendimento como retaliação a **GL2**, levando os cidadãos de ambos a ficar se acesso a tais serviços e, portanto, com utilidade zero. Na Rodada n... (rodadas seguintes) chega-se ao cenário 1, onde as utilidades de ambos os jogadores é de 0,6, uma vez que ambos assumiram a estratégia de implantar o seu próprio pronto atendimento.

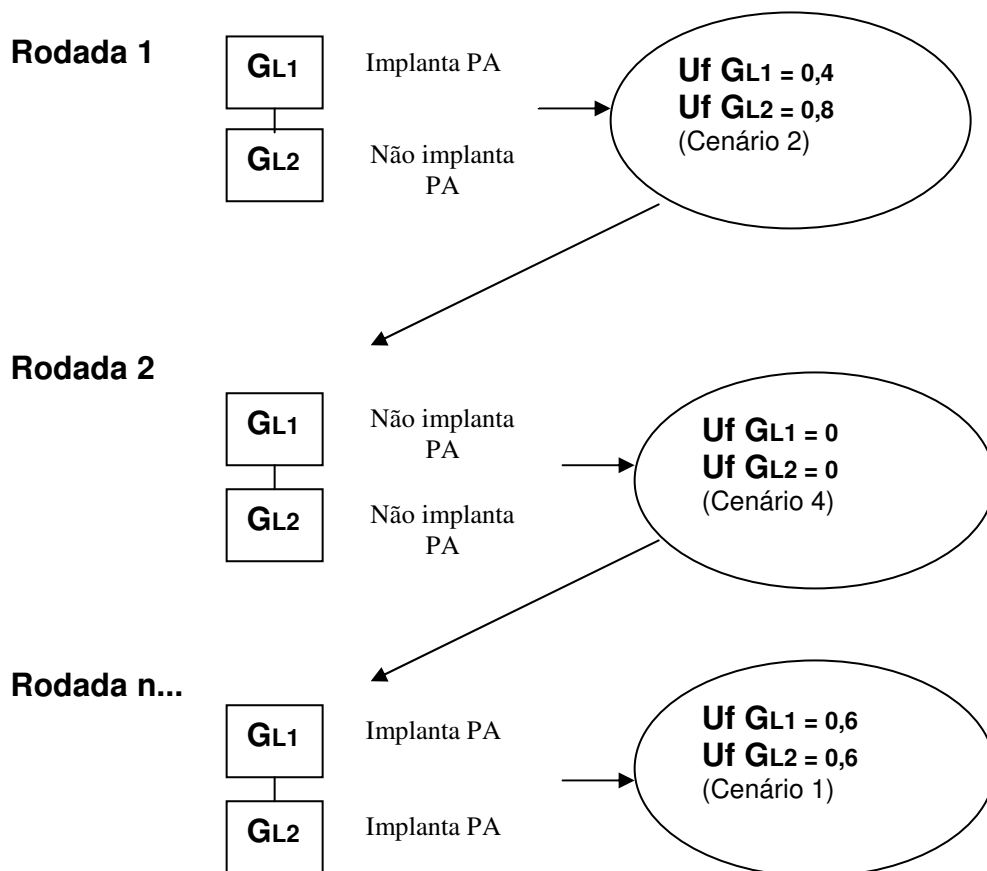


FIGURA 18 – Interações iterativas entre GL1 e GL2.

Esse parâmetro poderia ser muito importante não apenas para identificar a instauração de equilíbrios ótimos, como no exemplo da FIGURA, mas inclusive de equilíbrios sub-ótimos, ajudando a esclarecer como se instauram e se estabilizam ao longo de sucessivas rodadas.

O terceiro e último parâmetro diz respeito a que, nas sucessivas rodadas de interação, os agentes governamentais sejam dotados de controle assimétrico sobre os recursos de Assistência (**As**) de Média e Alta Complexidade (**MC+AC**), que constituem objeto de barganha e que se desdobra em assimetria informacional entre ambos. Sob esse último aspecto, não há equilíbrio entre conhecimentos desses agentes com relação ao custo real dos procedimentos, nível de oferta, procedimentos efetivamente realizados, além de vários outros derivados do controle assimétrico sobre os meios de produção. Tal controle, entretanto, poderia ser afetado por elementos contextuais tais como regras constitucionais de acesso aos mesmos.

Suponhamos, retomando o exemplo da FIGURA 18, que na Rodada 2, em vez de uma retaliação de **GL1**, assistíssemos ao início de um processo de negociação ou barganha quanto à utilização dos serviços da sua unidade de pronto atendimento por parte dos cidadãos vinculados a **GL2**. A barganha envolveria obviamente, além desse acesso, a instituição de alguma compensação financeira⁵⁵ para **GL1**. Permitimos-nos agregar, como elemento contextual, que a barganha tomasse lugar num ambiente institucional onde, ao contrário do SUS, **GL1** pudesse recusar o acesso aos pacientes de outros municípios a seu juízo.

Na FIGURA 19 abaixo (adaptada segundo o modelo gráfico de Scharpf na FIGURA 13, pág. 160), considera-se que, além de deter a propriedade dos

⁵⁵ Outras formas de compensação adotadas, como por exemplo, “trocar” serviços, não invalidam o exemplo, uma vez que em ambos casos lidamos com utilidades disponíveis aos cidadãos.

serviços, **GL1** teria controle irrestrito sobre o acesso aos mesmos, podendo restringi-lo a ponto que o fracasso no entendimento deixaria a população de **GL2** sem qualquer acesso aos serviços. Corresponderia na FIGURA a um ponto de desacordo **NA1** que ainda lhe seria amplamente benéfico, podendo corresponder a um quinto cenário (não previsto na FIGURA 17) os cidadãos de **GL1** gozariam da utilidade final **Uf** = igual a 0,6, enquanto os cidadãos de **GL2** ficariam com uma utilidade final **Uf** próxima de 0. Nessas condições, **GL1** teria condições de lograr uma compensação financeira de **GL2** que superasse o custo **cs** *per capita* de 0,2, necessário para sustentação de um pronto atendimento por ambos, uma vez dispondo da informação de que, do ponto de vista desse último, até mesmo com uma contribuição de 0,7 *per capita* ainda haveria ganhos para seus cidadãos superiores aos do ponto de desacordo **NA1** (nesse limite, a utilidade final **Uf** seria igual a 0,1 e, portanto, maior que o zero resultante do ponto de desacordo). Na FIGURA 19 tal acordo seria viável num ponto próximo de **A1**.

Vê-se, portanto, que a propriedade dos recursos somada ao elemento contextual da legalidade de barreiras de acesso teria um impacto decisivo na convergência das escolhas de estratégias entre ambos para um determinado ponto de equilíbrio (**A1**) mais favorável a **GL1** que a **GL2**.

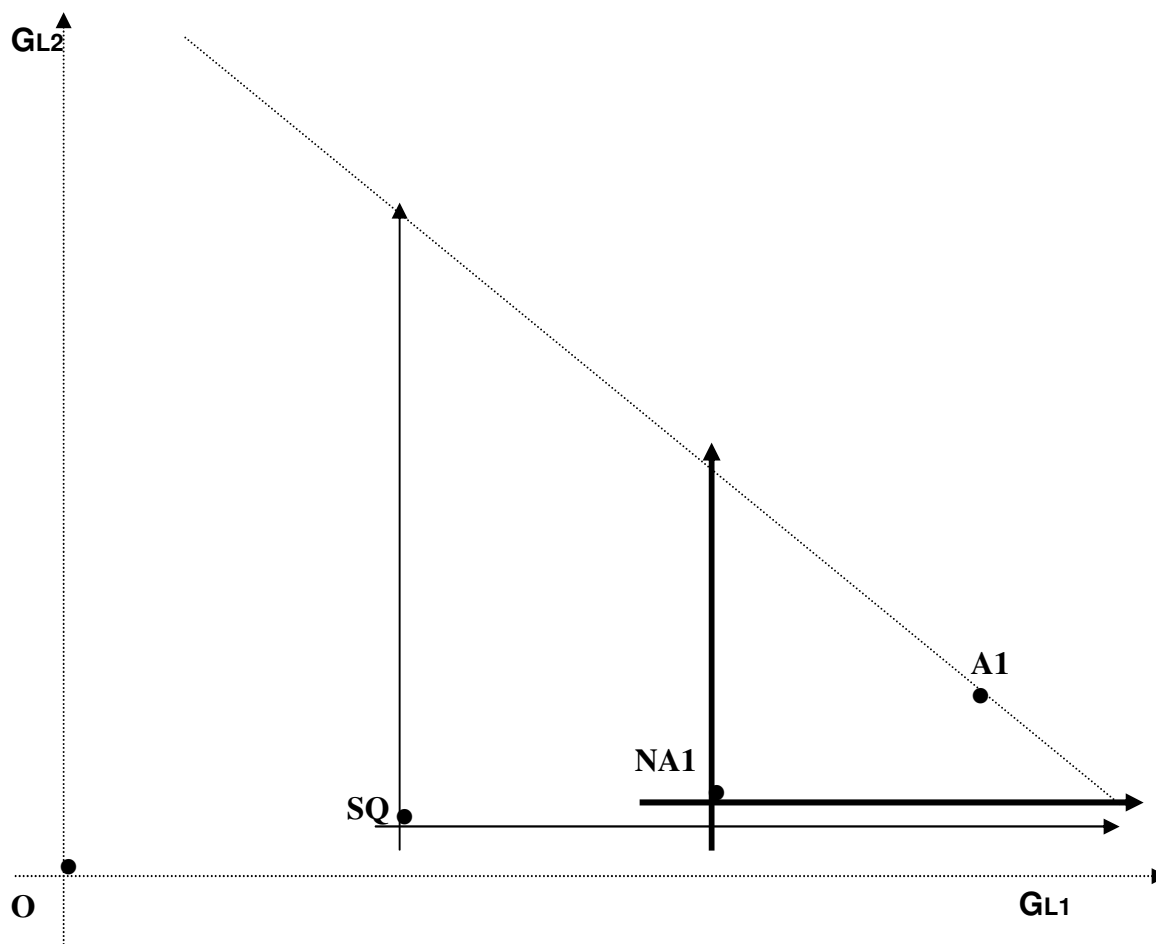


FIGURA 19 – Barganha assimétrica entre GL1 e GL2 em que o primeiro tem controle restritivo sobre o acesso aos serviços localizados em seu território.

Suponhamos, por outro lado, que não fosse possível estabelecer legalmente qualquer forma de restrição de acesso, uma vez que o mesmo fosse universal. Nesse caso, a probabilidade de que **GL1** lograsse compensações financeiras de **GL2** não seria tão elástica. Sem poder impor barreiras de acesso, **GL1** estaria propenso a aceitar baixas compensações financeiras, uma vez que no hipotético

ponto de desacordo **NA2**, os cidadãos de **GL2** poderiam usufruir livremente dos serviços mesmo sem contribuir, de modo que **GL1** terminaria por assumir os custos de produção isoladamente. Essa segunda hipótese é representada pela FIGURA 20, abaixo.

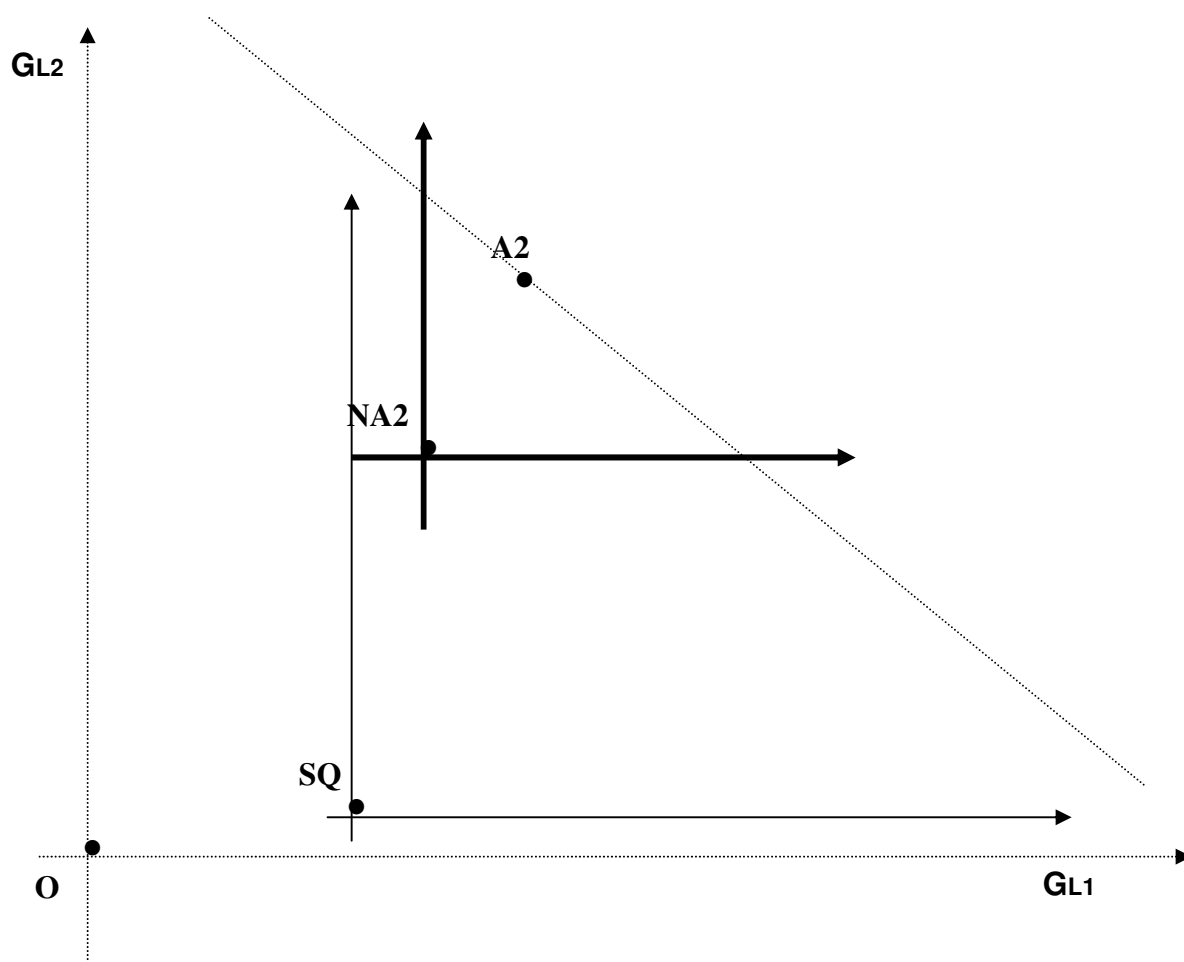


FIGURA 20 – Barganha assimétrica entre GL1 e GL2 em que o primeiro não tem controle restritivo sobre o acesso aos serviços localizados em seu território.

Os parâmetros básicos de interação entre **GL** – resultados dependendo de escolhas contingentes entre seus representantes; interações iterativas e controle assimétrico sobre os recursos que são objeto de barganha – constituiriam, assim, elementos presentes nas relações no plano micro-social com produção de efeitos do ponto de vista da realização do ótimo social.

Desse modo, uma vez tendo operacionalizado logicamente o conceito de optimalidade social no SUS e definido os parâmetros básicos de interação entre agentes ou outorgados, investigamos nos dois próximos capítulos em que medida os arranjos intergovernamentais identificados teriam violado ou não o ótimo de acesso assistencial nacional sob o SUS, bem como os mecanismos em ação na produção dos efeitos eventualmente constatados.

PARTE III

RESULTADOS

5. CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

A discussão sobre efeitos produzidos pelos CIS na realização dos princípios finalísticos do SUS não está isenta de contradições ou controvérsias. De um lado, intenções expressas em documentos governamentais, estatutos e regimentos de consórcios, bem como declarações de parte dos gestores do SUS e simpatizantes exaltam vantagens e virtudes, especialmente do ponto de vista da promoção da integralidade das ações de saúde, uma vez propiciando acesso a serviços que, isoladamente, municípios não seriam capazes de prover a seus cidadãos. De outro, grande parte dos sanitaristas enraizados no Movimento pela Reforma Sanitária e parte dos gestores manifestam reserva em relação aos seus resultados, especialmente do ponto de vista de suas limitações e dos interesses mais beneficiados.

Os poucos estudos com fundamentação empírica, majoritariamente simpáticos aos resultados obtidos pelos CIS, geralmente ressaltam ganhos quanto ao acesso aos bens e serviços de saúde, embora por vezes incluam constatações e dados inconsistentes com princípios finalísticos do SUS, ainda que analiticamente pouco explorados.

Diante dessas condições, incluindo ainda poucos elementos conclusivos e achados desconexos, entendemos a triangulação de informações⁵⁶ como estratégia para retomada e articulação transversal desses mesmos elementos e achados, produzindo novos sentidos e possibilidades de análise ainda pouco exploradas, especialmente na medida em que somados a outros dados agregados, à exploração do desenho das regras formais que presidem os CIS e a opiniões de sanitaristas, gestores e outros agentes envolvidos na sua organização e funcionamento. Esse foi o caminho escolhido para tangenciar as hipóteses sistematizadas ao final do capítulo 3 em torno de duas exigências básicas:

1. Responder se os CIS, enquanto arranjo intergovernamental descentralizado, violaram alguma das condições de acesso ótimo aos bens e serviços e qual (is) seria (m) ela (s);
2. Apresentar o mecanismo em operação nos CIS que estruturaria as escolhas de agentes relevantes nesse sentido.

5.1. Efeitos dos CIS sobre o acesso assistencial no SUS

Para cumprir a primeira exigência, analisaremos de início alguns registros vinculando o papel imaginado para os CIS quanto às suas repercussões sobre a organização da atenção à saúde, especialmente quanto à realização dos princípios finalísticos do SUS.

⁵⁶ Trata-se do artifício metodológico de confrontação de informações de diferentes fontes com objetivo de reduzir possibilidades de distorções em função de um método, de uma teoria ou de um pesquisador (GÜNTER, 2006).

O peso dos CIS como fator relevante na realização desses princípios, especialmente da integralidade do acesso, foi destacado em documento produzido pelo Ministério da Saúde em 1997 com participação de técnicos e gestores das esferas estadual e municipal:

O Ministério da Saúde considera o consórcio um importante instrumento para a consolidação do SUS, tanto no que diz respeito à gestão quanto no tocante à reorientação do modelo de atenção à saúde prestada à população. Assim, mesmo ao buscar essa forma de associação para solucionar questões específicas, como urgências e emergências, os gestores municipais devem ter como perspectiva a integralidade das ações (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997b, P. 11).

No mesmo documento, o consórcio foi definido como “associação entre municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações” (idem, p. 8), o que mais uma vez reforçava a vinculação da sua imagem com a integralidade das ações de saúde. Em trabalho produzido pelo IBAM, registramos uma justificativa ainda mais explícita da necessidade de implantação dos CIS nesse sentido:

O aumento da resolutividade (sic) das ações de saúde é uma exigência a ser cumprida simultaneamente à extensão de cobertura dos serviços básicos, sob a pena dos Sistemas Municipais de Saúde perpetuarem os mesmos vícios do antigo modelo assistencial centralizado: não garantia de acesso universal às ações e aos serviços de saúde, baixa resolutividade e inexistência de integralidade de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (“atende mal a poucos”). Nesse sentido os Consórcios Intermunicipais de Saúde representam uma alternativa de solução para a implantação do SUS. Praticamente todas as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, concebidas

para um Sistema Municipal de Saúde ou para um Distrito Sanitário, poderiam ser desenvolvidas através do consórcio (IBAM, 1991, p.131).

Nessa linha, os CIS foram entendidos como solução para desenvolver integralmente todo o espectro da atenção à saúde – ou seja, promoção, proteção e recuperação – favorecendo a superação da dicotomia e fragmentação das ações ofertadas sob políticas públicas anteriores ao SUS. Ao solucionar problemas inerentes à pequena escala na produção de serviços de saúde de maior densidade tecnológica, os CIS superariam, por extensão, problemas sistêmicos relacionados ao acesso na atenção à saúde.

Entretanto a confrontação de evidências empíricas – incluindo dados agregados, descrição de regras institucionais adotadas, além de informações oriundas de fontes documentais e orais – nos permite chegar a uma avaliação distinta acerca dos efeitos produzidos pelos CIS do ponto de vista da realização dos atributos que definem o ótimo de acesso assistencial no SUS, o que será discutido a seguir. Por conveniência analítica iniciaremos a apresentação dos efeitos sobre a realização dessas condições de acesso em separado.

5.1.1. Efeitos sobre a universalidade do acesso

A definição da universalidade de acesso diz respeito à condição pela qual qualquer elemento do universo de cidadãos brasileiros gozaria do atributo de exercer o direito de acesso aos bens e serviços de saúde que constituem um *sistema único*, na medida de suas necessidades. Nos termos colocados no

capítulo anterior (seção 4.1.), implicaria que, no conjunto de cidadãos brasileiros **C**, formado pelos elementos $c_1+c_2+c_3+\dots+c_n$, todos teriam direito de acesso aos bens públicos de saúde disponibilizados pelo Estado **E**. Por consequência lógica, podemos estender esse entendimento por via da afirmação de que seja um *sistema único universal* incompatível com a existência de barreiras de acesso de qualquer natureza, sem prejuízo do disciplinamento dos fluxos de atendimento por meio da definição de requisitos, processos e pontos do sistema onde determinadas modalidades de atenção e níveis de complexidade serão ofertados.

O argumento aqui desenvolvido é que o viés contratual que rege a organização dos CIS, como decorrência do livre entendimento entre entes da mesma esfera subnacional que se associam, produz restrições sobre a universalidade de acesso aos bens e serviços de saúde. Essas restrições decorrem da incompatibilidade entre o caráter eminentemente aberto do acesso universal e os pilares de sustentabilidade das relações contratuais, tais como aqueles que tipicamente circunscrevem os CIS e outras associações para produção conjunta ou *joint production* (LOEFFLER, 1999).

Cumprido sublinhar que o contrato de produção consorciada deve estabelecer, claramente, regras de compartilhamento dos custos entre os que contribuem para a produção, bem como dos benefícios para os que usufruem os serviços produzidos. Um aspecto crucial dessas regras é que, a fim de preservar a estabilidade orçamentária da associação, requerem a restrição do conjunto de beneficiários ao conjunto de contribuintes, resolvendo o problema de ação coletiva

colocado para cada associado individualmente, sob a forma do dilema entre contribuir ou não. Tal resolução requer o constrangimento de comportamentos do tipo *carona* ou *free rider*, pelos quais um associado poderia ter a expectativa de usufruir serviços sem ter previamente contribuído para a produção conjunta. Daí que a sustentabilidade das relações contratuais implique o condicionamento do acesso aos bens e serviços de saúde para cada cidadão do conjunto **C** – ou seja **C₁+C₂+C₃+...+C_n** – ao cumprimento de, pelo menos, dois requisitos básicos:

- 1) Vinculação do cidadão a um dos entes públicos subnacionais que se associam por meio do contrato;
- 2) Que o ente público subnacional esteja regularmente adimplente com o processo de produção conjunta.

Estatutos ou regimentos que regulam o funcionamento dos CIS são absolutamente claros a esse respeito, limitando o acesso aos serviços advindos da produção conjunta às comunidades pertencentes aos municípios consorciados, bem como ao preverem as condições para exclusão e acesso à associação. Na minuta de estatuto para os CIS, utilizada pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, em 1997, como modelo para sua organização que foi assumido pela quase totalidade dos mais de 60 consórcios mineiros, a aplicação desse preceito contratual é facilmente percebida:

Art. 5º- A área de atuação do Consórcio será formada pelos territórios dos Municípios que o integram (...).

Art. 22 – Terão acesso ao uso dos bens e serviços do Consórcio Intermunicipal de Saúde todos aqueles associados que contribuírem para a sua aquisição. O acesso daqueles que não contribuíram dar-se-á nas condições a serem liberadas pelos que contribuíram (...).

Art. 26 – Serão excluídos do quadro social, ouvido o conselho diretor, os associados que tenham deixado de incluir, no orçamento de despesas, a dotação devida ao Consórcio, ou se incluída, deixado de efetuar o pagamento... (MINAS GERAIS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, Estatuto, 1997, p. 68, 73 e74).

No estatuto de um CIS mineiro enquadrado, em linhas gerais, nesse mesmo modelo difundido pela Secretaria de Estado, podemos encontrar, além de dispositivos semelhantes, a explicitação da equiparação entre contribuições e serviços aferidos: “Art. 9 – As ações de saúde serão financiadas a partir dos recursos próprios e repasse dos recursos dos municípios de forma proporcional aos serviços prestados ou utilizados por cada município” (Consórcio 1⁵⁷, 1999, p. 3). Mesmo no caso de outro CIS de Minas Gerais, que optou por forma institucional distinta da recomendada pela Secretaria de Estado da Saúde – sociedade civil de direito privado – adotando a personalidade de uma organização social e se diferenciando do padrão prevalente no restante do estado, a aplicação do mesmo preceito segue clara:

⁵⁷ Assim como para preservar os entrevistados, adotamos o procedimento de atribuir numeração aleatória aos CIS com objetivo de preservar sua identidade.

Art. 2º, parágrafo 1º – A área de atuação do Consórcio (...) constitui-se numa única unidade territorial, formada pelo território dos municípios que o integram,...

Art. 9º – A exclusão compulsória de qualquer associado do Consórcio (...) poderá ocorrer se aprovada por maioria dos votos dos membros do Conselho de Administração, desde que verificado o descumprimento das obrigações e compromissos estatutários, ou tenha o associado deixado de incluir, no orçamento a despesa, a dotação devido ao (...) ou, se incluída, deixar de efetuar o pagamento...

Art. 42 – Terão acesso ao uso dos bens e serviços do Consórcio (...) os associados que contribuíram para a sua aquisição e com ele firmarem contrato de gestão. O acesso daqueles que não contribuíram, dar-se-á nas condições a serem previamente aprovadas pelos demais associados. (Consórcio 3, 2003, p. 1, 3, 13)

Nesse último caso, registre-se que a formatação institucional impõe uma nova exigência para a concessão do acesso aos serviços produzidos pelo CIS: a celebração do “contrato de gestão” entre consórcio e município consorciado. Tal exigência apresenta como desdobramento lógico a instalação de uma relação bilateral entre a pessoa jurídica que representa o consórcio e cada um dos associados, definindo metas quantitativas de serviços a serem fornecidos a cada um, bem como valores e regularidade do pagamento das parcelas correspondentes aos serviços prestados, tal qual numa relação de compra usual de serviços de saúde. Nas palavras do Secretário Executivo desse consórcio, essa relação foi assim explicitada:

Se o município não quiser *comprar nada do consórcio* (destaque nosso), ele não é obrigado a comprar. Quando ele se interessa em comprar ele vai pegar aquele leque de serviços. Nós mandamos um orçamento,

imediatamente é feito um contrato de gestão que estabelece quantidades mês a mês para cada serviço, os preços de cada serviço,... E como vai ser esse contrato de gestão? Se o município quiser cumprir, tudo bem. Se não quiser...Chegou no final do ano, não utilizou totalmente o contrato de gestão... Não existe a obrigatoriedade, existe um documento que é legalizado... (Entrevistado 11⁵⁸, 2005)

A emergência de barreiras de acesso, nesse último caso, é mero subproduto da relação bilateral entre comprador e fornecedor de serviços de saúde, uma vez que somente têm acesso a tais serviços os elementos autorizados pela primeira das partes. Portanto, o que um CIS organizado nesses moldes estabelece, ao se relacionar de modo individualizado com cada associado e definir quantitativos a serem “consumidos” em separado, não é propriamente em que condições algum município não usufruiria dos serviços mas em quais delas cada um irá fazê-lo.

Seja como for, as barreiras de acesso se colocam para o CIS na medida em que assume a forma de uma pessoa jurídica que decorre do contrato entre associados – tal como as sociedades civis de direito privado, que correspondem a mais de 67% dos CIS existentes no Brasil (LIMA & PASTRANA, 2000) e 79% dos localizados no estado de Minas Gerais – restringindo o acesso a elementos estranhos a esses.

Conseqüências dessas restrições são evidenciadas pelo problema da inadimplência quanto às contribuições ou, ainda, no caso de divergências em relação aos critérios de compartilhamento de custos e benefícios. Mesmo tomando

⁵⁸ A numeração atribuída aos entrevistados não corresponde à ordem da Lista de Entrevistados com finalidade de preservar a identidade dos entrevistados.

por verdadeiro que a inadimplência não represente, atualmente, um problema freqüente nos CIS, nos casos em que se registra sua ocorrência, em conformidade com o estabelecido nas regras estatutárias já descritas, é esperado o bloqueio de acesso dos cidadãos de municípios em débito enquanto sanção consentida e tida como razoável. Tal expectativa consiste com a opinião de um Secretário Executivo de CIS, também membro do Conselho de Secretários Executivos de Consórcios de saúde – COSECS / Minas Gerais⁵⁹, é natural que se proceda a tal bloqueio:

Se um prefeito não pagou, o máximo que você pode fazer é cortar os serviços dele e ele sair. Ser convidado a se retirar (...) em (consórcio de) saúde é muito difícil ter inadimplência, pois quando deixa de pagar esse mês, eu vou cortar o serviço dele. Então ele fica doido, porque o consórcio virou uma saída pra poder mandar os pacientes dele, (...) então cortar é um problema. (Entrevistado 12, 2005).

Ainda em relação à inadimplência, é também esclarecedor o tipo de solução adotado por diversos CIS para prevenir a sua ocorrência no Estado de Minas Gerais e que pode ser ilustrado por caso específico relatado em um relatório de gestão ao qual tivemos acesso, onde se apontavam grandes dificuldades de fechamento orçamentário, já que dos pouco mais de dez municípios consorciados, apenas três contribuía regularmente, o que gerava instabilidade e ameaça à continuidade das atividades. Num dos momentos de crise foi encontrada a solução:

⁵⁹ O COSECS é uma entidade que congrega os Secretários Executivos dos CIS de Minas Gerais.

A dificuldade de se traçarem planos e objetivos ficava atrelada à arrecadação, que se encontrava em déficit devido ao sistema de cobrança, que não tinha efeito perante os municípios. Foi introduzido, então, o sistema de cobrança direto do FPM, feito através de uma autorização dos consorciados enviada ao Banco do Brasil, que propiciou a criação de uma reserva financeira que permitiria posteriormente o início das atividades planejadas (Consórcio 1, Relatório de Gestão, 2005, p. 3).

A partir das informações prestadas sobre inadimplência nos CIS de Minas Gerais, verificou-se que tal mecanismo – que embora voluntário, permite o desconto prévio e transferência direta para uma conta dos recursos oriundos de uma das fontes de transferências intergovernamentais, à semelhança de uma contribuição compulsória – encontra-se bastante difundido, o que em tese explica os baixos níveis de inadimplência percebidos. Fato é que, embora a inadimplência esteja em posição aparentemente marginal quanto à discussão da violação da universalidade de acesso assistencial pelos CIS, ela é extremamente importante sob pelo menos três aspectos:

- Primeiro, porque explicita a lógica contratual que preside os CIS, condicionando o acesso aos serviços produzidos à contribuição financeira do município ao qual o cidadão se vincula;
- Segundo, porque aponta as conseqüências desse condicionamento ao prever a ruptura do contrato com associados inadimplentes diante do descumprimento de suas obrigações financeiras, bloqueando o acesso dos

cidadãos vinculados aos bens e serviços que decorrem da produção da associação;

- Finalmente porque sugere que a estabilidade da associação requer, além da manutenção desse tipo de retaliação, a construção de dispositivos que minimizem os riscos de inadimplência, conferindo previsibilidade ao funcionamento dos CIS e sustentando a credibilidade dos compromissos assumidos reciprocamente.

A respeito desse último aspecto, Teixeira et alii (2002) apostam na necessidade de construir incentivos financeiros, uma vez que entendem ser, a retaliação aos inadimplentes, uma medida insuficiente para sustentar os compromissos contratuais assumidos, além de violar a universalidade do acesso:

Com o intuito de evitar a dissolução da parceria, alguns consórcios de saúde aplicam punições ao município inadimplente por meio do não atendimento de sua população nas instalações do consórcio. Aplicada tal punição (...) não ocorrerão problemas no que tange à manutenção das parcerias. No entanto, esse comportamento vai de encontro ao princípio constitucional da universalidade do atendimento à saúde (idem, p. 6)

A evidência dos efeitos restritivos produzidos pela viés contratual adotado sobre a universalidade de acesso também se estende a divergências quanto aos critérios de contribuição e benefício, no que remete à conhecida experiência do CIS de Penápolis – SP, tida ao longo de anos como a mais bem sucedida. Também

objeto de análise por Rodrigues (2003), o caso foi originalmente estudado por Mendes & Costa (2000):

A estrutura do rateio foi freqüente alvo de conflitos. Da parte de Penápolis, o município de maior porte e pólo da região, argumentava-se que o tipo de rateio por base populacional onerava a sede em comparação com municípios menores. Quanto a esses, o impacto dos custos era considerado elevado, provocando constantes atrasos nos repasses. Segundo os dirigentes, os atrasos eram sistemáticos até dezembro de 1996 e diminuíram em função de medidas restritivas. O recurso para assegurar o pagamento das cotas consiste em bloquear as consultas aos usuários do município em débito. Na disputa por novas regras, acabou por prevalecer os interesses do município-sede, alterando-se a lógica de rateio. Os novos critérios, vigentes a partir de janeiro de 1997, passaram a ser baseados em 30% por densidade populacional e 70% por utilização proporcional dos serviços oferecidos (Idem, p. 193).

Ora, no caso de Penápolis, mais que constranger condutas *free rider*, o bloqueio de acesso dos bens ofertados pelo CIS aos inadimplentes constituiu estratégia de confrontação nas disputas em torno dos critérios de acesso: de um lado o Município de Penápolis, ao se sentir prejudicado pelos demais associados utilizarem serviços em proporção superior ao peso relativo de sua população, propunha contribuições com base em tal utilização; de outro, demais municípios propunham contribuições proporcionais à população, certos de que a proposta de Penápolis lhes seria financeiramente insustentável. Menos importa nesse caso a solução mista encontrada – casando os dois critérios com maior peso para o critério defendido pelo Município de Penápolis – e mais importa que tal conflito explicita efeitos restritivos possibilitados pelo viés contratual. Esse problema,

inerente à natureza dos consórcios, foi também destacado em entrevista realizada junto a um pesquisador da área de Economia da Saúde:

... Consórcios são uma solução espontânea, negociada. Mas o direito (universal) à integralidade não pode ficar na dependência de acordos intermunicipais que dependem, muitas vezes, das filiações partidárias dos prefeitos dos municípios que compõem o consórcio (Entrevistado 6, 2005).

Desse modo, se um *sistema único universal* supõe o acesso irrestrito de qualquer elemento do conjunto de cidadãos brasileiros aos seus bens e serviços, na medida das necessidades, deve-se concordar que a natureza contratual dos CIS impõe restrições que violam essa condição por meio de um duplo filtro. Primeiro, ao restringir o acesso dos bens e serviços produzidos exclusivamente para cidadãos vinculados e autorizados pelos municípios associados. Segundo, ao condicionar o acesso, mesmo nessa última condição, às situações em que os membros se encontrem adimplentes com a associação. A bem da verdade, a estabilidade dos CIS depende da credibilidade da ameaça de utilização das barreiras de acesso frente aos associados inadimplentes, barreiras essas já existentes para os não associados. Em outros termos, a estabilidade dos CIS depende da violação da universalidade do acesso assistencial. Do contrário, pode-se presumir uma hipotética dissolução das parcerias estabelecidas nos CIS caso houvesse algum impedimento legal, em nome desse princípio do SUS, para a emergência de

barreiras de acesso no sentido apontado anteriormente, o que certamente inviabilizaria a conquista da estabilidade contratual.

Assim, de acordo com o modelo apresentado no capítulo 4, para representar a utilidade a ser realizada para cada cidadão brasileiro sob o ótimo de acesso assistencial definido no SUS, podemos concluir que barreiras de acesso inerentes à constituição dos CIS produzem violação da universalidade na medida da exclusão de indivíduos ou de um subconjunto de **C** ou $\{c_1+c_2+c_3+\dots+c_n\}$ do acesso às utilidades inerentes aos bens e serviços públicos de saúde segundo suas necessidades.

5.1.2. Efeitos sobre a integralidade do acesso

Se a universalidade diz respeito ao raio de abrangência daqueles que têm acesso aos bens e serviços de saúde entre os cidadãos do conjunto **C** – estendendo-o, no caso, a todos os seus elementos – pode-se dizer que a integralidade diga respeito ao raio de abrangência dos bens e serviços de saúde aos quais se dá acesso. Nos termos do modelo apresentado no capítulo anterior, reduzimos a definição de integralidade ao produto entre três modalidades de atenção à saúde – Assistência (**As**), Vigilância Sanitária (**VISA**) e Vigilância Epidemiológica (**VE**) – e três níveis de complexidade tecnológica – Atenção básica (**AB**), Média (**MC**) e Alta Complexidade (**AC**) – de modo que teríamos uma atenção integral se considerarmos o acesso a $(As+VISA+VE)*(AB+MC+AC)$ de acordo com necessidades individuais ou coletivas. A integralidade implica a disponibilidade, segundo necessidades dos cidadãos do conjunto **C**, a bens e serviços de saúde

que incluem todos os cruzamentos entre modalidades de atenção e níveis de complexidade tecnológica. Em decorrência, a condição para que o acesso seja integral é que não exclua algum (ns) desse (s) cruzamento (s) – por exemplo, **As*MC** – ao se concentrar na oferta de outro (s).

O argumento que iremos aqui sustentar é que os CIS, rigorosamente, atuaram de forma seletiva ao restringir o cardápio de produtos disponíveis aos associados, concentrando-se em cruzamentos entre modalidades de atenção e níveis de complexidade de interesse eleitoral, ao mesmo tempo em que abandonando, mesmo no plano discursivo, outras possibilidades de atuação regionalizada com ganhos de escala similares. Ao fazê-lo, certamente atuaram como facilitadores do acesso das populações, principalmente de municípios de pequeno porte, a determinado segmento dos bens e serviços de saúde, porém à custa da exclusão de outros componentes da atenção integral à saúde e de critérios racionais de programação, no caso dos serviços ofertados.

Ressaltamos que no nível de complexidade de atenção básica, em qualquer modalidade de atenção à saúde, seria esperado e, de certo modo até mesmo desejável, que não fosse aferida uma participação direta dos CIS, uma vez que se trataria de uma “responsabilidade inerente ao poder municipal” (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997b, p. 11) e que não se beneficiaria de ganhos de escala. O mesmo não se poderia dizer de outros segmentos dos níveis de média e alta complexidade que, pelo nível de especialização e incorporação tecnológica,

requerem uma escala de produção que otimize a produção de utilidades numa perspectiva regional.

Um exemplo sintomático do *gap* entre a integralidade de acesso, tal como preconizada no SUS, e o escopo de atuação efetivamente praticado pelos CIS encontra-se nos próprios modelos de protocolo de intenções, leis autorizativas ou das, já citadas, minutas de estatuto ou regimento Interno difundidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Nesses documentos, amplamente divulgados na segunda metade dos anos 90, o escopo de atuação dos CIS foi definido de forma abrangente, incluindo as ações de saúde coletiva no rol das atividades a serem desenvolvidas:

Cláusula 4^a: Os municípios consorciados propõem, por este termo:

I – que o Consórcio é uma cooperação (pacto) entre os Municípios signatários, que se comprometem a executar, em conjunto, empreendimentos na área de saúde do interesse global dos consorciados e em particular de cada consorciado, visando a erradicação de doenças, prevenção de endemias e epidemias, profilaxia e prevenção de doenças, visando o bem-estar do indivíduo e da comunidade em geral, de cada município consorciado” (grifo nosso); (...)

IV – (...) enfrentando conjuntamente as atividades de promoção prevenção e recuperação da saúde de seus municípios (...)

VIII – que o Consórcio também visa ser um fórum permanente de discussão dos problemas de saúde a partir do enfoque das necessidades locais (MINAS GERAIS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, Minuta do Protocolo para Constituição de Consórcio Intermunicipal de Saúde, 1997, p. 62-63)

Art. 7^o – São finalidades (...):

III – Planejar, adotar e executar programas e medidas destinadas a promover a saúde dos habitantes da região e implantar serviços afins (MINAS GERAIS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, Estatuto, 1997, p. 68)

Art. 14 – São atribuições do Consórcio:

I – promover o planejamento integrado, com base epidemiológica...
(MINAS GERAIS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, Regimento Interno, 1997, p. 79)

Há evidências contundentes de que, na prática, o escopo de atuação dos CIS implantados em Minas Gerais – quase metade do total existente no país – convergiu para prioridades bem específicas. Informações referentes a 2003, disponibilizadas pelo COSECS, apontam uma vocação bastante específica quanto aos serviços ofertados, cuja descrição é detalhada na TABELA 2 a seguir.

TABELA 2

Categorias de serviços ofertadas pelos CIS em Minas Gerais,
2003⁶⁰.

CATEGORIA	Nº CIS	% ENTRE CIS
Consulta médica básica própria	5	7,6
Consulta médica básica contratada	7	10,6
Consulta médica especializada própria	41	62,1
Consulta médica especializada contratada	30	45,5
Apoio diagnóstico próprio	35	53,0
Apoio diagnóstico contratado	49	74,2
Atendimento de outros prof. nível sup.	10	15,1
Outras modalidades de atendimento	2	3,0
TOTAL DE CIS	66	100,0

Fonte: www.cisamesp.com.br/cosecs

⁶⁰ Consideramos aqui apenas as informações disponíveis no site sobre os serviços ofertados à população dos municípios, que não contemplam eventuais assessorias, cursos ou outras atividades que os CIS podem realizar junto aos associados.

Com base na mesma, verifica-se a omissão da oferta de serviços nas modalidades de Vigilância Sanitária e Epidemiológica⁶¹ nos níveis de Média ou Alta Complexidade. Em vez disso, os CIS se concentram nitidamente na modalidade Assistência à Saúde, especialmente na Média Complexidade (**As*MC**), com destaque para consultas médicas nas clínicas especializadas e procedimentos de apoio diagnóstico.

Caberia pensar em que medida a convergência de escopo dos CIS para a combinação **As*MC** seria ou não um fenômeno mineiro, até pelo peso assumido pelas escolhas políticas em cada unidade da federação na sua organização ou não. A esse respeito, trabalhos referentes a outros estados são sugestivos, ainda que não tenham recebido maiores considerações analíticas desse ponto de vista. Referindo-se aos consórcios do Rio de Janeiro, Schneider constatou “uma ampliação na oferta de serviços na região (coberta pelos CIS), particularmente aqueles de média complexidade, sobretudo nos municípios de pequeno porte” (2001, p. 56). Referindo-se aos consórcios de São Paulo, Junqueira et alii contataram que “dentre os oito consórcios em funcionamento, cinco mantêm serviços de especialidades, cinco de atendimento hospitalar, três na área de saúde mental e três disponibilizam especialidades e hospitais simultaneamente” (1999, p. 93). Referindo-se aos consórcios do Paraná, o mesmo quadro subjaz à

⁶¹ Se porventura elas existirem em um ou outro caso, nem foram registradas no site, o que também seria um elemento indicativo de sua baixa importância relativa, vis a vis as ações da área de assistência à saúde.

expectativa da Secretaria de Estado da Saúde desse estado, segundo Keinert et alii, ao constatar que “os consórcios passaram a supervalorizar as ações curativo-reabilitadoras, com ênfase na doença, investindo principalmente em equipamentos de complexidade tecnológica” e ao expressar a intenção de que haja uma reversão da situação onde “os serviços desenvolvidos pelos consórcios envolvam também ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras, segundo o princípio da integralidade” (s.data, p.5).

Entretanto, há trabalhos de abrangência nacional que também caminham no sentido da mesma constatação ainda que, do mesmo modo, lhes falte maiores considerações analíticas. Ribeiro e Costa (2000) concluíram, após examinar outras experiências e realizar um estudo sobre o caso do CIS de Penápolis, que a motivação predominante para o consorciamento é:

... a contratação de médicos especialistas e o desenvolvimento de estímulos à sua adesão ao sistema público. Embora existam consórcios voltados para outros objetivos, a contratação de profissionais médicos consiste no objetivo mais comum entre essas experiências (p. 216)

Mas são os resultados encontrados por Lima & Pastrana (2000), um dos poucos estudos de base quantitativa realizados em escala nacional sobre os CIS, os mais contundentes nesse sentido, uma vez referindo-se a consórcios de 13 unidades da federação. Segundo o mesmo trabalho, o atendimento aos cidadãos que habitam municípios consorciados envolve consultas médicas especializadas e serviços de

apoio diagnóstico de nível secundário em 95,7% dos CIS. Além disso, 35,7% dos CIS prestavam atenção hospitalar, ainda que as autoras não tenham detalhado a parcela correspondente aos atendimentos eletivos e não eletivos. Registraram, ainda, que 24,8% dos CIS prestam atendimento básico, o que não deixa de ser preocupante – assim como a frequência de oferta de consultas médicas nas clínicas básicas identificada no levantamento apresentado acima sobre os CIS de Minas Gerais – na medida em que possa implicar um relativo descumprimento dos municípios envolvidos nesses casos com suas obrigações mínimas para com sua população⁶².

Um aspecto fundamental e que não deve passar despercebido é que, dentro da combinação **As*MC**, os CIS tenham convergido basicamente para o segmento dos procedimentos eletivos, ou seja, aqueles cuja realização é previamente agendada, excluindo outros tipos de atendimento que também fazem parte dela, entre os quais atendimentos ambulatoriais em caráter de urgência (tipicamente realizados em unidades de pronto atendimento ou em pronto-socorros de hospitais) ou internações não-eletivas.

Esse último aspecto, aparentemente secundário, é de importância central, pois, como levantado na seção anterior, a viabilidade econômica do contrato com o qual se comprometem os associados que constituem um CIS depende diretamente da

⁶² Keinert et alii, ao analisar o caso do Paraná, por exemplo, afirmaram que “existe uma defasagem entre a organização do nível primário (que corresponde ao que denominamos, aqui, atenção básica) – pouco desenvolvido – nos municípios e dos níveis secundário e terciários – mais desenvolvidos – dos consórcios. A partir da facilidade de acesso e maior organização do consórcio, os municípios tendem a forçar atendimentos que poderiam ser resolvidos ao nível do município” (s. data, p. 4).

capacidade de balancear a distribuição dos encargos e benefícios entre eles, impedindo o acesso aos serviços por parte dos que não contribuem para a produção conjunta ou dimensionando o volume de acesso à proporção das contribuições feitas pelos municípios membros. Nesse sentido, serviços que atuam com “porta aberta” – exatamente os não eletivos, onde se enquadram o atendimento ambulatorial e hospitalar de urgência ou emergência⁶³ – são disfuncionais à manutenção do balanço entre a distribuição de encargos e a de benefícios. De um lado, favoreceriam o acesso de eventuais “não contribuintes”, já que medidas restritivas para estabelecimento de barreiras em serviços dessa natureza exporiam os CIS ao desgaste de vetar o atendimento a casos graves ou de risco de morte, descumprindo frontalmente a legislação que regulamenta o SUS ou gerando conflitos no campo da ética profissional⁶⁴ ao sustentar situações que facilmente seriam caracterizadas como omissão de socorro. De outro lado, mesmo entre os associados adimplentes, ofertariam benefícios em proporções distintas às das contribuições de cada um, tornando praticamente impossível identificar a tênue linha divisória entre comportamentos do tipo *free rider* e oscilações casuais das necessidades de saúde.

⁶³ Essa afirmação não nega a possibilidade de que a atenção hospitalar não possa ser objeto de atuação dos CIS, até porque boa parte dela é realizada de forma eletiva e está profundamente vinculada ao atendimento ambulatorial de algumas das especialidades médicas, como as cirúrgicas. Nem, ao menos podemos negar que durante algum tempo, o atendimento hospitalar não eletivo possa ser objeto de atuação dos CIS, principalmente se a região coberta pelos consorciados não for de fácil acesso para populações de outros municípios ou se houver uma oferta razoável de leitos hospitalares pelo SUS nas regiões adjacentes, dentre outras contingências. O que queremos destacar é que o problema do balanço entre a distribuição de encargos e benefícios tende a restringir a probabilidade de que tais situações ocorram e a provocar instabilidades sempre que contingências muito especiais não estiverem presentes.

⁶⁴ O Código de Ética Médica, por exemplo, pune a omissão de socorro pelo profissional.

A priorização das consultas médicas especializadas e serviços de apoio diagnóstico de média complexidade pelos CIS foi atribuída, por entrevistados envolvidos na sua condução, a falhas sistêmicas do próprio SUS:

... Eles (procedimentos de média complexidade) ficaram sub-financiados. Primeiro que a tabela paga muito mal. Segundo porque as cotas são muito pequenas (...) E os municípios - a maioria dos municípios de Minas Gerais - com população abaixo de 30 mil, 20 mil, enfim... tiveram que arrumar uma saída pra garantir, pra população dele, a média complexidade. Ele dava a consulta e não tinha condições financeiras de dar o exame. Acabou que começou a comprar serviços... Então o que é que os Prefeitos fizeram? Eles começaram a financiar a média complexidade, que não é obrigação dele, ... através dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. (...) a modalidade de atendimento (ofertada), basicamente, é consultas especializadas e exames especializados. Tem alguns consórcios que entram na alta complexidade, que é a tomografia, entram na área hospitalar... Mas são muito poucos (Entrevistado 8, 2005).

... Começaram (os municípios) a identificar que um dos maiores gargalos que se davam em qualquer região, isso é comum no estado inteiro, está na média complexidade (...) É uma identificação que o sistema hoje..., o que o sistema único oferece, ele tinha essa falha... tem essa falha ainda. Então eles começaram a atuar para suprir essa parte, fazendo parte do sistema que existe, né? (Entrevistado 12, 2005).

Porém, entrevistados historicamente vinculados ao Movimento pela Reforma Sanitária apresentaram críticas contundentes aos critérios assumidos pelos CIS para eleger os serviços ofertados, o dimensionamento da oferta e os critérios de acesso. Um deles afirmou explicitamente que “raros são os que têm uma preocupação maior com a integralidade do atendimento” (Entrevistado 6, 2005). Outros enfatizaram o problema da desvinculação entre a racionalidade da oferta de serviços pelos CIS e necessidades de saúde das populações abrangidas,

inclusive chamando atenção para a perda de uma perspectiva de saúde coletiva no plano regional, o que teria agravado problemas dessa natureza nas regiões consorciadas com a ocorrência de surtos epidêmicos:

Nem saúde pública e nem Alta Complexidade (o consórcio faz), porque essa (média Complexidade ambulatorial) é uma parte muito deficiente no SUS, que a tabela do SUS remunera muito mal (...) então fica um vazio, um vazio que começa a ser preenchido pela ação regional. Mas é uma ação que, eu diria, pouco racional também. Com que critérios as pessoas chegam ao ultra-som e para que esse ultra-som? É uma lógica da micro-política (...) você não tem um sistema de programação que fale em conjunto (Entrevistado 15, 2005).

Optou-se por fazer vários centros de especialidades, contemplando interesses dos vários prefeitos... O outro equívoco é a idéia de que substitua o estado. Você não pode jogar numa estrutura que obedece à vontade do prefeito, uma responsabilidade que é inerente ao estado. Então a gente vê que, onde a febre amarela entrou pra valer em Minas Gerais foi do lado dos consórcios... Tanto os consórcios quanto os municípios passaram a se preocupar muito mais com a atenção especializada e de Alta Complexidade do que... A maioria tem os serviços especializados que tem uma receita interessante. Mas você faz isso em detrimento da organização do sistema de saúde (Entrevistado 3, 2005).

Embora falem em trabalhar com a promoção da saúde, na verdade, onde o consórcio era mais forte em Minas Gerais foi onde ocorreu um surto de Febre Amarela silvestre, com 10 mortes ou 15, não sei quantos mortos, e alguém no Ministério da Saúde aventou essa hipótese, que talvez tenha ocorrido ali porque os recursos foram canalizados para o consórcio, exatamente para pagar assistência médica, recursos de média e alta complexidade e da assistência básica (Entrevistado 2, 2005).

Na mesma linha, Keinert et alii vai adiante ao constatar que os consórcios têm grande dificuldade de praticar o planejamento regional, uma vez que passam a “ofertar serviços de saúde definidos e direcionados exclusivamente pela demanda

local e espontânea, sem a preocupação de um planejamento do ponto de vista das necessidades epidemiológicas microrregionais” (2001, p. 5).

Outro aspecto importante corroborado pelos mesmos sanitaristas e para o qual chamaram atenção alguns trabalhos, mesmo que de forma sub-explorada, diz respeito às conseqüências de sua concentração na oferta de serviços especializados de média complexidade, diga-se de passagem, a preços superiores aos praticados pela tabela SUS. Trata-se da funcionalidade dessa escolha aos interesses de segmentos dos prestadores privados de serviços que, de outra maneira, não teriam como se relacionar de forma estável com os compradores do setor público no seu nicho de produção. Esse aspecto é importante para trazer à tona uma característica relativamente encoberta da opção por serviços eletivos e especializados de média complexidade: o fato de que a esfera de atuação das clínicas médicas especializadas e das áreas médicas de diagnóstico especializado constituam campos de jurisdição específicos e relativamente “fechados” dentro da prática médica, ao contrário de campos relativamente “abertos” como no atendimento de urgência e emergência ou a saúde coletiva. Essa característica aponta para a possibilidade de conquista de um mercado de serviços públicos em municípios de pequeno e médio porte por círculos profissionais relativamente restritos:

(O beneficiário) penso que sejam exatamente os interesses privados, porque o consórcio paga o preço de mercado. Como a tabela SUS não permite isso, o consórcio tem liberdade para negociar preços (...) e sendo

pouco regulado pelas leis da administração pública... Acho que (isso) o torna muito vulnerável ao atendimento a interesses privados. Daí, penso o apoio que ele tem da associação médica... são sempre muito simpáticos ao consórcio (Entrevistado 2, 2005).

Reconhecendo essa questão de forma subentendida, Mizoczky (1998) discute a necessidade de maior controle público sobre associações consorciadas na saúde para evitar riscos de independência do SUS apresentando, entre suas alegações, a de que essa ação possa “evitar que a incorporação de tecnologia e de novos serviços especializados se dê como resposta à pressão da corporação médica em busca da ampliação do seu espaço de intervenção” (p. 5).

Na mesma linha, uma constatação reincidentemente registrada entre técnicos ligados à gestão do SUS em outras esferas de governo – em certa medida também articulada a interesses de círculos profissionais beneficiados – é a sua funcionalidade aos interesses político-eleitorais, especialmente dos Prefeitos, uma vez que permitem acesso seletivo a bens de consumo individual a potenciais eleitores, ampliando seu espaço de barganha eleitoral conforme modelo apresentado no capítulo 1:

O Consórcio, então, (no seu surgimento) foi uma estratégia que a (Faculdade de) Ciências Médicas induziu para ter uma fonte garantida de recursos que não o Ministério da Saúde (...) E os consórcios são muito capturados, mesmo, pelos interesses políticos, pelos interesses privados (Entrevistado 3, 2005).

São os interesses da micro-política regional que fazem aquele tipo de agregação (...) Mas é uma ação que eu diria pouco racional, também. Ela

tem uma visibilidade política alta, mas ela tem uma eficácia muito pequena (Entrevistado 15, 2005).

Analisados em conjunto – evidências empíricas, elementos descritivos e justificativas relativas aos efeitos produzidos pela organização dos CIS sobre a integralidade de acesso no SUS – pode-se sistematizar algumas considerações preliminares.

Em primeiro lugar, a convergência do rol de serviços ofertados pelos CIS para o segmento ambulatorial eletivo dentro da combinação entre a modalidade Assistência à Saúde e o nível de Média Complexidade ou **As*MC** (em alguns casos, incluindo também procedimentos de Alta Complexidade), em detrimento de outros cruzamentos que poderiam se beneficiar de ganhos de escala, indica uma omissão no sentido de promover a integralidade da atenção à saúde.

Em segundo lugar, tal convergência põe em questão o argumento de que os CIS atuem produzindo aquilo cuja exigência de economia de escala tornaria irracional ser feito por um município isolado. Sua abstenção em produzir bens e serviços que, em tese, se enquadrariam nessa condição impõe a necessidade de agregar outros elementos que permitam explicar porque, por exemplo, segmentos da assistência à saúde de média ou alta complexidade ou, principalmente, da saúde coletiva foram preteridos ou “esquecidos”.

Em terceiro lugar, há indicações de que esses elementos adicionais incluam exigências funcionais que superpõem garantia do balanço orçamentário entre

associados participantes do contrato, interesses eleitorais dos ocupantes do Executivo Municipal e de prestadores privados de serviços. Nesse sentido, o espaço de convergência identificado corresponde a uma zona de interseção entre necessidades de ofertar procedimentos sobre os quais o controle de acesso possa garantir tal balanço orçamentário; com os quais, em virtude de sua vinculação à esfera do consumo individual de serviços médico-assistenciais, seja possível obter melhor retorno do ponto de vista eleitoral; e, finalmente, que possam melhor atender aos interesses de agentes produtores localizados na esfera privada, em segmentos especializados no mercado, que dependeriam dos requerimentos de escala para aferir ganhos econômicos.

Retomando o modelo apresentado no capítulo 4 para representar a função de utilidade dos cidadãos brasileiros sob condições de acesso ótimo definidas no SUS, conclui-se que a exclusão de segmentos ou combinações entre modalidades / níveis de complexidade resultantes de $(As+VISA+VE)*(AB+MC+AC)$ – que também poderiam se beneficiar de ganhos de escala – indica omissão dos CIS na concretização da integralidade como efeito do seu funcionamento.

5.1.3. Efeitos sobre a igualdade do acesso

Definidas a universalidade – extensão do raio de abrangência daqueles que têm acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos do conjunto **C** – e a integralidade – extensão do raio de abrangência desses serviços a todas as modalidades e níveis de complexidade requeridos – a igualdade diz respeito à relação de equivalência entre as condições de acesso a cada cidadão do conjunto

C. Em outros termos, tratar-se-ia da equivalência entre utilidades à disposição de cada cidadão brasileiro, de tal sorte que $F(u)_{c1} = F(u)_{c2} = F(u)_{c3} = \dots = F(u)_{cn}$.

A análise dessa terceira condição requer responder em que medida os CIS, onde atuando, teriam contribuído para equalizar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde nas modalidades de atenção e níveis de complexidade de sua necessidade. Trata-se de um requerimento que supõe evidências sobre resultados produzidos a partir da implantação dos CIS e que vão além das disponíveis nos poucos estudos de base empírica existentes. Portanto a verificação da equalização do acesso apresenta dificuldades metodológicas adicionais, uma vez que se relaciona mais a resultados que a estrutura e processos, tal como ocorreu na análise da universalidade e da integralidade. Para minimizá-las, procuramos tratar em separado duas situações distintas: a primeira, referindo-se à equivalência de acesso entre os cidadãos vinculados a um mesmo CIS; a segunda, referindo-se a essa equivalência numa dimensão ampliada, confrontando condições de acesso de cidadãos de municípios associados e não-associados aos CIS. Na TABELA 3, abaixo, apresentamos dados sobre a cobertura dos CIS como parte dos resultados de um estudo nacional realizado por Lima & Pastrana (2000).

TABELA 3

Distribuição dos Municípios Consorciados, segundo Estados e População Coberta
– Brasil, 2000⁶⁵.

ESTADOS	No DE CONSÓRCIOS	No DE MUNICÍPIOS CONSORCIADOS	POPULAÇÃO COBERTA
BA	02	15	254.955
ES	10	69	1.385.360
GO	01	12	152.942
MT	08	57	742.239
MG	70	748	11.477.979
PA	01	08	245.088
PB	07	60	580.600
PR	18	289	4.657.779
RJ	04	46	1.657.131
RN	01	12	109.139
RS	03	89	1.123.303
SC	09	139	1.765.189
SP	07	74	1.225.125
TOTAL	141	1.618	25.376.829

Fonte: IBGE, 1996 e Secretarias de Estado da Saúde.

Sob o primeiro ponto de vista focalizamos, portanto, o nível de equivalência do acesso aos bens e serviços de saúde internamente a cada um dos 141 CIS registrados para todo o país. Nesse particular a natureza contratual que funda os CIS e regula as relações entre associados – entes públicos de mesma natureza – parte do princípio da equivalência entre direitos e deveres imputados a cada um. Essa característica de base está presente, pelo menos, em 97% dos CIS que se constituem dotados de personalidade jurídica própria (LIMA & PASTRANA, 2000). Entre as manifestações dessa equivalência está a igualdade entre associados no

⁶⁵ Tabela reduzida com base na Tabela 1 apresentada por Lima & Pastrana (2000, p. 9).

processo decisório, independente da proporção entre as participações financeiras regulares de cada um (MINAS GERAIS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1997). Segundo um dos entrevistados, o equilíbrio de poder entre associados é uma das marcas dos CIS:

A grande vantagem dos consórcios é ser um instrumento de grande democracia, onde o grande, o município maior, ele tem o mesmo poder de voto que o município menor. O recurso, ele entrou no caixa do consórcio e ele é definido por todos. Não depende de um pra fazer. E vem um técnico, que é o Secretário Executivo, que acompanha isso (...) quando sobra alguma coisa das cotas, ele mesmo redistribui no mês pra atender. Fica mais fácil... Mais democrático (Entrevistado 8, 2005).

Esse equilíbrio decisório formal se traduz, em tese, em equivalência quanto às condições de acesso dos cidadãos vinculados a cada associado do CIS, principalmente sob a presunção de duas condições:

- 1) Que os representantes dos associados tendam a se comportar racionalmente, de modo consistente com a maximização do acesso para os seus representados, resguardando seu interesse na ampliação do espaço de barganha eleitoral;
- 2) Que a figura instituída, com personalidade jurídica própria, contenha salvaguardas para se manter equidistante e transparente diante dos associados.

Além disso, embora seja minoritária a proporção dos CIS que dispõe de recursos decorrentes de pagamentos complementares feitos pelos usuários – em torno de 10,8% segundo Lima & Pastrana (2000), o que é extremamente relevante para essa discussão – os CIS geralmente vedam a cobrança por serviços prestados. A obrigatoriedade de complementação no pagamento dos procedimentos, pelos usuários do CIS, produziria efeitos de diferenciação do acesso e, por consequência, de violação da igualdade, especialmente na medida em que são diferenciadas as condições daqueles para arcar com tais gastos. Ainda assim, à exceção daqueles em que tal cobrança foi identificada, pode-se afirmar que os CIS tendem à equalização do acesso aos serviços ofertados entre os cidadãos vinculados aos municípios associados.

Sob o segundo ponto de vista, consideramos especificamente os efeitos dos CIS sobre a equalização do acesso aos serviços para os cerca de 25.376.829 de habitantes, cobertos pelos 141 consórcios espalhados pelo país, diante dos demais cidadãos brasileiros. Nesse caso, partimos da distribuição dos municípios consorciados por porte populacional, apresentada na TABELA 4 abaixo, extraída do trabalho de Lima e Pastrana (2000).

TABELA 4

Classes de população de acordo com números de municípios consorciados –
Brasil, 2000.

CLASSES DE HABITANTES	MUNICÍPIOS	
	No	%
Até 5.000 habitantes	501	31,2
De 5.000 a 10.000 habitantes	441	27,4
De 10.000 a 20.000 habitantes	370	23,6
De 20.000 a 50.000 habitantes	198	12,3
Mais de 50.000 habitantes	88	5,5
Total	1.607	100,0

Fonte: IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / Contagem populacional, 1996.

Partindo da constatação de que mais de 82% dos municípios consorciados detém até 20.000 mil habitantes e, retomando da seção anterior, que mais de 95% dos CIS ofertam serviços de consultas especializadas e procedimentos de apoio diagnóstico, podemos inferir seguramente que os CIS produzem efeitos equalizantes do ponto de vista do acesso a esses procedimentos entre municípios consorciados e os de médio e grande porte, geralmente não consorciados. Esse efeito positivo não pode ser desprezado, ainda que tenha repercutido de forma mais abrangente nas regiões Sul e Sudeste, onde estão 85% dos CIS, 90% dos municípios consorciados e 92% da população coberta pelos consórcios⁶⁶.

⁶⁶ Esse efeito concentra-se ainda mais em Minas Gerais que, com quase metade dos CIS, onde mais de 90% dos municípios são consorciados e a proporção de municípios com menos de 20 mil habitantes nessa condição é apenas ligeiramente superior à média nacional, e onde também cerca de 95% oferece consultas e exames especializados (LIMA & PASTRANA, 2000b). Vale ressaltar que, a despeito do peso da participação do estado na totalidade dos CIS, a proximidade das proporções mencionadas para essa unidade federativa e para todo o país aponta para uma convergência, antes que para um comportamento específico no caso da primeira.

Mas uma restrição importante ao efeito equalizador dos CIS decorre de sua própria omissão na promoção da integralidade, uma vez que limitado aos procedimentos ambulatoriais eletivos de média (e em alguns casos de alta) Complexidade em detrimento de atendimentos ambulatoriais e hospitalares não eletivos, bem como de outras modalidades de atenção à saúde que são também desenvolvidas em grande parte dos municípios de médio e grande porte.

Traduzindo as considerações sobre a igualdade de acesso nos termos definidos no capítulo 4, sob os dois pontos de vista aqui apresentados, concluímos que os CIS produzem efeitos de equalização das funções de utilidade para indivíduos do conjunto **C**, especialmente no segmento da modalidade Assistência à Saúde na Média Complexidade (**MC**) onde $F(u)_{c1} \cong F(u)_{c2} \cong F(u)_{c3} \cong \dots \cong F(u)_{cn}$. O mesmo não se pode dizer em relação a outros cruzamentos entre modalidades de atenção e níveis de complexidade em que permanece $F(u)_{c1} \neq F(u)_{c2} \neq F(u)_{c3} \neq \dots \neq F(u)_{cn}$. Nesse último caso, restrições à equalização decorrem de fatores endógenos do funcionamento dos CIS, vinculados às exigências funcionais simultâneas que superpõem garantia do balanço orçamentário entre associados participantes do contrato, interesses eleitorais e de prestadores privados de serviços. A extensão do efeito equalizador exigiria ofertar serviços não eletivos e outros nos quais seria problemático assegurar o balanço orçamentário entre encargos e benefícios distribuídos, bem como ações de saúde coletiva que não trariam dividendos eleitorais ou retorno econômico para prestadores de serviços.

5.2. Quebra de optimalidade do acesso como efeito necessário

A forma institucional assumida tipicamente nos CIS não produziu quebras nas condições de acesso ótimo preconizadas pelo SUS em decorrência de contingências fortuitas. A associação entre entes públicos municipais, mediante delegação coletiva a uma personalidade de direito privado, fez dessa última o *agente* responsável pela administração do sistema de compartilhamento de custos e benefícios na produção conjunta de procedimentos especializados que, pela sua natureza, poderiam ser fracionados ou divididos entre *principais*. A estabilização desse sistema, entretanto, exigiu a preservação do balanço orçamentário mediante dispositivos contratuais coercitivos, com capacidade de assegurar a credibilidade *ex-ante* dos compromissos assumidos pelos associados de tal sorte que cada um tivesse incentivos para escolher a contribuição como estratégia dominante, certo de que não arcaria com os custos de eventuais caronas ou *free riders*. Tais dispositivos contratuais incluíram cláusulas sobre o que produzir e quem poderia consumir, sobre a garantia de regularidade das contribuições, do fornecimento correspondente de produtos e, daí, do equilíbrio orçamentário da associação.

Quanto à primeira escolha, sobre o que produzir, a solução encontrada foi a restrição do escopo dos serviços ofertados a procedimentos situados na esfera do consumo individual – passíveis de retorno eleitoral transferível para dirigentes dos municípios associados – cuja natureza previamente programável ou eletiva permitisse o controle de acesso e, daí, a possibilidade de veto a usuários oriundos

de não associados e de controle sobre a proporção de utilização por cada um segundo sua contribuição. Tal restrição implicou a exclusão de um conjunto de ações de saúde do raio de atuação dos CIS, uma vez não se enquadrando nessa condição, levando à violação do princípio da integralidade do acesso. Além disso, como já registrado anteriormente, outra força convergente com a definição desse escopo para os CIS foi o interesse dos prestadores de serviços especializados, muitas vezes incrustados na estrutura do poder público municipal.

Quanto à segunda escolha, sobre quem poderia usufruir da produção, o equilíbrio do balanço orçamentário exigia a restrição do acesso aos serviços para os associados adimplentes, de modo que a emergência de barreiras de acesso aos que não se enquadravam nessa condição – como os “consumidores-eleitores do Município que se omite no pagamento de sua cota” (RODRIGUES, 2003, p.175) – implicou a violação do princípio da universalidade.

Ambas as restrições, sobre o que produzir e quem consumir, reafirmaram tendências de equalização do acesso geradas pelos CIS, que gradativamente restringiu seu escopo a serviços eletivos especializados. Deve-se louvar, nesse sentido, o efeito equalizador sobre as condições de acesso a tais procedimentos entre municípios de pequeno porte e os de médio e grande porte, porém sem esquecer da limitação desse efeito em consequência da exclusão de outras modalidades e níveis de complexidade.

As razões para violação do ótimo de acesso definido para o SUS, portanto, se vincularam ao requerimento de estabilidade do sistema de compartilhamento de contribuições e benefícios com garantia de retorno eleitoral aos dirigentes dos associados. Entretanto, nesta seção, chamaremos atenção para dois aspectos interligados e relacionados ao seu funcionamento para complementar a fundamentação necessária à postulação do mecanismo subjacente às ditas violações: de um lado, a cristalização de assimetrias informacionais entre agentes envolvidos e riscos morais decorrentes; de outro, o desenvolvimento de uma autonomização gerencial que tenderia a deslocar o foco dos CIS das deficiências de oferta de serviços numa região para a otimização da sua capacidade produtiva.

5.2.1. Assimetria informacional e risco moral⁶⁷

O primeiro aspecto será analisado à luz das relações entre *agente* e *principal* ou entre *outorgado* e *outorgante*, permitindo mapear as condições de distribuição informacional tipicamente encontradas nos CIS e os riscos morais correspondentes. Grosso modo, constatamos que estatutos e regimentos concentram poder decisório nas instâncias onde representantes dos associados tomam assento. O estudo realizado por Lima & Pastrana (2000) constatou que o Conselho de Prefeitos assume decisões relacionadas às fontes de financiamento das ações em 83,6% dos CIS pesquisados, bem como as relacionadas à aplicação de recursos em 63,6% e as relacionadas a investimentos em 64,5%.

⁶⁷ Essa expressão foi originalmente utilizada na Teoria Econômica para explicar mudanças de comportamento decorrentes de possibilidade de transferir riscos para outros, especialmente no estudo da indústria de seguros. A partir de sua apropriação por Keneth Arrow, em trabalhos realizados na década de 60, passou a se associar a interações sociais sob assimetria informacional, tal como Holmstrom (1982) em seus trabalhos sobre Mecanismos Incentivo-Compatíveis.

Constatou, ainda, que o Conselho de Secretários de Saúde assume decisões relativas à definição sobre o acesso aos serviços (cobertura e referência intermunicipal) em 52,3% dos CIS, à ampliação e contratação dos serviços em 39,1% e 39,7% dos casos, respectivamente, e relativas à programação das atividades em 37,7%. Os Secretários Executivos assumem predominantemente decisões relacionadas à gerência de pessoal, em 52,5%; aquisição de insumos, com 35,9%; e programação de atividades em 31,8%. Entretanto o referido trabalho não se propôs a aferir assimetrias informacionais, distinguindo poder decisório formal e informal.

Entretanto, mesmo que em caráter preliminar, há indicações sugestivas de uma relação de concentração informacional inversa ao peso decisório descrito para três segmentos mencionados anteriormente – Conselho de Prefeitos, Conselho de Secretários de Saúde e Secretários Executivos dos CIS. Essa última figura, nomeada e eventualmente destituída pelo Conselho Gestor do CIS, assemelha-se ao gerente da produção conjunta, que administra contribuições dos associados de modo a transformá-las em serviços a serem consumidos. Quanto aos seus poderes formais, regras estatutárias e regimentais geralmente permitem que represente, parcial ou totalmente, o Presidente do Conselho Gestor do CIS para efeito de firmar contratos ou convênios e substituir procuradores (MINAS GERAIS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Modelo de Lei que Autoriza a Prefeitura a Participar do Consórcio Intermunicipal de Saúde, 1997). Também permitem que movimente, juntamente desse ou sob sua delegação, contas bancárias e recursos

do CIS, tendo atribuições de formulação da programação de atividades, proposta orçamentária e balanço de atividades realizadas (MINAS GERAIS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, Estatuto, 1997; Consórcio 3, Estatuto Social, 2003), ainda que não detenha prerrogativas para decidir, em última instância, sobre esses assuntos. Além disso, mantém controle sobre a agenda do Conselho Gestor, ao ser responsável por “encaminhar proposições para deliberação” desse último (MINAS GERAIS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, Minuta de Regimento Interno, 1997, p. 72).

Os regimentos de CIS, via de regra, prevêm reuniões do Conselho Gestor ou Diretor a cada trimestre, o que na prática potencializa a assimetria informacional entre o Secretário Geral e essa instância, ainda que o Presidente do Conselho e os demais diretores ou – quando existente – o Conselho de Secretários Municipais de Saúde, em tese, estejam presentes com maior frequência nas decisões cotidianas. Dois dos Secretários Executivos por nós entrevistados deram declarações bastante esclarecedoras a esse respeito:

Existe muito pouca interferência do Conselho de Administração (...) o que foge da minha alçada como Diretor passa para o Presidente. Foge ao Presidente, aí vai para o Conselho. Então o que vai para a mão do Conselho é fácil de resolver com 4 ou 5 reuniões no ano... E isso facilita, porque, quando você começa a trazer Prefeito pra dentro do consórcio pra reunir todo mês, começa desvirtuar um pouco daquela finalidade primordial. (Entrevistado 11, 2005).

Os Prefeitos, eles não discutem (...) A questão é que quem é o grupo que define, que delibera, são os Secretários Municipais de Saúde...O Prefeito é mais assim: a gente reúne para uma assembléia, para buscar convênio, para buscar recurso, prestar conta, mostrar o que é que a gente está

fazendo...Eles querem ver resultado, né? Porque ele está pagando. Então ele gosta sempre de informações, ele precisa de estar informado de tudo...Quer dizer, eles não mandam muito não. Mas, o mais importante, eles é que bancam, né? Quem depende do consórcio é o Secretário, pra desafogar os problemas deles. (Entrevistado 12, 2005).

Lembre-se, ainda, que no consórcio onde detectamos negociações bilaterais individualizadas com cada associado, em torno das contribuições e benefícios a serem usufruídos (ver seção 5.1.1.), é o Secretário Executivo o elemento responsável pela sua condução. Esse procedimento, sem dúvida, termina por reforçar ainda mais a concentração de informação sob seu domínio, inclusive frente às instâncias decisórias internas do CIS, e por desestimular o interesse de cada associado no controle sobre o seu desempenho ou eficiência global.

Mas há outro indicativo factual denotando a consolidação dessa figura como guardião privilegiado de informações e, em decorrência, detentor de um papel mais central e ativo que aquele captado no estudo supracitado. Trata-se da consolidação, em Minas Gerais, de uma estrutura estadual congregando os Secretários Executivos dos mais de 60 CIS – o COSECS – sob a coordenação de uma diretoria eleita entre os pares e com interlocução direta junto à Secretaria de Estado da Saúde, o que levantou suspeita por parte de um de nossos entrevistados que presidiu o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde:

E esse grupo (os Secretários Executivos) é um grupo que tem capacidade de *lobby*, eles têm um escritório central, por exemplo, na Diretoria Regional de Saúde de Belo Horizonte (da Secretaria de Estado da Saúde), com locais e equipamentos cedidos gentilmente pelo estado. O COSEMS é uma representação dos municípios, legal, oficial,... mas na verdade os consórcios tem uma capacidade de pressão talvez maior, porque é um organismo que funciona articulado com os interesses particulares (...) Desconfio que os consórcios, de fato, sejam uma certa forma de articulação do poder, da iniciativa privada, lucrativa, uma maneira deles, hoje, estarem presentes no centro nervoso do estado pra tomar decisões favoráveis a eles⁶⁸. (Entrevistado 2, 2005).

Os Conselhos Fiscais, geralmente eleitos entre membros de Conselhos de Saúde dos municípios associados, têm um papel fiscalizador formal uma vez que devem aprovar as contas dos CIS, o que segundo Lima & Pastrana (2000) ocorria em cerca de 90% desses. De outro lado, pode ser considerada relativamente baixa a atuação do controle público externo sobre os CIS, uma vez que apenas 32,8% se reportava aos Tribunais de Conta dos Estados, prática absolutamente necessária por se tratar de controle sobre destinação de recursos públicos.

Num quadro de distribuição assimétrica de meios, onde Secretários Executivos ocupam um lugar-chave no manejo de recursos e informações, com baixo nível de controle interno e externo, constitui-se uma zona de concentração de oportunidades, especialmente funcional para o atendimento a interesses de conluíus de associados ou prestadores de serviços, mesmo que não coincidentes com desvios de finalidade para atender interesses dos próprios dos Secretários Executivos (Consórcio 1, Relatório de Gestão, 2005; Entrevistado 11, 2005).

⁶⁸ Embora não se possa ligar um fato ao outro de forma categórica, é digno de nota que o Estado de Minas Gerais, no ano de 2005, disponibilizou mais de R\$14 milhões para convênios com os CIS para investimentos em equipamentos e outros bens de capital.

Desse modo, conclui-se que assimetrias informacionais inerentes à sua condição de *agente* ou *outorgado* predis põem os CIS à captura por interesses políticos ou privados, ainda que isso não seja necessariamente uma verdade factual generalizada.

5.2.2. Autonomização gerencial

O segundo aspecto diz respeito a uma tendência relacionada ao problema anterior: a relativa autonomização gerencial dos CIS diante dos problemas da gestão pública de saúde, incorporando anseios tipicamente voltados para uma inserção no mercado de prestação de serviços de saúde, no que *agentes* ou *outorgados* se descolam dos objetivos originais para os quais foram concebidos pelos *principais* ou *outorgantes*. Apresentaremos, a seguir, elementos empíricos sugestivos nesse sentido.

Inicialmente deve-se reconhecer que, enquanto administrador de uma associação para a produção, a gerência do CIS se defronte com escolhas tipicamente enfrentadas pelos agentes privados no mercado tais como buscar formas para viabilizar a aquisição dos fatores de produção aos menores custos possíveis, otimizar capacidades ociosas, ampliar fontes de receitas, minimizar riscos de colapso orçamentário ou gerar excedentes que possam ser reinvestidos.

Entre os Secretários Executivos entrevistados, preocupações dessa natureza foram explicitadas. Dois deles relataram iniciativas no sentido de otimização da capacidade ociosa instalada no CIS: num caso oferecendo serviços para “venda à

parte” aos associados; em outro, abrindo-se para a venda de serviços no mercado, como outro prestador de serviços qualquer. Outra preocupação se refere à busca de redução de custos mediante a montagem de serviços próprios, em detrimento de serviços de terceiros:

Então, quando o serviço é próprio, nós conseguimos diminuir bastante o custo pro município. Se for comprar serviço da Santa Casa, por exemplo, que é a referência regional, uma consulta especializada lá é 33 reais. Então dá pra trazer esses mesmos profissionais de lá pra cá por 22, que dá pra prestar um bom serviço também. (Entrevistado 11, 2005).

Um trabalho do colegiado (COSECS) no ano passado foi buscar recurso pra investir em serviço próprio, porque o nosso caminho é esse. É criar estruturas próprias pra gente não ficar refém do setor privado. Porque aí, eles cobram o que eles querem, e às vezes regiões mais pobres... Há dificuldade de acesso, então quer dizer, o prestador pode cobrar qualquer preço (Entrevistado 12, 2005).

Um terceiro elemento crucial da tendência que ora identificamos diz respeito ao manejo do orçamento financiado pelas contribuições dos associados no sentido de superestimá-lo, gerando oportunidade de produção de excedentes que ficariam sob a guarda da gerência do CIS:

Nos nossos preços, que são sempre inferiores ao mercado, nós temos embutido, dentro dele, uma participação que seria o nosso lucro,...que ampliasse esse lucro num ano pra reinvestir no outro: manutenção, compra de equipamento, ...Então hoje a perspectiva dos consórcios é muito boa por causa... já ta previsto essa participação com sobra. (Entrevistado 11, 2005).

Eu trabalho com uma projeção de receitas que às vezes... na maioria das vezes dá pra mais. (Entrevistado 12, 2005).

Trata-se tipicamente da quebra do orçamento por um agente externo, descrita em estudos sobre Mecanismos Incentivo-Compatíveis (MILLER & FALASCHETTI, 2001), onde parte das utilidades aferidas é alocada fora do conjunto dos valores que retorna aos contribuintes, o que não deixa de ser problemático uma vez que o administrador dos excedentes passa a ter interesse no “alargamento” dessa mesma parte em prejuízo da eficiência global do sistema. Nesse sentido, ainda que seja possível supor a eficácia de mecanismos de controle interno ou externo, no sentido de canalizar a aplicação desses excedentes em benefício da coletividade de associados ou que, no limite, seja razoável supor uma conduta altruísta irreduzível do seu administrador, a concretização dessas condições está longe de ser trivial.

O que importa para a discussão travada nesta seção é a percepção de que, no seu conjunto, os sinais identificados apontam para um movimento de descolamento e independência gerencial dos CIS num contexto onde, inclusive, a busca da estabilidade contratual requer do administrador das contribuições uma posição de autoridade que o diferencia e o leva a exercê-la sobre cada um dos associados, individualmente, num processo que foi descrito por Rodrigues (2003) nos seguintes termos:

O paradoxo desta estrutura é que um “administrador”, o consórcio, tenha de monitorar o comportamento de seus “patrões”, os municípios envolvidos.

Além do mais, citando Sappington (1991), “um contrato de incentivos deve incluir o controle de direitos residuais, especificando qual parte terá a autoridade de tomar decisões críticas quando contingências não especificadas previamente ou imprevistas surgirem...” (p. 183)

Ou seja, a incumbência de zelo pela manutenção da estabilidade orçamentária da associação requer do CIS uma autoridade coercitiva sobre o comportamento de cada associado, a quem deve prestar contas, reforçando ainda mais a necessidade de autonomia gerencial motivada pela realização de escolhas eficientes no mercado de serviços de saúde pois, como qualquer unidade de produção, um CIS tem interesse em maximizar receitas e minimizar despesas, gerando excedentes que possam ser reinvestidos ou apropriados.

5.3. Mecanismo

O argumento que tipicamente justifica o CIS baseia-se no compartilhamento dos ganhos pelos associados em decorrência da economia de escala. Nesses termos, supõe-se que três municípios – **GL1**, **GL2** e **GL3** – possam dividir os encargos na produção de determinados procedimentos especializados, com redução de custo unitário em decorrência da ampliação de escala, permitindo ganhos de acesso compartilhados entre eles. Assim, gestores municipais alinhados aos interesses do eleitor mediano teriam interesse na formação de um CIS na medida em que esse propicie uma relação custo / benefício mais favorável que o não consorciamento.

Nesse caso, procedimentos especializados, onerosos para cada um isoladamente, seriam disponibilizados para os usuários a baixo custo unitário. Por extensão, os CIS poderiam absorver todos os bens e serviços de saúde beneficiados por ganhos de escala. Porém, como constatado anteriormente, os CIS abdicaram de um conjunto de bens e serviços nessa condição, concentrando suas atividades num subconjunto específico de procedimentos (**As*MC**) que apresenta duas propriedades combinadas: pertencer à esfera do consumo individual e ser eletivo. A fim de explicitar as bases para postular o mecanismo em atuação, é pertinente retomar algumas premissas mencionadas anteriormente:

1. Gestores de **GL1**, **GL2** e **GL3** agem orientados pelo seu sucesso eleitoral;
2. Comportam-se de forma consistente com o entendimento de que a concessão de acesso a bens e serviços consumidos na esfera individual aumenta seu poder de barganha eleitoral, já que ações coletivas de saúde geram utilidades tipicamente encontradas nos bens públicos e que, uma vez disponíveis a um indivíduo, não podem ser recusados aos demais⁶⁹;
3. Comportam-se orientados por um cálculo econômico de custo / benefício na medida em que buscam maximizar o acesso de seus usuários a tais serviços – e daí seu presumido bônus político – a mínimos custos orçamentários.

⁶⁹ O que limita para o gestor sua utilização como instrumento de barganha eleitoral.

Combinando essas premissas, espera-se que gestores municipais façam escolhas restritivas quanto ao escopo de atuação do CIS. Consideremos que tais escolhas sejam basicamente duas: entre o caráter individual ou coletivo das ações de saúde a serem realizadas e entre a caracterização eletiva ou de urgência / emergência dessas ações. A matriz apresentada na FIGURA 21, abaixo, sugere uma tendência clara: no primeiro plano, gestores municipais tenderiam a preferir bens de consumo individual aos de benefício coletivo, ou seja, **Bci** **P** **Bcc** (bens de consumo individual são preferíveis a bens de consumo coletivo). No segundo plano tenderiam a preferir procedimentos eletivos aos de urgência / emergência, uma vez que os primeiros permitiriam assegurar o balanço orçamentário da associação, restringindo o acesso aos benefícios apenas aos associados que contribuam regularmente, o que dificilmente seria controlável no primeiro caso.

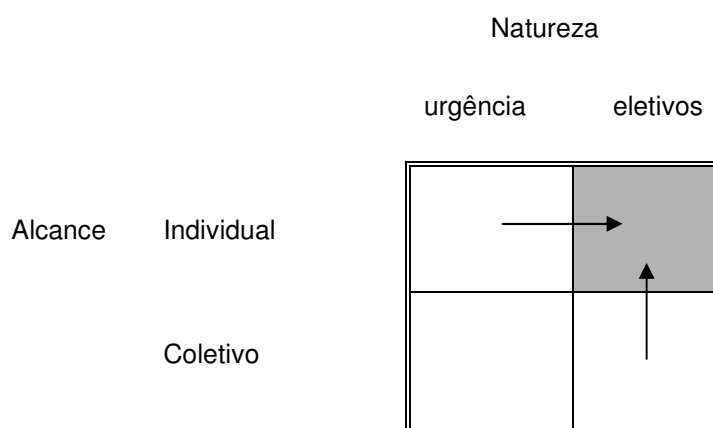


FIGURA 21 – Zona de atração de escolhas acerca do escopo dos CIS para gestores municipais.

De outro lado, do ponto de vista de prestadores de serviços de saúde no mercado, especialmente médicos especialistas e unidades de exames especializados – detentores de jurisdição profissional sobre sub-áreas específicas da medicina – a possibilidade de associação entre **GL1**, **GL2** e **GL3** para compra consorciada de serviços significa a abertura de segmento de mercado relativamente protegido. Seus interesses são também melhor atendidos na restrição do escopo dos CIS a atendimentos individuais eletivos em detrimento das demais possibilidades, inclusive a assistência individual de urgência / emergência, geralmente não cobiçada pelos prestadores privados dado seu potencial de elevação dos custos, além de constituir uma área de atuação relativamente aberta, onde se inclui profissionais das chamadas “clínicas raízes”, com baixo nível de especialização profissional, tais como clínicos e cirurgiões gerais, pediatras e ortopedistas.

A oferta de procedimentos individuais eletivos, portanto, representa uma zona de interseção entre interesses-chave na constelação de agentes sociais implicados no processo – dirigentes municipais e prestadores privados de serviços especializados – absorvendo apenas parcialmente as modalidades e níveis de complexidade que compõem a atenção à saúde. No entanto, para efeito de elucidação do mecanismo que vincula a eleição dessa opção à violação do acesso ótimo, nos termos definidos pelo SUS, consideremos as seguintes condições adicionais:

1. Para cada Governo Local, isoladamente, a realização de um procedimento exige o dispêndio de uma utilidade, de modo que ambos se equiparem (uma utilidade = um procedimento). Mediante ganho de escala do CIS, presume-se a possibilidade de produzir mais procedimentos que utilidades efetivamente gastas;
2. Entre **GL1**, **GL2** e **GL3**, apenas os dois primeiros optaram por participar do consórcio. Além disso, **GL1** e **GL2** devem escolher entre montar um serviço de assistência individual eletivo ou de atendimento de urgência / emergência;
3. Em cada uma das opções, o custo total da produção dos serviços do CIS seria correspondente a quatro unidades de utilidade, ficando cada um dos associados – **GL1** ou **GL2** – encarregado de contribuir com duas utilidades;
4. A capacidade instalada de produção de serviços geraria benefícios correspondentes a seis procedimentos, de modo que, supostamente, cada consorciado possa usufruir do correspondente a três, ficando ao final de cada rodada com um saldo de um procedimento, ou seja, considerando a equiparação expressa no item 1, ficaria com o benefício produzido (três utilidades / procedimentos) menos o custo (duas utilidades).

Considerando, por fim, que serviços eletivos, ao contrário dos de urgência / emergência, permitam a restrição de acesso apenas aos contribuintes – no caso

GL1, GL2, excluindo **GL3** – a matriz apresentada na FIGURA 22 abaixo permite comparar saldos de utilidades dos municípios sob cada uma das duas opções.

Saldo final de procedimentos para cada município

	M 1 (aderiu)	M2 (aderiu)	M3 (não aderiu)
Serviços eletivos	1 (benefício=3 menos o custo=2)	1 (benefício=3 menos o custo=2)	0 (sem benefício e sem custo)
Serviços de urgência	0 (benefício=2 menos o custo=2)	0 (benefício=2 menos o custo=2)	2 (benefício=2 sem custo)

FIGURA 22 – Cálculo de custo / benefício de associados na escolha entre oferta de serviços assistenciais eletivos e de urgência por um CIS.

Obviamente a definição de serviços assistenciais de caráter eletivo satisfaz simultaneamente as três premissas fixadas no início dessa seção para os gestores municipais de **GL1** e **GL2**, impedindo o comportamento carona ou *free rider* por parte de **GL3** e gerando uma associação com condições favoráveis para lograr ganhos estáveis para ambos. A opção por serviços assistenciais de urgência tenderia a ser menos estável, apresentando um potencial de geração de conflitos distributivos, uma vez que **GL1** e **GL2**, ao perceberem estar reiteradamente arcando com os custos de benefícios usufruídos por **GL3**, teriam que lançar mão

de bloqueios de acesso para impedir ou, pelo menos, minimizar a utilização dos benefícios pelos cidadãos desse último e ainda, no limite, tentar barganhar algum tipo de compensação pelos atendimentos realizados. Na FIGURA 23, a seguir, representa-se o mesmo contexto, porém na perspectiva de interações iterativas em duas rodadas em que, diante dos resultados da escolha por serviços assistenciais de urgência no escopo do CIS na Rodada 1, **GL1** e **GL2** optam por serviços eletivos na Rodada 2.

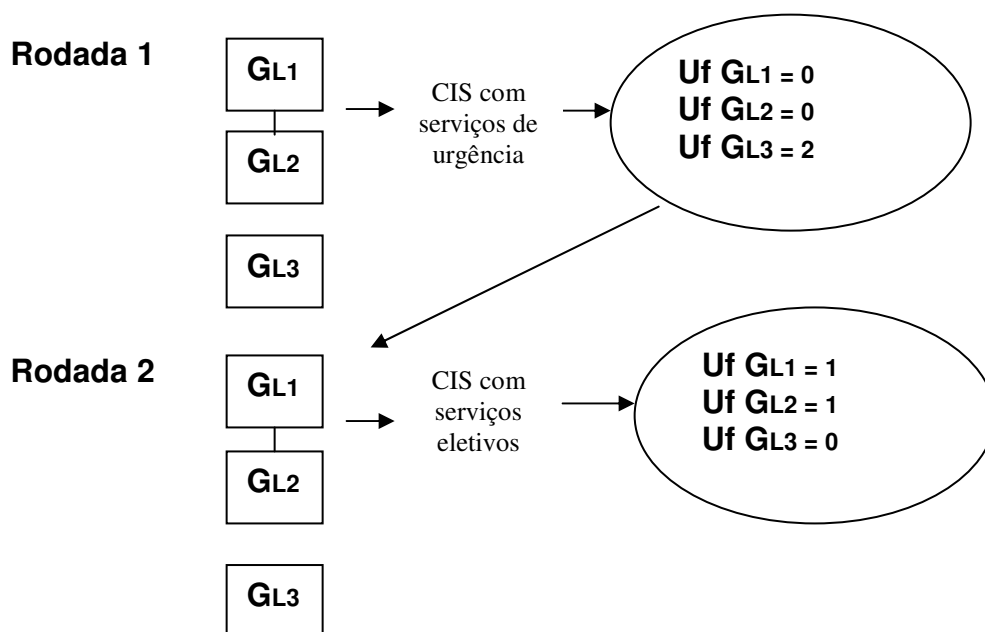


FIGURA 23 – Efeitos da escolha entre oferta de serviços assistenciais eletivos e de urgência por um CIS em duas rodadas.

Por sua vez, a opção da Rodada 2, de restringir o escopo do CIS para procedimentos eletivos, produz efeitos já detectados anteriormente:

- De um lado, considerando o leque de ações de saúde necessário para uma atenção integral – representado pelo cruzamento entre modalidades assistenciais e níveis de complexidade **(As+VISA+VE)*(AB+MC+AC)** – o CIS concentra sua atividade em um segmento da modalidade Assistência de Média e Alta Complexidade, retirando-se das demais;
- De outro, considerando o princípio da universalidade do acesso aos serviços públicos de saúde – representado pela inexistência de restrições de acesso a qualquer cidadão pertencente ao conjunto **C** ou **{c1+c2+c3+...+cn}** – a restrição a procedimentos eletivos permite bloquear o acesso dos cidadãos de **GL3**.

Por fim, um último aspecto do mecanismo vincula-se às assimetrias no contexto do CIS: detendo controle sobre os meios de produção dos procedimentos especializados eletivos e, daí, sobre informações-chave relacionadas, o “guardião” das contribuições é submetido à tentação de alargar a amplitude de eventuais excedentes produzidos, gerando ineficiências sociais. Considere-se a hipótese da entrada de **GL3** no CIS, sob as seguintes condições:

1. Das quatro unidades de utilidade do custo total da produção dos serviços do CIS, duas correspondem a custos fixos empregados em instalações e equipamentos e duas a despesas correntes, de tal modo que a entrada de **GL3** exigiria apenas o acréscimo de mais uma unidade para despesas correntes no orçamento, reduzindo em tese os custos repassados para

cada associado, diante da otimização do uso de instalações e equipamentos;

2. Com a entrada de **GL3**, o CIS deve produzir nove procedimentos / unidades de utilidade a ser distribuídos igualmente entre os associados.

Diante dessas condições, o administrador central das contribuições – com poder de fixar o orçamento a ser compartilhado igualmente entre os associados, racionalmente ignorantes, sob condições de assimetria informacional (vide seção 5.2.1.) – deve tomar uma decisão: manter a cota de contribuição em duas unidades de utilidade por associado ou reduzi-la para cinco terços ($5/3$), uma vez que a entrada de **GL3** impactaria diretamente apenas sobre os gastos correntes. Na primeira opção, com um custo total de seis unidades e um benefício de nove procedimentos, o custo unitário de cada um deles seria de 0,66. Na segunda, com custo total de cinco unidades e benefício de nove procedimentos, o custo unitário cairia para 0,55⁷⁰.

Entretanto outros fatores poderiam ser considerados na decisão do administrador central: necessidade de dispor de recursos (ou utilidades) para reinvestir na melhoria da qualidade dos serviços prestados; investir na oferta de novos produtos; formar um fundo para amortecer efeitos decorrentes de uma eventual inadimplência; aplicar no mercado financeiro ou outras finalidades do CIS. Eventualmente, a tentação de utilização de excedentes de arrecadação para

⁷⁰ Portanto, a última relação configuraria um nível de eficiência coletiva maior que a primeira.

finalidades restritas a grupos políticos ou privados também poderia ser um fator considerado, especialmente sob condições de acentuada assimetria informacional entre administrador central e associados. Motivações como essas, voltadas para finalidades coletivas ou privadas, poderiam levar o administrador central a fixar um orçamento total de seis unidades de utilidade, de forma a reter o resíduo de uma unidade.

Esse último aspecto aponta para o fato de que o CIS típico concentra riscos morais relativos ao alargamento do resíduo das contribuições por parte do administrador central – especialmente sob condições de assimetria informacional ou baixo nível de controle sobre seus atos – uma vez que seu *payoff* seja afetado por suas escolhas enquanto tal. O alargamento do resíduo, como demonstrado anteriormente, e caso não reverta diretamente para investimentos na produção, poderia levar a perdas de eficiência social do sistema, aumentando o custo unitário dos procedimentos ofertados, mesmo que mantendo-os a níveis mais vantajosos que na produção individualizada.

6. PACTUAÇÃO REGIONAL

A discussão em torno dos efeitos produzidos pela Pactuação Regional no contexto da NOAS, considerando o objetivo de construir redes regionalizadas funcionais que preservem a equidade e a integralidade do acesso, também tende a gerar controvérsias entre sanitaristas e dirigentes do SUS. Tais controvérsias expõem pontos de clivagens diversos contrapondo municipalistas aos que valorizam, em maior ou menor grau, o papel da esfera estadual; atores institucionais alinhados politicamente à gestão do Ministério da Saúde que produziu a NOAS àqueles vinculados a gestões que a antecederam ou sucederam nesse órgão, dentre outros de motivação local ou fortuita. Do ponto de vista acadêmico, até por se tratar de movimento recente no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil, as avaliações de caráter global são ainda mais rarefeitas que no caso dos CIS⁷¹, podendo-se encontrar mais freqüentemente esforços de sistematização da experiência por parte dos próprios técnicos envolvidos na implantação de seus instrumentos de gestão (BAHIA, 2002; SOUZA 2002; OLIVEIRA, 2003; QUEIROZ, 2003). De qualquer modo, praticamente inexistem estudos de cunho analítico focalizando criticamente o impacto sistêmico da NOAS sobre a realização da universalidade, equidade e integralidade do acesso.

⁷¹Uma das poucas avaliações com essa característica foi realizada por Rodrigues (2003).

Diante desse quadro, recorreremos mais uma vez à triangulação de informações (utilizada no caso CIS) como estratégia metodológica para captar efeitos restritivos ou distorções na produção das condições de acesso assistencial e postular mecanismos que, baseados nos constrangimentos e incentivos institucionais, afetariam a racionalidade estratégica dos agentes sociais implicados. Alguns aspectos específicos favoreceram esse desenho metodológico:

- A natureza pública da legislação e normatização complementar que preside o processo de Pactuação Regional, facilitando a identificação de regras institucionais que definem o espaço de interação entre agentes governamentais;
- O fato de o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS estarem reelaborando conjuntamente as regras que presidirão o processo de regionalização da atenção à saúde nos próximos anos (recentemente formalizadas na Portaria Ministerial GM 399 / 2006), facilitando o acesso a um intenso debate acerca do mesmo, com exposição de avaliações e juízos de valor que nem sempre vêm a público;
- O acesso a ocupantes de postos-chave no Ministério da Saúde e outras posições estratégicas na esfera estadual e municipal, favorecendo a obtenção de informações privilegiadas, nem sempre publicizadas nesse debate;

- Acesso a banco de dados da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, no qual é possível aferir quantitativamente a execução dos pactos regionalizados nessa unidade da Federação.

Daí, tal como na abordagem dos CIS, a estratégia de pesquisa favoreceu a confrontação entre elementos levantados por diferentes fontes de informação, nos permitindo reorganizá-los e construir um quadro abrangente de onde pudéssemos extrair inferências e postular explicações.

6.1. Efeitos da Pactuação Regional sobre o acesso assistencial no SUS

A implantação da NOAS, como já antecipado no capítulo 2, implicou o reconhecimento formal de distorções e efeitos negativos produzidos pela fragmentação da gestão do SUS nos marcos do municipalismo autárquico, em especial sobre os princípios finalísticos que definem o ótimo de acesso aos serviços de saúde. Seu objetivo explícito foi restaurar pelo menos dois desses princípios – a igualdade e a integralidade do acesso – montando, para tanto, um complexo aparato institucional para que cada unidade da Federação, com suposta participação dos municípios, construísse o desenho de suas regiões de saúde e coordenasse a alocação de recursos para viabilizar o acesso à atenção de média e alta complexidade⁷². O processo de Pactuação Regional – pelo qual municípios estabelecem compromissos entre si para que os de referência, ou exportadores de

⁷² Níveis de atenção que constituiriam objeto de referenciamento entre municípios, já que a atenção básica seria responsabilidade de cada município habilitado em seu território.

serviços, atendam usuários encaminhados pelos referenciados, ou importadores de serviços – constitui um dos componentes desse aparato.

Deve-se, nesse sentido, fazer uma distinção de relevância metodológica: diferente do consorciamento entre entes públicos municipais – forma institucional pré-existente ao SUS – a Pactuação Regional foi construída como resposta setorial para os problemas relacionados ao desvirtuamento do acesso assistencial. Mais que isso, supõe a concretização prévia de outros componentes da NOAS que incluem a elaboração do desenho das regiões de saúde (PDR), a macro-alocação de recursos para média e alta complexidade pela União entre os estados da federação, o desenvolvimento de funções de gestão ainda incipientes como a regulação assistencial, dentre outras.

Considerado esse aspecto, explicitamos que o foco de nossa avaliação na produção de efeitos sobre o acesso assistencial não é propriamente a NOAS como um todo, mas o instituto da Pactuação Regional, diante do qual se estabeleceram compromissos entre entes governamentais para garantia de acesso. Observa-se que, embora tenha surgido e subsista sob regras e procedimentos definidos pela NOAS – além, obviamente, de condicionado pelo desenvolvimento das pré-condições acima mencionadas – a Pactuação Regional poderia, em tese, ocorrer sob regras distintas, como de fato é de se esperar que ocorra sob o recém firmado Pacto de Gestão, assinado entre o Ministério da Saúde, CONASS e o CONASEMS. Essa distinção é fundamental para nossos propósitos, uma vez que circunscreve exatamente o conjunto institucional cujos

efeitos sobre o acesso assistencial iremos analisar. A partir dela, nosso foco fica restrito aos acordos ou pactos firmados entre gestores municipais – ainda que sob as regras instituídas sob a NOAS e com a participação decisiva dos gestores estaduais – e aos problemas relacionados ao seu cumprimento.

A propósito, do ponto de vista dos efeitos da NOAS numa dimensão macropolítica, há indicações (SOUZA, R. R. 2003) de que os instrumentos utilizados por essa Norma na alocação de recursos para a média e alta complexidade tenham produzido ganhos importantes do ponto de vista da equidade entre unidades da Federação e grandes regiões do país. Essa tendência foi imputada especialmente aos instrumentos utilizados para o financiamento – baseados na capacidade instalada de realizar procedimentos nesse nível de complexidade e na fixação de valores *per capita* – antes, mesmo, da NOAS, porém aprofundados na sua implantação, principalmente em decorrência de metodologias utilizadas para a definição de limites financeiros macro-alocados entre as unidades da federação.

A TABELA 5 reforça essa suposição ao apresentar a evolução do gasto com procedimentos de média e alta complexidade, por região, nos primeiros anos que sucederam essa mudança incluindo 2002, ou seja, o primeiro ano de implantação da NOAS.

TABELA 5

Varição entre valores per capita alocados entre grandes regiões geográficas para média e alta complexidade entre fevereiro / 1998 e setembro / 2002 (valores em R\$ 1,00).

REGIÃO	PER FEVEREIRO / 98	CAPITA	EM PER SETEMBRO / 02	CAPITA	EM VARIAÇÃO (%)
Norte		20,59		44,21	114,66
Nordeste		28,49		56,54	98,47
Centro-oeste		33,27		64,11	92,71
Sudeste		42,27		74,05	75,20
Sul		41,10		71,06	72,90
Brasil		35,99		65,72	82,60

Fonte: SAS / MS (extraída da TABELA 4 in SOUZA, R. R., 2003).

No entanto, sem prejuízo de eventuais aproximações ou melhorias gerais implementadas pela NOAS, é relevante notar que a conquista da equidade e integralidade requer, necessariamente, a superação da fragmentação dos sistemas municipais de saúde tipicamente encontrados sob o municipalismo autárquico. Daí que a persistência de problemas de coordenação entre agentes governamentais implicados constitua obstáculo crucial à realização daqueles princípios finalísticos. Nesse sentido, a identificação de eventuais efeitos restritivos da Pactuação Regional sobre as condições de acesso e da lógica que presidiria o cálculo político dos agentes governamentais, ao produzir comportamentos inconsistentes com os objetivos finalísticos do SUS, constituiu o roteiro de trabalho que norteou esse capítulo.

6.1.1. Efeitos sobre a universalidade do acesso

Partindo da incompatibilidade lógica entre universalidade e barreiras de acesso de qualquer natureza, o argumento que iremos aqui desenvolver é que – diferentemente dos CIS, onde o acesso é restrito aos cidadãos pertencentes aos associados – a Pactuação Regional se apoiou sobre um conjunto normativo amplamente comprometido com a preservação desse princípio finalístico. Conjunto normativo, esse, que incluiu instrumentos para que o referenciamento de usuários do município “importador” para o “exportador” de serviços fosse acompanhado de correspondente alocação de recursos para o último, eliminando, em tese, a motivação para que construísse barreiras de acesso, já que seria recompensado pelos atendimentos realizados, e daí as razões para que o primeiro adotasse comportamentos predatórios como “despejar pacientes”. O argumento que aqui sustentaremos é que, contrariamente a essa suposta harmonização, onde ambos teriam a ganhar com condutas cooperativas e coordenadas, a implantação da Pactuação Regional não eliminou a motivação para comportamentos auto-referenciados, gerando tensões e conflitos importantes.

A cooperação intermunicipal por meio dos pactos regionais foi entendida como resposta viável nos primeiros momentos de discussão e implantação da NOAS, onde o discurso e a ação institucional do Ministério da Saúde se voltavam para o desmonte das barreiras de acesso erigidas sob a municipalização autárquica – como ilustrado na seção 2.2. – conforme testemunho de técnicos que dirigiram e participaram desse processo no âmbito do Ministério da Saúde:

Alguns municípios começaram a querer botar cercas...Você começava a ter problemas com a referência, (...) e aí surgiu toda uma discussão se os serviços de maior complexidade tinham que ficar com o estado ou não, e aí veio a história da PPI muito mais fortemente: “não, eles podem ser municipalizados, desde que o dinheiro que é do interior seja muito bem transparente, que o gestor de origem saiba quanto de dinheiro ele tem lá na capital pra ele mandar”... de modo que quem botou dinheiro no município, tivesse condição de acompanhar a utilização daquele dinheiro (Entrevistado 7, 2005).

Os paraísos isolados que foram se constituindo... Alguns setores tinham a ilusão de que se organizassem muito bem o seu sistema de saúde local, eles iriam dar uma resposta para o município deles, independente do que tivesse em torno... Quando eu cheguei aqui no Ministério, no ano 2000, eu fui fazer uma avaliação em um município lá de Pernambuco... Eu estava conversando com uma das diretoras da Secretaria, e aí ela disse assim: “sabe o que é que eu acho que a gente tem que fazer? A gente tem que colocar arame farpado ou cerca elétrica pra gente assegurar que a atenção que a gente está organizando ia (sic) só pra nossa população”... Com a regionalização, quando eu falo assim de uma postura mais solidária (...) a gente achava o seguinte: uma vez que a gente definisse arranjos regionais, coletividades agrupadas, com problemas comuns para resolverem,... Isso poderia induzir um tipo de solidariedade de busca de resolução conjunta (Entrevistado 5, 2005).

O processo de regionalização das redes assistenciais foi percebido, nesse contexto, como indutor do tratamento dos problemas de acesso sob a ótica de uma coletividade de municípios, superando comportamentos individualizados e defensivos que levavam gestores municipais – especialmente de municípios “exportadores de serviços” – a condutas que violavam a universalidade, ao impedir o acesso de outros cidadãos brasileiros (residentes em municípios tipicamente “importadores”) à rede pública sob sua gestão. Por outro lado, a NOAS, em diversos pontos, enfatizou a garantia do acesso universal aos bens e serviços de saúde. Já no primeiro capítulo, quanto à elaboração dos Planos Diretores de

Regionalização (PDR), constituiu uma das duas determinações centrais a ser seguida na elaboração desse instrumento:

b) O acesso de todos os cidadãos (grifo nosso) aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a, p. 2).

Mais adiante, ao caracterizar os módulos assistenciais e definir o processo de qualificação de regiões e microrregiões (que garantiria um *plus* de recursos adicionado pelo MS), a mesma determinação foi reafirmada:

8. Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional (grifo nosso), ofertados em um ou mais módulos assistenciais.

(...)

11. A qualificação compreende o reconhecimento formal da constituição das regiões / microrregiões, da organização dos sistemas funcionais de assistência à saúde e do compromisso firmado entre o estado e os municípios componentes dos módulos assistenciais, para a garantia de acesso a toda a população residente nesses espaços territoriais (grifo nosso) a um conjunto de ações e serviços correspondente ao nível de assistência à saúde relativo ao M1, acrescidos de um conjunto de serviços com complexidade acima do módulo assistencial, de acordo com o definido no PDR (idem, p. 4).

De modo similar, a universalidade perpassou todas as definições para os níveis territoriais e de complexidade assistencial subseqüentes, casando o processo de

regionalização com a construção de compromissos para que qualquer cidadão brasileiro pudesse transitar para o nível de atenção à saúde requerida pela complexidade de seu caso. Mas, além de formalizar compromissos, a NOAS criou sanções para o constrangimento de eventuais violações nos pactos firmados, especialmente no que diz respeito ao impedimento do acesso de cidadãos de municípios “importadores”, encaminhados para atendimentos, por parte dos municípios “exportadores” (denominados municípios-sede de módulo e municípios pólo, dependendo do recorte territorial abrangido). Uma dessas formas de constrangimento consistia no chamado Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, assinado pelo gestor municipal do município-sede ou pólo e pelo gestor estadual, caso o primeiro tivesse gestão sobre a média e alta complexidade, ou seja, estivesse habilitado em GPSM. Esse Termo teria como base o processo de programação pactuada, contendo metas físicas e orçamentárias das ações firmadas na PPI a serem ofertadas no território do município-sede ou pólo, especificando compromissos assumidos, mecanismos para garantia de acesso, acompanhamento e revisão, bem como sanções previstas para o não cumprimento dos pactos.

Outra forma de constrangimento decorreria da previsão de perda da habilitação em GPSM – que autoriza o gestor municipal a receber transferências diretas de recursos federais para gestão de todos os níveis de complexidade assistencial – para os que não cumprirem as responsabilidades inerentes a essa condição de

gestão, particularmente as pertinentes a “atendimento às referências intermunicipais resultantes do PDR e da PPI” (idem, p. 16).

Não obstante a previsão de sanções às barreiras de acesso, a emergência dessas últimas persistiu como ameaça latente e à margem das relações intergovernamentais oficiais, mantida sob controle na medida da maior ou menor regulação sobre o cumprimento dos pactos firmados nas regiões de saúde ou estados e da disposição dos fóruns intergestores (principalmente as CIB) para coibirem a violação dos pactos. Os relatos apresentados a seguir são significativos nesse sentido, especialmente porque oriundos de personalidades centrais nesse processo: respectivamente, uma liderança dos secretários municipais de saúde e um técnico do Ministério da Saúde com função de coordenação do processo de descentralização da gestão do SUS:

Eu acho que esse exercício do pacto, ele ainda é meio incompleto, né? Por um lado. E o outro lado da moeda é monitorar e avaliar isso. Porque a gente descobre muita situação incorreta de cerceamento por parte de pólos em fluxos de outros municípios, geralmente de pequeno porte, que foram pactuados (Entrevistado 10, 2005).

E aí essa indução à individualidade, ao individualismo dos gestores, foi substituída por uma indução à grupalidade, à resolução coletiva, compartilhamento de programas e compartilhamento de soluções. Só que não chegou a haver isso (...) Das (experiências) que eu conheço, eu acho que não teve nenhuma mudança não (Entrevistado 5, 2005).

É também significativo que em 2004, portanto dois anos após a implantação da NOAS, o texto do Anteprojeto de Lei de Responsabilidade Sanitária, submetido à

Consulta Pública pelo Ministério da Saúde, a questão do descumprimento dos pactos intergovernamentais tenha sido objeto de tipificação enquanto violação da responsabilidade pelos gestores municipais:

Art. 19º, § 2º - Cada agente público deve garantir a integralidade da atenção à saúde da pessoa atendida nos serviços sob sua gestão, devendo responder pela omissão ou má execução das ações que ficaram sob sua responsabilidade na regionalização.

(...)

Art. 38º - Constituem infrações administrativas para a aplicação das penalidades pela autoridade ou colegiado responsável:

(...) Descumprir as deliberações das comissões intergestores bipartite e tripartite assumidas na forma do §1º do artigo 7º desta Lei (que diz respeito aos pactos firmados nessas comissões) (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a, p. 5 e 10).

Por fim, dois anos mais tarde, em que pese se tratar de mudança nas regras do processo de regionalização que não será analisada em si, neste trabalho, vale o registro de que tais garantias formais tenham sido inseridas explicitamente no Pacto de Gestão estabelecido conjuntamente pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, no que diz respeito aos deveres do gestor:

B – RESPONSABILIDADE SANITÁRIA

Todo município deve: (...) Garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal;

(...)

RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

Todo município deve:

Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

Executar as ações de referência regional sob sua responsabilidade em conformidade com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde acordada nos colegiados de gestão regionais (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Ora, tomados em conjunto, esses elementos levam a crer que a ameaça de violação da universalidade mediante barreiras de acesso não tenha sido suprimida pelos incentivos presentes nas regras institucionais que presidiram as relações intergovernamentais no processo de Pactuação Regional. A persistência de problemas de acesso, mesmo sob os pactos firmados – ora manifesta, ora latente, e ainda que não generalizada – dependeria da maior ou menor vigilância exercida pelas CIB e da conseqüente aplicação de sanções previstas no aparato institucional de *enforcement* em cada unidade da Federação. Por conseqüência, gradativamente consolidou-se a percepção de que a alocação prévia de recursos financeiros nos municípios pólo para o atendimento à população de outros municípios na Assistência à Saúde de Média e Alta Complexidade (**As*MC** e **As*AC**), independente da sua maior ou menor defasagem em relação ao custo real no mercado do volume de procedimentos pactuado, não constituiria condição suficiente para se sobrepor motivações solidárias às demandas auto-interessadas dos pactuantes. Porém, a alta visibilidade negativa das barreiras de acesso e algum nível de controle sobre o cumprimento dos pactos regionalizados

configuraram um cenário proibitivo à sua emergência, em decorrência do alto custo político que poderia infringir aos transgressores.

Acrescente-se que, nesse caso, as sanções – re-aloções de recursos correspondentes às populações dos municípios referenciados para outros municípios-pólo, desabilitação em GPSM ou retaliações políticas diversas – se dirigiriam a um tipo de transgressão pouco defensável, uma vez correspondendo a uma apropriação indevida da “totalidade” dos recursos para média e alta complexidade destinada a outros municípios, não justificável por argumentos compensatórios tais como defasagem da tabela SUS ou de outra ordem. Em situação oposta, diante da assimetria informacional quanto ao cumprimento dos pactos e inoperância de instâncias de controle sobre o seu cumprimento, os custos políticos da imposição de tais barreiras tenderiam a ser menores. No cômputo geral, constata-se que a Pactuação Regional se orientou por mecanismos destinados ao constrangimento de barreiras de acesso, ainda que o risco de que essas venham a ocorrer não tenha sido eliminado, dada a persistência da motivação dos “exportadores” de serviços nesse sentido.

Daí, de acordo com o modelo adotado no capítulo 4 para representar a utilidade a ser realizada para cada cidadão brasileiro sob condições de acesso ótimo definidas sob o SUS, entende-se que as regras que presidem a Pactuação Regional, desenhadas numa arena central para regular relações descentralizadas, impuseram restrições necessárias à exclusão de indivíduos ou subconjuntos de **C** ou **{C₁+C₂+C₃+...+C_n}** do acesso às utilidades inerentes aos bens e serviços públicos

de saúde segundo suas necessidades, embora não suficientes para eliminar a probabilidade de tal exclusão.

6.1.2. Efeitos sobre a igualdade de acesso

Diversamente da universalidade, esse constitui um princípio finalístico especialmente vulnerável a algum tipo de tratamento discricionário para agilizar e facilitar ou retardar e dificultar o ingresso de determinado subconjunto de cidadãos pertencentes a **C** em serviços de referenciam regional. Ao contrário das barreiras de acesso, não estaria em questão o direito desse subconjunto ao consumo de tais serviços, mas antes a equivalência entre probabilidades de que tal acesso se realize para qualquer de seus elementos frente probabilidade de que se realize para elementos de outros subconjuntos de **C**. Argumentaremos, adiante, que as condições de vigilância exercida sobre o cumprimento dos pactos, no caso da igualdade de acesso, são mais precárias que na universalidade. Tal precariedade se relacionaria a limitação da capacidade regulatória sobre o cumprimento dos pactos, mas decorreria principalmente do controle assimétrico sobre os meios de produção desses serviços e, daí, sobre as portas de acesso e sobre a informação relacionada.

Sob a combinação de tais condições, a violação da igualdade de acesso ao segmento de serviços pactuado apresenta visibilidade limitada para a maior parte dos agentes governamentais implicados: não obstante possam saber que os pactos estejam sendo violados quanto à igualdade de oportunidade de acesso, governos de municípios referenciados detêm pouca informação sobre os

diferenciais de probabilidade de acesso entre eles e os municípios de referência, bem como capacidade de intervenção ainda menor para modificá-los. De outro lado, em sentido contrário, ainda que esses últimos possam exercer maior controle sobre o acesso e dispor de mais informações acerca de determinados segmentos dos serviços pactuados, existem “zonas cinzentas” (como os serviços de urgência, por exemplo) sobre as quais o controle do cumprimento dos pactos é inerentemente limitado, dando margem para manobras no sentido de forçar o acesso de cidadãos de municípios referenciados acima do pactuado.

O objetivo colocado para esta seção – avaliar efeitos produzidos pela Pactuação Regional sobre a igualdade de acesso – será realizado mediante confrontação de um conjunto de elementos que abrangem desde a percepção de agentes implicados no processo até a análise comparativa de uma situação particular, na qual foi possível confrontar o padrão de execução dos pactos firmados para a população própria de municípios pólo com o firmado para a população referenciada por outros municípios.

Como ponto de partida, retomamos aqui um aspecto crucial: considerando as desigualdades quanto às necessidades de saúde entre segmentos populacionais, a igualdade, já há algum tempo⁷³, foi qualificada como atributo formal, significando que todos os cidadãos do conjunto **C** são dotados de direitos equivalentes, em que pese o fato de que para exercê-lo o Poder Público deva tratar desigualmente

⁷³ Desde a Norma Operacional Básica, publicada pelo Ministério da Saúde em 1996, a “igualdade” foi praticamente substituída pela “equidade” no discurso oficial, em que pese a inscrição da primeira no texto constitucional como atributo finalístico do acesso.

necessidades de saúde diferenciadas. Nesses termos, para que todos realizem igualmente o direito à saúde, é necessário que os recursos sejam alocados ou disponibilizados proporcionalmente às necessidades de segmentos populacionais ou indivíduos, chamando-se genericamente de equidade a essa restauração da equivalência fixada no plano formal. Partindo dessa definição, a NOAS inscreveu, no seu Capítulo I – Da Regionalização, como primeiro item a ser observado, antes mesmo da integralidade e da universalidade, a equidade: “1. Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade (grifo nosso)” (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a, p.3). A equidade a que se refere a NOAS incluía, como já destacado no capítulo 2, não apenas a alocação ou disponibilidade de recursos mais complexos ou em maior monta para os casos que os requeiram, mas principalmente a superação das segmentações geográficas e sociais do ponto de vista da garantia do direito constitucional à saúde (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a).

Daí a expectativa de que, por meio da regionalização das redes de atenção à saúde, os Planos Diretores de Regionalização (PDR) cumprissem como papel a:

...redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos, explicitando o desenho futuro e desejado da regionalização estadual, prevendo os investimentos necessários para a conformação destas novas regiões / microrregiões e módulos assistenciais, observando assim a diretriz de possibilitar o acesso do cidadão a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, o mais próximo possível de sua residência (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a, p.6).

Ora, a redistribuição geográfica dos recursos de que trata a NOAS somente seria possível por meio da conformação de redes regionalizadas, mas desde que fossem estabelecidos e cumpridos pactos intermunicipais para o referenciamento de usuários aos serviços assistenciais de média e alta complexidade, possibilitando o acesso dos residentes em municípios ou regiões onde não estejam disponíveis. Implica, portanto, um movimento de restauração da igualdade no exercício do direito à saúde entre essas últimas populações e as residentes em municípios dotados de serviços de referência. Daí seu papel equalizador, uma vez que, como regra para a qualificação dos estados para recebimento dos recursos federais nos termos definidos por essa Norma, cada um deveria estabelecer previamente o desenho de suas redes assistenciais regionalizadas, assegurando igualmente a todos o acesso à assistência de média e alta complexidade independente de residência.

Para que os cidadãos oriundos de municípios desprovidos de serviços de complexidade superior à atenção básica pudessem acessar serviços correspondentes nos municípios-sede ou pólo deveria haver um processo de programação prévia no âmbito de cada região de saúde de uma unidade da federação. Esse processo, coordenado pelo gestor estadual e exercido por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI), deveria orientar a alocação de recursos para a média e alta complexidade nos municípios-sede ou pólo, definindo o montante destinado ao atendimento de sua população própria e o destinado ao

atendimento da população referenciada. Para a gestão desses recursos, entretanto, havia duas situações específicas:

- No caso do município-sede de módulo ou pólo regional ser habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal ou GPSM e, portanto, se constituir gestor do bloco de recursos para a média e alta complexidade – transferidos regular e automaticamente a cada mês – os recursos destinados à sua população e à referenciada seriam depositados diretamente em conta específica do seu Fundo Municipal de Saúde e executados diretamente;
- No caso do município-sede de módulo ou pólo regional ser habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica ou GPAB⁷⁴ e, portanto, não se constituir como gestor do bloco de recursos da média e alta complexidade, os recursos correspondentes à sua população e à referenciada seriam depositados diretamente em conta específica do Fundo Estadual de Saúde e executado por essa última esfera de governo.

Enquanto no primeiro caso, o município-sede de módulo ou pólo regional detinha responsabilidade-chave para assegurar o cumprimento do pacto, visto que é gestor desse nível de complexidade para o território em que se colocaria como referência⁷⁵, no segundo essa cabia ao gestor estadual. Não obstante, mesmo nesse segundo caso, o município-sede de módulo ou pólo regional detinha

⁷⁴ Diante da ampliação do rol de procedimentos da atenção básica, a NOAS instituiu a Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada ou GPAB-A.

⁷⁵ O que significa que, para assegurar o cumprimento dos pactos, deva contratar serviços complementares à sua rede própria, regular o acesso aos mesmos, controlar e avaliar, bem como auditar os prestadores de serviços.

prerrogativa de autorizar internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados realizados no seu território desde a NOB 01 / 1996, aspecto decisivo na realização do acesso assistencial nos serviços de referência.

Decorridos quase cinco anos da implantação da NOAS, constata-se, entre gestores de saúde das três esferas de governo, a sensação generalizada de que subsista um tratamento desigual entre populações próprias e referenciadas. Segundo registros disponíveis abrangendo o processo de discussão entre Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS na avaliação da NOAS, para elaboração do novo Pacto de Gestão, a questão foi colocada nos termos apresentados abaixo:

... persistem algumas dificuldades para a consolidação e qualificação desse processo de descentralização no campo da gestão pública em saúde, que podem ser reportadas a uma série de fatores conjugados, particularmente (...) persistência de iniquidades referentes ao acesso a serviços de saúde entre municípios, pequenas e grandes regiões, e estados (grifo nosso)... (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005c, p. 2).

Portanto, tem-se que estabelecer um espaço deliberativo regional, um espaço solidário de gestão. Devem ser estabelecidas sanções positivas que impliquem em perda para aquele que não cumpre os pactos (Abertura e apresentação do Ministério da Saúde in CONASS, 2004, p. 1).

...o grande nó crítico da regionalização é a garantia de acesso, portanto é necessário pensar num modelo de regionalização que flexibilize os processos de pactuação, precisamos construir um processo solidário (...) (entre os) pontos que precisam ser superados: (...) regionalização competitiva (Apresentação do CONASEMS in CONASS, 2004, p. 2).

Relatos colhidos junto aos entrevistados confirmam, em grande medida, essa percepção de desigualdade de tratamento no cumprimento dos pactos:

Agora, nós fomos conhecendo ao longo do tempo, também, muita postura de município-pólo muito desigual em relação à sua população e em relação à população dos municípios de sua,..., (grifo nosso) Em torno, que estariam pactuados com eles...Nós fomos vendo ao longo do tempo que ninguém era santo (...) Eu acho que tem um movimento permanente de tender à iniquidade, é um negócio difícil... Normas, regulação,... Tem que contribuir é para evitar a iniquidade. (Entrevistado 10, 2005).

Hoje a divergência maior que tem é você conseguir a vaga. Porque a oferta é pequena. Por exemplo, você vai agendar com BH dez consultas / mês, mas eles “não conseguem” agendar as dez. Conseguem agendar oito ou seis (Entrevistado 14, 2005).

O que é pactuado não é cumprido... não é cumprido para os municípios satélite, entendeu? (Entrevistado 15, 2005).

Informações quantitativas que permitam comparabilidade entre o tratamento dado às populações próprias de municípios-sede ou pólo e às referenciadas na execução dos pactos regionalizados raramente estão disponíveis, o que em certa medida confirma a baixa visibilidade do problema. Além disso, há limitações técnicas de acesso à informação que também revelam o quanto sistemas de informação utilizados no âmbito do SUS não estão adequados à gestão dos pactos regionalizados: o processamento dos procedimentos de média complexidade ambulatorial⁷⁶, que de longe constituem o maior volume dos

⁷⁶ Que incluem uma diversidade de procedimentos como consultas médicas especializadas e de urgência, procedimentos cirúrgicos sem necessidade de internação, além da maior parte dos exames de patologia clínica e dos exames de imagem.

pactuados⁷⁷, não registra o município de origem dos atendidos. A indisponibilidade dessa informação inviabiliza a comparação entre a execução dos pactos para usuários referenciados “de fora” e para usuários do próprio município onde estão sediados os serviços.

Mas, em decorrência de uma iniciativa praticamente isolada em âmbito nacional⁷⁸, possibilitou-se uma análise comparativa da execução dos pactos para populações próprias (do próprio município onde está sediado o serviço) e referenciadas (de outros municípios pactuados) no caso de uma unidade da federação – Minas Gerais⁷⁹ - no caso dos procedimentos de média complexidade hospitalar e de alta complexidade ambulatorial e hospitalar, que sob os sistemas de informação do SUS capturam dados referentes ao município de origem do usuário atendido. Em que pese o caráter preliminar e incompleto dessa análise, a identificação de diferenças entre o teto financeiro pactuado e o executado para ambos os segmentos populacionais nas macrorregiões de saúde no estado, entre janeiro e dezembro de 2005, torna-se significativa se confrontada com os registros e relatos

⁷⁷ Não propriamente o maior volume de recursos, dado que grande parte destes procedimentos – especialmente aqueles que incorporam menor densidade tecnológica – é remunerada abaixo dos valores de mercado pela tabela SUS.

⁷⁸ A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais disponibiliza publicamente, em seu site, os dados atualizados relativos à execução dos pactos firmados na PPI, podendo ser desagregados por macrorregião e microrregião de saúde, além de município.

⁷⁹ Minas Gerais se coloca como um dos estados em que a dinâmica de implantação da regionalização levou a revisões regulares dos acordos firmados entre municípios – o que ocorre aproximadamente a cada três meses – e que tem havido um intenso esforço no sentido de incrementar a capacidade de regulação do fluxo de pacientes conforme os pactos firmados. Neste sentido, pelas informações de que dispomos, se coloca como uma das unidades federativas em que a Pactuação Regional tem sido gerida pelo Governo Estadual de forma mais aproximada possível com os parâmetros estabelecidos pela NOAS. Nos estados em que estas características não são encontradas, é de se esperar que o tratamento diferenciado entre o acesso da população própria e referenciada seja ainda mais acirrado, visto que as assimetrias de informação e de controle de acesso tendem a ser ainda maiores.

descritos acima. Como recurso auxiliar para tal análise, construímos inicialmente quatro categorias correspondentes a cada um dos cruzamentos possíveis entre duas possibilidades colocadas para populações próprias e para populações referenciadas: o executado foi maior que o pactuado (extrapolou o pacto) ou vice versa (subutilizou os recursos disponíveis).

		Referenciada	
		Extrapolou	Subutilizou
Própria	Extrapolou	1	2
	Subutilizou	3	4

FIGURA 24 – Cenários para diferenças entre limites financeiros pactuados e executados para população própria e referenciada.

Os quatro cenários, portanto, corresponderiam às seguintes possibilidades:

1. Executaram-se mais procedimentos que o pactuado tanto para a população própria quanto para a referenciada, demonstrando que o pacto foi extrapolado para ambas, embora seja relevante avaliar, nesses casos, em que proporção teria se dado para cada uma;

2. Executaram-se mais procedimentos que o pactuado para a população própria e menos procedimentos que o pactuado para a população referenciada, demonstrando um diferencial de acesso aos procedimentos de média e alta complexidade em favor da primeira;
3. Executaram-se menos procedimentos que o pactuado para a população própria e mais procedimentos que o pactuado para a população referenciada, demonstrando um diferencial de acesso em favor da última;
4. Executaram-se menos procedimentos que o pactuado tanto para a população própria quanto para a referenciada, havendo subutilização de recursos assistenciais disponíveis para ambas, embora seja relevante avaliar, nesses casos, em que proporção teria se dado para cada uma.

De modo consistente com a percepção dominante entre gestores das três esferas de governo, apresentada anteriormente, o tratamento diferenciado entre população própria e referenciada em favor da primeira deveria levar à configuração de um padrão de distribuição com maior frequência do cenário 2⁸⁰.

⁸⁰ Isso indiferente à condição de gestão – seja o município de referência habilitado em GPSM ou GPAB / GPAB-A – já que em ambos os casos presume-se que gestores municipais, uma vez dotados da faculdade de autorizar o acesso aos procedimentos, tendam a favorecer o acesso de seus cidadãos-eleitores aos serviços em detrimento do esforço em fazê-lo em favor dos cidadãos-eleitores de municípios referenciados. Portanto, em cada uma das treze macrorregiões analisadas não julgamos ser relevante distinguir a tendência para cada condição de gestão, o que nos pareceu acertado uma vez considerando os dados referentes ao estado como um todo. Nesse último caso, percebemos que, considerando todos os municípios habilitados em GPSM, identificamos um excedente de produção para a população própria em relação ao pactuado de mais de R\$ 45 milhões, ao passo que passava de R\$ 64 milhões a sobra de recursos não utilizados para a população referenciada. Considerando todos os municípios habilitados em GPAB, identificamos um excedente de produção para a população própria em relação ao pactuado de R\$ 21 milhões, ao passo que verificamos uma sobra de recursos não utilizados para a população referenciada de apenas R\$ 7 milhões. Via de regra,

Tal expectativa se confirmou como pode ser observado na TABELA 6 e no gráfico da FIGURA 25, a seguir.

TABELA 6

Diferença entre teto financeiro alocado pela PPI e produção de Média Complexidade hospitalar e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar por Macrorregião para população própria e referenciada, entre janeiro e dezembro de 2005 (em R\$).

MACRORREGIÃO	POP. PRÓPRIA	POP. REFERENCIADA	CENÁRIO
Centro / BH	-7.317.947,16	23.591.652,48	2
Centro Sul / Barbacena	-5.623.333,94	4.594.023,29	2
Jequitinhonha/Diamantina	-65.906,48	-75.879,5	1
Leste / Gov. Val. Ipatinga	-2.064.430,62	1.387.479,18	2
Leste do Sul / Ponte Nova	-540.896,25	49.804,98	2
Nordeste / Teófilo Otoni	-1.711.659,76	294.478,23	2
Noroeste / Patos de Minas	1.495.150	282.564,25	4
Oeste / Divinópolis	-5.845.117,78	3.840.877,78	2
Norte de Minas / Moc	-4.113.262,49	5.545.761,25	2
Sudeste / Juiz de Fora	-17.263.846,83	5.468.760,57	2
Sul / Alfenas e outros	-10.137.834,83	1.859.209,35	2
Triâng. Norte / Uberlândia	-9.299.810,43	15.794.129,47	2
Triângulo Sul / Uberaba	-4.643.902,45	10.192.370,68	2
TOTAL	-67.132.799,02	72.825.232,01	2

Fonte:PPI/MG, DATASUS, SIA/SUS e VEP (www.saúde.mg.gov.br, capturado em 05/07/06)

portanto, em ambos os casos percebe-se um tratamento distintamente favorável à população própria em detrimento da referenciada, não importa a condição de habilitação do município.

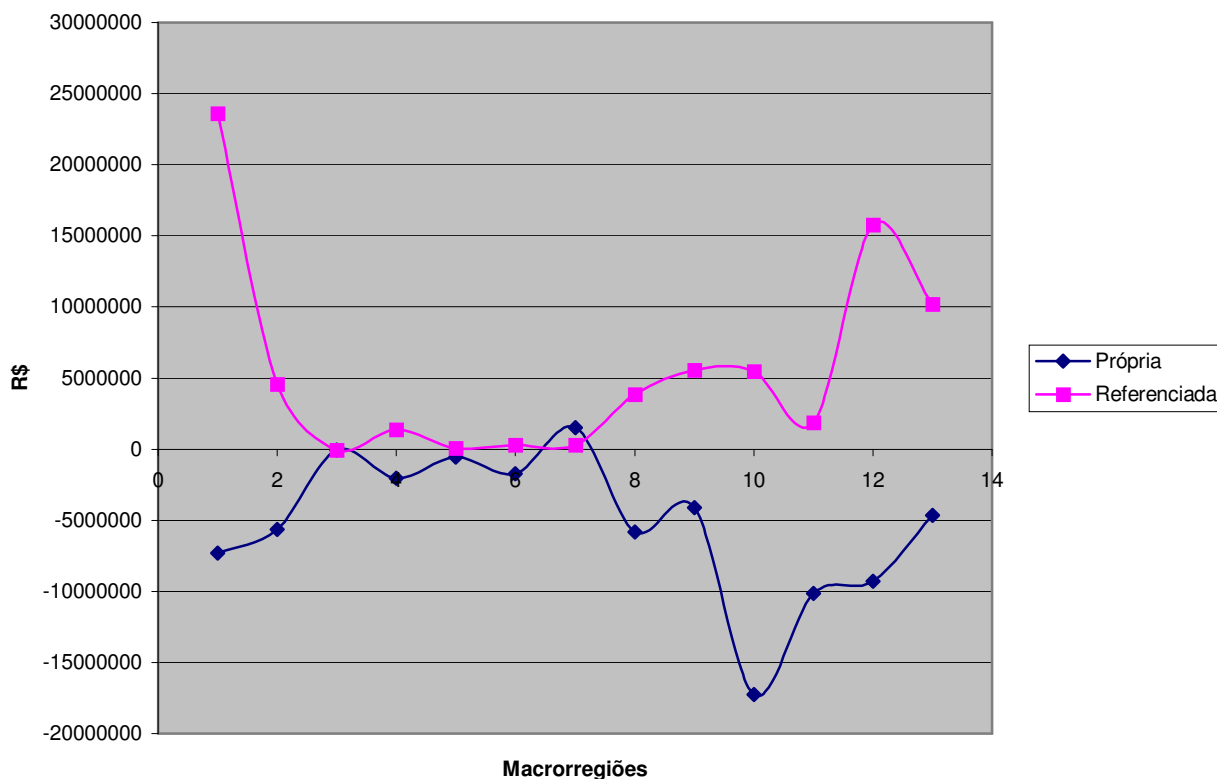


FIGURA 25

Execução dos pactos (1) para população própria e referenciada nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais em 2005.

(1) Note-se que os valores positivos referem-se à sobra de recursos não utilizados e os valores negativos ao fato da execução do pacto resultar em déficit, visto que foram produzidos procedimentos num valor acima do pactuado.

Das 13 (treze) Macrorregiões de Saúde de Minas Gerais, 11 (onze) se alinharam ao cenário 2, onde há execução de mais procedimentos que o pactuado para a população própria e menos procedimentos que o pactuado para a população referenciada. Apenas duas Macrorregiões apresentaram cenários distintos. Na

Macrorregião Jequitinhonha houve extrapolação de produção para população própria e referenciada, porém numa proporção tão pequena e semelhante que praticamente se pode afirmar que por pouco a produção não correspondeu exatamente ao pactuado para ambos os casos. Na Macrorregião Noroeste houve uma subutilização dos procedimentos pactuados para ambos os casos, porém em volume maior para a população referenciada.

As curvas da FIGURA 25, para a população própria e para a referenciada, se colocam em posições bem definidas em relação ao ponto “zero” do eixo vertical, onde a execução corresponderia exatamente ao pactuado. A curva referente à população própria se situa basicamente abaixo de zero no eixo Y, ao contrário da referente à população referenciada, que se situa basicamente acima desse ponto. A primeira se caracteriza por valores negativos, visto que foram executados procedimentos em volume superior ao pactuado. A segunda, por valores positivos, visto que foram executados procedimentos em volume inferior ao pactuado, produzindo uma sobra de recursos.

É verdade que outras variáveis, que não propriamente o tratamento diferenciado em benefício do acesso das populações próprias, possam ter interferido na configuração do padrão tipicamente descrito no cenário 2, embora possam ser identificadas ressalvas quanto à plausibilidade de cada uma delas:

- Sub-dimensionamento dos limites financeiros pactuados: é pouco provável que esse fator possa explicar a predominância do cenário 2, pois se

fosse preponderante seria de se esperar o extrapolamento do teto para as populações própria e referenciada enquanto o que se verificou foi sua subutilização no caso da última. Por outro lado, parece pouco provável que o sub-dimensionamento pudesse prejudicar especificamente as populações referenciadas, visto que metodologicamente a PPI não estabelece privilégios de qualquer ordem, distribuindo os limites financeiros com base em cálculos que ponderam principalmente fatores *per capita*;

- “Seleção natural” por maior dificuldade de acesso geográfico das populações referenciadas: embora provavelmente tenha algum peso, parece pouco provável que esse fator explique um padrão tão regular num estado com um desenho de rede descentralizada tão capilarizada como em Minas Gerais, onde as 13 macrorregiões se subdividem em 75 microrregiões, no interior das quais se processa a maior parte das referências intermunicipais. Além disso, mesmo considerando sua influência em casos específicos, não foi levantado nas discussões entre as três esferas de governo sobre equidade, por ocasião das avaliações em torno da implantação da NOAS;

- Baixa regulação dos gestores sobre os prestadores de serviços, que gozariam de maior autonomia para executar procedimentos sem levar em conta encaminhamentos via pactuação regional, o que poderia fazer com que esses diferenciais se dessem como resposta às pressões da população própria, mais próxima desses mesmos prestadores: esse fator também pode ter algum peso, mas não suficiente para explicar porque municípios

referenciados se queixam sistematicamente dos gestores de municípios-sede ou pólo, e não dos prestadores de serviços, quanto às dificuldades de ter acesso aos procedimentos pactuados, conforme trechos reproduzidos.

A esse respeito, é digno de nota que a XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003, tenha aprovado em seu Relatório Final uma definição para “garantir a autonomia dos municípios na repactuação de suas referências quando o município de referência não atender aos termos do pacto...” (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b, p. 69).

Assim, o conjunto de informações apresentado aponta para a configuração de um padrão desigual de acesso, considerando o município de residência do cidadão, de tal sorte que a função de utilidade de acesso dos cidadãos pertencentes ao conjunto C seja distinta entre elementos do mesmo ou $F(u)_{c1} \neq F(u)_{c2} \neq F(u)_{c3} \neq \dots \neq F(u)_{cn}$. Não se pode concluir daqui, como já observado acima, que tal violação da igualdade possa ser imputada à NOAS como um todo, até porque há indicações de que essa tenha produzido efeitos equalizantes (vide pág. 253-254). Mas acreditamos que os elementos empíricos de que dispomos, ainda que inconclusivos sob vários aspectos, estabelecem um claro vínculo dessa violação ao instituto da Pactuação Regional sob as regras instituídas pela NOAS.

6.1.3. Efeitos sobre a integralidade do acesso

Junto da equidade, a integralidade foi definida como um dos princípios finalísticos do SUS a ser resgatado pela NOAS, uma vez que as barreiras de acesso

tipicamente erigidas sob a municipalização autárquica bloquearam o ingresso de grandes contingentes populacionais, especialmente os oriundos de municípios de pequeno porte, à atenção de média e alta complexidade assistencial. Por meio da regionalização, esperava-se viabilizar progressivamente o acesso às três modalidades de atenção à saúde⁸¹ em seus distintos níveis de complexidade – ou **(As+VISA+VE)*(AB+MC+AC)** conforme modelo explicitado no capítulo 4 – de forma a “garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde” (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a, p. 1).

A divisão dos territórios estaduais em macrorregiões ou regiões, dessas em microrregiões e das últimas em módulos assistenciais, correspondia ao estabelecimento de distintos níveis de auto-suficiência assistencial em que serviços vinculados à atenção de média e alta complexidade assistencial não mais atenderiam apenas a população do município em que estavam sediados, mas a de um conjunto de municípios correspondente a um território definido e sob sua responsabilidade. Mas seria natural supor que, não raramente, territórios de saúde apresentassem lacunas e vazios de oferta em determinadas áreas da atenção de média e alta complexidade assistencial, comprometendo a conquista da integralidade. No sentido de suprir essas previsíveis deficiências, a NOAS prescreveu a elaboração obrigatória de um Plano Diretor de Investimentos ou PDI

⁸¹ A NOAS abrangia apenas a modalidade de Assistência à Saúde, mas havia um entendimento crescente de que o processo de Pactuação Regional se estenderia às modalidades de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, o que de fato ocorreu posteriormente.

como parte das responsabilidades de cada unidade da federação no seu processo de qualificação. Embora tenham sido elaborados na quase totalidade dos estados brasileiros, de modo geral os PDI foram engavetados a ponto de não terem sido utilizados como referência para alocação de recursos (Entrevistado 2, 2005). Daí, sem investimentos que pudessem otimizar o desenho das redes regionalizadas para lograr a integralidade da assistência, esse princípio finalístico foi parcialmente prejudicado.

Mas mesmo considerando a capacidade instalada existente de serviços, a concretização do acesso segundo o desenho das redes assistenciais regionalizadas, condição da integralidade, também dependia do funcionamento harmônico e coordenado de pactos previamente firmados entre municípios referenciados e os sede ou pólo, o que se mostrou especialmente problemático, como já discutido na última seção. E, considerando que estamos interessados nos efeitos do instituto da Pactuação Regional, é a esse aspecto que nos dirigiremos.

Realizada dois anos após o início da implantação da NOAS, a XII Conferência Nacional de Saúde reconheceu a questão em seu relatório final:

Para que o SUS possa ser efetivo quanto à integração e à coordenação das ações, visando a tão almejada integralidade da atenção, torna-se imperativo promover a efetiva cooperação entre as três esferas de governo, assentada em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada ente, que potencializem os recursos financeiros e integrem a formulação de políticas, de planejamento e coordenação e de avaliação do sistema, incluindo os mecanismos de interação e de co-gestão para lidar com conflitos (grifo nosso) (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b, p.67).

Ora, como conseqüência da violação da igualdade das condições de acesso aos serviços que compõem a atenção de média e alta complexidade assistencial entre populações próprias e referenciadas, não se pode concluir outra coisa que não a produção de restrições à integralidade do acesso assistencial às populações menor favorecidas sob o tratamento diferenciado. Utilizando a mesma base de dados da análise comparativa entre a execução dos limites financeiros pactuados para população própria e referenciada nas Macrorregiões de Saúde de Minas Gerais, em 2005, podemos dimensionar os níveis de comprometimento da integralidade considerando três casos: os procedimentos de média Complexidade hospitalar; os de Alta Complexidade ambulatorial e os de Alta Complexidade hospitalar. A TABELA 7 abaixo apresenta os dados para todo o Estado de Minas Gerais.

TABELA 7 - Diferença entre teto financeiro alocado pela PPI e produção por área de Média e Alta Complexidade para população própria e referenciada, entre janeiro e dezembro de 2005, para Minas Gerais.

POPULAÇÃO	ÁREA DA MAC	PACTUADO – EXECUTADO
Própria	SIA SUS AC	-31.470.838,33
	SIH SUS AC	-28.218.242,08
	SIH SUS MC	-7.443.718,59
Referenciada	SIA SUS AC	977.194,95
	SIH SUS AC	5.202.249,09
	SIH SUS MC	66.546.177,99

Fonte: PPI / MG, DATASUS (Departamento de Informática do SUS), SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS) e SES / MG (www.saude.mg.gov.br, capturado em 05/07/06)

Em que pese o caráter ainda incipiente da análise desses dados, é possível detectar perfis distintos de acessibilidade:

- Alta complexidade ambulatorial: elevado extrapolamento do teto para população própria e baixa subutilização do teto para população referenciada;
- Alta complexidade hospitalar: extrapolamento do teto para população própria e subutilização do teto para população referenciada em níveis intermediários;
- Média complexidade hospitalar: baixo extrapolamento do teto para população própria e alta subutilização do teto para população referenciada.

Feitas essas considerações, é razoável supor que o comprometimento da integralidade da atenção, em decorrência do padrão de interação governamental no cumprimento dos pactos regionalizados, apresente nuances distintas a depender da área abordada no interior dos níveis de Média e Alta Complexidade da modalidade de Assistência à Saúde ou **As*MC** e **As*AC**. Considerando os desvios positivos frente aos limites financeiros pactuados, o elevado nível de subutilização de recursos para a população referenciada na atenção hospitalar de Média Complexidade (**MC**) sugere comprometimento da integralidade pelo déficit de acesso a essa área, o que não parece tanto ser o caso da atenção ambulatorial de Alta Complexidade. O aprofundamento em torno das razões para tais diferenças – que provavelmente dizem respeito às condições que a natureza dos procedimentos (eletivos ou não eletivos; autorizáveis previamente ou não, etc.) impõem ao controle da execução nos municípios sede ou pólo – escapam ao nosso objeto de estudo e ao alcance de nosso desenho metodológico.

Entretanto parece lógico aceitar a idéia de que a igualdade de tratamento entre as populações própria e referenciada – que via de regra, sob o padrão identificado na seção anterior, não vem ocorrendo – seja uma condição necessária, ainda que não suficiente para a conquista da integralidade de acesso. No sentido oposto, entretanto, o tratamento diferenciado em algum segmento da média e alta complexidade é condição suficiente para o comprometimento da integralidade.

6.2. Quebra de optimalidade do acesso e conflito distributivo

O acesso universal, igualitário e integral à saúde deve abranger uma população distribuída em 5.562 municípios, dos quais cerca de 4 mil tem menos de 20 mil habitantes, aproximadamente 1.300 tem entre 20 e 100 mil habitantes e 230 têm mais de 100 mil habitantes. O ideal de superação da fragmentação dos sistemas municipais de saúde e barreiras de acesso erigidas sob a municipalização autárquica foi ancorado na regionalização assistencial, com a constituição de redes de referência para a atenção de média e alta complexidade, ofertada geralmente nos municípios de médio e grande porte. Uma vez estabelecidos os marcos normativos para constituí-las por meio da NOAS, esperava-se que os instrumentos de gestão propostos fossem suficientes para resgatar a integralidade e a equidade: os PDR recortariam os territórios estaduais em módulos assistenciais, microrregiões e regiões, com respectivos e crescentes níveis de auto-suficiência em média e alta complexidade; a PPI alocaria os recursos correspondentes de forma transparente em cada município-sede de módulo ou pólo regional de referência, estabelecendo limites para o atendimento à sua população própria e para as populações de cada município referenciado; e, por fim, os PDI mapeariam eventuais “vazios de oferta”, orientando investimentos necessários para suprir carências na capacidade instalada da rede regional. A grande maioria dos estados avançou nesse sentido, logrando êxito na concretização desses instrumentos de gestão. Bastaria, então, que fossem constituídos e executados, sob sua coordenação, os pactos intermunicipais.

No entanto, como constatamos anteriormente, o cumprimento desses pactos se mostrou problemático uma vez constatados desequilíbrios de acesso e tratamento diferenciado aos usuários, comprometendo a equidade e a integralidade da atenção. Quanto à dinâmica de pactuação e execução dos pactos, competição e disputa nas relações intergovernamentais tendem a ofuscar ganhos positivos de cooperação e coordenação, sugerindo que os efeitos de violação ou restrição do ótimo de acesso decorram da operação de algum mecanismo subjacente que estructure as relações nesse sentido. Nesta seção, buscamos estabelecer alguns fundamentos para a construção de um modelo explicativo que explicita esse mecanismo, chamando atenção para dois aspectos que compõem a dinâmica da Pactuação Regional: de um lado, a explicitação de fatores endógenos, próprios às regras de pactuação, e exógenos, que conformam o cenário de competição econômica e conflito intergovernamental; de outro, a descrição das limitações do aparato utilizado na regulação dos pactos firmados.

6.2.1. As condições do dissenso intergovernamental

Ao analisar as repercussões das regras estabelecidas no SUS sobre o comportamento dos municípios ao longo do tempo, Rodrigues (2003) afirma que “além da capacidade de gestão, também se impôs ao ente federativo municipal uma capacidade de barganha política pela sua programação física e orçamentária” (p. 283), ou seja, que tenha se constituído como agente social que interage na repartição de recursos operada por meio da PPI e pactuada, tanto horizontalmente (junto a outros municípios) quanto verticalmente (junto ao estado de vinculação).

Entretanto, registrou “algumas dificuldades” – geralmente mais intensas no momento da consolidação das metas físicas e financeiras e das referências intermunicipais – interpretando-as do seguinte modo:

...essas dificuldades revelam os conflitos de natureza política existentes entre as respectivas elites políticas e, além disso, as “insuficiências técnicas” de algumas burocracias estaduais também impediram o desenvolvimento das programações durante o ano de 2002 em alguns estados.(p. 281)

Não que conflitos políticos pré-existentes entre elites municipais ou limitações técnicas das Secretarias Estaduais de Saúde não interfiram em processos de coordenação regional, mas pelo exposto até aqui as mencionadas dificuldades não se restringiriam aos casos em que se verificam essas condições. Se, uma vez aceitando que tais municípios tenham se constituído como agentes de barganha em torno da distribuição horizontal de metas físicas e financeiras, considerarmos que seus gestores tenham interesse em maximizar a disponibilidade de bens e serviços de consumo individual para seu eleitorado potencial, condutas competitivas e conflitantes seriam esperadas e até mesmo inevitáveis na medida em que as regras que regulam interações não absorvessem efeitos recíprocos ou impactos que a realização dos interesses de uns provocam sobre a possibilidade de realização dos de outros. Partindo desse ponto, nos passa a ser de interesse a descrição das regras institucionais que presidiram a pactuação de compromissos

e alocação de recursos para, em seguida, analisar efeitos do ponto de vista do cálculo estratégico dos agentes implicados.

Na essência, tais regras apresentam dois aspectos relevantes. Em primeiro lugar, ao definir o controle dos “exportadores” sobre o processo autorizativo para o acesso a serviços sediados em seu território, o que significa a concessão, a uma das partes, da guarda sobre recursos valiosos para potencializar barganhas junto ao seu eleitorado potencial, mas que em tese se destinariam a todos os municípios. Em segundo lugar, ao definir que, no caso dos “exportadores” de serviços habilitados em GPMS, esses possam acumular excedentes ou resíduos que resultariam da subutilização dos recursos destinados à média e alta complexidade.

Esse segundo aspecto decorre da sistemática pela qual compromissos a serem executados pelos “exportadores” são compensados financeiramente pelas transferências de recursos federais: os referentes ao atendimento de média e alta complexidade de municípios “importadores” são incorporados ao teto financeiro de assistência dos primeiros⁸², sendo transferidos mensalmente para conta específica de seu Fundo Municipal de Saúde para custeio de procedimentos a serem “exportados”:

⁸² Que para tanto, deveriam se habilitar à Gestão Plena do Sistema Municipal para que pudesse gozar dessa prerrogativa.

33.5. Os municípios habilitados ou que vierem a se habilitar na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal devem receber diretamente, em seu Fundo Municipal de Saúde, o total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para aquele município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e, condicionada ao cumprimento efetivo do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso celebrado com o gestor estadual, a parcela destinada ao atendimento da população referenciada (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a, p.14).

A FIGURA 26, a seguir, ilustra a composição do teto financeiro assistencial dos municípios em GPSM.

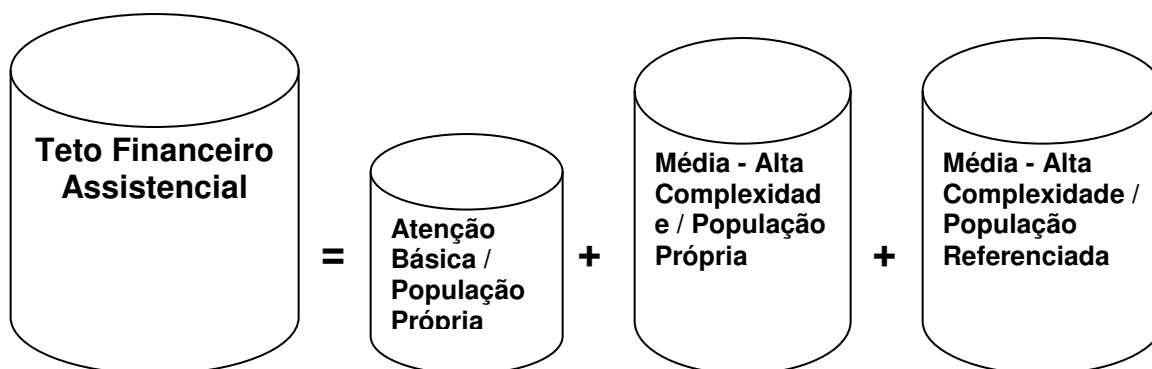


FIGURA 26 – Teto financeiro assistencial de municípios em GPSM.

Os dois aspectos das regras institucionais constituem, portanto, riscos morais distintos para que “exportadores” atentem contra a eficiência coletiva, seja agindo discricionariamente no processo autorizativo em favor do acesso de sua população própria em detrimento da referenciada, seja – no caso dos habilitados em GPSM – agindo no sentido de alargar o resíduo decorrente da retenção da

parte do teto financeiro destinado à assistência de média e alta complexidade para a população referenciada. Mais que isso, o reconhecimento de tais riscos pelos “importadores” também os leva a atentar contra a eficiência global do sistema, uma vez desestimulados para fazer investimentos visando maior resolubilidade na atenção básica, já que implicavam maiores custos para si e minimização dos encaminhamentos para serviços de média e alta complexidade aos quais passou a ter “direito”, nos termos pactuados.

Por outro lado, a dissociação dos tempos correspondentes à pactuação da alocação de recursos e compromissos envolvendo “exportadores” e “importadores” e o efetivo cumprimento desses últimos potencializa os riscos morais descritos ao gerar a possibilidade de que a *entrega do produto* pelo primeiro não corresponda ao que foi *contratado*. Em que pese a formalização desses compromissos no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso⁸³, essa não seria suficiente para barrar oportunismos desse tipo diante da precariedade das condições de monitoramento e de imposição de sanções, aspecto que será tratado na próxima seção.

Note-se ainda que, nos casos em que os municípios-sede ou pólo não fossem habilitados em GPSM, a Secretaria de Estado da Saúde reteria os resíduos da subutilização de procedimentos no próprio Fundo Estadual de Saúde como beneficiária secundária. Esse aspecto é importante uma vez que, além da

⁸³ Que segundo informações disponíveis não vingaram, isto é, não foram assinados pelos municípios habilitados em GPSM pela NOAS.

coordenação do processo de pactuação entre entes municipais, a esfera estadual poderia beneficiar-se indiretamente do descumprimento dos pactos. E em que pese a falta de elementos empíricos contundentes sobre estratégias dessa última esfera para alargamento dos resíduos, há relatos descritivos de comportamentos tipo *rent seeking* como o colhido junto a um ex-dirigente do Ministério da Saúde envolvido na condução da NOAS, pelo qual reajustes globais no teto financeiro da média e alta complexidade para as unidades da federação não eram repassados proporcionalmente para municípios sede ou pólo habilitados em GPSM, o que teria levado o Ministério a uma medida no sentido de preservar tal proporção:

Aí nós começamos a ter que fazer publicação dos tetos de estados (...) quando a gente fazia uma Portaria, a gente aumentava o teto do estado e, proporcionalmente, o teto das plenas (municípios em GPSM), porque senão todo o dinheiro que ia para os estados ficava assim. Então o Ministério começou a ter que intervir pra manter o equilíbrio (...) quando o estado tomava partido, ele perdia capacidade de coordenação. Esse foi o grande problema: como o estado defendia pra ele, ele perdia legitimidade pra coordenar o processo (Entrevistado 7, 2005).

Paradoxalmente, os pactos regionais deveriam ser revisados periodicamente sob a coordenação da esfera estadual, para se ajustarem à realidade dos fluxos regionais de usuários, favorecendo eventuais “punições” aos transgressores:

33.7. Os limites financeiros da assistência por município estão sujeitos a reprogramação em função da revisão periódica da PPI, coordenada pelo gestor estadual. Particularmente, a parcela correspondente às referências intermunicipais, poderá ser alterada pelo gestor estadual, trimestralmente, em decorrência de ajustes no Termo de Compromisso e

pontualmente, em uma série de situações específicas, detalhadas no Item 38 - Capítulo II. 38⁸⁴. (BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a, p.14).

Beneficiária indireta do descumprimento dos pactos, a esfera estadual tinha poucos motivos para proceder a ajustes, embora tivesse concentrado poderes delegados pela NOAS para fazê-lo. Tal situação abriu oportunidades para o desenvolvimento de práticas clientelistas e manipulações diversas no seu interesse eleitoral, considerando suas prerrogativas especiais para revisão dos tetos financeiros pactuados e as condições de acentuada assimetria informacional frente aos municípios isolados, racionalmente ignorantes. Trata-se de mais um risco moral, ainda que pertinente a ganhos disponíveis aos entes da esfera estadual, aspecto que será retomado adiante.

Antes, porém, sublinhamos um fator contextual ou exógeno às regras do processo de Pactuação Regional, decisivo no acirramento das condutas conflitantes: a defasagem da tabela de procedimentos do SUS e, por conseqüência, dos tetos financeiros custeio da média e alta complexidade, já que aquela constitui

⁸⁴ Onde se afirmava: “A SES poderá alterar a parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais no limite financeiro do município em GPSM, nas seguintes situações, detalhadas no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso:

A) periodicamente, em função da revisão global da PPI, conduzida pela SES e aprovada pela CIB;
B) trimestralmente, em decorrência do acompanhamento da execução do Termo e do fluxo de atendimento das referências, de forma a promover os ajustes necessários, a serem informados à CIB em sua reunião subsequente;
C) pontualmente, por meio de alteração direta pela SES (respeitados os prazos de comunicação aos gestores estabelecidos no Termo de Compromisso, conforme detalhado no ANEXO 4 desta Norma), sendo a CIB informada em sua reunião subsequente, nos seguintes casos: abertura de novo serviço em município que anteriormente encaminhava sua população para outro; redirecionamento do fluxo de referência da população de um município pólo para outro, solicitado pelo gestor municipal; problemas no atendimento da população referenciada ou descumprimento pelo município em GPSM dos acordos estabelecidos no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso” (BRASIL, 2002, p. 15).

parâmetro obrigatório para sua fixação. Esse fator adquire relevância na medida em que tende a agudizar a luta distributiva entre as partes em pactuação, o que foi testemunhado recorrentemente pelos entrevistados:

O financiamento é preso numa tabela que não reflete o custo real. Então o município que recebe... tenta desesperadamente fazer um jogo para não ser penalizado por atender os cidadãos de outros municípios. Porque o compromisso político dele não é com o sistema (de saúde), mas com os seus eleitores (Entrevistado 3, 2005).

Primeiro que a gente tem um valor da tabela que está muito defasado. A gente escuta, e faz tempo, que tirando alguns procedimentos de Alta Complexidade, todos os demais estão muito defasados (...) A gente já parte de uma tabela que é defasada, que não é feita em cima do custo real que o gestor (municipal) tem que administrar. Esse é o primeiro pecado (Entrevistado 5, 2005).

Essa tabela nunca foi refeita com o objetivo de atender a um custo, mas sim de atender às orientações orçamentárias de construção do orçamento da União. Então o orçamento é que determinava os valores do que poderia ser gasto em saúde e do que poderia ou não ser aumentado na tabela, e até hoje é assim. Então é um absurdo que leva, necessariamente, a um déficit de atendimento à população... Então o que acontece é que essa repressão na tabela, entre o custo real e o preço da tabela..., acaba transferindo para a população todas as dificuldades do município. Então aí é que nós temos o gestor municipal espremido... (Entrevistado 2, 2005).

Por outro lado, a defasagem dos valores de procedimentos da tabela SUS não esbarra apenas no Orçamento da União para a saúde. Agentes institucionais relevantes justificam que eventuais correções tendem a promover efeitos não intencionais como estimular a superprodução pelos prestadores privados inseridos no “mercado SUS”, em geral sub-regulados pelos gestores, elevando gastos totais além da proporção dos reajustes. Tal efeito parece decorrer da percepção dos

referidos prestadores de que reajustes sinalizem positivamente para o aumento da produção, tal como numa estrutura de incentivos⁸⁵, ao passo que defasagens relativas sinalizam para redução nos níveis de produção:

...Quando você aumenta o valor da tabela, na verdade, você sinaliza para que os agentes (prestadores privados) produzam mais do que eles vinham fazendo. Se os valores vão diminuindo a tendência é da oferta daquele item diminuir (...) Mas se você atualiza o valor, o impacto não é só do valor das séries passadas (de produção), você pode esperar que venha um rebote, aí, de produção...Principalmente nos lugares em que as secretarias estadual e municipal não têm um controle sobre a execução (Entrevistado 3, 2005).

Todo reajuste de tabela é absolutamente deletério para o teto municipal (...) Quando você vai avaliar, dali a um tempo, você teve muito mais comprometimento no seu teto. Até porque, quando você remunera (melhor), tem certo efeito estimulador de produção...Eu acho que ainda tem um grande descompasso entre o que é a sua responsabilidade com os recursos (Entrevistado 10, 2005).

Diante dos fatores endógenos, relacionados às regras da NOAS, e exógenos, relacionados à defasagem da tabela SUS, informações disponíveis dão conta que agentes governamentais implicados na Pactuação Regional assumem padrões de comportamento bastante claros conforme a fase em questão num jogo em dois tempos, tipicamente no caso municípios-sede ou pólo habilitados em GPSM⁸⁶. No primeiro (*ex ante*) – quando os compromissos para atendimento da população a

⁸⁵ Em sentido oposto, a defasagem dos valores pagos por alguns procedimentos é percebida como uma política deliberada para desestimular a sua produção, o que confere à tabela SUS um instrumento de manobras estratégicas, uma vez que os prestadores e gestores interpretam a sua manipulação segundo um determinado código de incentivos, onde um sabe que o outro sabe disso e assim, sucessivamente.

⁸⁶ Na primeira versão da NOAS (de 2001) apenas os municípios habilitados em GPSM poderiam ser “exportadores” de serviços numa região, o que foi flexibilizado na versão de 2002. Mas, de fato, entre os municípios com perfil de “exportador” predominam amplamente os habilitados em GPSM, como em 90% dos municípios brasileiros com mais de 250 mil habitantes segundo o Banco Mundial (2006).

ser referenciada estão sendo firmados, com concomitante negociação de acréscimo nos seus tetos financeiros para a média e alta complexidade – esses últimos buscam maximizar suas responsabilidades na execução de procedimentos junta a essas populações, capturando metas em seu teto financeiro assistencial a fim de ampliar o volume de recursos sob a sua guarda e, por conseqüência, as oportunidades de retenção de resíduos. Tal como numa estrutura típica de barganha assimétrica, descrita no capítulo 3, busca iludir seu interlocutor com ofertas que tendem a ser aceitas na medida da assimetria informacional e da dependência desigual quanto ao sucesso do acordo.

Muitas vezes ele pactua, ele mente na programação. Aí é que está o jogo. O município que recebe (pacientes e recursos do MS para atendê-los), ele sempre alega que atende mais do que o real. Mas ele faz um esforço de captar o máximo de metas (de recursos) para ele. E o que manda faz o discurso que manda menos do que o real. Ele tenta reter a meta em dinheiro (...) Você não utilizou naquele mês, no município que recebe, que em geral é plena e já tem aquele dinheiro em caixa, usa aquele dinheiro pro que lhe aprouver...(Entrevistado 3, 2005).

...é um pavor de perder teto. Aí faz negociações irresponsáveis, isso a gente vê, não é a regra, mas vê... Nós estamos vendo o caso agora de cirurgia cardíaca infantil, que Montes Claros assumiu, mas não faz! Eles não têm serviço de cirurgia cardíaca infantil, como é que pode ter teto lá? (Entrevistado 10, 2005).

No segundo tempo (*ex post*) – da execução dos procedimentos pactuados para a população referenciada – municípios-sede ou pólo habilitados em GPSM e referenciados se colocam em posições opostas quanto ao zelo pelo cumprimento dos pactos. Os primeiros, buscando compensar a defasagem dos valores de

procedimentos ou meramente acumular resíduos de recursos transferidos, manipulam para dificultar o atendimento às populações referenciadas de forma deliberada ou por omissão. Os últimos tentam transferir, ao máximo possível, os encargos da assistência à saúde ao município de referência.

Você pactua dez e manda vinte. O que recebe pactua dez e, na verdade, vai executar cinco (Entrevistado 3, 2005).

Isso aí é uma coisa que é um jogo de esperteza, na verdade, diante de recursos escassos e insuficientes (...) E leva a essa luta fratricida, digamos assim, pelos recursos escassos. São vários os mecanismos de esperteza, são inúmeros (...) Por exemplo, o município (referenciado) não monta serviços pra resolver os problemas, o primeiro atendimento, para dar uma orientação básica, não registram, não é? E encaminham qualquer caso mais oneroso para a cidade-pólo ou deixa que isto aconteça e, se possível, que não seja registrado o atendimento (Entrevistado 2, 2005).

Porque a gente descobre muita situação incorreta de cerceamento por parte de pólos em fluxos de outros municípios, geralmente de pequeno porte, que foram pactuados. E por outro lado, quer dizer, nos encaminhadores dos de pequeno porte, (há) muita des-responsabilização com coisas simples, que eles deveriam estar atendendo.

(...)

Agora, por outro lado, a referência vem de qualquer jeito. Isso é uma constatação fática. Porque se ela não entra pactuada, ela entra por dois mecanismos muito claros: a falsificação do endereço e a porta de urgências... E depois que ela entrou, ela vira um cidadão de Belo Horizonte. Então é melhor a gente aumentar as referências e garantir os recursos pra isso que ficar cerceando (Entrevistado 10, 2005).

Eles (serviços de Divinópolis) falavam “eu atendo só Divinópolis”, aí nós vamos com o jeitinho brasileiro: “você fala que mora em Divinópolis, pega o endereço da sua tia...”. Você tem que arrumar dinheiro, alguma alternativa (Entrevistado 14, 2005).

Nesse jogo, o segundo momento intensifica as disputas distributivas entre “exportadores” e “importadores” de serviços, considerando as oportunidades estratégicas de lado a lado, podendo gerar resultados conflitantes com pelo menos dois dos princípios finalísticos do SUS: a igualdade ou a integralidade do acesso. Da parte dos “exportadores” estratégias visam ampliar o acesso do seu eleitorado potencial em detrimento da população do “opositor”. O depoimento de um dos entrevistados foi bastante contundente nesse sentido:

... No limite é um sistema de conflito, que você não estabelece uma cooperação. Porque no quadro de uma extrema restrição de recursos você tem uma pugna distributiva entre todos... E na concepção do sistema, o dinheiro se incorpora ao teto (financeiro) de forma definitiva... Então ele atende, numa racionalidade do agente econômico (...), e deixa de atender o município satélite (...) Quem governa os recursos é quem tem, no seu território, os equipamentos. Você pega a PPI e você vai ver o grau de descumprimento do que foi pactuado. Por quê? Porque o dinheiro não dá para todo mundo e Belo Horizonte pegou – eu falo Belo Horizonte mas pode ser qualquer pólo – o dinheiro pra ele... “Primeiro o meu”, não é assim? (...) teve uma apropriação do recurso de forma definitiva e aquele prefeito (município referenciado) perdeu a governança sobre a média e a alta complexidade (Entrevistado 15, 2005).

Entretanto, destacamos que as estratégias disponíveis para os municípios “importadores”, levando em consideração riscos morais presentes nos compromissos assumidos pelos “exportadores” e sua perda de governabilidade sobre a média e alta complexidade, também tendem a ineficiências sistêmicas que vão além da violação dos princípios finalísticos do SUS, uma vez contribuindo para o encarecimento e desequilíbrio do sistema como um todo. Ainda que já tenha sido tocada em depoimento anterior, um dos gestores municipais foi ao

ponto, quando elucidando o desestímulo dos municípios referenciados para investirem na organização da atenção básica e qualificarem suas referências para os municípios-sede ou pólo, o que teria um efeito racionalizador do ponto de vista da eficiência no uso dos recursos da saúde:

Nós tínhamos seis internações todo mês no hospital psiquiátrico... Aí o que é que acontece? Hoje eu tenho uma internação psiquiátrica, duas, ao mês. Reduzi a internação psiquiátrica até falar chega... Aí o que é que eu vou fazer? Eu posso pegar o meu dinheiro da internação psiquiátrica, transformar isso em ambulatório? Aí eles não deixam eu passar para o ambulatório e o dinheiro, que está em Divinópolis, fica com ele (...) Tomografia, que eu tenho aqui... Se eu fizer um serviço bem feito de ambulatório, falar com o meu médico pra não fazer tomografia (desnecessariamente), conversar com ele: “você está pedindo demais”,... Eu consigo abaixar de trinta para vinte. Aí o que é que faz? Esse estímulo (...) as dez aqui, fica para o estado, como referência. Como é que eu vou brigar com o profissional meu, arrumar encrenca, perder tempo pra conversar, se o retorno não vai estar comigo? (grifo nosso) Se o retorno estivesse comigo eu ganhava as dez tomografias (Entrevistado 14, 2005).

6.2.2. Aparato Regulatório e *enforcement*

Em que pese a previsão de dispositivos para disciplinar o cumprimento dos pactos firmados na NOAS – incluindo o Termo de Garantia de Acesso e a desabilitação dos Municípios em GPSM – creditava-se à introdução da função “regulação do acesso assistencial” a possibilidade de refinar o cumprimento dos pactos firmados na PPI, garantindo acesso aos procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar de forma qualificada e restringindo manobras prejudiciais

à equidade e à integralidade⁸⁷. Nesse sentido, como descrita no capítulo 2, a regulação assistencial poderia atuar positivamente, fortalecendo o controle sobre prestadores de serviços e sobre a execução dos limites físicos e / ou financeiros programados para a população própria e para a referenciada.

No entanto, a responsabilidade de regulação do acesso assistencial foi atribuída aos entes responsáveis pela gestão dos prestadores a serem regulados – no caso de estar habilitado em GPSM, municipal, e nos demais casos, estadual – em nome de assegurar a unicidade do comando sobre a rede assistencial. Por extensão dessas regras, especialmente no caso dos municípios habilitados em GPSM, riscos morais foram potencializados pela concentração do exercício da função regulatória nas mesmas mãos que teriam a responsabilidade de garantir o acesso às populações referenciadas mas que, via de regra, compartilhavam a tentação de gerar resíduos a partir das restrições a essa mesma população.

Sem entrar no mérito dos efeitos produzidos sob esse último aspecto e ainda que possa ser um atenuante para os mesmos, deve-se registrar a fragilidade e insipiência do exercício dessa função. Dados obtidos por pesquisa telefônica, encomendada pelo Ministério da Saúde, realizada junto a municípios com população superior a 250 mil habitantes (BANCO MUNDIAL, 2006) apontam nesse sentido. Em primeiro lugar é ainda baixa a proporção de municípios que implantaram centrais de regulação informatizadas – condição para um mínimo de

⁸⁷ A Portaria GM 423 / 2002 definia como objetivo principal da regulação assistencial “promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional” (BRASIL, 2002, p. 4).

eficácia no exercício dessa função: 56,7% dos municípios, no caso dos Serviços de Atendimento Médico de Urgência (SAMU); 50,7%, no caso de consultas especializadas; 35,8%, para exames especializados; e 32,8%, para internações hospitalares. Ou seja, nos municípios com porte populacional compatível com uma vocação de referência regional, parte significativa das centrais já implantadas ainda utilizava processos manuais, ineficientes para o controle de acesso.

Além disso, o mesmo estudo constatou a precariedade do controle da informação nesses municípios, uma vez que quase 40% deles têm sua base de dados referente ao Cadastro de Usuários do SUS abrangendo até, no máximo, metade de sua população própria. Essa proporção compromete o acompanhamento dos tetos programados para atendimento às população própria e referenciada, aspecto essencial para a garantia da equidade e da integralidade como efeito da função regulatória. E note-se, ainda, que algo em torno de 45% dos pesquisados afirmou que a PPI não é revisada regularmente, o que é ainda mais preocupante do ponto de vista do cumprimento dos pactos firmados, uma vez que nem entre os 55% que afirmaram sê-lo, há qualquer garantia de simetria informacional ou quanto às condições para controle de acesso, aspectos fundamentais para que a execução dos pactos não viole a equidade e a integralidade.

Se por um lado esse estudo sobre regulação do acesso assistencial é ainda inicial, seus resultados são consistentes com avaliações que colhemos junto a gestores e técnicos das três esferas de governo, dando conta de que as condições técnicas e institucionais necessárias ao exercício dessa função, dentro dos objetivos

originalmente propostos, ainda estão distantes. Mais preocupante ainda, a nosso ver, é a constatação espontânea de alguns entrevistados em posições chave na esfera municipal e nacional – uma vez que tal questão não lhes foi dirigida – da disfuncionalidade que a eficiência do processo regulatório produziria nas esferas estadual e federal, uma vez restringindo a margem de manobra requerida para propósitos político-eleitorais e clientelísticos nas mesmas:

Não tem ferramental, não tem pessoal, e muitas vezes não tem disposição política, porque significa arbitrar disputas políticas às vezes graves... As estruturas regulatórias têm que ser compartilhadas pelo estado, que devia coordenar, pelo (município) pólo e pela representação dos outros municípios (referenciados) (Entrevistado 10, 2005).

Eu fico achando que o poder de intervir ou o poder de desabilitar são coisas muito (inócuas)... até porque politicamente é muito difícil. Você tem... só desabilita inimigo, né? (...) Acho que esse é um problema: como é que você faz os pactos valerem. (Entrevistado 7, 2005).

Porque se houvesse essa racionalidade (planejamento), haveria um entendimento dos governos: do poder mais central – dos estados e mesmo da União – que administra e que repassa os recursos..., Eles estariam obrigados a obedecer a uma certa racionalidade e o clientelismo ficaria meio prejudicado. Então desconhecer a PPI interessa para os municípios que tem mais poder,... também para o estado, para que eles possam fazer negociações em separado e utilizar os recursos de uma forma politqueira, paralelamente, clandestinamente,... Nós (do Ministério da Saúde) temos recebido solicitações de municípios desconhecendo completamente esse planejamento regional. O estado intervém e dá também ao município certos privilégios. Então esse jogo clientelístico, evidentemente não desapareceu (Entrevistado 2, 2005).

Tais depoimentos sugerem, por fim, que o problema de eficácia dos dispositivos instituídos pela NOAS para *enforcement* dos pactos firmados não se encerra na constatação de externalidades ao desenho institucional, tais como condições

técnicas pré-existentes para o exercício da regulação assistencial ou para a implantação dos Termos de Garantia de Acesso. As restrições à aplicabilidade dos pactos intergovernamentais têm raiz nas próprias regras de pactuação e nas oportunidades de distribuição assimétrica de recursos, inclusive quando instrumentalizadas para o atendimento a interesses políticos mais restritos.

Na próxima seção, sintetizaremos esses aspectos ao descrevermos o mecanismo em operação sob as referidas regras, fixando premissas e condições encontradas sob esse padrão de relações intergovernamentais descentralizadas, bem como postulando como interferiria no cálculo estratégico dos agentes sociais implicados.

6.3. Mecanismo

Diversamente dos CIS, a Pactuação Regional não se estruturou como contrato entre associados para produção de ganhos de escala, compartilhados para um leque de serviços selecionado. Considerando a capacidade instalada de serviços em todos os níveis de complexidade assistencial⁸⁸ – incluindo atendimentos de urgência ou eletivos, ambulatoriais ou hospitalares – o desenho da rede assistencial nas regiões de saúde, mais do que incorporar ganhos de escala,

⁸⁸ Nas discussões em torno do Pacto de Gestão, a Pactuação Regional se estendeu às modalidades de vigilância sanitária e epidemiológica, integrando ações de atenção à saúde no plano regional. Porém, dada a natureza distinta do objeto de trabalho de cada uma das modalidades, tal integração não significa a “fusão” dos processos de pactuação num único momento. Por exemplo, no caso dessas duas últimas modalidades, os bens públicos não pertencem à esfera do consumo individual e os beneficiários, portanto, não têm incentivos para buscarem acesso em outro município..

buscou articular todo o leque de serviços existente em cada uma delas ao mesmo tempo em que estruturou fluxos para acesso integral e equânime de todos os cidadãos. Também diferente do caráter voluntário encontrado nos CIS, onde beneficiários são necessariamente contribuintes, utilizou-se de mecanismos de transferências governamentais de recursos federais, previamente existentes, para amarrar compromissos recíprocos entre os entes da esfera municipal no atendimento de média e alta complexidade assistencial sem restrição de acesso. Vale ressaltar que tais compromissos implicavam uma divisão horizontal de papéis entre municípios, concomitante a uma divisão vertical entre esses e os estados da Federação, abrangendo responsabilidades por gerir recursos transferidos para atendimentos em escala regional, contratar prestadores em caráter complementar, autorizar procedimentos e outras atividades afins.

Considerando uma típica região de saúde – onde o município sede de módulo ou pólo regional⁸⁹, dependendo do nível de abrangência assistencial da região de saúde, seria habilitado em GPSM – três municípios representados por **GL1**, **GL2** e **GL3** corresponderiam à **RS** (Região de Saúde). Os custos de produção do conjunto de procedimentos de Média e Alta Complexidade (**MC** e **AC**) seriam cobertos por transferências de recursos oriundos da União ou **U** para que um deles⁹⁰ “exportasse” serviços para os demais. Supondo que **GL1** assumisse esse papel, receberia de **U** um montante de recursos correspondentes à cobertura das

⁸⁹ Vale lembrar que no caso dos módulos assistenciais a referência é unicêntrica, ou seja, existe apenas um município sede. já no caso das microrregiões ou regiões de saúde, a referência pode ser multicêntrica, com mais de um município pólo.

⁹⁰ Caso gestor da Média e Alta Complexidade, para o que deveria se habilitar em GPSM, esse município exerceria a gestão destes recursos e a responsabilidade por atender os demais municípios da região.

necessidades de assistência de **MC** e **AC** da população de toda a **RS**, ou seja, de **GL2** e **GL3**, além da população do próprio **GL1**⁹¹. Poderíamos denominar o montante de recursos que compõem o teto financeiro de assistência para a Média e Alta Complexidade ou **MAC**, como convencionalmente chamado, ou ainda, considerando a função de utilidade de acesso apresentada no capítulo 4, de **$\$(As*MC+As*AC)$** .

A fim de explicitar as bases do mecanismo em atuação, retomamos as premissas gerais descritas no caso dos CIS:

1. Gestores de **GL1**, **GL2** e **GL3** agem orientados pelo seu sucesso eleitoral;
2. Todos se comportam de forma consistente com o entendimento de que a concessão de acesso a bens e serviços consumidos na esfera individual aumenta seu poder de barganha eleitoral⁹²;
3. Todos se comportam orientados por um cálculo econômico de custo / benefício na medida em que buscam maximizar o acesso de seus usuários a tais serviços – e daí seu presumido bônus político – a mínimos custos orçamentários.

Somando, a essas premissas, as condições para realização de transferências governamentais, sob as quais, diferente dos CIS, não se dispõe de prerrogativas

⁹¹ Lembre-se que, na região de saúde em que o município “exportador” não esteja habilitado em GPSM, o estado E receberia os recursos MAC correspondente à cobertura da população de RS, embora mesmo nesse caso controle o processo autorizativo conforme descrito na pág. 268 acima.

⁹² O que limita para o gestor sua utilização como instrumento de barganha eleitoral.

para restringir o escopo da atividade coordenada (por exemplo, a uma parte dos procedimentos eletivos assistenciais), **GL1**, **GL2** e **GL3** pactuarão compromissos programando os procedimentos de média e alta complexidade conforme necessidades da região, porém observando a capacidade instalada de serviços no município de **GL1**. Note-se que, procedimentos eventualmente não realizados nesse último, em decorrência da inexistência de serviços capacitados para prestá-los, poderiam ser realizados mediante pactuação com pólos de outras regiões de saúde **RS'** ou **RS''**, de modo que a parcela correspondente de recursos fosse transferida diretamente para os mesmos e assim, sucessivamente, de modo a garantir o acesso equânime e integral dos cidadãos de **GL1**, **GL2** e **GL3** aos serviços de sua necessidade.

Constatamos, no desenvolvimento desse capítulo, que condições endógenas e exógenas às regras de pactuação, entretanto, contribuíram para moldar interações descentralizadas entre agentes governamentais ao longo da pactuação de compromissos e execução (tempos distintos). Para elucidação do modo como tais condições afetaram tais interações, consideramos ainda:

- i. **GL1** controla o processo autorizativo e, portanto, pode interferir nas condições de acesso para sua população e para a referenciada;
- ii. Em virtude de defasagem dos valores da tabela SUS, referência para definição do volume de recursos **MAC** – observados parâmetros de cobertura e população de cada região, com ponderação de fatores como a

série histórica de produção na região – o montante transferido não é suficiente para o cumprimento das metas programadas para **GL1**, **GL2** e **GL3** na média e alta complexidade. Suponhamos que fosse repassado pela União ou **U** um total de seis unidades monetárias, ao passo que a correção da tabela SUS por valores de mercado exigiria um repasse de oito unidades⁹³;

- iii. Pelas regras do processo de pactuação, as seis unidades monetárias do **MAC** transferidas ao final de cada mês para o Fundo Municipal de Saúde de **GL1** (ou para o Fundo de Saúde do Estado **E**, caso não habilitado em GPSM) seriam incorporadas em definitivo ao teto financeiro assistencial do receptor.

Ora, basta a soma da primeira condição às três premissas iniciais para que se configure o componente motivacional para o tratamento diferenciado entre população própria e referenciada, não importa se o município sede ou pólo esteja habilitado em GPSM. Mas no caso da região típica, a agregação das duas condições seguintes praticamente obriga **GL1** a abrir mão de uma visão “coletiva” ou regional: embora tenha se habilitado a GPSM como gestor do **MAC** e assumido o papel de referência regional, disporá mensalmente de seis unidades monetárias,

⁹³ Hipoteticamente, consideremos que, dessas, quatro fossem referentes à população de **GL1** e quatro seriam referentes a **GL2** e **GL3**, sendo duas para cada um desses, considerando que a população do primeiro corresponde à somatória dos demais e que fatores adicionais de cálculo para distribuição dos recursos fossem equivalentes.

suficiente para cumprir apenas 6/8 ou 75% da programação pactuada⁹⁴. Se diante dessas condições, **GL1** percebe impossibilidade de cobrir déficit do **MAC** mediante complementação de outra esfera de governo, restariam basicamente duas alternativas:

1. Complementar a diferença (duas unidades monetárias) com recursos próprios, o que se mostra inviável ou politicamente insustentável a médio e longo prazo, dado que os cidadãos de **GL1** não concordariam em arcar com os custos do acesso de **GL2** e **GL3**;
2. Desenvolver gestões junto a **GL2** e **GL3** para que todos compartilhem os custos, alternativa politicamente sustentável porém institucionalmente problemática e trabalhosa por uma série de motivos que vão desde restrições jurídicas para transferência de recursos orçamentários próprios de **GL2** e **GL3** para **GL1**, até problemas de credibilidade de compromissos.

Diante de tal problema, **GL1** estaria dividido entre dois compromissos representado no esquema da FIGURA 26, abaixo: de um lado, compromisso com o eleitorado que, num extremo, o pressiona para se apropriar de quatro das seis unidades, sob o risco de ser punido com a perda de mandato; de outro, compromisso com a região de saúde assumido junto aos interlocutores de pacto regional, que o pressionam para destinar, a **GL2** e **GL3**, quatro das seis unidades

⁹⁴ No caso do Estado E receber a transferência deficitária de MAC, essa “responsabilidade” fica diluída, uma vez que o município de referência fica com o processo autorizativo, embora o Estado receba os recursos em virtude da não habilitação do município em GPSM.

monetárias repassadas por **U**, sob o risco de perder a habilitação em GPSM ou de que o estado **E** – na revisão da PPI, no caso de microrregiões ou regiões de saúde – retire do **MAC** os recursos correspondentes à cobertura da população referenciada.

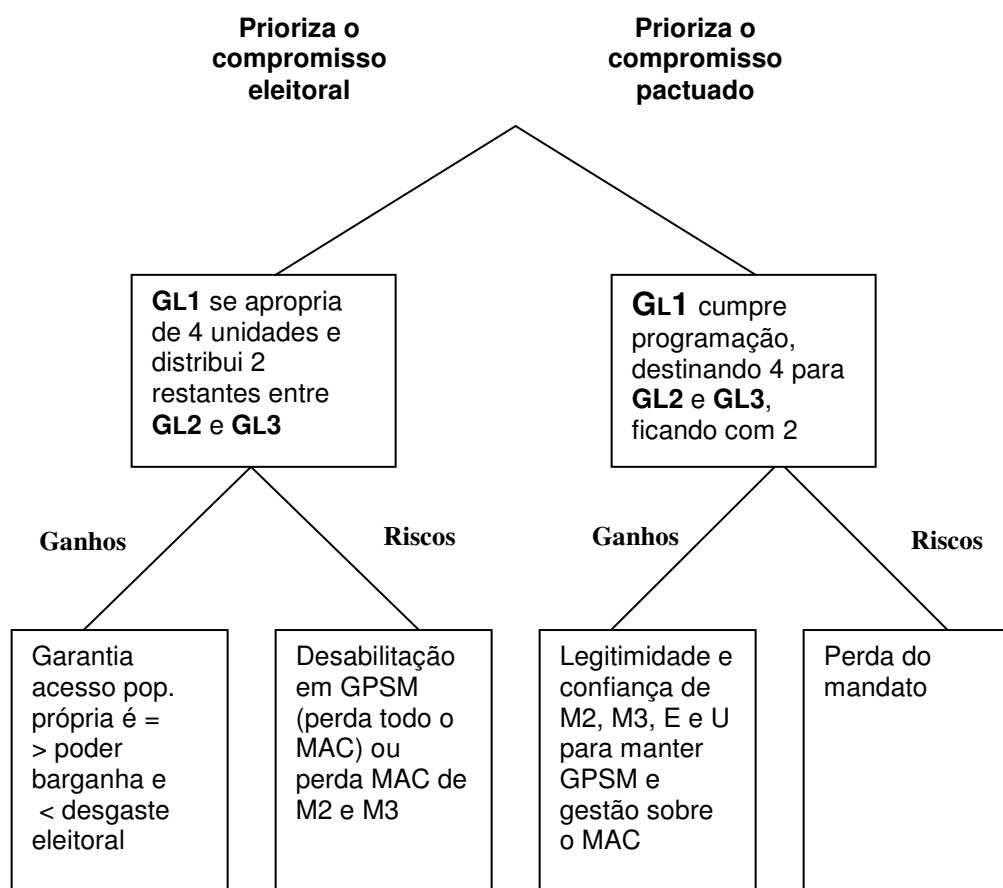


FIGURA 27 – O dilema de M1 diante da defasagem do MAC para atender aos compromissos pactuados com M2 e M3.

Utilizando o mesmo modelo para representar interações iterativas no processo de barganha intermunicipal, a FIGURA 28, abaixo, representa a situação em que **GL1** privilegia o compromisso pactuado na PPI, na Rodada 1, ofertando procedimentos correspondentes a quatro unidades monetárias para **GL2** e **GL3** e ficando com o restante para sua população própria. Dados as tensões geradas para **GL1** na arena eleitoral, em decorrência do *déficit* de acesso de sua população própria, e considerando deter o controle de acesso nos serviços de referência, passa a privilegiar na Rodada 2 seus compromissos eleitorais, garantindo o acesso a quatro unidades monetárias para si e dividindo o restante entre **GL2** e **GL3**.

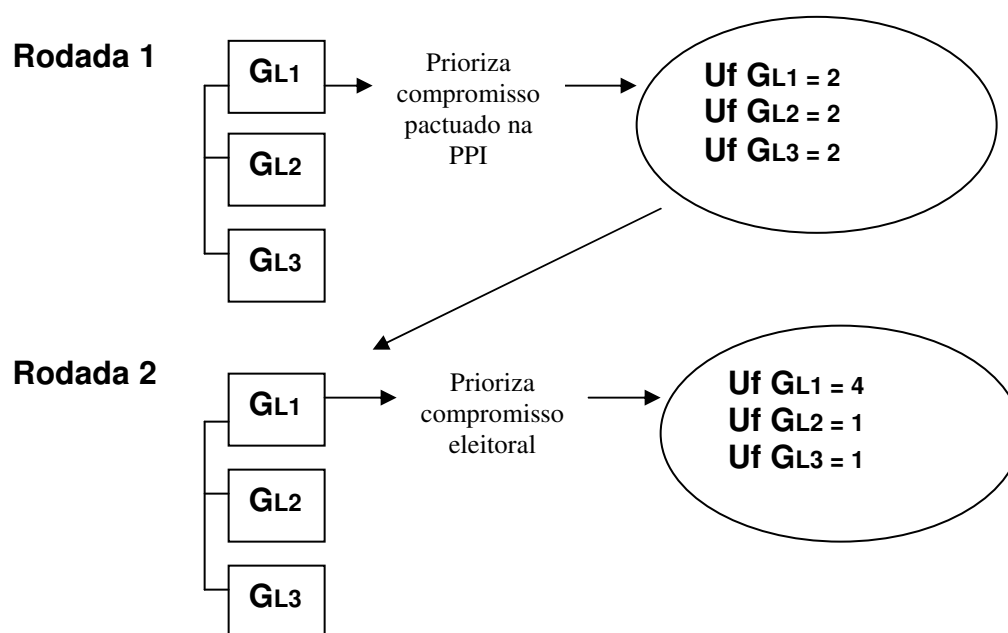


FIGURA 28 – Efeitos da escolha de **GL1** entre compromissos pactuados na PPI junto a **GL2** e **GL3** e compromissos eleitorais em duas rodadas.

Mas além disso, uma vez que o resultado da Rodada 2 não é estável e pode levar à perda de sua habilitação em GPSM ou à redução nas transferências federais do **MAC** para atender **GL2** e **GL3**, **GL1** percebe uma quarta condição:

- iv. Precariedade do aparato de *enforcement* dos pactos regionais, incluindo baixa visibilidade na execução da programação, problemas relacionados à regulação do acesso assistencial e constrangimentos políticos para punição de transgressores .

Diante dela, riscos inerentes à priorização de compromissos eleitorais tenderiam a ser minimizados, tornando essa última estratégia atraente. Assim, estabelecidas premissas e condições, configuram-se riscos morais que vão, ainda que com informação incompleta e distorcida, ser captados por **GL2** e **GL3**. Esses últimos, cientes de suas limitações informacionais e perda de governabilidade sobre o acesso de média e alta complexidade, têm, por sua vez, incentivos para comportamentos defensivos e compensatórios, minimizando esforços para resolver problemas de saúde no seu próprio território regular encaminhamentos para **GL1**. Tais comportamentos poderiam significar, por exemplo, encaminhamento de pacientes via serviços de urgência (sem agendamento prévio e, portanto, com menor controle de **GL1**), aproximando-se ao máximo possível dos resultados da Rodada 1.

Deve-se chamar atenção para o fato de que, mesmo na ausência da condição ii (defasagem de recursos financeiros / tabela SUS), uma vez estabelecida a

condição iv (precariedade do aparato de *enforcement*) **GL1** teria fortes motivos para tratar diferenciadamente a população própria e a referenciada. Para representar essa situação, considere-se que, em vez de seis unidades monetárias, **GL1** recebesse oito unidades, ou seja, o necessário para o cumprimento da programação pactuada segundo parâmetros de uma tabela SUS ajustada a valores de mercado. Ora, uma vez que recursos **MAC** não utilizados se incorporariam do mesmo modo às suas receitas, engrossando recursos disponíveis para serviços com potencial de barganha eleitoral, teria muito mais a ganhar dificultando o acesso de usuários oriundos de **GL2** e **GL3**, uma vez que dada a assimetria informacional e de controle sobre a autorização de procedimentos, dificilmente seria “punido” pelo descumprimento dos pactos. No entanto, o reconhecimento de tais assimetrias e das motivações de **GL1** para escolher uma estratégia egoísta – ou seja, que tem motivos e meios suficientes para agir em seu benefício próprio – tem elevado poder de contaminação sobre todo o sistema de relações intergovernamentais induzindo **GL2** e **GL3** a se anteciparem optando, também, por condutas predatórias, vazando os mecanismos de contenção ou controle interno e externo precariamente instituídos para tanto.

PARTE IV

CONCLUSÃO

7. ÓTIMO SOCIAL E COORDENAÇÃO INTEGOVERNAMENTAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS DESCENTRALIZADAS

A natureza das exigências simultâneas sob as quais emergiu o SUS – realizar objetivos finalísticos fixados nacionalmente e descentralizar o processo de gestão – levou a um *trade-off* na formulação de seu desenho institucional.

A audaciosa tarefa de garantir a cada cidadão brasileiro – independente de unidade da federação ou município de vinculação – acesso universal, igualitário e integral às ações de saúde exigiria, por um lado, a mobilização de meios e recursos sob critérios nacionalmente uniformes ou, pelo menos, consistentes, evitando a fragmentação assistencial, a emergência de barreiras de acesso ou o tratamento diferenciado a cidadãos de origens distintas. Em suma, teria como requerimento algum nível de centralização da gestão: no mínimo daqueles recursos assistenciais cuja complexidade tecnológica, requerimentos de escala ou abrangência geográfica ultrapassasse os limites do que se espera ofertado por todo e qualquer município, ou seja, a atenção básica.

De outro lado, imperativos políticos e administrativos foram de encontro à centralização da gestão (ou sua manutenção). Do ponto de vista político, a necessária incorporação de novos agentes na sustentação do SUS exigia a

sinalização, para movimentos sociais que ainda não o apoiavam, de sua abertura para absorver reivindicações locais na definição cotidiana de prioridades e, para gestores municipais, da disponibilidade de recursos para o seu encaminhamento. Já a racionalidade organizacional emergente na Administração Pública prescrevia a “proximidade dos cidadãos” dos centros decisórios como condição para a adequação de produtos e serviços a preferências e necessidades locais, bem como para a superação da lentidão e da inércia burocrática características da prestação de serviços pelas esferas de governo superiores.

O SUS, portanto, teve que se equilibrar entre essas duas exigências, combinando-as, visto que não poderia abdicar de nenhuma. Seu desenho institucional – em parte consolidado na Constituição Federal, em parte na legislação complementar – se manteve relativamente aberto para rearranjos e ajustes nesse sentido. Abertura possível na medida em que a definição dos critérios para recebimento de transferências de recursos federais, amarrando responsabilidades de gestão ou adesão à oferta de determinadas modalidades de atenção à saúde por estados e municípios, tornou-se objeto de normatização complementar por parte do Ministério da Saúde⁹⁵, ainda que previamente negociada junto à representação nacional das esferas de governo estadual e municipal (respectivamente CONASS e CONASEMS).

⁹⁵ Vale acrescentar que a definição exata das regras de financiamento não foi concluída na legislação complementar, uma vez que não se construiu uma posição consensual ou amplamente majoritária nesse sentido, o que terminou conferindo maior flexibilidade para sua adaptação a diferentes contextos na implantação do SUS e às diferenças profundas entre os entes que compõem a estrutura federativa brasileira.

Entretanto, como discutido no capítulo 1, os resultados alcançados sob as primeiras normas editadas pelo Ministério da Saúde nos anos 90 não garantiram a consistência entre gestão descentralizada de meios e princípios finalísticos nacionais. Em que pese o fato de terem produzido efeitos altamente significativos, em escala nacional – seja no envolvimento de amplos segmentos sociais na discussão da agenda setorial, na incorporação de responsabilidades e instrumentos de gestão por estados e municípios ou na organização de sistemas de saúde em milhares de localidades onde o Poder Público, historicamente, se omitiu em torno da questão da saúde – tais normas induziram comportamentos predatórios e não-cooperativos, principalmente entre gestores municipais. Comportamentos que, por sua vez, produziram flagrantes violações daqueles princípios finalísticos, uma vez redundando na emergência de barreiras de acesso pelos municípios que concentravam recursos assistenciais mais complexos ou na desresponsabilização de parte significativa dos demais quanto à resolubilidade de seus sistemas de saúde. A autarquização da gestão municipal na saúde correspondeu à predominância do padrão de relações intergovernamentais denominado por Scharpf (2001) como *ajustes mútuos* (capítulo 3), onde interações decorrem de respostas unilaterais dos governos em antecipação às escolhas de outros. Sob tal padrão, não se promoviam pactos ou decisões conjuntas sobre condições de acesso: agentes municipais – cientes dos efeitos produzidos por externalidades ou respingos das escolhas de outros sobre si – comportavam-se defensivamente, antecipando-se a elas. Bastaria, pois, reconhecer que municípios adjacentes ou próximos tivessem motivos e meios para tomar decisões internas

que o afetariam, para que cada um reagisse, a fim de não ser “punido” por tais decisões.

Porém ainda nos anos 90, diante desse cenário conflitivo e instável, iniciativas de desfragmentação da gestão em saúde começaram a tomar lugar com a disseminação dos CIS, o que foi abordado no capítulo 2. Também na primeira metade da década seguinte, com a implantação da NOAS, configurou-se uma iniciativa ainda mais abrangente no que toca às relações federativas, já que envolvendo diretamente todas as esferas de governo na regionalização da atenção à saúde.

No caso dos CIS, resultantes de barganhas diretas entre municípios interessados na produção conjunta de serviços de maior complexidade tecnológica, estabelecia-se um “terceiro”, pessoa jurídica de direito privado, responsável pela operação do sistema de contribuições e pelo compartilhamento de benefícios. Ganhos de escala obtidos pela produção conjunta se traduziam em ganhos de acesso a serviços que, isoladamente, cada associado dificilmente poderia prover aos seus cidadãos, senão a custos desproporcionais à sua capacidade orçamentária. Constitui fato curioso que parte das Secretarias de Estado da Saúde tenha estimulado ou, até mesmo em alguns casos, atuado sistematicamente na sua organização, abdicando de certo modo da função de coordenação regional.

Já no caso da Pactuação Regional, por meio de transferências intergovernamentais de recursos oriundas da esfera federal, municípios

concentrando recursos assistenciais de maior complexidade e definidos como referência regional assumiam compromissos formais de produzir serviços, garantindo acesso das populações de outros municípios aos mesmos. Para assumir a gestão dos recursos financeiros correspondentes – o Teto Financeiro para Média e Alta Complexidade ou **MAC** – deveriam cumprir um conjunto de requisitos a fim de se habilitarem à Gestão Plena do Sistema Municipal, além de assinar um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso junto à esfera estadual, comprometendo-se com o acesso das populações referenciadas. Diferente dos CIS, portanto, não se tratava de um sistema de contribuições e benefícios, embora tipicamente os municípios de referência captassem recursos do MAC correspondentes aos referenciados, mas sim de transferências intergovernamentais regulares e automáticas da União para os Fundos Municipais de Saúde. Diante dessa condição, é também digno de nota que as Secretarias de Estado da Saúde tenham assumido, simultaneamente, papéis de coordenação e de execução dos pactos regionais nos casos em que os primeiros não estivessem habilitados para tal.

As iniciativas de desfragmentação da gestão em saúde, portanto, foram construídas sob arranjos bastante distintos: de um lado, por meio de negociações contratuais diretas entre os entes públicos municipais interessados, delegava-se a um terceiro a produção conjunta de serviços, cujo elenco seria selecionado por decisão coletiva; de outro, por meio de barganhas entre tais entes sob coordenação da esfera estadual e regras estabelecidas na esfera federal, fixavam-

se compromissos para atendimento de todas as necessidades de média e alta complexidade de uma região de saúde e recursos correspondentes a serem transferidos pela esfera federal. De um lado, constituía-se uma figura jurídica privada (*agente* ou *outorgado*) distinta dos associados (*principais* ou *outorgantes*), embora formalmente submetida a eles, para administrar contribuições voluntárias e distribuir benefícios; de outro, sob a indução de normas federais, um ou mais municípios de uma região de saúde assumiam o papel de fornecedores ou “exportadores” de serviços para os demais, via de regra administrando os recursos transferidos para tal sob sua “guarda”.

Havia, pois, expectativa que tais iniciativas de desfragmentação estimulassem a cooperação entre municípios, favorecendo a coordenação de ações para promover o acesso assistencial nos termos fixado pelo SUS – universalidade, igualdade e integralidade – e solucionando, por fim, o *trade-off* entre objetivos centralizados e gestão descentralizada. A questão com a qual nos debatemos nesse trabalho consiste em responder em que medida, de fato, isso teria ocorrido. Caso afirmativo, nos restaria identificar que condições teriam favorecido essa conquista. Se negativo, quais a teriam impedido.

A relativa estabilidade dos CIS, aparentemente pouco afetados por conflitos distributivos entre associados, poderia sugerir ganhos desse tipo, sem que os gestores municipais de saúde tivessem que ceder, para outra esfera de governo, alguma parcela de sua autonomia na gestão dos recursos. Por outro lado, levando-se em conta a abrangência integral dos serviços disponibilizados sob a

Pactuação Regional – que, a rigor, inclui aqueles fora do escopo dos CIS, cuja natureza os torna insuscetíveis ao controle distributivo transparente – seria razoável, talvez, supor a convivência necessária com algum limiar de conflitos distributivos enquanto se avança na realização do ótimo assistencial.

Na seção seguinte discutiremos em que medida os achados produzidos nesse trabalho sugerem respostas a essas questões.

7.1. Ótimo social e problemas de coordenação no SUS

A emergência de arranjos intergovernamentais visando coordenar escolhas locais traduziu o esforço de superação de um estágio onde o imperativo da descentralização predominava amplamente sobre o imperativo da garantia dos objetivos finalísticos do SUS. A bem da verdade, o já descrito estado de beligerância e competição predatória que marcou a autarquização da gestão municipal na saúde fixa um importante contraponto à idéia de que a proximidade entre centros decisórios e cidadãos resulte, necessariamente, na produção de ótimos sociais. Como efeito combinado de escolhas conflitantes ou inconsistentes, pelas quais cada governo nessa esfera perseguia fins orientados pelas preferências do seu eleitor-consumidor mediano buscando alargar suas condições de acesso, ainda que todos façam o melhor para si e suas populações, certamente não o farão do ponto de vista coletivo ou da eficiência sistêmica. A superposição de esforços e o desperdício; a construção de barreiras para garantir

exclusividade de acesso para cidadãos de determinadas municipalidades; ou, no pólo oposto, a transferência, intencional ou por omissão, dos problemas de saúde de uns para outros (comportamento *free-rider*), foram identificados em escala nacional, sugerindo que as virtudes da descentralização dependeriam de algo mais que “um melhor acerto de contas” entre *agente* ou *outorgado* e *principal* ou *outorgante* no âmbito de cada localidade.

Na verdade, a produção de efeitos recíprocos entre escolhas políticas locais estruturou um padrão de interação correspondente ao Dilema do Prisioneiro, mantendo jurisdições locais presas a estados sub-ótimos, vez que sem a solução do problema de coordenação entre implicados, dada a incerteza quanto ao comportamento dos demais, a deserção se colocaria como melhor resposta e, portanto, estratégia dominante para cada uma delas. A FIGURA 29 representa a estrutura de interação sob o Dilema do Prisioneiro, com *payoffs* hipotéticos resultantes do cruzamento entre as escolhas por cooperar ou desertar pelos municípios em interação: **GL1** e **GL2**.

		GL2	
		Coopera	Deserta
GL1	Coopera	3,3	1,4
	Deserta	4,1	2,2

FIGURA 29 – Dilema do Prisioneiro e a deserção como estratégia dominante.

Considerando que, por convenção, o *payoff* de **GL1** corresponda ao número anterior à vírgula em cada quadrante e o de **GL2** ao posterior, a estrutura do Dilema do Prisioneiro se constitui na medida em que as preferências dos agentes são ordenadas de modo que os resultados preferíveis das estratégias combinadas sigam a seqüência *deserção unilateral* > *cooperação mútua* > *deserção mútua* > *cooperação unilateral*. O aspecto curioso da constituição da deserção como estratégia dominante consiste na definição de que, não importa qual seja a estratégia escolhida pelo outro, ela sempre resultará em maior *payoff* para cada agente. Conforme a FIGURA 29, caso a escolha de **GL2** recaia sobre a estratégia cooperar, **GL1** colherá o melhor resultado se sua estratégia for desertar (4,1) e não cooperar (3,3). Mas caso **GL2** escolha desertar, ainda assim **GL1** colherá o melhor resultado se sua estratégia for também desertar (2,2), e não cooperar (1,4).

Portanto, não importa qual seja a escolha de **GL2**, **GL1** sempre fará o melhor para si elegendo a estratégia da deserção.

A constituição da deserção como estratégia dominante para ambos, por outro lado, os lança num equilíbrio sub-ótimo ou ineficiente, dado que estariam em melhor situação sob cooperação mútua (3,3) que na deserção mútua (2,2). Embora na clássica historieta de Tucker (nota de rodapé 54, pág. 187) os prisioneiros tivessem que escolher entre desertar e cooperar sem comunicação entre si, mesmo com essa possibilidade a migração para um equilíbrio com cooperação mútua estaria longe de ser um problema trivial, uma vez persistente a motivação para renunciar a eventuais acordos, já que os *payoffs* resultantes dessa última escolha ainda seriam superiores aos da cooperação mútua. Mas considerando tratar-se de interações iterativas – onde agentes podem alternar estratégias com base na percepção dos resultados associados a cada uma delas e onde acumulam informação sobre as probabilidades das escolhas do interlocutor na próxima rodada – a solução do problema da sub-optimalidade sob o Dilema do Prisioneiro consistiria, antes de mais nada, num problema de coordenação. Para ser mais fiel ao problema abordado nesse trabalho, tratar-se-ia de um problema de credibilidade dos compromissos de cooperação entre agentes governamentais locais.

A emergência dos arranjos de coordenação intergovernamental no SUS traduz uma tentativa de resolver problemas desse tipo, de modo a transitar de um equilíbrio sub-ótimo com deserção mútua (2,2) para um ótimo com cooperação

mútua (3,3) entre **GL1** e **GL2**, tal como nas possibilidades do Dilema do Prisioneiro. Mas, por outro lado, não se pode presumir, a priori, que qualquer política pública descentralizada produza problemas dessa natureza. A especificidade do SUS, assim como em outras políticas, decorre no elevado nível de externalidades ou respingos provocados por decisões internas de cada jurisdição local sobre outras, leva a uma acentuada interdependência estratégica na definição dos resultados sociais. Por conseqüência, promessas de contenção das várias formas de deserção unilateral, sob cada arranjo intergovernamental, deveriam ser críveis para que compromissos de cooperação assumidos fossem confiáveis a ponto de gerar ação coordenada.

No entanto, não se pode assumir que a opção por um ou outro arranjo signifique, necessariamente, a migração para um estágio onde utilidades aferidas pelas partes se equivalham, como no quadrante superior esquerdo do Dilema do Prisioneiro. Equilíbrios possíveis advindos de cooperação mútua poderiam vir a apresentar diferentes propriedades distributivas para agentes implicados, à semelhança do jogo de múltiplos equilíbrios apresentado no Capítulo 3, conhecido como Batalha dos Sexos (ver p. 156-158). Vale lembrar que sua condição fundamental é que, embora os jogadores (**GL1** e **GL2**, por exemplo) fiquem em melhor situação cooperando que desertando, haveria diferentes combinações de cooperação com ganhos assimétricos entre eles, impedindo uma solução igualmente satisfatória para todos, já que utilidades produzidas seriam apropriadas em proporções distintas pelos participantes. Reproduzimos na FIGURA 30, de

forma adaptada, a interação entre os dois municípios apresentados na FIGURA 29, ou seja, **GL1** e **GL2**, representando um contexto em que soluções de cooperação em equilíbrio não incluem alguma em que haja igual distribuição de utilidades.

		GL2	
		y1	y2
GL1	x1	$(2,1)$	$(0,0)$
	x2	$(0,0)$	$(1,2)$

FIGURA 30 – Jogo com múltiplos equilíbrios de cooperação mútua entre dois municípios.

Lembre-se que, uma vez estabelecido um dos equilíbrios possíveis (quadrantes x_1y_1 ou x_2y_2), esse se conformaria como um *equilíbrio de Nash* dado que qualquer dos Governos Locais não poderia melhorar sua situação mudando de estratégia unilateralmente. Mas o esclarecimento sobre a seleção de um equilíbrio requer a introdução de mecanismos que permitam explicar a convergência das estratégias de **GL1** e **GL2** para um dos quadrantes de cooperação mútua. Traduzindo para os termos do presente trabalho, esclarecer a seleção de um arranjo de cooperação intergovernamental requer a reconstituição do processo

pelo qual, diante de um conjunto de escolhas disponíveis para agentes relevantes – governos locais, prestadores de serviços ou outros – algumas teriam se estabelecido e se estabilizado em detrimento de outras.

Trata-se, num caso, de compreender porque, entre diferentes formas jurídicas e contratuais possíveis para organização dos CIS, uma teria se estabilizado, mantendo determinado conjunto de atributos como a seleção de práticas de atenção à saúde na esfera do consumo individual e, entre essas, a seleção daquelas de caráter eletivo; a existência de cláusulas restritivas de acesso apenas aos usuários oriundos de municípios efetivamente associados e adimplentes nos seus estatutos, dentre outros. Tal forma, a propósito, teria se estabilizado a despeito das mudanças cíclicas nas normas ministeriais que definiram estratégias de gestão do SUS. Uma estabilidade que, diga-se de passagem, indica o êxito em “internalizar externalidades” potenciais advindas de escolhas auto-referenciadas dos associados, contornando riscos de deserção – tais como utilizar serviços sem contribuir ou fazê-lo em proporção superior à sua cota – e resolvendo, daí, problemas de credibilidade de compromissos.

Projetada numa perspectiva dinâmica, onde interações entre agentes governamentais se desdobram em rodadas sucessivas, numa iteração que lhes permite acumular informações sobre reputação dos demais, essa forma institucional resolveu problemas estratégicos que poderiam inviabilizar a continuidade dos CIS. Diante da orientação de dirigentes municipais para escolhas que favoreçam seu sucesso eleitoral, ela deu aos CIS condições favoráveis para

cumprir sua missão implícita – produzir e distribuir bônus eleitorais entre os associados – sem produzir abalos ao equilíbrio orçamentário. Mas, para vingar, essa opção exigiu a construção de barreiras de acesso contra a invasão de “eleitores” de municípios estranhos ou inadimplentes, bem como a restrição do leque de serviços ofertado apenas àquele cujo acesso poderia ser concedido na proporção das contribuições, o que impôs um preço quanto à realização universalidade e integralidade do acesso assistencial.

Desse modo, num balanço geral de resultados, os CIS situam-se num nível intermediário entre o municipalismo autárquico e o ótimo de acesso definido para o SUS: constituem ótimos de Pareto em relação ao primeiro – cujos problemas de acesso inerentes resultaram na violação da universalidade, integralidade e igualdade – mas colocam-se aquém do segundo, visto que a preservação de sua estabilidade requer, em alguma medida, o sacrifício dos dois primeiros princípios.

De outro lado, assim como os CIS, a Pactuação Regional constituiu outro equilíbrio potencialmente estável na promoção da cooperação mútua entre entes de governo local. Entretanto se distinguiu, de saída, por ter emergido no contexto de regras estabelecidas na esfera federal, mediante as quais foram sendo atualizados – de tempos em tempos – os critérios para transferências intergovernamentais de recursos para a saúde. A Pactuação Regional se colocou como sustentáculo do processo de gestão das redes assistenciais, envolvendo compromissos intergovernamentais firmados tanto no plano vertical, junto aos estados da federação e União, quanto no horizontal, junto aos demais municípios

que compõem uma região de saúde. Diante desses compromissos, entes municipais passaram a se submeter a sanções positivas ou negativas, respectivamente, para estratégias de cooperação e deserção. Sanções cuja aplicação seria objeto de apreciação das Comissões Intergestores Bipartite ou CIB, constituídas por representações da esfera municipal e estadual no âmbito de cada unidade da federação e, em instância nacional, da Comissão Intergestores Tripartite ou CIT, onde também tinha assento a esfera federal.

Nesse contexto as regras desenhadas no plano central buscaram contornar os riscos morais próprios à municipalização autárquica, responsabilizada por alocação irracional de recursos financeiros e por condutas predatórias e competitivas que levaram à construção de barreiras de acesso e à invasão de usuários de municípios *free riders*, como caracterizado no início deste capítulo. Entretanto nos deparamos neste trabalho com o fato de que as próprias regras estabelecidas na esfera federal constituíram seus próprios riscos morais: em primeiro lugar, independente da condição de gestão do município “exportador” de serviços, ao delegar a esse o processo autorizativo para procedimentos realizados no seu território; e, em segundo lugar, no caso dos habilitados em GPSM e que tipicamente assumiram o papel de referência regional, ao alocar previamente no seu teto financeiro a parcela correspondente ao atendimento de média e alta complexidade Assistencial para população referenciada pelos demais municípios da região de saúde, conferindo-lhe direitos de propriedade sobre ela de forma a incorporá-la às suas receitas quando não utilizada. Os “exportadores” de serviços,

portanto, se viram diante da oportunidade de agir discriminadamente em favor de seus municípios e, no segundo caso, inclusive de se apropriar dos excedentes decorrentes do sub-atendimento à população referenciada, atentando assim contra a eficiência global do sistema. Ao mesmo tempo, os “importadores” de serviços, cientes de que os primeiros tinham motivos e meios suficientes para fazê-lo, adotaram estratégias clandestinas para maximizar encaminhamentos “para fora”, em detrimento de seus investimentos próprios no nível de atenção básica, que em tese poderia reter a demanda por procedimentos de média e alta complexidade.

Vale lembrar que a defasagem da tabela SUS atuou nesse contexto como fator exógeno, acirrando conflitos distributivos na medida em que o sub-financiamento federal dos procedimentos pactuados transferia *déficits* de metas físicas para os municípios-pólo ou sede habilitados em GPSM e que esses, por sua vez, buscavam repassá-los aos referenciados. Além disso, a aplicação de sanções negativas ao descumprimento dos pactos se mostrou extremamente problemática, visto que dependente das condições políticas e institucionais, via de regra inexistentes: informação completa quanto ao cumprimento ou não dos pactos; distribuição simétrica dessa informação entre as partes; simetria no controle sobre as condições de acesso assistencial; e, principalmente, instrumentos e meios de punição com baixo custo de aplicação para aqueles encarregados de zelar pelo *enforcement* do sistema como um todo.

Diante desse quadro, “exportadores” e “importadores” de serviços passaram a se enfrentar na medida em que cada um buscava conduzir o estado de equilíbrio para o ponto que mais lhe interessasse, gerando restrições à equidade e à integralidade, em que pese a NOAS ter construído condições importantes nesse sentido e superado parte dos problemas de acesso aos serviços de média e alta complexidade vigentes sob a municipalização autárquica⁹⁶.

Portanto, também a Pactuação Regional nas regras da NOAS produziu resultados aquém da realização dos princípios finalísticos do SUS. Mas uma diferença fundamental, em relação aos CIS, é que não foi bem sucedida no sentido de conquistar estabilidade suficiente para sobreviver a mudanças de gestão no Ministério da Saúde, responsável pela coordenação do SUS em âmbito nacional. É também provável que a indisponibilidade de violação da universalidade e de seletividade dos procedimentos a serem objeto de pactuação tenha restringido suas possibilidades de “internalizar externalidades” e, por conseguinte, de contornar problemas de credibilidade quanto à execução dos compromissos construídos.

Os CIS e a Pactuação Regional se colocam, portanto, como variantes de cooperação intergovernamental que, mesmo apresentando resultados sociais superiores aos aferidos sob a municipalização autárquica na saúde, representam sub-ótimos em relação aos objetivos finalísticos de acesso fixados para o SUS.

⁹⁶ Tais como o desenho de regiões de saúde com níveis de resolubilidade crescente e a definição de referências que, mesmo com as limitações e diferenciações aqui relatadas, implicam em ganhos de acesso para as populações efetivamente atendidas.

Mas há diferenças significativas entre ambos nesse sentido. Ao solucionar problemas de credibilidade de compromissos, a forma institucional tipicamente empregada nos CIS sacrificou a universalidade e a integralidade, embora tenha produzido efeitos equalizantes e deixado os cidadãos vinculados aos municípios associados em situação melhor do que estariam isoladamente, sem infringir perdas a outras partes, no que se estabeleceu como um *ótimo de Pareto*. Já a Pactuação Regional sob a NOAS, preservando a universalidade, tentou promover a equidade e a integralidade articulando as redes municipais de saúde para estabelecer referências regionais, no que favoreceria a realização dos três atributos. Porém, obteve sucesso limitado ao não solucionar eficazmente o problema de credibilidade de compromissos, induzindo comportamentos defensivos entre exportadores e importadores de serviços e, daí, tratamento diferenciado e restritivo à integralidade de acesso. Nos CIS, a conquista da credibilidade de compromissos necessária à estabilização do sistema de produção e distribuição de benefícios, sacrificou certos princípios do SUS. Na Pactuação Regional, tal sacrifício decorreu exatamente da incapacidade de fixar tal credibilidade nas interações entre entes governamentais. Ambos têm, portanto, virtudes e equívocos distintos, mesmo que em certa medida complementares⁹⁷.

⁹⁷ A superposição entre CIS e Pactuação Regional, a propósito, abrange a quase totalidade dos municípios consorciados do país e a maioria dos municípios mineiros. As implicações de participar simultaneamente de ambos arranjos, em comparação com os demais que não se encontram nessa condição, são pequenas. Não há incompatibilidade ou, em sentido contrário, algum efeito cumulativo “positivo” em fazê-lo: o fato de um município participar de um CIS onde é associado – destinando parte de suas receitas próprias para um provedor de serviços inter-municipal – não altera substantivamente o fato de que participe da pactuação junto a outros municípios de uma região de saúde para estabelecer referências no atendimento a procedimentos de média e alta complexidade, inclusive naqueles selecionados pelo CIS.

O QUADRO 3 abaixo permite um exame comparativo dos efeitos produzidos pelos dois arranjos sobre a realização dos atributos finalísticos de acesso assistencial preconizados pelo SUS. Nele tomamos como “espelho” os mesmos efeitos produzidos no período definido como municipalização autárquica, nos primeiros anos de implantação do SUS.

QUADRO 3

Efeitos sobre a realização dos atributos de acesso assistencial.

PADRÃO DE ACESSO ASSISTENCIAL (*)	ATRIBUTOS DE ACESSO ASSISTENCIAL		
	Universalidade	IGUALDADE	INTEGRALIDADE
MUNICIPALIZAÇÃO AUTÁRQUICA	Barreira de acesso para usuários “externos” ao município / serviço	Estratificação de acesso entre usuários “externos” e “internos”	Exclusão usuários “externos” do acesso a vários serviços assistenciais
CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE	Barreira de acesso a usuários “externos” aos municípios / CIS	Aproximação condições de acesso entre usuários “internos” CIS e destes frente aos municípios pólo	Exclusão dos usuários “internos” CIS a vários serviços de MAC (especialmente os não eletivos)
PACTUAÇÃO REGIONAL	Acesso aberto	Usuários “internos” com melhores condições de acesso que os “externos”	Dificuldade de acesso de usuários “externos” a várias modalidades assistenciais

(*) A denominação “externo” ou “interno” refere-se à referência geográfica do usuário em relação à sede do serviço ofertado.

No limite pode-se dizer que tende a padecer das deficiências de ambos: ainda que tenha garantido acesso a um segmento eletivo de procedimentos de média complexidade no CIS, isso não abarca a satisfação integral de suas necessidades de saúde de média e alta complexidade; ainda que tenha tomado parte na pactuação regional, está sujeito aos conflitos distributivos entre “exportadores” e “importadores” e à suas conseqüências.

Por fim a constatação de sub-otimalidade em políticas descentralizadas nos aproxima em certa medida, de Oates (1999), ao supor tal resultado como efeito das interações estratégicas entre agentes locais investidos de novas responsabilidades, redundando em distorções alocativas e ineficiências. Os casos aqui analisados convergem para essa suposição, porém depurando duas variáveis: produção de externalidades por decisões locais e assimetrias de controle sobre recursos substantivos. Mas, ainda assim, não julgamos que essa formulação possa ser tomada como constatação universal. Nossos resultados são pertinentes a um momento específico do caso SUS e não excluem a possibilidade de que se possa elucidar condições favoráveis à realização de ótimos sociais. O que sugerem, em grande medida, é que tais condições não passem pela suspensão de demandas auto-interessadas dos agentes implicados. Esse será o tema de nossa última investida neste trabalho.

Antes, porém, apresentamos considerações sobre supostas vantagens estratégicas que os dois arranjos analisados possam ter legado à esfera de governo estadual e federal que, diga-se de passagem, tiveram papel primordial na concepção e consolidação dos mesmos.

7.1.1. As esferas estadual e federal

Ainda que, sob as escolhas metodológicas efetuadas ao longo da condução deste trabalho, a análise das relações intergovernamentais verticais e os efeitos distributivos entre as diferentes esferas não tenha constituído como ponto chave

para o seu desenvolvimento, permanecendo, de certo modo, sub-explorada frente à ênfase nas relações horizontais, isso não corresponde ao juízo de que essa dimensão deva ser relevada ou desvalorizada. Pelo contrário, como destacado anteriormente, a formulação dos marcos institucionais ou normativos, a coordenação política ou o fomento financeiro e técnico que viabilizou os dois arranjos intergovernamentais que aqui abordamos, dependeram intimamente de decisões tomadas nas esferas federal e estadual. Diante disso, entende-se como de utilidade exploratória o esforço de postular repercussões estratégicas que ambos os arranjos possam ter gerado para essas esferas.

Em primeiro lugar, a União se manteve relativamente indiferente ao papel desempenhado pelos CIS onde foram implantados, embora tenha constituído no grande pólo de onde partiu a formulação e a coordenação do projeto de regionalização assistencial, na qual teve lugar a Pactuação Regional. Concentrando majoritariamente recursos informacionais, amplos poderes normativos e a parcela mais substantiva dos recursos utilizados na atenção à saúde em geral, fez do desenho das regras para a regionalização mais uma oportunidade de valer-se do poder indutivo das transferências intergovernamentais para conduzir o sistema nacional de saúde na direção da formação de redes solidárias onde municípios articulassem os recursos existentes em favor das regiões de saúde.

Diante das já mencionadas restrições do orçamento federal para o setor saúde – refletidas na defasagem da tabela SUS – a União beneficia-se da Pactuação

Regional na medida em que esse arranjo acomoda o *déficit* de metas físicas, diluindo-o entre os municípios, e que esses os redistribuam entre si, se possível compensando com recursos próprios as inevitáveis “perdas” de bem estar decorrentes de restrições de acesso, chegando a um equilíbrio relativamente estável onde assumam o ônus pelas mesmas. O grande trunfo dos dirigentes da esfera federal na arena eleitoral é capitalizar nacionalmente a implantação de projetos ou programas em que concedem incentivos e destinam recursos, chamando para si o bônus do seu sucesso sem, contudo, assumir o ônus do fracasso, na medida em que não entra diretamente na execução dos mesmos.

Quanto à esfera estadual, pôde-se perceber, neste trabalho, que as diferentes unidades da Federação entenderam os CIS de forma distinta quanto às oportunidades abertas pela sua implantação. Chamou atenção o papel ativo desempenhado por algumas dessas no sentido da sua implantação, provavelmente entendendo-os como oportunidade de desobrigação do incômodo ônus de viabilizar o acesso a serviços de referência regional, ao mesmo tempo em que conquistava um novo espaço de barganha eleitoral, agora constituído por agregados de municípios aglutinados em torno de serviços eletivos de alta visibilidade eleitoral.

Na Pactuação Regional, como já destacado anteriormente, seu papel foi mais dúbio. Concentrando prerrogativas de remanejamento dos tetos financeiros de municípios, bem como recursos informacionais e normativos, presumimos – embora esse aspecto não tenha sido explorado sistematicamente neste trabalho –

que possam ter ganhado em flexibilidade tática com a Pactuação Regional: ora ocupando, segundo seu interesse, o “vazio” de gestão deixado nos casos em que os municípios-sede ou pólo não eram habilitados em GPSM, o que pode ter lhes possibilitado acumular resíduos de recursos não utilizados do teto financeiro MAC sem assumir o desgaste direto pela defasagem da programação financeira; ora comportando-se efetivamente como coordenador do processo de regionalização, induzindo ou, até mesmo, exercendo poder coercitivo para que municípios se comportassem segundo sua conveniência; ora, ainda, valendo-se de suas prerrogativas para remanejamentos e alterações de teto para concessão de benefícios isolados aos aliados e retaliação aos adversários.

Portanto, do ponto de vista das posições relativas que as esferas federal e estadual vieram ocupar sob os múltiplos equilíbrios correspondentes aos arranjos institucionais abordados, presume-se que ambas tenham conquistado prerrogativas e ferramentas de barganha vantajosas em comparação com as aferidas sob a municipalização autárquica.

7.2. Políticas públicas descentralizadas com externalidades e assimetrias: “combinação explosiva?”

Por fim, poderíamos interpretar nossos achados como uma advertência ou como uma declaração de impossibilidade? A descentralização da gestão na implementação de políticas públicas conduziria à distorção de objetivos previamente definidos no plano nacional, caso associada à produção de

externalidades entre decisões locais e assimetrias de recursos? Diante dessas questões, nossa limitação ao contexto dos casos aqui analisados, quanto à produção do ótimo social preconizado no SUS, nos indica prudência diante de afirmações categóricas num ou noutro sentido. Não obstante, nos permitimos especular em torno delas com base na suposição de que, embora problemática do ponto de vista da coordenação intergovernamental, a combinação entre descentralização, externalidades e assimetrias possa ser compensada sob determinadas condições institucionais e procedimentais. Iniciaremos por algumas referências obrigatórias para pensar essas questões no âmbito do SUS, explorando suas possibilidades e limites, para ao final deduzir condições que poderiam favorecer o alcance do ótimo social idealizado.

Grosso modo, no que tange ao SUS, entendemos que essas referências se organizam em torno de duas condições de superação dos problemas de coordenação intergovernamental, considerando o sistema federativo brasileiro: de um lado, a utilização de incentivos financeiros federais como elemento indutor de escolhas consistentes nas esferas sub-nacionais; de outro, a formulação de contratos de cooperação horizontal diretamente estabelecidos entre entes locais⁹⁸.

Arretche (1996), analisando possibilidades de sucesso de políticas públicas descentralizadas no sistema federativo brasileiro e levando em conta a autonomia político-administrativa que reveste a esfera municipal, toma como ponto de partida

⁹⁸ Condições presentes, de certo modo, nas matrizes teóricas analisadas no capítulo 3 e nos arranjos analisados nesse trabalho.

um pressuposto com o qual comungamos neste trabalho⁹⁹, qual seja que “os benefícios políticos de oferecer o serviço (de saúde) representam um poderoso incentivo à municipalização” (p.10). A partir daí, reivindica que o sucesso de programas de descentralização, como no SUS, dependeria de uma combinação de condições de peso determinante entre as quais estaria a *capacidade fiscal e administrativa* para assumir as novas responsabilidades e a *cultura cívica local* pré-existente, desde que casados com a presença de *estratégias de indução* que possam compensar eventuais obstáculos locais à descentralização:

Vale dizer, dado que, em Estados federativos, a assunção de atribuições de gestão em políticas públicas depende da decisão soberana dos governos locais – salvo expressas imposições constitucionais – e dado que essa decisão é resultado de um cálculo dessas administrações quanto aos custos e benefícios nela implicados, a extensão da descentralização depende, em grande parte, da estrutura de incentivos associada a cada política particular. A existência de uma estratégia de indução eficientemente desenhada e implementada – o que supõe que o nível de governo interessado tenha disposição e meios econômicos e administrativos para tal – é um elemento central dessa estrutura de incentivos... (idem).

Conclui, daí, que tal estrutura de incentivos afetaria decisivamente o cálculo eleitoral de custo / benefício dos governos locais em favor de sua adesão, contrabalançando seu poder de veto (ARRETCHE, 2003) e promovendo as políticas oriundas da esfera federal. Esse argumento é também desenvolvido em outro trabalho da autora, comentando especialmente a aplicação de incentivos na

⁹⁹ Uma vez consistente com as premissas apresentadas ao final do capítulo 3.

área da saúde como condição necessária para o seu sucesso do ponto de vista da incorporação de instrumentos de gestão descentralizada:

A edição de portarias ministeriais tem sido o principal instrumento de coordenação das ações nacionais em saúde. Isto quer dizer que a principal arena de formulação da política nacional tem sido o próprio Poder Executivo e, marginalmente, o Congresso Nacional. O conteúdo dessas portarias consiste, em grande medida, em condicionar as transferências federais à adesão de Estados e municípios aos objetivos da política federal. Nas condições em que se reduza a incerteza quanto ao fluxo das transferências, tornando crível que essas serão efetivamente realizadas, aumenta exponencialmente a capacidade federal de coordenar as ações dos governos estaduais e municipais (p. 22).

Os ganhos produzidos por incentivos centrais também aparecem no trabalho de Abrucio & Soares (2001), porém como elementos potencialmente indutores de arranjos cooperativos no plano local, contribuindo para superar a fragmentação da gestão pública. Mas, a partir de reflexões sobre a experiência analisada – inserida no ABC Paulista – os autores discutiram a formação de redes federativas, reforçando laços regionais sem perda de autonomia e pluralismo e contrapondo-se ao federalismo competitivo e autárquico dos primeiros anos do Brasil Pós-Constitucional. E, nesse contexto, introduziram a segunda condição mencionada acima: a formação de consórcios intermunicipais como instrumentos legais para realização de interesses comuns no plano local. Porém, na identificação de obstáculos à sua disseminação, recorrem novamente à necessidade de incentivos institucional ao abordarem a falta de estímulo para formação de tais consórcios no quadro das regras vigentes.

Anos depois, Abrucio (2005) retornou à questão num contexto mais amplo, ao tratar do problema da “interdependência” e “coordenação das ações de níveis de governo autônomos” (p. 44) como aspecto chave para a compreensão da produção de políticas públicas numa estrutura federativa contemporânea. Entendendo as relações intergovernamentais, aqui, como uma combinação entre competição e cooperação, percebeu o equilíbrio entre ambas como meta a ser perseguida, sem que sejam impostas formas de participação conjuntas que, antes, deveriam resultar de mecanismos de parceria aprovados ou consentidos por todos os entes federativos:

O desafio é encontrar caminhos que permitam a melhor adequação entre competição e cooperação, procurando ressaltar seus aspectos positivos em detrimento dos negativos. Recorrendo mais uma vez à argumentação de Daniel Elazar: (...) todo sistema federal, para ser bem sucedido, deve desenvolver um equilíbrio adequado entre a cooperação e a competição e entre governo central e seus componentes (p.45).

Nesse trabalho, reforçou a importância de articular as duas condições – mecanismos de indução pela esfera de governo central e compartilhamento horizontal voluntário de políticas públicas entre entes locais – além de outras como “regras legais que obriguem os atores a compartilhar decisões e tarefas”, de “fóruns federativos com a participação dos próprios entes” e da “construção de uma cultura política¹⁰⁰ baseada no respeito mútuo e na negociação no plano

¹⁰⁰ Embora Abrucio não explicita exatamente nesse trabalho o que entende por cultura política, é provável que tenha em mente a controversa definição proposta por Putnam (2002).

intergovernamental” (p.46). Novamente, após mencionar casos de sucesso na utilização de incentivos federais sob o SUS – especialmente a criação do Piso de Atenção Básica ou PAB¹⁰¹, destacando seu efeito de equalização inter-regional e adesão dos municípios a práticas estratégicas na atenção básica – avaliou positivamente o crescimento vertiginoso dos CIS, mesmo esbarrando na sua incapacidade em atrair capitais estaduais e se estruturar em regiões metropolitanas. Por fim, arremata, mais uma vez, pensando conjuntamente as duas condições ao concluir que “... é preciso ter uma política de indução à criação dos consórcios na mesma linha do PAB” (p.60).

O questionamento das possibilidades de êxito das políticas públicas implantadas sob arranjos de cooperação intergovernamental induzidos pela esfera federal ou “constituídos espontaneamente”, tomando novamente o setor saúde como referência, também levou Rodrigues (2003) a uma posição relativamente otimista quanto ao sucesso de ambos. No primeiro caso, esse autor afirmou que as normas instituídas pelo SUS têm continuamente proposto incentivos para que municípios adotem soluções no incremento da oferta de serviços e, “por conseqüência, aos seus problemas de externalidades nesse setor, com a formatação de estruturas regionais voltadas à cooperação intermunicipal” (p. 316).

¹⁰¹ O PAB consiste no montante de recursos transferidos diretamente, do Fundo Nacional de Saúde, para os Fundos Municipais de Saúde ou, transitoriamente, para os Fundos Estaduais de Saúde. Destina-se a financiar as ações básicas de saúde desenvolvidas no primeiro nível de atenção à saúde no plano municipal. Divide-se em dois componentes: o PAB fixo e o variável. O primeiro consiste na parcela transferida por critério *per capita*, multiplicado por um fator que é ponderado por uma “cesta” de variáveis, entre as quais algumas de caráter redistributivo. Já o segundo, tido por Abrucio como “uma das invenções mais frutíferas do federalismo nos anos FHC”(p.59), correspondia a recursos repassados mediante adesão do município a estratégias consideradas estratégicas por parte do Ministério da Saúde como o Programa de Saúde da Família.

No caso da “cooperação intermunicipal espontânea” (onde insere os CIS), supõe que “internalizam-se as externalidades ao se regulamentarem formas de compensação financeira entre importadores e exportadores” (p. 306).

No contexto da implantação do SUS, essas referências apontam para a produção de movimentos táticos importantes a partir da materialização das duas condições: seja implementar ou ampliar serviços ou, ainda, para que entes da esfera municipal assumam responsabilidades de gestão numa escala nacional. Mas, se tomado como parâmetro de sucesso o ótimo social idealmente concebido na formulação dos princípios do SUS, as duas condições soam problemáticas diante de alguns elementos levantados neste trabalho.

Começando pela segunda condição – contratos horizontais diretamente negociados entre municípios – uma vez que partimos de uma prévia definição política quanto aos resultados ótimos a serem alcançados nacionalmente, as garantias de que os acordos firmados possam convergir nesse sentido são notadamente frágeis. No capítulo 2 já havíamos levantado objeções preliminares, ao ressaltarmos a inconsistência lógica entre o caráter contingencial dos CIS e o caráter compulsório dos direitos ao acesso universal, igualitário e integral à saúde, firmados no plano nacional. Entretanto, uma vez considerados os resultados apresentados no capítulo 5, tais ressalvas podem ser estendidas, inclusive, aos municípios consorciados, uma vez atentando para efeitos endógenos produzidos pelos CIS ao zelar pelo equilíbrio orçamentário da associação, cujos usuários seriam privados daqueles segmentos de serviços excluídos por serem

impermeáveis a tal controle. Portanto, em contextos como o do SUS, as formas consorciadas podem ser limitadas para convergir políticas descentralizadas para ótimos sociais, embora isso não queira dizer que o sejam em relação a outras políticas públicas em que exigências de optimalidade social não sejam tão específicas como no caso analisado.

Retornando à primeira condição – indução por via de incentivos financeiros – nos parece valioso, a princípio, recorrer a uma intervenção de Rodrigues (idem) acerca do seu significado:

Note-se que essa forma de condicionar o repasse de recursos financeiros à execução de ações padronizadas centralmente tem como referência uma relação contratual, em que o principal (contratante), com objetivos específicos, contrata agentes que devem implementar tais objetivos. Esses agentes tanto podem compartilhar os objetivos do principal quanto ter seus próprios objetivos, sendo induzidos a revelá-los. O principal procura assegurar que seus objetivos sejam atingidos através de condicionantes financeiros, instrumentalizando-os pelas transferências... Esse mecanismo de governança busca moldar e limitar as escolhas das elites políticas municipais e o comportamento das burocracias municipais (os contratados). No mínimo um relacionamento interessante, se não estranho, quando o atribuímos a entes federados que deveriam ser dotados de autonomia (p. 284).

É verdade que, para a garantia de determinados direitos ou políticas universais, a implantação de estruturas de incentivos desse tipo – tendo como alvo as esferas sub-nacionais – seja compensadora ou, talvez, até mesmo necessária, como também poderia sê-lo em certos casos a coerção legal ou, no limite, a centralização dessas responsabilidades. Porém o que está em jogo, na discussão

proposta por Rodrigues (idem) é de outra ordem: sem entrar no mérito dos objetivos substantivos envolvidos, a idealização da utilização de mecanismos de indução via transferências intergovernamentais verticais abre precedente para o incremento da concentração de poder no Executivo Federal, servindo “para o bem ou para o mal” ao anular freios e contrapesos constituídos para produzir algum equilíbrio nas relações de poder, como em qualquer Federação (TSEBELIS, 2002). Daí, seu potencial para desequilibrar o jogo em favor da União, ao neutralizar a possibilidade de barrar estratégias oportunistas daí oriundas.

Essa suspeição remete à objeção apresentada aos Mecanismos Incentivo-Compatíveis, no capítulo 3, quanto à adoção da premissa do planejador central altruísta e benevolente, uma vez que esse último também estaria sujeito a oportunismos de motivação eleitoral, especialmente sob condições de assimetria informacional, via de regra encontradas nas relações federativas verticais, o que justifica artifícios institucionais de contenção típicos das Federações.

No presente trabalho, os incentivos financeiros para atendimento às referências regionais implicaram claramente a descentralização de mais responsabilidades que recursos correspondentes ou, nos termos propostos por Rodrigues (2003) numa “contratação” dos entes locais para funções regionais pagando menos que os preços praticados no mercado. A transferência dos déficits financeiros da programação pactuada para esses últimos constitui flagrante transferência de ônus pelo governo federal, ao se desvencilhar de encargos de modo a repassar a dívida social aos novos encarregados. Portanto, sob relações assimétricas, as

esferas superiores gozam de vantagens estratégicas significativas sob o poder dos incentivos uma vez que, dentre os múltiplos equilíbrios possíveis sob a descentralização de políticas públicas, pode induzir o mais conveniente em detrimento da eficiência coletiva, uma vez não indiferente a ganhos próprios.

Outro aspecto digno de mérito nessa discussão decorre das reflexões de Oppeheimer & Frohlich (2003), mencionadas no capítulo 3. Ambos sugerem que o desenho de incentivos cumpre uma “função econômica” no alinhamento de interesses individuais aos de um grupo (ou interesses locais ao federal) ao dispensar custos inerentes à comunicação e deliberação na esfera política. Como subproduto, incentivos poderiam mitigar constrangimentos éticos ou normativos, normalmente emergentes no processo de deliberação acerca de regras e decisões nessa esfera. Ainda que tal constatação seja de base experimental, com sustentação empírica ainda frágil, as evidências que recolhemos no âmbito do SUS – especialmente os estratagemas adotados no caso da Pactuação Regional para que municípios pólo habilitados em GPSM acumulassem resíduos ou, pelos referenciados, para minimizar esforços na resolução de seus problemas de saúde – são consistentes com essa expectativa de comportamentos cínicos ou oportunistas diante de estruturas de incentivos¹⁰².

¹⁰² Avaliações do próprio Ministério da Saúde, nesse sentido, apontam para o caráter cartorial do atendimento à exigências amarradas aos incentivos como a elaboração de planos municipais de saúde ou relatórios de gestão, bem como aos reduzidos esforços dos municípios no sentido de monitorar e melhorar sua performance nos indicadores que compõem o Pacto de Indicadores da Atenção Básica.

Portanto, mesmo que úteis ou, até mesmo, necessários em inúmeras circunstâncias, as duas condições aqui discutidas se mostram insuficientes para a resolução de problemas de coordenação inter-governamental a ponto de promover um estado social com requerimentos logicamente tão restritivos como o ótimo de acesso preconizado pelo SUS.

Mas, a título de especulação, poder-se-ia exercitar a idéia de que problemas de coordenação decorram de perturbações da credibilidade dos compromissos de cooperação assumidos entre os entes governamentais em barganha. Tais perturbações decorreriam do reconhecimento recíproco desses agentes enquanto submetidos a certos atributos:

1. Que todos estão inseridos simultaneamente em dois jogos alinhados: o jogo de barganha nas relações intergovernamentais e o jogo do sucesso eleitoral em seus municípios;¹⁰³
2. Que todos atribuem peso preponderante ao segundo jogo na formação do *payoff* combinado das duas arenas;
3. Que todos sabem ou saberão, em algum momento, que os pontos de acordo possíveis detêm efeitos distributivos assimétricos sobre as respectivas arenas eleitorais dos jogadores.

¹⁰³ Ou seja, trata-se do alinhamento de dois jogos paralelos tal como descritos por Tsebelis (1998) como situações tipicamente encontradas na representação política, onde seus agentes envolvem-se em, no mínimo, dois jogos: o jogo de barganha entre lideranças (tal como ocorre na arena parlamentar) e o jogo entre liderança e bases no interior de um determinado universo de representação (tal como pode ocorrer na arena eleitoral ou na arena partidária).

A credibilidade dos compromissos assumidos seria abalada sempre que o reconhecimento recíproco da sujeição a esses atributos¹⁰⁴ - que introduz, por conseqüência, a proposição de que há um componente motivacional conflitivo quanto a cumprir ou não os acordos firmados entre agentes em barganha – se combinar com assimetrias de recursos e informações entre agentes. Sob tal condição, é grande a tentação e a probabilidade de descumprimento dos acordos ou que a deserção seja assumida como estratégia dominante¹⁰⁵. Nas palavras de Reis (2000, p. 102) o desafio das instituições e procedimentos da esfera política seria de “minimizar as externalidades que o comportamento de uns acarreta para os outros e de se alcançar, pelo menos nesse sentido, o bem coletivo”.

Nesse sentido parece conseqüente pensar que, talvez, a restauração da credibilidade de compromissos nas relações intergovernamentais requeira medidas que aprofundem o controle e disciplinamento no exercício dos poderes concentrados sob cada arranjo descentralizado, como equivalente do tema recorrente na história do pensamento político pertinente às exigências de controle dos governados sobre os poderes do governante (BOBBIO, 2001). Medidas que dêem transparência e potencializem o controle sobre as escolhas e regras adotadas pelos CIS diante dos princípios constitucionais de acesso assistencial ou

¹⁰⁴ Condição que implica em que um agente saiba que está sujeito a esses atributos, saiba que o interlocutor também sabe que está sujeito, mas que também ambos saibam que o outro sabe dessa, bem como ambos saibam que o outro sabe que eles sabem e assim sucessivamente. Essa condição e seus efeitos sociais são analisados no trabalho de CHWE (2001).

¹⁰⁵ Produzindo um Dilema do Prisioneiro, onde a deserção é estratégia que produz os melhores resultados para um jogador, não importa qual estratégia o outro escolha: se cooperar ou desertar.

que impeçam o uso em benefício próprio do poder de autorização de procedimentos pelos municípios pólo numa região de saúde.

A justificativa de base para construção dessas novas formas institucionais de controle seria, portanto, o reconhecimento de que, mesmo sob arranjos de cooperação inter-governamental, assimetrias de recursos e de informações potencializariam abusos de poder em benefício dos agentes em posição favorável. Nesse sentido, ao contrabalançar efeitos da sujeição a determinados atributos assumidos pelos agentes governamentais em barganha (jogos alinhados, premência da arena eleitoral e caráter distributivo dos resultados) e frear o ímpeto dos oportunismos eleitorais, poder-se-ia estabelecer um nível de credibilidade de compromissos capaz de incrementar ações coordenadas requeridas, principalmente no caso SUS. Seriam, essas, formas institucionais que limitariam poderes de agentes em posições “privilegiadas” do sistema como a do planejador central, do município que controla o processo autorizativo ou do que, além disso, gere os recursos destinados a serviços de abrangência regional. Formas que deveriam, ainda, privilegiar a transparência e o nivelamento informacional entre os agentes, envolvendo-os em estruturas dotadas de freios e contrapesos que permitam o controle recíproco e externo, antes que operando ao modo dos automatismos dos mercados ou incentivos federais.

Por fim, considerando tais requisitos e assumindo os riscos inerentes à formulação de especulações com poucas considerações operacionais, pensamos que, a princípio, pelo menos duas características poderiam ser incorporadas a uma forma

institucional concebida nesse sentido, para avançar na solução dos problemas de coordenação no âmbito do SUS.

Em primeiro lugar, a fim de minimizar “riscos morais” e limitar poderes de agentes em posições “privilegiadas”, instituídas sob a “divisão técnica do trabalho” que vigora sob o pacto federativo vigente no setor saúde, tanto em sentido vertical quanto horizontal, parece conveniente extensão, ao máximo possível, do compartilhamento de tarefas estratégicas entre entes governamentais.

No sentido vertical, tal compartilhamento poderia envolver as três esferas de governo na construção das normas e padrões e no planejamento não apenas no nível nacional, mas inclusive no regional, incluindo a condução e avaliação da execução dos pactos de modo a romper os termos atuais da divisão do trabalho entre planejador central e executor periférico. Sob essa última, pouco se pode fazer para restaurar a credibilidade de compromissos, uma vez que se concede, a um dos agentes envolvidos, a prerrogativa de elaborar regras por meio das quais pode se beneficiar em detrimento dos demais (Knight, 1998). Em sentido oposto, predispõe executores periféricos a comportamentos defensivos ou negligentes quanto a metas ou objetivos nacionais cuja concepção lhe é estranha. Nesse ponto, propostas como a organização de comissões intergestores tripartite no âmbito de cada unidade da federação, recentemente apresentadas por ocasião das discussões acerca do Pacto de Gestão, embora não aprovadas, poderiam ser valiosas. Porém, para ser efetivo, tal compartilhamento deveria ser combinado com estratégias que minimizem assimetrias entre as três esferas de governo –

seja do ponto de vista da dependência de recursos e de informação¹⁰⁶ - e compensem problemas de ação coletiva, especialmente relacionados à esfera municipal¹⁰⁷.

No sentido horizontal, tal compartilhamento significaria a co-gestão de “exportadores” e “importadores” de serviços em funções estratégicas de gestão como autorização e regulação do acesso assistencial, estabelecendo uma espécie de controle recíproco e restringindo possibilidades de que se possa usurpar de vantagens posicionais em benefício próprio. A propósito, embora tenha sido recentemente incluída entre as alternativas para gestão dos complexos reguladores do acesso assistencial sob o Pacto de Gestão, experiências de co-gestão nessas funções são ainda muito embrionárias, embora sua necessidade já tenha sido detectada por agentes que percebem a importância de que os interesses contrários dividam responsabilidades em funções de gestão críticas. O compartilhamento vertical potencializaria em muito os efeitos do horizontal, ao comprometer as demais esferas de governo também com essas funções.

Em segundo lugar, ainda que o referido compartilhamento tenha efeito equalizador do ponto de vista informacional, seria fundamental a adoção de procedimentos institucionalizados especificamente voltados para minimização das assimetrias

¹⁰⁶ Basta lembrar que a União é a guardiã dos recursos transferidos para estados e, principalmente, municípios, profundamente dependentes dos mesmos para que possam cumprir suas responsabilidades, além do que concentra toda a informação processada pelo SUS, bem como os recursos e quadros técnicos necessários para sua organização e interpretação.

¹⁰⁷ Tais problemas são dramáticos, dado que a representação da esfera municipal toma assento na CIT com óbvios problemas de coesão interna e mobilização dos mais de cinco mil e quinhentos municípios dos quais a representação da esfera federal e da esfera estadual, que vive o problema em escala bem menor, não padecem.

entre os entes dessas esferas, em especial entre os da esfera municipal. A transparência no monitoramento do cumprimento dos pactos e na aplicação de penalidades aos transgressores; a difusão da apropriação de custos acerca dos procedimentos pagos pela tabela SUS, explicitando déficits entre recursos e responsabilidades repassadas aos municípios, além de outras medidas, das quais o gestor federal e a maior parte dos estaduais têm se esquivado, certamente teriam um efeito reestruturante do ponto de vista da credibilidade de compromissos, principalmente se combinados a uma atuação vigilante dos órgãos de controle externo.

Considerando o caráter especulativo da discussão dessas duas medidas, outras certamente seriam necessárias para a restauração da credibilidade requerida pelas finalidades do SUS. No contexto da sua implementação, até mesmo os CIS ou incentivos federais poderiam ser pensados, porém enquanto complementos em casos específicos e não mais como eixos estruturantes. Além disso, a invenção de novas formas institucionais constitui apenas uma possibilidade, pois nada impede que estados sub-ótimos perdurem ou se alternem indefinidamente. Agentes beneficiados pelos arranjos abordados neste trabalho, ou outros que eventualmente possam emergir, certamente se oporiam a essa invenção diante dos os riscos de que retroajam para posições relativas desfavoráveis.

Desse modo, concluímos o percurso deste trabalho sob a sugestão de que, na ausência de rupturas com as regras atuais que tragam o problema das externalidades para a esfera da política, o atendimento simultâneo das duas

exigências sobre as quais o SUS se firmou será inócuo, visto que a realização de uma somente poderá se dar à custa do sacrifício da outra: ou se flexibilizam os princípios finalísticos da universalidade, equidade e integralidade em favor da preservação da gestão descentralizada de base municipal nos termos atuais, ou se abre mão dessa última em favor da possibilidade de realizar tais princípios.

ABSTRACT

The core objective of the present work is to answer to what extent the problem of inter-governmental coordination, arisen from the decentralization of the Brazilian public health policies, have effectively been overcome under institutional arrangements carried out for this purpose: the Inter-municipal Health Consortia and Regional Pact, brought about by federal incentives. We have taken as parameters for effectiveness the final objectives themselves, established nationwide by the “Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brazilian Single Health System) – universality, equity and integrality of the access – considering them the optimal attributes of ideal access to the public health assets. Its theoretical and methodological basis lies in the Rational Choice, or more precisely, in the Theory of Asymmetric Bargaining, having been chosen the strategy of triangulation of information about the effects produced by the two arrangements taking into account those parameters and afterwards, postulated mechanisms in each one of them. We have verified that the results obtained in both cases fell below the optimal level of ideal access established by the SUS, not for sporadic or external factors, but, for endogenous attributes, relevant to the institutional constitution of each one. In the case of the consortia, the requirement for budget stabilization of the association, maintaining its implicit mission of producing and distributing voting bonuses among the associates, has led to the creation of access barriers against the invasion of “voters” from other municipalities or defaulters, as well as to restrain the range of offered services, jeopardizing the universality and the integrality of the access to health assistance. In the case of the Regional Pact, the financial incentive mechanism established its own moral risks, once allocated, in the financial ceiling of the pertinent municipalities’ health assistance, the part corresponding to the assistance to their own or referred population, bringing about a distribution struggle between “exporters” and “importers” of services where complying with the pacts is concerned, and where each one tries to pass on to the other the burden of inadequate resources transferred under unclear circumstances and enforcement, causing discrimination of opportunities of the access which, in turn, restrains the equity and integrality. Finally, we have concluded that the contractual structure concerning each arrangement is inadequate to solve coordination issues which jeopardize the achievement of optimal access, and is unable to establish credibility in undertaking the responsibilities and liabilities among the federative entities, due to inevitable strains in the electoral arena they find themselves in as much as they do not consider the sole interest of their citizens in favor of the collective. Our final intuition is that such problems, once unsolvable in these terms, may only be minimized by means of institutional devices that favor their processing in the political grounds, very much beyond the market automatisms or the institutional bonuses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L. & SOARES, Márcia M. Redes federativas no Brasil: cooperação intermunicipal no Grande ABC. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. 236 p.

ABRUCIO, F. L., 2005. A Coordenação Federativa no Brasil: a experiência do Período FHC e os desafios do Governo Lula. Revista de Sociologia e Política. Curitiba, v. 24, p. 31-67, jun. 2005.

ANASTASIA, F. & MELO, C. R. Accountability, Representação e Estabilidade Política no Brasil in O Estado Numa Era de Reformas: Os Anos FHC - Parte 1/ Organizadores: Fernando Luiz Abrucio e Maria Rita Loureiro. – Brasília: MP, SEGES, 2002. 302p.

ANDRADE, L. O. M. SUS Pós NOB III: O SUS de Pacto de Gestão. Brasília, Jul. 2004, Disponível em <http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=1280&codPagina=1122> >. Acesso em 06 set. 2006.

ARRETCHE, M. T. S. Políticas Sociais no Brasil: descentralização e em um estado federativo. Paper apresentado no XXI Meeting of the Latin American Studies Association. Chicago, sep. 1996. 31 p.

_____. Financiamento Federal e Gestão Local de Políticas Sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, vol.8, no.2, p.331-345. 2003.

_____. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, abr. / jun. 2004.

BAHIA, G. O. M. Descentralização da saúde: situação da gestão estadual, “um retrato em preto e branco sem retoque”, 2002. 139 f. Dissertação (Mestrado de Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasília.

BANCO MUNDIAL. Avaliação dos Processos de Regulação Assistencial, Avaliação e Controle no SUS: relatório consolidado. Estudo elaborado por José Angelo Machado mediante Termo de Referência firmado junto ao Ministério da Saúde. Brasília: MS, 2006. 127 P.

BOBBIO, Norberto. A Teoria das Formas de Governo. Tradução: Sérgio Bath. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001. 183 p.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 in https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm
>Acesso em: 12 set. 2006.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>
>Acesso em: 12 set. 2006.

_____. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais da contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm
>Acesso em: 12 set. 2006.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: CNRS, 1986, p. 50

- _____. Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS, 1993, p. 42.
- _____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS 96, Brasília: Ministério da Saúde, 1997, 33 p.
- _____. O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 32 p.
- _____. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001 / Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS / 2001. Disponível em <<http://www.novohamburgo.rs.gov.br/sec/semsas/legislacao/noas.htm>> Acesso em 06 set. 2006.
- _____. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso – Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01 / 01 e Portaria MS / GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 114 p.
- _____. NOAS SUS 02 - Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 (atualizada em 27/09/04). Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 78 p.
- _____. Portaria 423, de 09 de julho de 2002. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-423.htm>>. Acesso em 06 set. 2006.
- _____. Reduzindo as Desigualdades e Ampliando o Acesso à Assistência à Saúde – 1998 / 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 280p.

_____. Portaria 2.023, de 23 de setembro de 2004. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2023.htm>>. Acesso em 06 set. 2006.

_____. XII Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 230 p.

_____. Lei de Responsabilidade Sanitária (texto disponibilizado para Consulta Pública com prazo para 30/08/2005). Brasília, 2005. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/respsanitaria/index.php?modulo=display&sub=dsp_lista_documento&area=1>. Acesso em 06 set. 2006.

_____, Coordenação Geral de Integração Programática – PDR por Estado. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/dad/CgalP/PDR/prd.htm>> Acesso em 22 jan. 2005.

_____, Documento Base para Discussão Tripartite do Pacto pela Saúde: documento elaborado pelo Ministério da saúde para discussão tripartite. Brasília: *mímeo*, 2005.

_____, Portaria 339, de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-339.htm>>. Acesso em 06 set. 2006.

BUCHANAN, J. The Coase Theorem and the Theory of the State in The Public Choice II, Org: James M. Buchanan & Robert D. Tollison. Michigan: The University of Michigan Press, 1999

CAMPOS, F. C.C. Gestão Intergovernamental e Financiamento do Sistema Único de Saúde: apontamentos para os gestores municipais in Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 344 p.

CHWE, M.S.Y. Rational Ritual: culture, coordination, and common knowledge. Princeton: Princeton University Press, 2001. 144 p.

CISMIP. Alteração Total do Estatuto Social do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Passos. Passos: mimeo, 2003. 15 p.

CISMISEL. Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Sete Lagoas – Estatuto: segunda alteração. Sete Lagoas: mimeo, 1999, 11 p.

_____. Relatório de Gestão 2003 / 2004. Sete Lagoas: CISMISEL, 2006, p. 67.

COASE, R. The Problem of Social Cost in Journal of Law and Economics, Chicago, v. 3, no. 1 pp. 1-44, The University of Chicago Press, 1960.

CONASS. Relatório da Oficina “Pacto de Gestão”. Ago. 2004. Disponível em <http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/Nota%20T%C3%A9cnica_CONASS_rel%C3%B3rio_oficina%20pacto%20de%20gest%C3%A3o.doc>. Acesso em 13 set. 2006.

CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS / CMB. SOS Santas Casas: informações consolidadas sobre a dramática situação das Santas Casas de Misericórdia e hospitais filantrópicos, ameaçados de fechar por falta de recursos financeiros. Brasília: CDN, 2005.

FARIA, C. A. P. & ROCHA, C. A. V. Cooperação Intermunicipal, Reterritorialização da Gestão Pública e Provisão de Bens e Serviços Sociais no Brasil Contemporâneo: a experiência dos Consórcios de Saúde de Minas Gerais. Cadernos metrópole, São Paulo, v. 11, p. 73-106, 2004.

FAVERET, A. C. S. C. A Vinculação Constitucional de Recursos para a Saúde: avanços, entraves e perspectivas in *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.8, nº 2, 2003.

FERNANDES, S. A Descentralização da Saúde que Temos e a que Queremos, jan. 2004. Disponível em <http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=36&codPagina=41> >. Acesso em 13 set. 2006.

FONT, J. et al. Intergovernmental Partnerships at the Local Level in Spain: mancomunidades and consortia in comparative perspective. Paris: OECD, 1999. 33 p.

FROHLICH N. & OPPENHEIMER, J. Optimal Policies and Socialy Oriented Behavior: some problematic effects of an incentive compatible device. *Public Choice*, v. 117, p. 273-293, 2003

GIBBONS, R. *Game Theory for Applied Economists*. Princeton: Princeton University Press, 1992. 267 p.

GÜNTER, Hartmut. Pesquisa Qualitativa *Versus* Pesquisa Quantitativa: esta é a questão? In *Psicologia: teoria e pesquisa*, vol. 22, nº 2, p. 201-210, 2006.

HAHN et ali, *Federalism and Regulation in Regulation Winter*. Washington, v. 26, nº 4, p.46-50. 2004, Disponível em <http://www.cato.org/pubs/regulation/regv26n4/v26n4-7.pdf>>. Acesso em 13 set. 2006.

HOLMSTROM, B. Moral Hazard in Teams. *Bell Journal of Economics*, Santa Monica, v. 13, 324-340, 1982

IBAM. Consórcios Intermunicipais in A Saúde no Município: Organização e Gestão. Rio de Janeiro: IBAM / UNICEF. 1991. 144 P.

INMAN, R.P. & RUBINFELD, D. L. Federalism in Encyclopedia of Law and Economics, Ghent, v. IX, p. 661-691. 1999. Disponível em <<http://encyclo.findlaw.com/9700book.pdf>> Acesso em 11 ago. 2004.

JOHNSON, J. How Not to Criticize Rational Choice Theory: pathologies of “Common Sense” in Philosophy of the Social Sciences. v. 26, n° 1, p. 77-91, 1996

_____. Conceptual Problems as Obstacles to Progress in Political Science: four decades of political culture research in Journal of Theoretical Politics. v. 15, n° 1, p. 87-115, 2003

JUNQUEIRA, A. T. M. et al. Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de São Paulo: situação atual. RAE – Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 39, n° 4, p. 85-96, 1999.

KEINERT, T. M. M. et al. Gestão Estratégica de Políticas Públicas pelos Governos Subnacionais: análise da experiência “municípios saudáveis” e “consórcios de saúde” no estado do Paraná in Relatório de Pesquisa – FGV/EASP, São Paulo, n° 20, p.1-85 2001. Disponível em <<http://www.eaesp.fgvsp.br/Interna.aspx?PagId=DLMJMMTJ&ID=24>> Acesso em 11 ago. 2004.

KNIGHT, J. Models, Interpretations and Theories: constructing explanations of institutional emergence and change in Explaining Social Institutions. Michigan: University of Michigan Press, 1995. 238 p.

_____. Institutions and Social Conflict. Cambridge: Cambridge University Press, 2001. p. 234.

- LIMA, A. P. G. & PASTRANA, R. Relatório de Pesquisa: Diagnóstico da Situação Atual de Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil, Brasília: OPAS, 2000. 38 p.
- LIMA, A. P. G. & PASTRANA, R. Relatório de Pesquisa: Perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Estado de Minas Gerais, Brasília: OPAS, 2000. 26 p.
- LIJPHART, A. Modelos de Democracia: desempenho e padrões de governo em 36 países. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2003. 389 p.
- LOEFFLER, E. Managing Accountability in Intergovernmental Partnerships. Paris: OECD, 1999. Disponível em <[www.PUMA/RD\(99\)/FINAL](http://www.PUMA/RD(99)/FINAL)>. Acesso em 11 ago. 2004.
- MCKELVEY, R.D. & PAGE, T. Taking the Coase Theorem Seriously in Economics and Philosophy. Cambridge, v. 15, p. 235-247, 1999.
- MENDES, E.V. Os Grandes Dilemas do SUS: tomo II. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 176 p.
- MILLER, G. & FALASCHETTI, D. Constraining Rational Choice: allocations vs. Efficiency and the origin commitment problems. 2001. 24p. Disponível em <<http://www.bsos.umd.edu/umccc/miller.pdf#search=%22miller%20falaschetti%20Constraining%20Rational%20Choice%22>> Acesso em 11 ago. 2004.
- MILLER, G. & HAMMOND, T. Why Politics is More Fundamental than Economics, Journal of Theoretical Politics, v. 6, n° 1, 5-26, 1994.

MINAS GERAIS / SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Componente Desenvolvimento de Consórcios Intermunicipais de Saúde. Belo Horizonte: SES / MG, 1996. 24 p.

_____. Consórcio Intermunicipal de Saúde. Belo Horizonte: SES / MG, 1997. 154 p.

_____. A Crise Hospitalar e o (Sub) Financiamento da Atenção Hospitalar do SUS em Minas Gerais – Nota Técnica nº 18/P. Belo Horizonte: mimeo, 2004. 12 p.

_____. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva e Eugênio Vilaça Mendes. Belo Horizonte, 2004. 80 p.

MISOCZKY, M. C. A. Consórcios intermunicipais de saúde: o falso dilema entre o público e o privado. In: 22º E.N.A.M.P.A.D. - Área de Administração, 1998. Anais do 22º E.N.A.M.P.A.D, 1998. Disponível em <[http://www.anpad.org.br/enanpad98 trabsel ap.html](http://www.anpad.org.br/enanpad98/trabsel_ap.html)>. Acesso em Acesso em 11 ago. 2004.

MORROW, J. D. Game Theory for Political Scientists. Princeton: Princeton University Press, 1994. 376 p.

NACHMIAS C. F. & NACHMIAS, D. Research Methods in the Social Sciences. 6th ed. New York: Worth Publishers, 2000. 600 p.

NORTH, D. C. Institutions, Institutional Change and Economic Performance. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. 162 p.

O MOVIMENTO MUNICIPALISTA DA SAÚDE: A CONJUNTURA POLÍTICA E AS POLÍTICAS DE SAÚDE, Brasília, jun. 2004. Disponível em

<<http://conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServiço=1202>>. Acesso em 06 set. 2006

OATES, W. E. An Essay on Fiscal Federalism in Journal of Economic Literature. Pittsburgh, Vol.37, nº 3, sep. 1999. p. 1120-1149.

OLIVEIRA, J. A. A. & S.M.F. TEIXEIRA. (Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985, p.360.

OLIVEIRA, M. H. C.B. Pactos de Gestão: divisão de responsabilidades entre Estados e Municípios na descentralização in Gestão de sistemas de saúde / Célia Regina Pierantoni, Cid Manso M. Vianna (Org.). Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003. 389p.

OLSON JÚNIOR, M. The Logic of Collective Action : Public Goods and the Theory of Groups. New York : Schocken Books, 1968. 176 p.

OPESKIN, B. R. Mechanisms for Intergovernmental Relations in Federations. In International Social Science Journal. Malden, v. 53, nº 117, p. 129-138. 2001

PEREIRA, A. L. Por uma Nova Política de Regionalização para o SUS. Disponível em <<http://dtr2002.saude.gov.br/cooperasus/boletim/bv02/mat05.htm>> Acessado em: 01 jul. 2006.

PUTNAM, R. Democracies in Flux: the evolution of social capital in contemporary society. Oxford: Oxford University Press, 2002. 538 p.

QUEIROZ, L. F. N. A Regionalização da Assistência à Saúde no Brasil: avanços e dificuldades na implantação da NOAS-SUS in Revista de Políticas Públicas e Gestão Governamental : Res Pvblica / Associação Nacional dos Especialistas

em Políticas Públicas e Gestão Governamental. Brasília, Ano 1, nº1, p. 9-36. set. 2002.

_____. Textos Normativos X Contextos Locais: estudo de caso sobre os dilemas do processo de descentralização da saúde in Gestão de sistemas de saúde / Célia Regina Pierantoni, Cid Manso M. Vianna (Org.). Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003. 389p.

RAGIN, C.C. Case Oriented Research and the Study of Social Action, in BLOSSFELD, H.P. & PREIN, G. Rational Choice Theory and Large-Scale Data Analysis, Boulder: Westview Press, 1998. 322 p.

REIS, F.W. Política e Racionalidade: problemas de teoria e método de uma sociologia crítica da política. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2000. 194 p.

RIBEIRO, J.M. & N.R. COSTA, Regionalização da Assistência à Saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde, in Planejamento e Políticas Públicas, Rio de Janeiro, nº 22, 173-220, dez. 2000.

RODRIGUES, A. A. Cooperação Intermunicipal no Âmbito do SUS, 2003. 316 p. Dissertação (Mestrado em Economia) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível no endereço <<http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/teses/usp/Rodrigues.pdf>>. Acessado em: 27 dez. 2004.

SANTOS, Lenir. SUS: contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde in RADIS (exclusivo para web), nº 49, 2006. Disponível no endereço <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/49/web-02.html>> Acessado em: 06 out. 2006.

SCHARPF, F. W. Games Real Actors Play: actor-centered institucionalism in policy research. Boulder: Westview Press, 1997. 336 p.

_____. Notes Toward a Theory of Multilevel Governing in Europe. Scandinavian Political Studies, v. 24, n° 1, 2001. 26 p.

SCHELLING, T. La Estrategia Del Conflicto. Madrid: Tecnos, 1964. 336 p.

SCHNEIDER, A. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro in PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 11. n° 2, p. 51-66, 2001.

SERRA, J. & AFONSO, J. R. Federalismo Fiscal à Brasileira: algumas reflexões. Revista do BNDES, Rio de Janeiro, v. 6, n° 12, p. 12-32, 1999.

SILVA, F. V. N. Considerações sobre a Judicialização do Acesso à Saúde, 2005, 26 p. Monografia submetida à comissão julgadora do Prêmio Ajuris – Direitos Humanos – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas.

SOUZA, C. Federalismo e Conflitos Distributivos: disputa dos estados por recursos orçamentários federais. Dados – Revista de Ciências Sociais, vol. 46, n° 2, p. 345-384, 2003.

_____. Governos Locais e Gestão de Políticas Públicas Universais. São Paulo em Perspectiva. vol. 18, n. 2, p. 27 - 41, abr. / jun. 2004.

SOUZA, R. R. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo, 2002. 102 p. Dissertação (Mestrado de Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasília.

- _____. Redução das Desigualdades Regionais na Alocação dos Recursos Federais para a Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 8, nº 2, p. 449-460, 2003.
- STRALEN, C. J. van. *The Struggle over a National Health System: the movimento sanitário and health policy-making in Brazil*, 1996. 301 p. Tese de Doutorado. Faculteit Sociale, Wetenschappen Universiteit van Utrecht Utrecht.
- STROM, G. S. *The Logic of Lawmaking: a spatial theory approach*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1990. 139 p.
- TEIXEIRA, L. et al. *Incentivos em Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma abordagem da teoria de contratos*. Brasília: IPEA, 2002. 25 p.
- TSEBELIS, G. *Jogos Ocultos: escolha racional no campo da política comparada*. Trad. Luiz Paulo Rouanet. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.
- _____. *Veto Players: how political institutions work*. New York: Princeton University Press, 2002. 320 p.
- USHER, D. *The Coase Theorem is Tautological, Incoherent or Wrong*. *Economics Letters*. Kingston, v. 61, p. 3-11, 1998.
- VIANNA, A. L. D. et al. *Descentralização e Federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro*. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 7, nº 3, p. 493-507, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Estudo de casos e Escolha Racional

Justificamos aqui o recurso à metodologia de estudos de caso, onde nos reportamos aos contextos institucionais específicos em que emergiram os dois padrões de relações intergovernamentais sob o SUS: os CIS e a Pactuação Regional. Por meio dessa metodologia buscamos aferir, ou pelo menos postular, a violação de optimalidade social do acesso assistencial, bem como identificar condições relevantes para sua produção, construindo um desenho de pesquisa com abertura suficiente para capturar e discernir condições efetivamente necessárias daquelas secundárias ou contextuais na explicação de efeitos identificados.

Estudos de caso são recomendados para o conhecimento de eventos sociais em profundidade, favorecendo inferências bem fundamentadas sobre a ação social, seu contexto e seu sentido para os agentes (RAGIN, 1998). Considerando que a perspectiva da Escolha Racional enfatiza a idéia da compreensão da ação social como um recurso direcionado para a realização de fins sob determinados constrangimentos do ambiente social, coloca-se como mais um recurso metodológico passível de ser explorado.

São identificados por grande parte dos cientistas sociais sob o rótulo de estudos ou pesquisas com pequenos números, enquanto uma versão inferior de pesquisas ditas quantitativas¹⁰⁸, com grandes números ou extensivas. Tal visão, entretanto distorce o fato de que seja uma opção metodológica com ganhos e perdas como qualquer outra. Nesse sentido, estudos com grandes números podem apresentar vantagens como controlar fatores que garantam a representatividade da população por uma amostra, além de permitir níveis razoáveis de generalização. Mas, ao minimizarem o número de variáveis e adotar outros ajustes para uniformização dos instrumentos de pesquisa, tornando possível a comparação de um número muito grande de casos, acabam por basear-se em premissas homogeneizantes precárias sobre os mesmos, os contextos em que se inserem e seu processo de causação. De sua parte, estudos de caso podem apresentar garantias precárias de que as unidades analisadas sejam representativas do universo ou mesmo serem mais reservados quanto às suas generalizações. Não obstante permitem incluir um grande número de variáveis e relacionar aspectos estudados ao contexto em que foram produzidos, especialmente quando não se pode assumir a premissa da uni-causalidade em populações homogêneas (idem).

Sob esse último aspecto, sem abrir mão da noção de causalidade, estudos de caso assumem a complexidade causal como seu ponto de partida, remetendo a

¹⁰⁸ O destaque por hífen se deve ao fato de que consideramos problemática a dicotomia entre estudos empíricos quantitativos e qualitativos, uma vez que essa mesma tende a mascarar os problemas conceituais e cognitivos – eminentemente qualitativos – envolvidos na formulação de questões dos primeiros tipos de estudo, ao mesmo tempo que tende a mascarar aspectos quantitativos e formais envolvidos na construção de tipologias ou relacionamentos conceituais. Daí, incorporamos a proposição de Ragin (1998) ao distinguir estudos intensivos (muitas variáveis e contexto em poucos casos) e extensivos (poucas variáveis em muitos casos).

produção de eventos sociais a relações multi-variáveis onde condições são combinadas em cada caso para produzi-los. A comparação das combinações de condições na produção de eventos, em diferentes contextos, permite identificar o compartilhamento de algumas dessas, sugerindo aos investigadores a possibilidade de que atuem como condições necessárias, ainda que não suficientes.

Além disso, a pesquisa orientada por casos freqüentemente oferece a possibilidade de testar premissas ou afirmativas envolvendo preferências e recursos disponíveis para agentes sociais, ou seja, contribuindo para a construção de fundamentos mais sólidos para inferências sobre as razões da ação social, mesmo quando essa pareça inexplicável ou contra-intuitiva. Nesse sentido, mesmo considerando que agentes não possam ser tomados como auto-conscientes dos parâmetros e da estrutura do cálculo envolvido no processo de interação estratégica, ou ainda que não possam responder pelas suas razões ou objetivos diretamente, permitem ao pesquisador construir um retrato mediante inferências apoiadas sobre a triangulação de informações, articulando diferentes tipos de evidência disponíveis de forma a postular uma determinada representação de tais cálculos, razões ou objetivos (idem).

Nesses termos, presumimos que o recurso ao estudo de casos nos permita – sob uma combinação inicial de variáveis relevantes para a análise dos efeitos da *descentralização* da gestão no SUS, onde essa se articula às variáveis *externalidades entre escolhas políticas e assimetria de recursos entre entes locais*

(ver FIGURA 7, pág. 103) – investigar a natureza dos efeitos (elemento **C** da FIGURA 16, pág. 171) e as variáveis adicionalmente introduzidas sob cada um dos arranjos institucionais intergovernamentais (elementos **B1** e **B2**), comparando suas combinações específicas e, eventualmente, identificando condições compartilhadas por ambas.

Vale registrar que, ao assumir tal delimitação ou recorte diante do problema de pesquisa colocado, nossa ambição de generalização é precária, sendo as conclusões assumidas eventualmente atribuídas a contextos restritos onde vigorem combinações de condições similares às identificadas. Podemos inferir, daí, que dificilmente nosso estudo possa ter alguma utilidade para a compreensão dos efeitos ou resultados da descentralização de políticas públicas na ausência de externalidades entre escolhas políticas no plano local ou, ainda que na presença dessas, em situações de relativa simetria de recursos entre os entes governamentais locais. Entretanto, os efeitos aqui identificados e os modelos construídos para representar os mecanismos operando sob cada arranjo intergovernamental no SUS poderão se colocar como ponto de partida para a avaliação da descentralização de políticas públicas onde estejam presentes, simultaneamente, externalidades e assimetria de recursos entre os entes locais.

Além disso, a opção pela triangulação das fontes de informações relacionadas aos casos, mais que a incorporação de uma recomendação, se fez uma necessidade, diante da precária disponibilidade de dados de pesquisas “quantitativas” ou extensivas abrangendo os CIS ou o funcionamento da pactuação nas regiões de

saúde (ou suas subdivisões¹⁰⁹). Os poucos estudos identificados com tais características serviram como balizadores, mas foram complementados com outros de cunho mais analítico, além dos seguintes elementos:

- Entrevistas colhidas diretamente de atores chave no funcionamento de ambos arranjos;
- Declarações de atores chave em periódicos ou artigos publicados sob sua autoria;
- Documentos ou relatórios institucionais, especialmente aqueles que fixavam regras e parâmetros para interação, incluindo compartilhamento de custos e benefícios bem como eventuais cláusulas disciplinares;
- Análise de bancos de dados específicos, correspondentes a aspectos parciais da estrutura ou funcionamento de ambos.

O quadro abaixo detalha os principais elementos eleitos para o estudo de cada um dos arranjos intergovernamentais. Pelo mesmo, percebe-se que as fontes de informação apresentaram possibilidades de exploração distintas, conforme o tipo de arranjo a que se referiam. Além disso, por restrições de tempo e recursos financeiros, nossa abordagem direta se ateve a gestores municipais, dirigentes de consórcios e técnicos da Secretaria de Estado da Saúde Minas Gerais, o que a nosso ver não comprometeu inferências daí derivadas em função da triangulação

¹⁰⁹ Microrregiões ou Módulos Assistenciais.

com informações obtidas junto a outras fontes como documentos, consultores e técnicos do Ministério da Saúde ou entidades representativas de gestores do SUS no plano nacional, bem como documentos técnicos ou artigos escritos por atores sociais inseridos no contexto da direção de consórcios ou municípios de outros estados da Federação.

QUADRO

Fontes de informação para estudo de CIS e Pactuação Regional no SUS.

Fonte de informação	Consórcios intermunicipais de saúde	Pactuação Regional
Literatura disponível	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudos descritivos; ✓ Estudos de casos; ✓ Estudos analíticos; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudos analíticos;
Entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Secretários gerais de CIS¹¹⁰; ✓ Consultor jurídico de CIS; ✓ Presidente de entidade que congrega secretários gerais de CIS em Minas Gerais; ✓ Secretários Municipais de Saúde; ✓ Consultor de Secretaria de Estado da Saúde; ✓ Técnicos do Ministério da Saúde; ✓ Sanitaristas; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnicos do Ministério da Saúde; ✓ Dirigente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; ✓ Secretários Municipais de Saúde¹¹¹; ✓ Consultor de Secretaria de Estado da Saúde; ✓ Sanitaristas;
Periódicos / artigos com posicionamento dos atores	-	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Artigos publicados por técnicos das esferas de governo federal, estadual e municipal em meio eletrônico ou outras formas de publicações;
Documentos institucionais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Documentos do Ministério da Saúde; ✓ Documentos de diversas Secretarias de Estado da Saúde; ✓ Regimento interno, relatórios e outros documentos produzidos por CIS; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Portarias e Normas Operacionais do Ministério da Saúde; ✓ Resoluções e outros documentos normativos de Secretarias de Estado da Saúde; ✓ Versões preliminares ou documentos para discussão na Comissão Intergestores Triparte – CIT;
Bancos de dados parciais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Banco de dados sobre serviços ofertados pelos CIS em Minas Gerais. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Banco de dados sobre pactuação e execução de procedimentos de média complexidade hospitalar e de alta complexidade ambulatorial e hospitalar em Minas Gerais;

¹¹⁰ Foram abordados dirigentes de três (03) CIS, dois (02) dos quais sugeridos pelo consultor jurídico da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e um (01) escolhido aleatoriamente, em função de nossa presença ocasional no seu município. Entre os dois (02) sugeridos, um deles é também dirigente da entidade que congrega os Secretários Executivos de CIS de Minas Gerais.

¹¹¹ O critério utilizado foi abranger municípios “importadores” e “exportadores” de serviços, de diversos portes populacionais. Um deles era, também, Secretário Geral do CONASEMS.

ANEXOS

ANEXO A

ROTEIROS PARA ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA

Tipo 1 – Agentes envolvidos na organização dos CIS

Tipo 2 – Secretários Executivos de CIS

Tipo 3 – Gestores federais, estaduais ou de entidades representativas de gestores municipais

Tipo 4 – Gestores municipais

Tipo 1 – Agentes envolvidos na organização dos CIS

- 1) Na sua opinião, qual a grande contribuição dos consórcios intermunicipais de saúde à consolidação do SUS no Brasil?
- 2) Você consegue enxergar um PADRÃO quanto à maneira como nasce um consórcio?
 - 2.1. Escolha do prestador
 - 2.2. Elenco de procedimentos
 - 2.3. Preços
 - 2.3.1. AMB x SUS
 - 2.4. Critério cálculo montante a ser transferido por participante
 - 2.5. Remuneração do prestador (teto ou produção)
 - 2.6. Tipos de conflito:
 - 2.6.1. Entre municípios participantes
 - 2.6.2. Entre esses e a burocracia / prestadores
- 3) Burocracia dos consórcios e prestadores: superposição ou diferenciação?
- 4) Você consegue enxergar um PADRÃO quanto às formas de controle exercidas pelos municípios participantes sobre ambos?
 - 4.1. Avaliação custo real
 - 4.2. Repasses dos participantes
 - 4.3. Monitoramento agenda procedimentos X cotas de cada município participante
- 5) Você consegue enxergar um PADRÃO quanto aos procedimentos adotados em relação a:
 - 5.1. Inadimplência
 - 5.2. Sobre-demandas ou subutilização de procedimentos
- 6) Você consegue enxergar um PADRÃO quanto às conveniências e inconveniências em ser SEDE e ser SATÉLITE?
- 7) Você consegue enxergar um PADRÃO quanto a conflitos emergentes ao longo do funcionamento do consórcio
 - 7.1. Entre municípios participantes
 - 7.2. Entre esses e a burocracia / prestadores
- 8) Membros participantes tendem a mudar ou são relativamente estáveis?
- 9) Critérios de distribuição tendem a mudar ou são relativamente estáveis?
 - 9.1. Entre municípios participantes
 - 9.2. Entre esses e a burocracia / prestadores
- 10) Desvios de finalidade?
 - 10.1. Complementação de usuários
 - 10.2. Contratações (pessoal ou compras) à margem da legislação pública

Tipo 2 – Secretários Executivos de CIS

- 1) Na sua opinião, qual a grande contribuição dos consórcios intermunicipais de saúde à consolidação do SUS no Brasil?
- 2) Como nasceu o consórcio?
 - 2.1. Escolha do prestador
 - 2.2. Elenco de procedimentos
 - 2.3. Preços
 - 2.3.1. AMB x SUS
 - 2.4. Critério cálculo montante a ser transferido por participante
 - 2.5. Remuneração do prestador (teto ou produção)
 - 2.6. Tipos de conflito:
 - 2.6.1. Entre municípios participantes
 - 2.6.2. Entre esses e a burocracia / prestadores
- 3) Em que medida se aproximam ou se distanciam a estrutura administrativa dos consórcios e os prestadores de serviços?
- 4) Quais as formas de controle exercidas pelos municípios participantes sobre ambos?
 - 4.1. Avaliação custo real
 - 4.2. Repasses dos participantes
 - 4.3. Monitoramento agenda procedimentos X cotas de cada município participante
- 5) Quais os procedimentos adotados em relação a:
 - 5.1. Inadimplência
 - 5.2. Sobre-demandas ou subutilização de procedimentos
- 6) Na sua opinião, quais as conveniências e inconveniências em ser SEDE e ser SATÉLITE?
- 7) Que tipo de divergências normalmente surgem ao longo do funcionamento de um consórcio?
 - 7.1. Entre municípios participantes
 - 7.2. Entre esses e a burocracia / prestadores
- 8) Membros participantes tendem a mudar ou são relativamente estáveis num consórcio?
- 9) Critérios de distribuição tendem a mudar ou são relativamente estáveis num consórcio?
 - 9.1. Entre municípios participantes
 - 9.2. Entre esses e a burocracia / prestadores
- 10) Desvios de finalidade num consórcio?
 - 10.1. Complementação de usuários
 - 10.2. Contratações (pessoal ou compras) à margem da legislação pública

Tipo 3 – Gestores federais, estaduais ou de entidades representativas de gestores municipais

Sobre Consórcios Intermunicipais de Saúde

- 1) Na sua opinião, o que significaram os consórcios intermunicipais de saúde diante das necessidades de consolidação do SUS?
- 2) A seu ver, que interesses levam à constituição de um Consórcio Intermunicipal de Saúde?
- 3) A seu ver como se equilibram as relações de poder:
 - 3.1. Municípios satélite e sede
 - 3.2. Municípios participantes e burocracia do consórcio / prestador de serviços
- 4) Como você caracterizaria: como formas mais estáveis ou mais instáveis? A que atribui esta característica?
- 5) Tem informações sobre desvios de finalidade dos consórcios?

Sobre a Pactuação Regional

- 6) Como se chegou à conclusão que os municípios, espontaneamente ou de forma “ascendente” (NOB 96) não lograriam êxito em barganhar as referências para MAC?
- 7) O que se imaginou, nesse momento, que seria importante para que os municípios pólo aceitassem finalmente cumprir esse papel?
 - 7.1. Comparação entre responsabilidades e recursos transferidos
 - 7.2. excedentes importantes de recursos “MAC”
 - 7.3. equacionaram os compromissos pactuados (pela tabela SUS) para procedimentos que não consegue comprar (>’s que a tabela SUS)
- 8) Como as SES deveriam atuar e como vem atuando no sentido de garantir o processo de pactuação?
 - 8.1. Voluntarismo / cartorialismo
 - 8.2. Autoritária
 - 8.3. Democrática / conflito
- 9) De que ordem são as divergências que surgem entre municípios PÓLO e REFERENCIADOS? Porque? Tipologia?
- 10) Como caracterizar a participação no controle da execução por parte de:
 - 10.1. Município PÓLO
 - 10.2. Município REFERENCIADO
 - 10.3. SES
- 11) Você consegue enxergar um PADRÃO quanto a:
 - 11.1. Estabilidade / instabilidade dos pactos

- 11.2. “Custos” para rever pactuação
 - 11.3. Procedimentos adotados diante de sobre-demanda ou subutilização de procedimentos
 - 11.4. Procedimentos adotados diante do não cumprimento dos pactos firmados e quem toma a iniciativa / “custos” de aplicar penalidades
- 12) Você consegue enxergar um PADRÃO quanto às artimanhas utilizadas pelos MUNICÍPIOS PÓLO e REFERENCIADOS (oficiais/legais/formais e informais) no sentido de resguardar seus interesses?
 - 13) No processo houve clivagens políticas entre municípios PÓLO e REFERENCIADOS? Como refletiram nas entidades representativas dos Secretários Municipais de Saúde?
 - 14) Qual o futuro do pacto entre gestores considerando a estrutura federativa e a experiência acumulada nesses últimos anos?

Tipo 4 – Gestores municipais

- 1) O que a “regionalização” a partir da NOAS acrescentou de concreto, no caso de vocês, em relação à situação anterior?
- 2) Com relação ao papel que os municípios pólo passaram a desempenhar avalie:
 - 2.1.Responsabilidades frente aos recursos transferidos
 - 2.2.Utilização excedentes importantes de recursos “MAC”
 - 2.3.Forma de equacionamento dos compromissos pactuados (pela tabela SUS) para procedimentos que não consegue comprar (>'s que a tabela SUS)
- 3) Como a SES vem atuando no sentido de garantir o processo de pactuação?
 - 3.1.Voluntarismo / cartorialismo
 - 3.2.Autoritária
 - 3.3.Democrática / conflito
- 4) Que tipo de divergências que surgem entre municípios PÓLO e REFERENCIADOS? Porque acontecem?
- 5) Como é controlada a execução da distribuição de procedimentos entre os REFERENCIADOS e como?
- 6) Pactuação atual vem sendo mantida há quanto tempo? Mudanças recentes e em que situações?
 - 6.1.Rever pactuação é difícil ou fácil? Quais procedimentos devem ser adotados e depende do que?
 - 6.2.Procedimentos adotados diante de sobre-demanda ou subutilização de procedimentos
 - 6.3.Procedimentos adotados diante do não cumprimento dos pactos firmados e quem toma a iniciativa / “custos” de aplicar penalidades
- 7) Quais atitudes os MUNICÍPIOS PÓLO e REFERENCIADOS acabam tomando (oficiais/legais/formais e informais) no sentido de resguardar seus interesses?
- 8) Quais os convenientes e inconvenientes em ser MUNICÍPIO PÓLO e REFERENCIADO?