

Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil

Confronting health inequalities: impasses and
dilemmas in the regionalization process in Brazil

Enfrentándose a las desigualdades en salud:
impasses y dilemas del proceso de
regionalización en Brasil

Ana Luiza d'Ávila Viana ¹
Fabiola Lana Iozzi ²

doi: 10.1590/0102-311X00022519

Resumo

Este trabalho busca retratar o renovado papel das políticas regionais frente aos processos de reconfigurações territoriais na fase recente da globalização – predominantemente neoliberal. Objetiva, ainda, identificar alguns dos impasses que tais transformações – em suas múltiplas escalas e dimensões – trazem para o fortalecimento das políticas públicas voltadas para o enfrentamento das desigualdades em saúde no Brasil. Para alcançar essa discussão, o artigo traz, inicialmente, uma breve resenha dos traços característicos das reconfigurações territoriais atuais em um mundo em constante transformação, porém, orientado pela política neoliberal em suas múltiplas dimensões. Em seguida, discute as alterações nas formas de gestão local, ocorridas em países desenvolvidos. Mais à frente, o texto aponta mudanças territoriais no Brasil em anos recentes e, logo após, o debate se volta à agenda de reforma da regionalização da saúde e aos ciclos políticos de organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Por fim, são sistematizados alguns dos impasses da política de regionalização, com base em pesquisas recentes que tiveram como unidade de análise regiões de saúde brasileiras em diferentes macrorregiões do território nacional. Das questões encontradas, também fortalecidas pela literatura dedicada ao tema, observou-se que o par região e redes não teve seu fortalecimento amadurecido durante o processo de regionalização no Brasil. Continuar avançando em uma agenda de reformas – de modo a acionar a potência da diversidade do território e a coordenação diretiva da política nacional estratégica – deve ser tarefa da política pública de regionalização da saúde no Brasil.

*Regionalização; Desigualdades em Saúde; Sistema Único de Saúde;
Sistemas de Saúde; Política de Saúde*

Correspondência

F. L. Iozzi
Rua Dr. Albuquerque Lins 801, São Paulo, SP
01230-001, Brasil.
lanafabiola@gmail.com

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Consultora independente, São Paulo, Brasil.



Retratar as mudanças nos Estados nacionais no atual período da globalização e suas indissociáveis e particulares configurações espaciais é essencial para desvelar os impasses das políticas regionais e seu renovado papel neste processo. Da mesma forma, o contexto do neoliberalismo e da nova administração gerencial alterou os desenhos das políticas públicas e seu campo de atuação, trazendo mudanças na natureza da gestão, nas suas distintas escalas, em várias partes do mundo.

Sincronicamente, a política de saúde atravessou períodos de grandes transformações, impulsionada pelas modificações no perfil epidemiológico das populações, pelas reformas do Estado, pela política macroeconômica neoliberal e, ainda, pelas transformações decorrentes do avanço tecnológico e das inovações.

As reformas das políticas de saúde dos anos 2000, diferentemente das empreendidas em décadas anteriores, mudaram os modelos de assistência, a gestão e a regulação dos sistemas de saúde, com resultados variados conforme países e regiões. Mesmo sob esses impactos, as diretrizes da descentralização e da regionalização mantiveram sua força na agenda de mudanças de diferentes países, apesar de variações nos níveis de profundidade e de aderência, de significados variados e graus heterogêneos de autonomia local na gestão dos serviços e ações de saúde ^{1,2}.

As políticas regionais podem conformar um impulso positivo capaz de substanciar políticas públicas mais pertinentes territorialmente e mais combativas ante as várias desigualdades. Todavia, precisam superar os impasses e os dilemas do seu papel diante das recentes reconfigurações espaciais decorrentes do atual estágio da globalização e suas inerentes particularidades em cada lugar. Tais ações teriam reflexos também nas políticas de saúde ao alterarem as escalas (de provisão) e os fluxos da assistência à saúde.

Percorrer os traços desse amplo movimento de mudanças decorrentes do atual momento histórico, no Brasil, com suas confluências e divergências processuais, estrutura o pano de fundo desta narrativa. Diante desse contexto, identificar as transformações territoriais em suas múltiplas escalas e dimensões é um meio de fortalecer políticas públicas de superação das desigualdades perante um cenário neoliberal e de primazia da esfera financeira no processo de acumulação de capital, que ganha contornos cada vez mais austeros quanto mais periféricos são um país e um povo.

Mudanças nas relações espaciais no período neoliberal: ascensão da escala regional e enfraquecimento da escala nacional

A década de 1990 impeliu um novo ciclo de debates acerca da globalização que está longe de se encerrar. Ao contrário, ganha maior complexidade na medida em que o espaço mundial se reorganiza em novíssimas estruturas de produção, circulação e comunicação, indicando a constante necessidade de repensar escalas, atores e formas pelas quais o ideário neoliberal vem, efetivamente, reconfigurando espaços e reestruturando escalas e redes. Se pensar o processo de globalização a partir de seus constituintes econômicos, políticos e socioculturais já é tarefa intensa, sua dimensão espacial agrega mais uma complexa variável que, no entanto, mostra-se fundamental – especialmente no que toca este artigo – para se refletir sobre as políticas públicas e a necessidade de renovados arranjos político-institucionais e socioespaciais.

É extensa a literatura que contribui para o debate em torno dos aspectos ligados à territorialidade da globalização. Aportes críticos desse arranjo, como os de Milton Santos ³, Edward Soja ⁴ e David Harvey ⁵, são brevíssimos exemplos da diversidade de abordagens originais possíveis, tendo o espaço como centro da análise do capitalismo em sua fase atual – que avança de maneira desigual e combinada, como sustenta Neil Smith ⁶.

Contudo, não é objetivo deste trabalho trazer um panorama das variadas correntes teóricas que tratam dos diversos aspectos dos processos contemporâneos correspondentes à dimensão espacial do capitalismo. Exemplo importante de esforço em empreender um diálogo entre uma literatura crítica, majoritariamente europeia, com o pensamento latino-americano é a recente publicação de Brandão et al. ⁷, na qual são apresentados desafios de pesquisa norteados por uma economia política das escalas. Aqui, entretanto, perpassam-se contribuições pontuais de alguns autores que aprofundam o entendimento da globalização como reconfigurações territoriais tanto socioeconômicas como político-institucionais. Esse processo se desdobra em múltiplas escalas geográficas sobrepostas, promovendo, prin-

principalmente a partir da década de 1970, a descentralização da escala nacional e dando lugar a novas configurações territoriais em que as escalas sub e supranacionais adquirem cada vez mais centralidade ⁸. Tal pano de fundo estrutural contextualiza a discussão mais estrita – pretendida aqui – acerca do potencial papel da escala regional no sistema de saúde brasileiro e alguns de seus impasses atuais.

Avançando no delineamento desse pano de fundo, nota-se que a globalização, na sua fase contemporânea, abarca uma proliferação de escalas espaciais, sua relativa dissociação em intrincadas hierarquias e uma combinação cada vez mais complexa de estratégias, visto que as forças políticas e econômicas buscam as condições mais propícias para inserir-se nessa ordem mundial em constante mutação. Ainda que a escala nacional tenha perdido sua prevalência do pós-guerra, nenhuma outra escala de organização econômica e política (“global” ou “local”, “urbana” ou “triádica”) alcançou ascensão semelhante ⁹.

A multiplicidade e densidade das relações entre escalas, lugares e redes, conjuntamente com as alterações nos papéis da escala nacional diante dos processos de internacionalização e regionalização, apontam para a diminuição da hegemonia desta escala. Contudo, é evidente que tal processo não significa uma simples transferência de poderes para outras escalas, mas a identificação das novas atribuições que o Estado nacional assume na articulação e coordenação entre escalas e redes diante dessas novas dinâmicas ^{9,10}.

Segundo Dente ¹¹, o desgaste do poder dos Estados nacionais lhes confere novas aparências; e o processo de erosão observa-se a partir de três ângulos: para cima, a favor da dimensão internacional; para baixo, por meio da descentralização; e lateralmente, a favor das autoridades administrativas independentes. Pode-se, contudo, argumentar que as redes e as múltiplas escalas procedentes da atual fase da globalização trazem novos vetores em direções que transpassam essa linearidade.

Para além das formas de Estados federais e unitários, existem outras diferenças importantes que conformam a seletividade espacial das formas de Estado. Tais diferenças convergem para contextos de cooperação e/ou de competição entre autoridades locais e regionais, assim como para relações com o Estado territorial nacional e com as instituições trans e supranacionais. A reconfiguração espacial, portanto, é constituinte do processo de globalização. Se a mundialização borra as fronteiras dos espaços locais, ao mesmo tempo impõe uma ascensão do poder econômico e político das *coletividades territoriais*, quando estas estabelecem estreitos laços com o fenômeno da mundialização ¹².

A noção de coletividade territorial, como definida por Lapointe ¹², compreende tanto aquelas com o Poder Legislativo (o que o autor define como regionalismo ou regionalização política, que são figuras dos Estados europeus ditos regionais ou autonomistas), como são os casos da Itália e da Espanha, quanto os Estados descentralizados, porém unitários, como é o caso da França. Dessa forma, coletividade territorial é uma subdivisão política (a regionalização política) ou administrativa (a descentralização) de um Estado, dotada de competências próprias, com autonomia relativa, entendida como a faculdade de reger e gerir, nos quadros da lei vigente, parte importante dos negócios públicos ¹².

A ascensão do poder econômico das coletividades territoriais é fruto do poder econômico dos grandes grupos corporativos internacionais expostos a um grau nunca visto de liberdade empreendedora, usando de forma recorrente os territórios como vantagens concorrenciais. As fronteiras nacionais não são obstáculos, mas oportunidades, e os investimentos se repartem por diferentes territórios de diferentes Estados nacionais ¹².

Castells ¹³ coloca que as contradições presentes decorrem da formação de um mundo de redes que articulam as atividades estruturantes das sociedades em todos os âmbitos – a globalização consiste em uma *rede global de redes globais* pela qual se integram, por um lado, o essencial das finanças, da economia, da comunicação, do poder, da ciência e tecnologia, e, por outro, sobrevive uma imensa maioria de humanos, carentes de capacidade institucional de ação sobre os programas que governam ditas redes, cujo sentido de viver é proveniente de sistemas culturais específicos, construídos por uma experiência comum – seus lugares, suas línguas, suas culturas, suas histórias, seu grupo étnico, sua nação, sua religião.

A globalização, portanto, não deve ser apreendida como um processo binário – tal como o “global-nacional” ou o “global-local” –, mas, reconhecida como um fenômeno multiescalar, multitemporal e multicausal, em que a interação de lugares e escalas produz processos de múltiplas direções: de cima para baixo, de baixo para cima e transversais, rearranjando diferenças e complementariedades econômicas, políticas, culturais e socioespaciais, rearticulando diferentes escalas, lugares e redes ^{9,10}.

A dimensão multiescalar do neoliberalismo: mudanças na gestão das coletividades territoriais

O fenômeno da globalização intervém com força na organização, nos meios de ação, nos campos de intervenção, nas formas de gestão e no financiamento das coletividades territoriais, o que impõe mudanças distintas na área das políticas públicas – tanto setorialmente quanto espacialmente.

Lapointe ¹² realiza uma caracterização desse processo no plano local com base em uma extensa pesquisa documental e legislativa feita em alguns países europeus (França, Reino Unido, Itália e países nórdicos) e Canadá, procurando estabelecer um quadro referencial ante as políticas regionais da União Europeia. Argumenta o autor que, independentemente de serem sujeitos ativos ou reativos da globalização, as coletividades territoriais desses países põem em prática políticas públicas – de forma a cumprir com o exercício de competências atribuídas ou impostas pela regionalização política e pela descentralização. Essas ações estão bastante alinhadas com o aspecto ideológico do neoliberalismo e da reforma do Estado de cunho gerencial (ênfase nas ações custo-efetivas; estímulo às parcerias público-privadas; reforço das atividades regulatórias etc.).

O papel de principal agente executivo do desenvolvimento econômico local coloca as coletividades territoriais em uma posição central na relação Estado/mercado e com uma atuação estratégica para o favorecimento da ação das empresas privadas. Tal configuração representa contundente incentivo para que essas empresas assumam a oferta de vários serviços públicos (transporte, toda a gama de serviços de infraestrutura urbana, atividades sociais, de comunicação, entre tantas outras), por meio de expedientes jurídicos – por exemplo, a outorga de serviços públicos, contratos e parcerias público-privadas, entre outros meios criados para a tarefa de substituir a provisão pública pela oferta privada ¹².

Bischir ¹⁴, dialogando com a discussão europeia acerca do conceito de governança multinível nas políticas sociais, expõe que disputas em torno de políticas e de espaços a serem ocupados por atores públicos e privados ocorrem especialmente na escala local. Entretanto, essas disputas também precisam ser analisadas com base na combinação entre a regulação do nível central e o grau específico de autonomia local. Este, por sua vez, é o lócus por meio do qual podem ser visualizadas as diversas direções para onde apontam as disputas de naturezas distintas que ali se desenvolvem, assim como os dilemas entre os diferentes níveis de governo e de atores (estatais e não estatais).

Caso esse cenário aconteça com força nos países desenvolvidos – especialmente europeus – as nações pobres e em desenvolvimento não estarão à margem dessas transformações nem isentas de sua grande força difusora no campo das políticas públicas.

Pode-se argumentar que a neoliberalização tende a convergir para a reestruturação do Estado na direção de uma governança multinível em disputa – mas majoritariamente pró-mercado – com origem em múltiplos espaços, escalas e redes ¹⁵.

Em suma, as mudanças brevemente ilustradas acima implicam uma concepção relacional dos lugares e, somente encontrando a combinação de diferentes lógicas – no espaço e no tempo – e sua respectiva extensão, é possível aproximar-se da escala que melhor manifesta a dinâmica em análise.

Brasil no cenário de reescalonamento neoliberal: escala regional e impasses institucionais

A noção de escala regional traz consigo conceitos com amplas e distintas definições e usos ao longo da história. Mas para este debate é suficiente apreender o seu sentido amplo, isto é, um sistema de ações e de objetos manifestando-se de forma indissociável em um certo tempo e em determinado espaço, e não simplesmente um sistema institucional ou organizacional ^{3,16,17}. Somente apreciando a conjunção de distintos fenômenos em um território pode-se perseguir o entendimento da escala e sua importância.

Analisar uma região inclui examinar os recortes mais adequados para captar as diferenciações no espaço. Para explicar a região e os processos que a constituem, é preciso selecionar os espaços na escala em que os fenômenos são percebidos e mais bem observados, isto é, examiná-los de acordo com as escalas que representem a apreensão de suas realidades ¹⁸.

Nesse contexto, espera-se que o uso de diferentes escalas incorpore densidade e diversidade de processos sociais, econômicos e políticos, assim como tendências de transformação, fluxos e redes promovidas pelo Estado, sociedade, agentes privados, entre outros. Daí a importância de conhecer as redes e os fluxos perante um mundo em movimento^{18,19}.

Parece que vai nesse sentido a proposta de Monteiro Neto et al.²⁰ quando argumentam que as análises regionais ainda não apreenderam as diversas naturezas das transformações pelas quais o Brasil passou recentemente. Os autores também questionam “*se as políticas públicas em discussão ou implementação estariam baseadas em concepções mais ou menos aderentes às especificidades regionais do quadro territorial em mutação*”²⁰ (p. 454).

A despeito de esforços governamentais recentes não se logrou uma articulação ampla e duradoura entre desenvolvimento econômico e social. Tampouco foram consolidadas políticas regionais efetivas para a diminuição da desigualdade socioespacial. Como aponta amplamente a literatura especializada, as políticas regionais implícitas foram bem mais virtuosas que as explícitas^{21,22,23}.

Diante do exposto, é possível que uma estratégia voltada para o desenvolvimento territorial integral que viabilize a integração intra e inter-regional envolva uma “*dinâmica multiescalarmente articulada, fundada em uma base de coalizão social e territorialmente alternativa. Nessa dinâmica, o desenvolvimento da conectividade regional e frações que consolidam as formas oxigenadoras de bottom up de base territorial devem se complementar com as formas de coordenação, ordenamento e fortaleza antifragmentadora próprias da lógica top down de base nacional*”²⁴ (p. 318).

As políticas sociais, a de saúde em particular, também acolhem o desafio da falta de integração escalar e institucional. O próximo item pretende discutir esse aspecto à luz de pesquisas recentes que se debruçaram sobre o processo de regionalização na saúde.

Dimensão territorial da política de saúde: novos desafios dos ciclos de organização do Sistema Único de Saúde

São diferentes os contextos políticos, econômicos e sociais dos dois ciclos de organização do Sistema Único de Saúde (SUS). No primeiro, há predomínio da descentralização de serviços, de profissionais e de algumas funções (administrativas e de regulação) para os municípios brasileiros. No segundo ciclo, há ênfase na construção de regiões e redes de assistência à saúde. O contexto político do primeiro ciclo foi inaugurado com a emergência de uma nova *Constituição Federal* de onde afloram os princípios e diretrizes do novo sistema e o início dos governos democráticos, com protagonismo de políticas neoliberais no comando da economia e uma agenda de política social voltada para a descentralização, nos anos 1990. Já as características do segundo ciclo são de hibridez, com continuidade de ordenamentos neoliberais na economia, com a volta da temática regional nas agendas econômicas e sociais (primeira e segunda décadas do século XXI)^{25,26}.

Estudos nacionais recentes realizados sobre a temática da regionalização, como os projetos Região e Redes (<http://www.resbr.net.br>), Saúde Amanhã (<http://www.saudeamanha.fiocruz.br>), Proadess (<http://proadess.icict.fiocruz.br>), Gestão Regional e Redes em São Paulo²⁷, evidenciam a importância da construção de novos elementos, de variáveis e de critérios para a conformação de um planejamento territorial na saúde. Esses estudos sinalizam que há ainda forte concentração de serviços e recursos em municípios-polo e que a configuração territorial atlântica (litoral do Sul, Sudeste e Nordeste) continua a concentrar a maior parte dos serviços e tecnologias.

Algumas políticas se destacaram com o intuito de responder aos problemas estruturais, entre as quais a de construção de novos equipamentos, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA)²⁸; a do Mais Médicos, com a intenção de ofertar maior quantidade de profissionais médicos, principalmente em territórios desassistidos, ao lado da expansão da oferta de cursos médicos²⁹; a do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)^{30,31}; ou a da própria expansão da provisão de medicamentos considerados essenciais, como o Programa Farmácia Popular, para ficar em alguns exemplos. Contudo, a marca dessas iniciativas pontuais são as características particulares, em lugar de um rigoroso planejamento territorial voltado para a construção de uma assistência integral e sistêmica da saúde no país.

Por isso, o processo de regionalização da saúde no Brasil se diferencia daqueles implantados nos países desenvolvidos, muito voltados para a construção de redes e sistemas de atenção integrados. Estudos internacionais sobre a temática da regionalização^{2,32} sinalizam que os países desenvolvidos estimulam formas de organização de sistemas de saúde com centralidade no paciente, capazes de responder aos desafios epidemiológicos e à melhor performance dos serviços. No Brasil, os problemas de natureza estrutural se sobrepõem a uma estrutura incompleta de equipamentos e especialidades (recursos humanos e tecnológicos) pelo território, trazendo para o primeiro plano a questão da equidade territorial como o maior desafio a ser enfrentado para a concretização da diretriz da integralidade no SUS.

Outro aspecto que sobrecarrega a agenda do processo de regionalização é o do empresariamento da oferta de serviços de saúde, típico dos últimos anos. Essa forma jurídica dos contratos para a gestão de equipamentos se difundiu pelo país, de maneira a abarcar diferentes níveis de atenção. O peso dos segmentos institucionais sob a égide do direito privado apresentou maior crescimento em período recente (2005 a 2013), o que atesta que a gestão local no país também é caracterizada pela maior presença de atores privados no manejo de determinadas políticas, à semelhança do percurso internacional retratado na primeira parte deste artigo³³.

Além disso, estudos atuais mostram um relativo consenso sobre a baixa adesão de atores importantes ao tema, bem como a paralisia de iniciativas para o fomento dessa política pública nos planos federal e estadual, em períodos recentes. Uma explicação possível se deve à dificuldade de obter consensos nessa específica política pública, dado o seu alto grau de complexidade, que envolve condicionantes como: desigualdade na distribuição espacial de equipamentos, insumos e tecnologias, e pouca disponibilidade de recursos humanos e financeiros; dificuldades de integração regional das políticas públicas e das ações do Estado nos diversos campos da atenção à saúde; e a diversidade de agentes (governamentais e não governamentais, públicos e privados) que participam da gestão e prestação de serviços no território^{18,34,35}.

O contexto de crise política, institucional e econômica do período recente (pós-2015) criou barreiras para a interlocução entre atores da política setorial e intersetorial, dificultando a criação de propostas conjuntas de concretização dos princípios fundantes do SUS. Sobrevivem algumas iniciativas comandadas pela gestão estadual ou de municípios-polo a favor de um maior adensamento dos desenhos regionais e de parcerias para (melhor) definição dos fluxos de pacientes e sua regulação nos territórios regionais. Mas em todo o território nacional são ações escassas e temporárias (não permanentes e irregulares).

As políticas recentes federais e estaduais posicionadas a favor da emergência de um sistema operado no formato redes colocaram o Brasil na posição de (alguma) contemporaneidade com o perfil internacional, ao definir que a organização da assistência dentro dos sistemas de saúde seria operada pelas redes (<http://www.resbr.net.br>), visando à construção de sistemas integrados de saúde^{36,37,38}.

Assinale-se que as redes passam a ser portadoras de uma nova lógica de gestão e organização dos serviços de saúde, podendo facilitar a integração do ponto de vista territorial ou fragmentar ainda mais o sistema na região. Apontam-se aqui ao menos dois fatores, interligados, propulsores desse desalinhamento: a desarticulação entre as redes temáticas (não funcionando sistemicamente) e a falta de um protagonismo público na condução dessa integração²⁷.

Um novo ciclo político de organização do SUS requer novos instrumentos, que não fizeram parte do arcabouço teórico de propostas do ciclo precedente. Por exemplo, o maior entendimento das redes e da complexidade urbana, com base em análises multiescalares, dada a grande interdependência entre os espaços urbanos, periurbanos e rurais. Outros elementos, cuja inclusão também é necessária, são: (a) uma visão integrada de sistemas de saúde e determinantes socioespaciais, com intervenções intersetoriais de diferentes tipos operadas por uma multiplicidade de agentes e instituições; (b) definição dos padrões de contratualização entre público e público e entre público e privado, dado o acelerado processo de empresariamento da assistência do setor público; (c) introdução de um novo paradigma tecnológico, uma vez que conectividade, integração e regulação pressupõem o uso de forma intensiva de novos dispositivos e plataformas, como telessaúde, relacionados com as desigualdades territoriais de tecnologias e profissionais; (d) novos e complexos contornos da regulação, não só a clássica regulação do acesso, mas a regulação de profissionais e prestadores (serviços), regulação assistencial ou do cuidado, e novos instrumentos que avancem na regulação da qualidade e segurança da assistência³⁸.

Pensando uma agenda de reforma para um novo ciclo de regionalização do SUS

Os entraves e desafios postos para a política de regionalização da saúde no Brasil são de diferentes ordens e distintas naturezas, guardando extrema complexidade. Com base em pesquisas recentes ²⁷ (<http://www.resbr.net.br>), que tiveram como unidades de análise as regiões de saúde, foram identificadas cinco questões de grande impacto na implementação do par região e redes. Certamente, tais impasses podem ser desdobrados em outros, assim como os respectivos caminhos possíveis para mitigá-los. Contudo, o objetivo, aqui, é colocar em discussão os principais resultados dessas pesquisas e dar continuidade ao debate ainda urgente que tais questões projetam para o enfrentamento das desigualdades no Brasil.

Agrega-se a essas questões um desafio transversal e estrutural que diz respeito à premência de um planejamento regional de natureza ampliada, capaz de reunir agentes estratégicos para o enfrentamento das históricas desigualdades territoriais que perpassam distintos aspectos da formação brasileira. Esse impasse traz consigo particularidades conjunturais, que ganham contornos pouco otimistas no sentido de alcançar um reformismo radical, orientado para a equidade e para a universalidade de bens públicos essenciais.

Contexto epidemiológico

A mudança do modelo de assistência é um imperativo do novo perfil epidemiológico da população brasileira, ao lado do envelhecimento acelerado, do processo de urbanização intenso, e da crescente desigualdade no acesso a bens e serviços dos últimos anos. A transição das condições de saúde agudas para crônicas não é um processo linear e apresenta um cenário de superposição de problemas de saúde com distintos determinantes ³⁹.

Destacam-se, no que se refere ao contexto epidemiológico, as importantes diferenças entre as macrorregiões brasileiras, relacionadas com os distintos perfis demográficos, condições socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde e prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) ³⁹ (<https://saudeamanha.fiocruz.br>). Esse contexto de desigualdade proporciona que grande parte das regiões de saúde sofra com insuficiências na oferta de serviços e dificuldades na articulação dos serviços referentes às condições crônicas. Assim, a consolidação das redes de atenção concernentes aos agravos crônicos é um fator preponderante e urgente para prover assistência à saúde de um número crescente de cidadãos. Além disso, a necessidade de articulação de vários pontos de distintas redes temáticas reforça a importância de ações intersetoriais para garantir a integralidade e a efetividade do cuidado ²⁷ (<http://www.resbr.net.br>).

Estrutura

Um segundo impasse refere-se aos entraves colocados pela estrutura insuficiente de recursos de várias ordens: físicos, financeiros e humanos – quadro agravado pela extensão dos vazios assistenciais do país.

A constituição de região e redes de saúde é prejudicada pela deficiente capacidade de oferta e disponibilidade de infraestrutura, recursos (físicos, financeiros e humanos), serviços e ações. A análise da disponibilidade de recursos pelas unidades básicas de saúde (UBS) mostra que um enorme contingente delas sofre com a carência estrutural de equipamentos, insumos e profissionais, dificultando a resposta aos problemas de saúde da população ²⁹.

Com baixos índices de médicos fixos nos locais estudados, a circulação destes profissionais entre as regiões de saúde apresenta padrões similares – uma dependência de médicos de outras regiões que varia de 30% a 40% ²⁷ (<http://www.resbr.net.br>). Diante desse fato, mostra-se interessante pensar estratégias distintas daquela de fixar o profissional médico.

O financiamento mais alinhado com a política de regionalização é imperativo, já que há um esgotamento das fontes municipais, pouca racionalidade sistêmica e equitativa no gasto estadual e subfinanciamento no plano federal ^{40,41}.

Assimetrias federativas

Outro impasse, de natureza institucional, refere-se às assimetrias federativas e ao baixo desenvolvimento de relações intergovernamentais entre as instâncias de planejamento/negociação/deliberação – obstáculo posto desde o início da construção do SUS. Cabe observar que, apesar das várias instâncias já criadas para essa pactuação, elas ainda não conseguiram superar os vários conflitos enfrentados na busca do fortalecimento de um sistema integrado ^{42,43}.

Estudos demonstram ausência de protagonismo regional na articulação dos serviços da rede básica municipal e da rede especializada regional, com consequente debilidade da Comissão Intergestores Regionais (CIR). Apontam, também, que o fortalecimento dos estados e respectivas instâncias regionais, associado ao envolvimento com os municípios por meio de uma combinação de mecanismos, atribuições e obrigações, poderá auxiliar em um arranjo de governança regional do SUS ^{27,44} (<http://www.resbr.net.br>).

Nesse sentido, uma cooperação federativa territorial e a promoção de capacidades estatais subnacionais podem construir instrumentos políticos institucionais que assegurem a presença dos interesses territoriais na produção cooperativa de políticas.

As experiências nacionais de consórcios públicos na área da saúde já mostraram alguma vitalidade para a diminuição das desigualdades de acesso e para a construção de decisões e intervenções mais democráticas, mas são ainda pouco conhecidas. Seus condicionantes e formas de operação carecem ainda de estudos mais aprofundados.

Contratualização e empresariamento

A contratualização e o empresariamento trazem o desafio de como envolver outros agentes de grande relevância para a consolidação das regiões de saúde e das redes de atenção nas relações público-privadas. Há uma tendência incremental da migração de estabelecimentos estatais de Administração Indireta de Direito Privado para as novas modalidades de estabelecimentos agenciados para Organizações Sociais (OS) ^{33,45}.

No caso do Estado de São Paulo, utiliza-se a contratação de serviços na atenção primária, principalmente, para agregar profissionais de saúde. Uma regulação deficitária foi diagnosticada com a superposição de instrumentos (municipais x estadual), processos defasados (manuais, sistemas não padronizados) e a falta de recursos humanos especializados (médicos reguladores). Entretanto, a contratualização ainda é rara na saúde, pondo em risco a concretização de metas, de indicadores e de mecanismos de sanção ²⁷. Nesse caso, para melhor regular a contratualização nos municípios, mostra-se importante a capacitação dos gestores na implementação de legislação própria para regulamentar e gerir os contratos das OS, podendo ser mais um instrumento no processo de ajustar a demanda à oferta regional de serviços ^{27,45}.

Base política

Um quinto impasse refere-se à ausência de base política sólida capaz de fomentar a criação de uma agenda que promova o reformismo radical da organização e gestão do SUS, ou capaz de pautar coletivamente o poder público/governos no sentido de alterar a natureza das reformas hoje em curso e alargar de forma mais democrática a participação social no interior da política de saúde. Entre os atores, os profissionais médicos apresentam força política, porém, associada a certo deslocamento da atuação sistêmica no processo de regionalização e na conformação das redes de atenção.

Há, portanto, uma emergente necessidade da criação de uma agenda convergente com vistas a uma liderança institucional, a ser exercida pelos estados, mas com maior envolvimento de médicos, de outros profissionais de saúde e cidadãos no processo de criação e operação de regiões e redes.

Considerações finais

Caminha-se para o final da discussão proposta agregando algumas questões também identificadas nas pesquisas e na literatura dedicada ao tema. A primeira aponta que o equacionamento da questão federativa deve envolver os entes federal, estadual e municipal em um arranjo de governança compartilhado. A tarefa primordial será a integração entre o prestador da rede básica municipal e os da rede especializada regional, por meio de uma gestão construída com base em um planejamento das necessidades de saúde e das particularidades das demandas regionais. Reforça-se, assim, a urgência do fortalecimento dos estados e instâncias regionais/subnacionais no papel de indutores e condutores da regionalização.

Nota-se, também, que o par região e redes não teve seu fortalecimento amadurecido durante o processo de regionalização. As regiões de saúde não foram reforçadas pela criação das redes, tampouco estas contaram com o apoio das regiões e de seus espaços decisórios, como a CIR. Ambas não se reforçaram mutuamente, pois nem as redes operam ainda como redes, nem as regiões como regiões. Conformam-se, assim, uma aglutinação ou de serviços ou de municípios.

Continuar construindo uma agenda de reformas deve ser tarefa para o aperfeiçoamento da política pública de regionalização da saúde no Brasil, avançando na busca de melhor acomodação entre lógicas e eventos *bottom up* e *top down*, de forma a acionar a potência da diversidade do primeiro e a coordenação diretiva do segundo, aqui reassumindo o papel estratégico da escala nacional⁷.

A abordagem multi e transescalar mostra-se virtuosa para apoiar essa tarefa, já que revela o imperativo de pensar as regiões não de maneira hermética, mas, sim, considerando os diversos eventos que a perpassam, impondo desafios também originados fora dela, que a reconfiguram incessantemente⁹. Enfrentar as desigualdades da saúde, portanto, impele também enfrentar os desafios particulares da globalização – predominantemente neoliberal – com estratégias particulares e multiescalares em cada lugar e em cada período.

Colaboradores

A. L. d'A. Viana e F. L. Iozzi participaram da concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Ambas são responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Informações adicionais

ORCID: Ana Luiza d'Ávila Viana (0000-0003-4498-899X); Fabíola Lana Iozzi (0000-0002-3597-6009).

Agradecimentos

A. L. d'A. Viana é bolsista de produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). As pesquisas que fundamentaram o artigo foram apoiadas com recursos da Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit nº 41/2013 e do Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde (Banco Interamericano de Desenvolvimento e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – BID/SES-SP).

Referências

1. World Health Organization. Integrated care models: an overview. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. Marchildon GP. Regionalization: what have we learned? *Healthc Pap* 2016; 16:8-14.
3. Santos M. A natureza do espaço, técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.
4. Soja EW. Geografias pós-modernas: a reafirmação do espaço na teoria social crítica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1993.
5. Harvey D. A produção capitalista do espaço. São Paulo: Annablume; 2005.
6. Smith N. Desenvolvimento desigual: natureza, capital e a produção de espaço. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1988.
7. Brandão CA, Fernández VR, Ribeiro LCQ. Escalas espaciais, reescalamentos e estatalidades: lições e desafios para América Latina. Rio de Janeiro: Letra Capital/Observatório das Metrópoles; 2018.
8. Brenner N. A globalização como reterritorialização: o reescalamento da governança urbana na União Europeia. *Cadernos Metrópole* 2010; 12:535-64.
9. Jessop B. El Estado: pasado, presente, futuro. Madrid: Los Libros de la Catarata; 2017.

10. Klink J, Barcellos de Souza M. De uma economia política das escalas espaciais a uma agenda renovada para os estudos críticos espaciais. In: Brandão CA, Fernández VR, Ribeiro LCQ, organizadores. Escalas espaciais, reescalamentos e estatalidades: lições e desafios para América Latina. Rio de Janeiro: Letra Capital/Observatório das Metrôpoles; 2018. p. 361-97.
11. Dente B. Governare in un contesto federale: qualilezioni per la transizione italiana? In: Dente B, Sharpe JL, Banting KG, Wälti S, Goetz KH, Hooghe L, et al., editors. Governare con il federalismo. Turim: Edizione Fondazione Giovanni Agnelli; 1997. p. 10-47.
12. Lapointe B. La mondialisation et les collectivités territoriales. Paris: Berger-Levrault; 2017.
13. Castells M. Ruptura: la crisis de la democracia liberal. Madrid: Alianza Editorial; 2017.
14. Bischir R. Governança multinível: origem, contornos e limites. Boletim de Análise Político-Institucional 2018; (19):49-55.
15. Souza MB. Reescalamento espacial do Estado desenvolvimentista no Brasil. Mercator 2016; 15:27-46.
16. Keating M. The invention of regions: political restructuring and territorial government in Western Europe. In: Brenner N, Jessop B, Jones M, MacLeod G, editors. State/space: a reader. Hoboken: Blackwell Publishing; 2003. p. 256-277
17. Silveira ML. Escala geográfica: da ação ao império? Terra Livre 2004; 2:87-96.
18. Viana ALd'A, Ferreira MP, Cutrim MAB, Fusaro ER, Souza MR, Mourão L, et al. O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. Rev Bras Saúde Mater Infant 2017; 17 Suppl 1:S27-43.
19. Iozzi FL, Albuquerque MV. Saúde e desenvolvimento na formação socioespacial brasileira. In: Viana ALd'A, Ibañez N, Elias P, organizadores. Saúde, desenvolvimento e território. São Paulo: Editora Hucitec; 2009. p. 60-96.
20. Monteiro Neto A, Brandão CA, Castro CN. Desenvolvimento regional brasileiro: dilemas e perspectivas neste início de século XXI. In: Monteiro Neto A, Castro CN, Brandão CA, organizadores. Desenvolvimento regional no Brasil: políticas, estratégias e perspectivas. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2017. p. 429-70.
21. Araújo TB. Dinâmica regional brasileira nos anos noventa: rumo à desintegração competitiva? In: Castro IE, Miranda M, Egler CAG, organizadores. Redescobrimo o Brasil 500 anos depois. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000. p. 70-92.
22. Brandão C, Siqueira H, organizadores. Pacto federativo, integração nacional e desenvolvimento regional. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2013.
23. Resende GM. Avaliação de políticas públicas no Brasil: uma análise da Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR). Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2017.
24. Fernández VR. Desenvolvimento regional sob transformações transescalares: por que e como recuperar a escala nacional? In: Brandão CA, Fernández VR, Ribeiro LCQ, organizadores. Escalas espaciais, reescalamentos e estatalidades: lições e desafios para América Latina. Rio de Janeiro: Letra Capital/Observatório das Metrôpoles; 2018. p. 276-325.
25. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. Cad Saúde Pública 2017; 33 Suppl 2:e00129616.
26. Viana ALd'A, Silva HP. Desenvolvimento e institucionalidade da política social no Brasil. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 31-60.
27. Ibañez N, Tardelli R, Viana ALd'A, Iozzi FL. Gestão regional e redes: estratégias para a saúde em São Paulo. São Paulo: Edições Manole/Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo; no prelo.
28. Ibañez N. Rede de atenção às urgências e emergências: implantação e desempenho das unidades de pronto atendimento (UPAs). Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015. (CONASS Documenta, 28).
29. Pierantoni CR, Magnagob C, Girardic SN, Carvalho CL, Vieira SP, Ney MS, et al. Formação médica em nível de graduação: análise do período 2000-2013. Novos Caminhos 2015; (4).
30. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. Cad Saúde Pública 2017; 33:e00037316.
31. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. Saúde Debate 2018; 42:52-66.
32. Marchildon G, Bossert TJ. Federalism and decentralization in health care: a decision space approach. Toronto: University of Toronto Press; 2018.
33. Viana ALd'A, Miranda AS, Silva HP. Segmentos institucionais de gestão em saúde: descrição, tendências e cenários prospectivos. In: Noronha JC, Lima LD, Chorny AH, Dal Poz MR, Gadelha P, organizadores. Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 151-88.
34. Noronha JC, Lima LD, Chorny AH, Dal Poz MR, Gadelha P, organizadores. Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
35. Lima LD. Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil: recomendações para o planejamento e gestão territorial do SUS no horizonte dos próximos 20 anos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015. (Textos para Discussão, 15).

36. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.
37. Albuquerque MV, Viana ALd'A. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde Debate* 2015; 39:28-38.
38. Viana ALd'A, Bouquat AE, Mello GA, Negri Filho AA, Medina G. Regionalização e redes de saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:1791-8.
39. Silva Júnior JB, Ramalho WM. Cenário epidemiológico do Brasil em 2033: uma prospecção sobre as próximas duas décadas Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015. (Textos para Discussão, 17).
40. Ocke-Reis CO. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:2035-42.
41. Duarte LS, Mendes AN, Louvison MCP. O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do Estado de São Paulo (2009-2014). *Saúde Debate* 2018; 42:25-37.
42. Viana ALd'A, Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2009; 14:807-17.
43. Grin EJ, Abrucio F. O comitê de articulação federativa no governo Lula: os percalços da cooperação territorial. *Rev Bras Ciênc Soc* 2018; 33:e339703.
44. Albuquerque MV, Lima LD, Oliveira RAD, Scatena JHG, Martinelli NL, Pereira AMM. Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:3151-61.
45. Coelho VSP. Contratação de serviços e regionalização. *Novos Caminhos* 2017; (13).

Abstract

The article aims to describe the renewed role of regional policies in territorial reconfigurations in the recent and predominantly neoliberal phase of globalization. It further aims to identify some of the impasses that such transformations produce with their multiple scales and dimensions for strengthening public policies focused on confronting health inequalities in Brazil. The article's discussion begins with a brief review of the characteristics of current territorial reconfigurations in a world in constant transformation, but oriented by neoliberal policy in its multiple dimensions. The article then discusses the changes in local management formats in developed countries. The authors go on to analyze territorial changes in Brazil in recent years, after which the debate addresses the reform agenda in health regionalization and the political cycles in the organization of the Brazilian Unified National Health System (SUS). Finally, the article systematizes some of the impasses in regionalization policy, based on recent studies in which the unit of analysis was Brazilian health regions in the country's different major geographic regions. The issues identified in the article, also emphasized in the specialized literature, show that the region/networks dyad has not been fully strengthened during the regionalization process in Brazil. A key task for the public policy of regionalization of health in Brazil should be to continue to push forward with the reform agenda in order to mobilize the territory's diversity and the directive coordination of strategic national policy.

Regional Health Planning; Health Status Disparities; Unified Health System; Health Systems; Health Policy

Resumen

Este trabajo busca retratar el renovado papel de las políticas regionales frente a los procesos de reconfiguraciones territoriales en fase reciente de globalización -predominantemente neoliberal. Tiene como meta, además, identificar algunos de los impasses que tales transformaciones -en sus múltiples escalas y dimensiones- conllevan para el fortalecimiento de las políticas públicas, dirigidas a la lucha contra las desigualdades en salud en Brasil. Para llegar a esta problemática, el artículo plantea, inicialmente, una breve reseña con los trazos característicos de las reconfiguraciones territoriales actuales en un mundo en constante transformación, no obstante, orientado por la política neoliberal en sus múltiples dimensiones. En seguida, discute las alteraciones en las formas de gestión local, que se han producido en países desarrollados. Más adelante, el texto apunta cambios territoriales en Brasil en años recientes y, después, el debate se dirige hacia la agenda de reforma de la regionalización de la salud y a los ciclos políticos de organización del Sistema Único de Salud (SUS). Por fin, se sistematizan algunos de los impasses de la política de regionalización, en base a investigaciones recientes que tuvieron como unidad de análisis regiones de salud brasileñas, en diferentes macrorregiones del territorio nacional. Entre las cuestiones halladas, también reforzadas por la literatura dedicada al tema, se observó que el tándem región y redes no llegó a madurar en su fortalecimiento durante el proceso de regionalización en Brasil. Continuar avanzando en una agenda de reformas -de forma que se active la fuerza de la diversidad del territorio y la coordinación a nivel directivo de la política nacional estratégica- deben ser tareas de la política pública de regionalización de la salud en Brasil.

Regionalización; Desigualdades en la Salud; Sistema Único de Salud; Sistemas de Salud; Política de Salud

Recebido em 05/Fev/2019

Versão final reapresentada em 11/Fev/2019

Aprovado em 12/Fev/2019