

## ENTRE A INÉRCIA INSTITUCIONAL E OS VIESES COMPORTAMENTAIS: DESAFIOS NA GESTÃO FINANCEIRA DA SAÚDE PÚBLICA EM BELÉM

Hinton Bentes

Universidade da Amazônia - UNAMA

[falecom@hintonbentes.com.br](mailto:falecom@hintonbentes.com.br)

Diego Mascarenhas

Universidade da Amazônia - UNAMA

[diegof.mascarenhas@gmail.com](mailto:diegof.mascarenhas@gmail.com)

**Resumo:** Este estudo analisa os desafios na gestão financeira da saúde pública em Belém, explorando como a inércia institucional e os vieses comportamentais impactam a alocação de recursos no CEREST e na Vigilância em Saúde. Combinando a Economia dos Custos de Transação (Williamson) e a Teoria Comportamental da Decisão (Kahneman), a pesquisa examina dados públicos (InvestSUS, SISMAC) e revisa a literatura recente (2015-2024) para identificar padrões de ineficiência. Os resultados revelam rigidez orçamentária, atrasos nos repasses (49,56% transferidos a outros entes) e concentração de gastos no final do ano (25% em dezembro), reforçando ciclos de má alocação. As implicações práticas incluem a necessidade de simplificação de processos, orçamentos flexíveis e intervenções comportamentais ("nudges") para mitigar vieses. Socialmente, a pesquisa destaca como melhorias na gestão financeira podem ampliar a equidade e a sustentabilidade do SUS na Amazônia. Original ao integrar perspectivas institucionais e comportamentais, o estudo contribui para debates sobre finanças públicas em contextos de escassez, ainda que limitado pela ausência de dados qualitativos diretos com gestores.

**Palavras-Chave:** Descentralização. eficiência orçamentária. Amazônia. políticas públicas

**Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS):** 3 – Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

## 1 INTRODUÇÃO

A gestão financeira no setor público de saúde opera em um ambiente complexo, marcado por recursos escassos, demandas crescentes e processos decisórios influenciados tanto por fatores racionais quanto comportamentais.

Quando as questões de saúde pública foram atreladas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU, ODS 3 “Saúde e bem-Estar” foi ultrapassado o conceito de que apenas a acumulação de capital, Boyer (1968), seria necessário para a sociedade, pois Dallabrida (2011) apresenta “a definição de desenvolvimento, ao ser diferenciado de crescimento econômico, traz implícita a ideia de transformação e de evolução, pelo fato de incorporar a noção de mudanças de estruturas econômicas, sociais, culturais e tecnológicas” (p.297).

Em Belém, capital do Pará, esse cenário se manifesta de forma crítica na operação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e da Vigilância em Saúde, onde a alocação de recursos enfrenta desafios estruturais e cognitivos que impactam diretamente a eficiência e a equidade dos serviços prestados.

Apesar das garantias constitucionais de financiamento adequado (BRASIL, 1988), o município sofre com alocação ineficiente de recursos, repasses atrasados e despesas crescentes, problemas que comprometem a qualidade do atendimento à população, assim este estudo parte do pressuposto de que as decisões orçamentárias em saúde pública não são puramente técnicas, mas sim processos institucionais permeados por incertezas, custos de transação e vieses comportamentais (Williamson, 1985; Kahneman, 2011).

A análise proposta busca responder à seguinte questão: “Como os aspectos racionais e comportamentais da gestão financeira influenciam a alocação de recursos no CEREST e na Vigilância em Saúde de Belém, e quais são as implicações para a sustentabilidade e eficácia desses serviços?”

A saúde pública na Amazônia enfrenta desafios únicos, combinando limitações orçamentárias crônicas, dificuldades logísticas e uma demanda por serviços de média e alta complexidade em crescimento, examinando transferências orçamentárias, despesas e seus impactos na prestação de serviços. Como argumenta Hood (1995), “a gestão financeira eficiente é a espinha dorsal da eficiência dos serviços públicos” (p. 94), mas, em Belém, as lacunas persistentes entre recursos alocados e executados revelam ineficiências sistêmicas.

Da mesma forma, Schick (1998) ressalta que “sem transparência e responsabilidade fiscal, o financiamento da saúde pública se torna um ciclo de desperdício e necessidades não atendidas” (p. 112) e essas perspectivas teóricas se alinham com a realidade de Belém, onde subfinanciamento e má gestão limitam o potencial pleno dos serviços de saúde.

Apesar dos avanços nacionais no financiamento da saúde (Piola et al., 2019), a execução em nível municipal ainda é problemática, visto que Mendes (2017) destaca que “a descentralização sem fiscalização orçamentária adequada gera disparidades no acesso à saúde” (p. 76), realidade evidente na infraestrutura precária da saúde pública em Belém.

Este estudo busca preencher uma lacuna crítica na literatura ao examinar as dinâmicas financeiras do CEREST e da Vigilância em Saúde em Belém, oferecendo subsídios para políticas públicas que otimizem a alocação de recursos e melhorem os resultados em saúde.

No caso de Belém, a gestão financeira do CEREST e da Vigilância em Saúde reflete aos custos de transação elevados na negociação entre diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal), gerando atrasos e ineficiências nos repasses (Williamson, 1985), além dos vieses comportamentais na alocação de recursos, como a aversão a perdas e a preferência pelo status quo, que limitam a inovação e a realocação estratégica de verbas (Kahneman & Tversky, 1979).

O que acaba desenvolvendo uma dependência de fluxos previsíveis de recursos, que, embora garantam certa estabilidade, podem levar à rigidez fiscal e à dificuldade de adaptação a novas demandas (North, 1990).

Para tanto, este artigo tem como objetivo analisar as dinâmicas financeiras do CEREST e da Vigilância em Saúde em Belém, considerando os padrões de repasse e execução orçamentária, os fatores institucionais e comportamentais que influenciam a tomada de decisão e as implicações para a sustentabilidade e eficácia dos serviços.

A análise se baseia em dados financeiros públicos e uma revisão crítica da literatura sobre Economia dos Custos de Transação (ECT) e Teoria Comportamental da Decisão (TCD).

Este estudo avança na literatura ao integrar a Economia Institucional e a Psicologia Comportamental na análise da gestão financeira em saúde pública, oferecendo recomendações para reduzir custos de transação nos repasses intergovernamentais, além de estratégias para mitigar vieses cognitivos na alocação de recursos apontando sugestões de diretrizes para uma gestão mais flexível e adaptativa em contextos de restrição orçamentária.

## **2. ECONOMIA DOS CUSTOS DE TRANSAÇÃO E COMPORTAMENTO DECISÓRIO NA GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE**

A análise da gestão financeira no setor público de saúde demanda uma abordagem teórica que combine perspectivas institucionais e comportamentais. Neste sentido, a integração entre a ECT e a TCD oferece um arcabouço analítico robusto para compreender os desafios específicos enfrentados pelo CEREST e pela Vigilância em Saúde em Belém.

### **2.1. Economia dos Custos de Transação na Gestão Pública**

Desenvolvida por Oliver Williamson a ECT fornece instrumentos conceituais fundamentais para analisar os arranjos institucionais que emergem como resposta aos custos envolvidos nas transações econômicas. Como destaca o autor, “as instituições surgem para reduzir incertezas, mas também introduzem custos que podem limitar a eficiência” (WILLIAMSON, 1985, p. 32).

Esta perspectiva é particularmente relevante para entender os desafios na alocação de recursos públicos em saúde, onde a complexidade dos processos decisórios e a multiplicidade de atores envolvidos criam um ambiente propício à emergência de custos transacionais elevados.

Os trabalhos mais recentes na área, como o de Williamson (2021), demonstram como “contratos incompletos são a regra, não a exceção, em ambientes complexos” (p. 18), o que ajuda a explicar as dificuldades enfrentadas na gestão de recursos em sistemas descentralizados de saúde. A aplicação deste referencial ao caso de Belém permite identificar como os arranjos institucionais atuais podem estar gerando ineficiências nos processos de repasse e execução orçamentária.

### **2.2. Comportamento Decisório em Contextos de Escassez**

Complementarmente, a Teoria Comportamental da Decisão, desenvolvida por Daniel Kahneman, ilumina os aspectos cognitivos que influenciam o processo de alocação de recursos, assim como observam Kahneman e Tversky (1979), “a tendência ao status quo é um dos maiores obstáculos para mudanças eficientes na alocação de recursos públicos” (p. 274), um fenômeno particularmente relevante em contextos de restrição orçamentária como o da saúde pública em Belém.

Os desenvolvimentos mais recentes desta teoria, apresentados em Kahneman (2022), destacam como “organizações replicam vieses individuais, criando culturas de risco excessivo ou imobilismo” (p. 112). Esta perspectiva é fundamental para compreender por que determinados padrões de alocação de recursos persistem mesmo quando se evidenciam como subótimos do ponto de vista da eficiência técnica.

### 2.3. Integração Teórica para Análise de Políticas Públicas

A conjugação destas duas perspectivas teóricas permite uma análise mais completa dos desafios enfrentados na gestão financeira da saúde pública em Belém. Por um lado, a ECT fornece as ferramentas para entender a estrutura institucional e os arranjos de governança que moldam os processos de alocação de recursos. Por outro, a TCD oferece insights sobre os fatores cognitivos que influenciam as decisões dos gestores públicos.

Esta integração é particularmente relevante quando consideramos a observação de North (2005) de que “instituições ineficientes persistem porque os custos da mudança superam os benefícios percebidos” (p. 52), tendo em vista que está assertiva ganha nova dimensão quando combinada com os achados da TCD sobre aversão a perdas e viés de status quo, ajudando a explicar a resistência a mudanças mesmo em contextos em que reformas são tecnicamente justificáveis.

### 2.4. Aplicação ao Contexto de Belém

A aplicação deste referencial integrado ao caso específico do CEREST e da Vigilância em Saúde em Belém permite identificar três níveis de análise complementares: a) Nível Institucional: Como os arranjos de governança atuais geram custos de coordenação institucional que impactam a eficiência na alocação de recursos; b) Nível Comportamental: Como os vieses cognitivos influenciam as decisões de alocação orçamentária; c) Nível Sistêmico: Como a interação entre estes fatores cria padrões persistentes de ineficiência.

Esta abordagem multidimensional permite superar as limitações de análises que consideram apenas um destes aspectos isoladamente, oferecendo um quadro analítico mais completo para entender e propor soluções para os desafios da gestão financeira na saúde pública.

Tabela 1: Quadro Comparativo das Teorias

| <b>Dimensão Analítica</b> | <b>Economia dos Custos de Transação</b>        | <b>Teoria Comportamental da Decisão</b>            |
|---------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Unidade de Análise        | Instituições e arranjos contratuais            | Processos cognitivos individuais e organizacionais |
| Pressupostos Chave        | Racionalidade limitada, oportunismo            | Heurísticas e vieses cognitivos                    |
| Aplicação ao Caso         | Análise dos mecanismos de repasse e governança | Compreensão dos padrões decisórios dos gestores    |

Fonte: Autores

A Tabela 1 sintetiza as contribuições complementares de cada abordagem teórica. Enquanto a ECT foca nas estruturas institucionais que moldam as transações, a TCD ilumina os processos psicológicos subjacentes às decisões. Esta complementaridade é essencial para a análise proposta, como demonstraremos na próxima seção através de exemplos concretos do contexto belenense.

Tabela 2: Aplicação Integrada das Teorias

| <b>Fenômeno Observado</b>   | <b>Explicação pela ECT</b>                    | <b>Explicação pela TCD</b>               | <b>Análise Integrada</b>                                   |
|-----------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Atrasos nos repasses        | Custos de coordenação entre níveis de governo | Aversão a perdas nos gestores municipais | Inércia institucional reforçada por vieses comportamentais |
| Padrões rígidos de alocação | Especificidade de ativos em saúde             | Viés de status quo                       | Armadilha de eficiência institucionalizada                 |

Fonte: Autores

A Tabela 2 demonstra como a integração teórica permite uma compreensão mais rica dos desafios práticos. Por exemplo, os atrasos nos repasses podem ser entendidos simultaneamente como resultado de custos transacionais elevados (ECT) e da aversão a perdas dos gestores (TCD). Esta dupla perspectiva é fundamental para desenvolver intervenções mais efetivas, que considerem tanto os aspectos estruturais quanto comportamentais do problema.

## 2.5. Contribuições para a Pesquisa e Políticas Públicas

A integração proposta oferece três contribuições principais para o estudo da gestão financeira em saúde pública: a) Diagnóstico mais preciso: Identifica simultaneamente barreiras institucionais e comportamentais à eficiência; b) Intervenções mais efetivas: Permite desenhar políticas que atuem em múltiplos níveis e c) Novas perspectivas analíticas: Amplia o entendimento sobre a persistência de ineficiências em sistemas públicos.

Como conclui North (1990), “as regras formais e informais moldam os incentivos e, consequentemente, os resultados econômicos” (p. 67), desta forma quando combinada com os insights da TCD sobre processos decisórios, esta perspectiva permite desenvolver estratégias mais sofisticadas para melhorar a alocação de recursos em saúde pública.

### 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia deste artigo combina pesquisa bibliográfica sistemática com análise documental de bases de dados governamentais, seguindo os princípios de Laurence Bardin (2016) para análise de conteúdo e Robert K. Yin (2018) para estudo de caso.

O objetivo central é analisar as implicações financeiras na gestão do CEREST e da Vigilância em Saúde em Belém, integrando evidências teóricas e empíricas de forma estruturada.

A revisão bibliográfica foi conduzida com três propósitos principais, sendo o de mapear os fundamentos teóricos que explicam os desafios na gestão financeira da saúde pública, com ênfase na ECT e na TCD, com isso se pretende identificar lacunas na literatura sobre financiamento da saúde em contextos municipais, especialmente na região amazônica e assim poder contextualizar os dados empíricos coletados do Painel InvestSUS (Ministério da Saúde), SISMAC (Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade).

A abordagem adotada permite uma análise crítica dos dados à luz das teorias selecionadas, seguindo a recomendação de Yin (2018) de que “estudos de caso devem integrar múltiplas fontes de evidência para aumentar a validade das conclusões” (p. 45).

Tanto a seleção e a delimitação das fontes bibliográficas seguiram critérios rigorosos para garantir relevância e atualidade, onde o período de publicação priorizado foram trabalhos publicados entre 2015 e 2024, com exceção de obras seminais (ex.: Williamson, 1985; Kahneman, 2011).

As bases de dados consultadas: SciELO, Scopus, Web of Science e Google Scholar, utilizando combinações de descritores como “*gestão financeira em saúde pública*”, “*custos de transação na saúde*” e “*comportamento decisório em políticas públicas*” e os critérios de inclusão foram necessariamente os artigos que abordassem financiamento da saúde em municípios brasileiros, os estudos que aplicassem ECT ou TCD em análises de políticas públicas e trabalhos com análises quantitativas ou qualitativas sobre repasses orçamentários e eficiência na saúde.

Excluíram-se estudos sem relação direta com o contexto brasileiro ou que não apresentassem metodologia clara, essa triagem seguiu o princípio de Bardin (2016) de que “a seleção de material deve ser guiada pela pertinência ao objeto de estudo” (p. 38).

Assim a análise dos textos selecionados foi realizada em três etapas, conforme Bardin (2016), onde a pré-análise veio com a leitura flutuante para identificar temas recorrentes,

como “atrasos nos repasses”, “rigidez orçamentária” e “vieses na alocação de recursos”, onde a exploração do material tivesse a codificação dos conteúdos em categorias temáticas, como os fatores institucionais (custos de transação, governança) e fatores comportamentais (aversão a perdas, viés de status quo).

Buscamos também a interpretação crítica onde houvesse a relação entre as categorias e os dados empíricos, buscando padrões explicativos identificando trechos como “a repetição de transações sob incerteza leva à preferência por arranjos conhecidos” (Williamson, 1996, p. 45) foram vinculados aos dados do SISMAC, que mostram alocações recorrentes para as mesmas rubricas, mesmo quando ineficientes.

Visando a integração com Estudo de Caso foi realizada a análise dos dados públicos, onde a pesquisa incorpora elementos de estudo de caso único (Yin, 2018), tendo Belém como unidade de análise, tendo a coleta de dados secundários através da extração de séries históricas (2023-2024) do Painel InvestSUS (repasses federais), SISMAC (limites financeiros), para que fosse possível a triangulação de dados de comparação entre os valores previstos x executados no orçamento da Vigilância em Saúde e identificar com isso a sazonalidade dos repasses e seu impacto na capacidade de gestão, sendo que para a análise de dados e geração do gráfico foi utilizado o programa estatístico R Studio.

Buscando assim analisar as discrepâncias e com isso a identificação de lacunas entre o planejado e o realizado, interpretadas à luz das teorias de ECT e TCD, pois Yin (2018) ressalta que “o estudo de caso permite explorar causalidades complexas em contextos reais” (p. 32), o que se aplica à análise dos gargalos financeiros em Belém.

Como afirma Bardin (2016), “a análise de conteúdo não se limita à descrição, mas avança para a interpretação crítica” (p. 50). Neste estudo, essa interpretação será fundamentada pela integração entre teoria e dados empíricos, oferecendo contribuições tanto acadêmicas quanto práticas para a gestão pública em saúde.

Apesar da triangulação entre InvestSUS (repasses federais), SISMAC (média e alta complexidade), os dados têm lacunas: (1) não capturam variáveis qualitativas e (2) a sazonalidade dos repasses, pode distorcer análises de eficiência anual, como alerta Yin (2018, p. 45), “estudos de caso devem reconhecer vieses inerentes às fontes secundárias”.

Com base na metodologia proposta, a análise dos dados revela três padrões críticos: (1) concentração de repasses no final do ano, (2) rigidez na alocação de recursos, e (3) discrepâncias entre planejado e executado. Esses achados serão interpretados à luz da ECT e da TCD,

destacando como fatores institucionais e comportamentais se reforçam mutuamente, onde demonstramos a metodologia da pesquisa.

O processo metodológico ocorre em quatro fases principais: (1) preparatória, com a definição do problema e revisão bibliográfica; (2) analítica, onde as fontes são filtradas, codificadas (segundo Bardin) e cruzadas com dados públicos; (3) interpretativa, que integra os achados às teorias de ECT e TCD; e (4) sintética, com a redação e validação final.

A análise de conteúdo dialoga constantemente com os dados empíricos, seguindo a abordagem de Yin para estudos de caso, onde a categorização de “rigidez orçamentária” é confrontada com os repasses do SISMAC, testando hipóteses derivadas das teorias.

Esse fluxo iterativo assegura que as conclusões emergem de múltiplas camadas de evidência, cumprindo o objetivo de produzir um artigo academicamente sólido e pragmaticamente relevante.

#### 4 CONCLUSÃO

A Tabela 3 revela um cenário marcado por padrões rígidos de alocação, uma vez que os atrasos nos repasses (49,56% transferidos a outros entes) refletem os custos de transação elevados (Williamson, 1985, p. 32), que surgem da complexidade dos arranjos federativos.

Essa ineficiência é agravada pelo *viés de status quo* (Kahneman, 2011, p. 45), que leva gestores a replicarem padrões históricos, mesmo quando ineficientes.

Tabela 3: Distribuição de Recursos da Vigilância em Saúde (2024)

| Indicador                                   | Valor (R\$)   | % do Total | Observações                                      |
|---------------------------------------------|---------------|------------|--------------------------------------------------|
| Valor total recebido                        | 41.341.055,07 | 100%       | -                                                |
| Média mensal                                | 530.013,53    | -          | -                                                |
| Saldo em conta                              | 19.277,42     | 0,05%      | Baixa liquidez disponível                        |
| Transferência aos entes federativos         | 20.487.293,60 | 49,56%     | Principal destino dos recursos                   |
| Incentivo financeiro a Estados e municípios | 6.650.222,06  | 16,09%     | -                                                |
| Incentivo financeiro a ações de vigilância  | 1.467.797,12  | 3,55%      | Valor relativamente baixo para ações específicas |
| Mês com maior repasse (Março)               | 3.564.770,77  | 8,62%      | -                                                |
| Mês com pico de repasses (Dezembro)         | 10.375.552,10 | 25,10%     | Múltiplos repasses idênticos (R\$ 66.666,66)     |

Fonte: Painel InvestSUS

Essa rigidez orçamentaria reflete que Williamson (2021) descreve como “contratos incompletos em ambientes complexos” (p.18), nos quais a falta de flexibilidade eleva a perpetuação de mecanismos ineficientes, a Tabela 3 mostra que 49,56% dos recursos são

automaticamente repassados a outros entes, um padrão que ilustra o incrementalismo (Lindblom, 1959), onde mudanças são mínimas para evitar conflitos.

Esse comportamento alinha-se à ‘aversão a perdas’ (Kahneman & Tversky, 1979): gestores preferem manter fluxos previsíveis, mesmo que ineficientes e a análise dos sistemas revela ainda que 25% dos repasses ocorrem em dezembro, um fenômeno que Easton (1965) classificaria como feedback negativo no ciclo político, onde a pressão por gastos no fim do ano distorce prioridades.

Por fim, a baixa alocação para ações específicas (3,55%) reflete a racionalidade limitada (Simon, 1947), já que gestores priorizam demandas imediatas (plantões) em detrimento de investimentos de longo prazo.

Buscando criar uma análise prática de possíveis intervenções comportamentais ("Nudges") para a Gestão Financeira no SUS, foi gerada a Tabela 4 que apresenta quatro exemplos de nudges aplicáveis à gestão financeira da saúde pública, com base nos princípios da Teoria Comportamental (Thaler & Sunstein, 2008) e adaptados ao contexto do SUS, considerando as particularidades regionais e institucionais discutidas por Bahia (2018), Gadelha (2018) e Campos (2007).

Essas intervenções visam mitigar vieses como a aversão a perdas, o status quo e a rigidez orçamentária, identificados no estudo.

Tabela 4. Exemplos de Nudges Comportamentais para Melhoria da Alocação de Recursos no SUS

| Nudge                               | Objetivo                                           | Mecanismo                                                                                      | Aplicação no Contexto do SUS                                                                 |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alertas automáticos para prazos     | Reduzir atrasos nos repasses                       | Envio de notificações eletrônicas quando recursos estão próximos do vencimento.                | Integrado ao SISMAC, alertando gestores municipais sobre prazos de execução (Bahia, 2018).   |
| Padronização de opções prioritárias | Combater o viés de status quo                      | Listar automaticamente rubricas críticas (ex.: vigilância epidemiológica) como "prioritárias". | Priorização de ações essenciais, alinhadas com as necessidades locais (Gadelha, 2018).       |
| Simplificação de formulários        | Reduzir custos de transação na prestação de contas | Formulários digitais pré-preenchidos com dados históricos.                                     | Agiliza processos burocráticos, liberando recursos para ações diretas (Bahia & Viana, 2017). |

|                              |                                        |                                                                                  |                                                                                          |
|------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ancoragem em metas realistas | Evitar sub ou superestimação de gastos | Definição de intervalos de gasto baseados em dados históricos e epidemiológicos. | Baseia-se em evidências, como propõe Gadelha (2018) para o Complexo Industrial da Saúde. |
|------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Adaptado de Thaler e Sunstein (2008) e John (2018).

Os nudges propostos alinham-se às críticas de Bahia (2018) sobre as desigualdades no acesso aos recursos, ao criar mecanismos que reduzem assimetrias informacionais e incentivam boas práticas, como o feedback comparativo entre municípios pode mitigar o "incrementalismo" (Kahneman & Tversky, 1979) ao expor ineficiências e promover transparência, princípio caro ao SUS (Campos, 2007).

Já a simplificação de formulários reduz custos de transação (Williamson, 1985), liberando capacidades gerenciais para prioridades locais, como defende Gadelha (2018) em sua abordagem sobre inovação na saúde pública, embora os nudges não resolvam problemas estruturais como o subfinanciamento crônico (Piola et al., 2019), eles oferecem soluções de baixo custo para melhorar a eficiência, especialmente em contextos de escassez.

A ancoragem em metas realistas, por exemplo, poderia evitar os picos de gastos em dezembro (25% dos repasses, conforme dados do estudo), problema que Bahia e Viana (2017) atribuem à descoordenação federativa. No entanto, como alerta Campos (2007), intervenções comportamentais devem ser complementadas por mudanças institucionais profundas, como a revisão dos modelos de financiamento, para garantir sustentabilidade.

Além disso, o baixo investimento em ações específicas de vigilância (3,55%) corrobora a tese de North (1990) sobre “instituições ineficientes que persistem devido aos custos da mudança” (p. 52), mantendo estruturas que não respondem às reais necessidades locais e a tabela 5 demonstra uma dependência estrutural de gastos previsíveis, como plantões extras (55% do total), que seguem lógicas operacionais cristalizadas e a repetição de valores padronizados evidencia a preferência pelo status quo (Kahneman, 2011), reduzindo a capacidade de adaptação a demandas emergentes.

Tabela 5: Despesas do CEREST Belém (2024)

| Categoria          | Valor (R\$) | % do Total | Maior Desembolso          | Menor Desembolso                              |
|--------------------|-------------|------------|---------------------------|-----------------------------------------------|
| Plantões Extras    | 684.300,00  | 55%        | R\$ 3.200,00 (HPSM/Nov)   | R\$ 640,00 (HPSM/Nov)                         |
| Programas Federais | 412.950,00  | 33%        | R\$ 43.200,00 (72xR\$600) | R\$ 19.800,00 (18xR\$19.800,00 (18xR\$ 1100)) |

|                                    |            |     |                              |                           |
|------------------------------------|------------|-----|------------------------------|---------------------------|
| Tratamento Fora de Domicílio (TFD) | 148.428,50 | 12% | R\$ 3.093,75 (Mem. 029/2024) | R\$ 74,25 (Mem. 029/2024) |
|------------------------------------|------------|-----|------------------------------|---------------------------|

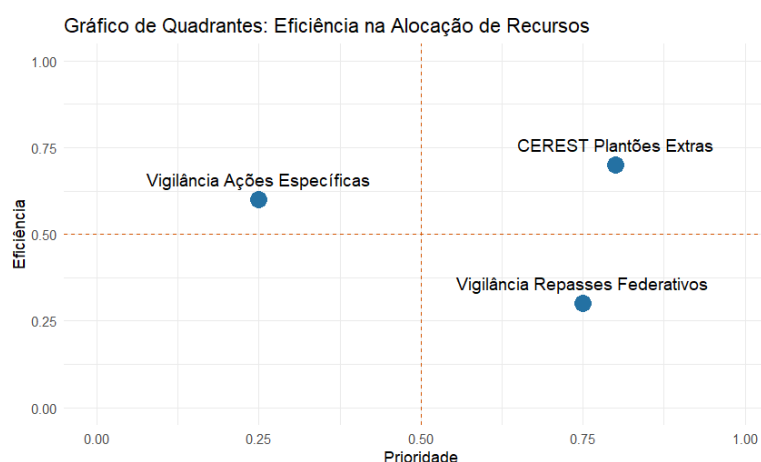
Fonte: Portaria GM 04922/2024

Os programas federais (33%) seguem modelos rígidos de incentivos, alinhando-se à noção de Williamson (1985) de que “arranjos conhecidos são preferidos em contextos incertos” (p. 32). Já o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), com apenas 12% de participação, exemplifica como prioridades secundárias são negligenciadas em sistemas com recursos limitados, um fenômeno que North (2005) atribui à “falta de incentivos para inovação” (p. 67).

O gráfico de quadrantes 1 posiciona os gastos em quatro quadrantes críticos, destacando contradições entre priorização e eficiência, onde “CEREST: Plantões Extras” (Quadrante 2) possui alta priorização (0.8) mas eficiência moderada (0.7), sugerindo que, apesar de essenciais, consomem recursos de forma pouco otimizada. Esse padrão reflete a aversão a mudanças (Kahneman & Tversky, 1979), onde práticas consolidadas persistem mesmo quando subótimas.

Já a “Vigilância: Ações Específicas” (Quadrante 4) tem baixa priorização (0.25) mas potencial de melhoria (0.6), indicando oportunidades negligenciadas devido a custos de coordenação institucional elevados (Williamson, 2021) para redesenhar fluxos orçamentários e a “Vigilância: Repasses Federativos” (Quadrante 1) combina alta priorização (0.75) com baixa eficiência (0.3), um paradoxo que North (1990) explicaria pela “*inércia das instituições*” (p. 67), onde mecanismos centralizados prevalecem mesmo sem resultados ideais.

Gráfico de Quadrantes 1. Eficiência na Alocação de Recursos



Fonte: Autores

Os dados quantitativos, quando lidos através das lentes da ECT e TCD, revelam um sistema aprisionado em ciclos de ineficiência como propostos nos custos transacionais impedem a reestruturação de fluxos, além dos vieses comportamentais perpetuam alocações tradicionais e a inércia institucional limita a inovação.

Essa tríade teórica não apenas explica os padrões observados, mas também aponta caminhos para intervenções, como a simplificação de processos (reduzindo custos de coordenação institucional) e o uso de *nudges* (combatendo vieses), que serão explorados na discussão.

## CONCLUSÃO

A gestão financeira da saúde pública em Belém expõe um quadro emblemático de rigidez orçamentária, práticas institucionais conservadoras e persistência de desigualdades regionais na oferta e distribuição de recursos (Bahia & Viana, 2017; Piola et al., 2019). Os dados evidenciam que 49,56% dos repasses da Vigilância em Saúde são transferidos automaticamente a outros entes, com picos de gastos no final do exercício fiscal — 25% só em dezembro — e concentração de despesas em plantões extras (55% das despesas do CEREST), ilustrando uma dinâmica de execução baseada no incrementalismo e aversão a perdas (Kahneman & Tversky, 1979; Williamson, 1985).

Estes achados empíricos corroboram a análise de Lenir Santos (2021), ao identificar o impacto da centralização normativa e dos mecanismos de financiamento na perpetuação de ciclos pouco responsivos à complexidade amazônica.

Teoricamente, este trabalho avança ao integrar a Economia dos Custos de Transação (ECT), enfatizada por Williamson (1985), à Teoria Comportamental da Decisão (TCD), conforme proposta por Kahneman (2011) e expandida internacionalmente por Thaler e Sunstein (2008) e John (2018).

Ao articular essas abordagens, revela-se como custos institucionais elevados e vieses comportamentais, como o status quo e a aversão ao risco, limitam a adaptação e inovação nos sistemas públicos de saúde (Gadelha, 2018; Bahia, 2018). Além disso, a produção social da saúde, contribuição de Gastão Wagner de Sousa Campos (2007), destaca a relevância dos

arranjos coletivos e do papel pedagógico do SUS, frequentemente negligenciado frente à predominância de lógicas burocráticas e financeiras.

A partir dessa análise, surgem implicações práticas relevantes: recomenda-se a flexibilização dos mecanismos de execução orçamentária, o fortalecimento de estratégias intergovernamentais baseadas em parcerias regionais e a adoção consciente de intervenções comportamentais — nudges — para mitigar decisões subótimas (Thaler & Sunstein, 2008; Santos, 2021). É imprescindível considerar políticas que promovam adaptação local, inovação e monitoramento descentralizado, especialmente em cenários de escassez e diversidade amazônica (Gadelha, 2018; Bahia & Viana, 2017).

Contudo, reconhece-se como limitação central a não realização de pesquisas qualitativas diretas com gestores e usuários, restringindo uma compreensão mais densa sobre as práticas e motivações subjacentes nas tomadas de decisão (Yin, 2018). Essa opção metodológica foi orientada por restrições institucionais e éticas, além do contexto pandêmico, elegendo fontes secundárias e a triangulação documental como estratégia para robustez analítica (relatórios de auditoria do TCU e do Ministério da Saúde). Este procedimento, embora limitante para captar nuances subjetivas, contribui para validar padrões recorrentes e tendências nos processos de alocação (Bardin, 2016).

Para agenda futura, propõe-se a combinação de métodos mistos, incorporando entrevistas e análise participativa, a testagem de nudges comportamentais em contextos amazônicos e a análise comparativa de modelos federativos inovadores que beneficiem regiões historicamente subfinanciadas.

Recomenda-se, ainda, aprofundar o diálogo com trabalhos críticos de Gadelha (2018), Campos (2007), Santos (2021) e Bahia & Viana (2017) visando potencializar políticas públicas orientadas para equidade, autonomia local e sustentabilidade do SUS, onde neste estudo buscou integrar pela primeira vez a Economia dos Custos de Transação e a Teoria Comportamental para analisar a saúde pública na Amazônia pois os contextos regionais exigem modelos específicos onde a realidade de Belém demanda ajustes nos modelos nacionais de financiamento, que ignoram particularidades locais.

## 5 REFERÊNCIAS

- Bahia, L. (2018). As desigualdades sociais no acesso a cuidados de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1721–1728. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>
- Bahia, L., & Viana, A. L. D. (2017). Desigualdades em saúde: regionalização e SUS. *Saúde em Debate*, 41, 113–128. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S309>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (4a ed.). São Paulo: Edições 70.
- Boyer, R. (1968). *La théorie de la régulation: une analyse critique*. Paris: La Découverte.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2024). *Painel InvestSUS*. Recuperado de <https://investsuspaíses.saude.gov.br/> (Acesso em 31 abr. 2025).
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2024). *Portaria GM 04922/2024*. Recuperado de <https://sismac.saude.gov.br/> (Acesso em 28 abr. 2025).
- Campos, G. W. S. (2007). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 319–326. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200005>
- Dallabrida, V. R. (2011). Economia, cultura e desenvolvimento: uma primeira aproximação sobre as origens teóricas da abordagem do tema. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*, 7(2). Recuperado de <https://www.rbgdr.net/revista/index.php/rbgdr/article/view/432> (Acesso em 8 mai. 2025).
- Gadelha, C. A. G. (2018). Desenvolvimento, inovação e saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1891–1902. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05372018>
- Hood, C. (1995). The "New Public Management" in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2–3), 93–109. [https://doi.org/10.1016/0361-3682\(93\)E0001-W](https://doi.org/10.1016/0361-3682(93)E0001-W)
- John, P. (2018). *Behavioural influence in public policy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kahneman, D. (2011). *Rápido e devagar: duas formas de pensar*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Kahneman, D. (2022). *Noise: A flaw in human judgment*. New York: Little, Brown Spark.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47(2), 263–291. <https://doi.org/10.2307/1914185>
- Lenir Santos. (2021). O SUS de ontem, de hoje e o que queremos para o amanhã. *Revista de Direito Sanitário*, 21(2), 34–48. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v21i2p34-48>
- Mendes, A. (2017). *Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo*. São Paulo: Hucitec.
- North, D. (1990). *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- North, D. (2005). *Understanding the process of economic change*. Princeton: Princeton University Press.
- Piola, S. F., Sá, E. L., Servo, L. M. S., & Paiva, A. B. (2019). *Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo*. Rio de Janeiro: IPEA.
- Schick, A. (1998). *A contemporary approach to public expenditure management*. Washington, DC: World Bank Institute.
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2008). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. New Haven: Yale University Press.
- Williamson, O. E. (1985). *The economic institutions of capitalism*. New York: Free Press.

- Williamson, O. E. (1996). *The mechanisms of governance*. Oxford: Oxford University Press.
- Williamson, O. E. (2021). Transaction cost economics: Recent developments. *Journal of Economic Literature*, 59(1), 3–73. <https://doi.org/10.1257/jel.20191495>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). Los Angeles: SAGE.