

PACTO FEDERATIVO E POLÍTICA REGIONAL DA SAÚDE NO CONTEXTO DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL DO TERRITÓRIO BRASILEIRO

Luciana da Costa Feitosa & Raul Borges Guimarães

PPG-Geografia, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciência e Tecnologia
de Presidente Prudente.

Rua Roberto Simonsen, 305. Presidente Prudente, São Paulo, 19060-900.
costafeitosa@gmail.com, raul@fct.unesp.br

Recebido 12 de maio de 2015, aceito 15 de julho de 2015

RESUMO - O debate acerca da dimensão territorial e regional do planejamento vem ganhando cada vez mais espaço entre instituições governamentais responsáveis pela elaboração e execução de políticas públicas no Brasil. Na política de saúde conceitos como “território” e “região” foram amplamente debatidos desde o movimento pela Reforma Sanitária e introduzidos, sistematicamente, no planejamento do SUS. Logo, considerando-se a tradição do debate geográfico na política de saúde e a potencialidade de sua sistematização e articulação no âmbito de políticas transversais, o presente trabalho tem por objetivo analisar o grau de cooperação entre a política de saúde e a “Política Nacional de Desenvolvimento Regional” (PNDR). Partindo-se da premissa de que as variáveis de todas as políticas incidem nos lugares e a integralização de tais políticas possui um caráter mais resolutivo e potencializa a eficácia das políticas setoriais, questionamos a solidariedade institucional e as capacidades governativas dos entes da Federação.

Palavras-chave: Cooperação Governamental, Desenvolvimento Regional, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT - The debate about the territorial and regional dimension of planning is gaining more space among the government institutions responsible for elaborating and executing public policies in Brazil. In the health policies, concepts such as “territory” and “region” were widely debated since the motions for the Health Reform and systematically introduced in the SUS planning. Considering the tradition of the geographic debate in health policies and the potential of its systematization and articulation within transversal policies, this work aims to analyze the degree of cooperation between health policies and the “National Policy for Regional Development” (PNDR). From the premise that the variables of all policies affect the places and that the integralization of such policies has a more resolute nature and leverages the effectiveness of sector policies, we question the institutional solidarity and the government capabilities of the Federation entities.

Key-words: Government Cooperation, Regional Development, Brazilian Unified Health System.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 pode ser compreendida, no âmbito geográfico, como a instrumentalização de um “pacto territorial” (Santos 2007), ou seja, a maneira como o Estado-Nação se organiza do ponto de vista político-institucional para definir as bases de um projeto nacional. Tais pactos são indispensáveis para que a sociedade civil ganhe uma cara jurídica, sendo a Constituição o conjunto de leis para a execução das ações estatais.

No Brasil, o federalismo aparece como o arranjo político que cumpre as competências constitucionais, dividindo-as entre a União, Estados e Municípios. A sua fixação resulta da ação do Estado que dita, de cima para baixo, através da União, como deve ser o comportamento de Estados e Municípios. Sendo assim,

[...] é importante ressaltar que “federação” é, antes de mais nada,

*uma forma de **organização territorial** do poder, de articulação do Poder central com os poderes regional e local. O que chamamos “pacto federativo” consiste, na verdade, em um conjunto de complexas alianças, na maioria pouco explicitas, soldadas em grande parte por meio dos fundos públicos. (Affonso, 1995, p. 57, grifo nosso).*

Para a sua efetividade a federação demanda não só o reconhecimento da autonomia de cada uma das esferas territoriais de poder, mas também a construção de relações entre os governos, promovendo formas de coordenação e cooperação federativa. Podemos caracterizar uma dessas formas de relações governamentais por meio das políticas públicas, entendidas aqui como o conjunto de ações ou programas desenvolvidos pelo Estado com o objetivo de assegurar os direitos de cidadania fixados na Constituição. Conforme defende Marília Steinberger,

Produzir políticas públicas nacionais é um exercício de poder de agentes sociais que se fazem representar por atores (agentes-atores), comandados pelo Estado Nacional. Poder decidir o que propor, como, para quem e em nome de quais interesses. Poder de participar da tomada de decisões sobre a definição de escolhas e prioridades em diversas arenas. Entretanto, as políticas nacionais não devem limitar-se a propor ações direcionadas somente para a escala nacional, mas ações que envolvam o território nacional como uma totalidade e se manifestem na escala regional, local e até internacional, pois as questões nacionais independem da escala. (Steinberger, 2013a, p. 22).

Do ponto de vista do planejamento, a análise das ações pensadas pelo Estado deve seguir uma estrutura mínima de formulação, considerando o conhecimento do território e a integração das diferentes iniciativas para cada região, uma vez que a implementação do processo de gestão depende da articulação de planos, projetos e programas nas diferentes instâncias governamentais. Em sistemas federativos “a soberania compartilhada só pode ser mantida ao longo do tempo caso se estabeleça uma relação de equilíbrio entre a autonomia dos pactuantes e a interdependência entre eles” (Abrucio & Soares, 2001, p. 35).

No Artigo 21, inciso IX, o texto constitucional é claro ao enfatizar que compete à União “elaborar e executar planos nacionais e regionais de ordenação do território e de desenvolvimento econômico e social” (Brasil, 1988). Portanto, reconhece a importância da dimensão territorial e regional na elaboração e execução de políticas públicas. Além disso, no que compete às políticas sociais, no caso a política de saúde, o Artigo 196 diz que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada” (Brasil, 1988), outra manifestação da importância de se pensar políticas públicas a partir de um viés regional.

Acreditamos que, dentre as políticas setoriais, a saúde seja a que mais incorporou a dimensão territorial e regional do planejamento em seus atos normativos ao longo dos quase trinta anos de promulgação da Constituição Federal e implementação do Sistema Único de Saúde. De caráter eminentemente descentralizador, o território é base da “Política Nacional de Atenção Básica” e a região vem, desde a NOAS 2001, assumindo papel de protagonista nos planos que versam sobre a organização da rede de serviços do SUS e das relações entre os entes da federação no âmbito do sistema.

Por outro lado foi somente a partir de 2003 que o modelo de desenvolvimento adotado no Brasil, cujo nome na literatura especializada é “neodesenvolvimentista”

ou “desenvolvimentista social”, “recupera o papel do Estado, por meio do aparelhamento de seus quadros e da produção de políticas públicas nacionais” (Steinberger, 2013b, p. 175). Sendo assim, passa a ser discutida e formulada no âmbito do Ministério da Integração Nacional a “Política Nacional de Desenvolvimento Regional” (PNDR), que tem a função de reduzir as desigualdades regionais.

Uma vez que a Política Nacional de Desenvolvimento Regional é, atualmente, a principal política do Governo Federal para reduzir as desigualdades regionais e ativar os potenciais de desenvolvimento no país, associada à criação de acesso mais justo e equilibrado aos bens e serviços públicos no território, faz-se imprescindível analisar os mecanismos institucionais de solidariedade entre as políticas setoriais – aqui escolhida a de saúde – e essa estratégia nacional de desenvolvimento regional, pois a relação entre saúde e desenvolvimento “é componente central de qualidade de vida e de intervenção pública na área social. Dessa forma, configura-se como uma dimensão privilegiada para a geração de bem-estar, promoção de equidade e inclusão social” (Gadelha, 2010, p. 3005).

Logo, “entende-se que este papel depende de uma visão nacional do desenvolvimento regional e das desigualdades existentes mesmo no interior das regiões mais desenvolvidas, sendo esta uma atribuição indelegável da esfera federal de governo” (Gadelha, 2010, p. 3014). Além disso, faz-se imprescindível pensarmos numa estratégia que possibilite ao setor saúde sair do isolamento que ainda o caracteriza, incorporando a estratégia nacional em suas propostas de regionalização.

A dimensão regional do planejamento em saúde – que tem a sua manifestação geográfica no Sistema Único de Saúde – ganha força como instrumental teórico-metodológico na busca de reduzir as iniquidades territoriais e integrar-se à uma estratégia maior de desenvolvimento regional. Não queremos, com isto,

desconsiderar a importância de outras políticas de cunho territorial e regional no processo de redução das iniquidades e desigualdades do país como, por exemplo, o programa “Territórios da Cidadania”, instituído no âmbito do Ministério do Desenvolvimento Agrário e do qual participam diversos ministérios setoriais. Queremos, sim, demonstrar a potencialidade de integração de uma política setorial, considerada princípio básico de cidadania, em mais uma eminente estratégia de desenvolvimento regional e, também, instituída por uma política federal, como é o caso da PNDR.

Os sistemas de saúde, considerados estruturantes na organização das redes urbanas, possuem a característica de delimitar escalas territoriais e, atuando de maneira coerente e funcional, o Sistema Único de Saúde possibilita inserção de investimentos, geração de renda, emprego e a emergência de trajetórias regionais de desenvolvimento em diversas escalas, pautas preconizadas pela Política Nacional de Desenvolvimento Regional.

Diversas têm sido as questões estudadas sobre a regionalização da saúde no Brasil. Ianni *et al* (2012) problematizam as tensões e conflitos gerados por este processo na Região Metropolitana da Baixada Santista, estado de São Paulo, uma vez que “metrópole” e “região” produzem uma dupla identidade territorial. Lima *et al.* (2012) analisam documentos e dados oficiais e realizam entrevistas com gestores federais, estaduais e municipais nas unidades federadas para avaliar o ritmo de implantação dos Colegiados de Gestão Regional, concluindo que é preciso considerar a diversidade de experiências de descentralização e regionalização do sistema de saúde no país. Por sua vez, Spedo *et al.* (2010) destacam as resistências historicamente consolidadas para a construção de uma regionalização cooperativa e solidária entre as estruturas administrativas do SUS no município de São Paulo. Conclui-se daí que o conceito de região no planejamento da política nacional de saúde não é de fácil apreensão. Neste

debate, ganharam ênfase a análise dos desafios operacionais da territorialização da política nacional de saúde (Gondim *et al.*, 2008) e a discussão de outra forma de espaço, a região (Guimarães, 2005; 2008). Todavia, corroboramos com Fabio Betioli Contel e Renato Balbim ao dizerem que

[...] apesar de a questão regional ser amplamente debatida, tanto na produção de conhecimento científico como na elaboração e na execução de políticas públicas, conceitos como ordenamento territorial, regionalização e região são usados de forma ainda polissêmica nas diferentes políticas e nos diferentes períodos. Além disso, verifica-se que a formulação de políticas setoriais baseadas na regionalização ocorre de forma desarticulada, mesmo tendo em comum o elemento “território”. (Contel & Balbim, 2013, p. 147).

Além desses autores, Carlos Gadelha argumenta que “tanto o país quanto o setor saúde carecem de uma perspectiva estratégica, teórica e política que incorpore a região e as articulações escalares como instrumental metodológico na busca de promover maior equidade aos bens públicos” (Gadelha, 2010, p. 3013). Portanto, considerando-se a tradição do debate geográfico na política de saúde e a potencialidade de sua sistematização e articulação no âmbito de políticas transversais, estimulando o processo de desenvolvimento dos territórios, o presente trabalho tem por objetivo analisar o grau de cooperação entre a política de saúde e a “Política Nacional de Desenvolvimento Regional”.

A partir da revisão de conceitos e do arranjo político-institucional do Estado enquanto executor de políticas públicas, como também considerando-se que as variáveis de todas as políticas incidem nos lugares e a integralização de tais políticas possui um caráter mais resolutivo e potencializa a eficácia das políticas setoriais – no caso aqui a política de saúde -, questionamos a solidariedade

institucional e as capacidades governativas dos entes da Federação.

PROCEDIMENTOS EXECUTADOS

Os objetivos e pressupostos levantados na introdução foram verificados a partir da análise “teórico-normativa” dos documentos oficiais que compõem a política de saúde e a Política Nacional de Desenvolvimento Regional, confrontadas com o arranjo institucional dos Ministérios responsáveis pela execução dessas políticas e da existência, ou não, de mecanismos governamentais que possibilitem um diálogo intersetorial para o aprimoramento da gestão pública. Para uma melhor compreensão dos procedimentos dividimos essa seção em duas partes: a primeira mostra como os conceitos de território e região foram incorporados à metodologia de planejamento da política de saúde ao longo dos anos e, atualmente, quais instâncias do Ministério da Saúde são responsáveis por essa diretriz; e a segunda apresenta a Política Nacional de Desenvolvimento Regional, também com suas propostas de integralização por meio de políticas setoriais. A articulação teórica deu-se em todas as duas etapas e os resultados foram apresentados na seção posterior, onde verificamos os limites e possibilidades de cooperação entre a dimensão regional do planejamento em saúde no contexto da Política Nacional de Desenvolvimento Regional.

Território, Região e Mecanismos de Gestão na Política de Saúde

O Sistema Único de Saúde utiliza uma variedade de nomenclaturas para operacionalizar suas ações. Microárea de abrangência, área de abrangência, unidade de saúde, distrito sanitário, município, região, são algumas definições utilizadas cotidianamente na administração do sistema. Por trás de cada um desses termos existe um princípio organizativo eminentemente geográfico que ajuda a constituir as bases estruturantes do SUS ao longo de seus quase trinta anos de existência, qual seja, o princípio da territorialização.

Na proposta da Reforma Sanitária o fundamento da base territorial é apresentado como princípio organizativo-assistencial do sistema de saúde brasileiro. Estabelecer essa base territorial “é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como [para] o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população” (Unglert, 1993, p. 222).

Sendo assim, na tentativa de apreender o “componente territorial” do setor saúde, recorreremos ao artigo 198 da Constituição Federal, onde se lê que as ações e serviços públicos de saúde compõem uma rede regionalizada e hierarquizada, a partir de três diretrizes: I) descentralização; II) atendimento integral e III) participação da comunidade. A partir daí, percebemos que os elementos teóricos que subsidiam o “componente territorial” do Sistema Único de Saúde são a noção de rede e a categoria região.

A ideia de “rede regionalizada” como descrita parece uma versão peculiar do conceito de regionalização em saúde pública, que teve origem na publicação do famoso Relatório Dawson, em 1920, na Inglaterra, documento que se tornou um marco na história da organização dos sistemas de saúde ao propor a implantação de um sistema integrado de medicina preventiva e curativa, coordenando ações primárias, secundárias e terciárias. Adaptado ao Brasil, no SUS “ideal” o indivíduo “entra” no Sistema pela Atenção Básica, que responde por cerca de 80% das necessidades de saúde das pessoas e deve referenciar para a Média Complexidade e Alta Complexidade as ações e os procedimentos especializados que não fazem parte do seu pacote.

Podemos perceber, a partir desta lógica de funcionamento, que há uma preocupação dos gestores da saúde pública brasileira em montar uma estrutura metodológica que atenda ao princípio organizativo da regionalização, tendo a territorialização como estratégia operacional desse processo, uma vez que

“o território tem se constituído em uma das principais categorias da estratégia espacial da política nacional de saúde” (Guimarães, 2005, p. 7).

Muito mais do que a extensão delimitada por fronteiras políticas, a concepção de território pelo SUS perpassa outras estratégias espaciais que integram desde o escopo da Atenção Básica, (como a delimitação das áreas de abrangência das unidades de saúde), passando pela ideia da organização municipal em distritos sanitários, até a estrutura político-administrativa dos entes da federação. Logo, “o processo de territorialização do SUS está produzindo uma diferenciação entre espaços da vida cotidiana, que poderia ser reconhecida como um processo de regionalização em diferentes escalas” (Guimarães, 2008, p. 233).

A partir disso é fundamental analisar a estrutura regimental do Ministério da Saúde, instância máxima de deliberação de normas para gestão do sistema, a fim de entendermos como se dá a execução das diretrizes “territorialização e “regionalização” no arranjo político-institucional vigente. Conforme o Decreto nº 8.065, de 07 de agosto de 2013, a estrutura central do Ministério da Saúde é composta por sete secretarias responsáveis por elaborar, propor e implementar as políticas de saúde, sendo, assim, as executoras das atividades finalísticas do órgão. São elas: 1) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; 2) Secretaria de Atenção à Saúde; 3) Secretaria Executiva; 4) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 5) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; 6) Secretaria Especial de Saúde Indígena e 7) Secretaria de Vigilância em Saúde.

O processo de territorialização e regionalização do SUS é executado pelas Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Para os fins de nossa análise elencamos como setor estratégico da SAS o Departamento de Atenção Básica e o Departamento de Articulação de Rede de Atenção à Saúde. Por sua vez, na SGEP escolhemos o

Departamento de Articulação Interfederativa.

No âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) compete ao Departamento de Atenção Básica formular e executar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. As unidades básicas de saúde são as estruturas mais capilarizadas e que chegam mais próximo de onde as pessoas vivem, por isso a principal diretriz da Atenção Básica é

[...] ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade. (Brasil, 2012, p. 20).

Na estrutura regimental do SUS a Atenção Básica é de responsabilidade dos municípios, o que faz com que esse departamento tenha articulação com as 5.570 unidades federativas municipais do território nacional, por meio das secretarias municipais de saúde.

O Departamento de Articulação de Rede de Atenção à Saúde, por sua vez, tem como uma de suas premissas “promover a integração da atenção básica aos serviços de urgência e emergência, à atenção especializada e às ações de vigilância em saúde visando à melhoria da gestão clínica, promoção e prevenção da saúde e uso racional de recursos” (Brasil, 2013). Sendo assim, deve atuar, dentro da SAS, em consonância com o Departamento de Atenção Básica, o Departamento de Atenção Especializada e o Departamento de Avaliação, Regulação e Controle. Paralelamente, compete a esse Departamento promover

um diálogo com a Secretaria de Vigilância em Saúde que, por sua vez, está fortemente vinculada às ações da Atenção Básica.

No que se refere à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) o Departamento de Articulação Interfederativa é responsável, dentre outras coisas, por “VI - sistematizar e fornecer informações sobre a gestão do SUS nas três esferas de governo; e VII - acompanhar e contribuir para a efetivação das diretrizes da regionalização do SUS” (Brasil 2013). Teoricamente, compete a esse departamento o aglutinamento das informações das demais pastas do Ministério, sobretudo da SAS, para um aprimoramento de gestão e efetivação da diretriz da regionalização, considerada o eixo estruturante da política de saúde por meio do Decreto nº 7.508. No entanto, verifica-se dentro das próprias normativas do Ministério da Saúde um privilégio à SAS a partir da implementação das “redes temáticas” de atenção à saúde.

Do ponto de vista teórico a política de saúde compreende que “as redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações” (Mendes, 2011, p. 79). Todavia, com base na Portaria nº 4.279 elas são organizadas no território a partir de “redes temáticas”, a saber: Rede Cegonha (que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses); Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial (com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas); Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas (iniciando-se pelo câncer - a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero) e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

Essa abordagem orienta o planejamento e organização do sistema muito mais do ponto de vista da ótica da Média e Alta complexidade ambulatorial e hospitalar do que da atenção básica, que é responsável pelas práticas de

prevenção e promoção a saúde. Tem-se, então, uma concepção hierárquica das redes e do sistema, onde os serviços mais especializados são vistos como os mais importantes, deixando em segundo plano a concepção de região e regionalização previstas no Decreto nº 7.508, cujo foco é a organização do sistema a partir das demandas da Atenção Básica.

A Política Nacional de Desenvolvimento Regional e a “Câmara de Políticas de Integração Nacional e Desenvolvimento Regional”

A Política Nacional de Desenvolvimento Regional surgiu no contexto da retomada da dimensão regional e territorial do planejamento pelo Estado brasileiro, a partir de 2003, quando o cenário encontrado pelo Governo de Luiz Inácio Lula da Silva “apontava duas inquietações que influenciariam novas políticas regionais: a pujança da economia brasileira, que acentuou as desigualdades intra e inter-regionais, e as transformações sociais advindas da estabilização econômica” (Rocha Neto, 2013, p. 170). As bases estruturais da PNDR foram lançadas no final de 2003 tendo como premissa enfrentar as desigualdades regionais e valorizar a diversidade regional brasileira. No entanto, somente no ano de 2007 a Política foi institucionalizada formalmente através do Decreto nº 6.047, de 22 de fevereiro de 2007.

O principal objetivo da PNDR é “reduzir as desigualdades regionais e ativar os potenciais de desenvolvimento das regiões no País”, tendo o Ministério da Integração Nacional como protagonista do processo a partir do resgate de um dos elementos fundadores da Constituição Federal, qual seja, a “redução das desigualdades sociais e regionais” (Brasil, 1988). Essa lógica está alicerçada no “princípio que a semelhança entre regiões, ao menos em relação a certas características básicas – como acesso a serviços e equipamentos essenciais –, é condição indispensável para o desenvolvimento das unidades da federação”

(Balbim & Contel, 2013, p. 25). Logo, a PNDR é uma política de caráter estruturante no processo de articulação entre o planejamento regional nacional e as políticas setoriais.

No que se refere ao arranjo de articulação institucional para implementação da PNDR, o documento original propôs três escalas de coordenação: uma em nível federal, outra em escala macrorregional e uma terceira em recorte sub-regional. Em nível federal, foi criada a Câmara de Políticas de Integração Nacional e Desenvolvimento Regional – CPDR e o Comitê de Articulação Federativa (CAF), ambos presididos pela Casa Civil da Presidência da República. Na escala macrorregional, para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, deu-se relevância à recriação das superintendências regionais, extintas em gestões anteriores. Por fim, o nível sub-regional seria de responsabilidade dos fóruns e agências de desenvolvimento, que responderiam pela articulação e coordenação dos programas sob governança do ministério nos espaços prioritários da Política.

Para os fins de nossa análise elegemos a Câmara de Políticas de Integração Nacional e Desenvolvimento Regional como elemento estruturante no processo de articulação de políticas públicas. Instituída no Decreto nº 4.793, de 23 de julho de 2003, a finalidade da Câmara era formular políticas públicas e diretrizes para o desenvolvimento de áreas selecionadas, além de coordenar articuladamente as políticas setoriais com impacto regional. Logo, havia um esforço de articulação entre a PNDR e as demais políticas setoriais, já que a Câmara compreendia 16 ministérios e 02 secretarias, a saber: 1) Ministério da Casa Civil; 2) Ministério da Integração Nacional; 3) Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; 4) Ministério da Educação; 5) Ministério da Fazenda; 6) Ministério da Saúde; 7) Ministério das Cidades; 8) Ministério das Comunicações; 9) Ministério de Minas e Energia; 10) Ministério do Desenvolvimento Agrário; 11) Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; 12) Ministério do Meio

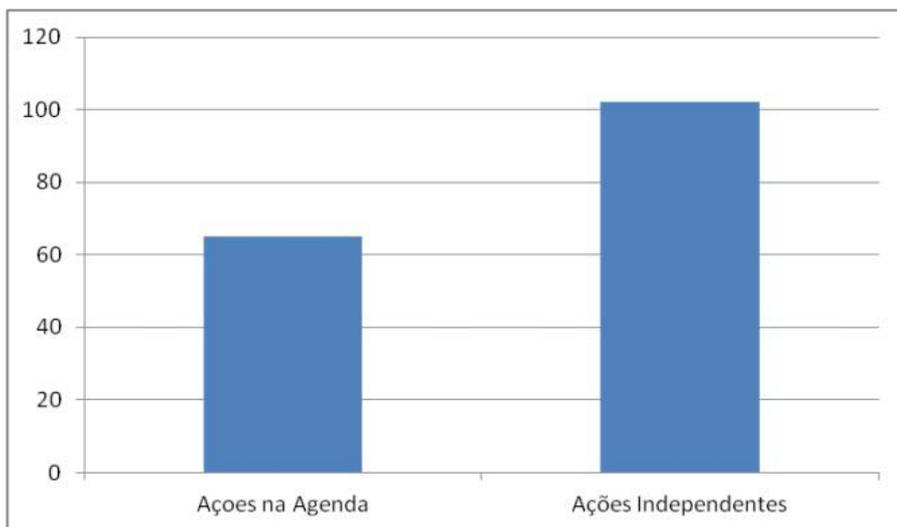
Ambiente; 13) Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 14) Ministério do Trabalho e Emprego; 15) Ministério do Turismo; 16) Ministério dos Transportes; 17) Secretaria Especial de Aquicultura e Pesca da Presidência da República; 18) Secretaria-Geral da Presidência da República.

Os documentos de orientação para formulação da Câmara apontam a relevância dessa estratégia de articulação de políticas, sendo as principais: constituição de ambiente favorável à revalorização do planejamento territorial e regional; abordagens em múltiplas escalas de intervenção; e adoção do planejamento estratégico para o ordenamento territorial e desenvolvimento regional (Rocha Neto, 2012, p. 151).

No que se refere aos mecanismos de articulação da Câmara com o Ministério da Saúde, obtivemos os dados de ações pactuadas através da tese de doutorado de João Mendes da Rocha Neto, intitulada “Cooperação e Competição entre Políticas Públicas no Brasil: os custos da governabilidade no presidencialismo de coalizão”, defendida no Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no ano de 2012. O autor fez uma análise do Programa de Desenvolvimento Integrado e Sustentável de Microrregiões Diferenciadas (PROMESO), parte da Política Nacional de Desenvolvimento Regional, que estabelece uma interface com diversas políticas públicas e suas agências governamentais. Nesse sentido, o que verificou-se no caso da política de saúde foi uma discrepância entre a execução das ações pactuadas na Agenda da Câmara e as ações independentes do próprio Ministério para os municípios que compõem o PROMESO, entre os anos de 2003 a 2007, conforme observa-se na **Figura 1**.

A partir do exposto acima compreendemos que a ação do Ministério deu-se de forma transversal aos pressupostos da PNDR, mesmo quando existia um órgão específico para o diálogo intersetorial das políticas, no caso, a Câmara

Figura 1: Execução das ações de saúde prevista na agenda da Câmara de Políticas de Integração Nacional e ações independentes do Ministério da Saúde no âmbito do PROMESO (2003-2007)



Fonte: adaptado de Rocha Neto (2012, p. 213)

de Políticas de Integração Nacional e Desenvolvimento Regional. Além disso, por meio dos dados levantados por Rocha Neto (2012), constatamos que nenhuma das ações – previstas na agenda ou independentes – executadas nos municípios que compõem as microrregiões diferenciadas envolve a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, teoricamente a responsável pela diretriz da regionalização na política de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com base nos mecanismos de gestão e nos dados apresentados nas seções anteriores concluímos que cada uma das agências do Governo Federal funciona de maneira específica às suas organizações internas e sem considerar as articulações com outras instituições externas. Conforme esclarece Aristedes

Monteiro Neto,

[...] o planejamento do desenvolvimento regional/territorial no Brasil é tarefa ainda a ser realizada. Embora a Constituição Federal de 1988 tenha criado um ambiente assertivo para que este objetivo viesse a ter consequência, outras importantes agendas de política pública orientaram a ação do Estado nacional, relegando-o a papel secundário e não prioritário. (Monteiro Neto, 2013, p. 142).

Essa discussão está diretamente vinculada à problemática do pacto federativo brasileiro, que ainda não possui estratégias suficientes para lidar com a “questão regional” e esbarra nos interesses conflitivos dos demais entes da federação. No caso da política de saúde, a proposta de regionalização lançada no Pacto Pela Saúde, em 2006, trabalha com a ideia de regiões solidárias e cooperativas, formadas a partir das diferentes dinâmicas territoriais. O Pacto facultou autonomia aos estados e municípios para extrapolarem os limites jurídico-administrativos de seus territórios e constituírem-se em regiões de saúde interestaduais, intramunicipais e internacionais, ou seja, a saúde passou a ser vista enquanto fenômeno que não respeita, necessariamente, as linhas jurídicas estabelecidas entre os entes federativos e, portanto, demanda uma regionalização própria.

No entanto, tal proposta não foi colocada em prática pelos estados da federação brasileira, que ainda trabalham com a ideia de contiguidade territorial na qual as regiões são formadas por municípios limítrofes a um município “pólo” que exerce o papel de centralidade no que se refere à rede de serviços do SUS. É uma estratégia que reforça a lógica determinada pela polarização de um município-sede, envolvendo um raio de abrangência de outros municípios

vizinhos.

O grande motivador desta ordem regional foi o controle do repasse de recursos federais para a aplicação nos limites jurídico-administrativos dos estados e municípios, pois ainda há no SUS certa inércia de financiamento que manteve os mecanismos do antigo INAMPS, o que se refletiu na forma de pagamento de serviços pelo sistema de produção com base em minuciosa tabela de procedimentos vinculados ao atendimento de determinados programas (Pessoto, 2010).

Podemos perceber como essa lógica é forte dentro da própria estrutura regimental do Ministério da Saúde que foi apresentada nos itens acima, onde a Secretaria de Atenção à Saúde detém a hegemonia de organização da lógica assistencial por meio das chamadas “redes temáticas” da saúde. Logo, se nas políticas setoriais existe essa complexidade de atores e interesses envolvidos, tal questão fica potencializada no caso da Política Nacional de Desenvolvimento Regional, uma vez que ela se constitui num somatório das políticas setoriais reunindo, assim, boa parte dos seus interesses conflitivos. Apesar dos avanços incorporados pela PNDR, ela ainda apresenta significativas limitações nas dimensões teórica, operacional e política que, em conjunto, dificultam sua implementação e execução, pois

Os instrumentos de implementação da PNDR passam ao largo do entendimento do território até pela confusão que se estabelece na divisão das políticas espaciais. Trata-se de uma confusão conceitual, em que territorial e regional, muitas vezes, se confundem. Desse modo, o Governo Federal possui políticas públicas de natureza diversa onde falta precisão conceitual para explicar sua atuação espacial, o que constantemente tem levado a conflitos

*entre instituições oficiais, quando se discutem essas iniciativas.
(Rocha Neto, 2013, p. 180).*

Nesse sentido, é imprescindível avançar na discussão que envolve o processo de repactuação federativa para que se possa construir uma estratégia consistente ao desenvolvimento regional brasileiro que, de fato, se articule com as políticas setoriais e coloque em prática a dimensão regional do planejamento em suas múltiplas escalas. Para tanto, há que se pensar o papel do ente estadual na definição de prioridades sub-regionais, sem perder de vista as diretrizes e metas nacionais. No caso da Saúde o desafio vai, entre outras coisas, no sentido de mudar a lógica do financiamento do setor para fortalecer a regionalização e colocar o Pacto Pela Saúde em seu papel de protagonista da política. Da proposta de ser um instrumento vivo de gestão o Pacto tornou-se muito mais um instrumento burocrático, o que se reflete nas ações sem aderência com a regionalização que foram elencadas nos itens acima.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que a política de saúde, por ser princípio básico de cidadania e, ao mesmo tempo, uma das mais capilarizadas do território nacional, atingindo os cidadãos lá nos lugares onde eles vivem, possui forte aderência com os preceitos de desenvolvimento regional no sentido de diminuir as iniquidades territoriais e desigualdades regionais e prover uma distribuição mais justa dos bens e serviços públicos. Para tanto, consideramos que a região não pode ser tomada como um absoluto, pois sua existência não é autônoma. É a funcionalização dos eventos no lugar que produz uma forma, um arranjo, um tamanho do acontecer. Isso preconiza uma mudança no arranjo institucional dos órgãos governamentais e entes da federação, pois do ponto de vista do fenômeno é impossível trabalhar com uma concepção hierárquica e geométrica do espaço. Há que se adotar

estratégias transescalares (Vainer, 2001) como recurso metodológico para a análise dos processos que configuram a vida de relações entre os habitantes do lugar e suas demandas por saúde e as ações da Política Nacional de Desenvolvimento Regional em suas diversas esferas de atuação, pois “qualquer projeto (estratégia) de transformação envolve, engaja e exige táticas em cada uma das escalas em que hoje se configuram os processos sociais, econômicos e políticos” (Vainer, 2001, p. 147).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRUCIO, L. F.; SOARES, M. M. (2001). Redes Federativas no Brasil: cooperação intergovernamental no grande ABC. São Paulo: Fundação Konrad Adenaur.
- AFONSSO, R. B. A. (1995). A Federação no Brasil: impasses e perspectivas. In AFFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. B. A Federação em Perspectiva: ensaios selecionados. FUNDAP, São Paulo: p. 57-75.
- BRASIL. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. In: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
- BRASIL. (2012). Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). In: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>
- CONTEL, F. B; BALBIM, R. N. (2013). Regionalização da Saúde e Ordenamento Territorial: análises exploratórias de convergências. In BOUERI, R; COSTA, M. A. (org.) Brasil em Desenvolvimento 2013: estado, planejamento e políticas públicas. IPEA, Brasília: p. 147-172.
- GADELHA, C. (2010). Saúde e Territorialização na Perspectiva do Desenvolvimento. Ciência e Saúde Coletiva, v. 16, n. 6, p. 3003-3016.
- GONDIM, G. M. M; MONKEN, M.; ROJAS L. I.; BARCELLOS, C.; PEITER, P., NAVARRO, M. B. M. A.; GRACIE, R. (2008). O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In BARCELLOS, C. (org.) Território,

- ambiente e saúde. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro: p. 237-55.
- GUIMARÃES, R. B. (2005). Regiões de saúde e escalas geográficas. Cadernos de Saúde Pública, n. 21, p. 1017-25.
- GUIMARÃES, R. B. (2008). Rumos da regionalização da saúde Brasileira. In BARCELLOS, C. (org.) A geografia no contexto dos problemas de saúde. ABRASCO, Rio de Janeiro: p. 231-41.
- IANNI, A. M. Z.; MONTEIRO, P. H.; ALVES, O. S. F.; MORAIS, M. L. S.; BARBOZA, R. (2012). Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 28, p. 925-34.
- LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N.; MACHADO, C. V.; VIANA, A. L. (2012). Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. Ciências e Saúde Coletiva, n. 17, p. 1903-14.
- MENDES, E. V. (2011). As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- MONTEIRO NETO, A. (2013). Política de Desenvolvimento Regional: questão periférica no pacto federativo brasileiro. In BRANDÃO, C. A.; SIQUEIRA, H. (org.) Pacto Federativo, Integração Nacional e Desenvolvimento Regional. Editora Fundação Perseu Abramo, São Paulo: p. 121-144.
- PESSOTO, U. C. (2010). A Regionalização do Sistema Único de Saúde nos Fins dos Anos 90: um discurso conservador. 190f. Tese (Doutorado em Geografia) – Faculdade de Ciência e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente.
- ROCHA NETO, J. M. (2012). Cooperação e Competição entre Políticas Públicas no Brasil: os custos da governabilidade no presidencialismo de coalização. 233f. Tese (Doutorado em Administração) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

- ROCHA NETO, J. M. (2013). O Território na Política Nacional de Desenvolvimento Regional. In STEINBERGER, M. (org.) Território, Estado e Políticas Públicas Espaciais. Ler Editora, Brasília: p. 163-184.
- SANTOS, M. (2007). O Espaço do Cidadão. São Paulo: EDUSP.
- SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. (2010). A Regionalização Intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. Saúde e Sociedade, n. 19, p. 533-546.
- STEINBERGER, M. (2013a). Introdução. In STEINBERGER, M. (org.) Território, Estado e Políticas Públicas Espaciais. Ler Editora, Brasília: p. 21-28.
- STEINBERGER, M. (2013b). Território e Federação na Retomada de Políticas Públicas Espaciais pós-2003. In BRANDÃO, C. A; SIQUEIRA, H. (org.) Pacto Federativo, Integração Nacional e Desenvolvimento Regional. Editora Fundação Perseu Abramo, São Paulo: p. 175-202.
- UNGLERT, C. V. (1993). Territorialização em sistemas de saúde. In MENDES, E. V. (org.) Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. HUCITEC, São Paulo: p. 221-235.
- VAINER, C. (2001). As Escalas de Poder e o Poder das Escalas: o que pode o poder local? Anais do IX Encontro Nacional da ANPUR: ética, planejamento e construção democrática do espaço.