Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Desenvolvimento desigual e a regionalização do SUS: uma
análise territorial dos recursos financeiros para as redes de
atenção à saúde no Estado de São Paulo (2009-2014)**

Ligia Schiavon Duarte

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo
para a obtenção do título de Doutor em Ciências**

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes

São Paulo
2016
(versão revisada)

Desenvolvimento desigual e a regionalização do SUS: uma análise territorial dos recursos financeiros para as redes de atenção à saúde no Estado de São Paulo (2009-2014)

Ligia Schiavon Duarte

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes

**São Paulo
2016
(versão revisada)**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência em Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Duarte, Ligia Schiavon

Desenvolvimento desigual e a regionalização do SUS: uma análise territorial dos recursos financeiros para as redes de atenção à saúde no Estado de São Paulo (2009-2014) / Ligia Schiavon Duarte; orientador Áquilas Nogueira Mendes. -- São Paulo, 2016. 260 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2016.

1. Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Desenvolvimento econômico. 3. Regionalização. 4. Financiamento da assistência à saúde. 5. Economia da saúde. 6. Saúde Pública. I. Título.

O maior trem do mundo
Leva minha terra
Para a Alemanha
Leva minha terra
Para o Canadá
Leva minha terra
Para o Japão

O maior trem do mundo
Puxado por cinco locomotivas a óleo diesel
Engatadas geminadas desembestadas
Leva meu tempo, minha infância, minha vida
Triturada em 163 vagões de minério e destruição
O maior trem do mundo
Transporta a coisa mínima do mundo
Meu coração itabirano

Lá vai o trem maior do mundo
Vai serpenteando, vai sumindo
E um dia, eu sei não voltará
Pois nem terra nem coração existem mais.

O maior trem do mundo, de Carlos Drummond de Andrade
(Publicado em 1984 – Jornal “O Cometa Itabirano”)

Aos meus pais, Maria Odete e José Enio, por tudo, por serem a fonte.
Ao meu filho, Leonardo, por me inspirar a vida, para onde tudo corre.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, José Ênio Servilha Duarte, por ser fonte infinita de inspiração, não apenas para o mergulho nesse importante e complexo mundo do Sistema Único de Saúde, mas para a vida em geral.

Ao meu orientador, Áquilas Mendes, por dedicar tempo e energia lapidando inquietações e afetos para a formação científica nesse difícil campo das ciências sociais e, sobretudo, por sua generosidade e acolhimento que promovem a existência de espaços para a formulação do pensamento livre e emancipador. Dessa forma, agradeço a oportunidade em conviver com seus orientandos de mestrado e doutorado, em especial Silvia Vasconcellos, Mariana Melo, Natália Lara, Lygia Botelho, José Alexandre Weiller, Helton Souza e Mariana Jansen, que me ensinaram a rica diversidade de olhares sobre a saúde pública a partir de uma vertente teórica comum do pensamento crítico.

Aos amigos do Instituto de Saúde (IS), em especial Luiza Heimann, Lauro Ibanhes, Carlos Tato, Umberto Pessoto, José da Rocha Carvalheiro, Marli Prado e Tereza Cristina, pela generosidade com que me receberam e compartilharam seus conhecimentos sobre o SUS e pelas orientações fundamentais no processo de elaboração dessa tese. Sem eles, não teria encontrado as bases da elaboração teórica que apresento aqui.

Aos amigos da Fundação Seade, em especial, ao Irineu Francisco Barreto Jr., à Ana Narducci e ao Carlos França, pelas conversas e cafés que inspiram as inquietações daqueles que trabalham e constroem as fundações públicas e institutos públicos de pesquisa do estado de São Paulo e que vêm assistindo ao desmonte sistemático de suas missões públicas, fundamentais na busca da integração entre a pesquisa científica e as necessidades de atuação do Estado para a construção de uma sociedade menos desigual. Por esse motivo, faço um agradecimento especial ao Deputado Carlos Neder que lidera bravamente (e por que não dizer, quixotesca!) a Frente Parlamentar em Defesa dos Institutos Públicos de Pesquisa e das Fundações Públicas do Estado de São Paulo.

À Sarah Maria dos Santos e Lilia Belluzzo por apoiarem a minha decisão de me transferir da Fundação Seade para o IS como forma de ampliar meus conhecimentos sobre políticas públicas.

Agradeço também ao Flaviano e ao Chagas pelo acolhimento na minha chegada ao famoso “NISIS”.

Mais uma vez à Sarah dos Santos e também à Rovená Negreiros e à Aúrea Davanzo, com as quais pude ter a honra de me inserir na seleta equipe de profissionais da Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano (Emplasa), da qual gostaria de destacar a querida amiga Myrna de Abreu. A todas essas competentes profissionais agradeço o aprendizado dos rigores metodológicos na construção dos estudos de rede urbana e regionalização no Estado de São Paulo ao longo da execução de diferentes projetos que, de alguma forma, subsidiaram a elaboração dessa tese.

Ao amigo Miguel Matteo e aos técnicos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em especial ao Marco Aurélio Costa, ao Rafael Henrique Moraes Pereira e ao Renato Balbim, pelo aprendizado oferecido ao longo da troca de experiências sobre as questões da rede urbana e das regionalizações no âmbito nacional.

Ao Professor Fábio Bertoli Contel por me receber na sua disciplina no programa de pós-graduação do Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, pelo convívio no projeto “O Brasil em perspectiva territorial: as regionalizações produzidas no Brasil do século XIX ao XXI em suas perspectivas acadêmicas e aplicada” do Subprograma de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional – PNPD/IPEA do qual fomos bolsistas e por suas contribuições como membro da minha banca de qualificação.

Aos professores da Faculdade de Saúde Pública, em especial Aúrea Maria Ianni que se dispôs a participar da minha banca de qualificação, e a Marília Louvison que, em diferentes momentos, se dispôs a apontar os caminhos possíveis. Agradeço também a Cleide Lavieri Martins, por seu apoio imprescindível no momento da realização da defesa.

Aos assessores do Conselho Nacional de Secretários Municipais (CONASEMS), em especial ao Nilo Bretas Junior, Blenda Leite, Márcia Pinheiro, Fernanda Terrazas, Ignez e Sônia, pela ajuda generosa no garimpo por informações e acolhimento nos inquietantes congressos nacionais de secretários municipais de saúde.

Aos técnicos do Conselho Estadual de Secretários Municipais de São Paulo (Cosems-SP), em especial ao Floriano Pereira Filho, Cleide Campos, Márcia Tuboni e Nestor Nascimento, pelo apoio no acesso às informações da pesquisa.

Aos companheiros da Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), em especial a sua presidenta Marília Louvison, com quem tive a honra de compartilhar a diretoria de 2014-2015, por proporcionarem um aprendizado intenso e me fazerem sentir parte dessa brava militância que constrói e ampara o SUS.

Aos funcionários da Faculdade de Saúde Pública, em especial ao Fernando, à Marilene e ao Ulisses, pela infinita paciência com essa aluna tão desnorteada.

Aos professores e professoras membros titulares da banca, Carlos Antônio Brandão, Marília Cristina Prado Louvison, Patrícia Tavares Ribeiro e Raul Borges Guimarães, e ao Professor Irineu Francisco Barreto Jr., primeiro suplente, pelas contribuições inestimáveis. E aos professores que aceitaram generosamente a suplência, Miguel Matteo, Umberto Pessoto, Renato de Lima e Áurea Ianni.

Ao Rafael de Castro Catão pela elaboração do mapa.

Aos generosos amigos Magdalena Hirart e Carlos França, que se disponibilizaram a revisão cuidadosa dessa tese.

À minha irmã Mariana, por ser parceira em tudo na vida.

Ao Luiz Adriano, pelo companheirismo no cuidado do nosso filho.

Aos queridos amigos Beto Gião, Márcia Molla, Júlia Molla Gião, Dudu Ribeiro, Tânia Ishida, Cisco Ishida Ribeiro, pelos dias de sol com o Léo enquanto eu cumpria a árdua tarefa de elaborar uma tese de doutorado. Alegrou o meu coração de mãe.

À Jaqueline, pelos cuidados com a casa.

À Bete, pelos cuidados com minha mãe.

Sumário

Lista de Tabelas	xvii
Lista de Quadros.....	xix
Lista de Gráficos	xxi
Lista de Mapas.....	xxiii
Lista de Siglas	xxv
RESUMO	xxvii
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – DESENVOLVIMENTO E TERRITÓRIO: UMA DISCUSSÃO PARA O ENTENDIMENTO DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS.....	9
1.1 O desenvolvimento e a questão da saúde pública.....	10
1.1.1 Os conceitos de saúde: diferentes racionalidades na construção da política	13
1.1.2 – As diferentes funções sociais da saúde pública no campo da economia política da saúde	17
1.2 A dimensão territorial do desenvolvimento: uma proposta para a compreensão da regionalização na política de saúde	31
1.2.1 – Concentração espacial e recortes territoriais: a divisão territorial do trabalho e a rede urbana	33
1.2.2 – Os processos de homogeneização, de integração, de polarização e de hegemonia: elementos fundamentais para a análise da dimensão espacial do desenvolvimento capitalista	42
CAPÍTULO 2 – A ESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL EM CONSONÂNCIA COM O DESENVOLVIMENTO NACIONAL.....	51
2.1 – O período anterior à institucionalização do SUS: dicotomia entre saúde coletiva e saúde individual.....	51
2.2 – A estruturação do SUS: elementos fundamentais para a compreensão do atual debate da regionalização	63
2.2.1 – O financiamento do SUS: o duplo movimento	64
2.2.2 – O público e o privado no setor de saúde: transformações nas formas de organização da produção das práticas de saúde.....	71
2.2.3 – Os modelos de atenção à saúde no contexto do SUS	78
CAPÍTULO 3 - A REGIONALIZAÇÃO DO SUS ENGENDRADA NO PROCESSO DICOTÔMICO: REGIÕES DE SAÚDE OU REDES DE ATENÇÃO?	83
3.1 – Descentralização da política: processo democratizante ou ajuste neoliberal?	84
3.1.1 – A municipalização da saúde na década de 1990	88

3.2 – A regionalização do SUS: aprofundamento da descentralização ou organização das redes de atenção?	96
3.2.1 – A primeira metade da década de 2000: as Normas Operacionais de Assistência à Saúde	100
3.2.2 – A segunda metade da década de 2000: o Pacto pela Saúde.....	105
3.2.3 – O início dos anos 2010: consolidação da racionalidade do modelo médico-assistencial na regionalização do SUS	112
3.2.4 – O financiamento das redes temáticas.....	122
CAPÍTULO 4 – AS REGIÕES DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA DIVISÃO INTER-REGIONAL DO TRABALHO: UMA ANÁLISE SOCIOESPACIAL DO TERRITÓRIO PAULISTA	145
4.1 – As Regiões de Saúde do estado de São Paulo e a rede urbana paulista: uma perspectiva de análise	149
4.1.1 – Os estudos da rede urbana paulista: perspectivas de uso	150
4.1.2 – Tipologia dos municípios segundo a sua inserção na rede urbana e caracterização urbana das Regiões de Saúde	157
4.1.3 – A distribuição das Regiões de Saúde por condição de urbanização no estado de São Paulo	165
4.2 – Análise da dinâmica populacional e produtiva do território paulista a partir da caracterização urbana das Regiões de Saúde: os anos 2002 e 2012	172
CAPÍTULO 5 – ANÁLISE TERRITORIAL DAS TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS PARA O FINANCIAMENTO DAS ESTRATÉGIAS VINCULADAS ÀS REDES TEMÁTICAS: O PERÍODO 2009-2014	181
5.1 As transferências do FNS aos FMS paulistas por bloco de financiamento.....	183
5.2 As transformações nas transferências do FNS para os FMS paulistas no bloco MAC	191
5.3 As transformações na distribuição territorial das transferências do FNS para os FMS paulistas no bloco MAC nos dois períodos considerados	196
5.4 Breves considerações sobre a distribuição territorial das transferências do Bloco MAC.....	216
CONCLUSÃO	219
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	233
<i>Corpus</i>	247
Apêndice 1.....	252
Apêndice 2.....	253
Apêndice 3.....	254
Apêndice 4.....	257
Apêndice 5.....	258
Apêndice 6.....	259
Apêndice 7.....	260

Apêndice 8.....	261
-----------------	-----

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Valor líquido das transferências federais segundo componentes e estratégias do Bloco de Financiamento MAC e ano de transferência – Brasil (2009-2014).....	136
Tabela 2 – Número de municípios segundo Regiões de Saúde na condição de Baixa urbanização por tipologia dos municípios – Estado de São Paulo.....	162
Tabela 3 – Número de municípios segundo Regiões de saúde na condição de Média urbanização por tipologia dos municípios – Estado de São Paulo.....	163
Tabela 4 – Número de municípios segundo Regiões de Saúde na condição de Alta urbanização por tipologia dos municípios – Estado de São Paulo.....	164
Tabela 5 – Número de municípios segundo Regiões de Saúde na condição metropolitana por tipologia dos municípios – Estado de São Paulo.....	164
Tabela 6 – Municípios, População, PIB e PIB per capita segundo condição de urbanização da Região de Saúde e tipologia de municípios – Estado de São Paulo (2012).....	173
Tabela 7 – Municípios, População, PIB e PIB per capita segundo condição de urbanização da Região de Saúde e tipologia de municípios – Estado de São Paulo, exceto a capital (2012).....	174
Tabela 8 – Distribuição da população e do PIB segundo condição de urbanização da Região de Saúde e tipologia de municípios – Estado de São Paulo, exceto a Capital (2002 e 2012).....	177
Tabela 9 – Distribuição do Valor Adicionado segundo condição de urbanização da Região de Saúde e tipologia de municípios por setores de serviço, indústria e da agropecuária – Estado de São Paulo, exceto a capital (2002 e 2012).....	178
Tabela 10 – Valor líquido das transferências do FNS, total e para o bloco MAC – Brasil e Estado de São Paulo (2009-2014).....	184
Tabela 11 – Valor líquido das transferências do FNS para os FMS segundo bloco de financiamento – Estado de São Paulo (2009-2014)	185
Tabela 12 – Número de municípios contemplados com transferências do FNS por blocos de financiamento – Estado de São Paulo (2009-2014)	185
Tabela 13 – Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do Bloco MAC por ações e estratégias – Estado de São Paulo (2009-2014).....	187
Tabela 14 – Número de municípios contemplados com transferências do FNS no âmbito do bloco MAC por segmentos e grupos do “Demais do Limite Financeiro” desagregados – Estado de São Paulo (2009-2014).....	193
Tabela 15 – Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do bloco MAC por componentes e grupos do “Demais do Limite Financeiro” nos dois períodos considerados – Estado de São Paulo (2009-2014).....	194
Tabela 16 – Número de Municípios, População, PIB e transferências do FNS para os FMS segundo condição de urbanização da Região de Saúde e tipologia de municípios – Estado de São Paulo (2012)	197
Tabela 17 – Transferências do FNS para os FMS segundo condição de urbanização da Região de Saúde e tipologia dos municípios por bloco MAC e bloco AB – Estado de São Paulo – 2009-2014.	198
Tabela 18 – Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do Bloco MAC por segmento, segundo condição de urbanização da Região de Saúde e tipologia dos municípios – Estado de São Paulo (2009-2014).....	201
Tabela 19 – Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do “Demais do Limite Financeiro” segundo grupo, por condição de urbanização da Região de Saúde e tipologia dos municípios – Estado de São Paulo (2009-2014)	202

Tabela 20 - Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do Bloco MAC segundo componentes e grupos do “Demais do Limite Financeiro” desagregados – Estado de São Paulo e Município de São Paulo – 2009-2014	203
Tabela 21 – Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do Bloco MAC segundo condição de urbanização e tipologia dos municípios por os componentes FAEC e Limite Financeiro desagregado – Estado de São Paulo, exceto a capital – 2009-2014	205
Tabela 22 – Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do “Demais do Limite Financeiro” segundo condição de urbanização da RS e tipologia dos municípios por grupos desagregados – Estado de São Paulo, exceto a capital (2009-2014).....	206
Tabela 23 – Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do bloco MAC segundo condição de urbanização da RS e tipologia dos municípios nos dois períodos analisados – Estado de São Paulo, exceto a capital (2009-2014).....	208
Tabela 24 - Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do FAEC segundo condição de urbanização da RS e tipologia dos municípios, nos dois períodos analisados – Estado de São Paulo, exceto a capital (2009-2014).....	210
Tabela 25 - Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do Teto do Limite Financeiro segundo condição de urbanização da RS e tipologia dos municípios nos dois períodos analisados – Estado de São Paulo, exceto a capital (2009-2014).....	212
Tabela 26 - Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do “Demais do Limite Financeiro” segundo condição de urbanização da RS e tipologia dos municípios nos dois períodos analisados – Estado de São Paulo, exceto a capital (2009-2014).....	214

Lista de Quadros

Quadro 1 – Objetivos da regionalização definidos no Pacto pela Saúde	108
Quadro 2 – Financiamento dos componentes da Rede Cegonha	125
Quadro 3 – Financiamento dos componentes da Rede de Atenção à Urgência	128
Quadro 4 – Financiamento dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial	131
Quadro 5 – Financiamento dos componentes da Rede Viver Sem Limites	133
Quadro 6 – Indicadores utilizados para a análise da rede urbana de São Paulo.....	151
Quadro 7 – Número de municípios, segundo categorias da rede urbana paulista.....	153
Quadro 8 – Hierarquia do REGIC e municípios no estado de São Paulo – 2008	156
Quadro 9 – Categorias de municípios do estado de São Paulo, número e critérios para sua classificação	160
Quadro 10 – Classificação das Regiões de Saúde segundo condição de urbanização.....	161

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Evolução das transferências do FNS segundo bloco MAC e Bloco AB por ano da transferência – Brasil (2009-2014).....	137
Gráfico 2 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS por blocos de financiamento – Estado de São Paulo (2009-2014).....	186
Gráfico 3 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS por blocos de financiamento e segmentos do Bloco MAC – Estado de São Paulo (2009-2014).....	188
Gráfico 4 – Evolução das transferências do FNS para os FMS por blocos de financiamento da AB e da MAC – Estado de São Paulo (2009-2014)	189
Gráfico 5 – Evolução das transferências do FNS para os FMS por blocos de financiamento da Assistência farmacêutica, Gestão do SUS, Investimentos, Transferências não regulamentada e Vigilância em saúde – Estado de São Paulo (2009-2014).....	190
Gráfico 6 – Evolução das transferências do FNS para os FMS no âmbito do bloco MAC pelos segmentos FAEC, Teto do Limite Financeiro e “Demais do Limite Financeiro” – Estado de São Paulo (2009-2014).....	191
Gráfico 7 – Transferências do FNS para os FMS no âmbito do “Demais do Limite Financeiro” segundo grupos – Estado de São Paulo (2009-2014)	192
Gráfico 8 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS no âmbito do bloco MAC segundo componentes e grupos do “Demais do Limite Financeiro” – Estado de São Paulo – 2009-2014.....	195
Gráfico 9 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS no âmbito do Bloco de Financiamento da AB segundo tipologia dos municípios – Estado de São Paulo (2009-2014)	199
Gráfico 10 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS no âmbito do Bloco de Financiamento MAC segundo tipologia dos municípios – Estado de São Paulo (2009-2014).....	200
Gráfico 11 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS paulistas, exceto o município de São Paulo, no âmbito do Bloco MAC segundo componentes e grupos do “Demais do Limite Financeiro” – Estado de São Paulo – 2009-2014	204
Gráfico 12 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS segundo inserção dos municípios na Rede Urbana, por grupos do “Demais do Limite Financeiro” – Estado de São Paulo, exceto a capital (2009-2014)	207
Gráfico 13 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS no âmbito do Bloco MAC segundo tipologia do município, nos dois períodos analisados – Estado de São Paulo, exceto a capital (2009-2014)	209
Gráfico 14 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS no âmbito do FAEC segundo tipologia dos municípios nos dois períodos analisados – Estado de São Paulo, exceto a capital (2009-2014)	211
Gráfico 15 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS no âmbito do Teto do Limite Financeiro segundo tipologia dos municípios nos dois períodos analisados – Estado de São Paulo, exceto a capital (2009-2014).....	213
Gráfico 16 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS no âmbito do “Demais do Limite Financeiro” segundo tipologia dos municípios nos dois períodos analisados – Estado de São Paulo, exceto a capital (2009-2014).....	215

Lista de Mapas

Mapa 1 – Tipos de Regiões de Saúde segundo condição de urbanização	167
---	------------

Lista de Siglas

AB – Atenção Básica
AD – Atenção Domiciliar
AIS – Ações Integradas de Saúde
AMS – Pesquisa Assistência Médico-Sanitária
APS – Atenção Primária à Saúde
ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde
AU – Aglomeração Urbana
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CER – Centro Especializado em Reabilitação
CGR – Colegiado de Gestão Regional
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR – Comissão Intergestores Regional
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade
COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CRI – Centro Regional Isolado
CRST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DRS – Departamento Regional de Saúde
DRU – Desvinculação das Receitas da União
eCR – Equipe Consultório de Rua
EMAD – Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP – Equipes Multiprofissionais de Apoio
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FES – Fundos Estaduais de Saúde
FIDEPS – Fator de Incentivos ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
FMI – Fundo Monetário Internacional
FMS – Fundos Municipais de Saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
GAR – Gestante de Alto Risco
IAPI – Incentivo de Assistência à População Indígena
IGP-DI – Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna
INTEGRASUS – Incentivo de Integração do SUS
LC – Linha de Cuidado
MAC – Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar
NHS – National Health Service
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Normas Operacionais Básicas
OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OPM – Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção
OS – Organizações Sociais de Saúde
PABA – Piso da Atenção Básica Ampliado
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAR – Plano de Ação das Rede

PCR – Pequeno Centro Regional
PDI – Plano Diretor de Investimento
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PFVS – Piso Fixo de Vigilância em Saúde
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PSF – Programa Saúde da Família
PVVS – Piso Variável de Vigilância em Saúde
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RASPCD – Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas
RAU – Rede de Atenção às Urgências
RC – Rede Cegonha
RMC – Região Metropolitana de Campinas
RU – Rede Urbana
RUE – Rede de Urgência e Emergência
SADT – Serviços de Apoio à Diagnóstico e Terapia
SAD – Serviços de Atenção Domiciliar
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SE – Sala de Estabilização
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SILOS – Sistemas Locais de Saúde
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCG – Termo de Compromisso de Gestão
UA – Unidades de Acolhimento
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UCI – Unidade de Cuidado Intermediário
UCO – Unidade Coronariana
UPA – Unidades de Pronto Atendimento
UPA24h – Unidades de Pronto Atendimento e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

O estudo proposto nesta tese aborda o processo de regionalização do SUS a partir de duas vertentes dinamizadoras. Uma orientada pela diretriz da descentralização político-administrativa e outra pela diretriz de regionalização e hierarquização da rede de saúde com foco na integração de atividades e serviços em regiões. Tal processo pode ter como resultado a mitigação ou o aprofundamento das desigualdades regionais. O processo de regionalização assim considerado foi analisado segundo duas dimensões do desenvolvimento capitalista, a territorial e a da saúde pública. Em relação à dimensão territorial, a divisão inter-regional do trabalho foi considerada elementar para a diferenciação das regiões segundo suas funções na organização da produção. É nessa perspectiva que recorremos à rede urbana como síntese da divisão inter-regional do trabalho. Em relação à dimensão da saúde pública, o norteamento para a compreensão da sua inserção no desenvolvimento capitalista foi dado por dois conceitos dicotômicos de saúde, *saúde como ausência de doença* e *saúde como bem-estar social*. É por meio deles que se torna possível identificar as diferentes funções sociais da saúde pública e, a partir daí, desvelar seu papel no aprofundamento do movimento desigual da acumulação do capital ou, ao contrário, como elemento de transformação social.

Devido à importância do financiamento na elucidação do processo de regionalização, a tese evidenciou as transferências de recursos da esfera federal para os governos municípios no âmbito do bloco de financiamento da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Bloco MAC) com foco nas estratégias vinculadas às redes temáticas. Foram observadas as transformações na concentração/desconcentração territorial dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS) paulistas no período 2009-2014, considerando as condições de urbanização das 63 Regiões de Saúde do estado de São Paulo (Metropolitana, Alta urbanização, Média urbanização e Baixa urbanização) propostas pela tese. A análise assim fundamentada tornou possível verificar que o processo recente de regionalização do SUS no estado de São Paulo, dinamizado pelo financiamento das ações e estratégias vinculadas às redes temáticas, aprofunda as características de distribuição espacial desigual no território paulista.

Palavras-chaves: Regionalização do SUS; Regiões de Saúde; Redes Temáticas; Financiamento do SUS; Desenvolvimento regional.

ABSTRACT

The study proposed in this thesis discusses the SUS regionalization process from two aspects dynamizing. A guided by the policy of political and administrative decentralization and the other by the regionalization policy and hierarchical health network focused on integration activities in the regions. This process may result in the mitigation or the deepening of regional inequalities. The regionalization process thus considered was analyzed according to two dimensions of capitalist development, territorial and public health. In relation to the territorial dimension, the inter-regional division of labor was considered elementary for the differentiation of the regions according to their roles in the organization of production. It is in this perspective that we used the urban network as a synthesis of the inter-regional division of labor. In relation to the public health, the guideline for understanding of its insertion in capitalist development was given by two dichotomous concepts of health, health as *absence of disease* and health as *welfare*. It is through them that it is possible to identify the different social functions of public health and reveal its role in deepening unequal accumulation of capital or as social transformation element.

Considering the importance of funding in the elucidation of the regionalization process, the thesis showed the transfer of resources from the federal governments to the municipal governments in the scope funding block of medium and high complexity ambulatory and hospital (MAC block) focusing on related strategies to thematic networks. The changes were observed in the concentration territorial devolution of resources of the National Health Fund (FNS) to the Municipal Health Funds (FMS) São Paulo in the period 2009-2014 considering the urbanization conditions of the 63 Regions of Health of São Paulo State (Metropolitan, High urbanization, Medium and Low urbanization urbanization). The analysis makes it possible to verify that the recent process SUS regionalization of the state of São Paulo, boosted by financing actions and strategies related to the thematic networks, deepens the uneven spatial distribution characteristics in the territory.

Palavras-chaves: SUS regionalization; health regions; thematic health networks; economy of health, regional development.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal promulgada em 1988 (CF/1988) representou importante marco histórico no Brasil uma vez que assegurou entre as diversas garantias constitucionais, uma abrangente política de Seguridade Social no país. Nesse contexto, a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da Seguridade Social, com seus princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação social, representou uma inflexão no modelo de atenção à saúde até então vigente.

Muito embora se reconheça a importância da CF/1988 e do SUS como resultado emblemático dos esforços da sociedade brasileira de superação do período representado pela supressão de direitos civis imposta pela ditadura militar no país (1964-1985) e que seus preceitos orientem em grande medida a elaboração das políticas de direito social no Brasil, deve-se admitir que o projeto social almejado está ainda em construção e suscita complexas disputas entre as diferentes forças atuantes na sociedade brasileira.

A impossibilidade de efetivação dos preceitos constitucionais ocorre porque a partir da década de 1990, influenciado pelo ideário neoliberal que ressoava dos países centrais, as forças políticas no Brasil tendem a quase não considerar projetos de desenvolvimento calcados na orquestração de um Estado planejador e se submetem, em sua maioria, aos ditames de desregulamentação do capitalismo sob a dominância do capital portador de juros.

A ausência de um efetivo projeto de desenvolvimento no país a partir da abertura política limitou a abrangência do sistema de Seguridade Social idealizado, tanto na sua capacidade de incorporar toda a população brasileira de forma equitativa, quanto de integrar os diferentes setores que juntos conformam as políticas de bem-estar social. Esses setores se referem não apenas aqueles que constitucionalmente formam a Seguridade Social, como a Previdência Social, a Assistência Social e a Saúde, mas também aqueles voltados à educação, à segurança pública, à moradia, à garantia de emprego e renda, à mobilidade urbana, entre outros. A forma desintegrada com que as políticas que dinamizam tais setores vêm sendo efetivadas, sobretudo aquelas voltadas à saúde, é o pano de fundo da tese em questão. É dessa perspectiva que se busca compreender o processo de regionalização da política de saúde pública nacional.

O debate a respeito da efetivação da regionalização do SUS não pode se furtar ao entendimento mais geral das políticas públicas de combate às desigualdades sociais e

regionais. É com foco nessas últimas, as desigualdades regionais, que o presente estudo busca jogar luz sobre o processo de regionalização do SUS e, dessa forma, tem como desafio a análise de duas dimensões do desenvolvimento, a territorial e a da saúde pública.

Em relação à construção da política de saúde pública é possível afirmar que o processo de regionalização do SUS apresenta duas vertentes dinamizadoras. Uma delas é orientada pela diretriz da descentralização político-administrativa que encarregou, sobretudo, os municípios na gestão dos serviços de saúde, tendo como premissa a maior capacidade desse ente federado no reconhecimento das necessidades de saúde de sua população e a garantia da participação da comunidade. A outra, pela diretriz de regionalização e hierarquização da rede de saúde em níveis de complexidade crescente e a integração de atividades e serviços em regiões. A reconhecida ausência, sobretudo na esfera federal, de ações efetivas para que o território seja uma plataforma de integração de políticas públicas (Duarte et al., 2013), faz com que essas vertentes dinamizadoras da política de saúde pública relacionadas ao debate da regionalização do SUS apareçam, muitas vezes, como concorrentes.

Isso ocorre porque, tanto o aprofundamento da descentralização político-administrativa da gestão do SUS, como o da regionalização e integração de atividades e serviços de saúde, dependem do movimento mais geral de acumulação capitalista. Compreender os limites e potencialidades dessas duas vertentes dinamizadoras da política de saúde pública relacionadas ao processo de regionalização do SUS exige compreender o atual processo histórico do capitalismo, que expõe cada vez mais a economia brasileira aos ditames dos agentes econômicos globais e aprofunda a nossa inserção subordinada na divisão internacional do trabalho. A inserção do Brasil na divisão internacional do trabalho, principalmente considerando a atual desregulamentação dos mercados, em especial os financeiros, determinará em grande medida as possibilidades das diferentes regiões brasileiras se inserirem na divisão inter-regional do trabalho. Esse processo impactará nas dimensões territoriais do desenvolvimento capitalista brasileiro, de forma geral, e na organização do setor de saúde, em especial. Tal processo influenciará não apenas as condições de vida da população brasileira, como também a organização territorial das atividades e serviços de saúde que, sem uma efetiva ação integradora do Estado, tendem à fragmentação territorial e da atenção à saúde.

As transformações que estão em processo, nem sempre adequadamente percebidas, operam nos setores econômicos e sociais em diferentes momentos e lugares. Apenas para ilustrar, foi esse movimento que gerou o recente *boom* imobiliário nos grandes centros

urbanos do mundo, e em especial no Brasil, que vem influenciando o valor dos aluguéis e expulsando a população de baixa renda para áreas mais distantes. A ampliação da precarização de moradias, a segregação espacial, as dificuldades nos deslocamento de parcela da população nos espaços metropolitanos e os problemas ambientais (ocupação de mananciais, restrição do acesso à água, poluição do ar, entre outros), vêm gerando diversas mobilizações sociais, principalmente de caráter urbano¹. Se esses efeitos se fazem sentir nas condições de vida metropolitana no Brasil, também no campo as novas formas de produção comandadas pelas grandes multinacionais do agronegócio, baseadas no latifúndio, na monocultura e na violenta incorporação de tecnologia, precariza o trabalho e danifica o meio ambiente.

Se todas essas transformações geram mudanças nas condições de vida das pessoas, que aparecerão como demanda por serviços de saúde, o próprio setor produtivo da saúde, público ou privado, também será impactado pela atual forma de valorização do capital. Por um lado, as novas formas de organização da produção no setor saúde, baseadas na acumulação flexível e na terceirização, aprimoram não apenas a extração da mais valia, mas também a difusão geográfica de produtos e tecnologias de saúde, ou seja, amplia a capacidade de extração espacial da riqueza nesse setor. Essas novas formas de organização da produção, cada vez mais capturadas por capitais multinacionais, possibilitam a concentração financeira à medida que se espriam pelos territórios. Nesse contexto, a “produção de saúde” além de se tornar cada vez mais um importante espaço de valorização do capital, também transforma a percepção do que é doença nos indivíduos, em outros termos, transforma o conceito de saúde na sociedade. Resulta desse processo o aparecimento de novos modelos de gerenciamento dos serviços de saúde pública, cada vez mais expostos aos capitais forâneos.

Haja vista tal complexidade das transformações impostas pelo movimento de acumulação capitalista e diante do desafio em concatenar as duas dimensões do desenvolvimento proposta nesta tese, a territorial e da saúde pública, foi necessário recorrer a alguns eixos norteadores da análise do processo de regionalização do SUS. Na dimensão territorial, a divisão inter-regional do trabalho torna-se elementar para a diferenciação dos territórios segundo suas funções na organização da produção. É nessa perspectiva que a rede urbana, síntese da divisão inter-regional do trabalho, aparece como elemento elucidativo para a análise.

¹ Para detalhes, ver Harvey (2013a)

Na dimensão da saúde pública, o norteamento para a compreensão da sua inserção no desenvolvimento capitalista foi dado por dois conceitos dicotômicos de saúde, *saúde como ausência de doença* e *saúde como bem-estar social*. É por meio deles que se torna possível identificar as diferentes funções sociais da saúde pública e, a partir daí, desvelar seu papel no aprofundamento do movimento desigual da acumulação do capital ou, ao contrário, como elemento de transformação social.

A existência das duas vertentes dinamizadoras da regionalização do SUS, conforme apontado, faz com que esse processo ora seja visto como possibilidade de aprofundamento da municipalização e ampliação da autonomia desses entes federados na construção da política, ora como contenção da descentralização para o enfrentamento da fragmentação na organização dos serviços de saúde. Diante dessa ambiguidade na construção das políticas, a tese recorreu ao enfoque sobre as transferências de recursos da esfera federal para os governos subnacionais, em especial os municípios. Entende-se que o financiamento das estratégias definidas de forma centralizada para a indução do processo de regionalização, determinará a lógica preponderante do processo nas diferentes Regiões de Saúde. A partir do entendimento dessa lógica preponderante, resta analisar a distribuição territorial dos recursos.

Ao se considerar a divisão inter-regional do trabalho, como esses recursos estão distribuídos pelo território? Para elucidar esse aspecto do processo de regionalização do SUS, a tese propôs a caracterização das Regiões de Saúde segundo sua condição de urbanização. Para essa etapa do estudo, o estado de São Paulo foi escolhido como *locus* privilegiado da análise, uma vez que sua rede urbana é a mais diversificada do país, apresentando polos de diferentes centralidades e morfologias urbanas de diferentes padrões. Recorremos aos estudos disponíveis sobre a rede urbana paulista, sendo eles, o *Rede urbana e regionalização do Estado de São Paulo* elaborado conjuntamente pela Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano (Emplasa) e a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade) e o *Região de Influência da Cidade* (REGIC), elaborado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Tem-se como hipótese geral desta Tese, o entendimento de que a caracterização das Regiões de Saúde da perspectiva da rede urbana contribui para incorporar novos elementos na análise da política de regionalização do SUS. A inserção da Região de Saúde na divisão inter-regional do trabalho, como resultado da inserção na rede urbana dos municípios que as compõem, determinará, em alguma medida, a sua inserção na política de saúde pública nacional. As Regiões de Saúde, além de apresentarem diferenças populacionais, produtivas e

de necessidades de saúde, expressam também o poder de comando (ou a ausência dele) dos diferentes atores organizados no seu território, e fora dele. Em decorrência da forma espacialmente seletiva com que o capital se distribui no território nacional, e do diferentes níveis de “coerção” que um lugar exerce sobre o outro, tem-se como hipótese específica que os recursos financeiros direcionados ao processo de regionalização do SUS devem, em alguma medida, se contrapor ao movimento mais geral da dinâmica capitalista.

Assim, é possível observar Regiões de Saúde conformadas em lugares de intensa urbanização, como as regiões metropolitanas ou aglomerações urbanas e também aquelas conformadas fora dos eixos dinâmicos dos territórios. Mais do que criar mais uma tipologia de Regiões de Saúde e dos municípios que as compõem, a busca pela caracterização desses recortes regionais a partir da sua inserção na divisão inter-regional do trabalho visa estabelecer os nexos desses lugares com o processo de formação histórico econômico brasileiro mais geral. Mesmo que esses nexos não se tornem automaticamente visíveis a partir da identificação de uma conformação específica do sistema urbano nos limites territoriais das Regiões de Saúde, torna-se possível, em alguma medida, jogar luz sobre as relações de poder que emanam de tais sistemas e condicionam as ações públicas.

Tendo em vista a forma seletiva com que o capital se organiza no território e o objetivo de mitigação dos desequilíbrios regionais propalado pela política de saúde pública nacional, a partir dessa caracterização das Regiões de Saúde paulistas foi possível identificar aquelas localizadas em lugares tradicionalmente privilegiados pelos investimentos públicos e privados e se o financiamento das estratégias de regionalização do SUS se associou ou se contrapôs a essa distribuição regional.

A tese, que foi dividida em cinco capítulos, expõe seu referencial teórico no Capítulo 1, estruturado em duas partes. A primeira apresenta os conceitos de saúde norteadores da análise e a partir deles as diferentes funções sociais da saúde pública no desenvolvimento capitalista. Ao fim dessa, ressalta-se as articulações possíveis entre o econômico, as práticas de saúde e a ação do Estado no sentido do aprofundamento do movimento do capital ou, ao contrário, da transformação da sociedade. A segunda parte trata da dimensão espacial do desenvolvimento, em que, após a discussão teórica a respeito da divisão inter-regional do trabalho, são apresentados os quatro processos basilares para a análise crítica do movimento desigual da acumulação de capital no território – de homogeneização, de integração, de polarização e de hegemonia –, conforme proposto por Brandão (2007).

O Capítulo 2, também estruturado em duas partes, tem como objetivo a exposição histórica da construção da política de saúde pública no Brasil. A primeira parte aborda o período anterior à institucionalização do SUS ressaltando, no seu processo dicotômico, as contradições dos modelos de atenção vigentes. A segunda parte, que expõe a estruturação do SUS, procura discorrer, entre outros aspectos, sobre a ruptura/continuidade do modelo de atenção à saúde no Brasil. Nessa parte foram destacados alguns aspectos que, a nosso ver, são cruciais para a compreensão das contradições inerentes a construção do SUS. Esses aspectos se referem ao financiamento da Seguridade Social no país, às relações público-privado no setor saúde e aos modelos de atenção no contexto do SUS. Ainda que cada um deles mereça considerações mais aprofundadas por sua importância nos determinantes da construção do SUS, para os objetivos da tese, esses apontamentos servem ao estabelecimento de nexos entre a dinâmica do SUS e a análise crítica do movimento desigual da acumulação de capital no território.

O Capítulo 3 foca especificamente o processo de regionalização do SUS e foi estruturado em duas partes. A primeira discorre sobre o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde para os entes subnacionais levado a cabo ao longo da década de 1990. A segunda parte trata do período, a partir do início da década de 2000, reconhecido como aquele onde a regionalização ganha relevância como estratégia do SUS. Assim essa parte versa sobre as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), o Pacto pela Saúde 2006 e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, com enfoque nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Além dos aspectos mais gerais desse arcabouço legal e normativo, o financiamento das estratégias de regionalização que orientam a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os governos subnacionais, sobretudo para os Fundos Municipais de Saúde (FMS), é ressaltado. Por fim, para a orientação da análise proposta pela tese, o financiamento das “linhas de cuidado temáticas” da RAS, as chamadas redes temáticas, é sistematizado a fim de possibilitar o reconhecimento de suas características principais.

O Capítulo 4 apresenta a caracterização das Regiões de Saúde do estado de São Paulo segundo sua inserção na divisão inter-regional do trabalho. A primeira parte, das duas que organizam o capítulo, apresenta os estudos da rede urbana paulista e suas perspectivas de uso. Nela, detalha-se o método de caracterização das Regiões de Saúde paulistas e sua distribuição no estado de São Paulo. A segunda parte apresenta a análise da dinâmica populacional e produtiva do território paulista a partir da caracterização urbana das Regiões de Saúde em

dois anos, 2002 e 2012, com o propósito de apontar tendências de concentração/desconcentração no estado de São Paulo.

O Capítulo 5, último da tese, dedica-se à verificação da distribuição dos recursos transferidos pelo FNS para os FMS paulistas no âmbito das estratégias vinculadas às redes temáticas no período 2009-2014. A pergunta está relacionada à perspectiva da distribuição desses recursos se contrapor à tendência de concentração territorial característica do estado de São Paulo, a partir de 2012, quando se verifica o início das transferências dos recursos para as redes temáticas. Diante da grande fragmentação no financiamento do SUS, o capítulo foi estruturado em quatro partes. A primeira organiza as informações das transferências do FNS aos FMS paulistas para os seis blocos de financiamento previstos sendo eles, o da Atenção Básica (AB), da Assistência farmacêutica, da Gestão do SUS, do Investimento, da Vigilância em saúde e o da Média e alta complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), no qual a maior parte dos recursos direcionados às estratégias vinculadas às redes temáticas está inserida. A segunda parte evidencia as transformações que o financiamento das redes temáticas imprimiu no interior do Bloco MAC. A terceira parte discorre especificamente sobre as transformações na distribuição territorial das transferências do FNS para os FMS paulistas no bloco MAC nos dois períodos considerados. A quarta e última parte, faz algumas breves considerações a fim de reforçar aspectos evidenciados pela análise.

A Conclusão busca sintetizar os principais aspectos do referencial teórico abordado e, a partir desse, a trajetória do processo de regionalização do SUS. Em seguida, são expostos os principais resultados encontrados.

CAPÍTULO 1 – DESENVOLVIMENTO E TERRITÓRIO: UMA DISCUSSÃO PARA O ENTENDIMENTO DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS

O Sistema Único de Saúde – SUS é resultado dos esforços dos movimentos políticos e sociais em prol de melhoras das condições de vida e de saúde da população brasileira, com especial relevância no período que marca a transição democrática do país. Apesar dos profundos avanços proporcionados pelas políticas que conformaram esse sistema de saúde, sobretudo no que se refere ao acesso da população brasileira aos serviços de saúde, o SUS se encontra atualmente em impasse. Tal impasse se reflete na recorrente restrição de recursos, em especial os financeiros, para a adequada sustentação da política e em questionamentos frequentes por parte de parcelas da sociedade quanto à pertinência dos seus princípios de universalidade, equidade e integralidade. Verifica-se, no âmbito da saúde, tentativas de re colocação de políticas focalizadas, tanto na perspectiva da população atingida quanto do nível assistencial ofertado, bem como ações direcionadas a promover a transição da busca pela construção de uma rede de atendimento de caráter eminentemente pública para uma privada.

A descentralização da gestão do sistema, conhecida pela vertente da municipalização dos serviços de saúde levada a cabo ao longo dos anos 90, é resultado do compromisso da Constituição Federal de 1988 em promover o aumento do poder decisório das comunidades locais, para apresentar e conduzir soluções para os seus problemas locais, consolidando assim a democracia nascente. Ainda que parte dos avanços sociais promovidos pelo SUS seja associada a essa descentralização, também nesse aspecto verifica-se o impasse no qual se encontra a política de saúde pública nacional. A fragmentação do sistema é recorrentemente relacionada com o “excesso” de autonomia municipal, que impediria a gestão adequada da rede assistencial, sobretudo nos níveis de maior intensidade tecnológica. Nesse sentido, os esforços recentes da regionalização da política de saúde têm como perspectiva ora o fortalecimento e aprofundamento da municipalização, ora a contenção do processo de descentralização como forma de mitigar a fragmentação do sistema.

Ainda que se reconheça a importância das questões de gestão do sistema de saúde para o atual debate da regionalização da política de saúde (ou regionalização do SUS), o presente trabalho entende que a compreensão dos impasses observados nos avanços do SUS, e da regionalização em particular, requer primeiramente situar a política de saúde pública no

desenvolvimento nacional. Nesse sentido torna-se necessária não apenas a compreensão das funções que as políticas de saúde assumem no desenvolvimento capitalista, como também das influências que o território, como reflexo espacial do desenvolvimento, exerce sobre essas políticas.

Com o objetivo de expor as bases conceituais que conduzem a análise da regionalização do SUS da perspectiva do desenvolvimento, e após discorrer brevemente sobre o atual debate do desenvolvimento no Brasil, com destaque para as duas correntes de pensamento, o “novo desenvolvimentismo” e o “social desenvolvimentismo”, a primeira parte do presente capítulo expõe de forma sistematizada os conceitos de saúde que dinamizam as políticas. Mesmo correndo o risco que sistematizações dessa natureza oferecem para análises de objetos de tal complexidade, como o do conceito de saúde, esse esforço é de fundamental relevância para ajudar na compreensão das “racionalidades” que conduzem as políticas de saúde pública. Finalmente, considerando-se a perspectiva da Economia Política da Saúde, discorre-se sobre as diferentes funções sociais da saúde pública ao longo do processo de formação capitalista.

A segunda parte disserta sobre a dimensão espacial do desenvolvimento, ressaltando a importância em se considerar a divisão inter-regional do trabalho como categoria explicativa básica para a compreensão da forma com que a sociedade se organiza no território e seus desdobramentos na análise geográfica, em especial a de Milton Santos, e na econômica-regional, com ênfase na proposta de Carlos Antônio Brandão no seu livro “Território e desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global”. Esse esforço tem como objetivo, além de apontar a importância do método de análise territorial que considera os processos de *homogeneização*, de *integração*, de *polarização* e de *hegemonia*, conforme sugere Brandão (2007), ressaltar a importância em se considerar a rede urbana como síntese da divisão inter-regional do trabalho.

1.1 O desenvolvimento e a questão da saúde pública

Pensar o desenvolvimento e a saúde pública como ideais que resultam, em última instância, das formas de produção da vida material de uma dada sociedade em um determinado período, exige explicitar os conceitos que dão conteúdo a tais ideais. Quanto ao primeiro, é amplamente reconhecida a inflexão do modelo de desenvolvimento nacional a partir da crise dos anos de 1980. Do esforço Estatal de mobilização dos recursos nacionais para, sobretudo, promover a industrialização do país desde a década de 1930, chega-se ao

abandono das políticas de longo prazo na década “perdida” de 1980 e na entrada hegemônica do ideário neoliberal e suas ações “curtoprazista” na política econômica a partir da década de 1990, conforme nos ensina Cano (2010).

No primeiro período o desenvolvimento é visto como crescimento econômico e, sobretudo a partir de 1964, apesar do aumento da produção nacional, assiste-se a uma profunda deterioração da qualidade de vida da população. O segundo momento passa a ser identificado como ausência de um modelo de desenvolvimento, marcado pela hegemonia do rentismo (BRANDÃO, 2007), resultado da nova fase do capitalismo sob a dominância do capital portador de juros (MENDES, 2012). Mesmo considerando que a partir de 2002 a alternância no poder central parece apontar para uma nova política que resulta em retomada relativa do crescimento, é necessário considerar que as bases sobre as quais esse crescimento ocorre não dá sustentabilidade ao “novo” modelo. Conforme aponta Cano (2010), essa “retomada” resulta muito mais do “efeito china” e do crescimento do consumo das famílias do que da mudança no modelo de desenvolvimento do país². Ao contrário, o que se observa é uma forte retração industrial (CANO, 2012), reafirmando a crise do capital produtivo frente ao capital financeiro mundial.

Embora não se possa afirmar que esse movimento recente decorra da “derrota prática da coalização política que dava sustentação” ao ideário neoliberal da década de 1990, conforme o fez Carneiro (2012, p. 767), é possível identificar na reflexão “desenvolvimentista” atual duas correntes, quais sejam o “novo desenvolvimentismo”, fundamentado no setor privado exportador, e o “social desenvolvimentismo”, baseado em políticas com viés distributivo (BASTOS, 2012)³. Enquanto a primeira embasa o discurso de autores vinculados aos ideais neoliberais⁴, a segunda vem sendo desenvolvida sobretudo pela Escola da Unicamp, que se propõe a um desenvolvimento crítico, que busca superar o pensamento cepalino “por meio de uma abordagem fundada em outras vertentes teóricas, particularmente o marxismo e suas derivações contemporâneas” (CARNEIRO, 2012, p.756). Nessa perspectiva Carneiro (2012) reconhece o limite do “social desenvolvimentismo” baseado no consumo de massa por meio da ampliação da demanda agregada via políticas de redistribuição de renda. Para esse autor uma variável chave do desenvolvimento é o

² Sobre a fragilidade do setor industrial nacional, ver Cano (2012).

³ Para maior detalhamento do debate atual do desenvolvimento no Brasil, ver número especial da Revista Economia e Sociedade, Campinas, v. 21, Número Especial, dez. 2012.

⁴ Para esse entendimento, ver Siscu et al. (2007).

investimento autônomo⁵, principalmente em função de uma clara demanda reprimida por infraestrutura econômica e social no Brasil. Nesse ponto o autor reconhece uma importante disputa no âmbito do investimento autônomo e que nos parece, é essencial para a compreensão do desenvolvimento da política de saúde pública nacional. Carneiro (2012) esclarece:

Com relação a este eixo de dinamização do investimento autônomo, convém separar a infraestrutura econômica da social e, na primeira, aquela que é rentável do ponto de vista empresarial da que não é. No que tange à primeira, sua ampliação pode ser feita por investimentos privados com apoio do Estado na redução do risco e provimento de financiamento de longo prazo. No que tange à segunda, sua expansão dependerá exclusivamente do aumento do investimento público, ou seja, de recursos fiscais. Assim, um limite à sua ampliação pode ser a disputa por recursos com as políticas sociais. Considere-se ademais que esta última também tem um componente expressivo de infraestrutura e que se distingue dos gastos correntes e das transferências. Tudo isso coloca como relevante a centralidade do papel de coordenação e articulação do Estado e sua capacidade de financiamento. (p.775)

Assim, se está clara a importância do papel do Estado para a política de desenvolvimento nacional, os vínculos entre o que é considerado “econômico” e “social” ainda permanecem difusos. As perguntas que emergem são: como distinguir claramente a infraestrutura econômica da social? Em que medida investimentos autônomos em infraestrutura de saúde não são “econômicos” e sim “sociais”? O que existe em comum em grande parte dos autores que tratam do tema, é o reconhecimento de que esse debate não deve se limitar ao crescimento econômico, mas deve também considerar a transformação das condições sociais, mesmo que parte deles reconheça as políticas sociais como variável chave para a ampliação da demanda agregada por meio da expansão do consumo de massa (IPEA, 2011).

O estudo em tela se alinha com o entendimento de Braga e Paula (1986) para os quais a noção de saúde emerge da *questão social*, que permite de um lado apreender as transformações concretas das formas através das quais se reproduzem as relações sociais de produção e de outro, manifesta-se nas práticas políticas e ideológicas e tendem a se constituir em objeto de políticas do Estado. Nessa perspectiva, a saúde pode assumir múltiplas facetas

⁵ “Investimento que não está relacionado com alterações nos níveis de renda. Os investimentos públicos, os investimentos que acontecem em função de avanços tecnológicos, ou aqueles que se realizam sem expectativa de obtenção de uma taxa média de lucro, ou mesmo os realizados a fundo perdido, são considerados investimentos autônomos” (SANDRONI, P., 2001, p.309),

no bojo do desenvolvimento capitalista, ora vista como elemento fundamental das condições de produção, ora como resultado da melhora das condições sociais que decorrem da ampliação da produção nacional. No caso do Brasil, o Estado, dado as especificidades da economia nacional, tem papel decisivo nas diferentes dinâmicas em que a saúde se insere no desenvolvimento.

Pensar políticas públicas que promovam a saúde diante dessas diversas interfaces com o desenvolvimento requer precisar o melhor possível de qual saúde e de qual política estamos tratando. Parte-se do entendimento de que essa política refere-se à de saúde pública nacional que promoveu o SUS e seus princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Se a política está bem especificada, todavia não se pode dizer o mesmo do conceito de saúde que a orienta. Para que se possa compreender o papel da política de saúde no desenvolvimento brasileiro, a próxima seção buscará elucidar os diferentes conceitos de saúde que permeiam a sociedade contemporânea e, conseqüentemente, as “racionalidades” que se acoplam a eles. A importância dos conceitos e suas racionalidades representam a possibilidade de mediação que eles oferecem para a compreensão da estruturação da política de saúde.

1.1.1 Os conceitos de saúde: diferentes racionalidades na construção da política

Como não se trata de discorrer exaustivamente sobre os conceitos possíveis de saúde, mas sim de estabelecer parâmetros para a identificação das racionalidades que conduzem a política de saúde pública nacional, optou-se neste estudo por adaptar a proposta de Batistella (2007) e desenvolver o conceito de saúde a partir de duas formulações: *saúde como ausência de doença* e *saúde como bem-estar social*⁶. A *saúde como ausência de doença* é amplamente reconhecida no senso comum e se funda principalmente no paradigma biomédico, onde o objeto da intervenção é o corpo biológico e a doença deve ser evitada, ou pela cura ou pela prevenção.

Ainda que diferentes autores, no bojo dessa formulação, problematizem os conceitos de normal-patológico, saúde-doença, enfermidade e saúde⁷, o que vale ser ressaltado é que esse paradigma fundamenta um modelo mecanicista, que fragmenta o corpo em “sistemas,

⁶ Batistella (2007) propõem três formulações para o conceito de saúde: *saúde como ausência de doença*, *saúde como bem estar* e *saúde como um valor social*.

⁷ Singer et al (1978) se contrapõem à maneira “científica” de determinar a “doença”, constatando que “na prática social, o conceito de saúde – ou seu oposto complementar: de doença – varia no espaço e no tempo” (p. 69).

órgãos, tecidos e células, estruturando um conhecimento cada vez mais especializado sobre cada função e disfunção orgânica” (BATISTELLA, 2007, p. 54). Tal modelo possibilitou extraordinários avanços da medicina baseados em uma intensa produção de tecnologias.

O modelo biomédico tem como característica privilegiar o cuidado individual, especializado, sendo seus elementos centrais o hospital e o médico. Seu funcionamento é campo fértil para o desenvolvimento tecnológico, que visa aprimorar os materiais e equipamentos usados para procedimentos médicos, incluindo os de diagnósticos e os fármacos.

Assim, o conceito saúde formulado como *ausência de doença*, que busca o esquadramento do corpo biológico para a compreensão do seu funcionamento e a intervenção nos processos anatomopatológicos, induz o desenvolvimento de inovações tecnológicas e formulação de produtos que são consumidos para a prevenção, cura e reabilitação dos indivíduos. Configura-se assim em uma lógica apropriada ao processo de valorização do capital.

Já o conceito de *saúde como bem-estar social* busca dar sentido mais amplo para a saúde do que a perspectiva da ausência de doença e a intervenção nos corpos biológicos dos indivíduos. É um conceito fundamentado na identificação dos fatores sociais nas questões de saúde, que se desenvolvem principalmente a partir de meados do século XIX na Europa, em consonância com os movimentos revolucionários do período. Conforme afirmam Donnangelo e Pereira (1976), é nesse período que se dão as afirmações do vínculo entre saúde, medicina e sociedade que cunhou o termo *medicina social*. Nessa perspectiva, a ciência médica passa a ser reconhecida no campo da medicina social e, para cumprir seu papel, necessita intervir na vida social e política, dando ênfase a relação entre o homem e suas condições de vida para a compreensão do processo saúde-doença (NUNES, 2006).

É a partir dessa perspectiva que em 1948 a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Ainda que esse conceito insira um aspecto “idealizado” de saúde, ele é importante para dar sustentação ao entendimento de saúde ampliada, cujos determinantes se encontram na vida social e necessitam de abordagens integrais do processo saúde-doença (CAMPOS, 2006; BATISTELLA, 2007). Esse conceito tem importância fundamental como contraponto ao modelo biomédico, sempre dominante ao longo do processo de estruturação das políticas de saúde pública.

É esse conceito ampliado de saúde que conduzirá o desenvolvimento dos campos conhecidos como medicina social e saúde coletiva nos estudos da política de saúde pública no Brasil. Ainda que a assimilação do ideário da medicina social e da saúde coletiva no Brasil será tratada na seção 1.1.2 do presente trabalho, cabe apontar aqui que a formulação inicial do SUS se inspira, sobretudo, na noção de saúde no seu conceito ampliado. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080 de 1990, que fundamenta o SUS, define como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” e, ainda, que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Brasil, 1990, artigo 3º). Nessa perspectiva a saúde, concebida como direito, é resultado das formas de organização social e de produção e deve ser entendida a partir dos determinantes sociais.

A despeito da construção do SUS se dar formalmente sob o ideário da saúde no seu conceito ampliado, que será tratado daqui para frente como *bem-estar social*, isso não significa subestimar a importância do conceito saúde como *ausência de doença*, e consequentemente do modelo biomédico, na efetivação da política. Isso porque, mais do que reconhecer que “a saúde e a doença dependem de fatores da ordem do orgânico ou da ordem do biológico, ainda que não somente deles”, conforme nos aponta Campos (2006, p. 50), é necessário examinar a construção de um sistema nacional de saúde a partir das condições concretas da nação, do desenvolvimento das suas forças produtivas e das relações de forças entre suas classes sociais.

Nesse sentido as considerações feitas por Foucault, para a análise do nascimento da medicina social, em seu livro *Microfísica do Poder*, a respeito da medicina coletiva/social e da medicina individual, dão orientação ao presente trabalho. Foucault (1984) apresenta a seguinte indagação:

Pode-se dizer – como dizem alguns, em uma perspectiva que dizem ser política, mas que não é por não ser histórica – que a medicina moderna é individual porque penetrou no interior das relações de mercado? Que a medicina moderna, na medida em que é ligada a uma economia capitalista, é uma medicina individual, individualista, conhecendo unicamente a relação de mercado do médico com o doente, ignorando a dimensão global coletiva da sociedade? (FOUCAULT, 1984, p.79)

A resposta do autor se orienta pela polêmica:

[...] a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; que a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente. (FOUCAULT, 1984, p.79)

Mesmo não sendo objeto do presente estudo discorrer sobre a validade ou não da análise de Foucault quanto à realidade biopolítica do corpo e da medicina, nos parece que considerar a medicina, bem como os seus reflexos no campo da saúde coletiva, como prática social, é reconhecer sua inserção na dinâmica do movimento do capital, cujos efeitos transformadores refletirão na percepção do que é saúde e quais as suas práticas nos diferentes períodos históricos. Nesse sentido, a prática individual da medicina é apenas aparência. Entendemos então que o termo *medicina social* tem como perspectiva as práticas que se inserem nas relações de produção capitalistas.

São os diferentes sentidos sociais que a saúde assume que permite compreender as lógicas que estruturam as políticas de saúde pública. Os conceitos de saúde que orientam os modelos de atenção, seja o biomédico, seja o que considera os determinantes sociais da saúde, permitem identificar as racionalidades que revelam, e por ela são reveladas, a prática social, sintetizada na política de saúde pública. Isso porque a política de saúde pública no Brasil é resultante da composição das ações/práticas dos diferentes atores sociais, não apenas na busca objetiva de intervir no processo saúde-doença – biomédico ou não –, como também na efetivação de interesses de diferentes naturezas (realização do lucro, reivindicações trabalhistas, questões ambientais, convicções religiosas etc.).

Diante de tal complexidade, a elaboração de reflexões sobre o papel que a política de saúde pública nacional assume no desenvolvimento brasileiro não é trivial e exige considerar os diferentes conceitos de saúde que sustentam as diferentes ações da política, bem como as racionalidades que revelam as práticas sociais. Essas ações, que atuam em diferentes dimensões da vida da população, podem ter como perspectiva o meio ambiente (o saneamento, o controle de poluição, de pragas e vetores, entre outras), o comportamento dos indivíduos (campanhas de conscientização para a exposição ao risco – AIDS, tabagismo –, de mudanças de hábitos – atividades físicas, alimentação) e, sobretudo, a assistência médica para a promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde da população.

Essas ações podem ser resultantes de, ou resultar em, diferentes recortes territoriais que circunscrevem, com maior ou menor precisão, regiões impactadas pela política. Ainda

que o SUS tenha como princípios doutrinários⁸ a universalidade, a equidade e a integralidade, pressupondo buscar uma atuação equânime em todo o território nacional, as ações da política atingirão de forma diferenciada esse território. Também esse aspecto, o territorial, deve ser considerado para a compreensão do papel da política de saúde no desenvolvimento brasileiro.

Diante da infinidade de possibilidades de escalas territoriais decorrentes das diferentes ações que compõem a política de saúde pública, o presente trabalho tem como intuito discutir aquelas que decorrem da regionalização do SUS, que começaram a ser delineadas principalmente a partir dos anos 2000. Atualmente é possível reconhecer, sobretudo, dois recortes territoriais a partir da regionalização do SUS: o das Regiões de Saúde e o das Redes de Atenção a Saúde.

Assim, ainda que o conceito de *Saúde como bem-estar social*, consequentemente como direito social, oriente os preceitos constitucionais do SUS, não se deve desconsiderar a influência que o modelo biomédico e a concepção de *saúde como ausência de doença* vêm desempenhando na formulação dessa política, principalmente na estruturação da rede assistencial à saúde. A importância em se considerar essas duas formas de compreensão da saúde neste estudo é identificar na estruturação do sistema, em especial no que concerne à regionalização, os atores e as racionalidades que conformam a elaboração da política.

Identificar os atores e as racionalidades presentes na formulação da política de saúde pública nacional possibilita verificar os embates travados nos subterrâneos da sociedade entre as forças conflitantes que, de um lado, entendem a saúde como mercadoria, e de outro, como direito social. Nessa perspectiva, o presente estudo tem como eixo estruturante a análise do papel que a política de saúde pública assume no desenvolvimento em um país de capitalismo tardio⁹, como é o caso do Brasil. Para isso faz-se necessário discorrer primeiramente, mesmo sem a pretensão em esgotar esse debate, sobre como a saúde se insere no desenvolvimento histórico do capitalismo.

1.1.2 – As diferentes funções sociais da saúde pública no campo da economia política da saúde

No presente estudo entende-se por economia política da saúde a compreensão das relações capital-trabalho no âmbito do setor saúde. Os avanços do capitalismo, com seu

⁸ O termo “doutrinário” foi retirado de documento produzido pelo Ministério da Saúde que trata da descentralização. Para mais detalhes, ver Brasil (1993a)

⁹ Conceito retirado de Cardoso de Mello (1982), que entende a associação inicial entre capital industrial e agrário no Brasil como determinante do desenvolvimento econômico nacional por impor limites à industrialização devido a não constituição de forças produtivas capitalistas endógenas.

intenso desenvolvimento das forças produtivas, estrutura novas formas de inserção da questão da saúde nas relações sociais e influencia as ações do Estado.

Na fase da acumulação primitiva, era dever do Estado estimular o progresso da medicina para garantir o aumento da população com o intuito de ampliar a riqueza dos soberanos, que se contabilizava pela capacidade de produção de seus súditos, seja na produção de riquezas destinadas a troca ou para a formação de exércitos que garantissem a formação das nações (BRAGA; PAULA, 1986). Donnangelo e Pereira (1976) identificam nesse período uma reorientação da medicina para suportar a nova estrutura de produção que se consolidava. Afirmam os autores:

As medidas referentes ao enquadramento da população no processo de reorganização social durante o mercantilismo constituem o elemento imediato de uma reestruturação no campo médico. A população já não mais aparece, então, como uma massa dispersa de indivíduos sobre um território: começou a adquirir o estatuto de “povo”, de grupo nacional. Ao desenvolvimento dos conceitos de “povo” e “nação” corresponde a conceptualização progressiva do Estado como representante do “interesse geral” (DONNANGELO; PEREIRA, 1976, p.49)

Esse processo de transição foi identificado por Foucault (1984) em três períodos que formam a medicina social. No primeiro período, denominado de medicina de Estado, a prática médica tinha como objetivo melhorar o nível de saúde da população e foi estruturada na formação do Estado Moderno. Isso se deu inicialmente na Alemanha no começo do século XVIII. A prática médica passa a ser fortemente normatizada e para caracterizá-la Foucault escreve:

Com a organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma administração central e, finalmente, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal, tem-se uma série de fenômenos inteiramente novos que caracterizam o que pode ser chamada a medicina de Estado. (FOUCAULT, 1984, p. 84)

Vale ressaltar a importância de se considerar o nascimento da medicina social no contexto do nascimento do primeiro Estado moderno. É na região com menor dinâmica econômica e potência política, com convivência e competição entre pseudo-estados, ao contrário do que se verificava na Inglaterra e na França, onde já existiam estados unitários, que o esforço de funcionamento estatal da sociedade se dá. É nesse esforço de funcionamento estatal que a medicina de Estado surge fortemente estatizada e “se desenvolverá uma prática

médica efetivamente centrada na melhoria do nível de saúde da população” (FOUCAULT, 1984, p. 83).

É nesse contexto, de formação da medicina de Estado, que se desenvolve a noção de “polícia médica” que, conforme esclarecem Donnangelo e Pereira (1976), se baseia, sobretudo, nos seguintes princípios:

[...] o Estado deve zelar pela saúde da população; os médicos são responsáveis não apenas pelo tratamento dos doentes, mas também pelo controle e manutenção da saúde da população; esse controle deve atingir todos os aspectos da vida dos indivíduos. Para tanto, é necessário: restringir o exercício da medicina a pessoal médico competente, produto de uma educação regular e eficiente; supervisionar o funcionamento dos hospitais; promover a educação do povo em matéria de saúde. (p. 50 e 51)

É importante localizar nesse período o início de um processo sistemático de relacionar saúde e condições de vida social, retirando a doença do campo estritamente biomédico (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

O segundo período sistematizado por Foucault (1984) como marco no surgimento da medicina social é o da medicina urbana, que ocorre, sobretudo, na França no final do século XVIII. As grandes cidades passam a exigir um modo de organização homogêneo, regulamentado por um poder centralizado. Isso ocorre por razões econômicas, uma vez que essas cidades se tornam importantes lugares de mercado, que unificam as relações comerciais das nações, e de produção, à medida que as indústrias lá se localizam. Mas, também por razões políticas, uma vez que a ampliação do proletariado pobre gera maior tensão social, cabendo à medicina urbana esquadrihar a cidade e sua população, organizando o espaço urbano para garantir a circulação, principalmente da água e do ar no seu interior, e identificar e isolar a população por meio de vigilância e hospitalização.

O terceiro período, o da medicina da força do trabalho, se desenvolve na Inglaterra a partir do segundo terço do século XIX. É com o desenvolvimento das forças produtivas e a consequente ampliação do proletariado e da pobreza, que surge a necessidade de medicalização do pobre como forma de assegurar a segurança dos ricos e que pode ser verificada na *Lei dos pobres* (1834). Foucault menciona que:

Com a Lei dos pobres aparece, de maneira ambígua, algo importante na história da medicina social: a idéia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, sua pobreza não

permitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas. (FOUCAULT, 1984, p. 95)

Para o autor, a medicina social inglesa, diferente da medicina urbana e da medicina de Estado, se perpetuou ao longo do tempo com características que perduram até os dias de hoje. As características apontadas por Foucault dizem respeito a coexistências de diferentes sistemas:

[...] a medicina social inglesa, esta é sua originalidade, permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes; uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la. Enquanto o sistema alemão da medicina de Estado era pouco flexível e a medicina urbana francesa era um projeto geral de controle sem instrumento preciso de poder, o sistema inglês possibilitava a organização de uma medicina com faces e formas de poder diferentes segundo se tratasse da medicina assistencial, administrativa e privada, setores bem delimitados que permitiram, durante o final do século XIX e primeira metade do século XX, a existência de um esquadramento médico bastante completo. (FOUCAULT, 1984, p. 97-98, grifo nosso)

Assim, podemos afirmar que, desde o seu início, a medicina social – não aquela que se contrapõe ao modelo biomédico, mas sim a que localiza as práticas de saúde nas relações de produção capitalistas – cumpre diferentes funções frente aos interesses dos diversos atores sociais e que, com o passar do tempo, essas diferentes funções vão se estabelecendo com maior ou menor ênfase no interior do Estado. Sucintamente, vale pontuar algumas funções que colocam a saúde como integrante da ação pública ao longo do desenvolvimento da forma de produção capitalista: legitimar a formação da burocracia estatal; controle social, sobretudo para propiciar a circulação das mercadorias e a segurança das classes dominantes; apaziguar conflitos sociais, à medida que busca atender a algumas demandas da classe trabalhadora; e a manutenção e reprodução da força de trabalho.

É importante ressaltar, na conjuntura de formação da medicina social, a importância da noção de saúde como direito, que emerge da Revolução Francesa, resultado das reivindicações das classes proletárias. Conforme nos lembram Braga e Paula (1986), a saúde como um direito do cidadão surge quando as massas populares, cientes das suas condições de vida precárias, reivindicam assistência médica do Estado. Até então a assistência médica à população pobre era prestada como caridade dos ricos ou do Estado.

Ainda que se verifique a pouca efetividade da institucionalização desse direito naquele momento histórico, deve-se reconhecer a importância desse episódio na inclusão da saúde como componente dos direitos sociais reconhecido pelas classes populares. Nessa perspectiva, Donnangelo e Pereira (1976) apontam que, apesar da importância das ideologias de liberdade política e de igualdade social nas novas tarefas da medicina na reforma social que se punha em marcha, isso em nada alterou a consolidação da hegemonia da classe burguesa. Os autores afirmam:

Não há que interpretar a emergência da questão social sob essa específica forma como um elemento estranho à revolução burguesa, senão como indicação da presença, na cena política, de interesses de outros grupos sociais que não os da burguesia comercial e industrial, o que, se torna especialmente complexo e prolongado o processo político-ideológico através do qual se consolidará a hegemonia política, não afeta substancialmente seu resultado final. (DONNANGELO; PEREIRA, 1976, p. 55)

De fato, na Inglaterra, a Lei dos pobres de 1834, que tinha como objetivo declarado melhorar a condição de vida da população, teve como resultado efetivo liberar os mercados de trabalho como pré-condição para o investimento industrial (BRAGA; PAULA, 1986; DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

Cabe ressaltar também, como fator de consolidação da hegemonia política burguesa no campo social da saúde, o desenvolvimento do conhecimento e tecnologia médica ao longo do século XIX¹⁰. Singer et al. (1978) e Carvalheiro et al. (2013) ressaltam que a concepção monocausal da “medicina científica” marca o período e provoca profundo impacto na Saúde Pública, que se reflete até os dias atuais. Carvalheiro et al. (2013) afirmam:

[...] uma forma linear de associar a cada doença um germe. E seus corolários imediatos: a cada germe uma imunidade; a cada imunidade uma possível vacina. Um grande avanço, ainda no século XIX, foi a descoberta da transmissão dos germes por vetores (em geral, mas não só, artrópodes). Essas descobertas deram substância ao paradigma que viria a dominar o mundo científico, remetendo para o quase esquecimento as ideias generosas que associavam as doenças a determinantes sociais, políticos e econômicos. (p. 2)

¹⁰ Algumas descobertas significativas do período merecem ser ressaltadas: a transmissão da cólera por John Snow (1854); da febre tifoide, por William Budd (1873), o agente etiológico da malária por Laveran (1880); conexão entre o mosquito e a febre amarela, por Finlay (1882); bacilo causador da tuberculose, por Robert Koch (1882); a vacina antirrábica, por Pasteur (1885); o agente causador da peste, por Yersin e Kitasato (1894), do agente causador da sífilis, por Schaudinn (1905). (apud Singer et al., 1978)

Os movimentos revolucionários da primeira metade do século XIX, que agregavam as classes proletárias e suas reivindicações por melhorias nas condições de vida, requerendo a medicina como instrumento de reorganização social, arrefecem a partir da segunda metade do referido século, dando lugar a uma abordagem de saúde restrita ao campo biomédico. Dizem Donnangelo e Pereira (1976):

Já na segunda metade século XIX terá declínio o movimento de reforma médica e social, subsistindo agora programas mais limitados de reforma sanitária, voltados para o controle de doenças transmissíveis específicas e condições ambientais particulares. Não será também estranho a esse declínio o desenvolvimento da medicina bacteriológica que já permite a recondução da prática médica aos limites do orgânico “e o desenvolvimento do estudo das doenças infecciosas sem que ele fosse perturbado por considerações sociais e reflexões sobre política médica”. (p. 58)

O Estado, imbuído de função “protetora”, passa a atuar na prevenção de doenças nas camadas mais pobres por meio de vacinações compulsórias e mudanças de hábitos de higiene, legitimada pelo uso das estatísticas para a avaliação da saúde da população.

Vale apontar também que os novos conhecimentos desenvolvidos em diferentes países europeus passam a ser objeto de acordos internacionais. Singer et al. (1978) esclarecem que em 1851 realizou-se em Paris a primeira Conferência Internacional em que os países da Europa concordavam em adotar medidas comuns contra a disseminação de doenças. Assim, essa conformação de saúde pública – biomédica, monocausal, desvinculada das questões sociais – torna-se paradigmática da sociedade burguesa e se expande espacialmente conforme se expande o capitalismo, sempre condicionada aos modos de produção dos novos lugares.

É nesse contexto de intenso desenvolvimento tecnológico e direcionamento das ações públicas para investimentos que possibilitassem o bom funcionamento e expansão dos novos modos de produção que as práticas de saúde irão adentrar o século XX, cada vez mais especializadas e com maior conteúdo tecnológico, sobretudo a partir do final da 2ª Guerra Mundial. Braga e Paula (1986) apontam esse período como uma tardia “Revolução Industrial” no setor da saúde. Os autores afirmam:

[...] é como se as transformações tecnológicas ocorridas no setor de saúde a partir da 2ª Guerra Mundial [...] tivessem assumido o papel de uma tardia “Revolução Industrial”. Com efeito, a partir de então a prática da assistência à saúde abandona suas características “artesanais”, deixando de ser exercida pelo médico isoladamente e passa a ter características técnicas e financeiras de grande indústria,

tendo como espaço social apropriado o hospital moderno. (BRAGA; PAULA, 1986, p. 38 e 39)

Nessa perspectiva, considerando que até o presente momento foram evidenciadas as funções de controle social e de manutenção e reprodução da força de trabalho da saúde enquanto ação pública, para o estudo em tela, deve-se reconhecer a possibilidade de identificar uma nova função. Essa função está relacionada à dinamização, por meio da ação pública, da saúde como setor econômico, ou em outros termos, como espaço de valorização do capital.

Vale ressaltar que tal afirmação não significa reconhecer a não operação dessa função anteriormente, mas apenas que é nesse momento que ela começa a ganhar maior relevância diante das demais funções, que por sua vez, continuam operando.

Com o desenvolvimento das forças produtivas em geral, as práticas de saúde se complexificam e passam a ser cada vez mais um setor produtivo específico, cuja lógica determina a divisão técnica do trabalho médico e o consumo de mercadorias, sempre renovadas. Diferentes autores (DONNANGELO, 1975; DONNANGELO; PEREIRA, 1976; SINGER et al., 1978; NUNES, 1989) identificam no início do século XX a estruturação mais sistemática da produção dos serviços de saúde, sobretudo sob a forma de consumo individual. Essa estruturação do setor produtivo da saúde decorre, em grande parte, do aparato estatal voltado para organizar a demanda por esse serviço. Donnangelo e Pereira (1976) apontam o desenvolvimento de esquemas de seguro-social na maior parte das sociedades capitalistas como resultado da articulação da medicina com o econômico, que resultou na extensão dos serviços de saúde e dos custos destes. É emblemático que a partir da estruturação de aparelhos de atenção à saúde pelos Estados, a economia passe a tratar a saúde de forma mais sistematizada (BRAGA; PAULA, 1986).

Cabe então apontar as formas com que diferentes campos de conhecimento vêm abordando os nexos entre saúde, em especial as práticas de saúde, e a economia, sobretudo no âmbito da atuação do Estado.

1.1.2.1 – O campo social da saúde: a estrutura econômica nas práticas de saúde

Autores ligados ao campo social da saúde reconhecem, em alguma medida, a importância da estrutura econômica como determinante das práticas de saúde (DONNANGELO; PEREIRA, 1976; GARCIA, 1989). Nesse sentido Garcia (1989), que

refuta a busca por aspectos universais e de leis eternas da natureza para a caracterização da medicina, afirma:

Partimos da afirmação de que a prática médica, em virtude do ponto de vista estruturalista adotado, está ligada à transformação histórica do processo de produção econômica. Em outras palavras, a estrutura econômica determina o lugar e a forma de articulação da medicina na estrutura social. A concepção da medicina decorre, por conseguinte, das relações que esta estabelece com as diferentes “instâncias” que integram a estrutura. Estas afirmações afastam-nos do enfoque funcionalista que vê na doença um elemento disfuncional no sistema social e um interesse funcional da sociedade em seu controle. Ou seja, coloca a prática médica como um componente “necessário” de uma sociedade abstrata.

A estrutura econômica não somente determina o lugar da prática médica na estrutura social, mas também a característica e a importância dos elementos que compõem o todo social. Esta determinação não corresponde a uma causalidade simples, mas a um tipo estrutural: a determinação em última instância. A determinação em última instância do econômico sobre outros elementos consiste em abrir um espaço fora do alcance de sua própria ação, ou seja, permitir uma autonomia relativa na qual entram em jogo outras causas e efeitos. (p. 53)

Garcia (1989a) discorre sobre as diversas correntes de pensamento no campo da saúde buscando enfatizar os diferentes determinantes relacionados à infraestrutura e superestrutura econômicas, sempre salientado o papel da atividade médica para a compreensão de todo o processo. Apesar dos apontamentos do autor continuarem extremamente atuais no debate da saúde pública em geral, e na brasileira em especial, não nos deteremos nesses aspectos por fugirem do escopo do presente trabalho.

O desafio que se coloca para o estudo em tela, considerando a premissa de que a estrutura econômica determina em última instância a política de saúde, é sistematizar a compreensão das formas com que as práticas de saúde continuam contribuindo para o aprofundamento e expansão do modo de produção capitalista.

Sinteticamente pode-se afirmar que um dos aspectos está relacionado à sua atuação sobre a força de trabalho, possibilitando melhores condições de extração da mais-valia (GARCIA, 1989; DONNANGELO; PEREIRA, 1976; BRAGA; PAULA, 1986; SINGER et al., 1978). Essa atuação se refere tanto à força de trabalho empregada, quando atua nas condições físicas e psicológicas do trabalhador, como à manutenção/ampliação do exército reserva de mão-de-obra. Devido à impossibilidade de apropriação privada dos benefícios de

se manter a mão-de-obra em boas condições de trabalho, Singer et al. (1978) apontam a importância do papel do Estado para que os custos possam ser socialmente distribuídos.

A outra função apontada é aquela onde as práticas de saúde servem como espaço de valorização do capital. A incorporação crescente de novas técnicas terapêuticas e de diagnósticos não apenas modificam a forma do trabalho médico, mas também levam a uma forma particular de articulação entre a medicina e a produção em geral. Nesse sentido Donnangelo e Pereira (1976) afirmam:

Desse ângulo, os novos elementos materiais que compõem o processo terapêutico – e que vão desde produtos sempre renovados da indústria farmacêutica, até uma enorme variedade de equipamentos e maquinários produzidos por muitos setores industriais – devem ser considerados como mercadorias cuja produção é externa à medicina, mas cujo consumo só se efetiva através dela. (p. 38)

Aprofundando esse argumento, e dando ênfase na posição central da prática médica para a realização do valor, os autores denunciam:

[...] a medicina se articula já não apenas com o momento imediato da produção, mas também com a realização da mais-valia produzida em diferentes setores industriais, levando a indagar acerca das proporções em que o próprio conteúdo da prática terapêutica poderia estar sendo determinado pela necessidade de reprodução de capitais aplicados em diferentes setores da produção. (DONNANGELO; PEREIRA, 1976, p. 38)

Nesse sentido, os autores apontam a conveniência da ampliação das práticas médicas por meio das políticas sociais, não apenas ativando determinadas áreas da produção, mas também na esfera do consumo, uma vez que, sem qualquer alteração significativa das relações de produção, a ampliação do consumo médico serve para a suavização de conflitos sociais devido ao seu efeito “redistributivo”.

Assim como Garcia (1989), Donnangelo e Pereira (1976) também apontam a importância de se considerar as contradições sociais subjacentes ao processo de valorização, que conformarão condições supra-estruturais que garantirão a continuidade ou não desse processo. Vale ressaltar que muitas são as formas em que essas contradições aparecem – aumentos crescentes nos custos da assistência médica sem melhora das condições de saúde (BRAGA; PAULA, 1986), formação de médicos especialistas em contradição com a necessidade de médicos generalistas (GARCIA, 1989), iatrogenia (ILLICH, 1975), criação de novas morbidades, principalmente as comportamentais, em decorrência da expansão dos

serviços de saúde (SINGER et al., 1978), difusão tecnológica de países desenvolvidos para subdesenvolvidos que tornam socialmente menos relevantes algumas problemáticas de saúde (DONNANGELO; PEREIRA, 1976), entre outras. O aprofundamento ou não dessas contradições dependerá dos enfrentamentos entre as classes e frações de classes¹¹.

A proposta de análise elaborada por Braga e Paula (1986), que não são considerados autores do campo social da saúde, mas que conduzem suas reflexões nas mesmas bases analíticas, serão aqui utilizadas para sistematizar a exposição anterior. Os autores apontam dois pontos não excludentes, e até mesmo complementares, para a análise do setor saúde. O primeiro considera as influências da estrutura produtiva sobre o próprio setor de atenção à saúde ou, em outros termos, o papel da atenção à saúde nas condições gerais de produção. Nesse caso a saúde deve ser considerada por *i*) agir sobre a recuperação e manutenção da força de trabalho¹² (extração da mais-valia) e também por *ii*) significar um importante componente da cesta de consumo da população (esfera do consumo).

Já o segundo ponto considera o movimento do capital no interior do próprio setor. Nessa perspectiva, a saúde deve ser considerada como atividade produtiva em si mesma, ou em outros termos, como espaço de valorização do capital (BRAGA; PAULA, 1986). Nesse caso, a lógica do movimento do capital se aproveita do prestígio da “ciência” para velar a natureza criadora de necessidades que conduz o consumo de massa (SINGER et al., 1978).

Cabe agora considerar que, tendo em vista as determinações do setor saúde a partir da dinâmica exposta e suas contradições, é necessário reconhecer as ideologias dos diferentes campos do saber, bem como das práticas institucionalizadas, para a compreensão do papel do Estado no aprofundamento ou não desse processo. Em outras palavras, é necessário reconhecer por meio da superestrutura os enfrentamentos entre as diferentes classes sociais e suas implicações na forma de atuação do Estado.

Como é de conhecimento, muito se tem produzido para o entendimento do papel das instituições na conformação das políticas públicas de saúde, sobretudo no que concerne às instituições e práticas médicas¹³. No entanto, a despeito da relevância desse importante debate

¹¹ No entendimento de Donnangelo e Pereira (1976) os enfrentamentos no plano ideológico são “capazes de desempenhar papel efetivo na transformação da estrutura” (p. 42).

¹² Nesse ponto os autores mencionam “um elemento a agir sobre a recuperação, manutenção e reprodução da força de trabalho” (Braga e Paula, 1986, p. 37). No presente trabalho foi retirado o termo reprodução por entender que este está vinculado em maior medida com o ponto seguinte, ou seja, como bem de consumo da classe trabalhadora.

¹³ Entre outros estudos ver: Arouca (2003), Luz (1979) e Donnangelo (1975).

que busca expor a complexidade da articulação entre a saúde e a economia a partir do político e do ideológico, não pertence ao escopo desse trabalho esse esforço de síntese.

Para os objetivos do estudo em tela é necessário expor brevemente as diferentes bases usadas pela Economia da Saúde para articular economia, práticas de saúde e ação do Estado, buscando cotejá-las com os conceitos de saúde – *ausência da doença* e *bem-estar social* – nos quais se estruturam as políticas, sempre buscando referenciá-las nas funções da ação pública, para o desenvolvimento capitalista, no âmbito das políticas de saúde – controle social, manutenção e reprodução da força de trabalho, espaço de valorização do capital.

1.1.2.2 A economia da saúde: a articulação entre o econômico, práticas de saúde e a ação do Estado

No atual momento histórico, os diferentes campos do conhecimento, em especial aqueles ligados às ciências econômicas, são estimulados às reflexões que dizem respeito ao uso dos recursos, em especial os financeiros, pelas políticas públicas. Isso ocorre porque, conforme aponta Harvey (2011), o processo de transição do fordismo-keynesianismo à acumulação flexível, que se dá a partir da década de 1970, leva a grandes transformações sociais, entre elas, o enfraquecimento da classe trabalhadora, a ampliação da capacidade de dispersão geográfica da produção e a desregulamentação dos mercados financeiros. Tais transformações resultam na ampliação do poder do capital financeiro enquanto coordenador da produção. Dessa forma, os Estados capitalistas em todo o mundo, sob desígnio formal do Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial, são levados a políticas de reduções de gastos públicos, cortes de salários reais e austeridade nas políticas fiscal e monetária. É nesse contexto que a disciplina conhecida como economia da saúde se desenvolve.

Ainda assim, mesmo considerando que a atuação do Estado brasileiro, no que se refere às políticas sociais, e à da saúde pública em especial, está orientada fundamentalmente pelos ditames do capital portador de juros¹⁴, não devemos desconsiderar as diferentes retóricas elaboradas no interior da Economia da Saúde para a compreensão das tensões que se estabelecem na construção do SUS entre as diferentes classes sociais. Em outros termos, ainda que se reconheça o subfinanciamento da saúde pública nacional, que abordaremos com maiores detalhes na seção 2.2.1 do próximo capítulo, como resultado da disputa entre capital e trabalho, não se deve perder de vista que os recursos disponibilizados, ainda que restritos,

¹⁴ Para mais detalhes sobre a supremacia do capital portador de juros no capitalismo contemporâneo, ver Mendes (2012).

também serão objetos de outras tantas disputas – entre capitais específicos e trabalhos específicos. E ainda, que estas estão relacionadas com as diferentes funções que as práticas de saúde assumem em uma sociedade, ora induzidas pelas necessidades do capital, ora pelas reivindicações do trabalho.

Deve-se destacar três áreas de interesse da economia da saúde no âmbito do papel do Estado (DEL NERO, 1995; MENDES; MARQUES, 2006)¹⁵, que não se excluem na análise, podendo até mesmo serem complementares. A primeira área refere-se à função distributiva dos sistemas de saúde. Para promover ajustamentos na distribuição de renda o Estado produz "serviços e ações de saúde em quantidades superiores às que seriam normalmente produzidas pelo setor privado" (MENDES; MARQUES, 2006, p. 251). Nesse sentido tal função está estreitamente relacionada à *manutenção e reprodução da força de trabalho*, tanto na perspectiva de favorecer a *extração da mais-valia*, como de promover a *cesta de consumo do trabalhador*. Mesmo que o bem-estar do trabalhador para a adequação da extração da mais-valia esteja relacionado com a saúde no seu conceito ampliado, a função distributiva, por promover o acesso a serviços e ações de saúde, se fundamenta mais estreitamente com a *saúde como ausência de doença*, podendo ser bastante adequada ao espaço de valorização.

A segunda área refere-se à institucionalização do direito à saúde, em decorrência de diversos países terem em suas constituições a garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado (DEL NERO, 1995; MENDES; MARQUES, 2006). Esta perspectiva, que não carrega em seu bojo uma relação direta com a saúde como ausência de doença, mas sim com o conceito de bem-estar social, não está determinada imediatamente pelas funções das práticas de saúde. Ainda que se reconheça que o direito à saúde implique também em consumo de ações e serviços de saúde.

Tanto a função distributiva como a da institucionalização do direito à saúde conduzem a reflexões, tendo em vista os orçamentos restritos, a respeito da equidade no uso dos recursos. Tal equidade é normalmente analisada com base no acesso aos serviços (por classes sociais, por distribuição geográfica, por uso e resultados terapêuticos etc.) e leva a indagações sobre prioridades no direcionamento dos recursos. Para orientar essas questões a Economia da Saúde utiliza recorrentemente instrumentos econômicos que permitem determinar preço à

¹⁵ Muitos são os argumentos no âmbito da Economia da Saúde para a atuação do Estado na correção de falhas do mercado dos serviços de saúde. Devido ao escopo do presente trabalho, não nos deteremos em aspectos que tratam especificamente de equilíbrios de oferta e procura no funcionamento do mercado da saúde. Para detalhes ver Campos (1995).

vida e escalas de valores monetários para diferentes estados de saúde (DEL NERO, 1995; MENDES; MARQUES, 2006).

A terceira área em questão é a da provisão dos serviços de saúde. Nessa área reside o importante debate da eficiência e da eficácia entre sistemas de saúde providos pelo setor público ou pelo setor privado (DEL NERO, 1995; MENDES; MARQUES, 2006). Apesar do forte componente ideológico que embasará esse debate entre os diferentes autores, é preciso ter claro que essas visões sustentam diferentes modelos de gestão do sistema. Mendes e Marques (2006), citando Campos, afirmam:

[...] pode-se mencionar dois tipos básicos de modalidades de gestão dos sistemas de saúde no contexto brasileiro: a gestão segundo os interesses coletivos, relacionada à vertente da provisão dos serviços pelo Estado em complemento com o setor privado; e a gestão segundo as regras de mercado, relacionada à livre competição entre prestadores e fornecedores de bens e serviços de saúde. Ambas apresentam conteúdos diferenciados, principalmente quanto aos perfis dos gestores, aos critérios e mecanismos para alocação dos postos-chave, aos instrumentos técnicos para o planejamento e para a programação de unidades de saúde, etc. (MENDES; MARQUES, 2006, p. 252).

Assim a noção de eficácia é introduzida em consonância com a ideia de necessidades de saúde da coletividade e de provisão dos serviços pelo Estado, estabelecendo uma racionalidade relacionada ao conceito de saúde como *bem-estar social*.

Mendes e Marques (2006), citando Campos, expõem:

A produção de todas as atividades médico-sanitárias deveria ser planejada com base nesse conceito de eficácia. Como relata Campos, isto significa incluir atividades tais como: a alocação de recursos; a incorporação de tecnologias, o desenvolvimento de recursos humanos, a definição de listas básicas de medicamentos ou de materiais de consumo, enfim toda produção de atividades médico-sanitárias. (p. 253)

Assim, mesmo considerando a importância da atenção à saúde pelo cuidado dos corpos biológicos dos indivíduos, a racionalidade que conduz a ação estatal está relacionada fundamentalmente com a busca do bem-estar social, por meio da compreensão das necessidades de saúde da coletividade. Nessa perspectiva, essa racionalidade tem como objeto fundante *a transformação social*, à medida que teria como objetivo prioritário intervir nos fatores que impedem o bem-estar social, relacionados aos contextos ambientais e sociais, entre eles o próprio processo de trabalho. Cabe ressaltar que, nesse caso, é possível alterar a

demanda por serviços de saúde a partir da transformação desses contextos, o que vai de encontro aos interesses do capital.

A provisão pelo setor privado, cuja gestão se dá segundo as regras de mercado, está fundamentada principalmente pela ideia de eficiência (custo-benefício). Nesse sentido, Mendes e Marques (2006) afirmam:

No que diz respeito à gestão segundo as regras de mercado, os princípios que a norteiam apoiam-se na visão da administração empresarial. Os meios de produção de serviços de saúde são organizados mediante os critérios da demanda por consumo de ações médicas, de acordo com a lógica da racionalidade econômica, inspirada pela ideia da eficiência (custo-benefício). (p. 253)

Pode-se afirmar que, não raras vezes, a lógica da eficiência recorre também a conceitos de escala econômica e de escopo de atuação para organizar o processo de produção a partir da oferta de ações e serviços pré-existentes.

Nessa perspectiva a ação estatal estará orientada, em grande medida, pela racionalidade da eficiência econômica do setor produtivo da saúde, que atua, sobretudo, na promoção, prevenção, cura e reabilitação dos corpos biológicos individuais. A racionalidade construída se baseia no conceito de *saúde como ausência de doença*. Ao contrário do observado em relação à racionalidade dada pelas necessidades de saúde da coletividade, essa racionalidade vai ao encontro dos interesses do capital.

A construção de qualquer sistema de saúde será influenciada, em maior ou menor medida, por essas duas racionalidades, quais sejam, a que se baseia no conceito de saúde como *bem-estar social* e aquela baseada na *ausência de doença*. São os dois conceitos juntos que dão legitimidade a atuação estatal no setor. No entanto, é por meio desses conceitos que as forças que buscam transformar a sociedade e aquelas que buscam aprofundar o movimento do capital irão operar. Cabe à investigação que pretenda compreender o desenvolvimento e a política de saúde pública, discernir a dimensão que cada um desses conceitos assume na efetivação da política.

Uma dificuldade adicional, e que vale ser destacada, é que compreender as práticas de saúde no momento atual exige considerar a nova fase do capitalismo portador de juros. Se o capitalismo financeirizado é expressão da crise de sobreacumulação, as funções sociais das práticas de saúde serão dinamizadas por essa crise, ativando ou desativando os papéis de controle social, de manutenção e reprodução da força de trabalho e de valorização do capital,

e resultarão em aprofundamentos de contradições ou no aparecimento de novas contradições. Nessa perspectiva devemos buscar compreender os recentes movimentos do capital privado, sobretudo o estrangeiro¹⁶, no setor de saúde nacional, principalmente no que se refere ao financiamento público para provisão de serviços de saúde produzidos no setor privado¹⁷. Tudo indica que a função manutenção da força de trabalho para a melhor extração da mais-valia tem perdido dinâmica frente à função valorização do capital, seja pelo estímulo ao setor produtivo, ou mais especificamente suas possibilidades de financeirização, seja pela ampliação do consumo de massa de ações e serviços de saúde. É nessa perspectiva que devemos buscar compreender a atuação estatal na organização dos sistemas de saúde.

Assim, como não poderia deixar de ser, a forma de condução da política de regionalização do SUS será orientada por essas diferentes racionalidades, em consonância com as funções sociais subjacentes à política de saúde pública determinada pelo atual período histórico. No entanto, para além das questões específicas da saúde pública, por se tratar de uma política regionalizada, também o território deve ser considerado como fator potencializador ou não das lógicas implícitas na política. Compreender a forma com que a análise territorial se insere no estudo em tela, é o que faremos na próxima seção.

1.2 A dimensão territorial do desenvolvimento: uma proposta para a compreensão da regionalização na política de saúde

As dimensões continentais do território Brasileiro, por si só, colocam imensos desafios para as políticas públicas nacionais. Integrar porções territoriais com diferentes características ambientais, culturais e sociais em uma política que busca a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde é o desafio que o SUS se coloca. Para além das grandes desigualdades regionais que sempre foram característica do desenvolvimento do Brasil, considerar as transformações urbanas que ocorreram no país nas últimas décadas, e que produzem novas desigualdades internas às macrorregiões brasileiras, é basilar para se pensar a regionalização da política de saúde pública.

¹⁶ Lei nº 13.097/2015, que permite a entrada do capital estrangeiro no setor de saúde brasileiro, ferindo frontalmente a Constituição. Para detalhes ver Lenir dos Santos em

<http://www.idisa.org.br/img/File/capital%20estrangeiro%20na%20saude%20MP%20656%202014.pdf>

¹⁷ Um exemplo é a tentativa de inserir os planos privados de assistência à saúde como direito do trabalhador pela PEC 451/2014, bem como a recente aprovação pelo Supremo Tribunal Federal – STF da constitucionalidade da atuação das organizações sociais como prestadores de serviços de saúde no SUS.

A passagem, em poucas décadas, de país rural para um país fortemente urbanizado, com o aparecimento acelerado de megalópoles, metrópoles e aglomerações urbanas, em concomitância com saldos migratórios negativos em algumas pequenas cidades, acirra problemas de saúde ao mesmo tempo em que diversifica as necessidades de saúde de populações adstritas a determinadas lógicas loco-regionais. Junta-se a isso o processo de reestruturação produtiva em curso que, ao mesmo tempo que possibilita o deslocamento espacial das plantas industriais e demais atividades, sobretudo as de menor valor agregado, propicia maior concentração da riqueza social, muitas vezes fora dos territórios nacionais.

Nesse sentido, passa a ser fundamental lançar mão de uma adequada análise das espacialidades, conforme propõe Brandão (2007), para a compreensão da lógica espacial de funcionamento do capitalismo que, não esquecendo as forças “endógenas”, deve levar em consideração os fatores “exógenos” às localidades. Nesse sentido o presente trabalho entende que a rede urbana, nas suas diferentes conformações, que pressupõem diferentes níveis de centralidades e morfologias diversas, é um elemento elucidativo para a análise de políticas públicas que se proponham transformadoras. Não como meros recursos estatísticos e classificatórios, conforme a proposta da Nova Geografia que busca um positivismo-lógico (LENCIONE, 2009), mas sim como reveladora da estrutura social de produção espacial. Conforme afirma Brandão:

Especialmente em um país continental, o estudo não conservador da estrutura e dinâmica de sua rede urbana é decisivo para que se entendam a reprodução social e as diferentes escalas espaciais em que se processa o desenvolvimento de suas forças produtivas. Ressaltamos aqui o dinamismo intrínseco aos processos que se desenrolam em um ambiente de diversidade urbana. Uma rede de cidades com diversos tamanhos e tipos, submetida a diferentes lógicas que variam por classe de tamanhos, no tempo e no espaço, conduz a que as decisões de inversão, individuais e agregadas, se tornem múltiplas, tendo a dispersão espacial e diferenciação produtiva possibilitado estratégias de valorização múltiplas. (BRANDÃO, 2007, p. 194)

Porém, a complexidade que a dinâmica urbana – conexões entre cidades, centralidades, hierarquias, morfologias – coloca para a análise carece de aprofundamento. Considerar os sistemas urbanos como forma de compreender os níveis de integração territorial, de desigualdades econômicas, sociais e, sobretudo, funcionais entre as regiões, exige compreender a divisão inter-regional do trabalho como categoria que nos permite estabelecer os nexos entre o local e o global e assim elaborar uma adequada análise da regionalização do SUS.

São esses aspectos, que elucidam as diferenciações entre as diferentes localidades, que serão tratados na seção seguinte.

1.2.1 – Concentração espacial e recortes territoriais: a divisão territorial do trabalho e a rede urbana

Brandão (2007), em seu livro *Território e Desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global*, reconhece as dificuldades de uma elaboração teórica que possibilite compreender as regiões, retendo tanto as determinações gerais, dadas pelas formas capitalistas de produção, como as específicas, fruto de determinações históricas particulares do *loci*. O autor salienta, em contraposição às teorias “localistas”, que querem identificar no *loci* a sinergia capaz de alçá-lo ao desenvolvimento, a importância de se considerar as forças exógenas à localidade. A diferenciação da forma de reprodução social entre as localidades (municípios, cidades, regiões) está sujeita à apreensão de fatores endógenos e exógenos. Para o autor, interpretar tais diferenciações depende de “uma visão sólida de produção social do espaço, historicamente determinado, resultante dos conflitos e consensos que se estruturam em torno do ambiente construído” (BRANDÃO, 2007, p.31).

A categoria explicativa básica da dimensão espacial do desenvolvimento é a divisão social do trabalho que, em termos territoriais, torna-se divisão inter-regional do trabalho. Brandão (2007) afirma:

É preciso pensar as regiões e os urbanos como loci de reprodução social específicos, investigar sua decorrente inserção em uma divisão inter-regional do trabalho, ou seja, analisar a produção de espaços concretos, captando suas determinações históricas particulares. (p. 68)

Dessa forma propõe que:

[...] a divisão social do trabalho deva ser a categoria explicativa básica da investigação da dimensão espacial do desenvolvimento, posto que permeia todos os processos, em todas as escalas. (p.69)

Cabe aqui ressaltar que essa divisão inter-regional do trabalho não significa fazer uma “analogia entre região e classe social”, como aponta Lencioni (2009) quando critica a incorporação da divisão territorial do trabalho nas análises regionais elaboradas na perspectiva da Geografia Regional. A autora argumenta:

Transferiu-se a ideia de exploração capitalista de uma dada classe social pela outra para a formulação de que haveria exploração de uma região por outra. Assim, mecanicamente transposta a noção de exploração para análise espacial, a região passou a ser considerada, equivocadamente, um sujeito social. (p. 169)

Ainda, de acordo com essa autora, não se deve desconsiderar as características próprias de cada região em favor dos determinantes dados pelo motor do capital. Lencioni alerta:

Em muitas análises, a região passou a ser analisada como produto de uma divisão territorial do trabalho, tendo como referência o processo geral de produção capitalista. Isso acabou repercutindo em análises regionais, nas quais as regiões apareciam como derivações de processos gerais e, em muitos casos, suas características internas e particulares foram colocadas em segundo plano. Assim, as desigualdades de desenvolvimento, enfim, as diferenças na produção do espaço apresentaram apenas a faceta derivada dos processos externos à região. (Lencioni, 2009, p. 168 e 169)

O que Lencioni (2009) busca enfatizar em sua crítica é a importância da Geografia, embora ciência social, ter sua especificidade definida também pelos elementos físicos do espaço. Para a autora, um dos motivos que obscurece o debate sobre a noção de região é a percepção de uma realidade cada vez mais homogênea. Lencioni enfatiza:

[...] nos dias atuais, a realidade aparece, cada vez mais, como sendo homogênea e indistinta, fazendo com que as diferenças apareçam anuladas. Dada essa aparência, a região parece se diluir imersa no homogêneo. Contudo, trata-se apenas de uma aparência, pois nas fissuras dessa homogeneidade emergem as diferenças cujo exemplo mais agudo são os regionalismos que surgem como força política. (p. 202)

De fato, não se trata de não reconhecer as diferenças loco-regionais, ao contrário, trata-se de compreender essas diferenças em seus nexos com os processos gerais de produção. Nesse sentido, Milton Santos (2012a) insere a divisão social do trabalho no debate da Geografia reconhecendo essa categoria como elemento de diferenciação espacial. Os recursos disponíveis, entendidos como toda possibilidade de ação oferecida aos homens, sendo materiais ou não, são distribuídos de forma desigual pelo território. No entanto, apreender essa diferenciação territorial nesse autor pressupõe reconhecer alguns conceitos basilares na sua teoria.

Milton Santos (2012a) propõe considerar o *espaço geográfico* como a soma indissolúvel de sistemas de objetos e sistemas de ações. Para elucidar esse *espaço geográfico*, o autor trabalha a realidade geográfica a partir da categoria *configuração territorial*. Nessa categoria estariam localizados os objetos. De forma sucinta, pode-se afirmar que os objetos são tudo o que existe na superfície da terra. No entanto, conforme afirma Santos (2012a):

A configuração territorial, ou configuração geográfica, tem, pois, uma existência material própria, mas sua existência social, isto é, sua existência real, somente lhe é dada pelo fato das relações sociais. (p. 62)

Assim, a configuração territorial só pode se tornar espaço geográfico à medida que se considerem os sistemas de ações nela contidos. Um não existe sem o outro, são indissolúveis, eles interagem e se transformam mutuamente, e assim “o espaço encontra a sua dinâmica e se transforma” (SANTOS, 2012a, p. 63).

É importante ter claro que, para o autor, a *configuração territorial* é conformada tanto pela paisagem natural como pelos “meios de ação cristalizados” retirados de Émile Durkheim (1965 apud SANTOS, 2012a, p. 74). A importância dessa ideia é que ela carrega em seu bojo não apenas o conceito de “trabalho morto” de Marx (tecnologia, insumos, matéria prima etc.), mas também se refere à lei, ao costume, à cultura etc. que vem do passado e vigoram no presente. Esse conceito, que o autor denomina de “objetos culturais”, assume uma “expressão geográfica”. Para Santos todas as formas sociais não espaciais se transformarão em algum momento em formas geográficas, e mais, essas formas geográficas determinam em alguma medida o agir humano.

Evidencia-se então a ideia de que o espaço vai muito além do que vemos na paisagem, sejam os vales, as montanhas, os rios ou as florestas, sejam as pontes, as estradas, os edifícios, as hidrelétricas, as usinas. O espaço, tratado por Milton Santos, abarca todos os condicionantes da ação humana, a cultura, a religião, os costumes e a própria ação humana e por isso a indissolubilidade dos objetos e das ações.

É necessário incluir no entendimento do espaço geográfico a noção do tempo. Nas palavras de Milton Santos “o espaço é a síntese, sempre provisória, entre o conteúdo social e as formas espaciais” (SANTOS, 2012a, p. 109), indicando que a principal contradição ocorre entre a sociedade e o espaço, pois quando a sociedade age sobre os objetos, a ação se dá sobre objetos já agidos, que passam a ter um novo significado. Santos (2012a) afirma que a contradição ocorre entre um presente invasor e ubíquo que nunca se realiza completamente (sociedade), e um presente localizado, que também é passado objetivado nas formas sociais e nas formas geográficas encontradas (espaço). Assim, o que se coloca não é apenas que o espaço está em constante transformação, mas que ele também condiciona essa transformação.

Nesse espaço geográfico define-se o mundo todo, o espaço geral, o espaço global. Para ressaltar esse aspecto da discussão, Santos recorre a E. Dardel que afirma:

[...] o espaço terrestre aparece como condição de realização de toda realidade histórica, como aquilo que lhe dá corpo e atribui um lugar a cada coisa existente. Pode se dizer que é a terra que estabiliza a existência. (1952, p.59 apud SANTOS, 2012a, p. 120)

Estão contidos nessa afirmação os pontos fundamentais para a discussão da conformação das regiões: a noção de totalidade e de lugar. E para compreender a noção de totalidade em uma disciplina onde o objeto do saber é o espaço geográfico, Santos (2012a) afirma:

Cada coisa nada mais é que parte da unidade, do todo, mas a totalidade não é uma simples soma das partes. As partes que formam a totalidade não bastam para explicá-la. Ao contrário, é a totalidade que explica as partes. (p. 115)

E mais, para incluir a noção do tempo, o autor retoma a diferenciação de Sartre (1968 apud SANTOS, 2012a) que distingue totalidade e totalização, onde essa última é a primeira em movimento. Sartre afirma:

Fatos isolados não significam nada; não são nem verdadeiros nem falsos enquanto não são relacionados, pela mediação das diferentes totalidades parciais, à totalização em processo. (1968, p. 30 e 31 apud SANTOS, 2012a, p. 119)

Existe então uma totalidade produzida e uma totalidade em produção, que convivem e que são fundamentais para a análise geográfica, pois se expressam no território de forma diferenciada. Santos (2012) chama isso de impacto seletivo, onde os lugares seriam definidos pelos “impactos que acolhem”, onde ocorreria a particularização. O autor diz que:

As ações não se localizam de forma cega. Os homens também não. O mesmo se dá com as instituições e infraestruturas. É esse o próprio princípio da diferenciação entre os lugares, produzindo combinações específicas em que as variáveis do todo se encontram de forma particular. (SANTOS, 2012a, p. 125)

A forma particular torna-se “forma-conteúdo” na presença do movimento social, da ação, e, dessa forma, torna-se capaz de influenciar a totalidade.

Assim, na teoria do espaço de Milton Santos, a localização dos fatos, objetos e ações, dependem dessa complexidade de localizações precedentes e movimentos gerais, que conformam a divisão territorial do trabalho e que são conformados por esta. O autor afirma:

O valor real de cada um não depende de sua existência separada, mas de sua qualificação geográfica, isto é, da significação conjunta que todos e cada um obtêm pelo fato de participar de um lugar. Fora dos

lugares, produtos, inovações, populações e dinheiro, por mais concretos que pareçam, são abstrações. A definição conjunta e individual de cada um depende de uma dada localização. Por isso a formação socioespacial, e não o modo de produção, constitui o instrumento adequado para entender a história e o presente de um país (SANTOS, 2012a, p. 132)

O que importa ressaltar aqui é que essa *qualificação geográfica* teorizada por Santos é reflexo e também reflete a divisão territorial do trabalho. Não porque uma região explora a outra, conforme alertou Lencioni (2009), mas porque existe uma distribuição espacial do trabalho vivo e do trabalho morto, como se refere à visão de Marx¹⁸. Diz o autor:

A divisão social do trabalho é frequentemente considerada como a repartição (ou no Mundo, ou no Lugar) do trabalho vivo. Essa distribuição, vista através da localização dos seus diversos elementos, é chamada de divisão territorial do trabalho. Essas duas formas de considerar a divisão do trabalho são complementares e interdependentes. Esse enfoque, todavia, não é suficiente, se não levarmos em conta que, além da divisão do trabalho vivo, há uma divisão territorial do trabalho morto. (SANTOS, 2012a, p. 139)

Milton Santos (2012a) recorre à noção de prático-inerte elaborada por Sartre para afirmar que existem formas herdadas de momento anteriores. Santos enfatiza:

O processo social está sempre deixando heranças que acabam constituindo uma condição para as novas etapas. Uma plantação, um porto, uma estrada mas também a densidade ou a distribuição da população, participam dessa categoria de prático-inerte, a prática depositada nas coisas, tornadas condição para novas práticas (p. 140).

A importância em se considerar o ambiente construído como legado de modos de produções passadas, por razões distintas, assume relevância tanto para a análise de Milton Santos (2012a), como para a de David Harvey (2013), sendo que o primeiro recorre ao termo *rugosidade* para explicar os fundamentos da divisão territorial do trabalho para as análises espaciais, e o segundo recorre ao termo *palimpsesto* como forma de compreender a peculiaridade das mercadorias que tem como atributo fundamental a localização espacial.

A despeito da importância do ambiente construído na análise de Harvey (2011; 2013) como capital fixo¹⁹ do tipo “autônomo”, que atua nas condições gerais de produção e são

¹⁸ O trabalho vivo se refere ao capital variável, força de trabalho, conforme Livro III, O Capital.

¹⁹ A dicotomia entre capital fixo e circulante refere-se à forma de passagem do valor para a mercadoria, de forma parcelar no primeiro caso e por inteiro no segundo, conforme Livro I e Livro II, O Capital.

estratégicos para ações anticíclicas²⁰, para o escopo do presente estudo, nos deteremos nos elementos que nos ajudam a compreender a categoria divisão territorial do trabalho. Por esse motivo vale destacar todo um parágrafo onde Harvey (2013) expõe a complexidade do ambiente construído e seus nexos com a totalidade. O autor escreve:

O ambiente construído tem então de ser encarado como uma mercadoria geograficamente ordenada, complexa e composta. A produção, disposição, manutenção renovação e transformação dessa mercadoria implica sérios dilemas. A produção de elementos individuais – casas, fábricas, lojas, escolas, rodovias etc. – tem de ser coordenada, tanto no tempo como no espaço, de maneira a permitir que a mercadoria composta assuma uma configuração apropriada. Os mercados fundiários (...) servem para alocar terra aos usos, mas o capital financeiro e o Estado (principalmente mediante a interferência na regulação e no planejamento do uso da terra) também atuam como coordenadores. Também surgem problemas porque os diferentes elementos têm diferentes tempos de vida física e se desgastam em velocidades diferentes. A depreciação econômica, particularmente de elementos que funcionam como forças produtivas para o capital, também desempenham o seu papel. Mas como a utilidade dos elementos individuais depende, em grande parte, da utilidade dos elementos circundantes, padrões complexos de depreciação e apreciação (como ramificações para as relações de valor) são acionadas por atos individuais de renovação, reposição ou transformação. Os efeitos de “repercussão” das decisões de investimentos individuais são localizados no espaço. Similarmente, o desinvestimento em uma parte do ambiente construído pode depreciar os valores das propriedades adjacentes. (p. 316)

Assim, evidencia-se a importância do papel do Estado e, sobretudo do capital financeiro, como coordenadores, no tempo e no espaço, dos elementos do ambiente construído para que assumam a melhor configuração possível para a valorização. Não devemos esquecer que o capital fixo, inclusive o espacialmente fixo que forma o ambiente

²⁰ Sucintamente, Harvey (2011) aponta três formas desenvolvida para administrar a ameaça a ordem burguesa em decorrência da tendência de superacumulação do capitalismo, i) desvalorização do capital, ii) controle macroeconômico e iii) absorção da superacumulação. Certamente todas as três formas permeiam as políticas públicas, inclusive às que se propõem explicitamente às ações territoriais, no entanto vale ressaltar que o autor considera “a absorção da superacumulação por intermédio do deslocamento temporal e espacial (...) um terreno mais rico e duradouro” (p.171). Esse deslocamento pode ser realizado de forma (a) temporal, pressupondo investimentos de longo prazo, principalmente por parte do Estado, (b) espacial, pressupõe a expansão geográfica do capital e do trabalho excedentes, e nesse caso deve se considerar os limites dos espaços geográficos bem como ampliação da tendência de superacumulação a nível internacional, restando ainda considerar a (c) combinação tempo-espacial, que tem um duplo poder no tocante à absorção do problema. Nesse último caso o autor afirma: “Emprestar dinheiro (com frequência levantado, digamos, nos mercados de capital de Londres ou Nova York por meio da formação de capital fictício) à América Latina para a construção de infraestrutura de longo prazo ou para a compra de bens de capital que ajudem a gerar produtos por muitos anos é uma forma típica e forte de absorção da superacumulação” (p.172)

construído, pode circular em forma de títulos de propriedade, inclusive em mercados estrangeiros (HARVEY, 2013).

Nesse ponto devemos incluir o entendimento da rede urbana para expandir espacialmente o entendimento dos efeitos da repercussão dos investimentos ou desinvestimentos realizados no ambiente construído. A rede urbana deve servir de síntese do reflexo da totalidade social sobre o território. Nesse sentido Corrêa (2006) afirma que a rede urbana é “um reflexo *da* e uma condição *para* a divisão territorial do trabalho” e, por meio dela, “o mundo pode tornar-se, simultaneamente, desigual e integrado” (p. 26). Devemos ressaltar aqui a importância dessa ideia para os objetivos do presente estudo, qual seja a possibilidade de reconhecer a integração e a desigualdade territorial pela análise da rede urbana.

Primeiramente devemos salientar que entender a rede urbana como síntese do impacto da forma de produção capitalista sobre o território não implica excluir da análise os territórios menos urbanizados, pelo contrário, é justamente para, em última instância, compreender a relação campo-cidade²¹ ou urbano-não urbano ou centro-periferia. Correa (2006) afirma:

As relações entre cidade e campo tornaram-se no capitalismo relações entre cidade e região: a rede urbana em seu funcionamento traduz este relacionamento. Cidade e região estão integradas através de dois ciclos de exploração comandados pelas cidades. No primeiro, a grande cidade, cabeça de rede urbana, extrai do campo força de trabalho, renda fundiária e produtos agrícolas, quer matérias-primas, quer produtos alimentares. No segundo, que realimenta o primeiro ciclo – trata-se, portanto, de um mesmo processo –, a cidade exporta para o campo capitais, novos usos da terra, força de trabalho, ideias e valores, e bens e serviços. (p.30 e 31).

A título de exemplo de como esse processo de comando centralizado ocorre, transformando as formas originais de produção e possibilitando a extração de excedentes, Correa (2006) aponta a difusão de sementes, adubos, inseticidas, tratores e colheitadeiras por meio das orientações das instituições de assistência e extensão rural e pelos financiamentos bancários²². Não raras vezes esse processo ocorre sob o comando formal do Estado.

²¹ Para compreender a contradição (e desatualização) do termo campo-cidade ver Lefebvre (2001).

²² Vale ressaltar também a análise desse autor a respeito da capilaridade do setor bancário, demonstrando que, ao mesmo tempo que o capital se concentra, tornando-se mais monopolista, ele aumenta também sua capilaridade pelo território. Para mais detalhes ver capítulo 2 – Concentração Bancária e os Centros de Gestão do Território, em Correia, R. L. (2006)

Em sua síntese da urbanização brasileira, Santos (2013) aponta a importância de se compreender essa relação campo-cidade considerando os elementos de estruturação do espaço, que sinteticamente são apresentados como *espaços agrícolas* e *espaços urbanos*. . Nessa perspectiva as “cidades locais se especializam tanto mais quanto na área respectiva há possibilidades para a divisão do trabalho” (p. 57), criando assim grande diversidade de arranjos na rede urbana brasileira. Tais arranjos serão influenciados pela superposição dos efeitos do *consumo consuntivo* que, definido por estratos de renda, tendem a reproduzir a arquitetura do sistema urbano, variando apenas a distância entre os núcleos de mesmo nível, e os efeitos do *consumo produtivo*, definido pelos elementos de produção desses espaços. Quanto a esse último, Santos (2013) afirma que o “consumo produtivo rural não se adapta às cidades, mas, ao contrário, adapta-as” (p. 55).

Muito embora a importância da análise de Milton Santos (2012b, 2013) quanto ao fenômeno da urbanização, sobretudo a brasileira, mereça destaque, principalmente na compreensão dos elementos dos espaços urbanos e do surgimento das cidades médias, o estudo em tela não se dedicou a esse aprofundamento, que deverá ser retomado em trabalhos futuros. O que se deve ter como perspectiva aqui é a grande diversidade de arranjos na rede urbana brasileira que resulta de múltiplos processos, com diferentes vetores dinamizadores (centro regional-região e região-centro regional), e, nesse sentido, sempre deve ser considerada como síntese do impacto da forma de produção capitalista sobre o território.

Para o presente estudo cabe sistematizar os eixos de análise do espaço proposto por Santos (2012a), quando este busca interpretar os arranjos espaciais atuais. Para ele, além das regiões, formadas por “pontos contínuos e contíguos” é necessário reconhecer constelações de pontos descontínuos, porém interligados, que formam um espaço de fluxos reguladores. Ele chamara esses arranjos de *horizontalidades* e *verticalidades*. Diz o autor:

De um lado, há extensões formadas de pontos que se agregam sem descontinuidade, como na definição tradicional de região. São as *horizontalidades*. De outro lado, há pontos no espaço que, separados uns dos outros, asseguram o funcionamento global da sociedade e da economia. São as *verticalidades*. O espaço se compõe de uns e de outros desses recortes, inseparavelmente. É a partir dessas novas subdivisões que devemos pensar novas categorias analíticas. (SANTOS, 2012a, p. 284)

Santos (2012a) afirma que as *verticalidades* impõem às regiões (*horizontalidades*) uma coesão organizacional baseada em racionalidades de origem distante, impondo um ordenamento espacial baseado em um comando hierarquizado. Afirma o autor:

A hierarquia se realiza através de ordens técnicas, financeiras, políticas, condição de funcionamento do sistema. A informação, sobretudo a serviço das forças econômicas hegemônicas e a serviço do Estado, é o grande regedor das ações que definem as novas realidades espaciais. (...) E o crescente processo de homogeneização se dá através de um processo de hierarquização crescente. A homogeneização exige uma integração dependente, referida a um ponto do espaço, dentro ou fora do mesmo país. Nos outros lugares, a incorporação desses nexos e normas externas tem um efeito desintegrador das solidariedades locais então vigentes, com a perda correlativa da capacidade de gestão da vida local. (p. 285)

Assim, devemos considerar que a divisão inter-regional do trabalho tem determinações múltiplas, submetendo o território a diversos comandos, originados em diferentes pontos, porém integrados pelas forças hegemônicas, configurando a existência de múltiplas escalas.

Vale ressaltar que Santos (2012a) recorre ao termo “forças centrípetas” para se referir àquelas forças de agregação, de convergência, que conduzem ao processo de *horizontalização*. Dialeticamente o termo “forças centrífugas” é usado para descrever as forças que conduzem ao processo de *verticalização*, em um movimento que o autor considera desagregador por retirar da região o seu próprio comando.

Dessa forma, podemos compreender que a rede urbana deriva da divisão inter-regional do trabalho, condicionando e sendo condicionada por esta, e deve ser concatenada tanto com o ambiente construído, e as possibilidades de compreensão dos conflitos e consensos dos investimentos (ou desinvestimentos) que o dinamizam, como também com a integração espacial para a extração do excedente produzido. Considerar a rede urbana como derivada da divisão inter-regional do trabalho, significa reconhecer os comandos hegemônicos externos aos lugares. Conforme aponta Correa (2006), através dela, decisões, investimentos e inovações circulam conforme a dinâmica do capitalismo, transformando atividades e cidades.

Ainda que se reconheça a potencialidade da rede urbana como síntese territorial dos múltiplos processos que derivam do movimento do capital, conforme apontado pelos autores vinculados ao campo da geografia, deve-se ainda articular tal ideia às elaborações do campo do desenvolvimento regional. Para Brandão (2007), além dos conflitos capital *versus* trabalho, as tentativas de apreender a enorme complexidade e diversidades nos processos regionais e urbanos devem também considerar os conflitos gerados pela pluralidade e frações do capital.

Essa afirmação remete à ressalva de Mazzucchelli (1985) quanto à importância em se considerar a concorrência intercapitalista para a análise do “movimento real” do modo de

produção. Baseado na afirmação de Marx quanto à concorrência ser a “natureza interna do capital”, o autor aponta “a busca permanente dos capitalistas em rebaixar o valor individual de suas mercadorias *vis-à-vis* seus competidores que determina a introdução sistemática do progresso técnico” (MAZZUCHELLI, 1985, p. 54). Ou seja, a concorrência intercapitalista assume preponderância no desvelamento do real. Brandão (2007) afirma que, muitas contribuições inspiradas em Marx acerca da produção e reprodução social do espaço, esbarram em uma concepção estreita de “capital em geral”, que coloca ênfase nos conflitos capital *versus* trabalho, não considerando a sua pluralidade e suas frações, ou seja, a relação contraditória capital *versus* capital.

Assim, é nessa perspectiva, com a preocupação em reter as determinações gerais e ao mesmo tempo apreender a realidade histórico-concreta do objeto “urbano regional”, Brandão (2007) sugere:

[...] um mapeamento das determinações fundamentais e dos elementos-chave para a pesquisa da dimensão espacial do processo de desenvolvimento capitalista, propõe-se aqui que a devida análise crítica do movimento desigual da acumulação de capital no espaço requer a verificação articulada dos processos de homogeneização, integração, de polarização e de hegemonia nos recortes territoriais. (p. 70)

É sobre essas quatro dimensões, que compõem o método de análise sugerido por Brandão e que permitem apreender as formas de articulação territorial do capitalismo oligopolista financeiro, que discorreremos na seção a seguir.

1.2.2 – Os processos de homogeneização, de integração, de polarização e de hegemonia: elementos fundamentais para a análise da dimensão espacial do desenvolvimento capitalista

Brandão (2007) reconhece que esses quatro processos – homogeneização, integração, polarização e hegemonia – fazem parte em alguma medida, de todas as correntes do pensamento social que abordaram o desenvolvimento desigual dos espaços regionais. Com o intuito de melhor precisá-las e atualizá-las para o novo momento de mundialização do capital, o autor discorre sobre elas. A seguir buscaremos sistematizar as suas características essenciais.

O processo de homogeneização

Ao contrário do espaço homogêneo tratado pela ciência regional, que serve para identificar maior ou menor uniformidade com o intuito de delimitar fronteiras regionais, o

processo de homogeneização é aquele que anula as fronteiras, “desfaz” os limites regionais, homogeneizando as relações de produção de forma a torná-las “mais apropriadas a seu movimento unificado de valorização” (BRANDÃO, 2007, p. 72). A dimensão homogeneizadora é universalizante, propícia ao capital em geral, dando unidade à diversidade de relações existentes²³. Nesse sentido Brandão (2007) afirma:

O capital busca valorizar-se sem confinamentos regionais/espaciais. Generalizando suas relações, procura impor e tornar comum sua lógica, circulando seus valores, símbolos e informações supra-regionalmente, gestando em seu cosmopolitismo um espaço e um mercado uno (...) O capital invade progressivamente espaços e mercados diversos, destruindo formas pretéritas de produção, não requerendo mais formas de coerção extra-econômica e violência econômica. (p.72 e 74)

Nessa perspectiva o autor afirma que a busca por características comuns a determinada porção territorial, que as diferencia em relação a outras, não contribui com a análise da dimensão espacial do processo de desenvolvimento. Nesse sentido Brandão nos alerta:

Focalizar identidades regionais, buscando mostrar a harmonização e a coesão comunitária e igualitária de um espaço visto como contínuo e forçando a construção de uma personalidade própria e fundada em idiosincrasias localizadas, serve perfeitamente para a construção de uma pauta de reivindicações regionalistas, mas atrapalha a investigação crítica da dinâmica concreta de um determinado recorte territorial. (p. 72)

Assim, vale ressaltar que o processo de homogeneização não representa diminuição das diferenças, ao contrário, a generalização das formas de produção carrega junto as desigualdades inerentes ao capitalismo. Essa dinâmica, vinculada à dimensão regional do desenvolvimento, possibilita a dominância de porções territoriais pelas formas superiores de capital, que ocorrerá por meio do processo de integração.

O processo de integração

Se o processo de homogeneização representa a ação do capital em geral, o de integração representa a ação das frações do capital. Após o nivelamento das condições reprodutivas e da formação de espaços para a valorização desimpedida, os espaços regionais

²³ Nesse sentido, em alguma medida, a dimensão homogeneizadora proposta por Brandão, carrega em seu bojo o conceito de unicidades de Santos (2012) que, sucintamente, pode ser definido como a convergência das técnicas e do tempo em toda a extensão da terra, induzido pelas lógicas sistêmicas das grandes organizações econômicas internacionais. Ver detalhes no Capítulo 8, “As unicidades: a produção da inteligência planetária” em Santos (2012).

passam a ser expostos à pluralidade das formas superiores de capitais forâneos²⁴. Ao longo desse processo, serão formadas múltiplas interdependências e complementariedades regionais, que podem acarretar tanto a ampliação de potencialidades quanto das vulnerabilidades loco-regionais. Assim, os enfrentamentos entre os diferentes capitais estruturarão os “enlaces” e “engates” territoriais que possibilitam a reprodução ampliada do capital. Brandão (2007) expõe:

O campo teórico da problemática regional e urbana começa a ganhar contornos concretos a partir desses enlaces e engates que a coerção concorrencial impõe a todos os capitais e suas frações. Uma dinâmica produtiva intersetorial e inter-regional se afigura mais nitidamente a partir daí. (p. 77)

Com o desenvolvimento das forças produtivas confirma-se cada vez mais a impossibilidade de existência de uma realidade regionalmente “completa”, ou seja, da existência de uma única matriz produtiva regional. Às regiões resta inserir-se “especializada e complementarmente em elos específicos das cadeias produtivas”, tornando-se questão de Estado, que nesse momento é chamado a dar “racionalidade” à integração, inibindo forças desintegradoras, tanto por parte dos conflitos que se estabelecem entre os capitais como para a manutenção de uma “coesão” social. Nesse sentido o autor esclarece:

[...] a integração põe em toda sua inteireza a questão do fosso no nível de desenvolvimento das forças produtivas entre as regiões, impondo a conscientização da natureza desigual do processo de desenvolvimento capitalista e explicitando uma “questão regional”, que ganha foro de problemática concreta a ser enfrentado no e pelo Estado. Isso só acontece quando se consolida uma economia nacional integrada, diversificada e complexa (que tenha estabelecido e cristalizado uma divisão inter-regional do trabalho). Assim, a constituição, de modo irreversível, de um “mercado interno” não nega, antes reafirma e explicita, os descompassos, assimetrias e disritmias da dinâmica de transformação nos diferenciados espaços regionais, expondo, de forma eloquente, as heterogeneidades estruturais inter-regionais (“desequilíbrios regionais”), as forças desintegradoras, e criando uma densidade social para a reivindicação de políticas compensatórias. (BRANDÃO, 2007, p. 79)

Esse processo é dinamizado pelo vetor “centro dinâmico – periferia” onde, ainda que não seja unidirecional, é necessário reconhecer que “as regiões periféricas” passam a ser

²⁴ Cabe destacar a distinção do capitalismo do centro e da periferia, apontada por Lenin (1899 apud Brandão, 2007), onde no primeiro ocorreria o desenvolvimento em profundidade e no segundo o desenvolvimento em extensão.

“acionadas” a partir do comando da economia do centro (CANO apud BRANDÃO, 2007). O autor afirma:

As ações das forças da integração geralmente constituem um longo, contraditório, heterogêneo e conflituoso processo em que os espaços regionais circunscritos e capsulares vão sendo enredados a partir daquele(s) espaço(s) em que prevalecem formas superiores de acumulação e de reprodução econômica. (p. 79)

Nessa perspectiva apresenta-se o processo de polarização e hierarquização da dinâmica de integração.

O processo de polarização

Conforme abordado por Brandão, o processo de polarização aponta para a natureza desigual e combinada do processo de desenvolvimento capitalista, gerando “campos de forças”, desigualmente distribuídos no espaço. É esse processo que mais remete à ideia de rede urbana, por explicitar as noções de centralidade, áreas de influência, hierarquias, fluxos (origem e destino), nós (entrelaçamentos). Nele se reconhece a importância de identificar centros decisórios e seu poder de seletividade geográfica.

Ao mesmo tempo em que o autor aponta para uma estrutura de dominação fundada em certa irreversibilidade dada pela “inércia dos investimentos em capital fixo”, ele também considera que o aperfeiçoamento de instrumentos técnicos e organizacionais tem possibilitado continuas transformações nas relações entre regiões dominantes e subordinadas. Por isso Brandão (2007) afirma:

O capitalismo continuamente desenha e redesenha “novas geografias”, produzindo novas escalas, novos pontos nodais, rearranjando as forças da polarização, da heterogeneidade e da dominação regionais. Mudam os núcleos dinâmicos de comando que exercem diferentes espécies de atratividade e dominação e geram estratégicos pontos, eixos e nós de maior ou menor potência reprodutiva e capacidade de apropriação. (p. 82)

Não devemos esquecer que essa dinâmica transformadora é orquestrada pelo comando do grande capital, que possibilita “as ondas desconcentracionistas” a partir do centro. Brandão menciona que “são a potência e a eficácia das forças centrípetas que permitem a ação das forças centrífugas” (p.83).

Vale ressaltar que, no nosso entendimento, enquanto as forças “centrípetas” identificadas por Santos (2012a) e Brandão (2007) parecem corresponder ao mesmo processo

de integração regional, enlaces e engates, as forças “centrífugas”, relacionadas aos arranjos de *verticalidades* no primeiro autor, a medida que correspondem a identificação dos centros de comando exógenos a região, assumem significado contrário ao apontado pelo segundo autor. Para este, as forças “centrífugas” representam o movimento de “desconexão” de frações do território, em decorrência das disputas no âmbito da concorrência capitalista, que imporá uma nova coerência no funcionamento deste território.

Nesse sentido se coloca o último elemento fundante dos estudos da dinâmica do desenvolvimento na perspectiva territorial, segundo Brandão, a análise do *core* do sistema: a hegemonia.

O processo de hegemonia

A hegemonia forma o componente de análise “terminal” da economia política da espacialidade da riqueza capitalista. De inspiração gramsciana, é recurso para apreender “os processos assimétricos em que um agente privilegiado detém o poder de ditar, (re)desenhar, delimitar e negar domínio de ação e raio de manobra a outrem” (BRANDÃO, 2007, p. 84). Trata-se da possibilidade da classe dominante construir o “etos” que propiciará um “*consentimento ativo*” por parte do conjunto do corpo social. Brandão afirma:

Dada uma certa correlação de forças, considerada em determinado tempo-espço, é preciso perscrutar a força coercitiva, os níveis e graus de “consentimento” para o domínio e exercício de direção que consolide um determinado “projeto de incorporação de todos” em sua órbita. Dessa forma, a afirmação, como núcleo hegemônico, pressupõe algum grau de autonomia reprodutiva, de capacidade inovativa (em contraponto aos “outros” – os subordinados) e de direção persuasiva cultura-ideológica sobre o “conjunto nacional”, exercida no interior de uma determinada aliança. O ser hegemônico necessita ser minimamente “dono de seu próprio destino”, ter preeminência, supremacia e capacidade de ser o condutor do processo para ter força e aliança e administrar e centralizar uma “coesão nacional imaginária”, que se exerce sobre determinados grupos subordinados. (BRANDÃO, 2007, p. 84)

Assim o autor ressalta a importância de reconhecer um bloco histórico para explicitar as alianças de classes, como recurso para exercer e perpetuar o poder hegemônico. É essa aliança que determina os limites e condiciona as ações dos subalternos. E, em relação a esses, o autor afirma:

Estes, se por desagregação e falta de coesão, são deserdados de propriedade e cidadania, se tornam incapazes de encarnar e serem

portadores de um projeto e de dar uma expressão centralizada às suas aspirações e necessidades. (BRANDÃO, 2007, p. 85)

Para a análise das questões regionais e urbanas no Brasil, que serão analisadas no seu livro, Brandão assume a hipótese que o atraso político, produtivo e social nacional se fundamenta na hegemonia política do bloco de poder das diversas frações do capital mercantil (especulativo, usurário/bancário, imobiliário etc.). Nesse sentido, diz Brandão:

O avanço dos estudos territoriais em um tal terreno permitiria iluminar questões candentes como o esgarçamento dos pactos federativos, o uso dos fundos públicos na reprodução das elites e fortunas regionais, a estrutura, as contradições e fissuras no bloco de poder, bem como trazer elementos explicativos das dificuldades imensas em cimentar pactuações legitimadoras em países continentais e desiguais como o Brasil. (p. 87)

Diante do exposto deve-se ter claro que a verificação articulada das quatro dimensões territoriais expostas não pressupõe uma análise mecanicista do processo de acumulação desigual no território, mas sim que, para a compreensão dos nexos entre as realidades loco-regionais e o todo que as conduz e é por elas conduzido, e seus resultados, é necessário considerar sistematicamente essas dimensões que, com maior ou menor grau de empirismo, permitirão desvelar os múltiplos determinantes dos objetos em análise.

Nesse sentido, considerando que o objeto em análise é o processo de regionalização da política de saúde nacional, caberiam muitas perguntas, entre elas: quais os nexos que as quatro dimensões territoriais estabelecem com a política de saúde pública nacional? Haja vista as diferentes funções sociais que a saúde pública assume no processo de desenvolvimento capitalista, sobretudo como espaço de valorização, como as dimensões territoriais interferem na política de regionalização do SUS? Como uma política que se propõe transformadora, como a que conformou o SUS²⁵, pode se contrapor aos processos de homogeneização, integração, polarização e hegemonia?

A urgência dessas questões se relaciona à necessidade de compreensão da inserção da política de saúde pública nacional no contexto mais geral do desenvolvimento brasileiro. Ainda que existam questionamentos quanto à natureza desenvolvimentista dos esforços recentes do Estado brasileiro²⁶, a implementação do SUS remonta ao final da década dos anos

²⁵ A afirmação sobre o caráter transformador do SUS está calcada na tentativa de conformação de uma política que entende a saúde no seu conceito ampliado, baseada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Esse aspecto será mais bem explicitado na seção 2.2 do Capítulo 2.

²⁶ Para detalhes ver Singer (2015)

de 1980 e vem se consolidando desde então como política de âmbito nacional e, em decorrência, como estruturante de diferentes dinâmicas territoriais. Compreender essas dinâmicas e seus elementos estimuladores ou desestimuladores de determinadas lógicas territoriais possibilita jogar luz sobre o papel do SUS na mitigação, ou não, das desigualdades sociais e, sobretudo, regionais no território nacional.

Responder tais perguntas exige esforços articulados e multidisciplinares que abarquem diferentes eixos que se inter-relacionam, entre eles: i) o setor produtivo da saúde, público e privado, com especial atenção ao desenvolvimento tecnológico, bem como dos processos de financeirização das empresas envolvidas; ii) a divisão social do trabalho no interior das práticas de saúde, sua formação, suas tecnologias etc.; e, por último, mas não menos importante, iii) o processo crescente de consolidação da saúde enquanto bem de consumo da sociedade. A meu ver, esse último eixo, que buscaria esclarecer o processo ideológico que consolida cada vez mais a saúde como mercadoria na sociedade contemporânea, está estreitamente relacionado com os demais eixos, sobretudo condicionado pelo setor produtivo. São os elementos que constituem esses diferentes eixos que irão condicionar em grande medida a formulação das políticas de saúde pública e a gestão das ações e serviços de saúde pública.

Ainda que se reconheça a importância em minudenciar e articular os diferentes eixos, o presente estudo tem como objetivo jogar luz sobre o papel do Estado na organização territorial do setor saúde, sobretudo no que se refere ao processo de regionalização do SUS, influenciando e sendo influenciado pelos elementos que compõem os diferentes eixos. Tendo em vista os dois conceitos de saúde abordados – *como bem-estar social* e *como ausência de doenças* – e as suas decorrentes racionalidades, propomos observar o processo de homogeneização, integração, polarização e hegemonia imbricados à formulação da regionalização da política de saúde pública. Considera-se que o arcabouço legal e normativo, que conformam as diretrizes da regionalização, seus espaços decisórios, seus instrumentos de gestão e, sobretudo, seu financiamento, são reveladores das diferentes funções que a saúde pública brasileira assume no momento atual.

Para a compreensão dos processos que dinamizam a atual formulação da política de saúde pública nacional, em sua perspectiva regional, o próximo capítulo, estruturado em duas partes, tem como objetivo a exposição histórica da construção da política de saúde pública no Brasil, apontando, sempre que possível, as racionalidades que a conduzem. A primeira parte aborda o período anterior à institucionalização do SUS ressaltando, no seu processo

dicotômico, as contradições dos modelos de atenção vigentes. A segunda parte, que expõe a estruturação do SUS, procura discorrer, entre outros aspectos, sobre a ruptura/continuidade do modelo de atenção à saúde no Brasil.

CAPÍTULO 2 – A ESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL EM CONSONÂNCIA COM O DESENVOLVIMENTO NACIONAL

Compreender o SUS e sua regionalização pressupõe antes de tudo reconhecer como se estruturou a política de saúde pública no Brasil, tanto na perspectiva da sua importância enquanto condições gerais de produção, quanto como espaço de valorização do capital. Mesmo considerando que a institucionalização do SUS ocorre em um momento de transformação do modelo de desenvolvimento nacional, não se deve assumir a perspectiva de que isso significou uma real ruptura com o modelo de saúde pública anterior. Assim como o novo modelo de desenvolvimento acomodou os antigos atores sociais e econômicos, também a nova política de saúde pública, ainda que inspirada por um projeto emancipador por seu caráter universal, equitativo e integral, acaba por acomodar, em alguma medida, os antigos atores sociais e econômicos a ela vinculados (DUARTE et al., 2015).

Com o objetivo de explicitar os embates fundamentais na estruturação da política de saúde pública brasileira até os dias atuais, o presente capítulo está dividido em duas partes. A primeira discorre sobre o período anterior à institucionalização do SUS, onde os principais autores abordados reconhecem os diferentes conceitos de saúde, *bem-estar social* e *ausência de doença*, na perspectiva da saúde coletiva e da saúde individual. É neste período que se estruturam os dois principais modelos de atenção na política de saúde brasileira: o modelo assistencialista-privatista, que conforma a medicina previdenciária e o modelo preventivista brasileiro. A segunda parte, que trata da estruturação do SUS a partir da década de 1990, busca apontar os elementos fundamentais para o entendimento da política de saúde pública nacional em geral, e da regionalização do SUS em especial. Esses elementos referem-se às disputas que condicionam o financiamento das políticas de proteção social nacional, aos nexos que se estabelecem entre o público e o privado na organização da produção das práticas de saúde e, por último, aos modelos hegemônicos de atenção à saúde na conformação do SUS.

2.1 – O período anterior à institucionalização do SUS: dicotomia entre saúde coletiva e saúde individual

A história da saúde pública brasileira é marcada pela dicotomia entre saúde coletiva e saúde individual (LUZ, 1978; BRAGA; PAULA, 1986). Tal dicotomia possibilita evidenciar as diferentes racionalidades na construção das políticas de saúde, ora privilegiando o uso

racional dos recursos disponíveis, que tem como objeto principal a organização da oferta de ações e serviços de saúde, ora tendo como finalidade a transformação das condições de vida da população por meio de intervenções que vão além da oferta e acesso às ações e serviços de saúde. As racionalidades se fazem presentes ora de forma complementar, ora concorrente, apresentando preponderâncias que podem, ou não, se alterar ao longo do tempo. Apreendê-las, na saúde pública exige a compreensão do momento histórico e a identificação dos atores que conduzem o processo de construção da política.

No Brasil, como já havia ocorrido nos países industrializados, a saúde pública cumpriu função chave no processo de modernização social. Além de conter as epidemias, também cabia às ações de saúde garantir a produtividade do trabalho e a ordem social (LUZ, 1978; BRAGA; PAULA, 1986; CARVALHEIRO et al., 2013). Dessa forma, a política de saúde brasileira vai sendo formulada em sintonia com a lógica de estruturação do capitalismo no território nacional.

A evolução da medicina científica nos países centrais junto com as transformações nacionais, como o enriquecimento da sociedade brasileira decorrente do desenvolvimento cafeeiro e da crescente urbanização na segunda metade do século XIX, determina o processo de construção da política. Até o início do século XX as atividades de saúde pública eram desenvolvidas em caráter de excepcionalidade, apenas diante de crises sanitárias, visando à manutenção de um estado geral de salubridade nas cidades e nos portos. Com as grandes agitações sociais verificadas sobretudo na cidade do Rio de Janeiro²⁷ e a necessidade de formação de uma verdadeira nação que integrasse o território, ganha força o movimento que reivindicava reforma nos serviços de saúde. A saúde pública passa a ser organizada não apenas para conter crises de saneamento, mas sim para atuar de forma permanente e com maior capilaridade territorial. (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Conforme aponta Luz (1978), se até a década de 1930 verificavam-se preocupações pontuais com relação a algumas enfermidades por parte das ações estatais, a partir daí, aderentes ao projeto de desenvolvimento econômico do período, as políticas de saúde cumprem tanto a função de responder às demandas sociais, para apaziguar conflitos, como para a manutenção e reprodução da força de trabalho. Nesse sentido Luz afirma que as políticas de saúde foram organizadas como:

²⁷ Acontece nesse período a Revolta da Vacina, levante popular que se opunha à obrigatoriedade da vacinação contra a varíola junto com a tentativa de golpe que aglutinou monarquistas, líderes operários e oficiais do exército (Escorel e Teixeira, 2008).

[...] resposta às reivindicações dos movimentos sociais da década de 20 e resposta de um sistema de poder que tentará a realização do processo de industrialização da sociedade brasileira com o mínimo de transformações sociais que impliquem em repartição da riqueza e das decisões. (LUZ, 1978, p. 160)

Apesar da emergência de uma política nacional de saúde a partir da década de 1930, identificada pela crescente constituição do aparelho estatal para essa efetivação, Braga e Paula (1986) apontam o caráter “restrito” dessa política²⁸, “limitada na amplitude de sua cobertura populacional e nos aspectos técnicos e financeiros da estrutura organizacional” (p. 50). A política de saúde emerge no bojo da formulação das políticas sociais do período, que tinham como objetivo:

[...] controlar política e economicamente a classe trabalhadora, respondendo por vezes a seus movimentos, mantendo a lucratividade do setor industrial e sua capacidade de acumulação, mantendo níveis mínimos de reprodução da força de trabalho, mantendo sob controle a participação política dos trabalhadores. (p. 52)

Isso significa que no contexto do capitalismo tardio, a modernização da sociedade brasileira ocorreu sem a indução de movimentos populares transformadores, mas sim na acomodação social às novas formas de produção. As ações de saúde pública organizadas no período levaram a intervenções de saúde pontuais e fragmentadas – socialmente, setorialmente e territorialmente – ainda que se configurasse em um projeto de integração nacional. Nesse sentido Estorel e Teixeira (2008) afirmam que as ações de saúde pública voltam-se para a valorização do trabalho e do operário urbano.

Verifica-se então que, a despeito de uma relativa expansão dos serviços de saúde, ampliando o acesso da população, essas ações atingiam de forma diferenciada parcelas da sociedade e do território nacional. Exemplo dessas diferentes atuações do Estado é a constituição dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) que, em uma lógica previdenciária, ampliam a assistência médica aos trabalhadores urbanos ligados a setores específicos, como o industrial e o de prestação de serviços. Regiões mais distantes dos centros urbanos maiores, porém estratégicas para a ocupação militar e econômica do território nacional, sofreram intervenções de saúde por meio do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp). Essa instituição, inicialmente apoiada pela Fundação Rockefeller, promoveu ações de saúde de diferentes naturezas nos territórios de sua atuação, entre elas a de assistência médica,

²⁸ Braga e Paula (1986), fundamentados no conceito de capitalismo tardio elaborado por Cardoso (1982), afirmam que as bases industriais estavam “restringidas” devido à ausência de um setor industrial produtor de meios de produção que possibilitasse uma dinâmica especificamente capitalista ao conjunto da sociedade.

de combate à malária, educação sanitária, saneamento e pesquisa em medicina tropical (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Além da fragmentação social e espacial, vale ressaltar que um grande conjunto de ações concernentes à saúde da população eram formuladas e executadas em diferentes instâncias governamentais, algumas vezes sob a influência de organismos internacionais. O Sesp, fundado em 1942, foi criado a partir de acordo entre os governos dos Estados Unidos e Brasil. Os IAPs vinculados aos sindicatos sofriam grande influência dos interesses específicos das categorias profissionais. Juntam-se a isso os diferentes ministérios que exerciam ações de saúde pública, “complementares ou coincidentes” conforme apontam Singer et al. (1978). Além do Ministério da Saúde criado em 1953, esses autores apontam para a atuação de outros órgãos estatais:

[...] o ministério do trabalho por meio do Departamento de Higiene e Segurança do Trabalho e do Departamento de Previdência Social e o ministério da Viação, pelos seus programas sobre o meio físico. Ademais dos órgãos federais de administração direta e indireta, devem ser acrescentados os organismos de coordenação regional, muitos dos quais organizaram suas Divisões de Saúde, bem como as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A essa multidão de órgãos públicos deve ser agregado o setor privado, tanto o de finalidade lucrativa como o beneficente. (SINGER, 1978, p. 132)

As transformações nas formas de produção e as ações estatais fragmentadas levaram a alterações no perfil de morbo-mortalidade da população brasileira. Não apenas os progressos científicos e tecnológicos, que colocavam à disposição da sociedade meios de diagnósticos e tratamentos a baixos custos e alta eficácia, mas também o surgimento de novas doenças ligadas às novas formas de vida e de trabalho da sociedade, foram responsáveis por essas transformações (SINGER et al., 1978). Vale ressaltar que as mudanças no quadro nosológico brasileiro não ocorreu de forma similar ao ocorrido nos países centrais. Analisando os dados dos grandes centros urbanos no início da década de 1950, Singer et al. (1978) apontam que:

[...] ocorreu em várias cidades o fato notável da coincidência de elevadas taxas de mortalidade por doenças infecto-contagiosas e degenerativas e não uma substituição das primeiras pelas segundas, como foi o caso em países desenvolvidos. (p. 119)

Nesse processo de comando desintegrado e resultados sociais e territoriais heterogêneos, a política de saúde nacional organizou-se a partir de dois subsetores. O de saúde pública, baseado principalmente no modelo sanitarista-campanhista, e o da assistência médica, calcado no modelo assistencial-privativista (CARVALHEIRO et al., 2013).

Vale ressaltar que, conforme apontam Nunes (2006) e Braga e Paula (1986), junto com a grande aceitação das teorias desenvolvimentistas nos países latino-americanos também elaboram-se teorias relacionadas à importância do “capital humano”, onde a educação e saúde passam a ser tidas como elementos importantes no processo de desenvolvimento, baseado principalmente na teoria de “causação circular” de Gunnar Myrdal. Em relação às limitações de tal teoria Braga e Paula (1986) denunciam:

Nas próprias palavras de Myrdal, trata-se de um princípio pelo qual é possível a um país subdesenvolvido “levantar-se puxando os cordões dos próprios sapatos”; continuam de fora, como ausentes do processo, as influências advindas da inserção dos diferentes países no padrão de acumulação capitalista internacional; não se considera, tampouco, as características nacionais diferenciadoras. O raciocínio é ainda a-histórico e etnocêntrico. (p. 28)

A despeito da incapacidade dessa elaboração teórica em responder aos entraves ao desenvolvimento nos países periféricos, ela deu sustentação a uma forma de atuação sanitária nesses países. A partir do reconhecimento dos nexos entre o econômico e o não-econômico, que representava um avanço na análise frente ao padrão ortodoxo até então vigente, foram elaboradas técnicas de planejamento estatal para promover a saúde pública amplamente sustentadas em noções de custo/benefício com o intuito de demonstrar a “rentabilidade” dos investimentos em saúde. Este processo ocorreu fortemente vinculado às orientações do método CENDES/OPAS²⁹, muito difundidas nos países da América Latina ao longo da década de 1960 (BRAGA; PAULA, 1986).

É nesse contexto que se localiza o projeto preventivista brasileiro que, apesar da crítica ao modelo biomédico, volta-se muito mais ao modelo pedagógico da medicina e contribui para a disseminação de uma prática médica específica³⁰. Afirma Nunes (2006) quanto ao projeto preventivista:

²⁹ Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela que, com a colaboração técnica e financeira da OPAS, desenvolveu modelo de programação em saúde com vistas a aplicar noções da economia no manejo de recursos frente aos problemas de saúde. Essa iniciativa fazia parte da política dos países centrais de induzir o planejamento nos países latino-americanos para a promoção do desenvolvimento como forma de evitar rupturas revolucionárias em decorrência do acirramento da Guerra Fria no contexto internacional (Triana, 1994).

³⁰ Garcia (1989a) aponta um importante debate entre Jean-Claude Polak e Giovanni Berlinguer quanto à real possibilidade e significado de uma política de prevenção no modo de produção capitalista. Embora essa discussão fuja ao escopo do presente trabalho vale ser citada devido a sua relevância em apontar o impasse entre o modo de produção capitalista e uma “medicina a serviço do povo”. Enquanto para Polack a real “prevenção” somente poderia ocorrer com o fim da economia de exploração, para Belinguer “uma política de prevenção é um dos terrenos essenciais para lutar contra a lei da produção capitalista, pois afirma uma relação social desalienante” (p. 85).

A crítica dirigia-se ao modelo biomédico, vinculado muito mais ao projeto pedagógico, e não de forma direta às práticas médicas. Tanto assim que o saldo deste momento é a criação dos departamentos de medicina preventiva e social nas escolas médicas e de disciplinas que ampliam a perspectiva clínica, como a epidemiologia, as ciências da conduta, a administração de serviços de saúde, a bioestatística. Instalase a preocupação com uma perspectiva biopsicossocial do indivíduo e a extensão da atuação pedagógica para fora do hospital, criando trabalhos comunitários. (p. 22)

Assim, junto com a mudança do padrão de industrialização brasileiro e suas necessidades de reprodução capitalista, a coexistência entre o projeto preventivista e o modelo assistencial-privado, consolida-se a hegemonia da medicina previdenciária no Brasil, sendo essa essencialmente hospitalar e curativa e muito mais onerosa ao orçamento público. Conforme aponta Braga e Paula (1986), nesse momento ocorre uma avançada organização capitalista no setor, sendo que sua dinâmica ocorre:

[...] através da associação entre Estado, empresários nacionais e indústria estrangeira, em que o primeiro, além de desenvolver ações próprias, financia o consumo do produto gerado no setor privado; o empresário nacional está presente principalmente no fornecimento de serviços médicos e, secundariamente, na produção de insumos (fármacos e equipamentos); e a indústria estrangeira, na produção de fármacos e suas matérias-primas, na produção dos equipamentos importados etc. (p. 76)

É elucidativo salientar que o setor de atenção médica apresenta taxas de crescimento muito mais altas do que as do restante da economia no período 1956 a 1966 (BRAGA; PAULA, 1986).

Assim, o modelo de atenção que se consolida, também conhecido como modelo flexneriano³¹ de formação e atenção médica especializada, acaba explicitando as contradições que levam ao aumento dos gastos públicos ao mesmo tempo que não impactam na melhora da condição de saúde da população. Singer et al. (1978) mostram não apenas a heterogeneidade da situação de saúde no Brasil, mas também o arrefecimento das quedas de mortalidade a partir de 1950 até 1970, com persistência da malária, da esquistossomose, da tuberculose,

³¹ Faz referência ao modelo biomédico de atenção, elaborado por Abraham Flexner, concebido e promovido por fundações privadas, vinculadas ao complexo médico-industrial norte-americano. Para uma visão crítica desse modelo ver ALMEIDA FILHO (2010). Acesso em 27 de junho de 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200003>.

hanseníase, bem como da desnutrição de grande parcela da população infantil, em diferentes partes do território nacional.

A despeito da crise no financiamento e na condição de vida da população que já se faz sentir de forma aguda no início da década de 1960 (BRAGA; PAULA, 1986), a reforma na saúde efetivada em 1968 com o “Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde” aprofunda esse modelo e explicita pela primeira vez a dicotomia entre saúde coletiva e individual. Singer et al. (1978) afirmam:

O Plano colocava, pela primeira vez, de maneira clara e explícita, na área federal, a dicotomia entre saúde coletiva e saúde individual, e a disposição governamental de contratar, com entidades privadas, as ações de proteção e recuperação da saúde das pessoas, reservando ao Ministério da Saúde a execução de algumas medidas de caráter coletivo. (p. 133)

Dicotomia também identificada por Luz (1978) quando ressalta:

O importante no tocante a esse “Plano” é o fato de que a dicotomia entre saúde coletiva e individual era assumida pelo governo e que desta dicotomia resultava a responsabilidade do M. S. pelas medidas de caráter coletivo, cabendo ao setor privado conveniado com o governo a prestação das outras. Dentro desse quadro, o INPS, criado em 1967, viria a desempenhar importante papel. (LUZ, 1978, p. 161)

Ainda que a dicotomia estivesse institucionalizada, na década seguinte começam esforços no sentido de promover a integração das ações de saúde por meio da regionalização. A Lei 6.229 de 1975, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde, além de atribuir aos diferentes ministérios as ações que cabem a cada um, trata ainda da competência dos estados e municípios, que teriam como atribuições integrarem suas unidades ao sistema, sendo que caberia aos primeiros o planejamento regional. Apesar da Lei apontar algumas tentativas de coordenar as atividades, evitando a duplicação de ações por meio da implantação de programas de regionalização da assistência médica, com hierarquia e coordenação dos serviços, não existe orientação específica para esse fim. Nesse sentido a afirmação de Luz (1978) é elucidativa:

Nada é dito, entretanto, quanto às limitações e incentivos que serão dados aos participantes de um sistema regionalizado, onde caberia definir atribuições, graus de sofisticação tecnológica e de especialização dos serviços, estabelecer as formas de financiamento, as rotinas operacionais, o esquema de avaliação etc., compatibilizando a organização dos planos regionais com metas explicitamente definidas. Necessariamente, o processo de regionalização implicará

em oferecer ao setor privado mais limitações do que estímulo à obtenção de lucro com a prestação de serviços e não parece ser esta a tendência hegemônica no Ministério da Previdência, nem as expectativas dos empresários. (p. 164)

São desse período algumas importantes iniciativas de planejamento alternativo de cunho regional, como o Plano de Localização de Serviços de Saúde (Plus), o Projeto Montes Claros (PMC) e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass). De forma geral essas propostas buscavam integrar a prestação de serviços de saúde nos moldes das orientações do movimento sanitário³². Sobre esses projetos Escorel (2008) afirma:

O modelo construído com a experiência dos três projetos institucionais caracterizou-se como regionalização, hierarquizado em quatro níveis assistenciais, com definição de porta de entrada para o sistema. Suas principais diretrizes eram: a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a ampla participação comunitária. (p. 415)

Assim, mesmo reconhecendo a existência de iniciativas regionais de desenvolvimento de ações calcadas mais fortemente no modelo preventivista, o que se observa é o fortalecimento do modelo assistencialista-privatista, com a reorganização do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).

Por fim, é possível entender que as reformas propostas no período não alteram elementos fundamentais da crise que se evidenciou no período seguinte, mantendo-se a ampliação dos gastos e os problemas na condição de vida da população. Braga e Paula (1986), analisando a situação da política de saúde no final da década de 1970, afirmam que:

A alteração na política de saúde com o significativo crescimento do subsetor de medicina previdenciária se dá numa fase em que todavia se mantêm agudos problemas na área de saúde pública. Isto vai configurando uma demanda ilimitada por assistência médica. Temos assim, atualmente, de um lado, uma precária política de saúde pública, legando uma herança endêmica da maior gravidade; de outro, um sistema previdenciário incapaz de atender não só as demandas por assistência médica individual, quanto os requerimentos de saúde coletiva acumulados ao longo do tempo. (p. 53)

³² Movimento de profissionais da saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania (Escorel, 2008, p. 407).

Vale ressaltar que, a crise de financiamento do sistema não decorre apenas das contradições que o modelo baseado na assistência médica calcada no setor privado apresenta, mas também pela lógica de financiamento própria da Previdência Social. Conforme exposto por Braga e Paula (1986), a crise da Previdência Social, que se revela na escassez de capital e insuficiência dos rendimentos das aplicações, pode ser entendida de forma resumida em: i) “desigualdade de crescimento entre a massa de contribuintes ativos de um lado e a de trabalhadores inativos de outro”; ii) “o não-recolhimento por parte da União e das empresas empregadoras das contribuições efetivamente devidas”, o que comprometia a receita; iii) “reajustamentos, abonos, majorações nos benefícios e auxílios, elevadas despesas administrativas” do lado da despesa; e IV) “o financiamento para construção e aquisição de casa própria por parte dos segurados não eram compensados por aplicações financeiras de alta rentabilidade que equilibrassem o baixo retorno daqueles financiamentos sociais” (p. 80 e 81).

Em relação ao território nacional, a estruturação da política de saúde ocorreu em consonância com um processo de urbanização conformado, sobretudo, pelas imensas diferenças geradas pelas heranças regionais e pela não resolução da questão agrária nacional. Segundo Brandão (2007), uma “débil delimitação entre interesses rurais e urbanos” marcou um processo de urbanização paradoxal, caracterizado por concentrar grande contingente populacional em algumas poucas cidades por um lado e, por outro, expandir uma grande quantidade de pequenos núcleos por todo o continente nacional. Isso se deu devido ao desenvolvimento econômico com taxas “milagrosas” de crescimento, que incorporou grandes “massas humanas” e porções territoriais, oferecendo mobilidade estrutural (social, intergeracional e espacial) por um lado e, por outro, dinamizou os traços de atraso estrutural, exclusão social e de dominação arcaica tipicamente nacionais.

Esse processo, denominado modernização conservadora, foi acionado por diferentes políticas públicas. Algumas atuaram no setor agropecuário, sobretudo por meio de oferta de crédito rural e também da política do Proálcool, possibilitando a industrialização do campo e a expulsão da mão-de-obra rural. Outras realizaram as vultuosas inversões em infraestrutura pesada, em especial na construção de rodovias e hidrelétricas, e imobiliárias, consolidando a hegemonia de interesses patrimonialistas e especulativos e perpetuando o atraso estrutural. Brandão (2007) afirma:

No território se arma uma equação político-econômica eficaz entre proprietários fundiários, o capital de incorporação, o capital de construção e o capital financeiro, que passam a desfrutar de condições vantajosas e a auferir ganhos extraordinários. Essa coalização

conservadora tem seus interesses assegurados pelos cartórios, câmaras de vereadores, pelo poder judiciário etc., travando as possibilidades de rompimento com o atraso estrutural e de avançar no direito à cidade e na gestão democrática e popular dos espaços regionais e urbanos. (BRANDÃO, 2007, p. 140)

Assim, para além dos problemas na organização da assistência à saúde, as consequências que o processo de modernização conservadora gerou em relação às condições de vida da população explicam em grande parte as precárias condições de saúde do período. O violento processo de urbanização levou ao surgimento de favelas e de graves problemas ambientais. Grande parte da população é assimilada nesse processo de forma marginal, gerando violência urbana, segregação social e pauperização do campo e da cidade.

Além de todos os fatores críticos na Política Nacional de Saúde desse período, a década de 1980 começa marcada pela crise mundial gerada pelas novas lógicas do movimento do capital, que impõem à acumulação de capital produtivo uma dinâmica orientada para a valorização por meio do capital fictício e que se evidencia principalmente a partir do final dos anos 1970 (CHESNAIS apud MENDES, 2012). Mesmo considerando que esse tema será retomado na seção 2.2.1, vale ressaltar aqui que tal mudança atravessa o financiamento público das políticas sociais por comprometer a capacidade do Estado em se apropriar do excedente gerado na produção e por drenar os recursos públicos via dívida pública (MENDES, 2012). O cenário econômico brasileiro do período resultou em uma década de superinflação, decorrência da não consolidação de forças produtivas endógenas capazes de se contrapor à expropriação imposta pelo crescente capitalismo financeiro nacional e, principalmente, internacional (TAVARES, 2012).

Nesse conflitante cenário internacional e no contexto nacional de arrocho salarial, desemprego, e agravamento das desigualdades sociais é que se dá a transição do regime militar para a Nova República. É nesse período, da primeira metade da década de 1980, que são gestadas as bases do SUS.

A mobilização social amplia-se conforme as bases políticas do antigo regime enfraquecem, e o movimento sanitário ganha força na crítica ao modelo de assistência à saúde até então vigente. No debate da construção da política de saúde emergem as diferentes dimensões da vida social – alimentação, habitação, educação, renda, trabalho, acesso à terra, além do acesso a serviços de saúde. A saúde passa a ser considerada como resultado da forma de produção social e não apenas como o estado de ausência de doença. Assim, as questões sociais e a construção democrática da política abrem espaço para a valorização da saúde

coletiva. O embate entre os diferentes atores, que atuam na esfera da saúde pública e da medicina privada, resulta na formulação de ações que possibilitam o convívio harmonioso e eficiente do setor público e privado, combatendo o mercantilismo no interior do sistema nacional de saúde (ESCOREL, 2008).

O período é marcado pela formulação de diferentes planos e programas, entre eles o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) – que depois se transformará nas Ações Integradas de Saúde (AIS) –, com o objetivo de buscar o uso racional dos recursos disponíveis. Esse esforço gera a necessidade do fortalecimento do papel dos estados e municípios, que possibilita o uso dos recursos públicos ociosos, e da ampliação do atendimento a toda a população, independente do vínculo previdenciário (ESCOREL, 2008). Assim, para contribuir com a consolidação das AIS, é criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), delimitando o papel da União ao mesmo tempo que promove um processo de estadualização e, através deste, de municipalização das ações de saúde (HEIMANN et al., 1992).

Segundo Heimann et al. (1992), as estratégias de descentralização que antecederam o SUS, a despeito de terem como perspectiva o uso racional dos recursos, eram também democratizantes, uma vez que estimulavam a gestão dos poderes locais municipais e permitiam a maior participação da população nesse processo. Foi no âmbito do SUDS que ocorrem as experiências de implantação de distritos sanitários³³ em alguns estados, que tinham como diretriz a integralidade, a intersetorialidade, a participação da comunidade e o impacto epidemiológico, não se restringindo “a um recorte arbitrário do espaço urbano e à instalação de uma instância burocrática” (PAIM, 2008, p. 563).

O processo de distritalização desse período – fins dos anos 1980 e início dos anos 1990 – foi, em grande medida, inspirado na proposta dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (DUARTE et al., 2015). Conforme aponta Pessoto (2001), o SILOS, buscando se contrapor às políticas de ajuste estrutural de gastos do Estado preconizada pelo Banco Mundial, propunha o planejamento em saúde baseado em ações que não se restringissem ao setor saúde, mas que considerassem as condições sociais da saúde de um território delimitado. Assim, a construção dos distritos de saúde estava

³³ Paim (2008) define como distritos sanitários uma “unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, gerenciais e políticos, onde se localizavam recursos de saúde, públicos e privados, organizados através de um conjunto de mecanismos políticos institucionais, com a participação da sociedade organizada, para desenvolver ações integrais de saúde capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas de saúde (p.563)

fortemente calcada na territorialização, com identificação de barreiras geográficas, serviços de transporte, comércio, áreas de risco, entre outros. O reconhecimento das condições concretas de saúde e dos recursos destinados especificamente à atenção à saúde no território era visto como condicionante para a formulação do planejamento de estratégias no SILOS, viabilizando e potencializando a articulação intersectorial, na busca da ampliação da eficiência e da eficácia das intervenções (TRIANA, 1994; PESSOTO, 2001).

Ainda que essas iniciativas de descentralização tenham se dado de forma lenta e irregular, é através delas que ganha força a responsabilização do poder público como condutor das ações de saúde, a partir de propostas baseadas no perfil epidemiológico, da regionalização e hierarquização dos serviços públicos e privados, valorização das atividades básicas e garantia de referencia e de descentralização do processo de planejamento e administração (ESCOREL, 2008).

Ao mesmo tempo em que ocorria o fortalecimento do papel do Estado como condutor do sistema de saúde nacional, foi sendo estruturada “a forma de convívio harmonioso” entre setor público e setor privado e a ampliação do atendimento à população. Assim, a busca da racionalidade no uso dos recursos existentes respondia às demandas sociais, ao mesmo tempo em que continuava oferecendo um espaço de valorização do capital no setor de saúde.

Carvalho et al. (2013) afirmam que as mudanças no setor de saúde são marcadas por duas propostas políticas, uma ligada aos movimentos democráticos e a outra, conservadora, que propunha o ajuste do modelo privado. Os autores enfatizam que:

A reforma constitucional de 1988 incorporou conceitos, princípios e diretrizes no setor que se tornou uma mistura das duas propostas: a Reforma Sanitária e a do projeto neoliberal (CARVALHEIRO et al., 2013, p. 14)

Assim, mais do que reconhecer que essas diretrizes foram construídas à luz da dicotomia entre saúde coletiva e individual, deve-se observar a convivência entre as duas racionalidades, calcadas nos dois diferentes conceitos de saúde, que orientam a política. Uma apontando para a necessidade de uso racional dos recursos existentes para a viabilização do modelo médico assistencial, e outra que reconhece os determinantes sociais da saúde e a necessidade de levar a cabo transformação social para a efetiva melhora das condições de vida da população.

2.2 – A estruturação do SUS: elementos fundamentais para a compreensão do atual debate da regionalização

A Constituição Federal de 1988 garantiu a saúde como um direito social quanto explicitou “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Artigo 196). E, conforme foi exposto no primeiro capítulo, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080) de 1990 definiu como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. Referem-se à saúde ainda “as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 1990, artigo 3º).

Vale ressaltar ainda que a Lei nº 8.080 define que o dever “do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990, artigo 1º).

Assim, desde o início da década de 1990, a saúde é constitucionalmente reconhecida como direito social, no seu conceito ampliado, no sentido sobretudo de garantir a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso da população a atenção a saúde, sendo que as funções do Estado não se restringem ao provimento de ações e serviços de saúde na garantia de tal direito, em que pese o destaque dado a esse na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde.

Sobre as ações e serviços públicos de saúde a CF/1988 versa: devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituir sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de i) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; ii) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e iii) participação da comunidade (BRASIL, 1988, Artigo 198). É permitida à iniciativa privada participar, de forma complementar, no SUS (BRASIL, 1990, artigo 4).

Se, a partir da CF/1988, a função distributiva do sistema de saúde nacional e o papel do Estado como garantidor do direito à saúde são inequívocas e pressupõem a racionalidade dada pela saúde como *bem-estar social*, ainda que não exclua a assistência médica e a saúde como *ausência de doença*, a provisão das ações e serviços permitida à iniciativa privada faz com que o modelo de gestão desse sistema, mesmo comandado pelo setor público, seja atravessado fortemente pela lógica da eficiência econômica vinculada ao funcionamento do setor produtivo da saúde.

Ainda que, conforme será visto, as reais possibilidades de implantação do SUS sejam determinadas pelos contextos mais amplos da política interna e externa do País, vale ressaltar que a permissão da atuação da iniciativa privada no funcionamento do SUS significou a determinação daqueles que até então atuavam na medicina previdenciária de manterem seus espaços no sistema público de saúde.

Assim, a saúde como *bem-estar social*, garantida como direito social, e a saúde como *ausência de doença*, continuam a conviver contraditória e complementarmente nas políticas formuladas a partir da implantação do SUS. É a partir do convívio desses dois conceitos de saúde que a regionalização da política de saúde pública brasileira será conformada, em especial aquela induzida a partir do início dos anos 2000, quando o debate da necessidade de uma regionalização “institucional” do sistema se explicita de forma mais veemente. Embora neste estudo se reconheça a existência de diversas regionalizações imbricadas na conformação do sistema de saúde nacional – determinadas pela organização da assistência à saúde, pelos recortes institucionais administrativos, por condições epidemiológicas, entre outras – vale ressaltar que o objeto em análise é a regionalização do SUS que se conformou, sobretudo, a partir dos anos 2000.

2.2.1 – O financiamento do SUS: o duplo movimento

Diversos autores (GADELHA et al., 2011; VIANA; LIMA, 2011; VIANA et al., 2007; MENDES, 2012) apontam os cenários econômicos e políticos adversos no momento da implementação do SUS no início da década de 1990. Tais cenários, conformados pelo Consenso de Washington, induziram à reestruturação do papel do Estado na ação pública e às restrições nos gastos públicos. Esse contexto dificultou a construção de um projeto de desenvolvimento social e econômico nos moldes do preconizado pela Constituição para as políticas de proteção social nacional.

Para Viana e Elias (2007), diferentemente do sistema de saúde europeu, conformado nos preceitos do Estado do Bem-Estar Social (Welfare State), que associou o desenvolvimento econômico com o desenvolvimento social para o fortalecimento da economia europeia, no Brasil, o consenso liberal levou a sérias restrições na implementação do SUS. A maior restrição identificada diz respeito aos efeitos do atual momento histórico no financiamento das políticas de proteção social no Brasil, em especial a da saúde. Os constrangimentos criados pelo capital portador de juros ao financiamento do SUS têm sido, em grande medida, responsáveis pelos limites impostos à consolidação da política de saúde, conforme idealizada pelo movimento da reforma sanitária.

De forma ainda mais contundente, Mendes (2012) evidencia a importância de se considerar o atual momento histórico para a compreensão das causas que geram o constrangimento das políticas de proteção social:

Para o entendimento do que está em disputa quando se discute a saúde, deve-se ressaltar que esse padrão de proteção social, que assegurou o direito de universalidade da saúde pública no país, desenvolveu-se, em relação aos países desenvolvidos, de forma “tardia”, não somente em relação ao tempo, mas, sobretudo em referência ao momento histórico em que se inseriu. (p. 70)

Esse momento histórico é marcado pelo domínio do capital portador de juros, e não pelo capital industrial, conforme podia ser identificado no período do Estado do Bem-Estar Social europeu e americano. Isso ocorre porque, desde o final dos anos 1970, novas lógicas do movimento do capital vêm impondo à acumulação de capital produtivo uma dinâmica orientada para a valorização por meio do capital fictício. (CHESNAIS apud MENDES, 2012).

Sucintamente, pode-se afirmar que esse processo, que marcou o fim dos trinta anos gloriosos do capitalismo (de 1945 a 1975), decorrentes das políticas de caráter keynesiano, atingiu as políticas que conformavam o Estado de Bem-Estar Social tanto por diminuir a capacidade do Estado em se apropriar de parte do excedente gerado na produção, como pela ampliação da dívida pública, que drena os recursos públicos legitimamente constituídos para as políticas sociais de direito (MENDES, 2012).

A limitação do Estado em se financiar por meio do capital produtivo se dá quando a força do capital portador de juros retira o excedente criado na produção, o que leva à necessidade de diminuição dos custos de produção, atingindo a remuneração do trabalhador, os encargos sociais e os impostos, comprometendo assim o financiamento das políticas de proteção social (MENDES, 2012). Vale destacar aqui que a precarização dos direitos

trabalhistas, que permite a maior apropriação do excedente gerado na produção pelo capital portador de juros, se deve principalmente, conforme apontam Marques e Nakatani (2009), pela “derrota infringida pelo capital aos trabalhadores” (p.17) ao fim dos anos gloriosos. O final da Guerra Fria desestabilizou a “correlação de força” entre o capital e o trabalho, possibilitando as transferências de plantas industriais para países com mercado de trabalho menos regulamentado – como os do Leste Europeu e a China –, colocando os trabalhadores em concorrência mundial e gerando condições para uma forte inibição dos movimentos operários.

Outro aspecto, relacionado à ampliação da dívida pública como responsável pelo constrangimento às políticas sociais de direito, pode ser entendido em dois momentos. Um primeiro, relacionado às finanças intermediárias que se constituem basicamente dos empréstimos bancários e que passam a operar a partir da segunda metade da década de 1970, com a extrema desregulamentação do sistema financeiro. O aumento do fluxo de dinheiro para as instituições bancárias e a percepção dos agentes econômicos de menores ganhos nos seus investimentos produtivos, junto com a existência de uma grande massa de riqueza gerada pelos anos gloriosos, “impulsionam as medidas de desregulamentação e abertura financeira dos mercados” (MENDES, 2012, p.78). Em decorrência desse movimento, os países da América Latina são estimulados pelos bancos internacionais a tomarem empréstimos, que se tornam dívidas crônicas com a súbita elevação das taxas de juros interna da economia americana. Mendes (2012) aponta como consequências desse processo:

As consequências desse inchaço da dívida externa intensificam a subordinação dos Estados latino-americanos às políticas americanas liberalizantes. Ademais, deve ser acrescido à situação da década econômica perdida, dos anos 1980, desses países, a desregulamentação do movimento do capital especulativo e o crescimento do mercado secundário, permitindo, pela estratégia dos países endividados, “trocar” sua dívida externa por uma dívida interna, por meio da expansão da emissão de títulos públicos (titularização). (p. 80)

Nesse contexto torna-se cada vez mais dominante o capital financeiro determinado pela existência de mercados secundários e forte poder dos ativos derivativos. O capital portador de juros passa a disputar os recursos do fundo público, que financiam as políticas sociais de direito, entre as quais a saúde, por meio dos títulos públicos emitidos pelo governo federal e negociados no sistema financeiro brasileiro. Assim, durante os anos 1990 e 2000, os

impasses no financiamento do SUS passam a ser determinados cada vez mais pelas novas lógicas do movimento do capital. Mendes (2012) afirma:

Se no período anterior a crise fiscal e financeira do estado desenvolvimentista brasileiro constituía o grande constrangimento à saúde pública, a partir desses anos, as tensões decorrem da força do capital portador de juros em determinar as políticas de governo, fazendo com que na área social existissem, com muita frequência, significantes cortes de recursos. (p. 113)

Tal contexto resulta em um duplo movimento na construção do SUS. Um movimento definido pelo “princípio da construção da universalidade” e outro pelo “princípio da contenção de gastos”, que “convivem de forma permanente e contraditória, ao longo do processo de desenvolvimento do SUS” (MENDES, 2012, p. 117).

Se por um lado o princípio da contenção de gastos ocorre em função das necessidades do capital portador de juros em drenar os recursos públicos para o seu processo de valorização, por outro, a construção da universalidade, e seus fundamentos nas diferentes funções que a saúde pública assume no processo de desenvolvimento, será condicionada pela disputa entre frações do capital, inclusive o portador de juros, e entre estes e o trabalho.

Em que pese a importância da compreensão das diferentes disputas travadas na trajetória do financiamento da saúde desde a institucionalização do SUS até os dias atuais, o estudo em tela buscará sistematizar em linhas gerais esse processo. Ainda que a construção do orçamento da seguridade social, da qual fazem parte além da saúde, a previdência e a assistência social, forneça indicações importantes dos embates entre os diferentes setores pelo recurso público, não é esse o objeto de análise. O que será exposto se restringe a fornecer os elementos necessários para a compreensão da dimensão do financiamento da saúde na perspectiva territorial e tornar claro que o financiamento do setor saúde, assim como da seguridade social como um todo, não está assegurado até os dias atuais.

O Orçamento da Seguridade Social (OSS)

Como reconhecimento da importância da proteção social, a CF/1988 garantiu um orçamento próprio para esse fim, o Orçamento da Seguridade Social (OSS), que seria realizado com recursos do tesouro da União e de contribuições sociais dos empregadores e empregados, além de parte das receitas com concursos e prognósticos (loteria). A criação da Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e da Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL), visava tornar o financiamento menos dependente da variação cíclica

da economia. Para o SUS, seriam direcionados 30% dos recursos da OSS, além das receitas provenientes dos Tesouros Estaduais e Municipais (MENDES, 2012).

No entanto, os embates entre as diferentes forças sociais levou a disputas pelos recursos da seguridade social e, em muitos casos, ao não cumprimento dos preceitos constitucionais. Os percalços que se seguiram na distribuição dos recursos públicos podem ser organizados em três eixos. O primeiro está relacionado às disputas entre os setores que compõem a seguridade social, que acabam por conduzir a um movimento de rompimento do próprio conceito de proteção social^{34,35}. Ainda que o OSS tenha sido formulado para que não ocorresse vinculação de fontes aos setores e que inicialmente tenha sido definida uma parcela de 30% dos recursos do orçamento para a saúde, isso não ocorreu, sendo possível verificar, conforme aponta Mendes (2012), efetivos avanços da previdência sobre as diferentes fontes da Seguridade Social³⁶.

Para termos uma ideia da atual participação do setor saúde no OSS, segundo relatório da Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil (Anfip), em 2013 as receitas da Seguridade Social somaram cerca de R\$ 651 bilhões, sendo que na área da Saúde, os gastos do orçamento foram de R\$ 85,4 bilhões, ou seja, cerca de 13% do OSS. Vale ressaltar que nesses resultados não estão computados os recursos do tesouro.

Outro eixo importante a ser considerado é o rompimento do estabelecido pela CF/1988 quanto ao uso exclusivo do OSS para a proteção social. Parte dos recursos do financiamento

³⁴ Segundo Delgado et al. (2009) o conceito de Seguridade Social foi inspirado no Relatório Beveridge de 1942, encomendado pelo governo inglês ao economista William Beveridge, com o objetivo de formular uma política capaz de libertar as pessoas da condição de pobreza. Tal conceito estimula “a criação de uma rede de proteção social ampla, integrada por diversas políticas sociais que combatem situações de carência devido à incidência dos riscos sociais” reconhecendo “o direito dos cidadãos à proteção social com base em outros critérios universalizáveis que não apenas o da capacidade de contribuição individual daqueles que estão formalmente vinculados ao mercado de trabalho” (p. 22). A CF/1988, com o intuito de superar as características de centralização, fragmentação, baixa cobertura, iniquidade e falta de uniformidade nos benefícios das políticas sociais brasileiras, adotou o princípio de seguridade de inspiração beveridgiana e buscou a garantia universal da prestação de benefícios e serviços de proteção social pelo Estado.

³⁵ Nesse estudo o conceito de sistema de proteção social é aquele definido por Draibe (2003) que considera a proteção social no seu sentido abrangente, “com conotação similar ao de Estado (ou regime) de Bem-Estar Social ou do conceito mais recentemente disseminado, o de Social Policy System. O termo proteção remete à ideia de proteção contra riscos sociais, tanto os velhos e clássicos – perda previsível da renda do trabalho – como os contemporâneos – ter emprego decente, educar os filhos, viver nas megalópoles, habitar e alimentar-se condignamente etc. Tais conceitos são de maior amplitude, portanto, que o de seguridade social, usualmente referido à previdência, saúde e assistência social.” (p.63)

³⁶ Vale ressaltar que a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), que perdurou de 1997 a 2007, não resultou no incremento esperado para a saúde “uma vez que a Cofins e a CSLL foram reduzidas pelo governo federal, passando a ser transferidas crescentemente para a área previdenciária” (MENDES, 2012, p.122)

da seguridade social passou a ser direcionado para contribuir com o superávit primário e sua função de pagamento dos juros da dívida. Nesta perspectiva faz mister ressaltar que desde 1994 ficou estabelecido um dispositivo, atualmente denominado Desvinculação das Receitas da União – DRU, que retira 20% da arrecadação das contribuições sociais e a disponibiliza para o uso do governo federal (MENDES, 2012).

O terceiro eixo, que se relaciona mais estreitamente com a regionalização da política de saúde e também será visto na seção 3.2 do presente estudo, diz respeito à participação dos entes federados no financiamento do setor de saúde. Apesar da CF/1988 estipular a participação dos tesouros das três esferas de governo no financiamento do SUS, não ficou estabelecido naquele momento como ocorreria tal participação.

Após a apresentação e discussão de diversas propostas que buscavam vincular recursos financeiros específicos para a saúde, em 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional n.º 29 (EC 29). A EC 29 vinculou 12%, no mínimo, das receitas de impostos do governo estadual para ações e serviços de saúde e 15%, no mínimo do governo municipal, não estabelecendo a origem da receita no caso da União. Determinou-se que, até a regulamentação da EC 29, a União deveria aplicar o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação do PIB nominal, com exceção para o primeiro ano, quando deveria ser aplicado o aporte de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior (MENDES, 2012).

A regulação da EC 29 apenas ocorreu em 2012 com a Lei Complementar n.º 141 que, novamente, não estipulou recurso novo para a saúde universal. Foi sancionado o comprometimento dos estados e municípios (12% e 15% das receitas de impostos, respectivamente). O mérito da aprovação da LC n.º 141/2012 se deve principalmente à definição do que pode ser considerado como Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e, consequentemente, computado no gasto a ser comprovado. Até este momento, despesas não relacionadas diretamente com gastos em saúde eram usadas para a comprovação dos recursos vinculados (MENDES, 2012).

Assim, em decorrência do descomprometimento da União com o financiamento do SUS e o comprometimento com as políticas de austeridade fiscal, a favor do serviço da dívida, é possível constatar a crescente ampliação da participação dos entes estaduais e, sobretudo, municipais nos gastos públicos com saúde.

Dados organizados por Carvalho e Medeiros (2013) demonstram que “a União participava com 75% do financiamento da saúde em 1980. Em 2011 esta participação da

União cai para 45%. Neste mesmo período os estados foram de 17,8% para 26% e os municípios de 7,2% para 29%. Evidente desfinanciamento federal e sobrecarga principalmente dos municípios.” (p. 120)

Quanto aos efeitos desse crescimento da participação dos entes subnacionais nos gastos públicos com saúde, Mendes (2012) alerta:

Assim, estados e municípios são obrigados a aplicar mais recursos, principalmente porque esses últimos entes são responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde. O problema é que nesse recente período de crise econômica e financeira, os municípios e os estados já não dispõem mais de receitas extras, favorecendo um possível quadro de desfinanciamento (...) Sem dúvida, torna-se urgente a discussão de uma Reforma Tributária que trate da abrangência da saúde universal. (p. 129)

A trajetória de financiamento do SUS tem sido objeto de descontentamento social, havendo denúncias recorrentes de acadêmicos e entidades vinculados à defesa do SUS. O descontentamento popular com a trajetória de financiamento do SUS pode ser evidenciado pelo Projeto de Lei de Iniciativa Popular apresentado ao Congresso Nacional pelo Movimento “Saúde+10”, que conta com mais de 2,2 milhões de assinaturas auditadas em prol da aplicação de 10% das Receitas Correntes Brutas da União (RCB) em ASPS³⁷ (FUNCIA, 2015).

A despeito das manifestações populares, o ano de 2015 foi marcado por retrocessos no financiamento da saúde pública nacional. A aprovação da Emenda Constitucional nº 86/2015 (EC 86/2015) contrariou os anseios populares e estipulou o valor de 15% das receitas correntes líquidas para a participação da União, escalonando a sua aplicação a partir do ano de 2016 em 13,2%, até o ano de 2019. De forma preliminar, as projeções do financiamento segundo as novas regras apontam para redução dos valores aplicados em ASPS, caso se mantivesse a regra da variação nominal do PIB (FUNCIA, 2015).

Em um cenário no qual se alardeia a necessidade de ajuste fiscal, muitas são as estratégias por parte do governo federal para o não cumprimento do gasto mínimo em ASPS. Uma delas se refere a “insuficiência orçamentária” que caracteriza a situação onde as despesas efetivamente contratadas para a realização de um determinado exercício não contam

³⁷ Foi encaminhada à Câmara dos Deputados minuta de Projeto de Lei de iniciativa Popular em 05 de agosto de 2013, que foi transformada em Projeto de Lei Complementar, PLP 321/2013. Ver detalhes em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1117341&filename=SUG+89/2013+CLP

com disponibilidade orçamentária suficiente para esse fim. Essa situação compromete orçamentaria e financeiramente a programação do ano subsequente, reduzindo ainda mais a capacidade de financiamento da ASPS (OCKÉ-REIS; FUNCIA, 2015). Segundo projeções de despesas com a ASPS em 2015 e 2016, baseada nas despesas de 2014, Funcia (2015a) estima que faltarão recursos na ordem de 5,9 bilhões de reais em 2015 e 16,6 bilhões de reais em 2016. A falta desses recursos terá como consequência, entre outras, atrasos nas transferências de recursos fundo a fundo, sobretudo para despesas em ações e serviços da Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Vale ressaltar que essas despesas se vinculam diretamente ao financiamento das redes de atenção à saúde, que será exposto no Capítulo 3.

2.2.2 – O público e o privado no setor de saúde: transformações nas formas de organização da produção das práticas de saúde

Além dos aspectos considerados até aqui, se faz necessário reconhecer outros fatores que, no cenário mais geral do desenvolvimento capitalista, estão estreitamente imbricados no funcionamento do SUS. Esses fatores são aqueles que estabelecem os nexos entre a dinâmica de desenvolvimento de um setor privado de saúde no país com a dinâmica de desenvolvimento do sistema de saúde pública nacional, e que nem sempre são de fácil identificação. As dificuldades em se identificar os nexos entre esses processos decorrem de diferentes aspectos, entre eles, a forte indissociabilidade entre a população, usuária ou cliente, e entre os recursos e seus padrões tecnológicos, que conformam o processo produtivo de ambos setores, muitas vezes de forma concomitante.

A composição entre os gastos públicos e privados no total dos gastos com saúde no Brasil é indicativa da especificidade brasileira na associação entre esses dois setores. Muito embora o gasto total com saúde no Brasil seja próximo ao gasto de outros países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que dispõem de sistemas universais de saúde, ficando entre 8% e 9% do PIB, a participação do gasto público no Brasil é bastante inferior quando comparado com os demais países (Mendes, 2012; Piola et al., 2012). Enquanto no Brasil os gastos públicos ficam entorno de 47% do gasto total em saúde, a média dos países da OCDE corresponde a 79% (MENDES, 2012). Nessa perspectiva Piola et al (2012) afirmam:

O subfinanciamento da saúde pública, por um lado, e o excesso de incentivos governamentais para o mercado privado de saúde, por outro, contribuem para que a participação do gasto público no gasto total com saúde seja menor que o gasto privado, transformando o

Brasil no único país com sistema universal de saúde onde o gasto privado supera o público. (p. 21)

Mesmo considerando que são diversos e complexos os nexos que elucidam o imbricamento entre o público e o privado no setor de saúde nacional, e não se colocando aqui o desafio de desvelá-los, apenas a título de ilustração, pode-se ressaltar alguns que fazem parte do debate recente no campo da saúde pública e que terão em alguma medida rebatimento no processo de regionalização da política de saúde.

Financiamento público do setor saúde

Um deles, e provavelmente o que oferece maior possibilidade de mensuração, é o financiamento público do setor privado de saúde. Além do próprio sistema público, Piola et al. (2012) indicam o acesso da população aos serviços de saúde por outras três formas: *i)* os planos e seguros privados, *ii)* assistência a servidores públicos e *iii)* privados autônomos. Uma das formas que o poder público financia o funcionamento desses setores não públicos é por meio das renúncias fiscais, tanto aos consumidores dos bens e serviços de saúde, quanto da própria estrutura produtiva. As renúncias incluem as deduções do imposto de renda concedidas às pessoas físicas e jurídicas com gastos médicos, dentistas, laboratórios, hospitais e planos de saúde e a desoneração tributária de determinados medicamentos, assim como, as isenções concedidas às instituições sem fins lucrativos.

Dessa forma, deve-se considerar que, além do grande montante de recursos relacionados às renúncias fiscais, que poderia ser agregado ao financiamento do SUS, a parcela da população beneficiada por esse gasto tributário denota sua natureza fortemente regressiva³⁸. Apenas em relação às deduções no imposto de renda de pessoa física e jurídica, Piola et al. (2012) afirmam:

O gasto tributário nessas duas modalidades para o ano de 2010 foi de algo em torno de R\$ 2,6 e R\$ 7,8 bilhões respectivamente, totalizando quase R\$ 10,4 bilhões. Este montante de recursos é significativo quando comparado ao gasto direto com ações e serviços públicos de saúde, isto é, o gasto SUS, que foi de aproximadamente R\$139 bilhões para esse ano. Vale lembrar que enquanto o gasto SUS beneficia toda a população brasileira, aproximadamente 191 milhões de pessoas em 2010, estes recursos beneficiam apenas os declarantes e seus dependentes que tiveram despesas com saúde relativas ao ano-calendário 2010 dedutíveis do imposto de renda e os empregados e

³⁸ Para uma abordagem conceitual sobre os gastos tributários e o dimensionamento de cada uma das suas modalidades, ver Mendes e Weiller (2015).

seus dependentes que tiveram planos ou seguros de saúde pagos por seus empregadores no mesmo período. (p. 23)

Cabe ressaltar que o acesso de parcela da população aos planos privados de saúde, incluindo funcionários públicos dos três poderes e das três esferas federativas, enfraquece a luta social pela construção de um sistema único e reforça os nexos entre o setor privado e o público.

Assim, os incentivos concedidos pelo governo federal à saúde privada são questionáveis não apenas por apresentarem um forte caráter regressivo em favor de grupos sociais com maior capacidade de receita e por diminuírem a capacidade do Estado em financiar as políticas de proteção social, conforme nos alerta Mendes (2012), mas também por promover setores que atravessam a lógica de organização de um sistema público e universal de saúde, como é o caso do SUS, com o intuito de garantirem sua própria reprodução.

A disputa no uso da infraestrutura de atendimento: recursos humanos e materiais

A concorrência pelos recursos materiais e humanos necessários às práticas de saúde é um fator de disputa entre o setor público e o setor privado. Conforme aponta Santos et al. (2008) a formação do sistema de saúde no Brasil sobre base fortemente privada “resultou em um modelo absolutamente peculiar, no qual há uma imbricação do estatal e do privado nos principais elementos estruturantes do sistema” (p. 1433). Tal peculiaridade, sem o devido planejamento na oferta dos recursos e regulação no acesso a infraestrutura disponível, gera disputa entre os atores públicos e privados, muitas vezes em detrimento dos interesses da população, sobretudo daqueles que dependem do SUS.

O primeiro aspecto que vale ser destacado é aquele que se relaciona com a oferta de recursos humanos para a efetivação do cuidado, sobretudo na categoria médica. A ainda que se observe o crescimento do número de médicos por habitantes nas últimas décadas³⁹, resultado da abertura de novas escolas médicas e da expansão de vagas de graduação em medicina (SCHEFFER, 2015), esse processo não ocorreu orientado pelo planejamento público tendo como perspectiva as necessidades do SUS.

³⁹ Dados do relatório Demografia Médica no Brasil 2015 demonstram o crescimento da razão médico por 1.000 habitantes, que passa de 1,15 médico por 1.000 habitantes em 1980 para 2,11 em 2015. Ver Scheffer (2015). Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-c6a01432c8138d46ba39957a8250e027.pdf>

É possível observar, segundo informações do relatório Demografia Médica no Brasil 2015, a grande desigualdade territorial na distribuição de médicos entre as unidades da federação e entre os municípios. Junta-se a isso que cerca de 150 milhões de brasileiros (75% do total da população) que recorrem exclusivamente ao SUS e que, considerando que grande parte dos médicos possuem mais de um vínculo empregatício, 78,4% deles trabalham no setor privado e 73,1% no setor público, o que evidencia a desvantagem que essa população tem em relação a oferta desse profissional.

Foram os efeitos dessa concorrência entre o setor público e o setor privado pelo profissional médico que induziram a formulação do polêmico Programa Mais Médicos⁴⁰. Tal programa teve como foco, entre outras ações⁴¹, a atração de médicos generalistas para o atendimento das populações localizadas em regiões periféricas. Ainda que esse programa tenha logrado ampliar o acesso da população à Atenção Básica de Saúde (ABS), pouco se avançou no acesso à atenção especializada, em grande parte em decorrência da falta de médicos especialistas atuando no setor público.

Também em relação à oferta da estrutura física para a atenção à saúde, nota-se maior participação do setor privado nas ações e serviços de maior complexidade. Informações retiradas da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) do IBGE de 2009 evidenciam que, enquanto 69,8% dos estabelecimentos sem internação (ambulatorial e de emergência) são públicos, 64,6% dos leitos em estabelecimentos com internação e 90,8% das unidades que realizam Serviços de Apoio à Diagnóstico e Terapia (SADT) pertencem ao setor privado. A pesquisa demonstra também a desigualdade regional e entre municípios na distribuição dos estabelecimentos de saúde.

Além da diferença na oferta de serviços de saúde no território nacional, estudo de Santos et al. (2008) demonstra clara desvantagem aos usuários do SUS no acesso aos equipamentos de saúde, uma vez que a parcela da população que dispõe de plano de saúde (cerca de 25%) se beneficia de cobertura duplicada e acessa tanto o sistema público como o sistema privado.

⁴⁰ Para detalhes ver, CEBES (2013). Ver também, Morais, I. et al. (2014).

⁴¹ O Programa Mais Médicos está estruturado em três eixos: i) estratégia de contratação emergencial de médicos, ii) a expansão do número de vagas para os cursos de medicina e residência médica em várias regiões do país, e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da Atenção Básica, e iii) ações voltadas à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ver mais detalhes em, Brasil (2015).

Merece menção ainda a possibilidade do setor privado usufruir da infraestrutura pública para a sua realização, como é o caso dos “subsídios cruzados” ou “dupla porta”⁴², ou até mesmo do atendimento pelo SUS de pacientes assegurados pelo sistema privado, sem o devido ressarcimento.

Os aspectos descritos até aqui referem-se às possibilidades de relações entre dois setores, público e privado, formalmente separados, porém ainda nos resta trazer luz à atuação do setor privado como prestador público de saúde. A possibilidade de participação da iniciativa privada de forma complementar no SUS, conforme previu a Lei 8.080, gerou desdobramentos que não são de fácil mensuração quanto à eficiência do sistema de assistência à saúde e a sua eficácia na condição de saúde da população, nem quanto ao seu rebatimento nos processos de regionalização da política de saúde pública.

A organização produtiva no setor da assistência à saúde

Esses desdobramentos se relacionam com a forma de organização da assistência à saúde em redes complexas de profissionais e tecnologias, que, ao mesmo tempo em que são interdependentes, tendem cada vez mais à fragmentação. Sobre essa forma de organização Campo (1995) diz:

[...] a complexidade tecnológica da medicina de há muito substituiu o médico individual por uma rede de pessoas e instituições interdependentes, de complexidade variada e na qual a informação circula com dificuldade. Essas redes estão organizadas de forma empresarial, quase sempre não competitiva, constituindo monopólios ou oligopólios de entidades públicas (Estado), parapúblicas (Segurança Social, misericórdias), ou privadas (sistemas empresariais integrados de prestação de cuidados). Mas tais redes, quando reguladas por simples critérios de mercado, tenderão a localizar-se nos sítios onde a procura é mais concentrada e afluyente, abandonando áreas mais periféricas; tenderão também a dedicar-se, não a todas as actividades, mas, sobretudo, àquelas em que as suas vantagens, medidas em lucros totais, sejam mais elevadas. (p. 72)

A gestão pública dessa forma de organização produtiva no setor da assistência à saúde assume uma enorme complexidade, tanto pela capacidade de mensuração dos gastos reais gerados por esses arranjos produtivos e, conseqüentemente da negociação dos preços a serem pagos, como da possibilidade de garantir a difusão das ações territorialmente, de forma a atender as necessidades de saúde de cada lugar.

⁴² Cohn, A.; Elias, P. E.; Ianni, A. M. Z. “Subsídio Cruzado” ou “Dupla Porta”: o público e o privado no Hospital das Clínicas de São Paulo. São Paulo: CEDEC, 2002. (Série Didática, n. 6).

À importância da tendência de concentração espacial e especialização da assistência à saúde deve-se juntar ainda o impacto que a acumulação flexível está trazendo à conformação das redes assistenciais. *Pari passu* com as análises da regionalização da política de saúde vêm se dando os efeitos dos novos padrões organizacionais de produção no setor da saúde, gerando transformações não apenas nas formas de organização do trabalho mas, sobretudo, na sociedade, a medida em que se alteram as formas com que os indivíduos entendem e acessam a saúde.

Os novos paradigmas tecnológicos, com a introdução da microeletrônica e das tecnológicas de comunicação na estrutura de produção, incluindo a do setor de serviços⁴³, põem em curso um processo de reestruturação produtiva em escala global, direcionando cada vez mais a produção da assistência à saúde nos diferentes lugares. Exames de imagens podem ser analisados em qualquer parte do mundo e seu laudo distribuído para diferentes atores dessa cadeia produtiva em frações de segundo. Juntas médicas reunidas por meio de videoconferência acordam a intervenção cirúrgica a ser realizada de forma remota por cirurgiões que se encontram a milhas de distância do paciente.

Mesmo que parte dessas transformações ainda não faça parte do dia a dia da maioria dos brasileiros, nem dos usuários dos serviços de saúde nem dos profissionais de saúde, as possibilidades de capacitação de profissionais à distância, de acreditação de instituições de saúde nacionais por comissões internacionais e as pesquisas sobre doenças e tratamentos pela Internet facilitarão o processo de “aculturação” tecnológica e disseminação efetiva das novas tecnologias, seja no setor privado, seja no público.

Ainda que as transformações que a acumulação flexível gera no processo de produtivo na área da saúde, na perspectiva das políticas públicas, mereça uma agenda de pesquisa à parte, não devemos deixar de considerá-la e apreendê-la, sempre que possível, na análise das políticas de saúde, sobretudo, na sua regionalização.

Gerenciamento terceirizado

Cabe ressaltar ainda, na identificação do contexto mais geral de implementação do SUS, a inclusão das Organizações Sociais de Saúde (OS) no gerenciamento e prestação de serviços no SUS. No marco da reforma neoliberal do Estado, que começou a ser empreendida no Brasil sobretudo a partir da segunda metade da década de 1990, diferentes ações de

⁴³ Sobre a inovação tecnológica no setor de serviços, ver Duarte (2003).

natureza pública começam a ser passadas para o “terceiro setor”, enquanto ao Estado caberiam as decisões e gerenciamentos estratégicos.

Muito se tem dito sobre as verdadeiras fundamentações do papel que as OS cumprem no provimento da atenção à saúde, bem como seus limites e suas potencialidades. Se elas servem à eficiência necessária aos gastos públicos, à eficácia na saúde da população ou à valorização do capital, não há consenso. Todavia diferentes autores, entre eles Cohn (1994 apud DONADONE, 2014) e Carneiro Junior (2002 apud DONADONE, 2014), vêm apontando a inadequação da introdução desse mecanismo administrativo para a garantia dos preceitos do SUS, sobretudo aqueles que se referem à descentralização e à democratização.

Em relação à regionalização da política de saúde, estudo desenvolvido por Donadone (2014) sobre a “terceirização” da gestão dos hospitais estaduais paulistas para OS aponta aspectos que devem ser considerados nas análises da estruturação loco-regional do SUS. O autor ressalta em suas conclusões a tendência das OS se estabelecerem regionalmente e imprimirem determinados padrões próprios de procedimentos. Diz o autor:

Estes espaços passaram a ser geridos por organizações sociais que contratam preferencialmente profissionais formados pelas próprias (ou institutos ligados a elas). Desta forma são disseminadas suas técnicas, estratégias, conhecimentos, domínio, cultura. Também estes médicos, que são os ocupantes de cargos de diretores nos hospitais, fomentam estratégias que visam alcançar números e índices estipulados por Contratos de gestão. Além disso, busca-se ainda garantir a legitimidade da ocupação pela OSS neste ambiente considerado.

Cria-se, portanto, um novo espaço que passa a ser tomado por entidades do setor privado sem fins lucrativos na área da saúde pública. Desta ocupação e em busca de sua legitimidade, as OSS qualificadas distribuem-se pelo território estadual, demarcado por intermédio de disseminação cultural (também com anseio de ampliar sua região de abrangência, que se evidencia por estratégias e resultados expostos em uma luta simbólica). (p. 93)

Todos esses fatores que gravitam em torno da rede assistencial de atenção à saúde – paradigmas tecnológicos que interconectam a rede assistencial, reestruturação produtiva no setor saúde, novas formas de gerenciamento, incluindo as organizações sem fins lucrativos – junto com as influências da mundialização do capital financeiro, trazem à cena novos atores e lógicas que interferem na conformação dos modelos de atenção à saúde existentes no Brasil e, consequentemente, no seu impacto territorial.

2.2.3 – Os modelos de atenção à saúde no contexto do SUS

Para a compreensão das questões territoriais que envolvem as políticas de saúde é necessário conhecer, mesmo que de forma sucinta, os modelos de atenção que estão em vigor no país. Isso porque os diferentes modelos de atenção apresentarão diferentes perspectivas territoriais, sobretudo no estabelecimento de nexos com as dimensões territoriais do desenvolvimento. Os modelos de atenção à saúde, sejam os de provimento público, sejam os de provimento privado, contêm elementos que propiciam, ou não, a homogeneização e integração territorial.

Para a exposição sintética dos modelos que estão em vigor atualmente no debate da saúde pública brasileira, e que nos ajudam a estabelecer nexos com a organização das ações de saúde no território, recorrerei ao esforço de compêndio realizado por Paim (2008). Conforme já visto, o autor aponta como modelos de atenção hegemônicos⁴⁴ no Brasil o médico hegemônico e o sanitarista. O primeiro modelo tem como traços fundamentais: 1) individualismo; 2) saúde/doença como mercadoria; 3) ênfase no biologismo; 4) ahistoricidade da prática médica; 5) medicalização dos problemas; 6) privilégio da medicina curativa; 7) estímulo ao consumismo médico; 8) participação passiva e subordinada dos consumidores (MENÉNDEZ, 1992 apud PAIM, 2008).

Importante ressaltar em relação ao modelo médico hegemônico que, além da tradicional conformação assistencial privatista, vem ganhando relevância a conformação chamada de atenção gerenciada. Pode-se inferir que essa conformação deriva da reestruturação produtiva e da presença do capital financeiro no setor saúde uma vez que, segundo Merhy (2000 apud PAIM, 2008), ela é definida por um modelo de cuidado centrado em diferentes atores sociais representados por financiadores, provedores, consumidores, captadores de recursos e administradores. Conforme aponta Paim (2008), por esse modelo se basear em análises de custo-benefício e custo-efetividade com o intuito de baixar os custos do cuidado e ampliar o lucro de alguns dos atores envolvidos, sobretudo dos planos de saúde, ele se contrapõe ao consumismo médico e ao privilégio da medicina curativa. Diz Paim (2008):

Enquanto o modelo médico assistencial privatista estimula a superprodução de serviços, ações e procedimentos, contribuindo para o aumento dos custos da atenção, o modelo da atenção gerenciada tende a apostar na subprodução e no controle mais íntimo do trabalho

⁴⁴ “O conceito de hegemonia aqui empregado para qualificar os modelos de atenção diz respeito à capacidade de direção política e cultural para obtenção de consenso ativo de segmentos da população”. (Gruppi, 1978 apud Paim, 2008, p. 556)

médico, posto que as formas de pré-pagamento assim condicionam. Dirige-se, portanto, para a contenção da demanda e o racionamento ou a racionalização dos procedimentos e serviços especializados. (p. 558)

Vale aqui ressaltar que, ainda que seja extremamente válida a afirmação do autor a respeito do controle do trabalho médico e dos custos da produção da atenção à saúde, não se trata de uma aposta de subprodução, uma vez que até o presente momento não existem evidências de que esse modelo diminui o consumo de tecnologias médicas, sobretudo de diagnósticos e de fármacos.

Na perspectiva do controle do custo, Paim (2008) aponta o uso de protocolos assistenciais no modelo de atenção gerenciada. Assim, considerando a reestruturação produtiva no setor da assistência à saúde, pode-se inferir que o modelo de atenção gerenciada possibilita a centralização do comando do processo de “produção da saúde” naqueles atores que se beneficiariam da ampliação do lucro advindo de um arranjo produtivo mais “controlado”. Essa ampliação do lucro ocorrerá tanto pelo controle do trabalho, sobretudo no trabalho médico, por meio da definição de protocolos para triagem de pacientes, para o ato da anamnese, para o encaminhamento para exames, possibilitando a ampliação da extração da mais-valia, como também quando se constituem em oligopsônios para a contratação da mão de obra.

Já em relação ao segundo modelo, o sanitarista, que apesar de ser reconhecido como hegemônico por ser predominante na forma de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde da saúde pública convencional, embora seja subalterno em relação ao modelo médico hegemônico, Paim (2008) afirma:

Ilustra a saúde pública institucionalizada no Brasil durante o século XX centrada no saber biomédico, sob a influência americana, e que buscava atender às necessidades de saúde da população mediante campanhas (vacinação, controle de epidemias, erradicação de endemias etc.), programas especiais (controle de tuberculose, saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental, controle do tabagismo, câncer etc.), vigilância sanitária e vigilância epidemiológica. (p. 556)

Os modelos de campanhas sanitárias e programas especiais têm como característica focar em certos agravos e riscos ou em determinados grupos populacionais, não se preocupando com os determinantes mais gerais da situação de saúde. De forma geral, privilegia uma administração vertical e autoritária, resultando na maior parte das vezes em programas e projetos fragmentados, induzidos de forma centralizada, que pulverizam recursos e atividades e geram conflitos entre instituições, serviços e equipes de saúde. Os recursos

direcionados a esses programas são denominados de “verbas carimbadas” o que dificulta a integração das suas ações com outras atividades da atenção à saúde. Quanto ao resultado do conjunto de ações programadas no contexto desses modelos de atenção, Paim (2008) denuncia:

Assim, tem-se os programas de Aids, hipertensão, tuberculose, diabetes, hanseníase, saúde mental, saúde bucal, saúde da criança, da mulher, do adolescente, do adulto, do trabalhador, do idoso etc. É como se a mulher não fosse adulta nem trabalhadora ou como se crianças, adolescentes e idosos não tivessem sexo. E na medida em que muitos desses grupos estão sujeitos às violências, apresentam transtornos mentais e não estão livres de tuberculose, diabetes, hipertensão arterial, hepatites virais, entre outras doenças, e reproduzem-se as intersecções ou superposições entre os programas, ampliando a ineficiência, as dificuldades gerenciais e a burocratização das atividades. (p. 559)

O autor destaca dos programas especiais, que podem ser considerados focalizados na população mais pobre e excluída e não diferem muito dos programas verticais, dois que merecem menção pela importância na estruturação do SUS: o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF).

Tais programas valem também como destaque nas perspectivas de análise do estudo em tela, por serem capazes de estabelecer, em alguma medida, um elo entre serviços de saúde e comunidade. O PACS e o PSF, além de levar à população adscrita a um território as ações e serviços de saúde, conforme programações estabelecidas nas diferentes esferas de gestão do SUS, também possibilitam o reconhecimento das especificidades dessa população e, conseqüentemente, desse espaço territorial. Eles não apenas contribuem com a produção de informações para análise e monitoramento da situação de saúde da população adscrita, mas também possibilitam “o planejamento e programação local de saúde a partir dos problemas identificados pelos diversos atores sociais” (PAIM, 2008, p. 561).

As vigilâncias sanitárias e epidemiológicas fundamentam-se sobretudo em conhecimentos biomédicos e epidemiológicos e têm como perspectiva o controle do risco e a promoção da saúde. Pode-se dizer que as vigilâncias, sobretudo à epidemiológica, reúne um conjunto de atividades que possibilita, através da organização de informações estratégicas, detectar e prever alterações dos fatores condicionantes do processo saúde-doença, possibilitando medidas de prevenção e controle de doença (PAIM, 2008).

Vale ressaltar que, no nosso entendimento, o PACS, o PSF e as vigilâncias sanitárias e epidemiológicas, a medida que induzem os profissionais no reconhecimento das características pretéritas dos lugares, possibilitam o planejamento e a implantação de ações e serviços de saúde voltados às reais necessidades da população adscrita, possibilitando a construção de políticas de saúde pública capazes de induzir, em alguma medida, a contraposição às dinâmicas territoriais de homogeneização, integração, polarização e hegemonia do desenvolvimento capitalista. Em outros termos, é a partir dos profissionais organizados no território, que se deve formular políticas elaboradas de forma ascendente, que possibilitem a escolha de processos e tecnologias adequados às necessidades de saúde locais.

Uma importante crítica feita por Paim (2008) aos modelos vigentes no país são que eles, ou se voltam ao atendimento da demanda espontânea (modelo médico hegemônico) ou às necessidades que nem sempre se expressam em demanda (modelo sanitarista). Para o autor são necessárias propostas alternativas que levem em consideração a integralidade, a efetividade, a qualidade e a humanização dos serviços de saúde nos modelos de atenção à saúde, sobretudo por meio do reconhecimento das necessidades locais para a organização da atenção à saúde e dos seus determinantes estruturais e socioambientais. Nesse sentido, ressalta-se a seguinte passagem do texto, que valoriza a identificação no nível local de:

[...] necessidades sociais de saúde condicionadas pelo modo de vida, ou seja, pelo conjunto de condições e estilos de vida dos grupos sociais de acordo com a sua inserção na estrutura social. A intervenção sobre esse momento constitui estratégias visando ao controle das causas, que geralmente ultrapassam as possibilidades e atribuições do setor de saúde. Ainda assim, as políticas de saúde precisam considerar os determinantes estruturais e socioambientais do modo de vida e das necessidades sociais de saúde, tal como indicava o relatório final da 8ª CNS e, presentemente, como é enfatizado nas propostas de promoção da saúde. (PAIM, 2008, p. 564-565)

O fato é que a convivência desses diferentes modelos de atenção à saúde nada mais é do que reflexo da relação contraditória entre as duas racionalidades que conduzem a estruturação da política de saúde nacional, quais sejam aquelas que se baseiam no conceito de saúde como *bem-estar social* e aquelas baseadas na *ausência de doença*.

Dessa forma o SUS se estruturou em todo o país, mesmo que em nível não satisfatório de implementação, esquadrinhando estatisticamente as condições de vida, imunizando a população e promovendo algum tipo de acesso às ações e serviços de saúde. Esta estruturação do sistema pelo território nacional não apenas modificou hábitos dos indivíduos mas também

dos profissionais envolvidos com a gestão e a atenção à saúde, promovendo transformações ambientais e sociais. Deve-se também ter em perspectiva que a ampliação do acesso à assistência à saúde não apenas promove a ação redistributiva na sociedade, mas também cria novos consumidores e organiza o processo produtivo relacionado às práticas de saúde, seja provido pelo setor público seja pelo setor privado.

Nesse sentido, a compreensão das racionalidades que conduzem a regionalização do SUS oferece uma perspectiva privilegiada de entendimento do processo de construção da saúde pública no Brasil e seus nexos com o desenvolvimento do capitalismo atual no território nacional.

Como veremos a seguir, o processo de descentralização do SUS possibilitou a difusão do acesso à saúde, sobretudo da Atenção básica, nos diferentes municípios brasileiros. Em maior ou menor grau, todo o território nacional foi impactado pelas lógicas que conduzem a política de saúde pública nacional, em grande parte formulada pelo nível central de governo, mas também pelos governos subnacionais. Deve-se reconhecer que o SUS, quando exerce suas diversas funções sociais, influencia de diferentes formas o processo geral de homogeneização, integração, polarização e hegemonia do território, ora aprofundando-o ora contendo-o.

Jogar luz sobre essa complexa dinâmica de espraiamento territorial das ações públicas relacionadas ao setor saúde começa por compreender, mesmo que em linhas gerais, o processo de descentralização da gestão do sistema e, nessa perspectiva, o debate atual da regionalização da política de saúde. É o que faremos no próximo capítulo.

CAPÍTULO 3 - A REGIONALIZAÇÃO DO SUS ENGENDRADA NO PROCESSO DICOTÔMICO: REGIÕES DE SAÚDE OU REDES DE ATENÇÃO?

Conforme visto, a perspectiva territorial no SUS é inicialmente identificada no art. 198 da CF de 1988, onde se evidencia a necessidade de organização das ações e serviços públicos de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, associadas à diretriz de descentralização, com direção única, à garantia da integralidade e à participação da comunidade (BRASIL, 1988). A regionalização dessa forma aparece associada à necessidade de organização das ações e serviços públicos de saúde.

No entanto, um dos principais compromissos da CF de 1988 é o de consolidar a democracia à medida que promove o aumento do poder decisório das comunidades locais na gestão de políticas públicas. A maior capacidade dos governos locais de apresentarem e conduzirem soluções para os problemas locais é o pressuposto da descentralização da gestão pública (ARRETCHE, 2011).

Deve-se ressaltar ainda que a redução das desigualdades sociais e regionais também é um dos elementos fundantes da CF de 1988, que foi inspirada pela Carta Européia de Ordenamento do Território aprovada em 1984, e que definiu os princípios e diretrizes para as ações de ordenamento territorial na Europa, conforme apontam Balbim e Contel (2013). Segundo os autores, esse é um importante instrumento que serve “à redução das desigualdades regionais, à organização do espaço, à melhor distribuição das atividades econômicas, à proteção ambiental e à qualidade de vida da população” (BALBIM; CONTEL, 2013, p. 26), principalmente como “contraposição a uma racionalização imediatista do espaço que traduzia interesses exclusivos do mercado, desconsiderando – ou não considerando de maneira adequada –, aspectos mais amplos, fossem eles socioeconômicos, ambientais e/ou regionais” (Idem, p. 29).

Assim, mesmo que a regionalização no SUS apareça inicialmente associada à necessidade de organização das ações e serviços, as diretrizes de descentralização, de integralidade e de participação social, conforme propostas pela Carta Magna, fazem com que a organização do SUS integre um projeto maior de democratização e mitigação das desigualdades regionais brasileiras. Esse argumento ganha mais força quando se considera a saúde no seu conceito de bem-estar social, tal qual proposto pela Lei nº 8.080.

Nessa perspectiva, a regionalização implícita no SUS, mais do que conformar uma rede regionalizada e hierarquizada para as ações e serviços de saúde, visa minimizar as desigualdades regionais, integrando-se às diferentes políticas setoriais e contrapondo-se às ações do capital privado, responsável pelas fortes concentrações e desequilíbrios identificados no território nacional. Ou seja, a política de regionalização da saúde pública nacional se insere em um projeto maior de desenvolvimento socioeconômico da nação, mesmo que esse projeto não tenha se efetivado ao longo do tempo.

Portanto, para compreender a conformação da regionalização da política de saúde pública nacional, que se associa à necessidade de organização das ações e serviços de saúde, e também a um projeto de desenvolvimento que mitigue as desigualdades regionais, é necessário primeiramente compreender o processo de descentralização da gestão do sistema promovido pelo SUS. À vista disto, o presente capítulo se divide em duas partes. A primeira discorre sobre o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde para os entes subnacionais levado a cabo ao longo da década de 1990. A segunda parte trata do período, a partir do início da década de 2000, reconhecido como aquele onde a regionalização ganha relevância como estratégia do SUS.

Antes porém, cabe ressaltar que no presente estudo a questão de fundo que permeia a descentralização, entendida como a ampliação do poder decisório dos entes subnacionais na determinação da política de saúde, e que segue permeando a regionalização da política de saúde, é a possibilidade de uso dos recursos financeiros disponibilizados à política. O que leva a pergunta: os municípios seriam meros executores da política pública formulada no nível central ou seriam construtores ativos dessa política?

É evidente que em um país de dimensões continentais, com complexidade tributária e desigualdades regionais como a brasileira, torna-se fundamental a atuação concatenada dos três entes federados. No entanto, estabelecer as medidas da atuação e de autonomia de cada um, em um cenário de intensa disputa pelos recursos financeiros, seja pelos atores políticos das diferentes esferas, seja entre capital e trabalho, e suas frações, não é tarefa trivial. Jogar luz sobre esse debate é o que faremos a seguir.

3.1 – Descentralização da política: processo democratizante ou ajuste neoliberal?

Propostas de descentralização e participação civil de uma forma geral, e na saúde em particular, começam a ser gestadas em meados do século XX (LUZ, 2000). Escorel e Teixeira

(2008), salientam que a III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, já tem como proposta a municipalização dos serviços de saúde e a promoção de técnicas de planejamento ascendentes no setor saúde. Esse processo é, no entanto, interrompido pelo golpe militar, sendo retomado somente no processo político de democratização ao longo da década de 1980.

Ainda que se considere essa origem, é preciso que se reconheça que a emergência da hegemonia neoliberal no Brasil no início dos anos de 1990, fez com que o processo de municipalização também se amalgamasse com os projetos de ajuste fiscal e reestruturação do papel do Estado do período.

A descentralização passa a ser amplamente recomendada pelas agências de financiamento para os países da América Latina no início da década de 1990 (OLIVEIRA, 2007). Aspecto este também reconhecido no campo da saúde por Levcovitz et al.:

Os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado, ainda que fundados em bases político-ideológicas diferentes, geraram um certo consenso acerca da descentralização e favoreceram o avanço desse processo no âmbito do SUS, ainda que com contornos diferentes do projeto original da Reforma Sanitária (LEVCOVITZ et al., 2001 apud NORONHA et al., 2008 p. 454).

Essa afirmação evidencia que o processo de municipalização da saúde esteve, desde o início da implantação do SUS, em disputa. Por um lado como um processo de democratização na construção da política de saúde nacional, por outro como forma de ajuste fiscal e reestruturação do papel do Estado.

De fato, a descentralização apregoada pelo Banco Mundial faz parte de um rol de recomendações para os países em desenvolvimento, nas quais está incluída a melhora da saúde no nível da comunidade, por meio de práticas de educação para mudança de hábitos das populações pobres, e “serviços de saúde pública que se limitem à assistência básica, com utilização de procedimentos simples e baratos, realizados por profissionais pouco qualificados” (RIZZOTTO, 2012, p. 116). Rizzoto (2012) afirma que tais recomendações faziam parte do que o Banco Mundial entendia como “gastos governamentais em programas mais eficazes em função dos custos focalizados nos pobres, como por exemplo, os programas de saúde pública e serviços clínicos essenciais” (p. 122)⁴⁵. Entre as estratégias recomendadas

⁴⁵ De forma bastante sintética é possível descrever os programas de saúde pública e serviços clínicos essenciais recomendados pelo Banco Mundial como aqueles cujas ações teriam forte impacto sobre os custos, por exigir baixo investimento e resultar em grande contenção no adoecimento da população, atuando sobretudo no comportamento das pessoas e no ambiente, e também no controle de doenças transmissíveis ou não. Além de

estavam aquelas que incluíam as práticas de educação em saúde, para mudança de hábitos de vida nas populações pobres, e a do trabalhador de saúde comunitário, que buscava obter um grande impacto preventivo nas comunidades por meio de uma mão-de-obra pouco qualificada. Dessa forma, era possível transferir para o indivíduo, família ou comunidade a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso dos serviços públicos. À iniciativa privada ficaria reservada a assistência individual de alto custo, sobretudo realizada no âmbito hospitalar.

Rizzoto (2012) demonstra que a reforma do estado levada a cabo no Brasil na década de 1990, foi fortemente influenciada pelas recomendações dos organismos internacionais, incluindo o setor de saúde. Segundo a autora, verifica-se a concretização das recomendações do Banco Mundial nas propostas elaboradas pelo Ministério da Saúde nesse período, ainda que nem sempre de forma completamente explicitada nos documentos. Nesse sentido Rizzoto (2012) afirma:

Embora se observasse, no período, algumas resistências negativas e certas mudanças, não se pode negar que as políticas do Ministério da Saúde se aproximaram das orientações do Banco Mundial e seguiram a lógica da proposta de reforma do Estado brasileiro. Pode-se recuperar como exemplo, dentre outros, a criação de subsistemas de saúde dentro do SUS; o incentivo por meio de diversas ações à ampliação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde; a transferência de funções do Ministério de Saúde para agências reguladoras e organizações não estatais; a reconfiguração da própria estrutura do Ministério da Saúde ou, ainda, a criação de programas como o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família, focados nas populações mais pobres. (p. 199)

Ainda que o Banco Mundial busque influenciar as políticas do setor de saúde por meio dos seus financiamentos e que no Brasil seja possível verificar em alguma medida o ideário neoliberal refletido nos documentos oficiais e, conseqüentemente, na construção dos projetos e programas voltados ao setor, conforme nos esclarece a autora, não é possível afirmar que esse movimento foi capaz de anular as forças progressistas que se organizavam em torno do movimento sanitário. Nesse sentido vale retirar de Rizzotto (2012) o seguinte apontamento:

Se no documento do Banco Mundial de 1991 transparece certo otimismo em relação às reformas realizadas no setor de saúde brasileiro, durante a década de 80 do século XX, referindo-se particularmente à questão da descentralização, experimentadas por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS), do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) e do Sistema Único de Saúde (SUS),

ter como objetivo mitigar a pobreza, vários programas foram desenvolvidos com o intuito de evitar situações que colocassem em risco o sistema econômico mundial como a transmissão do HIV e das infecções das DST.

visto como possibilidade de retirar do governo federal o poder decisório e partilhar as responsabilidades com os governos estaduais, municipais, entidades sociais não governamentais e comunidades; no documento de 1995, partindo de uma análise interna do sistema econômico e político nacional e do próprio processo de implantação do SUS, aquele otimismo se transforma numa crítica por um suposto equívoco nas reformas implementadas, uma vez que a descentralização não havia se processado da forma como era esperada, e a defesa da equidade, assim como a tendência de universalização do acesso, teria representado enorme sobrecarga, muito além da capacidade dos recursos governamentais. (p. 138)

Cabe ainda ressaltar a seguinte reflexão realizada pela autora a partir dos documentos do Banco Mundial:

Para o Banco Mundial, a flexibilidade e a adaptação dos serviços de saúde seriam mais difíceis de serem operacionalizados se as decisões estivessem concentradas no governo federal, mas, por outro lado, as dificuldades aumentariam se o poder decisório estivesse diluído em cada município. Por isso, descentralizar sim, mas nem tanto e nem tudo. No entender do Banco, um erro das reformas constitucionais no Brasil, foi transferir para o município “algumas funções que não deveriam de forma alguma serem descentralizadas” e ignorar “o papel central dos estados, que são, potencialmente, os agentes mais importantes do sistema [...]. E a assistência terciária, assim como as funções de planejamento, são executadas de forma mais eficiente no nível estadual do que no municipal” (BANCO MUNDIAL, 1995, p. 31 apud RIZZOTO, 2012, p. 147)

O Banco Mundial passa a propor reformas institucionais que, entre outras, sugerem o fortalecimento do papel e da responsabilização dos estados em relação ao financiamento e à prestação de assistência médica e do governo federal como regulador. De fato, a partir daí os documentos oficiais que tratam o processo de descentralização passam a ressaltar a importância do papel dos estados.

O que parece importante ressaltar aqui é que, mesmo considerando a influência do ideário neoliberal por meio dos organismos internacionais na elaboração das políticas públicas no Brasil, em particular a da saúde, não é possível afirmar que ao longo dos quase trinta anos de construção do SUS essa foi a única força atuante. Ao contrário, até o momento os ideários da universalização, da integralidade, da equidade e da participação social continuam válidos, ainda que em disputa.

Um importante exemplo que deve ser considerado nesse sentido é que, mesmo considerando a semelhança do PACS com a proposta do “trabalhador comunitário de saúde”

do Banco Mundial, conforme aponta Rizzotto (2012) muito adequadamente, não há dúvidas que, diferente do que pregava o ideário neoliberal, o programa não serviu à institucionalização da baixa qualificação da atenção à saúde à população mais pobre. O que se verifica é o esforço de integração dos PACS e PSF às equipes multiprofissionais⁴⁶ de Atenção básica.

Em relação à descentralização, o que se verificou foi o avanço da municipalização da saúde influenciada tanto pelo ideário neoliberal como pelo do movimento sanitário. Ora ampliando a autonomia dos governos subnacionais, difundindo pelo território nacional as bases da política de saúde, suas normas e instrumentos, qualificando profissionais nos aparatos de atuação dos governos municipais e estaduais e, sobretudo, ampliando os recursos financeiros disponíveis; ora apenas desconcentrando, submetendo os governos subnacionais às políticas centralizadoras, por meio, sobretudo, de dinheiro “carimbado”, privilegiando a oferta pré-existente, conforme veremos a seguir.

3.1.1 – A municipalização da saúde na década de 1990

Segundo Arretche (2011), o processo de descentralização, que implicou na transferência de recursos, competências e responsabilidades para os governos subnacionais, ocorreu nos termos de um novo Estado Federativo, onde os entes estaduais e municipais tornaram-se autônomos, com a prerrogativa de aderir ou não aos programas elaborados pelo ente federal. A possibilidade de aceitar, ou não, competências induzidas por outros entes, tornou extremamente complexa a implementação de políticas públicas descentralizadas, exigindo o desenvolvimento de diversos instrumentos de negociação e decisão e a inclusão de diferentes atores, até então apartados do processo de tomada de decisão.

Ainda que tenha ocorrido efetivamente o fortalecimento dos governos locais com a promulgação da CF de 1988, esse processo não ocorreu sem um forte tensionamento intra-federativo, que apresentou avanços e recuos na descentralização política e perdura até hoje. Além disso, deve-se acrescentar, à complexidade da efetivação de políticas públicas nesse ambiente intra-federativos, as condições extremamente díspares entre os municípios brasileiros, resultado da heterogeneidade territorial nacional, principalmente quanto à

⁴⁶ Conforme informações retiradas do sitio do Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família estabelece a atuação de uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Acessado em 12 de julho de 2015 http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php

desigualdade na distribuição populacional e produtiva, que gera municípios em condições socioeconômicas muito diferenciadas. (ARRETCHE, 2011).

O resultado da implementação de uma política de descentralização de âmbito nacional demonstrou grande variação entre os diferentes programas, dependendo de diversas variáveis, “tais como a capacidade de gasto e a capacitação administrativa das unidades locais de governo, de um lado, e os requisitos postos pela engenharia operacional das áreas de política pública, pelo legado das políticas anteriores e pelas determinações constitucionais, de outro lado” (ARRETCHE, 2011, p. 243). A autora aponta também como fator estimulador da descentralização a participação dos governos estaduais no processo. Para Arretche, que procurou medir os “graus de descentralização” de diferentes políticas que compõem o sistema de proteção social brasileiro, os programas de descentralização da área de saúde, analisados no seu estudo, apresentaram taxas elevadas de adesão municipal⁴⁷.

Foi na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) que se definiu a responsabilidade dos municípios pela gestão e execução dos serviços de saúde, bem como pela execução dos serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador. Aos estados caberia a coordenação dessas ações e, apenas em caráter complementar, executá-las. Cabe ressaltar que a lei delegava o acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS aos estados e a definição e coordenação dos sistemas de rede integrada de alta complexidade e de laboratórios de saúde pública à União. Diante do papel que os municípios assumiram na execução das ações e serviços de saúde, esse processo ficou conhecido como municipalização da saúde e ocorreu principalmente ao longo da década de 1990.

Assim, ainda que anteriormente à implantação do SUS as AIS e o SUDS trouxessem noções de territorialidade para o sistema de saúde, os primeiros marcos institucionais – CF de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142 de 1990 – não enfatizam a regionalização para além da organização das ações e serviços públicos. A Lei 8.080 reforça muito mais a orientação da descentralização dos serviços com ênfase nos municípios, do que a gestão regionalizada. Existem poucos instrumentos nesse marco jurídico que remetem à necessidade de organização regionalizada, sendo que um deles é a possibilidade de criação de consórcios administrativos intermunicipais. Por ser facultativo, esse instrumento não

⁴⁷ Conforme ressalta Mendes (2005) “A seção Saúde da Constituição é a única a explicitar a diretriz da descentralização (art. 198), ainda que ela permeie toda a Constituição” (p. 5).

configura uma política de indução à articulação em regiões a totalidade dos municípios nacionais.

Já em relação às transferências de recursos, a Lei 8.080 orienta as transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS)⁴⁸ para contas especiais no âmbito dos governos estaduais e municipais, considerando o perfil demográfico, o perfil epidemiológico da população, as características quantitativas e qualitativas da rede de saúde local, entre outros, ou seja, buscando contemplar a ideia de necessidades de saúde⁴⁹.

O arcabouço jurídico institucional seguinte, formado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB)⁵⁰, dá continuidade ao processo de indução da descentralização, baseada principalmente no aprofundamento do papel dos municípios enquanto gestores dos serviços. É nesse contexto que ganha força a transferência de recursos direta do FNS para os Fundos Estaduais de Saúde (FES) e Fundos Municipais de Saúde (FMS). Essa modalidade de transferência, que ocorreria de forma regular e automática e se convencionou chamar de “transferência fundo a fundo”, foi entendida como um avanço na autonomia dos gestores municipais⁵¹. O uso desses recursos dependia das definições locais da política de saúde, não estando vinculados a políticas definidas em outras esferas de governo (BARROS, 2003; MENDES, 2005).

Em relação à NOB 93, Barros (2003) afirma que:

[...] instituiu um processo gradual de transferência de responsabilidades, criando três condições de gestão a que os municípios poderiam se habilitar, de acordo com a capacidade técnica e política de assumir as responsabilidades correspondentes. Para apenas uma delas — a mais avançada, chamada de “gestão semiplena” — previa a transferência direta aos Fundos de Saúde de recursos, mediante tetos financeiros globais calculados com base em série histórica de gastos. Nesses casos, o gestor municipal passaria a ter autonomia de gestão sobre os recursos, podendo aplicá-los livremente,

⁴⁸ O Fundo Nacional de Saúde foi instituído pelo Decreto n. 64.867, de 24 de julho de 1969. Ver Pescuma Junior e Mendes (2013).

⁴⁹ Os critérios de rateio dos recursos federais para estados e municípios foram definidos como: 50% pelo quociente populacional e 50% pelos demais critérios do Artigo 35 da Lei 8.080. (CARVALHO; MEDEIROS, 2013). A Lei 141/2012 alterou esses critérios, ver Marques e Mendes (2014).

⁵⁰ Apesar da primeira NOB ter sido publicada em 1991, no presente trabalho considerou-se principalmente o resultado das de 1993 e 1996, por representarem os documentos que melhor consolidam as diretrizes que configuram o processo de descentralização e regionalização do período.

⁵¹ Vale ressaltar que esse processo de “transferência fundo a fundo” já está previsto na Lei 8.080, depois na Lei 8.689 de julho de 1993 e mais tarde é regulada pelo Decreto 1.232 de agosto de 1994. Para Carvalho e Medeiros (2013) essa forma de transferência chamada fundo a fundo “é inovadora na administração pública ao determinar três regras para que assim seja determinada. A transferência tem que ser direta, regular e automática” (p. 125).

de acordo com seus Planos de Saúde, respeitadas as deliberações dos respectivos Conselhos de Saúde. Para os demais municípios, permanecia a forma de pagamento por prestação de serviços. (p. 41)

Ainda que esses tetos financeiros globais possibilitassem maior autonomia até a regulamentação da NOB 96, poucos municípios, sobretudo os de maior porte, se habilitaram nessa categoria de gestão mais avançada. Com as mudanças introduzidas pela NOB 96, o processo de habilitação dos municípios para o recebimento de recursos fundo a fundo se intensificou, chegando ao início dos anos 2000 com a quase totalidade dos municípios brasileiros habilitados para receber pelo menos parte dos recursos nessa modalidade de transferência⁵².

Cabe ressaltar que a passagem da NOB 93 para a NOB 96 estabeleceu mudanças na forma de transferência fundo a fundo, que gerou controvérsias e nos interessa ressaltar. Se na NOB 93 as transferências eram realizadas a partir de um teto financeiro global, na NOB 96 os recursos passam a ser “carimbados”. Isso significa que, se inicialmente os repasses poderiam ser usados em todas as ações e serviços de saúde, em todos os níveis de atenção – básica, média e alta complexidade –, a partir da NOB 96 o mecanismo de financiamento sofre duas alterações importantes que restringem a autonomia no uso do recurso. A primeira é a que determina que as transferências devam ocorrer em duas contas diferentes, uma para a Atenção básica (AB) e outra para Média e alta complexidade (MAC), exigindo prestação de contas específicas. A segunda é a criação de subtetos para a conta MAC, vinculando-os aos diversos tipos de “campanhas” incentivadas pelo Ministério da Saúde. Os recursos para esses subtetos eram repassados conforme os municípios aderissem às campanhas vinculadas às várias ações assistenciais, tais como cirurgia de catarata, combate ao câncer de colo uterino, sistema de urgência/emergência, entre outras (Mendes, 2005).

Barros (2003) resalta ainda os incentivos para o recebimento de recursos da AB conforme a adesão “voluntária” dos entes municipais. Os recursos da AB eram transferidos pelo Piso da Atenção Básica (PAB) em duas modalidades: *i*) o fixo, baseado em um valor per capita habitante/ano; e *ii*) o variável, repassado sobretudo para a adesão ao Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários da Saúde (PACS). Quanto ao PAB variável a autora afirma:

⁵² Pela NOB 93, para ter acesso aos recursos por transferência fundo a fundo os municípios deveriam se enquadrar na gestão *semiplena*, as outras formas de gestão eram a *incipiente* e a *parcial*. Na NOB 96 as condições de gestão passam a ser duas: a *plena da atenção básica* e a *plena do sistema municipal*. Essa última norma descredenciava do SUS os municípios que não se habilitassem em nenhuma das condições, sendo seus recursos redirecionados para o ente estadual e federal. Para mais detalhes, ver Mendes (2005).

Também foram estabelecidas parcelas variáveis para financiar programas a que os municípios poderiam aderir voluntariamente. O acréscimo desses valores, contudo, estava condicionado ao cumprimento de regras e formas de operação definidas pelo Ministério da Saúde. Esse condicionamento acabou se convertendo em uma imposição de soluções de gestão, uma vez que, para os gestores, a única forma de ter acesso a recursos adicionais para melhorar a atenção à saúde em seu âmbito de atuação era aceitar os modelos de organização definidos pelo MS. As parcelas variáveis do PAB foram o primeiro movimento no sentido de restringir a autonomia dos gestores subnacionais. (BARROS, 2003, p. 43)

A autora constata não apenas a forte expansão dos programas nos municípios no período de 1998-2002, como também dos valores direcionados às unidades subnacionais vinculados a esses programas.

Segundo Mendes (2005), diversos autores (FERLA, 2001, BARROS, 2001, CARVALHO, 2001 e 2002, apud MENDES, 2005) reconhecem nessa passagem da NOB 93 para a NOB 96 um processo de “recentralização” da política de saúde nacional:

Para eles, essa imposição de condicionalidades para o financiamento – novos mecanismos de transferência de recursos financeiros vinculados às ações e programas assistenciais específicos – está associada apenas ao cumprimento de requisitos formais e, principalmente, de compromissos com a execução dos programas federais, fazendo com que os municípios recorram à utilização de artifícios para adequar a aplicação dos recursos às suas demandas locais. (p. 89)

Há também autores que reconhecem nos recursos “carimbados” uma forma de reorientar os modelos assistências vigentes, promovendo a assistência à saúde integral (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, apud MENDES, 2005) e fortalecendo, sobretudo, os municípios de menor capacidade instalada na implantação de ações estratégicas (MELAMED; COSTA, 2003, apud MENDES, 2005).

Ainda que os impactos dessa “recentralização” não sejam de fácil mensuração nos avanços da construção de uma política de saúde pública calcada no reconhecimento das necessidades de saúde da população, é inegável a contribuição das NOBs na expansão de uma modalidade de repasse de recursos – a transferência fundo a fundo – não vinculada à remuneração por serviços produzidos e de um critério mais redistributivo por meio de transferências *per capita* (PAB fixo).

Em relação à integração territorial, o arcabouço jurídico institucional formado pelas NOBs reconhecia a grande diversificação de recursos e de capacidades gerenciais dos

diferentes sistemas municipais e a necessidade de integração desses sistemas como forma de garantir a todos os cidadãos direitos iguais. Nesse sentido explicita a NOB 96:

A criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. No entanto, possibilitam, também, um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS. Há que se integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais.

A realidade objetiva do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que, necessariamente, configura modelos distintos de gestão.

O caráter diferenciado do modelo de gestão é transitório, vez que todo e qualquer município pode ter uma gestão plenamente desenvolvida, levando em conta que o poder constituído, neste nível, tem uma capacidade de gestão intrinsecamente igual e os seus segmentos populacionais dispõem dos mesmos direitos. (BRASIL, MS, 1996, p. 3)

Assim, em que pese ser de responsabilidade dos gestores municipais a relação entre municípios (sistemas municipais), as NOBs recorrem à criação de espaços de negociação intergovernamental. A *Comissão Intergestores Tripartite* (CIT) – integrada pelos gestores municipal, estadual e federal – e a *Comissão Intergestores Bipartite* (CIB) – integrada pelos gestores estadual e municipal – são apontadas como fóruns de negociação integradores e harmonizadores. Também a *Programação Pactuada e Integrada* (PPI) é apontada como instrumento de integração, uma vez que é por meio dessa que ocorre a reorientação do sistema, definindo a responsabilidade dos municípios de encaminharem ou de receberem a população para a efetivação dos serviços de saúde. A NOB 96 faz ainda uma breve referência a uma CIB regional, sempre dando ênfase à aprovação dos Conselhos de Saúde.

Muito embora seja possível identificar a preocupação com a necessidade de integração entre os municípios como forma de minimizar os desequilíbrios do sistema, as normas não desenvolvem a figura da “região de saúde”. Elas apontam apenas para o aprofundamento do instrumento de consorciamento voluntário entre os municípios, introduzindo alguns elementos de polaridade na dinâmica intermunicipal. Dessa forma, consta na NOB 96 que o consórcio deve ter um *município-polo*, que conte com uma rede assistencial adequada e com a

complexidade necessária ao atendimento da população convergente, de forma a oferecer resolutividade das ações de atendimento ambulatorial e hospitalar em sua área de abrangência.

Nesse contexto a regionalização foi explicitada pela NOB 93 como uma articulação e mobilização municipal que considera características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política dos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo (BRASIL, MS, 1993b).

Ainda assim, apesar de um marcante avanço na descentralização do SUS, a política de saúde no Brasil chega ao final da década de 90 sem progressos consistentes na construção de instrumentos que fomentem a capacidade de articulação regional dos municípios. Além disso, o fato dos entes estaduais não assumirem o papel de coordenadores das redes hierarquizadas do SUS começa a se evidenciar como um problema para o funcionamento do sistema. Conforme aponta Barros (2003):

A ausência/omissão das instâncias estaduais na coordenação dos processos de referência intermunicipal de pacientes e a insuficiência dos mecanismos de controle do acesso aos serviços começaram a se fazer sentir como problema, determinando que alguns dos municípios em gestão plena do sistema, diante da impossibilidade de obter ressarcimento dos valores gastos com atendimentos à população originária de outras UF comesçassem a estabelecer barreiras burocráticas ao acesso. Em outros casos, o porte dos municípios, por razões associadas a custo e escala de determinados serviços, dificultava a implementação de ações mais complexas. A questão da organização regional da rede de atenção e da organização dos fluxos de referência colocou-se, assim, como prioridade na agenda dos gestores das três esferas de governo. (p. 49)

É a partir da necessidade de organização das redes de atenção e dos fluxos de referência que a regionalização do SUS passa a ser construída no início da década seguinte.

No entanto, é importante ressaltar que o sucesso, mesmo que parcial da municipalização da política de saúde é reconhecidamente o responsável pelos avanços recentes no acesso da população aos serviços de saúde, principalmente da Atenção básica e das melhoras consideráveis nos indicadores de saúde nacionais. Segundo Paim et al. (2011), a descentralização do sistema possibilitou a melhora no acesso à Atenção básica, com ênfase na Estratégia Saúde da Família, resultando em efeitos positivos na cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal, na redução da mortalidade infantil pós-neonatal e nas internações desnecessárias. Vasconcelo e Pasche (2006), ressaltam ainda a atuação dos agentes comunitários e os ganhos proporcionados pela adequação das ações às necessidades

da população local, bem como a capacitação de grande contingente de profissionais de atuação municipal habilitados a manejar os instrumentos do SUS.

Mesmo considerando as dificuldades na mensuração rigorosa das melhoras decorrentes exclusivamente das ações e serviços de saúde da gestão descentralizada, é certo que tal processo representou avanços na formulação das políticas públicas de saúde quando agregou grande número de diferentes atores distribuídos por todo o território nacional, sendo grande parte deles ligados à esfera municipal. Nesse sentido vale destacar a reflexão de Santos (2011), que ressalta:

Os atuais 2,8 bilhões de atendimentos ambulatoriais ao ano (metade de atenção primária), assim como os 230 milhões de vacinações, 10,7 milhões de internações, os 400 milhões de exames laboratoriais, o controle da Aids, os 23 milhões de ações de vigilância sanitária e os 12 mil transplantes são alguns dos reflexos numéricos dessa produção e inclusão: trazem dentro de si distorções, desperdícios e iatrogenias dos modelos de gestão e atenção herdados e ainda não reestruturados em função das necessidades e direitos da população e do ideário do SUS, mas trazem também importantes quedas em indicadores de doenças e óbitos, assim como satisfação da população antes excluída. As milhares de experiências exitosas que ocorrem continuamente no SUS em todo território nacional por conta dos gestores descentralizados, trabalhadores e conselheiros de saúde permanecem, em regra, locais, efêmeras ou de baixa capacidade de expansão por não conseguirem mudar estruturas, porém expressam energia coletiva, compromisso e vontade política de incontestável potencial transformador e prenhe de futuro. (p.311)

No entanto, conforme visto, o processo de descentralização se desenvolveu no contexto de grandes transformações sociais e econômicas, que se refletiram tanto nas formas de organização da produção das práticas de saúde como na disputa pelos recursos das políticas sociais. O contexto de disputas políticas e financeiras entre os entes federados na gestão do sistema e de introdução de novos atores e lógicas produtivas na assistência a saúde, leva à percepção de uma forte fragmentação do SUS, que influenciará o processo de regionalização, conforme será exposto a seguir.

Em relação ao financiamento, é possível afirmar que o processo de fragmentação na transferência de recursos se aprofunda, em que pese a definição dos blocos de financiamento para a alocação dos recursos federais pelo Pacto pela Saúde, que tinham como objetivo possibilitar o uso dos recursos de forma mais global, conforme será visto no item 3.2.2.

3.2 – A regionalização do SUS: aprofundamento da descentralização ou organização das redes de atenção?

A relação entre a fragmentação do sistema e o processo de regionalização se estabelece sobretudo devido à necessidade de organização das ações e serviços de saúde em redes assistenciais que possibilitem o direito à saúde de forma universal e integral. Conforme afirmam Dourado e Elias (2011), a “regionalização é uma diretriz do SUS que procede da necessidade basilar de integrar seus componentes para garantir a efetivação do direito à saúde no País” (p. 205). Nessa perspectiva de regionalização, as redes regionalizadas assumem importante papel para a garantia de eficiência e escala necessária na oferta de bens e serviços voltados à saúde (ANDRADE, 2002; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

O entendimento do processo de regionalização da política de saúde pública no Brasil, baseado na ideia de sistema funcional de saúde, que determina a forma de organização dos serviços em redes hierarquizadas e regionalizadas, tem origem no Relatório Dawson de 1920 (ALBUQUERQUE et al., 2011; ALBUQUERQUE, 2013). Conforme apontam Kuschnir e Chorny (2010), a necessidade de uma rede regionalizada para a garantia de acesso aos serviços de saúde a toda população aparece pela primeira vez nesse documento, por demanda do governo inglês, com o objetivo de articular a medicina preventiva e a curativa, em bases territoriais, concentrando recursos e adotando mecanismos de referência.

Coube, portanto, ao Relatório Dawson, introduzir a territorialização, ausente até então dos sistemas de seguro social; apontar a necessidade de articulação entre a saúde pública – necessariamente nas mãos do Estado – e a atenção individual; e marcar a associação entre o modelo de organização de serviços e sua gestão, ao prescrever uma autoridade de saúde única no território. Do ponto de vista da organização de serviços, formulou os conceitos de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção primária, além de considerar os mecanismos de integração, como sistemas de informação e de transportes. (KUSCHNIR; CHORNY, 2010, p. 2309)

Baseado nessas recomendações a regionalização da saúde na Inglaterra foi implementada em 1948, após a criação do National Health Service (NHS), com regiões sob a delegação do poder central. Com devidas adaptações, o modelo foi seguido por todos aqueles países que constituíram sistemas nacionais de saúde e, de forma geral, a atuação dos poderes locais se restringiu aos cuidados sociais (SALTMAN et al., 2007, apud KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

É a partir dessa noção de regionalização que a percepção de fragmentação do sistema tem levado diferentes autores a identificar uma relação paradoxal ou contraditória entre o processo de municipalização e a formação do sistema de saúde, recorrendo a termos como “atomização” municipal (ELIAS; DOURADO, 2011), “autonomização” municipal (VIANA, 1994; WAGNER, 2006) e “autarquia” municipal (SILVA; MENDES, 2004). Nessa perspectiva, a regionalização da política se apresentaria como caminho para a mitigação da fragmentação do sistema de saúde por meio da contenção do processo de descentralização. Em outras palavras, a regionalização surge como contraposição à municipalização.

No entanto, também é possível encontrar na literatura autores (CARVALHO, 2001; SOUZA, 2001; MENDES, 2005; PESSOTO, 2010) que refutam esse entendimento do processo de regionalização da política de saúde pública brasileira. Para eles, o processo de fragmentação da política de saúde está baseado em diferentes fatores que, sem a preocupação em esgotar o debate, vale serem apontados: o fato do ente estadual não tomar para si o seu papel constitucional de coordenador e regulador dos sistemas municipais, muitas vezes concorrendo como gestor dos equipamentos que compõem as redes regionais de saúde; as formulações de políticas centralizadas na esfera federal, que impedem o reconhecimento das necessidades de saúde locais e a construção ascendente das políticas, não permitindo a adequada integração dos municípios em um sistema regional de saúde; a transferência de recursos federais “carimbados” que, além de engessarem a autonomia municipal, priorizam a média e alta complexidade no sistema. Nessa perspectiva a regionalização da política de saúde teria como objetivo superar esses entraves e fortalecer os entes municipais, aprofundando o processo de descentralização.

Não devemos esquecer que, conforme visto, outra proposta que pode ser identificada como inspiradora do processo de regionalização do SUS é aquela derivada dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Influenciados pelos esforços de regionalização desse período que antecede o SUS e refletindo sobre a descentralização no livro *O Município e a saúde*, HEIMANN et al. (1992) entendem que, da perspectiva da saúde entendida como *bem estar-social*, a função da política pública é antes de tudo a transformação do espaço loco-regional. Ainda que ela deva incluir a assistência à saúde, é a partir das necessidades de saúde da população local que a oferta é organizada, não apenas considerando a quantidade, mas também a qualidade do que será ofertado. Isso porque o reconhecimento do modo de vida das pessoas, implícito em tal entendimento de descentralização, induz à atuação nos condicionantes da saúde, que incluem aqueles gerados no meio ambiente e nos processos

sociais e de trabalho. Os enfrentamentos dos problemas de saúde devem ser, antes de tudo, fruto da pactuação entre Estado e Sociedade. Nesse sentido o território é entendido como:

[...] lugar social, de totalidade-processo, tem o mérito de permitir vislumbrar novas formas de intervenção sobre o espaço, mesmo ações de saúde, porque, inserindo a participação da população na construção do seu próprio território, põe como possibilidade, e não mais como utopia, uma gestão efetivamente democrática do espaço (HEIMANN et al., 1992, p. 32)

Está na base do argumento desses autores que o objetivo da gestão de saúde local é interferir na demanda por assistência à saúde, ou reduzindo ou transformando, não apenas atendendo a procura. Logo, esse modelo pressupõe a construção da política de forma ascendente, limitando o poder dos governos centrais em pormenorizar a atenção à saúde por meio dos programas que definem as tecnologias, as quantidades e as forma de operação dos serviços e ações de saúde. Entende-se que a gestão da saúde assim fundamentada tem condições, em alguma medida, de operar seletivamente no processo de homogeneização, integração e polarização, possibilitando uma construção social contra hegemônica na área da saúde.

Já o contraponto a esse modelo de atenção pautado na perspectiva de saúde como *bem-estar social*, ou seja, o pautado na saúde como *ausência de doença*, conduz ao modelo que privilegia o uso racional dos recursos, em consonância com o desenvolvimento das forças produtivas relacionadas ao setor saúde. A reflexão dos autores sobre a descentralização inspirada por esse modelo, e que continua extremamente atual para o debate da regionalização, é reveladora, conforme apontam Heimann et al. (1992):

A intervenção estatal nesta prática social, de uma forma ou de outra, privilegia o desenvolvimento do Capital em detrimento do Trabalho, com investimentos para reproduzir e ampliar sua base produtiva, incluído o setor privado da produção de serviços de saúde, e, de maneira a concentrar a renda, transforma a saúde numa mercadoria que será consumida conforme a estratificação social determinada pelo modelo econômico-político.

Dessa forma, esta perspectiva medeia a estruturação do sistema público de serviços de saúde com interesses de grupos econômicos, através de normatizações geradas no interior do próprio aparelho de Estado, característica de um modelo autocrático de governar. Esta ação estatal, longe de transformar a relação Estado/Sociedade, mantém a hegemonia do poder político das elites. (p. 34).

A racionalidade dada pelo modelo médico assistencial conduz a política, sobretudo, à provisão das ações e serviços de saúde pelo setor público ou privado. O objetivo da gestão de saúde local é atender a demanda por saúde, seja a causada por questões loco-regionais, seja a induzida pela oferta pré-existente, por novas tecnologias ou pelos programas públicos elaborados de forma centralizada. Por meio desse modelo é possível adequar a demanda local às necessidades de reprodução do capital, ora gerando escala para a oferta instalada, ora capilarizando territorialmente o consumo de tecnologia médica.

Ainda com base nas considerações de Heimann et al. (1992), é possível antecipar o que está no cerne da transição do processo de descentralização para o da regionalização. Os autores entendem que o modelo de atenção pautado no indivíduo, ou seja, na saúde como *ausência de doença*, tende a reforçar a concentração espacial produtiva. Dizem esses autores:

Os princípios organizativos do sistema de saúde – a regionalização, a hierarquização, a descentralização, a integração, a universalização e a participação – podem então ser assim apreendidos: a regionalização e a hierarquização seguem o critério da ocupação do espaço de acordo com os padrões de acumulação, ampliação e reprodução do capital. A rede de serviços públicos de saúde se expande segundo a lógica de mercado, sobrepondo-se a tantas outras redes de circulação de bens de consumo como alimentação, transporte, lazer, moradia, entre outros. (HEIMANN et al., 1992, p. 34, grifo nosso)

Assim, a gestão da política fundamentada no modelo médico assistencial possibilita o aprofundamento do processo de homogeneização, integração e polarização, quando tem sua dinâmica ditada por atores localizados em níveis centrais, exógenos aos locais de implementação da política, que uniformiza a atenção à saúde – gestão, tecnologias e processos – por meio de programas que se impõem por todo o território nacional. Nessa perspectiva, a gestão da política de saúde contribui com a hegemonia totalizadora do capital.

Portando, pode-se dizer que essas reflexões elaboradas ainda nos primórdios do SUS, anteciparam a disputa que iria se configurar em torno do processo de regionalização da política de saúde pública a partir da década de 2000, conforme veremos.

Antes de retomar a construção histórica do SUS cabe ressaltar que a importância e complexidade da conformação das relações federativas, que se inicia com a descentralização e se aprofunda com a regionalização da política de saúde nacional, vêm inspirando importantes estudos. Essas análises sobre os diferentes aspectos que envolvem a gestão compartilhada do sistema, como as instâncias e instrumentos intergovernamentais (VIANA; LIMA, 2011; ALBUQUERQUE et al., 2011), a gestão e governança regional (HEIMANN et al., 2007;

SANTOS; GIOVANELLA, 2014), os instrumentos jurídicos e de gestão (SANTOS; ANDRADE, 2009; SANTOS, 2012), o financiamento (MENDES et al., 2008, LEVI; SCATENA, 2011), são fundamentais para a compreensão dos limites e potencialidades do processo de descentralização e regionalização da gestão da política de saúde.

No entanto, o aspecto fundamental do presente estudo é aquele que relaciona o processo de regionalização do SUS a economia política da saúde, ou seja, é a análise a partir da divisão inter-regional do trabalho. Nesse sentido Guimarães (2005) aponta a importância em se considerar a “economia política da urbanização”. Afirma o autor:

[...] a saúde pública, por meio da expansão de seus serviços, está inserida no tecido urbano e é parte constitutiva da divisão social e técnica do trabalho. Na qualidade de *locus* do trabalho médico articulado às redes cada vez mais complexas de produção e consumo, a saúde é um campo no qual as relações sociais são baseadas em políticas de classe. Em vista disto, ela deve ser continuamente analisada no contexto da economia política da urbanização. (GUIMARÃES, 2005, p. 1023)

Nesse sentido, o que se busca aqui é jogar luz sobre a dimensão territorial do desenvolvimento no processo de descentralização e regionalização da política de saúde pública nacional. Em outros termos, ainda que existam importantes abordagens quanto às potencialidades e limites da pactuação interfederativa para a construção do SUS, o esforço do presente estudo é apontar, sempre que possível, aqueles aspectos que, a nosso ver, contribuem ou não para o processo de homogeneização, integração, polarização e hegemonia que dinamizam o território nacional.

3.2.1 – A primeira metade da década de 2000: as Normas Operacionais de Assistência à Saúde

A regionalização como estratégia da política de saúde ganha relevância no início dos anos 2000, com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (01/2001 e 01/2002), sobretudo com o objetivo de responder à construção e operacionalização das atividades assistenciais regionais, o que se evidencia no título do documento: “Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso”. O documento introduz noções de territorialidade para a identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, de forma a propiciar uma lógica de planejamento integrado que não se restringe à abrangência municipal. A partir dele é formulada a figura das *regiões de saúde*, que representaria uma base territorial de planejamento e não uma estrutura administrativa ou operacional.

A *região de saúde* é um dos conceitos-chave do Plano Diretor de Regionalização – PDR, que é o instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência e abarca outros conceitos-chave como *módulo assistencial*, *município-sede* do módulo assistencial, *município-polo*, unidade territorial de qualificação na assistência à saúde e microrregião. Apesar do conceito de município polo ou sede guardar a noção de *centralidade* e *área de influência*, é importante ressaltar que, na NOAS, a classificação dos municípios nessas categorias dependia da sua habilitação nas formas de gestão preestabelecidas: gestão plena no sistema municipal ou gestão plena na Atenção básica. Cabe também destacar que a norma indica conjuntos mínimos de procedimentos, chamados “cortes” assistenciais, que servem de referência intermunicipal para a definição dos módulos assistenciais e a qualificação das microrregiões.

Observa-se que a concepção de rede urbana e de polarização, onde determinados centros urbanos assumem funções diferenciadas na prestação de bens e serviços, está explicitada na NOAS. Conforme afirma Guimarães (2005):

[...] a região de saúde concebida na NOAS sugere a delimitação de um espaço contínuo, que diz respeito a uma parte de alguma unidade da federação, e cuja lógica é determinada pela interdependência funcional e pela polarização de um determinado município-sede, com um raio de abrangência de outros municípios vizinhos por meio dos fluxos entre os serviços de saúde de suas aglomerações urbanas (p. 1018)

Pode-se afirmar que, apesar da NOAS apontar a importância das noções de territorialidade para o planejamento das ações e serviços de saúde e construção da política de regionalização, o que se observa, a partir do financiamento, é o aprofundamento da responsabilidade de atuação dos municípios na Atenção básica⁵³. A NOAS propôs a ampliação do elenco de atividades do PAB, criando a condição de Gestão Plena da Atenção básica Ampliada, que acrescentava R\$ 0,50 per capita habitante/ano e comprometia a atuação dos municípios ao controle da tuberculose, à eliminação da hanseníase, ao controle da hipertensão arterial, ao controle da diabetes *mellitus*, à saúde da criança, à saúde da mulher e à saúde bucal. Mendes (2005) denuncia:

É certo que, anteriormente à NOAS, os municípios já atuavam nessas áreas, porém a alteração introduzida reforça o seu comprometimento

⁵³ Para Barros (2003), desde a NOB 96, as estratégias construídas traziam, de forma subjacente, o objetivo de “especializar a esfera municipal na provisão da atenção básica, reservando aos estados e à União papéis preponderantes na oferta de ações de média e alta complexidade” (p. 67).

específico nessas ações. Mais do que isso, observa-se que, a partir do estabelecimento de um valor adicional per capita definido nacionalmente, se procura conservar o traço central e estrategicamente dominante de se operar a política de saúde pelo financiamento em áreas definidas pelo governo federal, reforçando a sua determinação na formulação da política de saúde local. (p. 102)

O Piso da Atenção Básica Ampliado (PABA) continua a ser composto de uma parte fixa (PABA Fixa) e outra variável (PABA Variável), vinculadas aos incentivos por adesão aos programas.

O planejamento do uso dos recursos para a média complexidade, realizado por meio do PDR e da PPI, garantidor do acesso a toda população aos maiores níveis de complexidades assistenciais, caberia ao Estado. Os municípios receberiam, conforme sua capacidade instalada e seu papel no módulo assistencial, o limite financeiro da assistência separado em duas partes: os recursos destinados à própria população e os recursos destinados à população referenciada.

Mendes (2005) detalha:

Assim, os repasses de recursos financeiros referentes aos serviços de alta complexidade são realizados em conta bancária específica, aberta pelo Fundo Nacional de Saúde para cada município ou estado gestor dos recursos. O ajuste do limite de recursos deverá ser anual, conforme indicação da Secretaria de Assistência do Ministério da Saúde, e qualquer valor que extrapole esse limite deve ser coberto com os recursos do teto financeiro da média complexidade. Dessa forma os municípios que têm serviços de alta complexidade terão que se render à administração dos estados e ao mecanismo de pagamento do Ministério da Saúde (p.103)

E ainda, a Portaria nº 132 do MS de 31 de janeiro de 2001 estabeleceu:

[...] que os pagamentos relativos aos procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) – destinados a cobertura da alta complexidade – serão executados pelo Ministério da Saúde diretamente aos prestadores de serviços, independentemente da condição de gestão do município. Esses valores deixam de ser repassados fundo a fundo ou para conta específica dos respectivos gestores habilitados em gestão *plena do sistema municipal*. (p. 103-104)

A estratégia de financiamento da nova política, principalmente devido à retirada da gestão do recurso do FAEC⁵⁴ do âmbito dos gestores subnacionais, gera forte resistência (BARROS, 2003).

Nesse sentido, Mendes (2005) aponta que as mudanças propostas pela NOAS 01/2001 e 01/2002 representaram uma quebra de paradigma do que vinha sendo construído a partir das NOBs, que era a responsabilização integral da atenção pelos gestores dos municípios habilitados em gestão semiplena/plena do sistema⁵⁵.

Dourado e Elias (2011) e Viana et al. (2011) reconhecem grandes potencialidades no sentido de racionalizar o provimento integral de serviços de saúde a toda população nas NOAS, mas entendem que elas dificultaram os processos de construção das relações entre os diferentes atores envolvidos devido a sua excessiva rigidez, além de uma acentuada fragmentação dos mecanismos de transferências de recursos federais.

Teixeira (2002) reconhece o predomínio de uma vertente “municipalista” no processo de formulação e implementação das NOBs 01/93 e 01/96, ainda que a operacionalização desse processo tenha permanecido sob o comando dos demais entes, o que explicaria os diferentes períodos de implantação das NOBs nos vários estados do país, de acordo com a disposição mais ou menos “municipalista” dos governos estaduais. Em relação às NOAS, a autora afirma parecer resultar da conquista de vertente “federalista”, que busca fortalecer o papel da gestão estadual com o propósito “de coordenar um processo de organização de sistemas microrregionais de saúde, agregando pequenos municípios em torno de municípios “pólos”, os quais devem ter condições de assumir a Gestão Plena do sistema municipal” (TEIXEIRA, 2002, p. 155). A autora (2002) enfatiza:

Diversamente da NOB 01/96, que estimulou uma certa competição entre os municípios, na medida em que estabeleceu incentivos financeiros ao aumento da produtividade e ampliação de responsabilidades sobre a produção de serviços, a NOAS 2001 enfatiza a cooperação e recupera a noção de economia de escala como

⁵⁴ O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 531/GM, de 30 de abril de 1999, que define “os recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde, que compõem o Teto Financeiro da Assistência à Saúde dos estados e do Distrito Federal”, criou, em seu art. 7º, o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação — FAEC, com a finalidade de arcar com os pagamentos dos procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual, próprios da Câmara Nacional de Compensação, e dos decorrentes da execução de ações consideradas estratégicas. (BARROS, 2013, p.50).

⁵⁵ “O Decreto nº 3.964, de 10 de outubro de 2001, reorganizou o FNS, redefinindo critérios de transferências de recursos por fundos de saúde, estaduais e municipais, e a celebração de convênios com órgãos e entidades. Também define as receitas e despesas, estabelecendo o FNS como unidade de orçamento de finanças e contábil do SUS (artigo 9º)” (SALVADOR, 2010, apud PESCUMA JUNIOR; MENDES, 2013).

fundamento para a racionalização (e a reconcentração) de recursos, especialmente aqueles destinados aos investimentos em serviços de média e alta complexidade, realizados nos municípios “pólos” de microrregiões de saúde. (TEIXEIRA, 2002, p. 155)

Segundo a autora, do ponto de vista técnico-assistencial, essa cooperação que possibilitaria a racionalização no uso dos recursos tem como fundamento a possibilidade de construir sistemas de serviços de saúde que ultrapassem os limites territoriais dos municípios, sobretudo dos menores, alcançando a integralidade do cuidado, ainda que limitada a capacidade instalada da microrregião. Teixeira (2002) afirma:

Para isso, assume uma lógica organizacional e programática cujo elemento de referência é o grau de complexidade tecnológica dos serviços existentes nos diversos municípios, propondo uma delimitação territorial correspondente ao estabelecimento de dois níveis de atenção: a “atenção básica ampliada”, organizada no espaço de um módulo assistencial e a “atenção integral à saúde”, que constitui o conjunto de módulos assistenciais integrados em uma microrregião de saúde. (p. 155)

Ainda que diferentes autores conceitualizem o termo “integralidade” relacionado à política de saúde a partir de diversas noções que abarcam tanto a saúde como *ausência de doença* quanto *bem-estar social*⁵⁶, a problematização de Teixeira (2002) nesse sentido, no que se refere à NOAS, é basilar no presente estudo, uma vez que ela relaciona essa “integralidade” com o modelo médico-assistencial e sua racionalidade. Diz a autora:

A questão que se coloca, entretanto, diz respeito aos limites da “integralidade” concebida enquanto “integralidade da assistência à saúde”, na perspectiva do cuidado médico, individual, curativo. Em outras palavras, diz respeito a uma concepção de “integralidade” restrita à racionalização da oferta de serviços voltados ao atendimento à demanda espontânea, o que significa a criação de condições mais “favoráveis” à reprodução do modelo médico assistencial privatista, hegemônico e do modelo sanitista, ainda vigentes no âmbito do SUS. (TEIXEIRA, 2002, p. 155)

⁵⁶ Vale destacar a formulação de Mattos (2001; 2004) e de Cecílio (2001). O primeiro propõe três conjuntos de sentidos para a noção de integralidade. Um primeiro conjunto que se relaciona com a “boa prática da biomedicina” que busca resolver as necessidades de saúde dos indivíduos de forma integral por meio do encontro entre os profissionais; um segundo conjunto que se relaciona à organização das ações e serviços de saúde orientada pela epidemiologia, que busca resolver as reais necessidades de saúde da população; e um terceiro conjunto, relacionado às respostas governamentais a certos problemas de saúde ou às necessidades de certos grupos específicos. Já Cecílio (2001) propõe a “integralidade focalizada” que se relaciona ao esforço da equipe de saúde no cuidado integral do indivíduo e a “integralidade ampliada” que se refere à articulação de múltiplas “integralidades focalizadas” em rede de serviços, que não se limitam apenas à saúde, por considerar a melhora das condições de vida como parte de um esforço intersetorial.

Desse modo, a autora sugere a revisão e aprofundamento das propostas de regionalização da assistência na busca de alternativas que se refiram à integralidade da atenção à saúde, considerando “a heterogeneidade das condições de vida e da situação epidemiológica dos diversos grupos da população nas várias regiões e estados do país” (TEIXEIRA, 2002, p. 156).

Teixeira (2002) propõe a superação do modelo baseado na atenção à “demanda espontânea” para um que privilegie ações voltadas à intervenção sobre os determinantes dos problemas e não apenas sobre os seus efeitos. Para isso é necessário formular “ações programáticas” ancoradas no reconhecimento “acerca dos problemas e necessidades dos indivíduos e dos grupos da população em situações concretas” (p. 159). Nesse sentido, a autora sugere a incorporação da noção de *vigilância da saúde* na proposta de regionalização da NOAS como forma de superar “o viés economicista da Programação Pactuada Integrada (PPI)”, considerada “um instrumento de racionalização da oferta de serviços pelas unidades de saúde, que não problematiza o conteúdo das práticas que são realizadas nem a sua adequação às necessidades e problemas de saúde da população dos municípios” (p. 159).

Com a mudança político-partidária no comando do governo federal em 2003, começam a ser gestadas novas diretrizes para a política de saúde. Esse processo culminou na publicação do Pacto pela Saúde 2006, regulamentado pelas portarias nº 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006 e nº 699 de 30 de março de 2006.

3.2.2 – A segunda metade da década de 2000: o Pacto pela Saúde

A portaria que institui o Pacto pela Saúde 2006 começa ressaltando as dificuldades geradas pelas mudanças constantes por meio de “reformas incrementais” nos processos normativos, excessivamente detalhados e complexos, para a construção do SUS:

Ao longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade (Brasil, 2006a, grifo nosso).

E estabelece:

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos

princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. (Brasil, 2006a)

O Pacto pela Saúde, aprovado em reunião da CIT, está organizado em três diretrizes principais. O Pacto pela Vida, baseado em seis prioridades de saúde para a população brasileira: i) saúde do idoso; ii) controle do câncer de colo de útero e de mama; iii) redução da mortalidade infantil e materna; iv) fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; v) promoção da saúde; vi) fortalecimento da Atenção básica. O Pacto em Defesa do SUS, que propõe diretrizes na defesa de uma saúde como direito social segundo os preceitos construídos no movimento da Reforma Sanitária Brasileira. E por último, o Pacto de Gestão, que estabelece diretrizes quanto a descentralização; a regionalização; o financiamento; o planejamento; a Programação Pactuada e Integrada – PPI, a regulação, a participação social e a gestão do trabalho e da educação na saúde.

As diretrizes voltadas para a regionalização da política de saúde foram detalhadas em um caderno chamado “Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS” (BRASIL, 2007a). Nesse caderno, um dos pressupostos da regionalização é a territorialização, que aponta para a importância na identificação da *configuração territorial*, uma vez que considera, além de indicadores demográficos e epidemiológicos, também os equipamentos sociais, as dinâmicas das redes de transporte e de comunicação, os fluxos assistenciais seguidos pela população, bem como fatores de identidades culturais:

A territorialização consiste no reconhecimento e na apropriação, pelos gestores, dos espaços locais e das relações da população com os mesmos, expressos por meio dos dados demográficos e epidemiológicos, pelos equipamentos sociais existentes (tais como associações, igrejas, escolas, creches etc.), pelas dinâmicas das redes de transporte e de comunicação, pelos fluxos assistenciais seguidos pela população, pelos discursos das lideranças locais e por outros dados que se mostrem relevantes para a intervenção no processo saúde/doença – como o próprio contexto histórico e cultural da região. (BRASIL, 2007a, p. 17-18)

Assim, o processo de identificação das Regiões de Saúde deve respeitar a diversidade territorial brasileira considerando as diferentes dinâmicas regionais, e por isso, tem como segundo pressuposto a flexibilização, que possibilita a formação de regiões “por municípios

pertencentes a um ou a mais de um estado; podem ser formadas dentro de um único município ou por diversas municipalidades e, ainda, por municípios de mais de um país, desde que situados em regiões de fronteiras” (BRASIL, 2007a, p. 18).

São também pressupostos da regionalização no Pacto pela Saúde 2006 a cooperação e a co-gestão, que implica no envolvimento cooperativo entre os diferentes atores das três esferas de governo, gestores e equipes de saúde. O espaço de co-gestão é o Colegiado de Gestão Regional (CGR) do qual participam todos os gestores dos territórios abrangidos pela Região de Saúde (BRASIL, 2007a). Cabe aqui destacar, que esse é uma importante inovação inserida pelo Pacto, uma vez que a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) regional, instituída na NOB 96, previa uma composição paritária entre representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), o que permitia que poucos municípios participassem do processo de decisão. Já o CGR, por garantir a participação dos gestores de todos os municípios que compõem a Região de Saúde, possibilitou que o processo de regionalização passasse a ser muito mais representativo da esfera municipal. Vale também ressaltar que o Pacto de Gestão altera os antigos processos de habilitação dos municípios por capacidade de gestão, orientando a adesão pelo Termo de Compromisso de Gestão (TCG) que deve ser homologado nas Comissões Intergestores estadual e federal, o que já pressupõe uma maior interação entre os entes federados.

O Plano Diretor de Investimento (PDI) e a responsabilização dos diferentes entes na garantia do acesso por meio da “pactuação sobre quais sejam as responsabilidades mínimas não compartilhadas e as responsabilidades que devam ser objeto de compartilhamento entre as esferas de gestão” (BRASIL, 2007a, p. 20), orientam o financiamento solidário e a subsidiariedade. Por último, os gestores de saúde devem apoiar e estimular a participação e controle social nos espaços regionais.

Cabe ressaltar, que no Pacto pela Saúde 2006 a definição do “corte” assistencial que limita uma região de saúde considera critérios que devem ser estabelecidos pelos gestores locais, inclusive no sentido de indicarem metas a serem alcançadas por meio da pactuação regional. Além do CGR, da CIB, da PPI e do PDI, conforme já foi visto, o planejamento regional conta também com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que deve identificar e reconhecer as Regiões de Saúde e os CGRs, os mapas dos arranjos regionais que conformam as Macrorregiões de Saúde e suas redes de atenção à saúde, a identificação de “complexos regulatórios” e outros arranjos e/ou processos pactuados entre os gestores, com o objetivo de potencializar as ações de saúde em âmbitos regionais. (BRASIL, 2007a).

O Quadro 1 detalha os objetivos gerais da regionalização da política de saúde. Além da garantia do acesso integral às ações e serviços de saúde que não possam ser atendidas nos limites municipais, os objetivos ressaltam a importância em fortalecer o papel dos entes subnacionais para o reconhecimento das necessidades de saúde loco-regionais e também da racionalização e otimização dos recursos, com vistas a ganhos de escala.

Quadro 1 – Objetivos da regionalização definidos no Pacto pela Saúde

Estratégia importante para a qualificação do SUS e para a efetivação de relações intergestores mais solidárias e cooperativas, a regionalização deve se pautar pelos seguintes objetivos gerais:
<ul style="list-style-type: none"> • Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional a ser atendido transcenda à escala local/municipal.
<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
<ul style="list-style-type: none"> • Potencializar a descentralização do sistema fortalecendo o papel dos estados e dos municípios, para que exerçam amplamente suas funções gestoras e para que as demandas e interesses locoregionais se expressem nas regiões (e não fora delas).
<ul style="list-style-type: none"> • Racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Departamento de Apoio à Descentralização (Brasil, 2007a).

Deve-se reconhecer que tais objetivos que norteiam a regionalização explicitam as duas racionalidades que vem fundamentando a construção da política de saúde pública nacional. Aquela baseada na saúde como *bem-estar social*, que valoriza o reconhecimento das necessidades loco-regionais para a definição do modelo de atenção e a fundamentada na *ausência de doença*, que orienta a integralidade da assistência à saúde, mais favorável à lógica de funcionamento do modelo médico assistencial.

Foi mantida a responsabilidade das três esferas de gestão no financiamento do SUS sendo que a portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle. Inicialmente foi prevista a conformação de cinco grandes blocos de financiamento para a transferência de recursos federais, sendo eles: atenção básica; atenção de Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; Vigilância em saúde; Assistência farmacêutica; e gestão do SUS (BRASIL, 2007b). O bloco de Investimento na rede de saúde foi incluído pela portaria nº 837, de 23 de abril de 2009 (BRASIL, 2009).

Em que pese o esforço do Pacto de Gestão em superação da prática de repasses de recursos vinculados a determinados programas ou ações (recursos “carimbados”) por meio

dos blocos de financiamento (MARQUES; MENDES, 2014), o que se verifica é a perpetuação da transferência por incentivos. Ainda que se observe a consolidação ao longo do tempo, da transferência fundo a fundo entre os gestores como modalidade preferencial do repasse de recursos, os diversos componentes que constituem os blocos de financiamento e seus vínculos com as diferentes ações e estratégias formuladas pelo Ministério da Saúde evidenciam a necessidade da adesão dos municípios às propostas ministeriais, como veremos a seguir.

O bloco da Atenção básica manteve a lógica anterior, sendo formado pelos componentes PAB Fixo⁵⁷, que agregava o montante destinado ao custeio de ações da Atenção básica, e o PAB Variável, destinado ao custeio de estratégias específicas de Atenção básica. Podendo esse último ser composto das seguintes estratégias: Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Bucal; Fator de Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas, Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário; Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico⁵⁸.

O bloco da Atenção de Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC), também é constituído por dois componentes, o Limite Financeiro da Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). O primeiro inclui recursos destinados ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente, tais como: Centro de Especialidades Odontológicas - CEO; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST; Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos; Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde - FIDEPS; Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena - IAPI; Incentivo de Integração do SUS - INTEGRASUS; além de outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.

O FAEC agrega recursos voltados às ações de média e alta complexidade dos seguintes itens: procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta

⁵⁷ Para detalhes sobre a forma de cálculo do PAB fixo ver Portaria n.º 1.602, de 9 de julho de 2011, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1602_09_07_2011.html

⁵⁸ A Portaria n.º 399 de fevereiro de 2006 incluía a Compensação de especificidades regionais, que foi revogada pela Portaria n.º 1.408 de 10 de julho de 2013, que incorporou esses recursos à parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB Fixo).

Complexidade (CNRAC); transplantes e procedimentos vinculados; ações estratégicas ou emergenciais de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido, incluindo os recursos dos Projetos de Cirurgia Eletiva de Média Complexidade; e novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar – MAC.

O Bloco da Vigilância em saúde⁵⁹ é composto pelo componente Vigilância em saúde e o componente Vigilância Sanitária. O primeiro se subdivide em Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS), estando o repasse de recursos para esse último relacionado à adesão às seguintes ações: implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em saúde⁶⁰, incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais⁶¹; e Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.

O Bloco de financiamento da Assistência farmacêutica⁶² se organiza em três componentes: Básico, Estratégico e Medicamentos de Dispensação Excepcional, sendo que apenas o primeiro é da responsabilidade dos três entes federados e é composto por uma parte Fixa e outra Variável (relacionadas aos programas de Hipertensão e Diabetes, exceto insulina; Asma e Rinite; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo).

⁵⁹ A seção III que trata do Bloco de Vigilância em Saúde da Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, foi revogada pela Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para a execução e o financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

⁶⁰ São consideradas ações estratégicas: Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), Serviço de Verificação de Óbito (SVO), Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), Apoio de laboratório para o monitoramento da resistência a inseticidas de populações de "Aedes aegypti" provenientes de diferentes estados do País; Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (FINLACEN); Vigilância Epidemiológica da Influenza; Ações do Projeto Vida no Trânsito; e Ações de Promoção da Saúde do Programa Academia da Saúde.

⁶¹ Unificou os seguintes incentivos: Qualificação das Ações de Vigilância e Promoção da Saúde as DST/AIDS e Hepatites Virais; Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS; Fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV.

⁶² A Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que trata do financiamento do Bloco da Assistência Farmacêutica, foi alterada pela Portaria nº 1.554 de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, e pela Portaria nº 1.555 de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica SUS.

O Bloco Gestão do SUS destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a implantação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema, sendo composto pelo componente para a Qualificação da Gestão do SUS e para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde. Esse último se vincula a incentivos para: a implantação de Centros de Atenção Psicossocial; qualificação de Centros de Atenção Psicossocial; implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental; fomento para ações de redução de danos em CAPS AD; inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO; implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase; implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

O Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde se destina a financiar a realização de despesas de capital, mediante apresentação de projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado, ao Ministério da Saúde.

Mesmo sendo amplamente reconhecida, inclusive em âmbito internacional, a importância de algumas estratégias formuladas pelo Ministério da Saúde que condicionam o repasse dos recursos⁶³ e que esse processo tenha se dado com o apoio e aprovação, na Comissão Intergestores Tripartite, das entidades que representam os governos subnacionais – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) – deve-se tecer duas importantes considerações a respeito dessa forma de financiamento estipulada pelo Pacto pela Saúde. A primeira diz respeito ao fato de que grande parte da transferência dos recursos financeiros pode ser considerada “carimbada”, ao invés de um teto financeiro global, que possibilitaria a maior autonomia na decisão de gastos do gestor subnacional. A segunda, ao fato dos programas que direcionam os recursos serem fortemente calcados em um modelo de atenção médico-assistencial, que se baseia no conceito de saúde entendida como *ausência de doença*.

Logo, se além da fragmentação definida para os seis blocos de financiamento, que já impõem o direcionamento de parte do recurso para ações e serviços de saúde de maior

⁶³ Apenas para destacar algumas, entram nesse rol o Programa de Prevenção e Controle das DST/AIDS, de Hipertensão e Diabetes, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, os programas relacionados à Saúde da Mulher, à Saúde Mental, à Saúde Bucal, entre outros.

conteúdo tecnológico, como o da MAC e da Assistência farmacêutica, os demais blocos também acabam atravessados pelas estratégias ministeriais voltadas para o modelo médico-assistencial, pode-se inferir duas consequências da forma de financiamento estabelecida pelo Pacto. A primeira está relacionada à “recentralização”, conforme já aventado anteriormente, onde as ações dos entes municípios se mantêm fortemente orientadas para a execução das políticas definidas no âmbito central, com perda de autonomia decisória dos governos locais. A segunda é a tendência de disseminação de um modelo de atenção fortemente calcado no conceito de saúde como *ausência de doença*, difundindo tecnologias que, mesmo reconhecidamente eficientes e eficazes, podem não atender as necessidades prioritárias definidas pelas demandas e interesses loco-regionais que se expressam nas regiões, conforme um dos objetivos da regionalização proposta pelo Pacto de Gestão.

Mesmo considerando os diferentes objetivos da regionalização propostos pelo Pacto de Gestão (Quadro 1), pode-se inferir que a ampliação de estratégias baseadas em modelos médico-assistenciais, definidos no nível central, torna secundário aquele que busca potencializar a descentralização para que os estados e municípios “exerçam amplamente suas funções gestoras e para que as demandas e interesses locoregionais se expressem nas regiões” (BRASIL, 2007), tendendo o processo de regionalização do SUS muito mais à racionalização e otimização dos gastos.

3.2.3 – O início dos anos 2010: consolidação da racionalidade do modelo médico-assistencial na regionalização do SUS

Na perspectiva da regionalização da política de saúde pública brasileira a década dos 2010 começa com o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080. Ainda que, desde a CF 1988, a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde sempre tenham remetido à necessidade de integração dos serviços assistenciais em rede e que o arcabouço jurídico-regulatório subsequente nunca tenha deixado de referenciá-la, é com este decreto que a Rede de Atenção à Saúde (RAS) ganha protagonismo.

As diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS já haviam sido definidas pela portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, entretanto, devido à importância jurídica do decreto e por ser publicado após o início do novo governo, optou-se em usá-lo como referência principal para análise do período. Nesse sentido, Magalhães Junior (2014) afirma que a nova gestão do Ministério da Saúde, ao assumir sob o comando da recém empossada presidenta da República, tomou a iniciativa de trazer a implantação da RAS para o centro da política de atenção à saúde.

Vale ressaltar, no entanto, que é na portaria nº 4.279 que encontramos conceitos norteadores do debate da regionalização que seguirá a partir do decreto. O documento, fruto de um acordo tripartite envolvendo o Ministério da Saúde, o Conass e Conasems (Brasil, 2014), apresenta a RAS como uma estratégia para a superação da fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, reconhecendo o modelo de atenção vigente no país como “fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta” que vem se mostrando “insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros” (Brasil, 2010). Dessa forma, a portaria faz várias considerações baseadas no ideário do SUS, tais como, a importância da Atenção Primária à Saúde (APS), a centralidade nas necessidades em saúde da população, o cuidado multiprofissional, a importância em se considerar as situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, a participação e controle social, o papel do CGR como espaço permanente de pactuação e co-gestão para a governança da RAS, o financiamento tripartite, entre outros.

Na definição e objetivo da RAS é possível identificar a tentativa de unir o cuidado integral e de qualidade com a eficiência econômica dos arranjos organizativos de ações e serviços de saúde. A portaria nº 4.279 explicita:

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (BRASIL, 2010)

Assim, a partir do decreto, a regionalização da saúde com integração dos serviços assistenciais em rede como forma de superar a fragmentação do sistema passa a ser um dos principais desafios do SUS (SILVA, 2013; SANTOS; ANDRADE, 2013).

As Regiões de Saúde, definidas pelo Pacto pela Saúde e reafirmadas pelo Decreto nº 7.508, passam, muitas vezes, a se confundir com as regiões que conformam a RAS. Nesse sentido, Santos e Andrade (2013) afirmam:

Rede de serviços de saúde ou de atenção à saúde é a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um

determinado território, que no SUS será a região de saúde, uma vez que a Constituição se refere à rede regionalizada, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, culturas, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme lógica técnico-sanitária”. (p. 38)

E ainda:

A região é a delimitação territorial da rede de atenção à saúde, uma vez que a Constituição, em seu art. 198 define o SUS como a integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos em rede regionalizada. (p.58)

De forma mais contundente, Mendes (2014) afirma que as Regiões de Saúde “devem ser totalmente revistas para que possam ancorar a formação das RAS e dar suporte a uma efetiva governança regional do SUS” (p. 43). Para o autor as Regiões de Saúde vigentes, que foram instituídas antes da RAS, visavam desconcentrar as ações político-administrativas das secretarias estaduais e não “combinariam” com as exigências de uma regionalização adequada para efetivar a RAS.

Ainda que o entendimento dos autores quanto à necessidade de conjugação da delimitação territorial da Região de Saúde com a da rede de atenção à saúde seja reflexo do novo status que as redes de atenção à saúde ganham a partir do novo marco jurídico, o art. 7º do Decreto 7.508, define que as “Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores” (BRASIL, 2010). Cabe aos entes federativos definirem, em relação às Regiões de Saúde, os i) seus limites geográficos; ii) a população usuária das ações e serviços; iii) o rol de ações e serviços que serão ofertados; e iv) as respectivas responsabilidades, critério de acessibilidade e escala para conformação dos serviços (BRASIL, 2010).

O decreto transformou o CGR em Comissão Intergestores Regional (CIR) para a pactuação da organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, no nível regional, sempre observando as diretrizes da CIB. E para dar maior segurança jurídica nas relações interfederativas, o documento prevê o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), que define responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos

necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde, no âmbito das Regiões de Saúde. Também cria um instrumento de descrição geográfica, chamado Mapa da Saúde, que distribui os recursos físicos e humanos relacionados ao atendimento da população, bem como as ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, compondo diversos indicadores para auxiliar no planejamento da gestão e identificação de desequilíbrios regionais, sobretudo no que diz respeito à estrutura assistencial.

Posto que a RAS seja de suma importância para a garantia do acesso da população à assistência à saúde, é necessário reconhecer também que, enquanto norteadora da regionalização, ela tende a fortalecer a racionalidade calcada em um modelo médico assistencial, concebido a partir do conceito de saúde como *ausência de doença*. Nesse sentido é significativo o vínculo que Silva (2013) estabelece entre a integração sistêmica dos serviços de saúde proposta na RAS e a do Relatório Dawson.

A portaria nº 4.279 aponta para alguns atributos fundamentais da RAS como forma de assegurar a resolutividade assistencial. Entre esses atributos, vários fazem referência a racionalidades econômicas de funcionamento, tais como, economia de escala e de escopo, integração vertical e horizontal vinculadas às cadeias produtivas, processos de substituição que possibilitem “explorar soluções melhores e de menores custos”, entre outras. Embora a racionalidade econômica de funcionamento da rede assistencial seja de fundamental importância, devem-se reconhecer possíveis contradições que esses atributos carregam para a conformação dos modelos de atenção à saúde e consequentemente para a regionalização do SUS.

Nesse sentido vale ressaltar apontamentos de Mendes (2014) que salientam questões referentes à economia de escala e de escopo, à dispersão territorial dos serviços e a suficiência do acesso nos desenhos territoriais das Regiões de Saúde. O autor afirma:

Ademais, no desenho das regiões de saúde, economia de escala, disponibilidade de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização das RAS. Isso porque as RAS devem ser organizadas em arranjos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que não se beneficiam de economias de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; já os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala e de escopo, para os quais os serviços são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto no acesso. (MENDES, 2014, p. 43)

O pressuposto desses “arranjos híbridos” é a possibilidade de harmonização entre a necessidade de uma determinada eficiência de funcionamento – economias de escala e de escopo – do arranjo produtivo vinculado à saúde e a necessidade de prover o acesso aos serviços de saúde de forma universal, integral e equitativa. Há de se reconhecer as contradições subjacentes a essa harmonização.

Para orientar essa argumentação vale destacar três fundamentos que necessitam ser considerados na conformação da RAS segundo a portaria nº 4.279. A *economia de escala* orienta a concentração de serviços para racionalizar custos e otimiza resultados, sobretudo em relação aos insumos tecnológicos e humanos escassos. A *qualidade do cuidado* depende de diferentes dimensões, entre elas a *i*) segurança, reconhecendo e evitando situações que podem gerar danos enquanto se tenta prevenir, diagnosticar e tratar; *ii*) pontualidade, atuando de forma a evitar atrasos potencialmente danosos, *iii*) eficiência, evitando desperdícios ou ações desnecessárias e não efetivas; *iv*) equidade, para não resultar em desigualdades no cuidado. A *suficiência* significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população⁶⁴.

A racionalidade dada pela *economia de escala* dependerá não apenas da estrutura assistencial já instalada em um determinado território, mas também da incorporação de novas tecnologias nas práticas de saúde. A extrema fragmentação e complexidade tecnológica que transformaram o cuidado da saúde em um enredamento de pessoas e instituições, tornam intrincadas as necessidades de insumos, mão-de-obra e mercado que atendam à racionalidade de funcionamento desse setor produtivo. Tendo em vista os diferentes níveis de complexidade que conformam o cuidado assistencial integral deve-se considerar que esses arranjos produtivos pressupõem diferentes escalas territoriais.

Ressalta-se ainda, que esses arranjos produtivos de atenção à saúde, como qualquer outra forma de organização produtiva, são fortemente determinados pela acumulação flexível e por seus impactos territoriais de homogeneização e integração. Nessa perspectiva, deve-se considerar que a distribuição das ações e serviços que conformam a RAS tende a apresentar um forte condicionante exógeno, não apenas aos territórios mas, sobretudo, ao próprio setor da saúde. São seus nexos com as formas de produção mais gerais que estabelecerão a racionalidade adequada a sua forma produtiva específica.

⁶⁴ Além de economia de escala, da qualidade e da suficiência, a portaria faz referência ao acesso e aos recursos como fundamentais na organização da Rede de Atenção à Saúde. Por entender que esses dois últimos são estreitamente imbricados com os três primeiros, optou-se em considerar apenas os primeiros para a elaboração da argumentação.

Já as diferentes dimensões que conformam a *qualidade do cuidado* são determinadas pelo ideário do SUS, baseado na universalidade, integralidade e equidade, e tem como um dos seus fundamentos o reconhecimento das necessidades de saúde para a adequação do modelo de atenção à saúde. Pode-se afirmar que esse reconhecimento depende fortemente das condições de vida endógenas às regiões, haja vista que depende do espaço social onde a realidade de cada indivíduo se insere, da sua vista concreta. Logo podemos concluir que, a *suficiência das ações e serviços* disponíveis depende, por um lado, da racionalidade dada pela *escala econômica*, que determinará a distribuição dos insumos tecnológicos e de recursos humanos, bem como do “fluxo de pacientes”, para a adequada operação produtiva, e, de outro, da *qualidade do cuidado* prevista no ideário do SUS. Deve-se reconhecer a grande probabilidade da combinação desses dois últimos fundamentos – racionalidade dada pela *escala econômica* e *qualidade do cuidado* prevista no ideário do SUS – não permitir a viabilidade do primeiro, *suficiência das ações e serviços*, sobretudo quando se considera tempo e espaço específicos. Em outras palavras, a distribuição das ações e serviços de saúde que conformam as RAS, em determinados momentos e/ou lugares, ou não atenderá a racionalidade dada pelas *economias de escala*, ou não atenderá a *qualidade do cuidado* prevista no ideário do SUS.

Cabe afirmar então que esse possível descompasso entre *escala econômica* e *qualidade do cuidado* é um fator complicador da lógica de norteamiento da regionalização pelo funcionamento das RAS, ainda mais quando se considera que o rol de ações e serviços oferecidos pelo SUS objetiva a integralidade assistencial, com constante incorporação das tecnologias apoiadas em evidências científicas⁶⁵.

A dificuldade em compor uma rede de atenção que garanta a integralidade da assistência à saúde no território, considerando a oferta assistencial completa e atualizada, fez com que o governo federal, com o aval das entidades que representam os governos subnacionais – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de

⁶⁵ Segundo o art. 21 do Decreto nº 7.508, todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde estão na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), bem como, conforme especificado no art. 25, na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que detalha os medicamentos e os insumos farmacêuticos e hospitalares oferecidos pelo sistema público. Essas relações de ações, serviços e medicamentos, serão atualizadas a cada dois anos, conforme orientação do decreto. Os documentos com as relações de ações, serviços e medicamentos são de responsabilidade do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC), que atualizará a RENASES e RENAME a cada dois anos, segundo Decreto nº 7.508. As listas podem ser acessadas nos seguintes endereços eletrônicos:

http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/Rename/Rename-2014-Julho2015.pdf
<http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Renases2012.pdf>

Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) –, apresentasse proposta de priorização de algumas ações e estratégias na conformação das RAS, como forma de estimular o processo de implantação das redes a partir de determinados temas.

A Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011⁶⁶, estabelece “compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde”. Quanto à conformação desse formato organizativo, referido como “redes temáticas”, Magalhães Junior (2014) diz:

Sempre tendo a região como base territorial e a Atenção Básica como o seu centro de comunicação e articulação mais vigoroso, as RAS podem ser organizadas a partir de vários temas da atenção, que têm singularidades no seu modo de organizar o cuidado nos diferentes patamares tecnológicos. Por razões diversas, pode ser mais fácil e indutora a implantação de determinados temas em diferentes regiões, o que facilita, ao longo do tempo, a expansão para o conjunto integral da assistência. Esse formato organizativo pode ser chamado de redes temáticas ou linhas de cuidado temáticas. A ideia força das redes temáticas é a capacidade indutora de determinados temas para a organização do conjunto das RAS. Podem ser exemplos desses temas a questão da urgência e emergência, as doenças crônicas no seu conjunto ou em determinados grupamentos de patologias, a assistência obstétrica e neonatal e a rede de atenção da saúde mental. (p. 19, grifo nosso)

Assim, as redes temáticas teriam como perspectiva organizar as RAS a partir do ordenamento dado pela lógica circunscrita a uma (ou mais de uma) linha de cuidado. Haja vista o objetivo final de integralidade da assistência, inicialmente foi planejado induzir linhas de cuidados temáticas⁶⁷.

Magalhães Junior (2014) esclarece que a escolha das prioridades se deu devido a razões epidemiológicas e assistenciais, por meio de um amplo processo de discussão e pactuação com representantes dos estados e municípios. Assim foram definidas as seguintes redes: i) Rede Cegonha⁶⁸, que é a rede de cuidado obstétrico e neonatal; ii) Rede de Urgência

⁶⁶ A Portaria nº 1.473 institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde.

⁶⁷ Vale ressaltar que o conceito de Linha de Cuidado (LC) idealizado por Malta e Merhy (2010) se associa à “imagem de uma linha de produção voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades institucionais” (p. 594) apontando para uma produção da saúde que articula respostas macro e microinstitucionais que, tanto autonomizem o usuário quanto as suas escolhas na garantia de maior qualidade de vida, quanto que qualifique as respostas dos serviços às suas necessidades em saúde.

⁶⁸ Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011).

e Emergência (RUE)⁶⁹; *iii*) Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS)⁷⁰; *iv*) Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limite)⁷¹; *v*) Rede de Prevenção e Controle do Câncer de Colo do Útero e Mama, depois ampliada para Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer e inserida como eixo na Rede de Atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas⁷².

Devido ao seu caráter fragmentado e verticalizado, muitas são as críticas quanto à forma de organização do cuidado à saúde proposto pelas redes temáticas. Ouverney e Noronha (2013) e Noronha (2014), ressaltam que, sobretudo, devido ao processo de transição da situação epidemiológica dominada pelas “doenças agudas” para as “doenças crônicas”, que altera o paradigma da atenção à saúde, antes voltada à “cura” e agora ao “cuidado continuado”, cada vez menos se poderá fragmentar a organização do sistema assistencial, tanto por níveis de complexidade (primário, secundário e terciário), como em linhas de cuidado. Para Noronha (2014), ainda que existam particularidades no cuidado, é possível observar que “a imensa maioria dos pacientes apresenta múltiplas morbidades” (p. 51), grande parte delas exigindo cuidados prolongados, complexos, que envolvem intervenções coordenadas de uma ampla gama de profissionais e tecnologias de saúde.

O fato é que as transformações históricas sociais não apenas vem impactando nas formas de cuidado à saúde, considerando as tecnologias disponíveis e os arranjos produtivos relacionados à assistência médica, mas também, e sobretudo, no próprio adoecimento dos indivíduos que, diante das novas formas de organização da sociedade, refletem distúrbios psíquicos e biológicos de difícil conceituação e esquadramento. Nesse sentido Ouverney e Noronha (2013) recorrem a Starfield:

[...] as doenças crônicas sejam elas resultantes de infecções (cada vez mais frequentemente virais ou fúngicas), traumas, anomalias de desenvolvimento, defeitos autoimunes, susceptibilidades genéticas ou degeneração celular, são um produto de múltiplas influências sobre a saúde. Já não existe um ‘agente’ culpado da causa das “doenças”, e “doenças” em si não é mais um conceito simples. (STARFIELD, 2008 apud OUVERNEY; NORONHA, 2013, p. 146)

⁶⁹ Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011 (BRASIL, 2011c).

⁷⁰ Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011d).

⁷¹ Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012).

⁷² Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 (BRASIL, 2013).

Mesmo que as novas formas de organização da assistência médica e do adoecimento dos indivíduos carreguem essa ampla sucessão de complexidades, exigindo análises holísticas a partir da vida concreta dos indivíduos, das condições sociais em que estão inseridos e dos recursos disponíveis para a formulação adequada de intervenções, as estratégias organizativas baseadas nas redes temáticas avançam a partir de 2011.

Ainda que as redes temáticas guardem muitas semelhanças com os modelos sanitários de programas especiais, por focar em certos agravos e riscos e/ou determinados grupos populacionais, conforme nos informa Paim (2008), deve-se destacar as especificidades dessa proposta. Sendo estratégias conformadas para o processo de regionalização do SUS, elas apresentam maiores possibilidades de serem implementadas a partir do reconhecimento das necessidades loco-regionais. Conforme apontou Magalhães Junior (2014), a estratégia de implementação das redes temáticas tem as Regiões de Saúde como base territorial e a Atenção básica como articuladores da estratégia.

Em documento elaborado pela Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde – MS/SAS sobre a implantação das redes temáticas fica explicitado que as RAS têm como característica:

[...] a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos. (BRASIL, 2014, p. 9)

As normas e diretrizes que orientam as redes temáticas pressupõem o reconhecimento das características das Regiões de Saúde – a oferta assistencial, o perfil demográfico e epidemiológico – por meio de diagnósticos que irão municiar o planejamento e a pactuação. Ao se considerar as especificidades e a negociação de cada rede temática, o processo de implantação ocorre orientado nas seguintes fases: diagnóstico (análise situacional) e adesão (política e técnica com definição do grupo condutor); desenho da rede (pactuação dos fluxos, dos pontos de atenção e suas missões); contratualização dos pontos de atenção; qualificação dos componentes da rede e certificação da rede (BRASIL, 2014).

Assim, além de uma governança regional considerada “sistêmica” pelo Decreto nº 7.508/2011 por ser definida pelas instâncias gestoras do SUS (CIRs, CIBs e CIT) e pelo Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap), a implementação das redes temáticas pressupõem dois arranjos complementares. No nível do território, a partir do Plano de Ação

das Redes (PAR), os grupos condutores são responsáveis pelo “acompanhamento da implementação da rede e pelas articulações com os atores envolvidos nesta, sejam públicos ou privados” (BRASIL, 2014, p. 13). O outro arranjo conforma uma estrutura federal por meio dos comitês gestores, grupos executivos, grupos transversais e os comitês de mobilização⁷³ para a “coordenação dos compromissos prioritários do governo que dialogue com os conceitos de redes de forma matricial, compartilhada e democrática” (BRASIL, 2014, p. 13).

O documento elaborado pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS aponta ainda que é por meio do PAR que ocorre a governança financeira, onde “estão explicitados os montantes dos recursos financeiros, a responsabilidade de cada ente na sustentabilidade dos planos (no que diz respeito à quantidade de recursos financeiros) e quais os recursos alocados por prestador de Saúde envolvido no plano” (p. 14), que serão operacionalizados pelos instrumentos/mecanismos de Regulação da Atenção – programação geral, contratualização de estabelecimentos/prestadores (públicos ou privados) e regulação do acesso (BRASIL, 2014).

Tendo em vista que a estratégia das redes temáticas busca contemplar a integralidade do cuidado à saúde nos diferentes níveis da atenção a partir de seus diferentes componentes⁷⁴, conclui-se que a gestão intrafederativa e a definição das responsabilidades financeiras e do cuidado à saúde não é tarefa trivial.

Ainda que se reconheça a importância da análise dos aspectos relacionados aos espaços decisórios para a pactuação da política e aos instrumentos de gestão para a compreensão da implantação das redes temáticas e, em decorrência, para a compreensão do processo de regionalização do SUS, no presente estudo optou-se por jogar luz sobre as questões relacionadas ao financiamento. Se a responsabilização dos governos subnacionais na

⁷³ Portaria MS/GM nº 1.473, de 24 de junho de 2011.

⁷⁴ Os componentes que formam as redes temáticas são os seguintes:

- Rede Cegonha: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; sistema logístico: transporte sanitário e regulação;
- Rede de Urgência e Emergência: promoção e prevenção; Atenção Primária: Unidades Básicas de Saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24 horas; Samu 192; portas hospitalares de atenção às urgências; leitos de retaguarda; Atenção Domiciliar e hospitais-dia;
- Rede de Atenção Psicossocial: Eixo 1 – Ampliação do acesso à Rede de Atenção Integral de Saúde aos usuários de álcool, crack e outras drogas; Eixo 2 – Qualificação da Rede de Atenção Integral de Saúde; Eixo 3 – Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação; Eixo 4 – Ações de prevenção e de redução de danos e Eixo 5 – Operacionalização da rede;
- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: Atenção básica; atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências e atenção hospitalar e de urgência e emergência;
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: Atenção básica; atenção especializada (ambulatorial especializada; hospitalar e urgência e emergência); sistemas de apoio; sistemas logísticos e regulação. (BRASIL, 2014, p. 11)

gestão da atenção à saúde se consolidou ao longo da construção do SUS, as formas de financiamento da política e seus desdobramentos na autonomia dos diferentes entes federados na definição das estratégias de atenção à saúde ainda estão em disputa.

Dessa forma, considerando a importância que as redes temáticas assumem no processo de regionalização da política de saúde pública nacional, cabe compreender a sua forma de financiamento e, em decorrência, seu possível impacto na conformação de uma atenção à saúde calcada no reconhecimento das necessidades locais (elementos endógenos), uma vez que possibilita maior autonomia decisória aos gestores locais ou no modelo médico assistencial (elementos exógenos) com diminuição de autonomia decisória dos gestores locais. É por meio do financiamento da política e sua capacidade de indução, que uma determinada racionalidade, vinculada a um determinado conceito de saúde subjacente a um modelo de atenção, ganhará preponderância.

3.2.4 – O financiamento das redes temáticas

Existem diferentes modalidades de financiamento para os diferentes componentes que compõem as redes temáticas. Além do financiamento feito por meio das transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS) e Fundos Estaduais de Saúde (FES), denominados no SUS por transferências “fundo a fundo”, sobretudo para custeio de ações e serviços de saúde, mas também em investimentos na construção e reforma de unidades de atendimento e qualificação (compras de equipamentos) dos serviços, também foram direcionados recursos para a capacitação de profissionais e gestores⁷⁵, compra e distribuição de materiais⁷⁶, doação de veículos⁷⁷, construções de sistemas de informações⁷⁸, entre outras ações.

⁷⁵ Segundo Magalhães Junior (2014) o MS fez um grande esforço, em parceria com o Hospital Sírio Libanês, no marco dos projetos do Proadi, de instituir processos de formação de mais de 10.000 gestores e técnicos locais em gestão de redes, gestão da clínica, regulação e outros temas mais específicos, no formato misto, presencial e à distância, e no nível de especialização (p.29). Foram também realizadas capacitações para parteiras, no âmbito da Rede Cegonha, de profissionais para o cuidado da saúde mental no projeto “caminho do cuidado”, entre outros.

⁷⁶ No âmbito da Rede Cegonha foram distribuídos diferentes kits. Os das Unidades Básicas de Saúde (UBS), continham sonar, fita métrica, gestograma e balança. Os das gestantes, além da Bolsa Rede Cegonha, eram oferecidos materiais para cura do umbigo (um vidro de álcool 70% de 60 ml e 20 unidades de gaze estéril embalado em uma caixa de plástico) e trocador de fralda. Os voltados às parteiras tradicionais, continham bolsa para acondicionar os materiais, tesoura curva em inox, ponta romba, para uso exclusivo no parto, caixa em inox ou em alumínio, para guardar a tesoura de inox, balança de tração com gancho e suporte “tipo cegonha”, lanterna média a dínamo, fraldas de algodão, guarda-chuva e capa de chuva, bacia de alumínio, toalha para enxugar as mãos, estetoscópio de Pinard de plástico, fita métrica, pacotes com gaze, escova de unha, sabão líquido, rolo de barbante para ligadura do cordão umbilical, luvas descartáveis, álcool a 70%, saco plástico transparente (polietileno) entre outros.

No entanto, muito embora todas as formas de financiamento devam ser consideradas para a adequada avaliação da implantação das redes temáticas e seus resultados nas condições de acesso e de vida da população brasileira, para os objetivos deste estudo interessa a parcela de recurso transferida aos entes subnacionais por meio do FNS.

É possível afirmar que essa transferência de recursos incide de alguma forma sobre três blocos de financiamento, o da Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC), o de investimento e o da Atenção básica (AB). No entanto, grande parte do montante disponibilizado às estratégias vinculadas às redes temáticas foi direcionada ao bloco MAC. Assim, mesmo que se considere que parte dos componentes da estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS) seja transversal – Atenção básica, sistemas de apoio, sistemas logísticos e o sistema de governança – ou seja, comum a todas as redes temáticas, conforme anuncia Mendes (2014), os recursos financeiros disponibilizados aos estados e municípios foram “carimbados”, sobretudo para o uso em procedimentos de média e alta complexidade, nos moldes definidos nas portarias que norteiam as redes temáticas.

Com o intuito de apreendermos as principais características do financiamento das redes temáticas apresentaremos a seguir informações sobre os recursos direcionados a investimentos, custeio e incentivos às ações de saúde previstas nas portarias que normatizam as redes. As informações foram sistematizadas e organizadas em quadros resumos para quatro redes temáticas, a saber: a Rede Cegonha (RC), a Rede de Atenção à Urgência (RAU), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limite). Cabe ressaltar, que devido à institucionalização mais recente da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (RASPCD) e ao fato de que os incentivos financeiros envolvidos referem-se a diferentes linhas de cuidado específicas, como a relacionada ao cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade ou a de pessoas com doença renal crônica⁷⁹, não foi possível identificar transferências “fundo a fundo” específicas para essa rede temática. Optou-se assim por não considerar tal rede no escopo do presente estudo.

Aspectos gerais do financiamento das redes temáticas

Em relação à Rede Cegonha (RC), ainda que a Portaria nº 1.459 de 24 de julho de 2011 (BRASIL, 2011) determine o financiamento por meio da Atenção à Saúde da População

⁷⁷ O MS poderá doar aos Centros Especializados em Reabilitação (CER) veículos adaptados ao transporte sanitário (BRASIL, 2012i)

⁷⁸ Sistema Nacional de Informações em Câncer (SISCAN), Sistemas de Informação do Pré-natal (SISPRENATAL).

⁷⁹ Para detalhes sobre a conformação da RASPCD, ver Chueiri et al (2014).

para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e também do Piso de Atenção Básica Variável, grande parte dos recursos previstos se direciona para aqueles procedimentos voltados à assistência especializada.

As informações das portarias ministeriais⁸⁰, que organizam a RC e foram sistematizadas no Quadro 2, possibilitam observar que dos quatro componentes que compõem a rede, dois não tem financiamento determinado nas portarias da RC – o Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e o Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação. Já o financiamento previsto para os componentes Pré-natal e Parto e Nascimento são na maior parte direcionados às ações específicas e especializadas.

De forma geral, cabe aos entes federados subnacionais a adequação nos seus territórios das ações nos moldes previstos pelas normas editadas pelo ente federal, garantindo e informando o cumprimento das metas. Vale ressaltar que, no custeio dos equipamentos de maior complexidade tecnológica, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto e infantil e das Unidades de Cuidado Intermediários (UCI) neonatal, os entes subnacionais comprometem também seus próprios recursos, assumindo 20% das despesas (Quadro 2).

⁸⁰ Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), e Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011b).

Quadro 2 – Financiamento dos componentes da Rede Cegonha

Componentes	Equipamentos, insumos, ações	Investimentos			Custeio	União	Contrapartida dos demais entes	Ente federado beneficiado	
		Novo	Ampliação/ Reforma	Equipamentos/ Qualificação				Estadual	Municipal
Pré-natal	Novos exames (1)				Por gestante usuária do SUS	100%	Preenchimento do sistema de informações	X	X
	Deslocamento para pré-natal e parto				R\$ 20,00 para consulta e R\$ 30 para parto (2)	100%	Preenchimento do sistema de informações	X	X
	Captação da gestante (3)				R\$ 10,00 por gestante	100%	Qualificação do componente		X
	Kits para gestantes, para parteiras					100%	Preenchimento do sistema de informações		
Parto e nascimento	Centro de Parto Normal (CPN)	R\$ 350.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 150.000,00	R\$ 80.000,00/mês	100% do custeio	Cumprimento de metas	X	X
	Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)	R\$ 335.808,00	R\$ 130.000,00	R\$ 44.000,00	R\$ 60.000,00/mês (20 leitos)	100% do custeio	Cumprimento de metas	X	X
	Leito Canguru				n. de leitos x R\$ 80,00 x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação)	100% do custeio	Cumprimento de metas	X	X
	UTI adulto e infantil e UCI neonatal		R\$ 20.000,00 /leito	R\$ 100.000,00 /leito	n. de leitos novos x R\$ 1.000,00 x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação)	80% do custeio	20% do custeio	X	X
Puérpério e atenção integral à saúde da criança	Leitos para Gestantes de Alto Risco (GAR)				n. de leitos novos x R\$ 600,00 x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação)	80% do custeio	20% do custeio	X	X
Sistema logístico: transporte e regulação	O financiamento já consta na programação dos recursos existentes nos três níveis de gestão do SUS.								
Geral	O financiamento já consta na programação dos recursos existentes nos três níveis de gestão do SUS.								
	Após a certificação da Rede Cegonha o município fará jus ao incentivo anual de R\$ 10,00 (dez reais) por gestantes captadas no ano de acordo com SISPRENATAL, mediante repasse fundo a fundo.								

Fonte: Elaboração própria.

(1) Teste rápido de gravidez; Teste rápido de sífilis; Teste rápido de HIV; Cultura de bactérias para identificação (urina); Acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina; Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes; Proteínúria (teste rápido); Teste indireto de antígeno de superfície humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo. Exames adicionais para gestantes de alto-risco: contagem de plaquetas; dosagem de proteínas

(2) Valores definidos pela Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011b)

(3) Captação após a qualificação do componente pré-natal que ocorre com a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal.

O financiamento da Rede de Atenção à Urgência (RAU) também se caracteriza por voltar-se principalmente às ações específicas e especializadas. Haja vista os sete componentes que compõem a RAU, apenas o de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde e o da AB não apresentam financiamento específico, enquanto em relação aos demais – Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU), Sala de Estabilização (SE), UPA24h, Hospitalar, e Atenção Domiciliar (AD) – apenas o último se refere ao cuidado mais abrangente, que inclui a prevenção, promoção, cura e reabilitação (Quadro 3).

Conforme observado no Quadro 3, são diversas as modalidades de financiamento e contrapartidas dos componentes que compõem a RAU. Em relação ao SAMU e sua Central de Regulação das Urgências⁸¹, enquanto os recursos em investimentos são totalmente financiados pelo ente federal, tendo como contrapartida dos entes subnacionais a gestão e adequação técnica do sistema de operação, o custeio é compartilhado de forma tripartite. O valor do financiamento da SE⁸², tanto para investimento como para custeio, é fixo, sendo de responsabilidade dos entes subnacionais os valores que excedem o estipulado.

Vale ressaltar que os recursos para investimento no componente UPA 24h⁸³, assim como ocorre no SAMU, são totalmente financiados pelo ente federal, sendo o custeio compartilhado de forma tripartite. O que chama atenção no componente UPA 24h, são os valores previstos para investimento, que podem chegar a 3 milhões de reais, e de custeio, que podem chegar a 500 mil mensais⁸⁴ (Quadro 3).

Em relação ao componente hospitalar, no qual também estão previstos grandes montantes para investimento e custeio, os valores para o financiamento das Portas de Entrada

⁸¹ O SAMU é a assistência móvel da Rede de Atenção às Urgências que, por meio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192", tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde. A Central de Regulação das Urgências é uma estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção (BRASIL, 2012b)

⁸² A Sala de Estabilização (SE) é a estrutura que funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011e).

⁸³ A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo funcionar de modo ininterrupto nas 24 horas, em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos (BRASIL, 2011f).

⁸⁴ Portaria nº 342, de 4 de março de 2013 (BRASIL, 2013b).

Hospitais de Urgência⁸⁵ e dos leitos de retaguarda⁸⁶ que excederem o estipulado pela política são de responsabilidade dos entes subnacionais. O destaque nesse componente é o financiamento para o Programa SOS Emergências, que tem como objetivo reduzir o tempo de espera e a superlotação dos grandes pronto socorros do País, atuando por meio do assessoramento técnico das equipes dos hospitais (BRASIL, 2012c). Assim, embora o recurso para o investimento e o custeio no âmbito desse programa seja transferido para os fundos dos entes subnacionais, os projetos são feitos pelos estabelecimentos hospitalares, que receberão os recursos do estado ou município.

⁸⁵ As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência são os serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas (BRASIL, 2011g).

⁸⁶ São considerados leitos de retaguarda os leitos em enfermarias clínicas de retaguarda e enfermarias de retaguarda de longa permanência e os leitos de terapia intensiva (BRASIL, 2011g).

Quadro 3 – Financiamento dos componentes da Rede de Atenção à Urgência

Componentes	Equipamentos, insumos, ações	Investimentos			Custeio	União	Contrapartida dos demais entes	Ente federado beneficiado	
		Novo	Ampliação/ Reforma	Equipamentos/ Qualificação				Estadual	Municipal
Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;	Não apresenta financiamento específico								
Atenção Básica em Saúde	Não apresenta financiamento específico								
SAMU (1)	Centrais de Regulação das Urgências	Valores de R\$ 100.000,00 a R\$ 200.000,00				100%	Gestão e adequação técnica	X	X
	Materiais e mobiliário para as Centrais de Regulação das Urgências	Valores de R\$ 16.000 a R\$ 124.442,00				100%	Gestão e adequação técnica	X	X
	Equipamentos de tecnologia de Rede de Informática	Valores de R\$ 96.847,21 a R\$ 302.902,00				100%	Gestão e adequação técnica	X	X
	Unidades Móveis - veículo terrestre				R\$ 12.500,00 a R\$ 20.875,00 por mês	50%	25% Estados e 25% município	X	X
	Unidades Móveis - aeronave				R\$ 27.500,00 a R\$ 45.925,00 por mês	50%	25% Estados e 25% município	X	X
	Unidades Móveis - embarcação				R\$ 45.000,00 a R\$ 75.000,00 por mês	50%	25% Estados e 25% município	X	X
	Unidades Móveis - motolância				R\$ 7.000,00 por mês	50%	25% Estados e 25% município	X	X
Sala de estabilização (2)	Implantação da sala de estabilização	R\$ 100.000,00			R\$ 25.000,00 por mês	100%	Valores excedentes são de responsabilidade dos estados e/ou municípios		X
UPA24h (3)	UPA	R\$ 1.400 mil a R\$ 2.600 mil	R\$ 1.500 mil a R\$ 3.000 mil		R\$ 100.000,00 a R\$ 500.000,00 por mês	100% do investimento	As despesas de custeio devem ser compartilhadas de forma tripartite	X	X
Hospitalar (4)	Portas de Entrada Hospitalares de Urgência		R\$ 3.000 mil		R\$ 100.000,00 a R\$ 300.000,00 por mês	100%	Valores excedentes são de responsabilidade dos estados e/ou municípios	X	X
	Leito de retaguarda				R\$ 300,00 a diária	100%	Valores excedentes são de responsabilidade dos estados e/ou municípios	X	X
	Leito de longa permanência para retaguarda				R\$ 200,00 a diária primeiros 30 dias, a partir do 31 dia R\$ 100,00	100%	Valores excedentes são de responsabilidade dos estados e/ou municípios	X	X
	Leito UTI		R\$ 100.000,00		R\$ 800,00 a diária	100%	Valores excedentes são de responsabilidade dos estados e/ou municípios	X	X
	Serviço de urgência e emergência em unidade hospitalar (SOS Emergências)			R\$ 3.000 mil		100%			
Atenção Domiciliar (5)	Leito UTI (SOS Emergências)			R\$ 100.000,00	R\$ 800,00 a diária	100%			
	Leito UCO (SOS Emergências)			R\$ 100.000,00	R\$ 800,00 a diária	100%			
	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD)				R\$ 34.000,00 a R\$ 50.000,00 mensais	100%	Complementação dos recursos excedentes por estados ou municípios	X	X
	Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)				R\$ 6.000,00 mensais	100%	Complementação dos recursos excedentes por estados ou municípios	X	X

Fonte: Elaboração própria

Notas: (1) Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012 (BRASIL, 2012b).

(2) Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011e)

(3) Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011 (BRASIL, 2011f) e Portaria nº 342, de 4 de março de 2013 (BRASIL, 2013b)

(4) Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011g) e Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012c).

(5) Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 (2013c) e Portaria nº 1.505, de 24 de julho de 2013 (BRASIL, 2013d).

Em relação ao componente Atenção Domiciliar⁸⁷, a Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013 explicita como objetivo a reorganização do “processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na Atenção básica, ambulatorial e nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários” (BRASIL, 2013c). Esse recurso é destinado ao bloco de financiamento da AB e se refere ao custeio das equipes profissionais.

Dos seis componentes que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) apenas o da Atenção de Urgência e Emergência não apresenta financiamento especificado na portaria. A equipe Consultório de Rua⁸⁸ (eCR), que integra o componente da Atenção básica tem financiamento especificado e transferido pelo bloco de financiamento da AB apenas para os municípios que, como contrapartida, deverão disponibilizar veículo para o deslocamento da equipe (Quadro 4).

Os demais componentes da RAPS – Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégia de Desinstitucionalização e Estratégia de Reabilitação Psicossocial – tem financiamento previsto pelo bloco de financiamento da MAC. Vale ressaltar que parte do cuidado da RAPS financiado pelos recursos direcionados ao Bloco de financiamento da MAC se refere a atividades que funcionam de forma articulada entre a AB e os Centros de Atenção Psicossocial⁸⁹ (CAPS), como as Unidade de Acolhimento⁹⁰ e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)⁹¹, que por sua natureza não se caracterizam como atividades tipicamente de média e alta complexidade.

⁸⁷ Conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013c).

⁸⁸ São equipes constituídas por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde (BRASIL, 2011d).

⁸⁹ O Centro de Atenção Psicossocial é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não-intensivo (BRASIL, 2011d).

⁹⁰ A Unidade de Acolhimento tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo (BRASIL, 2012e).

⁹¹ Os Serviços Residenciais Terapêuticos caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade, destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares (BRASIL, 2011i).

Em relação ao SRT, cabe destacar que o custeio previsto não é destinado aos módulos residenciais mas a grupo de moradores.

Merece menção ainda o componente Reabilitação Psicossocial, constituído de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, sendo os recursos destinados a programas de reabilitação psicossocial que beneficiam grupos de usuários do SUS (BRASIL, 2012h). Devido a essas características, a portaria que normatiza o incentivo financeiro para esse componente não especifica controles nem contrapartidas.

Quadro 4 – Financiamento dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial

Componentes	Equipamentos, insumos, ações	Investimentos			Custelo	União	Contrapartida dos demais entes	Ente federado beneficiado	
		Novo	Ampliação/ Reforma	Equipamentos/ Qualificação				Estadual	Municipal
Atenção Básica	Equipe consultório na rua (eCR) (1)				De R\$ 9.500,00 a R\$ 18.000,00 mensais	100%	O município deverá disponibilizar veículo para deslocamento da eCR		X
Atenção Psicossocial Estratégica	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (2)				De R\$ 28.305,00 a R\$ 150.000,00 mensais	100%	Cumprimento dos requisitos estabelecidos pela portaria	X	X
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de acolhimento (UC) (3)		R\$ 70.000,00		R\$ 25.000,00 a R\$ 30.000,00 mensais	100%	Cumprimento dos requisitos estabelecidos pela portaria	X	X
	Comunidades terapêuticas (4)				R\$ 15.000,00 a R\$ 30.000,00 mensais	100%	Cumprimento dos requisitos estabelecidos pela portaria	X	X
Atenção Hospitalar	Leitos em hospitais gerais (5)		R\$ 18.000,00 a R\$ 99.000,00		R\$ 67.321,32 anual por leito	100%	Cumprimento dos requisitos estabelecidos pela portaria	X	X
Estratégia de Desinstitucionalização	Serviços residenciais terapêuticos (SRT) (6)		R\$ 20.000,00		R\$ 10.000,00 para SRT Tipo 1 e R\$ 20.000,00 mensais para SRT Tipo 2	100%	Cumprimento dos requisitos estabelecidos pela portaria	X	X
Estratégia de Reabilitação Psicossocial	Atenção especializada de reabilitação (7)				R\$ 15.000,00 a R\$ 50.000,00 mensais	100%	Sem especificação	X	X
Atenção de Urgência e Emergência									

Fonte: Elaboração própria

Nota: (1) Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2012d)

(2) Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011h).

(3) Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012e).

(4) Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012f).

(5) Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012g)

(6) Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011i)

(7) Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012h)

Financiamento previsto na Rede de Atenção às Urgências

Dos três componentes que conformam a Rede Viver sem Limites, o Atenção básica e o Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência não apresentam financiamento específico. As portarias que normatizam essa rede preveem financiamento para os Centros Especializados em Reabilitação (CER)⁹², para as Oficinas Ortopédicas⁹³ e, um acréscimo de 20% no custeio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)⁹⁴. Estes são os equipamentos que conformam o componente Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências da Rede Viver sem Limites (Quadro 5).

⁹²O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território (BRASIL, 2012).

⁹³ A Oficina Ortopédica constitui-se em serviço de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) (BRASIL, 2012).

⁹⁴ Os CEO são estabelecimentos de saúde que ofertam atendimento especializado odontológico, conforme estabelecido na Portaria nº 599/GM/MS, de 23 de março de 2006 (BRASIL, 2012).

Quadro 5 – Financiamento dos componentes da Rede Viver Sem Limites

Componentes	Equipamentos, insumos, ações	Investimentos			Custelo	União	Contrapartida dos demais entes	Ente federado beneficiado	
		Novo	Ampliação/ Reforma	Equipamentos/ Qualificação				Estadual	Municipal
Atenção Básica		Não apresenta financiamento específico							
Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências (1)	Centro Especializado em Reabilitação (CER)	R\$ 2.500 mil a R\$ 5.000 mil	R\$ 1.000 mil	R\$ 1.000 mil a R\$ 2.000 mil	R\$ 140.000,00 a R\$ 345.000,00 mensais	100%	Cumprimento dos requisitos estabelecidos pela portaria	X	X
	Oficina Ortopédica	R\$ 250.000,00		R\$ 350.000,00	R\$ 18.000,00 a R\$ 54.000,00 mensais	100%	Cumprimento dos requisitos estabelecidos pela portaria	X	X
	Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)				Adicional de 20% (vinte por cento) calculado sobre o valor de custeio atual do serviço.		Cumprimento dos requisitos estabelecidos pela portaria	X	X
Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência		Não apresenta financiamento específico							

Fonte: Elaboração própria

Nota: (1) Portaria Nº 835, de 25 de abril de 2012 (BRASIL, 2012i).

De forma geral, a leitura das portarias que normatizam as redes temáticas, em especial aquelas que dizem respeito ao financiamento, evidenciam três aspectos que valem ser ressaltados. O primeiro é que grande parte dos recursos são direcionados ao cuidado mais especializado, sendo financiados sobretudo pelo bloco de financiamento da MAC. Apenas em duas portarias, na que normatiza o componente “atenção domiciliar” da RAU (BRASIL, 2013d) e na que normatiza os incentivos para o Consultório de Rua (eCR) no componente “Atenção básica” da RAPS (BRASIL, 2012d), os recursos estão vinculados especificamente ao bloco de financiamento da AB. Assim, mesmo que a Atenção básica seja considerada a organizadora das redes temáticas, o financiamento dessas políticas e sua capacidade de indução não privilegia esse nível de atenção à saúde.

O segundo aspecto é aquele que evidencia a necessidade da realização de grandes esforços por parte dos entes subnacionais para a viabilização de parte considerável dos recursos ofertados. Além dos já citados planos regionais, diagnósticos de situação de saúde, mapas da oferta assistencial, entre outros, dependendo do tipo de financiamento pleiteado, será necessário o cumprimento de diversos outros requisitos. Merecem menção aqueles exigidos na elaboração de projetos para o investimento em novos equipamentos ou ampliação dos já existentes. Tais projetos são orientados por especificações técnicas bastante detalhadas e exigem a organização de grande quantidade de informações, bem como o envolvimento de profissionais qualificados. Além disso, após a efetivação do investimento, deverão ocorrer a produção de relatórios e o preenchimento dos sistemas de informação para monitoramento e avaliação, sujeitos às auditorias e verificações específicas do MS, além dos controles gerais aos quais o uso dos recursos públicos já se encontra submetido.

Dessa forma, a grande necessidade de mobilização de recursos técnicos e humanos para o cumprimento dos requisitos solicitados na adesão à rede, sobretudo aos componentes cujos incentivos são maiores, privilegia os entes subnacionais com estruturas burocráticas e financeiras mais favorecidas. Em relação aos municípios, pode-se inferir que se trata daqueles localizados em regiões de maior dinâmica econômica, inseridos sobretudo em espaços privilegiados de comando do território.

O terceiro aspecto é aquele que explicita a enorme fragmentação nos repasses dos recursos federais para os entes subnacionais. Se, no nosso entendimento, os sete blocos de financiamento estipulados no Pacto pela Saúde já contrariam a transferência de recursos de forma mais global, prejudicando a autonomia dos entes subnacionais, sobretudo o municipal, o financiamento das redes temáticas aprofunda ainda mais esse processo. Isso porque, além de

observarmos a fragmentação dos recursos por rede temática, eles são ainda subdivididos entre os diferentes componentes que conformam cada rede, e que, por sua vez, são fragmentados em diferentes incentivos, seja para investimento, seja para custeio.

Tal fragmentação não apenas restringe a autonomia dos entes subnacionais, sobretudo o municipal, em determinar o modelo assistencial mais adequado ao seu território, haja vista as necessidades de saúde local, mas, ao contrário, os submete a regras especificadas para cada componente, que tendem a multiplicar e espriar pelo território, junto com seus padrões técnicos e de qualidade, suas lógicas produtivas.

Não cabe aqui o detalhamento da implantação de cada uma das redes temáticas, bem como dos seus avanços ou não no enfrentamento dos problemas de saúde a que se propõem, mas sim o impacto causado por essa política no repasse dos recursos do FNS para os fundos dos entes subnacionais, sobretudo para os FMS, tendo em vista a compreensão do seu efeito na concentração ou desconcentração territorial desses recursos.

A verificação dos efeitos das estratégias vinculadas às redes temáticas na desconcentração (ou não) territorial das transferências dos recursos do FNS será objeto do capítulo 5. Por ora, cabe identificar os impactos das estratégias vinculadas às redes temáticas no conjunto das transferências realizadas pelo FNS, sobretudo no Bloco de financiamento MAC, conforme faremos a seguir.

O impacto das redes temáticas nas transferências do FNS: o período 2009-2014

Informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, do total de transferências do FNS realizados no Brasil⁹⁵, permitem observar que somente a partir de 2012 é possível verificar registros de repasses em programas específicos vinculados às redes temáticas. Conforme visto anteriormente, o bloco de financiamento do MAC é formado pelos componentes Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e Limite Financeiro da Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, que passaremos a denominar Limite Financeiro MAC. É nesse último, que representa cerca de 90% do total do Bloco MAC, que se encontram os “Tetos” do MAC e que serão registrados os recursos direcionados às redes temáticas.

⁹⁵ Informações retiradas do Portal Transparência do Ministério da Saúde. Ver em: <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>

Vale aqui ressaltar que, em 2009, o Limite Financeiro MAC continha, além dos Tetos municipais e estaduais, mais seis subdivisões em ações e estratégias – Ações judiciais de medicamentos, Centros de especialidades odontológicas (CEO), Despesas salariais dos servidores dos hospitais do Rio de Janeiro, Financiamento aos centros de referência em saúde do trabalhador (Cerest), Serviços de atendimento móvel às urgências (Samu 192) e Termo de cooperação entre entes Públicos no âmbito estadual. Em 2012, quando se verificam repasses vinculados às redes temáticas, o Limite Financeiro passa a se subdividir em 42 ações e estratégias (Apêndice 1).

A tabela 1 permite observar que as transferências reais⁹⁶ para as ações e estratégias vinculadas às redes temáticas⁹⁷ passam de 2,0 bilhões de reais em 2012 para 6,6 bilhões em 2014. Vale ressaltar que, se em 2012 os recursos repassados para as redes temáticas representa 5,3% do total do MAC, eles passam a representar 17,4% em 2014. Os dados permitem observar ainda que mais de 60% desses recursos foram transferidos para os Fundos Municipais de Saúde.

Tabela 1 – Valor líquido das transferências federais segundo componentes e estratégias do Bloco de Financiamento MAC e ano de transferência – Brasil (2009-2014)

Componentes e estratégias vinculadas às redes temáticas	Em milhões de Reais											
	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Total	31.577,87	100,0	32.958,92	100,0	34.590,50	100,0	36.687,81	100,0	35.536,62	100,0	37.664,57	100,0
FAEC	3.790,45	12,0	3.582,68	10,9	3.999,23	11,6	4.172,70	11,4	3.994,22	11,2	4.029,13	10,7
Limite Financeiro MAC	27.787,41	88,0	29.376,24	89,1	30.591,27	88,4	32.515,11	88,6	31.542,40	88,8	33.635,43	89,3
Estratégias vinculadas às redes temáticas	-	-	-	-	-	-	1.961,65	5,3	5.240,95	14,7	6.570,24	17,4
Estadual	-	-	-	-	-	-	746,59	2,0	2.148,44	6,0	2.360,56	6,3
Municipal	-	-	-	-	-	-	1.197,07	3,3	3.092,51	8,7	4.209,67	11,2

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: - Elaboração própria.

- Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

Conforme pode ser verificado no Gráfico 1, até 2012 ocorre o crescimento real dos recursos repassados por meio do FNS. O ano de 2013 apresenta queda acentuada no montante repassado, que volta a patamares próximos do ano anterior em 2014. Isso significa que, justamente no período 2013-2014, quando se verifica uma relativa estagnação no montante dos repasses, ampliam-se os repasses vinculados às ações e estratégias das redes temáticas.

⁹⁶ Valores deflacionados utilizando-se o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas, com base em agosto de 1994, valor médio do ano, convertido a preços de dezembro de 2014.

⁹⁷ Para detalhes sobre a seleção das ações e estratégias selecionadas, ver Apêndice 2.

Gráfico 1 - Evolução das transferências do FNS segundo bloco MAC e Bloco AB por ano da transferência – Brasil (2009-2014)

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: - Elaboração própria.

- Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

É importante observar também que, enquanto as transferências para o Bloco MAC apresentam ligeira ampliação no ano de 2014, quando comparado com o ano de 2012, os recursos para o financiamento da Atenção básica apresentam diminuição real. Esse fato sinaliza a ampliação da importância das transferências dos recursos por meio do Bloco de financiamento MAC nesse período. Isso significa que a análise que permite compreender os padrões de repasses no Bloco MAC torna-se estratégica para desvelar o papel que o processo de regionalização da política de saúde pública vem representando na manutenção ou acirramento na lógica de concentração no território nacional.

Nesse sentido, cabe uma breve consideração sobre as características do rateio dos recursos do MAC para a compreensão das transformações que se deram a partir da institucionalização das redes temáticas. É o que faremos a seguir.

Aspectos gerais dos critérios de alocação de recursos no Bloco MAC

Viana et al. (2014) afirmam que “os recursos hoje alocados no MAC carregam uma forte definição de série histórica, que remonta ao Inamps” (p. 183). Isso ocorre porque os

tetos iniciais de estados e municípios foram estimados com base nas informações da produção, o que não foi alterado ao longo do tempo. Nessa perspectiva, se a NOB 96 estabeleceu vários tetos financeiros, a portaria nº 204 de 2007, que trata dos blocos de financiamento, apenas os unificou.

Segundo Viana et al. (2014), a alteração do teto MAC depende, ou da habilitação de novos serviços, ou da ampliação dos gastos com serviços já habilitados. Esse último caso ocorre quando, comprovadamente, a produção apurada no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) é superior ao teto do ente federativo. Ou seja, quando o ente subnacional amplia seus gastos com os procedimentos de média e alta complexidade. Os autores afirmam:

Os recursos transferidos servem para manter unidades próprias e de entidades privadas sem fins lucrativos conveniadas/contratadas. A apropriação mensal do valor a ser transferido é realizada a partir da verificação da quantidade e dos tipos de procedimentos realizados por estabelecimento, ou, então, por valores fixos pré-estabelecidos em portaria. (VIANA et al., 2014, p. 183)

Os estados e municípios lançam mensalmente no SIA e no SIH os procedimentos realizados e o Ministério da Saúde, após verificação de inconsistências, paga o valor conforme produção programada.

É importante ressaltar que essa forma de repasse de recursos não está de acordo com as orientações da Lei Orgânica da Saúde, depois alterada pela Lei nº 141, que se baseiam em critérios mais gerais de distribuição. Com o intuito de promover uma assistência à saúde baseada em necessidades de saúde e mitigar os desequilíbrios regionais, a Lei nº 8.080 de 1990 orientava a combinação de diferentes critérios para a definição da transferência de recursos do ente federal para os entes subnacionais, considerando o perfil demográfico e epidemiológico, as características da rede de saúde, o desempenho técnico e o empenho financeiro dos estados e municípios e até a “previsão do plano quinquenal de investimentos da rede” (BRASIL, 1990).

A Lei complementar nº 141 de 2012, em seu artigo 17, volta a determinar a combinação de um conjunto de critérios que buscam refletir as necessidades de saúde da população, baseado em “dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde” e, ainda, que os recursos destinados a investimentos têm como critérios prioritários a redução das desigualdades na oferta de ações e serviços públicos. A lei afirma a necessidade da metodologia de transferência ser pactuada

na CIT e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Vale ressaltar ainda que, segundo essa lei a União deverá transferir recursos de forma regular e automática, conforme previsto no seu art. 18:

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

Em suma, ainda que existam dispositivos legais que busquem garantir critérios nas transferências dos recursos federais para os governos subnacionais para uma atenção baseada nas necessidades de saúde e na mitigação dos desequilíbrios regionais, é possível afirmar que os repasses para o bloco de financiamento do MAC são orientados sobretudo pelo pagamento de procedimentos, baseados em séries históricas que “remontam ao Inamps”, e que essa forma de distribuição de recursos não altera o padrão de concentração territorial existente. As transferências por meio do MAC, por serem direcionadas às ações e serviços que se vinculam sobretudo ao modelo de atenção médico assistencial, e sua racionalidade de eficiência econômica, tendem à lógica de organização territorial capitalista que, norteadas pela divisão inter-regional do trabalho, privilegiará lugares centrais, ou seja, lugares onde se combinam as dinâmicas de diferentes frações do capital.

Quando se considera o protagonismo que as RAS assumem no processo de regionalização do SUS e os recursos financeiros do FNS que efetivamente foram direcionados à estruturação das redes temáticas, sobretudo por meio do bloco de financiamento do MAC, caberia perguntar se essa estratégia de regionalização privilegiou ou não o padrão de acumulação capitalista do território. Isso porque, se os recursos do bloco MAC e a racionalidade baseada em eficiência econômica das redes assistenciais, conforme visto, privilegiam a concentração territorial, as estratégias das redes temáticas e seus objetivos de integralidade do cuidado baseadas em pactuações regionais, poderiam resultar em um movimento contrário, ou seja, de desconcentração territorial.

Não obstante o protagonismo da RAS, o processo de regionalização do SUS vem consolidando diferentes estratégias que buscam no reconhecimento do território o norteamento para a estruturação da atenção à saúde. Ora buscando o reconhecimento das condições de vida da população, ora a lógica de funcionamento das redes assistenciais de atenção à saúde. Conforme visto, fazem parte dessa estratégia arranjos institucionais baseados

na articulação entre municípios que conformam Regiões de Saúde e seus espaços de pactuação política, como as Comissões Intergestores Regionais (CIR). A seguir teceremos algumas considerações a respeito de tais estratégias e sua importância para a autonomia dos governos subnacionais, sobretudo os municipais.

A Região de Saúde e sua inserção no processo de regionalização do SUS

No processo de regionalização da política de saúde pública nacional foram definidas 438 Regiões de Saúde que abarcam os 5.570 municípios brasileiros. Embora cada uma das Regiões de Saúde seja referência para a transferência de recursos⁹⁸ e tenha como espaço de gestão compartilhada a CIR, não está claro o papel desses arranjos institucionais na definição dos modelos de atenção à saúde no seu território. Seja em função da natureza das forças políticas e econômicas que se organizam nesses arranjos institucionais, seja em função da sua efetividade enquanto definidores da construção do modelo de atenção. Quanto a este último aspecto, Louvison (2015) afirma que ainda há muito que se avançar na construção da autonomia técnico-política das regiões.

Em estudo sobre a descentralização e regionalização do SUS no estado de São Paulo, Westphal et al. (2012) apontam a necessidade de avanços para que os espaços de pactuação regional das Regiões de Saúde sejam efetivamente espaços de “governança regional”. Segundo os autores, as disputas políticas entre os participantes apresentam forte assimetria decisória, muitas vezes fazendo com que os municípios fiquem subordinados às decisões e orientações do governo estadual. Essa assimetria é dada por diferentes fatores, entre eles, o poder decisório sobre os equipamentos localizados no território municipal que se encontram sob gestão estadual, pela capacidade de gestão técnica das diferentes normas e dispositivos jurídicos que conformam o SUS, entre outros. Vale ressaltar entre os apontamentos dos autores que a maior expertise do corpo técnico, sobretudo do estado e dos municípios maiores, proporciona maior capacidade em atrair mais recursos, não necessariamente no âmbito da pactuação regional.

Nesse aspecto caberia ressaltar também que as diferentes capacidades de atração de recursos por parte dos entes federados não estão relacionadas apenas à expertise do seu corpo técnico, mas sobretudo à localização de uma confluência de forças produtivas nos territórios. Em outros termos, deve-se considerar que a expertise verificada também é resultado das centralidades dos lugares em questão, do seu poder de comando sobre as disputas territoriais

⁹⁸ Conforme art. 6 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

subjacentes às pactuações políticas regionais. Portanto, o poder de atração de recursos não estaria na “potência” da pactuação regional mas sim no poder das forças produtivas localizadas nesse espaço regional. Nesse caso, o processo de pactuação regional serviria à legitimação do resultado da disputa por recursos públicos no âmbito do SUS, que tenderia à concentração territorial.

A desconcentração dos repasses do governo federal para os governos subnacionais é um aspecto que impacta o processo de regionalização da política de saúde, conforme visto ao longo da construção do SUS. Inicialmente vinculado à descentralização e, posteriormente, à regionalização, as “condições” para os repasses permitem inferir a maior ou menor autonomia dos governos subnacionais, sobretudo dos entes municipais, no uso dos recursos e, consequentemente, no processo de construção da política. Os repasses de recursos vinculados às redes temáticas, que pressupõem a pactuação regional, adicionam novos elementos na análise da construção da autonomia dos governos subnacionais.

É certo que os repasses realizados no âmbito das redes temáticas, classificados como “fundo a fundo”, dependem de “acordo de vontade”, conforme apontado por Carvalho e Medeiros (2013), o que não apenas pressupõe menor autonomia dos governos subnacionais, mas sobretudo a difusão territorial de práticas de saúde determinadas no nível central. Essa difusão, *per si*, já pressupõe, em alguma medida, o processo de homogeneização do território. No entanto, para a análise da integração territorial, seria necessária a verificação da atuação de capitais forâneos nos processos de implementação das redes.

Os impactos que essa forma de repasse – “fundo a fundo” e por adesão dos governos subnacionais às políticas de assistência à saúde definidas em nível central – trazem ao processo de regionalização precisam ser adequadamente investigados. Não é do alcance do presente estudo destrinchar as diferentes dimensões da regionalização que conformam o encontro entre as necessidades de saúde, compreendidas sobretudo a partir das formas de organização econômica e social endógenas às Regiões de Saúde, e os arranjos produtivos médico assistenciais enleados às redes temáticas, determinados em grande medida pelos processos exógenos às Regiões de Saúde.

Ainda assim torna-se necessária a formulação de algumas perguntas norteadoras ao entendimento do processo de regionalização do SUS. Essa forma de repasse, vinculado ao processo de regionalização e dependente de “acordo de vontade”, está beneficiando igualmente as Regiões de Saúde conformadas no território nacional? É possível que esse

processo, calcado sobretudo no funcionamento das redes de atenção à saúde, esteja beneficiando Regiões de Saúde localizadas em territórios já privilegiados na divisão inter-regional do trabalho?

Ainda que a desconcentração territorial dos repasses do governo federal para os governos subnacionais seja apenas um aspecto do processo de regionalização do SUS, cabe ao estudo em tela sua verificação. Nessa perspectiva, o protagonismo assumido pelas RAS em relação a esse processo levou ao direcionamento de recursos para o financiamento das redes temáticas. Estas, por suas inerentes racionalidades de eficiência relacionadas às escalas econômicas, tendem à concentração territorial. Dessa forma, pode-se esperar que os repasses de recursos feitos a partir do financiamento das redes temáticas sejam direcionados àqueles municípios que apresentam maiores centralidades, onde se localizam não apenas a infraestrutura médico-assistencial, mas também os demais equipamentos que caracterizam os centros urbanos de maior hierarquia na rede urbana.

Pressupor a tendência à concentração dos recursos repassados no âmbito das redes temáticas não significa pressupor que tais repasses reforçaram a já exacerbada concentração territorial brasileira. Diante da enorme e complexa rede urbana nacional, conformada pela existência de centros urbanos de diferentes centralidades, é possível à política pública o direcionamento de recursos de forma a contemplar as necessidades de concentração dos arranjos produtivos, em especial aqueles vinculados às práticas de saúde, e, ao mesmo tempo, mitigar os desequilíbrios territoriais existentes no país.

Nesse sentido, considerando que o processo de regionalização da política de saúde pública, a partir do início da década de 2010, privilegiou o repasse de recursos “fundo a fundo” vinculados ao financiamento das redes temáticas por meio do bloco MAC, deve-se verificar em que medida esse processo contribuiu para atenuar as diferenças regionais. Em outros termos, mesmo considerando que os recursos do bloco MAC, no qual o financiamento das redes temáticas se efetiva, tendam à concentração territorial, é de se esperar que a implantação das redes temáticas, formuladas no bojo do processo de regionalização da política de saúde pública, promova em alguma medida a desconcentração regional.

A verificação da desconcentração/concentração regional nos repasses dos recursos da rede temática na perspectiva da divisão inter-regional do trabalho, exige que recorramos a instrumentos que permitam identificar a morfologia e a hierarquia da rede urbana no território. É essa divisão inter-regional do trabalho que revela, no interior do território

nacional, as assimetrias na distribuição dos recursos produtivos, em decorrência do poder de comando de alguns lugares sobre vastas regiões subordinadas. Ao fim e ao cabo, essa assimetria revela o poder político dos atores localizados em determinados espaços geográficos, ou daqueles que se façam representar nesses espaços, estando fora dos territórios nacionais.

Com vistas à verificação da desconcentração/concentração regional nos repasses dos recursos da rede temática, na perspectiva da divisão inter-regional do trabalho, e considerando a densidade e grande diversidade da rede urbana paulista, optou-se no presente estudo pela análise das transferências do FNS para os FMS no âmbito do estado de São Paulo. Por sua dinâmica econômica e sua participação de mais de 20% no total das transferências do FNS, como será detalhado no capítulo 5, o estado paulista é um território privilegiado para esse tipo de análise. Isso não significa afirmar que tal análise não poderia ser realizada nas demais unidades federativas, mas ao contrário, uma vez que, conforme visto na seção 1.2 da presente tese, os diferentes arranjos urbanos no território nacional são síntese do impacto da forma de produção capitalista na estruturação do espaço e, nesse sentido, devem ser considerados em estudos que se proponham ao desvelamento das desigualdades territoriais.

Antes de apresentarmos a análise das transferências do FNS para os FMS no âmbito do estado de São Paulo, se faz necessário caracterizar as Regiões de Saúde paulistas de modo a diferenciá-las por sua inserção na divisão inter-regional do trabalho. Em outros termos, a análise do processo de concentração/desconcentração das transferências do FNS para os FMS exige o reconhecimento das centralidades e hierarquias da rede urbana paulista refletidas nas Regiões de Saúde do estado de São Paulo. É por meio desse reconhecimento, denominado no presente estudo de condição de urbanização das Regiões de Saúde, que distinguiremos os lugares privilegiados pelo desenvolvimento territorial capitalista.

Assim, o próximo capítulo apresenta a caracterização das Regiões de Saúde do estado de São Paulo por condição de urbanização. Como será visto, essa caracterização permite distinguir as diferentes formas de inserção das Regiões de Saúde no território paulista e, por meio dela, verificar a distribuição da população e da produção. É a partir dessa caracterização e compreensão da tendência de concentração populacional e produtiva que se efetivará, no capítulo 5, a análise das transferências do FNS para os FMS paulistas.

CAPÍTULO 4 – AS REGIÕES DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA DIVISÃO INTER-REGIONAL DO TRABALHO: UMA ANÁLISE SOCIOESPACIAL DO TERRITÓRIO PAULISTA

A questão da distribuição desigual da riqueza e o processo de acumulação crescente do capital e do poder em poucas mãos sempre fez parte das elaborações teóricas produzidas no âmbito da economia política. Recentemente, verificações no âmbito internacional (PIKETTY, 2014) e nacional (POCHMANN, 2015) colocaram em perspectiva o processo de ampliação da concentração da riqueza (ou da negação da sua desconcentração). Esse processo, que privilegia indivíduos (ou grupos de indivíduos) é resultado da disputa entre capital e trabalho e se reflete não apenas na desigualdade entre classes sociais, mas também naquelas verificadas no território.

A desigualdade do território nacional, amplamente conhecida, é resultado da inserção histórica do Brasil na divisão internacional do trabalho. Conforme aponta Pochmann (2015), a dinâmica econômica do país, protagonizada inicialmente pela relação com o exterior e posteriormente pela produção determinada internamente, associada ao processo de transformação urbano-industrial, gerou desigualdades territoriais expressas nas diferentes centralidades e hierarquias, não apenas das regiões brasileiras, mas dos estados e municípios. Não cabe a este estudo discorrer sobre esse processo de formação do território nacional mas apenas apontar as grandes disparidades existentes na distribuição de riqueza no nível municipal.

Segundo Pochmann (2015) o processo de concentração territorial, da perspectiva dos recortes municipais, revela duas trajetórias. A primeira, que ocorreu durante o ciclo de industrialização (1930-1980), é marcada pela forte tendência à concentração da produção em poucos e contidos espaços do território nacional. A trajetória seguinte é marcada pela interrupção do processo de concentração, quando ocorre uma relativa estabilidade. Apenas para ilustrar esse processo de concentração da riqueza nos territórios dos municípios brasileiros vale recorrer à afirmação do autor:

[...] observa-se também no ano de 2007 que os municípios situados entre os 10% mais ricos respondiam por 78,1% do Produto Interno Bruto nacional. No ano de 1970, a participação desse mesmo grupo de municípios era de 72,1%, enquanto que em 1920 representava 55,4%. (POCHMANN, 2015, p. 96)

É amplamente reconhecida a importância do estado de São Paulo como lugar privilegiado desse desenvolvimento desigual. O seu peso econômico foi ampliado a partir da crise de 1929, que levou ao colapso do complexo cafeeiro e deu início ao projeto de industrialização, localizado sobretudo no território paulista. No entanto, é a estruturação do complexo cafeeiro nos moldes capitalistas que “erguerá a singular urbanização do estado de São Paulo, que por sua vez articulará e exercerá a dominância do processo de urbanização do país” (BRANDÃO, 2007, p. 109).

Por esse motivo a rede urbana paulista caracteriza-se pela existência de diversos padrões de centros urbanos que se estruturam em subsistemas e apresentam grande diversificação da diferenciação funcional das cidades. Essa diferenciação funcional conforma inter-relacionamentos não apenas dentro dos limites do estado, mas também com todo o território nacional. Assim, diante da diversidade da sua rede de cidades, que apresenta centros urbanos de diferentes centralidades e morfologias urbanas de diferentes padrões, torna-se oportuna a verificação da desconcentração/concentração regional nas transferências dos recursos da rede temática na perspectiva da divisão inter-regional do trabalho no estado de São Paulo.

É importante reconhecer que as 63 Regiões de Saúde paulistas⁹⁹, mais do que apresentarem diferenças populacionais, produtivas e de necessidades de saúde, apresentam diferentes condições de inserção na divisão inter-regional do trabalho como resultado da inserção na rede urbana dos municípios que as compõem. É possível observar Regiões de Saúde conformadas em lugares de intensa urbanização, como as regiões metropolitanas ou aglomerações urbanas. É possível também verificar Regiões de Saúde conformadas fora do eixo dinâmico (urbano e terciário) do estado, onde as relações sociais são marcadas por diferentes condições, ora pelo vigoroso e monocromático agronegócio do interior paulista, ora pela pequena expressão produtiva, muitas vezes em áreas de preservação ambiental. Essa diversidade faz com que o estado de São Paulo seja adequado para o exercício de exploração

⁹⁹ A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de São Paulo referendou o reconhecimento de 64 Regiões de Saúde, com seus respectivos colegiados regionais, e 17 macro-regiões, com suas respectivas Comissões Intergestoras de abrangência macro-regional, conforme deliberação da CIB nº 153/2007. O número de RS foi alterado para 63 quando a CIB nº 4/2012 aprovou a fusão da Região de Saúde de Guarulhos na Região de Saúde Alto do Tietê. Ver em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.set.07/iels179/E_DL-CIB-153_2007.pdf> e ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.jan.12/iels19/E_DL-CIB-4_260112.pdf.

da perspectiva territorial no processo de regionalização da política de saúde, nos moldes propostos pelo presente estudo.

Mais do que criar uma tipologia de Regiões de Saúde e dos municípios que as compõem, a busca pela caracterização desses recortes regionais a partir da sua inserção na divisão inter-regional do trabalho possibilita estabelecer os nexos desses lugares com o processo de formação histórico econômico brasileiro mais geral. Mesmo que esses nexos não se tornem automaticamente visíveis a partir da identificação de uma conformação específica do sistema urbano nos limites territoriais das Regiões de Saúde, torna-se possível, em alguma medida, jogar luz sobre as relações de poder que emanam de tais sistemas e condicionam as ações públicas.

Por esse motivo, antes de apresentar o método de caracterização das Regiões de Saúde paulista a partir da rede urbana, vale ressaltar alguns aspectos que devem ser considerados quando se analisa o processo de desenvolvimento na sua dimensão territorial no Brasil.

Brandão (2007) aponta a “não-oposição dialética entre campo e cidade” como característica peculiar na formação do capitalismo brasileiro. A não subordinação do campo à cidade foi responsável pelas formas atrasadas e autoritárias de convivência na sociedade brasileira, onde o urbano passa a ser espaço privilegiado para as forças patrimonialistas e mercantis e o rural se perpetua intocado nas suas condições fundiárias. Brandão denuncia:

A estrutura fundiária arcaica e a preservação clientelística dos espaços de reprodução do capital mercantil em suas diferentes faces (imobiliário, comercial, transportes urbanos e outros serviços etc.), fonte de poder das diversas forças oligárquicas locais e regionais, foram responsáveis pela manutenção e perpetuação do atraso estrutural do Brasil. (p. 130)

Esse atraso estrutural, que garante vantagens e possibilidades de ganhos extraordinários a essas oligarquias, se reflete no processo de urbanização do território nacional. Tanto os maiores centros, que receberam grandes contingentes populacionais em curtos espaços de tempo, como os menores núcleos urbanos espalhados por todo o país, foram marcados pela segregação social e precarização das condições de vida, resultado de uma “cidadania truncada e inconclusa” (BRANDÃO, 2007).

É importante que se reconheça que o entendimento da hegemonia do capital mercantil na formação da divisão inter-regional do trabalho ainda precisa ser adequadamente desvelado. Conforme afirma Brandão (2007):

O poder dessa fração de capital é decisivo para o entendimento da natureza das questões territoriais no Brasil. A pesquisa nessa área muito terá que avançar no sentido de desvelar o papel das benesses e privilégios que evidenciam a natureza marcadamente de capital mercantil desse setor, em que os horizontes de sua valorização e as formas de concorrência são condicionadas por sua capacidade de influência política (nos três níveis de governo, no legislativo e no judiciário) e de suas relações de poder e “grau de intimidade” com o aparelho de Estado. (p. 140)

Essa conformação social e política brasileira que sempre articulou as ações do Estado aos interesses oligárquicos influenciará em alguma medida a conformação da regionalização da política de saúde pública. Ainda mais quando consideramos que as transformações recentes no cenário econômico e social brasileiro não contribuíram para a conformação e fortalecimento de centros de decisões autônomos e transformadores no território nacional. O enfraquecimento do papel do Estado como elemento propulsor da economia, a abertura comercial, a reestruturação produtiva, a venda de patrimônio público para multinacionais, além de fragilizarem a capacidade produtiva nacional também ampliam as possibilidades de extração de riquezas regionais por capitais forâneos. Juntam-se a esse cenário as dificuldades relativas à gestão fiscal para promover o adequado processo de descentralização, não contribuindo para a melhoria das capacidades técnicas, de gestão e financeira nos governos subnacionais, agravada ainda mais pela Lei de Responsabilidade Fiscal, de maio de 2000 (BRANDÃO, 2007).

Assim, para inserir a dinâmica territorial na compreensão do processo de regionalização do SUS, em especial no que se refere à distribuição das transferências para o bloco de financiamento MAC a partir da estratégia das redes temáticas, que será objeto do capítulo 5, devem-se buscar instrumentos que permitam apreender as Regiões de Saúde com base na sua inserção na divisão inter-regional do trabalho. Nessa perspectiva, estudos sobre a rede urbana, que sistematizam elementos organizadores do espaço territorial, são fundamentais.

Com esse objetivo, o presente capítulo está dividido em duas partes. Na primeira, discorreremos sobre o método usado pelo presente estudo para caracterizar as Regiões de Saúde por nível de urbanização. Para isso, apresentaremos inicialmente os estudos disponíveis para a identificação da rede urbana paulista e, em seguida, o uso deles para a definição de uma tipologia dos municípios que reflita sua inserção na divisão inter-regional do trabalho e na caracterização das Regiões de Saúde por condição de urbanização. Encerraremos esta

primeira parte apresentando a distribuição das Regiões de Saúde paulistas por condição de urbanização no território paulista, ressaltando suas características socioespaciais. Na última parte faremos uma breve exposição sobre a distribuição das Regiões de Saúde no estado de São Paulo e as mudanças ocorridas na contribuição desses recortes no Produto Interno Bruto (PIB) e populacional nos anos 2002 e 2012, como forma de apreender as tendências concentradoras/desconcentradoras da dinâmica territorial paulista.

4.1 – As Regiões de Saúde do estado de São Paulo e a rede urbana paulista: uma perspectiva de análise

Estudos sobre a rede urbana, que permitem identificar elementos organizadores do espaço territorial, tais como *i)* as conexões entre as cidades, suas centralidades e hierarquias, traduzidas na capacidade de atração de fluxos de pessoas e mercadorias dos centros urbanos, *ii)* suas morfologias, definidas por seus tecidos urbanos e pelo uso do solo, *iii)* suas funcionalidades, identificadas nos setores econômicos de maior relevância e no seu poder de comando sobre outras parcelas do território, são de fundamental importância.

Um dos recursos oferecidos pelos estudos da rede urbana de maior potencialidade de incorporação em trabalhos que tenham como elemento a dimensão territorial do desenvolvimento é a identificação do conjunto de municípios que se sobressaem por representarem a “cabeça” da rede de cidades, ou seja, o estrato superior da rede urbana. A identificação de municípios no estrato superior da rede urbana visa diferenciar, de forma sistemática, aqueles lugares que, na relação cidade-região, se destacam por apresentarem em alguma medida influência sobre outras cidades. Ou seja, se diferenciam ou por serem municípios-polo, com diferentes níveis de centralidade, ou por estarem articulados a esses por fatos urbanos complexos, identificados sobretudo pelo intenso fluxo de pessoas, bens e serviços, indicando articulação funcional complementar na conformação produtiva do município-polo. Nesse último caso, identificam-se aqueles municípios que conformam as aglomerações urbanas, sem serem os núcleos principais da aglomeração.

A identificação dos municípios do estrato superior da rede de cidades permite apreender sistematicamente o ordenamento espacial do território que, por meio desses centros de comando, organiza os arranjos de *horizontalidade* e de *verticalidade*, refletindo as forças *centrífugas* e *centrípetas*, que integram as frações territoriais ao movimento totalizador do capitalismo mundial. Conforme apontou Brandão (2007), as noções de centralidade, áreas de influência, hierarquias, fluxos e nós, presentes na rede urbana, permitem identificar lugares de

concentração e centralidade do capital que conformam centros decisórios, com diferentes graus de autonomia e poder de seletividade geográfica. Mesmo considerando a irreversibilidade dada pela inércia dos investimentos em capital fixo, para o autor, o desenvolvimento de instrumentos técnicos e organizacionais possibilita contínuas transformações nas relações entre regiões dominantes e subordinadas. Essas transformações precisam ser identificadas e apreendidas pelo planejamento público.

Identificar os centros urbanos e sua hierarquia permite ao Estado reconhecer, ainda que parcialmente, o processo de concentração territorial do capital, possibilitando a mitigação dos desequilíbrios regionais por meio do planejamento e gestão da ação pública, ora se contrapondo a essa lógica, ora se vinculando a ela como forma de dinamizar as estratégias que conformam as políticas públicas.

Nessa perspectiva, o presente trabalho recorre ao estudo *Rede urbana e regionalização do Estado de São Paulo* elaborado conjuntamente pela Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano (Emplasa) e a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade) e ao estudo *Região de Influência da Cidade* (REGIC), elaborado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a caracterização dos 645 municípios e das Regiões de Saúde do estado de São Paulo, servindo à estruturação da análise proposta.

4.1.1 – Os estudos da rede urbana paulista: perspectivas de uso

Para a compreensão das possibilidades oferecidas por tais estudos faremos a seguir algumas considerações a respeito dos seus objetivos e metodologias.

Rede urbana e regionalização do estado de São Paulo

O estudo *Rede urbana e regionalização do Estado de São Paulo* (Emplasa, 2011) teve como um dos seus objetivos atualizar para 2009 o perfil da rede urbana paulista identificado no trabalho *Caracterização e tendências da rede urbana do Brasil*, realizado em 1999, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Fundação Seade. Os resultados que trataremos a seguir se referem sobretudo ao Capítulo 2 deste, que trata da Morfologia e Hierarquia da Rede Urbana Paulista em 2010.

Em uma primeira etapa, a identificação da rede urbana paulista se baseou na atualização dos indicadores disponíveis utilizados no estudo de 1999, trabalhados

estatisticamente na dimensão do estado de São Paulo, refletindo critérios relacionados à formação da rede urbana como os de centralidade, de comando por meio de centros decisórios e relações internacionais; infraestrutura urbana; e funcionalidade (Quadro 6).

Quadro 6 – Indicadores utilizados para a análise da rede urbana de São Paulo

Critérios	Indicadores utilizados
Centralidade: área de influência de centros urbanos	Regic – IBGE/2007
Centros decisórios/relações internacionais: presença de centros decisórios e fluxos de relações com a rede urbana brasileira e uma rede mundial de cidades	Sedes das 500 maiores empresas do país
	Embarque de passageiros nos aeroportos estaduais e federais
	Embarque de cargas nos aeroportos estaduais e federais
Escala da urbanização: dimensão do processo de urbanização	Agências bancárias e depósitos bancários
	Taxa de urbanização
	Taxa de crescimento populacional
	Índice de infraestrutura urbana (saneamento e energia elétrica)
Complexidade/diversificação da economia urbana: presença e articulação de setores econômicos	Índice de consumo de bens
	Percentual da PEA urbana
Diversificação do terciário: grau de diversificação/complexidade das atividades de serviços	Percentual da PIA ocupada em bancos
	Percentual da PIA ocupada em serviços técnicos e profissionais
	Percentual da PIA ocupada em serviços de saúde
	Percentual da PIA ocupada em administração pública

Fonte: Emplasa e Fundação Seade, 2011.

Nota: Elaboração própria.

Além de considerar os indicadores mais atualizados para a discriminação de núcleos urbanos que exerçam papel de comando no território, como a presença das sedes de grandes empresas, as conexões aéreas, a infraestrutura urbana e a presença de atividades do setor de serviços consideradas mais sofisticadas, o critério de centralidade foi dado pelo REGIC (IBGE, 2008).

Essa primeira etapa, que permitiu identificar permanências e possíveis alterações na rede urbana de 1999, foi complementada pelo aprofundamento da análise para a identificação de novas dinâmicas. Tal aprofundamento se deu por meio da *i*) análise do mapeamento do uso do solo, que permite identificar a mancha urbana e suas conurbações, *ii*) os deslocamento periódicos intermunicipais para trabalho e estudo, por meio do movimento pendular e *iii*) a

tipologia do PIB municipal que permite identificar a composição de setores produtivos que sobressaem no território municipal¹⁰⁰.

O resultado do estudo *Rede urbana e regionalização do Estado de São Paulo*, além de considerar as três regiões metropolitanas paulistas formalmente constituídas até o momento da sua finalização¹⁰¹, identificou e atualizou as mudanças ocorridas nas aglomerações urbanas não metropolitanas¹⁰², definidas no estudo de 1999, assim como novas espacialidades e novos centros regionais.

Foram identificados 162 municípios que conformam o estrato superior da rede urbana paulista. Esses municípios estão distribuídos em três aglomerações urbanas metropolitanas (Região Metropolitana de São Paulo – RMSP, Região Metropolitana da Baixada Santista – RMBS e Região Metropolitana de Campinas – RMC), dez aglomerações urbanas não metropolitanas (AU de Ribeirão Preto, AU de São José do Rio Preto, AU de Araraquara/São Carlos, AU de São José dos Campos, AU de Sorocaba, AU de Bauru, AU de Araçatuba, AU de Jundiaí, AU de Mogi Guaçu/Moji Mirim e AU de Piracicaba) e 11 Centros (Quadro 7).

¹⁰⁰ Para mais detalhes, ver Sumário Executivo e primeira parte do Caderno 2 dos relatórios do Estudo da Morfologia e da Hierarquia Funcional da Rede Urbana Paulista e da Regionalização do Estado de São Paulo, disponíveis em: http://www.emplasa.sp.gov.br/emplasa/ProjetosEstudos/Relatorios/Novosrelatorios_8-8/Rede_REG_%20SUMARIO%20EXECUTIVO_REV_Final%202011.pdf e http://www.emplasa.sp.gov.br/emplasa/ProjetosEstudos/Relatorios/SEMINARIO_REDREG_D2_Final.pdf

¹⁰¹ Região Metropolitana de São Paulo – RMSP, Lei Complementar nº 94, de 29/05/1974; Região Metropolitana da Baixada Santista – RMBS, em 1996, e Região Metropolitana de Campinas – RMC, em 2000, com base na Lei Complementar nº 760, de 01/08/1994, que estabelece diretrizes para a organização regional do Estado de São Paulo. Posteriormente foi criada a Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte – RMVale pela Lei Complementar nº 1.166, de 09/01/2012, que não foi considerada no estudo.

¹⁰² Aglomerações urbanas são aglomerações de municípios articulados por fatos urbanos complexos, caracterizados “pela concentração de população, relevância econômico-social e forte articulação, explicitados em uma mancha urbana conurbada, ou com forte tendência à conurbação, e em intensos fluxos de pessoas, bens e serviços. Revelam, sobretudo, a articulação funcional entre cidades, procurando elucidar aspectos e questões próprios da estrutura e da dinâmica urbana, e que ocorrem em uma escala metropolitana ou não” (EMPLASA, 2011, p. 35).

Quadro 7 – Número de municípios, segundo categorias da rede urbana paulista

Rede Urbana Paulista 2010	Número de municípios
RMSP	39
RMC	19
RMBS	9
AU de Ribeirão Preto	8
AU de São José do Rio Preto	5
AU de Araraquara/São Carlos	7
AU de São José dos Campos	19
AU de Sorocaba	12
AU de Bauru	5
AU de Araçatuba	3
AU de Jundiaí	7
AU de Mogi Guaçu/Moji Mirim	4
AU de Piracicaba	14
Centros Regionais	11
Estrato Superior da Rede Urbana	162
Demais Municípios	483
Total de Municípios	645

Fonte: Rede Urbana e Regionalização do Estado de São Paulo. Emplasa; Fundação Seade, 2011.

Nota: Elaboração própria.

Se as três aglomerações urbanas metropolitanas se organizam entorno de um grande centro, que se distinguem fortemente dos demais, no caso dos municípios de São Paulo, de Santos e de Campinas, as aglomerações não metropolitanas apresentam diferentes morfologias urbanas, algumas vezes com mais de um centro polarizador no seu interior. As aglomerações multipolarizadas são de diferentes tipos. As AUs de São José dos Campos e de Araraquara/São Carlos se organizam entorno de dois centros, um com nível de centralidade relativamente maior do que o outro. Já a AU de Mogi Guaçu/Moji Mirim, se organiza entorno de dois centros com menor nível de centralidade. A AU de Piracicaba, que inclui 14 municípios, possui três centros urbanos polarizadores, um com maior centralidade, o de Piracicaba, e dois com menor centralidade, os de Limeira e Rio Claro (ver quadros no Apêndice 3).

Sendo assim, dos 162 municípios que formam o estrato superior da Rede Urbana, podemos distinguir 29 que se destacam por sua centralidade (ver quadro no Apêndice 4), caracterizados como polos regionais, e aqueles que gravitam entorno desses polos. Não significa que esses últimos não apresentem também polarização, atraindo para seus centros

urbanos fluxos originados além dos seus próprios limites, mas sim que a sua centralidade é dada, em grande medida, pela dinâmica dos diferentes centros que, juntos, compõem a aglomeração urbana, sobretudo daquelas geradas nos centros de maior centralidade.

Regiões de Influência das Cidades

Devido à grande importância do REGIC (IBGE, 2008) nos estudos sobre rede urbana no Brasil e ao uso que faremos dos seus resultados no presente estudo, por permitir identificar centros urbanos de menor centralidade, vale tecer algumas considerações a respeito da sua metodologia. As preocupações centrais do REGIC são *i)* definir a hierarquia entre os centros urbanos do território nacional e *ii)* delimitar as áreas de influência desses centros urbanos considerando, em grande medida, os mesmos critérios do estudo *Rede urbana e regionalização do Estado de São Paulo*, porém com maior desagregação e detalhamento. O estudo identifica a função de gestão do território dos centros urbanos, considerando tanto a presença de órgãos públicos quanto das sedes de empresas. As decisões tomadas por estas instituições públicas e privadas afetam, direta ou indiretamente, uma dada parcela do entorno destes centros de gestão. Além disso, a presença de distintos equipamentos e serviços capazes de dotar uma cidade de centralidade – ligações aéreas, deslocamentos para internações hospitalares, áreas de cobertura das emissoras de televisão, oferta de ensino superior, diversidade de atividades comerciais e de serviços, oferta de serviços bancários e presença de domínios de internet – também são utilizadas para a identificação de centros de gestão do território. Uma vez estabelecidos os principais nós da rede, passa-se à etapa de definição das regiões de influência dos centros, com base nas redes de interação que conectam as cidades. Como as informações secundárias, de fluxos – materiais e imateriais – entre cidades, não têm a abrangência necessária, estas informações foram complementadas por um questionário desenvolvido para o REGIC, aplicado por meio da Rede de Agências do IBGE. Assim, no estudo, os conceitos de centralidade e polarização que regem a relações das regiões, são determinados por fluxos gerados nos diferentes setores sociais e econômicos, entre eles o setor de saúde (DUARTE et al., 2013).

No entanto, um aspecto importante a ser ressaltado é que aquelas regiões de grande conurbação urbana e porte populacional, que agregam mais de um município, são consideradas pelo REGIC como um único centro urbano, denominado Área de Concentração

Populacional (ACP)¹⁰³. Com isto, a centralidade dos municípios não é resultado unicamente de suas funções urbanas, mas sim das funções urbanas do conjunto de municípios que formam a ACP.

No estado de São Paulo, a metodologia do REGIC identifica 99 municípios em três ACPs: a de São Paulo, a de Ribeirão Preto e a de São José do Rio Preto. A ACP de São Paulo está dividida em seis subACPs, sendo o município de São Paulo seu núcleo principal e Campinas, Santos, São José dos Campos, Jundiaí e Sorocaba os subnúcleos. Assim, deve-se considerar que, ainda que o REGIC realize um estudo minucioso das centralidades e polarizações das cidades, para aquelas áreas de intensa urbanização, faltam informações em nível municipal. Conforme nos alertam Duarte e Navarro (2009), a importância populacional e econômica dos municípios agregados nas ACPs paulistas impossibilita o uso do REGIC como único instrumento de análise da rede urbana no estado de São Paulo.

O estudo identifica e classifica os principais centros da rede urbana brasileira¹⁰⁴, sendo possível observar no estado de São Paulo oito níveis hierárquicos, ficando sem classificação específica 91 municípios (Quadro 8), que são justamente aqueles que compõem as ACPs, exceto os municípios-polo¹⁰⁵. Assim, o estrato superior da rede urbana paulista a partir do REGIC abarca 176 municípios, com diferentes inserções e níveis de polarização na rede de cidades.

¹⁰³ Ver trabalho de Castello Branco (2003).

¹⁰⁴ **Metrópoles:** apresenta a maior gama de bens e serviços que se caracterizam por seu grande porte e por fortes relacionamentos entre si, além de possuírem extensa área de influência. Pode ser de tipo A – Grande Metrópole Nacional, B – Metrópole Nacional e C – Metrópole. São considerados os principais centros urbanos do país, estando no topo da hierarquia;

Capital Regional: Não possui bens e serviços de maior complexidade tecnológica. Tem área de influência de âmbito regional, sendo referida como destino, para um conjunto de atividades. São subdivididas em três categorias A, B e C, conforme o nível de gestão.

Centro Sub-Regional: Detém bens e serviços com níveis intermediários de complexidade. Atividades de gestão menos complexa. Tem área de atuação mais reduzida e seus relacionamentos com centros externos à sua própria rede se dão, em geral, apenas com a Metrópole. São subdivididos em A e B;

Centro de Zona – Cidade com menor porte, com atuação junto à sua área imediata; exerce funções de gestão elementares, apresentando bens e serviços inferiores aos do centro sub-regional. São subdivididos em A e B;

Centro Local – Cidade cuja centralidade e atuação não extrapolam os limites do município, servindo apenas aos seus habitantes. Representa a menor unidade administrativa e possui bens e serviços mais simples.

¹⁰⁵ Na metodologia do estudo Rede urbana e regionalização do Estado de São Paulo esses 91 municípios assumiram o indicador dos municípios polos das respectivas ACPs ou subACPs.

Quadro 8 – Hierarquia do REGIC e municípios no estado de São Paulo – 2008

Nível hierárquico	Número de municípios	Municípios
Grande metrópole nacional	1	São Paulo.
Capital regional A	1	Campinas.
Capital regional B	2	Ribeirão Preto; e São José do Rio Preto.
Capital regional C	9	Araçatuba; Araraquara; Bauru; Marília; Piracicaba; Presidente Prudente; Santos; São José dos Campos; e Sorocaba.
Centro sub-regional A	10	Catanduva; Barretos; Botucatu; Franca; Jaú; Limeira; Ourinhos; Rio Claro; São Carlos; e São João da Boa Vista.
Centro sub-regional B	9	Andradina; Araras; Assis; Avaré; Bragança Paulista; Guaratinguetá; Itapeva; Itapetininga; e Registro.
Centro de zona A	19	Adamantina; Amparo; Bebedouro; Birigui; Cruzeiro; Dracena; Fernandópolis; Ituverava; Jales; Jundiaí; Lins; Mogi Guaçu; Olímpia; Penápolis; Santa Fé do Sul; São José do Rio Pardo; Tatuí; Tupã; e Votuporanga.
Centro de zona B	34	Aparecida; Apiaí; Auriflama; Bariri; Barra Bonita; Capivari; Espírito Santo do Pinhal; Garça; General Salgado; Guararapes; Ilha Solteira; Itápolis; Itararé; Leme; Lorena; Lucélia; Matão; Mococa; Monte Alto; Monte Aprazível; Orlândia; Osvaldo Cruz; Palmeira d'Oeste; Paraguaçu Paulista; Piraju; Presidente Epitácio; Presidente Venceslau; Rancharia; Santa Cruz do Rio Pardo; São Joaquim da Barra; São Manuel; São Sebastião; Taquaritinga; e Tietê.
Centro local	469	Demais municípios

Fonte: IBGE. Região de Influência da Cidade – Regic.

Antes de apresentarmos a construção da caracterização das Regiões de Saúde elaborada a partir dos resultados desses estudos, vale tecer algumas considerações sobre o uso de estudos dessa natureza.

O esforço empreendido pelas instituições públicas envolvidas na elaboração do estudo *Rede urbana e regionalização do Estado de São Paulo*, a Emplasa e a Fundação Seade, visou contribuir “para que a dimensão territorial do desenvolvimento seja incorporada ao processo de definição e articulação das políticas públicas e do planejamento e gestão de projetos

estratégicos de desenvolvimento regional e metropolitano" e não para criar uma "camisa de forças" impondo limites e definições aos recortes regionais (EMPLASA, 2011, p. 9).

Também o REGIC, ao investigar a rede urbana, tem como objetivo subsidiar o planejamento público e as decisões quanto à localização das atividades econômicas de produção, consumo privado e coletivo, bem como prover ferramentas para o conhecimento das relações sociais vigentes e dos padrões espaciais que delas emergem (IBGE, 2008).

Haja vista o esforço na elaboração de instrumentos que permitam análises mais minuciosas da dimensão territorial do desenvolvimento, considera-se que a incorporação desses estudos na análise do processo de regionalização do SUS contribui também para propalar um método ainda pouco difundido nos estudos sociais e econômicos, que se restringem frequentemente aos portes populacionais e econômicos dos municípios. A identificação da rede urbana, suas centralidades e morfologias, que permitem identificar os municípios por sua inserção na dinâmica territorial, nos ajuda a compreender de forma mais ampla os nexos que se estabelecem entre esses e as lógicas socioeconômicas, apontando limites e potencialidades no planejamento público ou privado.

A seguir detalharemos a metodologia usada, no estudo em tela, para definir os municípios que fazem parte do estrato superior da rede urbana, bem como sua hierarquia que, por sua vez, será usada para a elaboração de uma caracterização que permita compreender a condição de urbanização das Regiões de Saúde paulistas. Essas duas informações – inserção do município na rede urbana e condição de urbanização das Regiões de Saúde – serão usadas para organizar os dados e informações analisados.

4.1.2 – Tipologia dos municípios segundo a sua inserção na rede urbana e caracterização urbana das Regiões de Saúde

O esforço inicial para a incorporação de instrumentos que considerem a dimensão territorial na análise do repasse dos recursos do FNS para os FMS, na perspectiva do processo de regionalização do SUS, foi o cotejamento entre os recortes territoriais da Rede Urbana Paulista 2010 e das 63 Regiões de Saúde do estado de São Paulo.

É possível observar que existe praticamente coincidência de limites geográficos no caso das aglomerações urbanas metropolitanas. Atualmente a Região Metropolitana de São Paulo abarca seis Regiões de Saúde (Grande ABC, Alto do Tietê, Franco da Rocha, Rota dos Bandeirantes, Mananciais e São Paulo, que é o único caso de Região de Saúde composta por

apenas um município). Também a Região de Saúde Baixada Santista assume o mesmo recorte da Região Metropolitana da Baixada Santista.

A Região de Saúde Metropolitana de Campinas foi instituída inicialmente abarcando 18 dos 19 municípios que compõem a Região Metropolitana de Campinas (RMC), conforme definido na deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de São Paulo nº 34, de 27 agosto de 2013¹⁰⁶. O município de Engenheiro Coelho é o único que compõe a RMC que não foi incluído no recorte da Região de Saúde. Um ano depois, a deliberação da CIB SP nº 49 de 2 de setembro de 2014¹⁰⁷, incluiu no recorte da Região de Saúde Metropolitana de Campinas o município de Morungaba, passando, a partir desse momento, a contar com 19 municípios. Ressalta-se então que, apesar da RS Metropolitana de Campinas contar com 19 municípios, seu recorte territorial não coincide exatamente com o recorte territorial da RMC, pois esta inclui o município de Engenheiro Coelho e aquela o município de Morungaba.

Em relação às aglomerações urbanas não metropolitanas, as AU de Jundiaí e AU de Mogi Guaçu/Moji Mirim são as únicas que apresentam coincidência com os recortes de Regiões de Saúde, a de Jundiaí e da Baixa Mogiana, respectivamente. Foi possível também observar três aglomerações urbanas (AU de Sorocaba, AU de Bauru e AU de São José do Rio Preto) contidas em três Regiões de Saúde (RS de Sorocaba, RS de Bauru e RS de São José do Rio Preto). As outras cinco aglomerações urbanas tiveram seus recortes divididos entre duas, três ou quatro Regiões de Saúde¹⁰⁸ (Apêndice 5).

Além das oito RS relacionadas aos recortes de aglomeração urbana metropolitanas e as 19 RS imbricadas nos recortes de aglomeração urbana não metropolitanas, visto anteriormente, foi possível constatar nove RS polarizadas por um centro regional, e uma, a RS de Bragança, que possui dois centros regionais, os municípios de Bragança Paulista e Atibaia. Sobram então 26 Regiões de Saúde sem um núcleo regional identificado (Apêndice 6).

¹⁰⁶ Ver documento em:

ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.ago.13/iels162/E_DL-CIB-34_270813.pdf

¹⁰⁷ Ver em documento em:

ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2014/iels.set.14/iels167/E_DL-CIB-49_020914.pdf

¹⁰⁸ Os municípios que compõem a AU de Araçatuba se dividem entre as RS Central do DRS II e RS Consórcio do DRS II. Os municípios da AU de Araraquara se dividem entre as RS Central do DRS III, RS Coração do DRS III e RS Norte do DRS III. Os municípios da AU de Ribeirão se dividem entre as RS de Horizonte Verde e RS Aquífero Guarani. Os municípios da AU de Piracicaba se dividem nas RS de Piracicaba, RS de Araras, RS de Limeira e RS de Rio Claro. Os municípios da AU de São José dos Campos se dividem entre as RS Circuito da Fé e RS Vale Histórico; RS do Alto Vale do Paraíba e RS do Vale do Paraíba/Região Serrana.

Para atender aos objetivos do presente estudo, torna-se estratégica a identificação de municípios cujos núcleos urbanos apresentam menores níveis de centralidades, o que amplia a possibilidade de análise de Regiões de Saúde com dinâmicas urbanas menos intensas. Para isso foi necessário complementar o desenho da Rede Urbana Paulista de 2010 com os centros identificados no REGIC.

Assim, além dos 162 municípios do estrato superior da rede urbana paulista, foram considerados ainda 50 municípios com algum nível de centralidade no REGIC¹⁰⁹. Por meio de tal expediente foi possível incorporar na metodologia centros urbanos com capacidades polarizadoras menores, porém estratégicos quando se considera a necessidade de ampliação do acesso às ações e serviços de saúde pública e a mitigação dos desequilíbrios regionais em decorrência das lógicas capitalistas de localização territorial. Conforme visto anteriormente, sem esses centros menores, 26 RS seriam identificadas pela ausência de núcleos polarizadores no seu interior.

Vale ressaltar que, para a adequação da base de dados usada na identificação dos municípios que compõem o estrato superior da rede urbana e da tipologia de RS do presente estudo com relação à divergência no recorte da Região Metropolitana de Campinas e da Região de Saúde Metropolitana de Campinas, e levando em consideração o peso relativo dos municípios de Engenheiro Coelho e de Morungaba na dinâmica urbana paulista, optou-se por alterar a inserção desses na Rede Urbana de 2010. Morungaba, que estava classificado como demais municípios, passou a ser marcado como pertencente à RMC, e Engenheiro Coelho foi do grupo da RMC para o grupo demais municípios.

Por fim, considerando a centralidade do seu núcleo urbano e a sua inserção na morfologia da rede urbana paulista, o presente estudo classificou os 645 municípios do estado de São Paulo em sete tipos, a saber: 1) município metropolitano – faz parte de região metropolitana, porém não é considerado o principal núcleo urbano da região; 2) centro metropolitano – faz parte de região metropolitana e é considerado o principal núcleo urbano da região; 3) município de aglomeração urbana – compõem a aglomeração urbana, porém sua centralidade não se destaca no funcionamento do conjunto da AU; 4) centro de aglomeração urbana – compõem a aglomeração urbana e se destaca pela relevância na centralidade do seu núcleo urbano; 5) centro regional isolado – não faz parte de aglomeração urbana, metropolitana ou não, e apresenta relevância na centralidade do núcleo urbano; 6) pequeno

¹⁰⁹ Seis municípios classificados como centros subregionais no REGIC (Itapeva, São João da Boa Vista, Registro, Assis, Avaré e Andradina) e os 44 municípios restantes, foram classificados como centros de zona.

centro regional – não faz parte de aglomeração urbana, metropolitana ou não, e a centralidade do seu núcleo urbano é de pequena intensidade; e 7) centros locais – a centralidade dos seus núcleos urbanos atende apenas aos limites do seu território. O Quadro 9 detalha os critérios usados para a seleção dos municípios nas respectivas categorias.

Quadro 9 – Categorias de municípios do estado de São Paulo, número e critérios para sua classificação

Categoria dos municípios	Número de municípios	Crítérios para seleção
Metropolitano	64	Faz parte de RM e não possui centralidade nem na Rede Urbana 2010 nem no REGIC.
Centro Metropolitano	3	Faz parte de RM e possui centralidade na Rede Urbana 2010 e/ou no REGIC.
Aglomeração Urbana	61	Faz parte de AU mas não possui centralidade nem na Rede Urbana 2010 nem no REGIC.
Centro de Aglomeração Urbana	23	Faz parte de AU e possui centralidade na Rede Urbana 2010 e/ou no REGIC.
Centro Regional Isolado	17	Não faz parte de AU nem de RM e possui centralidade na Rede Urbana 2010 e/ou no REGIC, diferente de Centro de Zona.
Pequeno Centro Regional	44	Não faz parte de AU nem RM, não apresenta centralidade na Rede Urbana 2010 e possui centralidade no REGIC igual a de Centro de Zona.
Centro Local	433	Não faz parte de AU e de RM e não possui centralidade nem na Rede Urbana 2010, nem no REGIC.
Total de Municípios do Estado de São Paulo	645	

Fonte: IBGE. Região de Influência da Cidade – Regic, 2008; Emplasa e Fundação Seade, 2011.

Nota: Elaboração própria.

Dessa forma, foi possível identificar 212 municípios no estrato superior da rede urbana paulista, sendo 87 considerados centros regionais, com diferentes centralidades, e 125 que compõem as aglomerações urbanas, metropolitanas e não metropolitanas, com núcleos urbanos que não se destacam no funcionamento da região na qual eles estão inseridos.

A análise da distribuição dos 212 municípios pelas Regiões de Saúde permitiu identificar seis diferentes situações para a caracterização dessas regiões. Essas seis diferentes situações foram classificadas em quatro categorias de condições de urbanização das Regiões de Saúde, conforme detalhado no Quadro 10.

Quadro 10 – Classificação das Regiões de Saúde segundo condição de urbanização

Condição de urbanização da RS	Número de RS	Categorias de municípios presentes na Região de Saúde
Baixa urbanização	2	Centro local
	18	Pequeno centro regional e Centro local
Média urbanização	5	Centro regional isolado e Centro local
	11	Centro regional isolado, Pequeno centro regional e Centro local
Alta urbanização	19	Municípios em aglomeração urbana não metropolitana
Metropolitana	8	Municípios em aglomeração urbana metropolitana

Nota: Elaboração própria

A primeira situação é de RS formadas apenas por municípios classificados como Centros locais, ou seja, sem a presença de municípios que compõem o estrato superior da rede urbana – apenas duas RS foram caracterizadas nessas condições, a Região do Vale das Cachoeiras e a do Pontal do Paranapanema. A segunda situação é aquela onde as RS são compostas por municípios classificados como Pequeno centro regional e Centro local. Das 18 RS nessa situação, 12 comportam apenas um Pequeno centro regional, cinco abarcam dois Pequenos centros regionais e, apenas a RS de Adamantina apresenta três Pequenos centros regionais. As RS nessas duas situações foram classificadas como Baixa urbanização (Tabela 2).

Tabela 2 – Número de municípios segundo Regiões de Saúde na condição de Baixa urbanização por tipologia dos municípios – Estado de São Paulo

Regiões de Saúde	Centros Locais	Pequeno Centro Regional	Total de municípios
1 Adamantina	7	3	10
2 Alta Anhanguera	4	2	6
3 Alta Mogiana	5	1	6
4 Alta Paulista	11	1	12
5 Alto Capivari	4	1	5
6 Centro Oeste do DRS III	4	1	5
7 Circuito das Águas	4	1	5
8 Extremo Oeste Paulista	3	2	5
9 Fernandópolis	12	1	13
10 Jales	14	2	16
11 José Bonifácio	10	1	11
12 Lins	7	1	8
13 Litoral Norte	3	1	4
14 Pontal do Paranapanema	4		4
15 Rio Pardo	6	2	8
16 Santa Fé do Sul	5	1	6
17 Sul - Barretos	7	1	8
18 Tupã	7	1	8
19 Vale das Cachoeiras	7		7
20 Votuporanga	15	2	17
Total	139	25	164

Nota: Elaboração própria

A terceira situação é aquela onde a RS é composta por Centros regionais isolados, além dos Centros locais. Das cinco RS nessa situação, apenas uma conta com a presença de dois Centros regionais isolados (RS de Bragança), nas demais verifica-se a presença de um Centro regional isolado. Na quarta situação, além dos Centros regionais isolados e dos Centros locais, também estão presentes municípios classificados como Pequenos centros regionais. Das 11 RS nessa situação, apenas em duas é possível verificar a presença de dois Pequenos centros regionais (RS de Itapeva e RS de Jaú), as demais apresentam apenas um. As RS nessas duas situações foram agregadas na categoria de Média urbanização (Tabela 3).

Tabela 3 - Número de municípios segundo Regiões de saúde na condição de Média urbanização por tipologia dos municípios – Estado de São Paulo

Regiões de Saúde	Centros Locais	Pequeno Centro Regional	Centro Regional Isolado	Total de municípios
1 Alta Sorocabana	18		1	19
2 Assis	11	1	1	13
3 Bragança	9		2	11
4 Catanduva	18		1	19
5 Itapetininga	11	1	1	13
6 Itapeva	12	2	1	15
7 Jaú	9	2	1	12
8 Lagos do DRS II	10	1	1	12
9 Mantiqueira	6	1	1	8
10 Marília	17	1	1	19
11 Norte - Barretos	8	1	1	10
12 Ourinhos	10	1	1	12
13 Polo Cuesta	11	1	1	13
14 Três Colinas	9		1	10
15 Vale do Jurumirim	15	1	1	17
16 Vale do Ribeira	14		1	15
Total	188	13	17	218

Nota: Elaboração própria.

Na categoria de Alta urbanização foram agregadas todas as RS que têm no seu território municípios classificados na categoria de Aglomeração urbana e ou Centro de aglomeração urbana. Trata-se da quinta situação identificada, que possibilita a identificação de RS em diversas composições que, além da categoria de municípios já citadas, também podem contar com a presença de municípios na categoria de Centro local e de Pequeno centro regional. Vale ressaltar que apenas duas RS na categoria Alta urbanização – de Horizonte Verde e do Vale do Paraíba/Região Serrana – não contam com pelo menos um município classificado como Centro de aglomeração urbana no seu território (Tabela 4).

Tabela 4 – Número de municípios segundo Regiões de Saúde na condição de Alta urbanização por tipologia dos municípios – Estado de São Paulo

Regiões de Saúde	Centros Locais	Pequeno Centro Regional	Aglomeração Urbana	Centro Aglomeração Urbana	Total de municípios
1 Alto Vale do Paraíba	3		4	1	8
2 Aquífero Guarani	6		3	1	10
3 Araras	3			2	5
4 Baixa Mogiana			2	2	4
5 Bauru	13		4	1	18
6 Central do DRS II	8	1		2	11
7 Central do DRS III	4		3	1	8
8 Circuito da Fé e Vale Histórico	6		7	4	17
9 Consórcios do DRS II	15	1		1	17
10 Coração do DRS III	4		1	1	6
11 Horizonte Verde	4	1	4		9
12 Jundiaí			6	1	7
13 Limeira	1		2	1	4
14 Norte do DRS III	3	1		1	5
15 Piracicaba	4	1	5	1	11
16 Rio Claro	3		2	1	6
17 São José do Rio Preto	15		4	1	20
18 Sorocaba	7	1	11	1	20
19 Vale do Paraíba/Região Serrana	7		3		10
Total Geral	106	6	61	23	196

Nota: Elaboração própria.

Por fim, todas as oito RS que coincidem ou estão incluídas nos recortes das Regiões Metropolitanas formais do estado de São Paulo foram classificadas na categoria Metropolitana. Vale ressaltar que a de São Paulo, da Baixada Santista e Metropolitana de Campinas, comportam o centro metropolitano, e que as demais, que são aquelas que se localizam no entorno do município de São Paulo, não apresentam municípios que se destacam por sua polarização (Tabela 5).

Tabela 5 – Número de municípios segundo Regiões de Saúde na condição metropolitana por tipologia dos municípios – Estado de São Paulo

Regiões de Saúde	Centro Metropolitano	Região Metropolitana	Total de municípios
1 Alto do Tietê		11	11
2 Baixada Santista	1	8	9
3 Franco da Rocha		5	5
4 Grande ABC		7	7
5 Mananciais		8	8
6 Região Metropolitana de Campinas	1	18	19
7 Rota dos Bandeirantes		7	7
8 São Paulo	1		1
Total Geral	3	64	67

Nota: Elaboração própria.

Com vistas à compreensão do perfil das Regiões de Saúde segundo a condição de urbanização e a sua inserção na dinâmica urbana do estado de São Paulo, a seguir faremos uma exposição da distribuição das RS pelo território paulista.

4.1.3 – A distribuição das Regiões de Saúde por condição de urbanização no estado de São Paulo

O resultado da caracterização das RS por condição de urbanização pode ser verificado no Mapa 1. A distribuição territorial das RS evidencia as diferentes inserções na dinâmica socioespacial paulista dos recortes geográficos que servem de base à regionalização do SUS. É possível observar que as RS metropolitanas e parte das de Alta urbanização marcam de forma contínua os dois principais eixos de desenvolvimento do estado de São Paulo. Tendo a capital do estado como epicentro, um segue em sentido leste pelo Vale do Paraíba e outro no sentido noroeste. Verificam-se também RS de Alta urbanização que estão destacadas espacialmente desses eixos, resultado da presença de alguns importantes centros urbanos no interior do estado.

Nota-se que as RS de Média urbanização, ainda que sejam em menor número quando comparadas com as de Alta urbanização e as de Baixa urbanização (quadro 5), cobrem grande parte do território paulista. Ainda que estejam distribuídas também na porção norte e leste do estado, as RS de Média urbanização são predominantes na porção sul. Esse aspecto evidencia que, apesar de uma menor dinâmica econômica e populacional nesta porção territorial, as RS se caracterizam pela presença de centros urbanos com relativa centralidade. Diferente das RS de Baixa urbanização que se encontram mais dispersas sobretudo nas porções norte e leste do estado.

Em relação às RS metropolitanas, deve-se destacar primeiramente a RS de São Paulo, conformada unicamente pelo município de São Paulo, devido ao seu papel de núcleo urbano central na dinâmica econômica do Estado e do país. A capital do Estado é o principal e mais diversificado polo industrial e de serviços, incluindo o setor financeiro, do Brasil. Comporta “o maior complexo científico-tecnológico do país, com a presença de inúmeros institutos, centros de pesquisas e várias universidades e faculdades, com destaque para a Universidade de São Paulo – USP” (EMPLASA, 2011, p. 48).

Essa dinâmica também se reflete na concentração, no território municipal, de instituições voltadas ao ensino e atenção à saúde com enorme capacidade irradiadora de conhecimento e tecnologia, sobretudo as de maior complexidade. Apenas para ilustração,

estão presentes no território paulistano, entre outras importantes instituições, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (antiga Escola Paulista de Medicina) e a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, todas vinculadas aos seus respectivos centros hospitalares. Também vale destacar os importantes complexos médicos desenvolvidos a partir da instalação de hospitais de benemerência das colônias de imigrantes do estado, como o Hospital Israelita Albert Einstein, o Hospital Sírio-Libanês, o Hospital do Coração da Associação Sanatório Sírio, o Hospital Alemão Osvaldo Cruz, a Beneficência Portuguesa¹¹⁰, entre outros.

Haja vista a dinâmica econômica, social e urbana da RS de São Paulo, deve-se reconhecer a sua singularidade, não apenas no setor da saúde mas, sobretudo, como lugar privilegiado de concentração capitalista, que lhe confere centralidade pra além do território estadual e nacional.

No entorno da cidade de São Paulo, e dinamizados principalmente por esta, estão as RS metropolitanas Grande ABC, Alto do Tietê, Rota dos Bandeirantes, Franco da Rocha e Mananciais. Ainda que fortemente integradas pelos fluxos de pessoas, mercadorias e, sobretudo, de informações, essas RS apresentam naturezas distintas. A RS Grande ABC se destaca pela presença de grandes complexos industriais que a distinguem das demais pelo seu perfil industrial. Municípios que compõem as RS Rota dos Bandeirantes e Alto do Tietê, são identificados pelo perfil multissetorial (composição da forte presença de indústria e serviços) e dinamismo econômico, sugerindo o espraiamento da função polarizadora da capital no sentido oeste e nordeste, sobretudo naqueles municípios localizados na trajetória das vias de transporte que ligam a RMSP ao resto do país. As RS Franco da Rocha e Mananciais, ainda que também apresentem relativo dinamismo econômico, comportam municípios considerados dormitórios (Francisco Morato, Taboão da Serra e Jiquitiba), cumprindo uma peculiar função complementar à atividade produtiva dos centros mais dinâmicos.

A RS Baixada Santista e a Metropolitana de Campinas, próximas da capital paulista, também apresentam dinâmica urbana intensa. A primeira muito vinculada à presença do maior complexo portuário da América do Sul e a segunda com característica mais diversificada, servida por eficiente malha viária, apresenta dinâmica industrial e de serviços apoiada por importantes instituições de pesquisa regional.

¹¹⁰ Para maiores informações ver: Seade. Ciências da Vida Humana na Cidade de São Paulo. São Paulo, 2010 em <http://produtos.seade.gov.br/projetos/cienciasdavid/index.php?menu=3>

Mapa 1 – Tipos de Regiões de Saúde segundo condição de urbanização

Além das RS metropolitanas, é possível identificar grande parte das RS de Alta urbanização localizadas nos tradicionais eixos de desenvolvimento do estado de São Paulo. Um deles é o que conforma o Vale do Paraíba, que liga dois dos mais importantes centros urbanos brasileiros (São Paulo e Rio de Janeiro) onde se localizam as RS Alto Vale do Paraíba, a Vale do Paraíba/Região Serrana e a Circuito da Fé e Vale Histórico. Vale ressaltar que esse eixo é dinamizado pela presença da Rodovia Presidente Dutra e da Rodovia Ayrton Senna/Carvalho Pinto (SP-070), o que propicia a formação de uma cadeia de núcleos urbanos de diferentes tamanhos.

O outro eixo dinâmico é aquele que segue para o interior do estado, no sentido norte, onde se localizam 11 RS de Alta urbanização (Aquífero Guarani, Araras, Baixa Mogiana, Central do DRS III¹¹¹, Coração do DRS III, Horizonte Verde, Jundiaí, Limeira, Norte do DRS III, Piracicaba, Rio Claro). Vale ressaltar a importância das Rodovias Anhanguera, Bandeirantes e Washington Luiz como elementos dinamizadores dessas regiões, também responsáveis pelo direcionamento de investimentos estratégicos ao capital.

As RS metropolitanas e de Alta urbanização citadas, junto com a RS de Sorocaba, também de Alta urbanização, todas vinculadas aos principais eixos de desenvolvimento do estado, estão contidas em um espaço de fluxos e relações que se diferencia das demais regiões do estado. Esse espaço é chamado de Macrometrópole Paulista. Conforme conclusão do Estudo *Rede urbana e regionalização do Estado de São Paulo*, esse recorte geográfico chamado Macrometrópole é fruto de “um processo histórico ancorado pelo processo de reprodução do capital, que dispersa as unidades produtivas e concentra a gestão do capital, como estratégia de novo momento de reprodução” apoiado não apenas pelas novas tecnologias de informação e comunicação “mas, sobretudo pela presença de ampla rede viária, que favoreceu a incorporação de novas áreas de forma mais articulada” (EMPLASA, 2011, p. 103-104).

Além das RS de Alta urbanização já tratadas, restam ainda quatro que se localizam de forma isolada no território paulista, mas que abarcam centros urbanos mais adensados na dinâmica urbana. Uma delas é a RS de Bauru, que tem como núcleo central o município de

¹¹¹ A Secretaria de Estado da Saúde (SES) de São Paulo divide o território estadual em 17 instâncias administrativas denominadas Departamentos Regional de Saúde (DRS). O processo de definição das Regiões de Saúde no estado de São Paulo foi conduzido pelos DRS em oficinas de trabalho realizadas de maio a junho de 2007, conforme deliberação CIB nº 153 de 21 de setembro de 2007. A denominação de algumas Regiões de Saúde faz referência ao DRS ao qual ela está inserida. Detalhes ver em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.set.07/iels179/E_DL-CIB-153_2007.pdf

Bauru. Além de representar um importante polo para a lógica produtiva agroindustrial do interior paulista, esse centro urbano é dinamizado pela presença da ferrovia Novoeste (antiga RFFSA), que possibilita acesso a vários países latino-americanos, e pela Ferroban (antiga Fepasa) que liga a região aos Portos de Santos e Paranaguá, além da Rodovia Marechal Rondon e da Hidrovia Tietê-Paraná. Vale ressaltar ainda que, mesmo estando fora da Macrometrópole paulista, esse centro urbano se destaca por suas instituições de pesquisa, sobretudo voltadas às tecnologias médicas. Tanto o Instituto Lauro de Sousa Lima (ILSL) quanto o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, são reconhecidos como importantes centros de desenvolvimento de tecnologia, sobretudo na área de hanseníase, no primeiro, e na de próteses craniana, no segundo.

Outra RS de Alta urbanização é a de São José do Rio Preto, que tem como núcleo central o município de São José do Rio Preto. Essa região, cujo núcleo urbano apresenta área de influência que vai além do território estadual, se encontra no entroncamento das Rodovias Washington Luiz, que faz a comunicação com a Macrometrópole, da Transbrasiliana (BR-153), que marca o traçado Norte-Sul do país, e da Assis Chateaubriand (SP-425), que faz a conexão com o Triângulo Mineiro e o norte do Paraná. Também em relação às atividades ligadas a tecnologias médicas a RS se destaca por ser referência de transplante de fígado, tratamento de Aids, procedimentos cardiológicos e produção de equipamentos. O Hospital de Base de São José do Rio Preto atrai pessoas de uma vasta área, para além dos seus limites territoriais.

Por último, as RS Central do DRS II e Consórcios do DRS II, ambas ligadas à AU de Araçatuba. Essas regiões são dinamizadas por seu centro urbano que representa importante polo para a atividade agropecuária dessa porção do território paulista, estabelecendo conexão com a região Centro-Oeste do país e países latino-americanos, não apenas por ser cortada pela Rodovia Marechal Rondon, mas também pela ferrovia operada pela América Latina Logística (ALL) e pela Hidrovia Tietê-Paraná.

Assim, as RS classificadas como de Alta urbanização nos permitem identificar regiões que, embora apresentem dinâmica urbana menos intensa que as metropolitanas, constituem-se em centros polarizadores, cuja infraestrutura social e econômica é capaz de absorver atividades produtivas, públicas ou privadas, que necessitem de racionalidades baseadas em escala econômica.

Tal afirmação também é válida para as 16 RS classificadas como Média urbanização, que se distribuem por uma ampla porção do território estadual, sobretudo ao sul e leste do estado, ainda que também estejam presentes ao norte. Isso porque a característica dessas regiões é a presença de pelo menos um grande centro urbano, que exerce o papel de polo regional.

É importante considerar que, mesmo com menor nível de urbanização, a presença desses núcleos polarizadores no recorte territorial das RS sinaliza a existência de infraestrutura socioeconômica que possibilita a oferta de serviços mais sofisticados, de maior conteúdo tecnológico, bem como daqueles que necessitam de escala econômica. Todos esses centros possuem infraestrutura de acesso que possibilita maior fluxos de pessoas e mercadorias. Grande parte deles contam com instituições de ensino superior, públicas e/ou privadas, aeroportos regionais, grandes centros comerciais e diversificadas opções de lazer.

Vale destacar nesse rol as RS Alta Sorocabana (cujo centro é Presidente Prudente), RS Bragança (cujos centros são Bragança Paulista e Atibaia), RS Catanduva (Catanduva), a RS Marília (Marília), a RS Norte-Barretos (Barretos), a RS Polo Cuesta (Botucatu) e a RS Três Colinas (Franca), por oferecerem nas suas instituições de ensino a formação em medicina. Destaca-se ainda o município de Jaú, na RS Jaú, que não oferece o curso de medicina mas é referência em oncologia e tratamento da dor e realiza transplantes de medula óssea.

A importância em se ressaltar as características dos centros urbanos das RS de Média urbanização – que incluem ainda as RS Assis (Assis), RS Itapetininga (Itapetininga), RS Itapeva (Itapeva), RS Lagos do DRS II (Andradina), RS Mantiqueira (São João da Boa Vista), RS Ourinhos (Ourinhos), RS Vale do Jurumirim (Avaré) e RS Vale do Ribeira (Registro) – é evidenciar lugares potencialmente receptores de recursos vinculados a políticas públicas que busquem a mitigação dos desequilíbrios regionais.

Grande parte das RS de Baixa urbanização também apresentam núcleos urbanos polarizadores, ainda que com menor área de influência, que devem ser considerados por políticas que tenham como foco um desenvolvimento regional menos concentrador. Conforme visto, exceto pela RS Pontal do Paranapanema e Vale das Cachoeiras, todas as demais apresentam um, dois ou três pequenos centros regionais – RS Adamantina, RS Alta Anhanguera, RS Alta Mogiana, RS Alta Paulista, RS Alto Capivari, RS Centro Oeste do DRS III, RS Circuito das Águas, RS Extremo Oeste Paulista, RS Fernandópolis, RS Jales, RS José Bonifácio, RS Lins, RS Litoral Norte, RS Rio Pardo, RS Santa Fé do Sul, RS Sul – Barretos,

RS Tupã e RS Votuporanga. Tais Regiões de Saúde, em maior ou menor medida, apresentam possibilidades de adequação a políticas que busquem tornar o acesso às ações e serviços de saúde de forma mais equânime, ainda que necessitem ser orientadas também por racionalidades dadas pela busca de escalas econômicas.

Para a compreensão da dinâmica socioeconômica das Regiões de Saúde (RS) a partir das formas de inserção dos municípios na rede urbana (RU) e da condição de urbanização da RS, conforme proposto, optou-se pela análise da distribuição populacional e econômica, pelos diferentes recortes territoriais, no período 2002 e 2012, conforme veremos a seguir.

4.2 – Análise da dinâmica populacional e produtiva do território paulista a partir da caracterização urbana das Regiões de Saúde: os anos 2002 e 2012

Os dados de população e do Produto Interno Bruto dos municípios (PIB municipal)¹¹², calculados pela Fundação Seade, foram organizados por condição de urbanização das 63 RS (metropolitana, Alta urbanização, Média urbanização e Baixa urbanização), destacando os municípios por sua inserção na rede urbana (metropolitano, centro metropolitano, aglomeração urbana – AU, centro de aglomeração urbana – Centro de AU, Centro Regional Isolado – CRI, Pequeno Centro Regional – PCR e Centros Locais – CL).

A Tabela 6 apresenta as informações dos municípios, população e PIB, agregadas segundo a condição de urbanização de RS, destacando os municípios segundo a inserção na RU.

¹¹² O indicador econômico Produto Interno Bruto – PIB dos municípios calculado pela Fundação Seade, segundo metodologia coordenada pelo IBGE e comum a todos os estados, estima a distribuição do PIB pelos municípios segundo a ótica da produção. Dessa forma, cabe ressaltar que as análises não se referem aos locais onde a renda é apropriada mas sim onde ocorre a atividade produtiva. Devido ao processo de cálculo das Contas Nacionais e Regionais do IBGE, o último ano disponível do PIB dos municípios no momento da realização do presente estudo é 2012. Mais detalhes ver em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/pibmun/pdfs/Metodologia_PIBMun_novaserie_2aEdicao.pdf

Tabela 6 – Municípios, População, PIB e PIB per capita segundo condição de urbanização da Região de Saúde e tipologia de municípios – Estado de São Paulo (2012)

Regiões de Saúde	Tipologia de RS e dos Municípios	Municípios		População		PIB (em milhões de Reais)		PIB per capita
63	Total	645	100,0%	41.939.997	100,0%	1.408.903,86	100,0%	33.593,32
	Metropolitana	67	10,4%	24.541.818	58,5%	956.506,11	67,9%	38.974,54
8	Centro Metropolitano	3	0,5%	12.901.142	30,8%	579.863,95	41,2%	44.946,71
	Região Metropolitana	64	9,9%	11.640.676	27,8%	376.642,16	26,7%	32.355,69
	Alta urbanização	196	30,4%	9.864.376	23,5%	294.932,15	20,9%	29.898,71
	Centro Aglomeração Urbana	23	3,6%	5.443.400	13,0%	177.825,74	12,6%	32.668,14
19	Agglomeração Urbana	61	9,5%	2.789.920	6,7%	84.293,12	6,0%	30.213,45
	Pequeno Centro Regional	6	0,9%	261.677	0,6%	5.833,42	0,4%	22.292,44
	Centro Local	106	16,4%	1.369.379	3,3%	26.979,87	1,9%	19.702,27
	Média urbanização	218	33,8%	4.948.052	11,8%	101.266,39	7,2%	20.465,91
16	Centro Regional Isolado	17	2,6%	2.239.576	5,3%	47.834,49	3,4%	21.358,73
	Pequeno Centro Regional	13	2,0%	565.035	1,3%	12.486,04	0,9%	22.097,82
	Centro Local	188	29,1%	2.143.441	5,1%	40.945,86	2,9%	19.102,86
	Baixa urbanização	164	25,4%	2.585.751	6,2%	56.199,21	4,0%	21.734,19
20	Pequeno Centro Regional	25	3,9%	1.146.004	2,7%	28.138,87	2,0%	24.553,90
	Centro Local	139	21,6%	1.439.747	3,4%	28.060,34	2,0%	19.489,77

Fonte: Fundação Seade.

Nota: Elaboração própria.

É possível observar que as 20 RS classificadas como de Baixa urbanização, abarcam 164 municípios (25,4% do total de municípios do estado) e concentram 6,2% da população e 4,0% do PIB estadual, evidenciando a inserção periférica dessas regiões na dinâmica populacional e econômica paulista. Também as 16 RS de Média urbanização, ainda que sejam as que concentram maior número de municípios (218 municípios que representam 33,8% do total), respondem por 11,8% da população e 7,2% da atividade econômica do Estado. Já as 19 RS classificadas como de Alta urbanização, abarcando 196 municípios (30,4% do total), representam 23,5% da população e 20,9% da atividade econômica paulista, o que demonstra a relativa importância desses territórios na dinâmica populacional e econômica paulista. Todavia, são as oito Regiões de Saúde Metropolitanas, formadas por 67 municípios (10,4% do total de municípios), que concentram 58,5% da população e 67,9% do PIB, explicitando a violenta concentração territorial do estado de São Paulo.

Assim, a análise concatenada da distribuição da população e da atividade produtiva demonstra que quanto maior o nível de urbanização da região maior a concentração relativa da atividade econômica frente à concentração populacional. Essa relação se reflete no PIB per capita regional. Verifica-se que esse indicador é relativamente mais alto nas RS Metropolitanas e nas de Alta urbanização (R\$ 38.974,54 e R\$ 29.898,71, respectivamente), do que os verificados nas RS de Média e de Baixa urbanização (R\$ 20.465,91 e R\$ 21.734,19, respectivamente). Verifica-se ainda a tendência de um maior PIB per capita nos municípios que compõem o estrato superior da rede urbana, sobretudo naqueles que apresentam maior

centralidade. As aglomerações urbanas, metropolitanas e não metropolitanas, considerando seus centros urbanos principais e os que compõem seu entorno, apresentam PIB per capita maior do que os CRI e os PCR. Os CL são os que apresentam menor PIB per capita. Essa relação é mais bem identificada quando se exclui da análise o município de São Paulo¹¹³, conforme dados organizados na Tabela 7.

Tabela 7 – Municípios, População, PIB e PIB per capita segundo condição de urbanização da Região de Saúde e tipologia de municípios – Estado de São Paulo, exceto a capital (2012)

Regiões de Saúde	Tipologia de RS e dos Municípios	Municípios		População		PIB (em milhões de Reais)		PIB per capita
62	Total	644	100,0%	30.560.883	100,0%	909.528,46	100,0%	29.761,20
	Metropolitana	66	10,2%	13.162.704	43,1%	457.130,71	50,3%	34.729,24
7	Centro Metropolitano	2	0,3%	1.522.028	5,0%	80.488,55	8,8%	52.882,44
	Região Metropolitana	64	9,9%	11.640.676	38,1%	376.642,16	41,4%	32.355,69
	Alta urbanização	196	30,4%	9.864.376	32,3%	294.932,15	32,4%	29.898,71
	Centro Aglomeração Urbana	23	3,6%	5.443.400	17,8%	177.825,74	19,6%	32.668,14
19	Agglomeração Urbana	61	9,5%	2.789.920	9,1%	84.293,12	9,3%	30.213,45
	Pequeno Centro Regional	6	0,9%	261.677	0,9%	5.833,42	0,6%	22.292,44
	Centro Local	106	16,5%	1.369.379	4,5%	26.979,87	3,0%	19.702,27
	Média urbanização	218	33,9%	4.948.052	16,2%	101.266,39	11,1%	20.465,91
16	Centro Regional Isolado	17	2,6%	2.239.576	7,3%	47.834,49	5,3%	21.358,73
	Pequeno Centro Regional	13	2,0%	565.035	1,8%	12.486,04	1,4%	22.097,82
	Centro Local	188	29,2%	2.143.441	7,0%	40.945,86	4,5%	19.102,86
	Baixa urbanização	164	25,5%	2.585.751	8,5%	56.199,21	6,2%	21.734,19
20	Pequeno Centro Regional	25	3,9%	1.146.004	3,7%	28.138,87	3,1%	24.553,90
	Centro Local	139	21,6%	1.439.747	4,7%	28.060,34	3,1%	19.489,77

Fonte: Fundação Seade.

Nota: Elaboração própria.

As informações da Tabela 7 permitem observar que, sem o município de São Paulo, os centros metropolitanos (Santos e Campinas) apresentam um PIB per capita ainda maior, de R\$ 52.882,44.

A análise agregada das 19 RS caracterizadas como de Alta urbanização demonstra praticamente a mesma concentração da atividade econômica e da população, 32,4% e 32,3%, respectivamente. No entanto, os 23 centros de AU juntos, apresentam maior concentração da atividade econômica frente à da população, 19,6% e 17,8%, respectivamente, enquanto os municípios que compõem as AU apresentam concentrações muito parecidas nas duas variáveis analisadas (9,1% da população e 9,3% do PIB). Observa-se que, tanto o PCR quanto os CL das RS de Alta urbanização, concentram mais população em comparação com a atividade econômica.

¹¹³ Como se sabe, a capital do Estado tem características, no que se refere a concentração populacional e economia, que destoam de todos os demais municípios do estado. Em 2012, o município de São Paulo sozinho respondia por 35,4% do PIB paulista e 27,1% da população total do Estado.

As 16 RS classificadas como de Média urbanização apresentam maior concentração populacional vis-à-vis a da atividade econômica (16,2% da população e 11,1% do PIB). Essa característica pode ser verificada no conjunto dos municípios, indiferente da sua inserção na RU, desde os de maior centralidade, como o CRI, como no PCR e no CL. Como esperado, também o conjunto de 20 RS de Baixa urbanização e seus dois tipos de municípios – PCR e CL – também concentram mais população frente à atividade econômica.

As diferenças relativas entre a distribuição da população e da atividade econômica pelos diferentes níveis de urbanização corroboram a ideia de que alguns lugares, selecionados pelo capital, acolhem atividades produtivas mais sofisticadas, com maior capacidade de produção de valor agregado, classificadas sobretudo no setor econômico de serviços, principalmente aqueles voltados ao maior uso de tecnologias. São esses lugares que tendem a ser privilegiados por investimentos econômicos de maior complexidade produtiva, relacionados às tecnologias de informação – TI, ao desenvolvimento de capacidades gerenciais e de comando. São principalmente nesses lugares que se localizam as sedes das empresas nacionais ou as filiais das empresas estrangeiras. No outro extremo, estão os lugares que acolhem atividades produtivas mais tradicionais, normalmente relacionadas aos setores primário e secundário menos sofisticados, recorrentemente comandados por lógicas de funcionamento exógenas à região. Entre um e outro encontram-se os lugares intermediários que, com a reestruturação da produção, tem seus processos produtivos dinamizados a medida em que se complexifica a divisão inter-regional do trabalho por meio da fragmentação produtiva¹¹⁴.

Conforme apontam Santos et al. (2011), no estado de São Paulo o processo de desconcentração e interiorização do desenvolvimento, a partir da década de 1970, “provocou mudanças importantes na dinâmica da rede urbana paulista, sobretudo no sentido de uma maior urbanização do interior e da concentração de sua população urbana em cidades de médio e grande porte” (p.446) e fez com que a RMSP passasse a “dividir seu dinamismo econômico e populacional com determinadas regiões do interior” (p.449). É esse o processo responsável pelo adensamento urbano, não apenas das regiões metropolitanas, que não a de São Paulo, mas também das aglomerações urbanas¹¹⁵ não metropolitanas. Assim, a possibilidade de identificar as Regiões de Saúde a partir desses contextos mais amplos do

¹¹⁴ Sobre a reestruturação e fragmentação produtiva em São Paulo ver Matteo (2010).

¹¹⁵ Para mais detalhes sobre as tendências da distribuição da população e das atividades econômicas no estado de São Paulo e da formação de uma porção territorial denominada “macrometrópole” ver Santos, et al. (2011) e Emplasa (2011).

funcionamento da dinâmica territorial nos ajuda a compreender lógicas que tendem a interferir no processo de regionalização do SUS.

Com vistas à apreensão das transformações recentes na distribuição da população e da atividade produtiva no território paulista, o presente estudo buscou sistematizar as informações da população e do PIB dos municípios no ano de 2002 e 2012. Vale ressaltar que a escolha do período se deve à série histórica disponível do PIB municipal e que, devido às limitações metodológicas na estimativa do PIB municipal, que impossibilitam o uso de índice de preços para o deflacionamento da série histórica¹¹⁶, não foi possível uma análise comparativa dos valores absolutos em períodos diferentes. Vale ressaltar ainda, que tal indicador é usado unicamente para a comparação entre municípios e regiões em um mesmo ano. Dessa forma, as informações foram organizadas segundo a condição de urbanização e a inserção dos municípios na RU, em dois períodos, 2002 e 2012, sem a capital do estado.

A Tabela 8 denuncia o processo de concentração da população e da atividade econômica nas RS Metropolitanas no ano de 2012, quando comparado ao ano de 2002. Em relação à população, ainda que se observe pequena concentração, vale apontar que esse processo se deu nos municípios do entorno dos núcleos principais. Essa característica da concentração populacional reflete o processo de “expansão da mancha metropolitana que incorpora espaços cada vez mais distantes” (Santos et al., 2011, p. 449) levando grande parte da população, sobretudo de baixa renda, a deslocamentos periódicos cada vez mais custosos. Em relação à atividade econômica, além de ser possível observar a ampliação da concentração de forma mais intensa do que aquela observada em relação à população, nota-se que, tanto os núcleos principais, quando os municípios do entorno, participaram desse processo.

¹¹⁶ O cálculo do PIB dos municípios se baseia na distribuição, entre os municípios, do valor adicionado bruto, em valores correntes, das atividades econômicas, obtido pelas Contas Regionais do Brasil, tornando inadequado o uso de índices de preços que não reflitam as diferentes estruturas produtivas regionais. Para mais detalhes sobre a metodologia de rateio do PIB dos municípios ver: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Pib_Municipios/Notas_Metodologicas_2010/NotaMetodologicaPIB_MunicipiosRef2010.p
df](ftp://ftp.ibge.gov.br/Pib_Municipios/Notas_Metodologicas_2010/NotaMetodologicaPIB_MunicipiosRef2010.pdf)

Tabela 8 – Distribuição da população e do PIB segundo condição de urbanização da Região de Saúde e tipologia de municípios – Estado de São Paulo, exceto a Capital (2002 e 2012)

Tipologia de RS e de municípios	População		PIB	
	2002	2012	2002	2012
Metropolitana	42,4%	43,1%	47,5%	50,3%
Centro Metropolitano	5,2%	5,0%	7,4%	8,8%
Região Metropolitana	37,3%	38,1%	40,0%	41,4%
Alta urbanização	32,0%	32,3%	33,3%	32,4%
Centro Aglomeração Urbana	17,7%	17,8%	20,3%	19,6%
Aglomeração Urbana	8,8%	9,1%	9,0%	9,3%
Pequeno Centro Regional	0,9%	0,9%	0,7%	0,6%
Centro Local	4,6%	4,5%	3,3%	3,0%
Média urbanização	16,8%	16,2%	11,7%	11,1%
Centro Regional Isolado	7,5%	7,3%	5,3%	5,3%
Pequeno Centro Regional	2,0%	1,8%	1,6%	1,4%
Centro Local	7,3%	7,0%	4,9%	4,5%
Baixa urbanização	8,8%	8,5%	7,5%	6,2%
Pequeno Centro Regional	4,0%	3,7%	4,2%	3,1%
Centro Local	4,9%	4,7%	3,3%	3,1%

Fonte: Fundação Seade.

Nota: Elaboração própria.

Em relação às RS de Alta urbanização, verifica-se a perda de participação na atividade econômica e um ligeiro ganho na população. Em relação à atividade econômica, apenas os municípios que compõem a AU, exceto os núcleos principais, apresentaram ligeiro aumento de participação, todos os demais, inclusive os centros de AU, analisados de forma agregada, perderam participação. Quanto à população, o aumento de concentração está relacionado ao comportamento dos municípios que compõem a AU e também daqueles considerados centros de AU. As RS de Média urbanização e de Baixa urbanização perderam participação, tanto populacional quanto econômica.

O comportamento verificado no PIB é fortemente determinado pelo setor de serviços devido ao seu peso na composição do cálculo do Valor Adicionado (VA) total do estado de São Paulo, ainda mais quando se considera a ampliação da sua participação de 67,1%, em 2002, para 73,1%, em 2012 (Apêndice 7). Ainda que seja possível fazer diferentes análises das características produtivas das RS quando se considera a participação dos setores econômicos – serviços, indústria e agropecuária – na composição total do VA paulista, para o estudo em tela é suficiente apontarmos que as RS, que perdem participação no PIB total, podem ganhar participação quando se consideram os setores de forma desagregada.

Na tabela 4, onde é possível observar a distribuição do VA desagregado por setor econômico, nota-se que as RS de Média urbanização foram as que mais ampliaram participação no VA industrial, sobretudo nos municípios considerados CRI, quando se considera os anos de 2002 e 2012. Os municípios que compõem as AU nas RS de Alta urbanização também apresentam ampliação na participação no setor industrial, além da ampliação verificada no VA de serviços. Já as RS de Média urbanização ganham destaque no VA da agropecuária, seguidas pelas RS de Baixa urbanização. Em ambas essa dinâmica é dada sobretudo pelos CL.

Vale ressaltar que as RS Metropolitanas ampliam a participação no VA dos serviços, ainda que não se observe a ampliação da concentração nos centros metropolitanos, conforme foi verificado em relação à distribuição do PIB, e que as RS de Alta urbanização mantiveram sua participação no setor nos dois períodos analisados. A diferença entre o resultado do PIB e do VA de serviços decorre, sobretudo, do comportamento da distribuição dos Impostos¹¹⁷.

Tabela 9 – Distribuição do Valor Adicionado segundo condição de urbanização da Região de Saúde e tipologia de municípios por setores de serviço, indústria e da agropecuária – Estado de São Paulo, exceto a capital (2002 e 2012)

Tipologia de RS e de municípios	VA Serviços		VA Indústria		VA Agropecuária	
	2002	2012	2002	2012	2002	2012
Metropolitana	47,5%	50,1%	46,0%	45,2%	5,4%	3,9%
Centro Metropolitano	7,7%	6,9%	4,1%	4,9%	0,3%	0,2%
Região Metropolitana	39,8%	43,2%	41,9%	40,3%	5,2%	3,6%
Alta urbanização	32,1%	32,1%	37,7%	37,9%	33,5%	30,7%
Centro Aglomeração Urbana	20,6%	20,2%	22,8%	22,0%	8,4%	6,9%
Aglomeração Urbana	7,8%	8,4%	11,3%	12,2%	6,9%	7,3%
Pequeno Centro Regional	0,7%	0,7%	0,6%	0,7%	1,9%	1,4%
Centro Local	3,1%	2,8%	3,0%	3,0%	16,2%	15,1%
Média urbanização	12,6%	11,7%	9,6%	10,5%	37,4%	39,9%
Centro Regional Isolado	6,5%	6,1%	3,9%	4,5%	6,9%	7,1%
Pequeno Centro Regional	1,5%	1,3%	1,7%	1,7%	3,9%	3,9%
Centro Local	4,6%	4,3%	4,1%	4,3%	26,6%	28,9%
Baixa urbanização	7,8%	6,0%	6,7%	6,4%	23,7%	25,5%
Pequeno Centro Regional	4,5%	3,0%	4,1%	3,5%	6,3%	6,4%
Centro Local	3,3%	3,0%	2,6%	2,9%	17,4%	19,1%

Fonte: Fundação Seade.

Nota: Elaboração própria.

Assim, as informações da atividade produtiva e da população organizadas pelas RS, considerando sua condição de urbanização e a inserção dos municípios na rede urbana, permitem apreender, mesmo que parcialmente, o impacto que as dinâmicas socioeconômicas

¹¹⁷ O PIB, segundo a ótica da produção, é calculado somando os valores adicionados dos diversos setores, acrescidos impostos líquidos de subsídios sobre produtos não incluídos na valoração da produção.

mais gerais causam em recortes territoriais específicos. É possível verificar que as diferentes RS são dinamizadas de formas diversas e que a compreensão dessa diversidade passa por reconhecer seus núcleos urbanos e o papel deles no ordenamento do território paulista.

A análise dos dois anos, 2002 e 2012, permite inferir que não está ocorrendo uma desconcentração, nem produtiva nem populacional, no território estadual, mas sim, em alguma medida, um deslocamento da população e da atividade econômica para alguns centros urbanos circunscritos às regiões. Também se verifica que, em relação à atividade produtiva, o comportamento dos diferentes setores é diverso, sendo que aquelas atividades de menor valor agregado são as que se desconcentraram relativamente mais. Esse fato corrobora a ideia do comportamento inercial no desenho da rede urbana, que faz com que alguns lugares sejam privilegiados, ao longo do tempo, como espaços de atração de investimentos, sobretudo daqueles relacionados com atividades estratégicas e de maior valor agregado.

O reconhecimento dessas dinâmicas socioeconômicas nas RS, que são recortes regionais construídos intencionalmente pela política de saúde pública nacional para promover a regionalização do SUS, pode contribuir para que o planejamento das ações e serviços de saúde se contraponha à lógica de concentração territorial que, no processo histórico brasileiro, gerou desequilíbrios regionais e centros urbanos de crescimento desordenado. Essa forma de ocupação territorial associada ao desenvolvimento de um capitalismo periférico, gerou regiões e cidades, sobretudo no estado de São Paulo, que, ao mesmo tempo em que se modernizam, dispendo de tecnologias e conhecimentos de ponta, disseminam, para grande parte da população, uma forma de vida que significa lidar diariamente com problemas de mobilidade urbana, poluição ambiental, violência social, moradias precárias, entre outros.

Ao se considerar a saúde no seu conceito ampliado, que não se restringe apenas a promover o acesso à assistência médica segundo o modelo biomédico de atenção, cabe à análise das RS a verificação de elementos que orientem a política à desconcentração de recursos de forma a favorecer maior equidade territorial. Tal equidade não diz respeito a um cálculo mecânico de população *versus* assistência à saúde, mas sim de promoção de RS cuja autonomia permita à população adstrita uma atenção à saúde adequada a suas necessidade de saúde.

Nesse sentido, cabe verificar se as políticas públicas, em especial aquelas relacionadas à saúde pública, vêm se contrapondo ao processo de concentração territorial ou não. Assim, mesmo considerando que os repasses de recursos do governo central para os governos

subnacionais, sobretudo para os municípios, são apenas um aspecto da construção da política de saúde e da tendência de reafirmação ou não dos desequilíbrios regionais, o presente estudo se propõe a verificação das transferências do FNS para os FMS paulistas, nessa perspectiva, objeto do próximo capítulo.

CAPITULO 5 – ANÁLISE TERRITORIAL DAS TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS PARA O FINANCIAMENTO DAS ESTRATÉGIAS VINCULADAS ÀS REDES TEMÁTICAS: O PERÍODO 2009-2014

Conforme ressaltado nesta tese, a construção da política de saúde pública nacional relacionada ao processo de regionalização do SUS apresenta duas vertentes dinamizadoras. A orientada pela diretriz da descentralização político-administrativa, a municipalização do SUS, e a orientada pela diretriz de regionalização e integração de atividades e serviços de saúde. Ainda que não se considere tais vertentes necessariamente concorrentes, foi possível observar a partir do início da década de 2000, quando ganha relevância a regionalização como estratégia da política de saúde, que a disputa pelos recursos financeiros no interior da política ora privilegiou a ampliação da autonomia dos governos subnacionais ora a restringiu. O último período analisado, aquele cujos recursos priorizaram as redes temáticas, evidenciou o favorecimento à vertente de regionalização e hierarquização da rede de saúde, em grande medida, restringindo a autonomia dos governos municipais em determinar a política de saúde a partir das suas necessidades locais.

Ainda que seja de fundamental importância compreender os impactos que as políticas formuladas de forma centralizada e induzidas por meio de recursos exercem na autonomia dos governos subnacionais, sobretudo os municipais, o presente capítulo tem como objetivo apreender os efeitos das estratégias vinculadas às redes temáticas na distribuição dos recursos do FNS para os FMS no território paulista. Ao se considerar o intuito de mitigação dos desequilíbrios regionais propalado pela política de saúde pública nacional e a forma seletiva com que o capital se organiza no território, privilegiando centros urbanos com determinadas funções na divisão inter-regional do trabalho, cabe perguntar se essas estratégias de regionalização do SUS foram capazes de se contrapor às tendências de concentração territorial. Mais especificamente, o financiamento das redes temáticas a partir de 2012 foi capaz de tornar as transferências do FNS para os FMS paulistas, no âmbito do Bloco de Financiamento da Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, menos concentradas nas Regiões de Saúde (RS) que apresentam condições de urbanização mais adensadas, ou seja, aquelas que contêm os centros urbanos de maior centralidade?

Assim, diante desses dois aspectos, quais sejam, que as ações e serviços de atenção à saúde vinculadas à Média e Alta Complexidade (MAC) tendam a uma maior concentração territorial por questões relacionadas às escalas econômicas, mas também que as políticas

públicas, sobretudo àquelas vinculadas a saúde pública, tenham importante caráter redistributivo, é de se esperar que as transferências do FNS, em alguma medida, cumpram a função de mitigador dos desequilíbrios regionais. Espera-se que as transferências do FNS para os FMS paulistas vinculadas às redes temáticas tendam a promover desconcentração de recursos para RS em condição de urbanização menos adensada, ainda que esses recursos tendam a centros urbanos de maior centralidade no âmbito de cada RS.

Para a verificação dos efeitos das estratégias vinculadas às redes temáticas na distribuição territorial das transferências de recursos, no âmbito do Bloco de Financiamento da Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (Bloco MAC) no estado de São Paulo, sistematizaremos a seguir as informações do ano de 2009 a 2014 disponibilizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), gestor financeiro na esfera federal dos recursos destinados ao SUS. O período escolhido, além de ser aquele em que as informações estão disponíveis ao público em geral por meio do sítio do FNS, possibilita a análise do comportamento dos repasses nos três anos anteriores ao início efetivo da implantação das redes (2009-2011) e nos três anos posteriores (2012-2014). Vale lembrar que, conforme foi observado no capítulo 3, ainda que as estratégias de implantação das redes temáticas tenham começado em 2011, os registros de transferências em programas específicos vinculados a elas ocorrem apenas a partir de 2012.

Com vistas à compreensão dos impactos das ações vinculadas às redes temáticas na transferência dos recursos do FNS para os FMS paulistas a partir de 2012 esse capítulo está dividido em três partes. A primeira discorrerá sobre as mudanças ocorridas no período 2009-2014 nas transferências no âmbito dos seis blocos de financiamento que, além do MAC, incluem também o Bloco da Atenção básica (Bloco AB), da Assistência farmacêutica, da Gestão do SUS, do Investimento e da Vigilância em saúde. A segunda parte enfatizará o Bloco MAC, seus componentes e as ações e estratégias que os conformam. Após a compreensão das transformações geradas pelas estratégias vinculadas às redes temáticas no interior do Bloco MAC, analisaremos na última parte as transformações na distribuição territorial dessas transferências em dois períodos, o anterior ao início dos repasses vinculados às redes temáticas (2009-2011) e o posterior (2012-2014). Para isso, recorreremos às condições de urbanização das Regiões de Saúde (RS) e as formas de inserção dos municípios na rede urbana paulista, conforme apresentado no capítulo 4.

5.1 As transferências do FNS aos FMS paulistas por bloco de financiamento

As informações dos repasses financeiros realizados pelo FNS no período analisado podem ser acessadas em três endereços eletrônicos: *i*) o do próprio Fundo Nacional de Saúde¹¹⁸; *ii*) o do Portal Transparência¹¹⁹; e *iii*) o da Sala de Gestão Estratégica (Sage)¹²⁰. Devido à disponibilidade de dados específicos das transferências para os FMS, desagregados por ações, serviços e estratégias, de cada um dos componentes que formam os seis blocos de financiamento, em formato adequado para a organização em planilhas eletrônicas (Excel e Acess), o presente estudo optou por privilegiar as informações disponíveis no site do próprio Fundo Nacional de Saúde. Assim, os dados dos repasses do FNS para os FMS paulistas, nos recortes municipais e por Regiões de Saúde, que embasaram as análises da pesquisa em tela, foram retirados do sítio do FNS ao longo do mês de setembro de 2015¹²¹. Já as informações da transferência de recursos no âmbito nacional e estadual foram retiradas do Portal Transparência por disponibilizar de forma agregada as transferências para os Fundos Municipais de Saúde (FMS), Fundos Estaduais de Saúde (FES) e outros¹²².

Para a melhor compreensão do impacto das estratégias vinculadas às redes temáticas nas transferências do FNS para os FMS paulistas a partir de 2012, os valores foram deflacionados utilizando-se o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas, com base em agosto de 1994, valor médio do ano, convertido a preços de dezembro de 2014. Dessa forma torna-se possível a comparação da série histórica em valores reais.

Antes de apresentarmos a análise das transferências do FNS para os FMS paulistas, vale considerarmos a participação do estado de São Paulo no total das transferências do FNS no período analisado¹²³. A Tabela 10 permite observar que o estado de São Paulo recebe mais de 20% do total dos repasses financeiros realizados pelo FNS – incluindo o FES, os FMS paulistas e outros – no período 2009 a 2014. Ao se considerar apenas as transferências destinadas ao bloco MAC, o estado de São Paulo recebe mais de 22%.

¹¹⁸ <http://www.fns.saude.gov.br>

¹¹⁹ <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>

¹²⁰ <http://189.28.128.178/sage/>

¹²¹ Vale ressaltar que no dia 29 de novembro de 2015 a totalização dos repasses para os FMS paulistas nos anos de 2012, 2013 e 2014, disponíveis no sítio do FNS, apresentavam ligeira alteração.

¹²² No estado de São Paulo foi possível identificar repasses para a Universidade de São Paulo, além dos FMS e do FES.

¹²³ Informações retiradas do Portal Transparência do Ministério da Saúde. Ver em: <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>

Vale ressaltar que o estado paulista perde participação no total das transferências do FNS ao longo do período, demonstrando que, nessa escala territorial, ocorreu desconcentração nos repasses dos recursos, ainda que isso tenha se dado com menor intensidade em relação à média e alta complexidade (Tabela 10).

Tabela 10 – Valor líquido das transferências do FNS, total e para o bloco MAC – Brasil e Estado de São Paulo (2009-2014)

ANO	Em milhões de Reais					
	Total			Média e Alta Complexidade		
	BR	SP	% de SP	BR	SP	% de SP
2009	49.319,72	10.981,44	22,3	31.577,87	7.516,74	23,8
2010	51.988,04	11.252,16	21,6	32.958,92	7.795,04	23,7
2011	53.816,47	11.229,44	20,9	34.590,50	8.038,71	23,2
2012	57.832,63	11.640,75	20,1	36.687,81	8.357,86	22,8
2013	55.743,78	11.129,75	20,0	35.536,62	7.977,11	22,4
2014	58.139,26	11.727,67	20,2	37.664,57	8.573,01	22,8

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS. Informações retiradas do Portal Transparência.

Nota: - Elaboração própria.

- Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

Entre 2009 e 2014 ocorreu a transferência média anual de 6,5 bilhões de reais do FNS para os FMS paulistas, contemplando todos os blocos de financiamento previstos. Ressalta-se a existência de transferências não regulamentadas por bloco de financiamento para os FMS nos anos de 2009, 2010 e 2011. Considerando todo o período analisado, nota-se o crescimento anual de 4,2% nos recursos transferidos pelo governo federal aos governos municipais (Tabela 11). Apesar do destaque da taxa de crescimento anual do Bloco de Investimento (55,8%), deve-se considerar que esse resultado decorre da inexistência deste bloco até abril de 2009. O crescimento total dos repasses ao longo do período deve-se sobretudo àqueles realizados no âmbito dos blocos AB e MAC que juntos respondem por repasse anual médio de cerca de 5,9 bilhões de reais, apresentando taxas médias de crescimento anual de 4,6% e 3,6%, respectivamente.

Tabela 11 – Valor líquido das transferências do FNS para os FMS segundo bloco de financiamento – Estado de São Paulo (2009-2014)

Blocos de Financiamento	Em milhões de Reais						Taxa de crescimento anual
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Total	5.698,01	6.082,14	6.468,54	6.809,13	6.695,73	7.295,07	4,2%
Assistência farmacêutica	176,76	202,45	243,84	214,66	206,73	193,55	1,5%
Atenção básica	1.565,49	1.709,46	1.739,79	2.069,76	1.944,92	2.046,62	4,6%
Gestão do SUS	7,91	26,03	19,61	15,64	16,77	11,58	6,6%
Investimento	16,85	101,91	137,28	160,11	187,96	240,66	55,8%
MAC	3.687,89	3.780,18	4.072,18	4.082,30	4.069,09	4.570,77	3,6%
Vigilância em saúde	229,40	248,67	254,78	266,67	270,25	231,89	0,2%
Transf. não regulamentadas por bloco de financiamento	13,71	13,44	1,06	-	-	-	-

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: - Elaboração própria.

- Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

Todos os municípios do estado de São Paulo receberam recursos do FNS, ainda que nem todos tenham sido contemplados por todos os blocos de financiamento previstos. Os recursos voltados à Assistência farmacêutica, à Atenção básica e à Vigilância em saúde, devido aos seus critérios de distribuição que levam em consideração ao porte populacional, foram direcionados para todos os 645 municípios paulistas. Vale ressaltar que, embora as transferências no âmbito do bloco MAC não tenham critérios per capita de distribuição, quase todos os municípios foram contemplados com esses recursos ao longo do período, sendo que, em 2012, os 645 municípios receberam financiamento originados no MAC. O número de municípios atingidos pelos demais blocos apresenta grande variação (Tabela 12).

Tabela 12 – Número de municípios contemplados com transferências do FNS por blocos de financiamento – Estado de São Paulo (2009-2014)

Blocos de Financiamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total	645	645	645	645	645	645
Assistência farmacêutica	645	645	645	645	645	645
Atenção básica	645	645	645	645	645	645
Gestão do SUS	82	107	452	88	102	77
Investimento	50	147	274	456	489	478
MAC	640	641	642	645	642	643
Vigilância em saúde	645	645	645	645	645	645
Transf. não regulamentadas	58	60	58	-	-	-

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Elaboração própria.

A participação dos blocos de financiamento no total anual repassado pelo FNS aos municípios do estado de São Paulo, conforme o Gráfico 2, demonstra que o bloco AB e MAC respondem por cerca de 90% das transferências ao longo de todo o período analisado, sendo o último, responsável por pelo menos 60% do total dos repasses. Com exceção do bloco de

Investimento, que apresentou expressivo aumento de sua participação no total de recursos no período, partindo de um patamar de 0,4%, em 2009, para 4,2%, em 2014, todos os outros blocos mantiveram parcelas relativamente constantes nas transferências federais.

Gráfico 2 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS por blocos de financiamento – Estado de São Paulo (2009-2014)

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Elaboração própria.

Para a compreensão das mudanças operadas pelas estratégias das redes temáticas no interior do bloco MAC, foram desagregados os seus componentes, o Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) e o Limite Financeiro do MAC, sendo que, deste último, destacou-se o Teto do Limite Financeiro, deixando agregadas as demais ações, serviços e estratégias que compõem o Limite Financeiro do MAC, resultando no “Demais do Limite Financeiro” (Tabela 13). Vale ressaltar que passaremos a tratar daqui para frente o FAEC, o Teto do Limite Financeiro e o “Demais do Limite Financeiro” como segmentos do bloco MAC. Pode-se afirmar que o “Demais do Limite Financeiro” inclui diferentes ações, serviços e estratégias ao longo do período analisado, incluindo as estratégias vinculadas às redes temáticas a partir de 2012.

Tabela 13 – Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do Bloco MAC por ações e estratégias – Estado de São Paulo (2009-2014)

Em milhões de Reais						
Ações, serviços e estratégias	Ano 2009	Ano 2010	Ano 2011	Ano 2012	Ano 2013	Ano 2014
Total	3.687,89	3.780,18	4.072,18	4.082,30	4.069,09	4.570,77
Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC	559,27	491,16	544,44	576,80	546,02	555,05
Limite Financeiro MAC	3.128,61	3.289,02	3.527,75	3.505,50	3.523,07	4.015,72
Teto Municipal da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	3.002,23	3.185,27	3.394,85	3.162,86	2.783,94	3.019,62
Demais do Limite Financeiro	126,39	103,75	132,89	342,64	739,13	996,10
<i>Aquisição de Produtos Médicos de Uso Único</i>	-	-	-	0,23	-	0,20
<i>Centros de Especialidades Odontológicas</i>	20,16	18,33	4,87	-	-	-
<i>CEO - Centro De Especialidades Odontológicas - Municipal</i>	-	-	-	-	10,88	30,86
<i>CEO - Centro De Especialidades Odontológicas Estadual</i>	-	-	16,56	22,18	13,40	-
<i>Financiamento aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador</i>	21,50	17,23	17,32	16,40	16,69	8,40
<i>Pagamentos Administrativos (AIH)</i>	-	-	-	0,05	0,38	0,06
<i>Rede de Urgência - SAMU</i>	-	-	-	4,20	-	-
<i>Rede Viver Sem Limites - RDEF - CEO Estadual</i>	-	-	-	0,82	1,42	-
<i>Rede Viver Sem Limites - REDEF - CEO Municipal</i>	-	-	-	-	0,85	1,92
<i>Serviços de Atendimento Móvel às Urgências SAMU 192 (RAU-SAMU)- Municipal</i>	-	-	-	-	57,23	134,44
<i>Serviços de Atendimento Móvel às Urgências SAMU 192 (MAC)</i>	-	-	-	-	49,00	-
<i>Serviços de Atendimento Móvel às Urgências SAMU 192 (MAC) - Estadual</i>	84,73	68,19	94,14	119,07	-	-
<i>Serviços de Atendimento Móvel às Urgências SAMU 192 (MAC) - Municipal</i>	-	-	-	-	31,75	70,48
<i>Serviços de Atendimento Móvel às Urgências SAMU 192 (RAU-SAMU)- Estadual</i>	-	-	-	5,18	54,64	-
<i>Teto Municipal Limite Controle do Câncer - PO 00088585</i>	-	-	-	-	0,11	0,41
<i>Teto Municipal Limite UPA - PO 00098585</i>	-	-	-	-	56,02	165,20
<i>Teto Municipal Rede Brasil Sem Miséria (BSOR-SM)</i>	-	-	-	3,73	21,89	26,39
<i>Teto Municipal Rede Cegonha</i>	-	-	-	13,23	-	-
<i>Teto Municipal Rede Cegonha (RCE-RCEG)</i>	-	-	-	26,07	57,84	74,15
<i>Teto Municipal Rede de Urgência</i>	-	-	-	29,68	-	-
<i>Teto Municipal Rede de Urgência (RAU-HOSP)</i>	-	-	-	34,80	173,29	241,86
<i>Teto Municipal Rede de Urgência (RAU-UPA)</i>	-	-	-	22,84	60,39	-
<i>Teto Municipal Rede Prev Diag Trat Câncer Colo de Mama (RCA-RCAN)</i>	-	-	-	-	2,68	2,67
<i>Teto Municipal Rede Psicossocial</i>	-	-	-	21,11	-	-
<i>Teto Municipal Rede Psicossocial (RSM-CRAC)</i>	-	-	-	11,27	13,23	13,99
<i>Teto Municipal Rede Saúde Mental (RSME)</i>	-	-	-	11,16	108,61	169,32
<i>Teto Municipal Rede Viver Sem Limites (RDEF)</i>	-	-	-	0,60	8,84	55,75

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: - Elaboração própria.

- Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

Ainda que se observe a relativa estabilidade na participação dos blocos de financiamento no total das transferências do governo federal para os FMS paulistas ao longo do período, a mesma análise, porém com o Bloco MAC desagregado em FAEC, Teto do Limite Financeiro e “Demais do Limite Financeiro”, permite demonstrar a diminuição relativa da participação do Teto do Limite Financeiro, que vai de 56,5% do total transferido, em 2009, para 44,1%, em 2014 (Gráfico 3). Este fato decorre da ampliação do “Demais do Limite Financeiro”, onde se insere o financiamento das estratégias vinculadas às redes temáticas, entre outras ações e estratégias, a partir de 2012.

Gráfico 3 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS por blocos de financiamento e segmentos do Bloco MAC – Estado de São Paulo (2009-2014)

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Elaboração própria.

Assim, é possível afirmar que a lógica de repasse global, reconhecida no Teto do Limite Financeiro, foi sendo descaracterizada a partir de 2012, com a implantação e expansão das estratégias vinculadas às redes temáticas, sendo privilegiado o repasse de recursos na forma de incentivos, que exigem a adesão dos municípios às “campanhas” incentivadas pelo Ministério da Saúde.

Esse aspecto pode ser mais bem verificado quando se analisa a evolução real das transferências do FNS para os FMS paulistas. Todavia, antes de observarmos o crescimento real dos recursos para o “Demais do Limite Financeiro”, vale observar o comportamento das transferências para os blocos de forma geral.

O Gráfico 4 permite verificar o arrefecimento da tendência de crescimento no total das transferências do FNS para os FMS paulistas a partir de 2012, que volta a apresentar crescimento em 2014. É possível observar que, mesmo considerando a taxa média de crescimento anual das transferências para o bloco AB superior ao MAC, conforme visto na Tabela 11, em 2013 o crescimento real da AB cessa, apresentando ligeira queda e recuperando-se em 2014, mesmo assim ficando em patamar inferior ao de 2012. Em suma, as transferências do FNS para os FMS paulistas no Bloco da AB se mantêm praticamente estagnadas no período 2012-2014. Já o Bloco MAC, cujas transferências se mantêm praticamente estagnadas no período 2011-2013, apresenta crescimento real expressivo em 2014, sendo responsável em grande medida pelo comportamento das transferências totais no final do período analisado.

Gráfico 4 – Evolução das transferências do FNS para os FMS por blocos de financiamento da AB e da MAC – Estado de São Paulo (2009-2014)

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: - Elaboração própria.

- Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

Para melhor visualização do comportamento da evolução dos repasses para os blocos de financiamentos com menor participação no total, o gráfico 5 destaca a Assistência farmacêutica, a Vigilância à Saúde, a Gestão do SUS e o Investimento, além das transferências não regulamentadas por bloco de financiamento. É possível observar que, mesmo considerando as taxas médias de crescimento anuais positivas desses blocos de financiamento ao longo do período analisado (Tabela 11), ou praticamente nula no caso da Vigilância à Saúde, exceto pelo repasse feito para o Bloco Investimentos, todos os outros apresentam crescimento real negativo depois de um período inicial de crescimento. Em suma, pode-se verificar o crescimento das transferências do FNS para os FMS paulistas até 2012, seguido por uma queda acentuada em 2013 e recuperação em 2014, sendo essa em função sobretudo dos recursos direcionados para o Bloco de Financiamento MAC.

Gráfico 5 – Evolução das transferências do FNS para os FMS por blocos de financiamento da Assistência farmacêutica, Gestão do SUS, Investimentos, Transferências não regulamentada e Vigilância em saúde – Estado de São Paulo (2009-2014)

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: - Elaboração própria.

- Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

A análise do crescimento real das transferências do FNS para os FMS paulistas do Bloco MAC desagregadas em FAEC, Teto do Limite Financeiro e “Demais do Limite Financeiro”, permite identificar o expressivo crescimento desse último ao longo do período 2012-2014. Vale ressaltar que, nos dois primeiros anos do período, esse crescimento foi acompanhado da diminuição, em termos reais, dos recursos direcionados para o Teto do Limite Financeiro, que só volta a crescer em 2014, mesmo não retomando os patamares atingidos até 2012 (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Evolução das transferências do FNS para os FMS no âmbito do bloco MAC pelos segmentos FAEC, Teto do Limite Financeiro e “Demais do Limite Financeiro” – Estado de São Paulo (2009-2014)

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: - Elaboração própria.

- Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

Sucintamente, podemos afirmar que, em relação às transferências de recursos do FNS para os FMS paulistas para o Bloco MAC, é possível observar uma clara ampliação da importância do “Demais do Limite Financeiro”, tanto relativa quanto absoluta, a partir de 2012. Diante desse fato, torna-se necessário compreender quais ações e estratégias, que conformam o componente Limite Financeiro do MAC, induzem esse processo. É o que faremos a seguir.

5.2 As transformações nas transferências do FNS para os FMS paulistas no bloco MAC

Devido ao número de ações e estratégias que compõem o Limite Financeiro MAC ao longo do período analisado, conforme pode ser verificado na Tabela 13, e para atender aos objetivos do presente estudo, foram definidos seis grupos de ações e estratégias no “Demais do Limite Financeiro”. Além de quatro grupos que contemplam as quatro redes temáticas – Rede Cegonha (RC), Rede de Atenção às Urgências (RAU), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (Rede Viver Sem Limites) – foram definidos ainda dois outros grupos, o SAMU e o Outros. O grupo SAMU agrega as ações e estratégias vinculadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que não fazem referência direta à RAU. É importante ressaltar que, mesmo considerando que o SAMU é um componente da RAU, no período anterior a implantação das estratégias vinculadas às redes

temáticas, já estava previsto incentivo para esse serviço. Dessa forma pode-se inferir que essas ações e estratégias teriam continuidade ainda que não fossem implementadas as redes temáticas. O último grupo, denominado “Outros”, é aquele que agrega as demais ações e estratégias que não se encaixaram nos grupos anteriores¹²⁴.

A análise dos grupos que compõem o “Demais do Limite Financeiro” demonstra que, até 2011, esse segmento era formado sobretudo pelo SAMU e que, em 2012, os recursos direcionados para as estratégias vinculadas às redes temáticas, ultrapassam o valor dos recursos direcionados às ações e estratégias contempladas no período anterior (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Transferências do FNS para os FMS no âmbito do “Demais do Limite Financeiro” segundo grupos – Estado de São Paulo (2009-2014)

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: - Elaboração própria.

- Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

A partir de 2012, é possível observar o grande crescimento das transferências do FNS para os FMS paulistas para as redes temáticas, sobretudo para a RAU. O Gráfico 7 demonstra que a RAPS, a Rede Cegonha e a Rede Viver Sem Limites, ainda que ao longo do tempo também ampliem suas participações no “Demais do Limite Financeiro”, juntas não atingem o recurso direcionado à RAU (Gráfico 7).

¹²⁴ Para detalhes, ver Apêndice 8.

A Tabela 14 permite identificar o número de municípios contemplados pelas transferências do FNS para o Bloco MAC. Verifica-se que o componente Limite Financeiro do MAC, que reflete sobretudo o comportamento do Teto do Limite Financeiro, contempla a quase totalidade dos municípios paulistas, enquanto o FAEC contempla número relativamente menor de municípios, com exceção do ano de 2009¹²⁵. Na perspectiva do número de municípios contemplados pelas novas ações e estratégias induzidas pelos repasses federais a partir de 2012, observa-se que Rede Cegonha foi a que atingiu o maior número, sendo possível verificar o repasse nessa modalidade de financiamento em mais de 95% dos municípios paulistas, entre o período de 2012 e 2014. Isso ocorre porque a Rede Cegonha foi priorizada na pactuação regional no estado de São Paulo (MENDES et al., 2015). Todas as demais redes não chegaram a atingir 50% do total dos municípios do estado de São Paulo.

Tabela 14 – Número de municípios contemplados com transferências do FNS no âmbito do bloco MAC por segmentos e grupos do “Demais do Limite Financeiro” desagregados – Estado de São Paulo (2009-2014)

Componentes, Ações e Estratégias	2009	2010	2011	2012	2013	2014
FAEC	578	134	151	182	183	202
Limite Financeiro do MAC	640	641	642	645	642	643
Teto Municipal da MAC	640	641	642	642	642	643
RAU	-	-	-	142	203	223
RAPS	-	-	-	134	220	224
Rede Cegonha	-	-	-	623	163	622
Rede Viver Sem Limites	-	-	-	132	138	67
SAMU	37	40	64	159	94	56
Outros	120	126	129	303	347	341

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Elaboração própria.

Assim, evidencia-se que a partir de 2012 ocorre uma mudança no padrão de repasse dos recursos do governo federal para os entes municipais. Ao se considerar as ações e estratégias para as quais são direcionados os recursos, é possível afirmar que tal mudança está relacionada, em grande medida, à implantação das redes temáticas e impactam sobretudo os repasses voltados às ações e serviços da Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

A dimensão da mudança no padrão de repasse dos recursos no Bloco de financiamento MAC pode ser observada quando se considera o acréscimo dos recursos transferidos pelo FNS para os FMS considerando dois períodos, o anterior à implementação das redes temáticas e o período posterior. A tabela 15 demonstra que esse acréscimo foi da ordem de 1,18 bilhão

¹²⁵ Esse resultado em 2009 decorre dos repasses para as ações e estratégias classificadas como “coleta/exames anatomo-patológico colo uterino” e “incentivos ao pré-natal e nascimento” que atingiram 540 e 465 municípios, respectivamente, e deixam de existir nos anos seguintes.

de reais a preços de dezembro de 2014. Vale ressaltar que, enquanto o subsegmento Teto do Limite Financeiro apresentou diminuição real dos recursos repassados, o FAEC, e sobretudo o “Demais do limite financeiro”, apresentaram ampliação. Observa-se que o aumento real dos recursos repassados para o “Demais do limite financeiro” está associado principalmente às estratégias vinculadas às redes temáticas.

Tabela 15 – Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do bloco MAC por componentes e grupos do “Demais do Limite Financeiro” nos dois períodos considerados – Estado de São Paulo (2009-2014)

Em milhões de Reais

Modalidade do repasse	2009-2011		2012-2014		Total Geral		Diferença
	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.	Part.	
Total geral	11.540,25	100,0%	12.722,16	100,0%	24.262,40	100,0%	1.181,91
FAEC	1.594,87	13,8%	1.677,86	13,2%	3.272,73	13,5%	83,00
Limite Financeiro	9.945,38	86,2%	11.044,29	86,8%	20.989,67	86,5%	1.098,91
Teto Municipal da MAC	9.582,35	83,0%	8.966,42	70,5%	18.548,77	76,5%	-615,94
Demais do limite	363,03	3,1%	2.077,87	16,3%	2.440,90	10,1%	1.714,85
RAU	-	0,0%	1.039,77	8,2%	1.039,77	4,3%	1.039,77
RAPS	-	0,0%	348,70	2,7%	348,70	1,4%	348,70
Rede Cegonha	-	0,0%	171,30	1,3%	171,30	0,7%	171,30
Rede Viver Sem Limites	-	0,0%	70,21	0,6%	70,21	0,3%	70,21
SAMU	247,07	2,1%	270,30	2,1%	517,37	2,1%	23,24
Outros	115,96	1,0%	177,60	1,4%	293,56	1,2%	61,64

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: - Elaboração própria.

- Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

Observa-se que o aumento real dos recursos repassados para o subsegmento “Demais do limite financeiro” está associado principalmente às estratégias vinculadas às redes temáticas, sobretudo a Rede de Atenção à Urgência (RAU). É essa rede que recebe a maior parcela dos recursos, quando se analisa o total dos recursos transferidos para o “Demais do limite financeiro”, ao longo do período 2009-2014, seguido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Apenas a título de ilustração, é possível observar no Gráfico 8 que, dos 10,1% dos recursos direcionados ao “Demais do limite financeiro”, 6,4% são transferidos para ações e estratégias que conformam o grupo RAU e o SAMU juntos.

Gráfico 8 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS no âmbito do bloco MAC segundo componentes e grupos do “Demais do Limite Financeiro” – Estado de São Paulo – 2009-2014

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Elaboração própria.

Ao se considerar a natureza comum da atenção à saúde da RAU e do SAMU, e que para esse último já havia incentivos programados no período 2009-2011, que se mantêm no período 2012-2014, é possível afirmar que a implantação das redes temáticas, em relação aos incentivos financeiros, reforçou uma lógica assistencial que já operava no período anterior (Tabela 15).

Assim, se até o presente momento podemos afirmar que a implantação das redes temáticas resultou na ampliação das transferências na forma de incentivos (recursos “carimbados”), sobretudo para a assistência vinculada à atenção às urgências, ao invés de repasses globais caracterizados pelo Teto do Limite Financeiro, e que a estratégia de cuidado privilegiada, em termos financeiros, já vinha se constituindo ao longo da década anterior¹²⁶, resta compreender de que forma esses recursos foram distribuídos pelo território paulista, que é o que faremos na próxima seção.

¹²⁶ Vale ressaltar que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi instituído pelo Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004.

5.3 As transformações na distribuição territorial das transferências do FNS para os FMS paulistas no bloco MAC nos dois períodos considerados

A análise das transferências do FNS para os municípios paulistas, nos dois momentos identificados – 2009-2011 e 2012-2014 –, possibilita compreender se esse novo padrão de repasse dos recursos promoveu uma maior desconcentração territorial, tanto quando se consideram as Regiões de Saúde e suas condições de urbanização, como quando se consideram os municípios e suas diferentes inserções na rede urbana. No primeiro caso, é possível verificar em que medida foi possível ampliar ou não os repasses de recursos para aquelas Regiões de Saúde que não estão inseridas nos espaços geográficos de maior dinamismo urbano, em outras palavras, que não se configuram em lugares privilegiados de concentração capitalista. Complementarmente, também é possível identificar se a distribuição dos recursos privilegiou municípios que, sozinhos ou em conjunto, assumem o papel de centro regional, confirmando assim uma racionalidade baseada na necessidade de escala econômica dos recursos voltados às ações e serviços da Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Apenas para efeito comparativo da distribuição territorial no estado de São Paulo dos elementos mais gerais tratados no capítulo 4, a Tabela 16 traz informações do número de municípios, população, PIB e transferências do FNS para os FMS paulistas, para o ano 2012, considerando as Regiões de Saúde (RS) por condição de urbanização e os municípios por sua inserção na rede urbana. É possível observar que a distribuição das transferências do FNS para os FMS paulistas se assemelha a da população, estando menos concentrada que a atividade produtiva.

Tabela 16 – Número de Municípios, População, PIB e transferências do FNS para os FMS segundo condição de urbanização da Região de Saúde e tipologia de municípios – Estado de São Paulo (2012)

Tipologia do RS e dos municípios	Municípios		População		PIB		Transferências do FNS (*)	
	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs. (Em milhões de Reais)	Part.	Abs. (Em milhões de Reais)	Part.
Total	645	100,0%	41.939.997	100,0%	1.408.903,86	100,0%	6.809,13	100,0%
Metropolitana	67	10,4%	24.541.818	58,5%	956.506,11	67,9%	3.936,13	57,8%
Centro Metropolitano	3	0,5%	12.901.142	30,8%	579.863,95	41,2%	2.142,75	31,5%
Região Metropolitana	64	9,9%	11.640.676	27,8%	376.642,16	26,7%	1.793,38	26,3%
Alta urbanização	196	30,4%	9.864.376	23,5%	294.932,15	20,9%	1.656,58	24,3%
Centro Aglomeração Urbana	23	3,6%	5.443.400	13,0%	177.825,74	12,6%	1.092,20	16,0%
Agglomeração Urbana	61	9,5%	2.789.920	6,7%	84.293,12	6,0%	345,83	5,1%
Pequeno Centro Regional	6	0,9%	261.677	0,6%	5.833,42	0,4%	48,03	0,7%
Centros Locais	106	16,4%	1.369.379	3,3%	26.979,87	1,9%	170,52	2,5%
Média urbanização	218	33,8%	4.948.052	11,8%	101.266,39	7,2%	767,88	11,3%
Centro Regional Isolado	17	2,6%	2.239.576	5,3%	47.834,49	3,4%	386,12	5,7%
Pequeno Centro Regional	13	2,0%	565.035	1,3%	12.486,04	0,9%	97,45	1,4%
Centros Locais	188	29,1%	2.143.441	5,1%	40.945,86	2,9%	284,30	4,2%
Baixa urbanização	164	25,4%	2.585.751	6,2%	56.199,21	4,0%	448,55	6,6%
Pequeno Centro Regional	25	3,9%	1.146.004	2,7%	28.138,87	2,0%	224,25	3,3%
Centros Locais	139	21,6%	1.439.747	3,4%	28.060,34	2,0%	224,30	3,3%

Fonte: Fundação Seade. Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: - Elaboração própria.

* Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

De forma geral, pode-se afirmar que a distribuição das transferências do FNS para os FMS paulistas do ano de 2012 está bastante próxima da distribuição da soma dos recursos transferidos no período de 2009 a 2014, conforme pode ser observado na Tabela 17. Nessa tabela, optou-se por destacar os dois principais blocos de financiamento – MAC e AB – não apenas em função do volume de recursos direcionados a esses, mas também pela possibilidade de comparação entre as suas diferentes lógicas de distribuição, o primeiro mais calcado em informações de produção e o segundo na população. Observa-se que, considerando o total do FNS, 57,7% dos recursos concentram-se nas RS Metropolitanas, sendo 32,1% apenas nos três centros metropolitanos – São Paulo, Santos e Campinas. As RS de Alta urbanização respondem por cerca de um quarto dos recursos, que se concentram principalmente nos municípios que representam os centros de AU (16,5%). As RS de Média urbanização participam com 11,4% e as RS de Baixa urbanização com 6,4%, verificando-se uma distribuição relativamente mais equilibrada entre seus centros regionais e os municípios que se caracterizam como centros locais.

Tabela 17 – Transferências do FNS para os FMS segundo condição de urbanização da Região de Saúde e tipologia dos municípios por bloco MAC e bloco AB – Estado de São Paulo – 2009-2014

Tipologia do RS e dos municípios	Em milhões de Reais					
	Transferências FNS		MAC		Atenção Básica	
	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.	Part.
Total	39.048,62	100,0%	24.262,40	100,0%	11.076,04	100,0%
Metropolitana	22.512,25	57,7%	14.487,71	59,7%	5.914,50	53,4%
Centro Metropolitano	12.530,87	32,1%	8.284,58	34,1%	3.238,82	29,2%
Região Metropolitana	9.981,38	25,6%	6.203,13	25,6%	2.675,69	24,2%
Alta urbanização	9.617,17	24,6%	6.372,57	26,3%	2.385,57	21,5%
Centro Aglomeração Urbana	6.433,95	16,5%	4.783,34	19,7%	1.153,37	10,4%
Aglomeração Urbana	1.944,03	5,0%	1.048,34	4,3%	669,81	6,0%
Pequeno Centro Regional	281,80	0,7%	189,17	0,8%	67,97	0,6%
Centros Locais	957,38	2,5%	351,72	1,4%	494,42	4,5%
Média urbanização	4.434,34	11,4%	2.255,85	9,3%	1.700,62	15,4%
Centro Regional Isolado	2.278,61	5,8%	1.434,13	5,9%	610,28	5,5%
Pequeno Centro Regional	572,36	1,5%	331,26	1,4%	188,34	1,7%
Centros Locais	1.583,37	4,1%	490,46	2,0%	902,00	8,1%
Baixa urbanização	2.484,87	6,4%	1.146,28	4,7%	1.075,36	9,7%
Pequeno Centro Regional	1.242,78	3,2%	702,38	2,9%	420,76	3,8%
Centros Locais	1.242,10	3,2%	443,89	1,8%	654,60	5,9%

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: - Elaboração própria.

- Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

Conforme esperado, a concentração regional dos recursos transferidos é maior quando se consideram os direcionados ao financiamento da MAC. Não apenas as RS de maior urbanização concentram relativamente mais recursos como também os municípios que apresentam maior centralidade. Cabe ressaltar que o aumento da participação dos municípios de maior centralidade ocorre inclusive nas RS de Média e Baixa urbanização. Essa constatação corrobora a ideia de que os recursos voltados ao financiamento de ações e serviços de média e alta complexidade se caracterizam por uma relativa concentração no sentido de atender a exigências de escalas de funcionamento.

Quando se considera as transferências para o Bloco de financiamento da AB, que tem como critério de distribuição a população, a concentração regional diminui, tanto em relação às RS por condição de urbanização, quanto em relação ao nível de centralidade dos municípios. Essa afirmação pode ser mais bem constatada quando se destaca a participação dos Centros Locais no total das transferências, em outros termos, quando se consideram os municípios que não compõem o estrato superior da rede urbana.

O Gráfico 9 demonstra que 18,5% das transferências efetivadas no bloco de financiamento da AB foram direcionados para aqueles municípios que não fazem parte do estrato superior da rede urbana paulista. Para essa mesma categoria de municípios foram direcionados 5,3% das transferências no bloco de financiamento MAC (Gráfico 10).

Gráfico 9 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS no âmbito do Bloco de Financiamento da AB segundo tipologia dos municípios – Estado de São Paulo (2009-2014)

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Elaboração própria.

Gráfico 10 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS no âmbito do Bloco de Financiamento MAC segundo tipologia dos municípios – Estado de São Paulo (2009-2014)

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Elaboração própria.

A análise das transferências “fundo a fundo” realizadas no bloco de financiamento da MAC, aberta por componente, permite observar que os recursos do FAEC são relativamente mais concentrados regionalmente (Tabela 18). Ainda que os recursos direcionados para esse componente representem apenas 13,5% (Gráfico 8) dos repasses do Bloco de financiamento MAC, vale ressaltar a tendência de concentração desse financiamento nas RS Metropolitanas (70,1%), sobretudo nos seus centros regionais (58,0%).

Tabela 18 – Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do Bloco MAC por segmento, segundo condição de urbanização da Região de Saúde e tipologia dos municípios – Estado de São Paulo (2009-2014)

Em milhões de Reais

Tipologia do RS e dos municípios	FAEC		Limite Financeiro					
			Total		Teto Municipal do Limite		Demais do Limite	
	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.	Part.
Total	3.272,73	100,0%	20.989,67	100,0%	18.548,77	100,0%	2.440,90	100,0%
Metropolitana	2.295,01	70,1%	12.192,70	58,1%	10.605,41	57,2%	1.587,29	65,0%
Centro Metropolitano	1.897,24	58,0%	6.387,34	30,4%	5.624,04	30,3%	763,30	31,3%
Região Metropolitana	397,77	12,2%	5.805,36	27,7%	4.981,37	26,9%	823,99	33,8%
Alta urbanização	635,67	19,4%	5.736,90	27,3%	5.255,46	28,3%	481,44	19,7%
Centro Aglomeração Urbana	521,48	15,9%	4.261,87	20,3%	3.891,26	21,0%	370,61	15,2%
Aglomeração Urbana	75,46	2,3%	972,88	4,6%	902,45	4,9%	70,43	2,9%
Pequeno Centro Regional	5,09	0,2%	184,08	0,9%	174,59	0,9%	9,49	0,4%
Centros locais	33,64	1,0%	318,08	1,5%	287,17	1,5%	30,91	1,3%
Média urbanização	262,54	8,0%	1.993,31	9,5%	1.759,29	9,5%	234,01	9,6%
Centro Regional Isolado	254,58	7,8%	1.179,56	5,6%	1.038,67	5,6%	140,89	5,8%
Pequeno Centro Regional	5,26	0,2%	325,99	1,6%	284,59	1,5%	41,40	1,7%
Centros locais	2,70	0,1%	487,76	2,3%	436,03	2,4%	51,72	2,1%
Baixa urbanização	79,51	2,4%	1.066,76	5,1%	928,61	5,0%	138,15	5,7%
Pequeno Centro Regional	64,87	2,0%	637,51	3,0%	551,90	3,0%	85,61	3,5%
Centros locais	14,64	0,4%	429,25	2,0%	376,71	2,0%	52,54	2,2%

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: - Elaboração própria.

- Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

A análise desagregada do componente Limite Financeiro permite observar que o “Demais do Limite Financeiro” apresenta maior concentração relativa das transferências nas RS Metropolitanas, porém, diferente da distribuição do FAEC e do Teto Municipal, os centros metropolitanos (São Paulo, Santos e Campinas) não atraem mais recursos do que os municípios do entorno. Observa-se que esse fato decorre sobretudo da distribuição das transferências para o grupo RAU, conforme pode ser observado na tabela 19.

Tabela 19 – Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do “Demais do Limite Financeiro” segundo grupo, por condição de urbanização da Região de Saúde e tipologia dos municípios – Estado de São Paulo (2009-2014)

Em milhões de Reais

Tipologia do RS e dos municípios	RAU		RAPS		Rede Cegonha		Rede Viver Sem Limites		SAMU		Outros	
	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.	Part.
Total	1.039,77	100,0%	348,70	100,0%	171,30	100,0%	70,21	100,0%	517,37	100,0%	293,56	100,0%
Metropolitana	731,76	70,4%	210,23	60,3%	126,21	73,7%	56,79	80,9%	349,61	67,6%	112,68	38,4%
Centro Metropolitano	350,91	33,7%	116,04	33,3%	29,45	17,2%	39,93	56,9%	179,67	34,7%	47,29	16,1%
Região Metropolitana	380,85	36,6%	94,19	27,0%	96,76	56,5%	16,86	24,0%	169,93	32,8%	65,39	22,3%
Alta urbanização	175,65	16,9%	79,85	22,9%	32,78	19,1%	11,69	16,7%	98,75	19,1%	82,72	28,2%
Centro Aglomeração Urbana	145,70	14,0%	50,14	14,4%	22,57	13,2%	11,12	15,8%	89,01	17,2%	52,07	17,7%
Aglomeração Urbana	15,88	1,5%	19,52	5,6%	8,85	5,2%	0,40	0,6%	4,90	0,9%	20,89	7,1%
Pequeno Centro Regional	2,05	0,2%	5,11	1,5%	0,20	0,1%	0,03	0,0%	0,13	0,0%	1,98	0,7%
Centros locais	12,02	1,2%	5,09	1,5%	1,17	0,7%	0,15	0,2%	4,71	0,9%	7,77	2,6%
Média urbanização	88,31	8,5%	32,42	9,3%	7,20	4,2%	1,23	1,8%	41,47	8,0%	63,38	21,6%
Centro Regional Isolado	51,90	5,0%	17,32	5,0%	3,61	2,1%	0,77	1,1%	32,63	6,3%	34,67	11,8%
Pequeno Centro Regional	21,49	2,1%	6,41	1,8%	1,42	0,8%	0,29	0,4%	1,21	0,2%	10,59	3,6%
Centros locais	14,93	1,4%	8,69	2,5%	2,17	1,3%	0,18	0,3%	7,64	1,5%	18,11	6,2%
Baixa urbanização	44,05	4,2%	26,19	7,5%	5,11	3,0%	0,49	0,7%	27,54	5,3%	34,78	11,8%
Pequeno Centro Regional	26,36	2,5%	19,57	5,6%	2,12	1,2%	0,21	0,3%	18,39	3,6%	18,95	6,5%
Centros locais	17,68	1,7%	6,62	1,9%	2,98	1,7%	0,28	0,4%	9,15	1,8%	15,83	5,4%

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: - Elaboração própria.

- Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

É importante ressaltar que os resultados verificados refletem, em grande medida, a enorme concentração de recursos no município de São Paulo. Considerando todo o período analisado, a capital do Estado responde sozinha por 26,4% dos recursos transferidos para o Bloco de financiamento da MAC, ampliando ou reduzindo sua participação conforme se observam os subsegmentos. Em relação ao repasse para o FAEC, a capital responde por 54,9% do total e, em relação ao Limite Financeiro da MAC, por 21,9% das transferências (Tabela 20).

Tabela 20 - Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do Bloco MAC segundo componentes e grupos do “Demais do Limite Financeiro” desagregados – Estado de São Paulo e Município de São Paulo – 2009-2014

Em milhões de Reais			
Modalidade do Repasse	Total do Estado	Município de São Paulo	Part. SP no total do Estado
Total	24.262,40	6.401,66	26,4%
FAEC	3.272,73	1.798,16	54,9%
Limite do Teto Financeiro	20.989,67	4.603,50	21,9%
Teto municipal MAC	18.548,77	4.019,86	21,7%
Demais do Limite	2.440,90	583,64	23,9%
<i>RAU</i>	<i>1.039,77</i>	<i>253,70</i>	<i>24,4%</i>
<i>RAPS</i>	<i>348,70</i>	<i>81,51</i>	<i>23,4%</i>
<i>Rede Cegonha</i>	<i>171,30</i>	<i>15,21</i>	<i>8,9%</i>
<i>Rede Viver Sem Limites</i>	<i>70,21</i>	<i>39,28</i>	<i>55,9%</i>
<i>SAMU</i>	<i>517,37</i>	<i>155,47</i>	<i>30,0%</i>
<i>Outros</i>	<i>293,56</i>	<i>38,47</i>	<i>13,1%</i>

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: - Elaboração própria.

- Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

Entre os grupos que conformam o “Demais do Limite Financeiro”, dos que receberam maior volume de recursos, a RAU e a RAPS, o município de São Paulo participou com cerca de um quarto do valor (24,4% e 23,4%, respectivamente). A capital ficou ainda com 30,0% dos incentivos para o SAMU e 55,9% daqueles direcionados para a Rede Viver Sem Limites. Já a participação na Rede Cegonha foi de apenas 8,9%.

Devido ao peso relativo do município de São Paulo e suas peculiaridades, optou-se pela análise regional excluindo as informações da Capital. Entende-se que esse procedimento permite identificar de forma mais precisa o movimento de ampliação ou redução das concentrações regionais nos dois períodos analisados. No entanto, antes de analisarmos os dois períodos de forma separada, cabem algumas considerações a respeito da distribuição das transferências do FNS para os FMS paulistas em todo o período, sem a capital do Estado.

O Gráfico 11 demonstra que, em relação à distribuição dos recursos no interior do Bloco MAC, a grande perda de participação com a retirada das transferências para o FMS de São Paulo ocorreu no componente FAEC, que passou de 13,5% (Gráfico 8) para 8,3%. A ampliação na participação ocorreu sobretudo no Teto Municipal, uma vez que o “Demais do Limite Financeiro” e seus grupos sofreram pequenas alterações.

Gráfico 11 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS paulistas, exceto o município de São Paulo, no âmbito do Bloco MAC segundo componentes e grupos do “Demais do Limite Financeiro” – Estado de São Paulo – 2009-2014

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Elaboração própria.

Em relação à distribuição territorial das transferências, conforme o esperado, as RS Metropolitanas perdem participação. Ainda assim, as oito RS que compõem esse grupo respondem por 45,3% do total das transferências para o Bloco MAC, conforme pode ser observado na Tabela 21.

Sem a capital, a distribuição das transferências para o componente FAEC sofre grande alteração, passando a apresentar maior concentração nas RS de Alta urbanização (43,1%). Exceto pelo peso que os municípios que compõem o entorno metropolitano apresentam na distribuição dos recursos do FAEC (27,0%), os centros regionais, sobretudo das RS de Alta urbanização e das RS de Média urbanização, são destino de grande parte dessas transferências. Os Centros de Aglomeração Urbana e os Centros Regionais Isolados juntos respondem por 52,6% das transferências para esse componente FAEC (Tabela 21).

Já em relação ao Limite Financeiro MAC, as RS Metropolitanas concentram 46,3% dos recursos transferidos, refletindo a distribuição do Teto Municipal do Limite, que concentra 45,3% das transferências nesse grupo de RS. A maior concentração nas RS Metropolitanas se verifica nas transferências para o “Demais do Limite Financeiro”,

sobretudo devido aos municípios do entorno dos centros metropolitanos, que concentram 44,4% dos recursos, conforme Tabela 21.

Tabela 21 – Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do Bloco MAC segundo condição de urbanização e tipologia dos municípios por os componentes FAEC e Limite Financeiro desagregado – Estado de São Paulo, exceto a capital – 2009-2014

Em milhões de Reais

Tipologia de RS e dos Municípios	Total do Bloco MAC		FAEC		Limite Financeiro					
					Total		Teto Municipal MAC		Demais do Limite Financeiro	
	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.	Part.
Total Geral	17.860,74	100,0%	1.474,57	100,0%	16.386,17	100,0%	14.528,91	100,0%	1.857,26	100,0%
Metropolitana	8.086,05	45,3%	496,85	33,7%	7.589,20	46,3%	6.585,54	45,3%	1.003,65	54,0%
Centro Metropolitano	1.882,92	10,5%	99,08	6,7%	1.783,84	10,9%	1.604,17	11,0%	179,66	9,7%
Região Metropolitana	6.203,13	34,7%	397,77	27,0%	5.805,36	35,4%	4.981,37	34,3%	823,99	44,4%
Alta urbanização	6.372,57	35,7%	635,67	43,1%	5.736,90	35,0%	5.255,46	36,2%	481,44	25,9%
Centro Aglomeração Urbana	4.783,34	26,8%	521,48	35,4%	4.261,87	26,0%	3.891,26	26,8%	370,61	20,0%
Aglomeração Urbana	1.048,34	5,9%	75,46	5,1%	972,88	5,9%	902,45	6,2%	70,43	3,8%
Pequeno Centro Regional	189,17	1,1%	5,09	0,3%	184,08	1,1%	174,59	1,2%	9,49	0,5%
Centros locais	351,72	2,0%	33,64	2,3%	318,08	1,9%	287,17	2,0%	30,91	1,7%
Média urbanização	2.255,85	12,6%	262,54	17,8%	1.993,31	12,2%	1.759,29	12,1%	234,01	12,6%
Centro Regional Isolado	1.434,13	8,0%	254,58	17,3%	1.179,56	7,2%	1.038,67	7,1%	140,89	7,6%
Pequeno Centro Regional	331,26	1,9%	5,26	0,4%	325,99	2,0%	284,59	2,0%	41,40	2,2%
Centros locais	490,46	2,7%	2,70	0,2%	487,76	3,0%	436,03	3,0%	51,72	2,8%
Baixa urbanização	1.146,28	6,4%	79,51	5,4%	1.066,76	6,5%	928,61	6,4%	138,15	7,4%
Pequeno Centro Regional	702,38	3,9%	64,87	4,4%	637,51	3,9%	551,90	3,8%	85,61	4,6%
Centros locais	443,89	2,5%	14,64	1,0%	429,25	2,6%	376,71	2,6%	52,54	2,8%

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: - Elaboração própria.

- Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

A concentração metropolitana das transferências do “Demais do Limite Financeiro” decorre sobretudo dos recursos direcionados às ações e estratégias que compõem o grupo RAU (Tabela 22), que responde pela maior parcela das transferências para esse segmento (Gráfico 11). No entanto, também é necessário ressaltar o peso das RS Metropolitanas na distribuição das transferências para ações e estratégias que formam os grupos Rede Cegonha (71,1%), Rede Viver Sem Limites (56,6%) e SAMU (53,6%). Os grupos Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Outros são os que menos se concentram nas RS Metropolitanas.

Tabela 22 – Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do “Demais do Limite Financeiro” segundo condição de urbanização da RS e tipologia dos municípios por grupos desagregados – Estado de São Paulo, exceto a capital (2009-2014)

Em milhões de Reais

Tipologia de RS e dos Municípios	RAU		RAPS		Rede Cegonha		Rede Viver Sem Limites		SAMU		Outros	
	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.	Part.
Total Geral	786,07	100,0%	267,18	100,0%	156,09	100,0%	30,93	100,0%	361,90	100,0%	255,09	100,0%
Metropolitana	478,07	60,8%	128,72	48,2%	110,99	71,1%	17,52	56,6%	194,14	53,6%	74,22	29,1%
Centro Metropolitano	97,21	12,4%	34,53	12,9%	14,23	9,1%	0,66	2,1%	24,21	6,7%	8,83	3,5%
Região Metropolitana	380,85	48,4%	94,19	35,3%	96,76	62,0%	16,86	54,5%	169,93	47,0%	65,39	25,6%
Alta urbanização	175,65	22,3%	79,85	29,9%	32,78	21,0%	11,69	37,8%	98,75	27,3%	82,72	32,4%
Centro Aglomeração Urbana	145,70	18,5%	50,14	18,8%	22,57	14,5%	11,12	35,9%	89,01	24,6%	52,07	20,4%
Aglomeração Urbana	15,88	2,0%	19,52	7,3%	8,85	5,7%	0,40	1,3%	4,90	1,4%	20,89	8,2%
Pequeno Centro Regional	2,05	0,3%	5,11	1,9%	0,20	0,1%	0,03	0,1%	0,13	0,0%	1,98	0,8%
Centros locais	12,02	1,5%	5,09	1,9%	1,17	0,7%	0,15	0,5%	4,71	1,3%	7,77	3,0%
Média urbanização	88,31	11,2%	32,42	12,1%	7,20	4,6%	1,23	4,0%	41,47	11,5%	63,38	24,8%
Centro Regional Isolado	51,90	6,6%	17,32	6,5%	3,61	2,3%	0,77	2,5%	32,63	9,0%	34,67	13,6%
Pequeno Centro Regional	21,49	2,7%	6,41	2,4%	1,42	0,9%	0,29	0,9%	1,21	0,3%	10,59	4,2%
Centros locais	14,93	1,9%	8,69	3,3%	2,17	1,4%	0,18	0,6%	7,64	2,1%	18,11	7,1%
Baixa urbanização	44,05	5,6%	26,19	9,8%	5,11	3,3%	0,49	1,6%	27,54	7,6%	34,78	13,6%
Pequeno Centro Regional	26,36	3,4%	19,57	7,3%	2,12	1,4%	0,21	0,7%	18,39	5,1%	18,95	7,4%
Centros locais	17,68	2,2%	6,62	2,5%	2,98	1,9%	0,28	0,9%	9,15	2,5%	15,83	6,2%

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota:- Elaboração própria.

- Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

É possível verificar a concentração territorial das transferências do FNS para os FMS paulistas, exceto o município de São Paulo, para os grupos do “Demais do Limite Financeiro” de outra perspectiva. O Gráfico 12 permite observar a participação dos municípios que conformam o estrato superior da rede urbana paulista nos recursos disponibilizados. Nele verificamos que, entre as redes temáticas, a rede Viver Sem Limites é a que apresenta maior concentração no estrato superior da rede urbana (99,1%), enquanto a RAPS é a que apresenta menor concentração. Vale ressaltar que as transferências para a RAU concentram-se nos municípios do estrato superior da RU, muito próxima àquela observada nas direcionadas ao SAMU.

Gráfico 12 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS segundo inserção dos municípios na Rede Urbana, por grupos do “Demais do Limite Financeiro” – Estado de São Paulo, exceto a capital (2009-2014)

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Elaboração própria.

Assim, diante do entendimento mais geral da forma com que as transferências do FNS para os FMS paulistas no Bloco de Financiamento MAC, exceto o município de São Paulo, se distribuem no território, deve-se expor as mudanças verificadas nos dois períodos propostos, o anterior ao início das transferências para as ações e estratégias vinculadas às redes temáticas (2009-2011) e o posterior (2012-2014).

A distribuição dos recursos transferidos para o Bloco de financiamento MAC, aberta para os dois períodos analisados, segundo tipologia das Regiões de Saúde e dos municípios, exceto o município de São Paulo, demonstra que ocorreu concentração dos repasses nas RS Metropolitana no segundo período (Tabela 23). É possível observar um ligeiro aumento da participação nos dois centros regionais metropolitanos considerados (Santos e Campinas), mas a ampliação ocorreu, sobretudo, nos municípios que compõem o entorno dos centros metropolitanos, incluindo aqueles da Região Metropolitana de São Paulo.

Tabela 23 – Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do bloco MAC segundo condição de urbanização da RS e tipologia dos municípios nos dois períodos analisados – Estado de São Paulo, exceto a capital (2009-2014)

em milhões de Reais

Tipologia de RS e dos Municípios	2009-2011		2012-2014		Total do Período	
	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.	Part.
Total Geral	8.452,86	100,0%	9.407,88	100,0%	17.860,74	100,0%
Metropolitana	3.731,88	44,1%	4.354,17	46,3%	8.086,05	45,3%
Centro Metropolitano	856,29	10,1%	1.026,63	10,9%	1.882,92	10,5%
Região Metropolitana	2.875,59	34,0%	3.327,54	35,4%	6.203,13	34,7%
Alta urbanização	3.122,49	36,9%	3.250,09	34,5%	6.372,57	35,7%
Centro Aglomeração Urbana	2.362,51	27,9%	2.420,83	25,7%	4.783,34	26,8%
Aglomeração Urbana	509,90	6,0%	538,45	5,7%	1.048,34	5,9%
Pequeno Centro Regional	93,14	1,1%	96,03	1,0%	189,17	1,1%
Centros locais	156,93	1,9%	194,78	2,1%	351,72	2,0%
Média urbanização	1.078,62	12,8%	1.177,22	12,5%	2.255,85	12,6%
Centro Regional Isolado	705,47	8,3%	728,67	7,7%	1.434,13	8,0%
Pequeno Centro Regional	148,36	1,8%	182,89	1,9%	331,26	1,9%
Centros locais	224,79	2,7%	265,66	2,8%	490,46	2,7%
Baixa urbanização	519,87	6,2%	626,41	6,7%	1.146,28	6,4%
Pequeno Centro Regional	323,68	3,8%	378,70	4,0%	702,38	3,9%
Centros locais	196,19	2,3%	247,71	2,6%	443,89	2,5%

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: - Elaboração própria.

- Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

É possível observar também que as RS de Alta urbanização perderam participação no repasse de recursos para o Bloco MAC e que esse fato decorre, sobretudo, da perda de participação dos municípios classificados como centros da AU e, em menor medida, dos municípios que compõem as AU e os Pequenos Centros Regionais. Apenas os municípios classificados como Centros Locais (CL) ampliaram participação nas transferências nas RS de Alta urbanização. As participações das RS de Média urbanização e de Baixa urbanização sofreram pouca alteração, com ligeira perda na primeira e ampliação na segunda.

De forma geral podemos afirmar que, no segundo período considerado, ocorreu aumento de repasses para aqueles centros urbanos de maior centralidade na rede urbana paulista, localizados nas aglomerações urbanas metropolitanas. Todavia, também é possível afirmar que os centros locais, ou seja, aqueles municípios que não compõem o estrato superior da rede urbana, também ampliaram sua participação como destino dos recursos do MAC. A partir de outra perspectiva, pode-se afirmar que foram os centros urbanos de centralidade intermediária, analisados de forma agregada, que perderam participação no repasse para a Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no período de 2012-2014.

Esse processo fica bastante evidente quando se observa o Gráfico 13 que apresenta a participação dos municípios, exceto São Paulo, segundo sua inserção na RU. O conjunto de municípios classificados como Centro Local (CL) e como Pequeno Centro Regional (PCR), junto com os que compõem as regiões metropolitanas, ampliaram suas participações. Os demais, que fazem parte de AU não metropolitana e dos Centros Regionais Isolados (CRI), perderam participação.

Gráfico 13 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS no âmbito do Bloco MAC segundo tipologia do município, nos dois períodos analisados – Estado de São Paulo, exceto a capital (2009-2014)

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Elaboração própria.

Para melhor compreensão de como se deu esse processo, é necessário analisar o comportamento da distribuição dos recursos do Bloco de Financiamento do MAC das transferências do FNS para os FMS paulistas, exceto o município de São Paulo, nos dois períodos, considerando os subsegmentos – FAEC, Teto do Limite Financeiro e “Demais do Limite Financeiro”.

A tabela 24, que apresenta a distribuição das transferências para o FAEC, demonstra o aumento de participação das RS Metropolitanas no segundo período analisado. Embora seja possível verificar a diminuição real dos valores transferidos para os dois centros metropolitanos considerados (Campinas e Santos), o aumento dos valores para os municípios que compõem as regiões metropolitanas, excetos seus núcleos centrais, representou ampliação de 4,4%. Ainda que se verifique ligeira perda de participação das RS de Alta urbanização,

nota-se que também nas AU é possível observar a marcada perda de participação dos seus núcleos regionais, ao mesmo tempo em que os que compõem a AU ampliam participação.

Seguindo a tendência encontrada na distribuição do Bloco da MAC entre o período 2009-2011 e 2012-2014, e de forma mais acentuada, verifica-se a perda de participação nas RS de Média urbanização, sobretudo nos CRI, que respondiam por 19,5% do total das transferências para o FAEC no primeiro período e passam a 15,2%, no segundo. As RS de Baixa urbanização ampliam participação, que pode ser verificada tanto no PCR, quanto nos CL.

Tabela 24 - Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do FAEC segundo condição de urbanização da RS e tipologia dos municípios, nos dois períodos analisados – Estado de São Paulo, exceto a capital (2009-2014)

Tipologia de RS e dos Municípios	em milhões de Reais					
	2009-2011		2012-2014		Total do Período	
	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.	Part.
Total Geral	701,18	100,0%	773,39	100,0%	1.474,57	100,0%
Metropolitana	228,20	32,5%	268,65	34,7%	496,85	33,7%
Centro Metropolitano	55,18	7,9%	43,90	5,7%	99,08	6,7%
Região Metropolitana	173,02	24,7%	224,75	29,1%	397,77	27,0%
Alta urbanização	303,38	43,3%	332,29	43,0%	635,67	43,1%
Centro Aglomeração Urbana	257,81	36,8%	263,66	34,1%	521,48	35,4%
Aglomeração Urbana	27,79	4,0%	47,67	6,2%	75,46	5,1%
Pequeno Centro Regional	1,52	0,2%	3,57	0,5%	5,09	0,3%
Centros locais	16,26	2,3%	17,38	2,2%	33,64	2,3%
Média urbanização	139,49	19,9%	123,05	15,9%	262,54	17,8%
Centro Regional Isolado	136,69	19,5%	117,89	15,2%	254,58	17,3%
Pequeno Centro Regional	1,62	0,2%	3,64	0,5%	5,26	0,4%
Centros locais	1,18	0,2%	1,52	0,2%	2,70	0,2%
Baixa urbanização	30,11	4,3%	49,40	6,4%	79,51	5,4%
Pequeno Centro Regional	25,25	3,6%	39,62	5,1%	64,87	4,4%
Centros locais	4,87	0,7%	9,78	1,3%	14,64	1,0%

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: - Elaboração própria.

- Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

Sucintamente, o Gráfico 14 permite verificar, além da ampliação da participação dos municípios classificados CL e PCR, a ampliação da participação daqueles municípios que compõem as Aglomerações Urbanas, metropolitanas e não metropolitanas, e que não são seus núcleos centrais, que por sua vez, junto com os CRI, perderam participação no segundo período.

Gráfico 14 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS no âmbito do FAEC segundo tipologia dos municípios nos dois períodos analisados – Estado de São Paulo, exceto a capital (2009-2014)

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Elaboração própria.

A distribuição do Teto do Limite Financeiro apresenta ligeira ampliação da participação das RS Metropolitanas. Ao contrário do verificado nas transferências para o componente FAEC, nesse caso são os dois núcleos regionais metropolitanos (Santos e Campinas) que responderam por esse aumento, haja vista a tênue perda de participação dos demais municípios que compõem as regiões metropolitanas. Já as RS de Alta urbanização perderam participação em função da perda de participação das AU – tanto dos núcleos como dos demais municípios que formam a AU. Os PCR mantiveram sua participação e os CL apresentaram ligeira ampliação. O mesmo ocorreu nas RS de Média urbanização, com os municípios que apresentam maiores centralidades (CRI) perdendo participação e os demais (PCR e CL) apresentando ligeira ampliação. As RS de Baixa urbanização apresentaram tênue ampliação na sua participação em decorrência do comportamento dos CL (Tabela 25).

Tabela 25 - Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do Teto do Limite Financeiro segundo condição de urbanização da RS e tipologia dos municípios nos dois períodos analisados – Estado de São Paulo, exceto a capital (2009-2014)

Tipologia de RS e dos Municípios	em milhões de Reais					
	2009-2011		2012-2014		Total do Período	
	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.	Part.
Total Geral	7.483,72	100,0%	7.045,19	100,0%	14.528,91	100,0%
Metropolitana	3.372,93	45,1%	3.212,61	45,6%	6.585,54	45,3%
Centro Metropolitano	785,41	10,5%	818,76	11,6%	1.604,17	11,0%
Região Metropolitana	2.587,52	34,6%	2.393,85	34,0%	4.981,37	34,3%
Alta urbanização	2.740,97	36,6%	2.514,49	35,7%	5.255,46	36,2%
Centro Aglomeração Urbana	2.038,27	27,2%	1.852,99	26,3%	3.891,26	26,8%
Aglomeração Urbana	473,89	6,3%	428,56	6,1%	902,45	6,2%
Pequeno Centro Regional	90,83	1,2%	83,76	1,2%	174,59	1,2%
Centros locais	137,98	1,8%	149,19	2,1%	287,17	2,0%
Média urbanização	899,28	12,0%	860,01	12,2%	1.759,29	12,1%
Centro Regional Isolado	537,97	7,2%	500,69	7,1%	1.038,67	7,1%
Pequeno Centro Regional	141,92	1,9%	142,67	2,0%	284,59	2,0%
Centros locais	219,39	2,9%	216,65	3,1%	436,03	3,0%
Baixa urbanização	470,54	6,3%	458,08	6,5%	928,61	6,4%
Pequeno Centro Regional	284,89	3,8%	267,01	3,8%	551,90	3,8%
Centros locais	185,64	2,5%	191,07	2,7%	376,71	2,6%

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: - Elaboração própria.

- Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

Sucintamente, pode-se afirmar que ocorreu uma relativa estabilidade na distribuição territorial das transferências do Teto do Limite Financeiro nos dois períodos analisados, conforme pode ser observado no Gráfico 15. Observa-se que as maiores alterações, de cerca de 1%, ocorreram no grupo de municípios que apresentam maior centralidade no Estado, sendo que os pertencentes às regiões metropolitanas ampliaram sua participação e os pertencentes às AU não metropolitanas perderam participação.

Gráfico 15 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS no âmbito do Teto do Limite Financeiro segundo tipologia dos municípios nos dois períodos analisados – Estado de São Paulo, exceto a capital (2009-2014)

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Elaboração própria.

Em decorrência do aumento de recursos direcionados ao “Demais do Limite Financeiro”, a distribuição territorial das transferências para esse subsegmento passa por considerável transformação a partir de 2012, em função, sobretudo, das ações e estratégias vinculadas às redes temáticas. Se ao longo do período 2009-2011 foram direcionados cerca de 268 milhões de reais para esse subsegmento, no período 2012-2014 esse montante cresceu praticamente seis vezes, atingindo cerca de 1,6 bilhões de reais (Tabela 26).

Em que pese a ampliação real dos valores transferidos para todas as RS e municípios, foram as RS Metropolitanas as maiores beneficiadas pelos novos repasses, sobretudo os dois centros metropolitanos considerados, Santos e Campinas. As RS de Alta urbanização e de Média urbanização perdem participação relativa, enquanto as de Baixa urbanização apresentam ligeiro aumento.

Tabela 26 - Valor líquido das transferências do FNS para os FMS no âmbito do “Demais do Limite Financeiro” segundo condição de urbanização da RS e tipologia dos municípios nos dois períodos analisados – Estado de São Paulo, exceto a capital (2009-2014)

Tipologia de RS e dos Municípios	em milhões de Reais					
	2009-2011		2012-2014		Total do Período	
	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.	Part.
Total Geral	267,96	100,0%	1.589,30	100,0%	1.857,26	100,0%
Metropolitana	130,75	48,8%	872,90	54,9%	1.003,65	54,0%
Centro Metropolitano	15,69	5,9%	163,97	10,3%	179,66	9,7%
Região Metropolitana	115,06	42,9%	708,93	44,6%	823,99	44,4%
Alta urbanização	78,14	29,2%	403,30	25,4%	481,44	25,9%
Centro Aglomeração Urbana	66,43	24,8%	304,18	19,1%	370,61	20,0%
Aglomeração Urbana	8,22	3,1%	62,22	3,9%	70,43	3,8%
Pequeno Centro Regional	0,80	0,3%	8,69	0,5%	9,49	0,5%
Centros locais	2,69	1,0%	28,22	1,8%	30,91	1,7%
Média urbanização	39,85	14,9%	194,16	12,2%	234,01	12,6%
Centro Regional Isolado	30,81	11,5%	110,08	6,9%	140,89	7,6%
Pequeno Centro Regional	4,82	1,8%	36,58	2,3%	41,40	2,2%
Centros locais	4,22	1,6%	47,50	3,0%	51,72	2,8%
Baixa urbanização	19,22	7,2%	118,93	7,5%	138,15	7,4%
Pequeno Centro Regional	13,54	5,1%	72,07	4,5%	85,61	4,6%
Centros locais	5,68	2,1%	46,86	2,9%	52,54	2,8%

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: - Elaboração própria.

- Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

É digno de nota que, excetuando-se os das RS Metropolitanas, os municípios caracterizados como principais centros regionais nas demais categorias de RS, ou seja, os Centros de Aglomeração Urbana nas RS de Alta urbanização, os CRI nas RS de Média urbanização e os PCR nas RS de Baixa urbanização, sejam aqueles que mais perderam participação no repasse dos recursos, ainda que os municípios classificados como PCR analisados conjuntamente, ampliem participação no segundo período (Gráfico 16).

Gráfico 16 – Distribuição das transferências do FNS para os FMS no âmbito do “Demais do Limite Financeiro” segundo tipologia dos municípios nos dois períodos analisados – Estado de São Paulo, exceto a capital (2009-2014)

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Elaboração própria.

A ampliação da participação das RS Metropolitanas nas transferências do FNS para os FMS paulistas, exceto a capital, no “Demais do Limite Financeiro”, demonstra que os incentivos vinculados às redes temáticas não cumpriram o papel de contraposição à concentração territorial resultante do processo histórico de ocupação regional no estado de São Paulo. O evidente direcionamento dos incentivos para os Centros Metropolitanos e para os demais municípios que compõem as Regiões Metropolitanas reafirma e explicita a condição de lugares privilegiados que caracterizam esses territórios.

Vale ressaltar, ainda, que não foi possível observar a ampliação da participação dos principais centros polarizadores das demais RS, mas foram os CL, cuja centralidade dos seus núcleos urbanos atende apenas aos limites do seu próprio território, que ampliaram participação nas transferências, de 4,7% para 7,7%, conforme Gráfico 16.

Em suma, ao invés do direcionamento das transferências dos FNS para os FMS, exceto o município de São Paulo, no âmbito do subsegmento “Demais do Limite Financeiro”, onde se encontram os incentivos às redes temáticas, para centros urbanos que polarizam as RS em condição de urbanização menos adensadas, ou seja, que apresentem centros intermediários

na sua capacidade de polarização, o que se observou foi a ampliação da participação dos municípios inseridos nos dois extremos da rede urbana, os das regiões metropolitanas, que estão no topo da hierarquia da rede urbana, e os CL, que não fazem parte do estrato superior da rede urbana.

5.4 Breves considerações sobre a distribuição territorial das transferências do Bloco MAC

Pode-se afirmar que no segundo período considerado nesse estudo (2012-2014), as transferências federais realizadas no âmbito do Bloco MAC para os FMS no estado de São Paulo, exceto o município de São Paulo, passaram a ser mais direcionadas para as Regiões Metropolitanas paulistas. Foram sobretudo as RS de Alta urbanização que perderam participação enquanto as RS de Média urbanização e de Baixa urbanização sofreram pouca alteração, com ligeira perda na primeira e ampliação na segunda, conforme visto. Em suma, a partir de 2012, quando ocorre o início das transferências dos incentivos às redes temáticas, observa-se a ampliação dos recursos transferidos no Bloco MAC sobretudo para aquelas regiões que tradicionalmente são objeto de investimento no território paulista, as metropolitanas.

Observa-se a tendência de ampliação das RS metropolitanas nas transferências dos recursos quando se consideram todos os subsegmentos do Bloco MAC (FAEC, Teto do Limite Financeiro e “Demais do limite financeiro”), ainda que no caso do Teto do Limite Financeiro tenha sido constatada uma relativa estabilidade nas participações das diferentes categorias de RS por condição de urbanização. Esse fato indica que, caso os recursos fossem repassados apenas pelos critérios desse subsegmento, que possibilita maior autonomia na decisão de gastos do gestor municipal, as transferências estariam menos concentradas territorialmente.

Todavia, também é possível afirmar que os centros locais, ou seja, aqueles municípios que não compõem o estrato superior da rede urbana também ampliaram sua participação como destino dos recursos do MAC. A partir de outra perspectiva, pode-se afirmar que foram os centros urbanos de centralidade intermediária, analisados de forma agregada, que perderam participação no repasse para a Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no período de 2012-2014.

Esse resultado vai de encontro à premissa que o financiamento público de estruturas de produção que pressuponha escalas econômicas, como aquelas que envolvem as Redes de Atenção à Saúde (RAS), devem buscar a mitigação dos desequilíbrios regionais induzindo investimentos em centros urbanos de polarização intermediária. Não se trata evidentemente de supor a inadequação dos recursos direcionados aos CL, haja vista a diversificação de incentivos para a variedade de ações e estratégias previstas nas portarias que normatizam o financiamento das redes temáticas, muitas delas orientadas ao cuidado mais abrangente, adequado a centros urbanos menores. Trata-se apenas de sugerir a inexistência de uma estratégia de distribuição de recursos que de fato considere a dinâmica dos processos de acumulação desigual no território e busque mitigá-los, em outros termos, a inexistência de um efetivo planejamento regional que oriente a política de financiamento das RAS.

Dessa forma, a análise realizada no presente capítulo evidencia que o financiamento das redes temáticas a partir de 2012 não foi capaz de tornar as transferências do FNS para os FMS paulistas, no âmbito do Bloco de Financiamento da MAC, menos concentradas nas RS que apresentam condições de urbanização mais adensada, haja vista que, ao contrário, foram as RS Metropolitanas que ampliaram a participação nas transferências no Bloco de Financiamento MAC.

CONCLUSÃO

A análise da distribuição territorial das transferências federais para o financiamento das estratégias vinculadas às redes temáticas no período 2009-2014 foi motivada pela necessidade de compreensão do processo de regionalização da política de saúde nacional, mais especificamente, de regionalização do SUS.

Tal processo é fruto dos determinantes mais gerais da conformação do SUS, ou seja, resultado da disputa entre capital e trabalho e os seus desdobramentos tanto na dinamização das diferentes funções sociais das práticas de saúde (entre elas, o controle social, a manutenção e reprodução da força de trabalho, a valorização do capital e a garantidora de direito social), como das dimensões territoriais do desenvolvimento capitalista (de homogeneização, de integração, de polarização e de hegemonia), e seu desvelamento exige identificar as “racionalidades” que conduzem as elaborações das diferentes estratégias de regionalização do SUS. Nessa tese, a identificação dessas “racionalidades” ocorreu a partir dos dois conceitos de saúde propostos, a saber, a saúde como *ausência de doença*, que fundamenta sobretudo o modelo médico assistencial de atenção, e a saúde como *bem-estar social*, que tem como fundamento a identificação e a atuação nos fatores sociais das questões de saúde.

Ainda que se considere toda a complexidade das questões que envolvem práticas de saúde, organização produtiva do setor saúde e a construção da política, identificar as “racionalidades” subjacentes às estratégias de regionalização permite apontar, na perspectiva territorial, os elementos “endógenos” e “exógenos” de tais estratégias. Esses elementos são fundamentais e orientadores no entendimento do modelo de desenvolvimento que permeia o processo de regionalização do SUS. Afinal, cabe à ação pública atuar nos nexos que se estabelecem entre os elementos endógenos e exógenos aos territórios para a mitigação dos desequilíbrios regionais. No caso da saúde pública, atuar nesses nexos significa, sobretudo, estabelecer a medida com que a produção das práticas de saúde e os fatores sociais da saúde se encontrarão nos lugares, sendo esses lugares entendidos na sua relação dicotômica com a totalidade, conforme nos coloca Santos (2012a).

Diante dessa perspectiva teórica foi possível identificar duas principais vertentes de dinamização da política de saúde pública nacional relacionada ao processo de regionalização do SUS, ressaltando que não se trata de processos paralelos, mas sim imbricados, cuja separação ocorre apenas como forma de exposição sucinta da elaboração teórica. Uma

vertente deriva do processo de descentralização da política de saúde pública nacional, que é diretriz construída no bojo do movimento da reforma sanitária no Brasil, cuja crítica, baseada no conceito de saúde como *bem-estar social*, apontava para a inviabilidade do modelo de assistência à saúde vigente no período anterior ao SUS. Essa diretriz tem como ponto fundamental a importância do reconhecimento das condições concretas de saúde e dos recursos destinados especificamente à atenção à saúde no território como os condicionantes estratégicos para a formulação do planejamento da ação pública. É a partir dela que se extrai a importância dos atores locais para, com base no reconhecimento das condições de saúde, a formulação do modelo mais adequado de atenção à saúde. Nesta perspectiva a autonomia do gestor subnacional ganha relevância como fator de atuação nos elementos endógenos à região e, em decorrência, nos nexos que esses estabelecem com os elementos exógenos.

A outra vertente deriva da necessidade de organização da rede assistencial que tem como objetivo, sobretudo, a garantia da integralidade da assistência à saúde. Mesmo considerando que “integralidade” na perspectiva do SUS também tem como significado a “integralidade da atenção à saúde”, que reconhece os determinantes estruturais e socioambientais do modo de vida das pessoas para a atuação integral no processo de saúde, nessa vertente trata-se da “integralidade” concebida enquanto organização da produção das práticas de saúde. A integralidade da assistência à saúde que dinamiza essa vertente é aquela que diz respeito à necessidade de integração dos diferentes níveis de densidade tecnológica que conformam os arranjos organizativos de ações e serviços de saúde. Nesta perspectiva – que considera a forma de organização produtiva do setor de saúde e suas complexas redes de profissionais e tecnologias, que, ao mesmo tempo em que se fragmentam, tornam-se mais intensamente imbricadas e interdependentes – são os fatores exógenos, não apenas ao território, mas também ao próprio setor de saúde, que serão determinantes.

Assim, com base nessas duas vertentes dinamizadoras da política de saúde pública, interpretamos os três períodos que marcam o processo de regionalização do SUS. O primeiro período, que se dá a partir dos primeiros anos da década de 2000 e tem como marco normativo as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e 01/2002), se caracteriza pelo aprofundamento das estratégias de regionalização do SUS. Verifica-se nele a construção de uma normatização que busca aprofundar as noções de territorialidade na conformação do sistema de saúde que não se restringe à abrangência municipal. Assim, a perspectiva de regionalização que prevalece se expressa não apenas nos diferentes instrumentos de gestão e de planejamento, mas também no financiamento das ações e serviços

de saúde definidas nesse período. As NOAS, além de instituírem as Regiões de Saúde, o Plano Diretor de Regionalização – PDR, os módulos assistenciais, entre outros instrumentos de gestão e planejamento, em uma lógica organizacional que buscava alcançar à integralidade da assistência à saúde, estabeleceu por meio do financiamento a maior ingerência do governo federal na definição da conformação dos sistemas locais de saúde. Nesse sentido, esse período representa uma quebra de paradigma do que vinha sendo construído a partir das Normas Operacionais Básicas (NOBs) na década anterior, que era a responsabilização integral da atenção pelos gestores dos municípios habilitados em gestão semiplena/plena do sistema. Também caracteriza a atuação das NOAS no processo de regionalização do SUS, a tentativa de retirar a gestão do recurso do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) dos gestores subnacionais, retrocedendo na estratégia de transferência “fundo a fundo”, quando busca efetivar os pagamentos diretamente aos prestadores de serviços. Assim, é possível afirmar que o processo de regionalização do SUS que marca a primeira metade da década de 2000, ainda que busque instrumentos de gestão e planejamento regional, tem como perspectiva a organização das práticas de saúde e o enfraquecimento da autonomia dos governos subnacionais.

O período seguinte, marcado pelo Pacto pela Saúde 2006, e suas três diretrizes principais – o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS, e o Pacto de Gestão – dá ênfase em um processo de regionalização calcado nos lugares e suas populações, em um evidente esforço de fortalecer a perspectiva do reconhecimento das condições sociais como forma de atuação da política de saúde pública. Para isso é digno de nota a busca pela construção de espaços de co-gestão nas Regiões de Saúde, o Colegiado de Gestão Regional (CGR), como forma de promover a cooperação entre as três esferas de governo a partir de pactuações regionais, com maior representatividade dos municípios. Ainda que se considere a enorme heterogeneidade do resultado desse tipo de iniciativa em um país continental como o brasileiro, merece menção o estímulo para a efetivação das Regiões de Saúde e dos CGRs em todo o território gerado pelo Pacto de Gestão.

Em que pese todo o esforço do Pacto pela Saúde na recuperação da importância do reconhecimento das condições sociais locais para o processo de regionalização do SUS, deve-se ressaltar também, entre os objetivos explicitados nesse arcabouço normativo, a ênfase na perspectiva organizativa da assistência à saúde. A tentativa em acomodar essas duas perspectivas de regionalização do SUS se reflete na forma de financiamento das ações e serviços de saúde no período. A portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou o

financiamento e a transferência dos recursos federais para cinco blocos de financiamento (Atenção básica; Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência farmacêutica; e Gestão do SUS), sendo o bloco de Investimento instituído mais tarde pela portaria nº 837, de 23 de abril de 2009. A criação dos blocos de financiamento que objetivava a superação da prática de repasses de recursos vinculados a determinados programas ou ações (recursos “carimbados”) para uma forma global de transferência, acabou por perpetuar as transferências por incentivos. Ainda que se observe a consolidação ao longo do tempo da transferência fundo a fundo entre os gestores como modalidade preferencial do repasse de recursos, os diversos componentes que constituem os blocos de financiamento e seus vínculos com as diferentes ações e estratégias formuladas pelo Ministério da Saúde evidenciaram a necessidade da adesão dos municípios às propostas ministeriais, em grande parte vinculada ao modelo médico assistencial.

Assim, depreende-se da forma de financiamento estabelecida pelo Pacto pela Saúde 2006 duas consequências. A primeira é que, a despeito da valorização do reconhecimento das condições locais no planejamento da política de saúde, as ações dos entes municipais se mantiveram fortemente orientadas para a execução das políticas definidas no âmbito central, com perda de autonomia decisória dos governos locais. A segunda é a tendência de disseminação de um modelo de atenção fortemente calcado no conceito de saúde como ausência de doença, difundindo tecnologias que, mesmo reconhecidamente eficientes e eficazes, podem não atender as necessidades prioritárias definidas pelas demandas e interesses loco-regionais que se expressam nas regiões, conforme um dos objetivos da regionalização proposto por esse arcabouço normativo.

A perspectiva de regionalização baseada na integralidade da assistência à saúde se consolida no terceiro e último período analisado, que tem como referência o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. É nesse período que ganha protagonismo a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Haja vista a definição da RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que buscam garantir a integralidade do cuidado, explicitada na Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, não resta dúvida a perspectiva de regionalização prevalecente.

É digno de nota que a Portaria nº 4.279 busque definir alguns atributos fundamentais para o bom funcionamento da RAS. Ressaltamos entre eles: *economia de escala*, dada pela concentração de serviços para racionalização de custos e otimização de resultados; *qualidade do cuidado*, que se baseia na segurança, na pontualidade, na eficiência e na equidade; e

suficiência, que significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população. São esses três atributos que permitem explicitar as contradições inerentes à RAS. Isso porque as lógicas de organização dos arranjos produtivos no setor de saúde (*economia de escala*), fortemente determinados pela acumulação flexível e por seus impactos territoriais de homogeneização e integração, apresentam forte condicionante exógeno, enquanto que a efetivação de uma atenção à saúde baseada nos preceitos do SUS (*qualidade do cuidado*) se fundamenta sobretudo no reconhecimento das necessidades de saúde da população, cujo condicionante é fortemente endógeno. Apenas o improvável encontro desses dois atributos, no tempo e no espaço, permitiria a RAS alcançar o atributo *suficiência das ações e serviços*.

Não obstante a tentativa de combinação de atributos tão contraditórios, a RAS se concretiza enquanto estratégia de regionalização priorizando um formato organizativo chamado de “redes temáticas” ou “linhas de cuidado temáticas”. Com o intuito de compreender os possíveis impactos das redes temáticas na conformação do modelo de atenção vigente, a presente tese sistematizou as principais características presentes nas portarias que regulamentam o financiamento dessas estratégias. Foram organizadas as informações das portarias que regulamentam o financiamento da Rede Cegonha (RC), da Rede de Atenção à Urgência (RAU), da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limite).

Esse exercício possibilitou ressaltar três principais aspectos encontrados nas normas para o financiamento das estratégias vinculadas às redes temáticas. O primeiro diz respeito à transferência de recursos para os governos subnacionais priorizando o bloco de financiamento da Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (Bloco MAC), ou seja, grande parte dos recursos foi direcionada ao cuidado mais especializado, conformado sobretudo pela assistência à saúde. O segundo aspecto é aquele que evidencia a necessidade de grande mobilização de recursos técnicos e humanos por parte dos entes subnacionais para o cumprimento dos requisitos solicitados para o acesso ao financiamento das redes temáticas. Tais requisitos são tão mais complexos à medida que o componente a ser financiado pressuponha maior montante de recursos financeiros. Assim, a política tende a privilegiar com mais recursos àqueles entes subnacionais com estruturas burocráticas e financeiras mais favorecidas. O terceiro aspecto é aquele que evidencia a transferência fragmentada dos recursos, efetivando repasses em forma de incentivo para uma grande variedade de componentes de cada uma das redes, ao invés da transferência global de recursos. Tal

fragmentação não apenas restringe a autonomia dos entes subnacionais, sobretudo o municipal, em determinar o modelo assistencial mais adequado ao seu território, considerando as necessidades de saúde local, mas ao contrário, os submete a práticas de saúde determinadas de forma exógena.

Depreende-se desses aspectos que o financiamento das redes temáticas, além de favorecer o modelo médico assistencial por meio da transferência de recurso prioritariamente para a atenção à saúde voltada à média e alta complexidade, parece tender às regiões já privilegiadas como espaços de atração de investimentos capitalistas, uma vez que o acesso aos recursos exige capacidade burocrática e financeira previamente existente, característica de lugares que apresentam maior centralidade territorial. É possível inferir também que essa forma de financiamento é responsável pela difusão das tecnologias voltadas à atenção à saúde determinadas de forma centralizada na esfera de governo federal que, uma vez promovidas pelas portarias, tendem a ser assimiladas nos lugares específicos.

Ainda que se considerem esses aspectos do financiamento das redes temáticas, o objetivo de reconhecimento das necessidades de saúde no processo de regionalização do SUS a partir do Pacto pela Saúde 2006, e reafirmado posteriormente pelo decreto 7.508, levou à definição de 438 Regiões de Saúde, que abarcam os 5.570 municípios brasileiros e apresentam espaços de gestão compartilhada institucionalizados, as Comissões Intergestores Regionais (CIR), em substituição aos CGRs. Essas Regiões de Saúde, junto com suas CIR, além de terem o objetivo de reconhecimento das condições sociais locais para a construção da política de saúde, como já visto, são consideradas referência formal para a transferência de recursos a fim de mitigar os desequilíbrios regionais.

Tendo em consideração por um lado os aspectos que caracterizam o financiamento das redes temáticas, e por outro, os objetivos da conformação das Regiões de Saúde, tornou-se necessário evidenciar em que medida o financiamento das redes temáticas impactou na distribuição territorial dos recursos financeiros direcionados ao processo de regionalização do SUS. Coube então perguntar em que medida a nova lógica de alocação de recursos definida pelas redes temáticas possibilitou uma distribuição mais equânime dos recursos direcionados ao bloco MAC no território. Ao se considerar a natureza assistencial da atenção à saúde voltada à média e alta complexidade, pressupõe-se, em alguma medida, a necessidade da concentração territorial dos recursos disponibilizados. No entanto, o intuito de mitigação dos desequilíbrios regionais propalado pela política de saúde pública nacional, leva à necessidade de atenuação da forma seletiva com que o capital se organiza no território, privilegiando

centros urbanos com determinadas funções na divisão inter-regional do trabalho. Assim, a presente tese se propôs a verificação das transformações na distribuição territorial das transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS) no âmbito do Bloco MAC a partir de 2012.

O estado de São Paulo, tendo em vista a sua dinâmica econômica, a conformação de sua rede urbana e a sua grande participação nas transferências do FNS, foi considerado território privilegiado para tal verificação. Nessa perspectiva, foi preciso a elaboração de uma caracterização das Regiões de Saúde com base na sua inserção na divisão inter-regional do trabalho. Essa caracterização, que se baseou nas diferentes condições de inserção dos municípios na rede urbana, teve como intuito inserir a dinâmica territorial na compreensão do processo de regionalização do SUS, jogando luz sobre os elementos organizadores do território, sobretudo seus centros de comando e suas áreas de abrangência.

Mesmo ressaltando a importância e diversificação da rede urbana paulista, que apresenta centros urbanos de diferentes centralidades e morfologias urbanas de diferentes padrões, o que tornou oportuna a análise proposta nas 63 Regiões de Saúde (RS) do estado de São Paulo, deve-se salientar que essa perspectiva de análise não se limita ao território paulista. Entende-se no presente estudo que a caracterização das Regiões de Saúde brasileiras, levando em consideração a sua inserção na divisão inter-regional do trabalho por meio da rede urbana, é válida para todo o território nacional, desde que se promova os devidos ajustes às diferenças dos arranjos urbanos que resultam dos diversos elementos de estruturação do espaço. Nesse sentido, vale lembrar que o estudo *Região de Influência da Cidade* (REGIC), elaborado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), permite identificar centros urbanos de diferentes níveis de centralidade em todo o país, contribuindo para que a dimensão territorial do desenvolvimento seja incorporada ao processo de planejamento, público e privado.

Na presente tese, o resultado da caracterização proposta foi a classificação das 63 RS paulistas em quatro categorias de condições de urbanização da Região de Saúde (Baixa urbanização, Média urbanização, Alta urbanização e Metropolitana), sendo que dentro de cada uma foi possível identificar os municípios segundo sua inserção na rede urbana (centro metropolitano, município metropolitano, centro de aglomeração urbana, município de aglomeração urbana, centro regional isolado, pequeno centro regional e centro local). A partir dessas caracterizações analisamos a transferência do FNS para os FMS paulistas no âmbito do

bloco MAC em dois períodos, o anterior à implementação das redes temáticas (2009-2011) e o posterior (2012-2014).

Para a compreensão das mudanças operadas pelas estratégias das redes temáticas no interior do bloco MAC, foram desagregados os seus componentes, o Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) e o Limite Financeiro do MAC, sendo que deste último, destacamos o Teto do Limite Financeiro, deixando agregadas as demais ações, serviços e estratégias, resultando no subsegmento que chamamos de “Demais do Limite Financeiro”. O “Demais do Limite Financeiro” inclui diferentes ações, serviços e estratégias ao longo do período analisado, entre elas o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as estratégias vinculadas às redes temáticas, a partir de 2012.

Antes da análise territorial *per se*, uma primeira constatação a respeito das transformações que o financiamento das redes temáticas suscitou nas transferências do FNS para os FMS paulistas foi a ampliação das transferências na forma de incentivos (recursos “carimbados”) no âmbito do Bloco MAC. Foi possível verificar que o Teto do Limite Financeiro, mais coerente com a lógica de repasse global, perde importância, tanto relativa como absoluta, em decorrência dos recursos direcionados às estratégias vinculadas às redes temáticas a partir de 2012. Foi possível constatar também que a maior parte desses recursos foi direcionada para a Rede de Atenção à Urgência (RAU). Ainda que ao longo do tempo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Rede Cegonha e a Rede Viver Sem Limites também ampliem suas participações no total dos recursos transferidos, juntas não atingem o recurso direcionado à RAU.

O montante de recursos direcionados à RAU ganha relevância quando se observa que um dos principais componentes dessa linha de cuidado é o SAMU. Haja vista que esse já era objeto de incentivos no Bloco MAC no período anterior à implementação das redes temáticas, e se mantém no período posterior, depreende-se daí que, em relação à parte considerável dos incentivos voltados às redes temáticas no estado de São Paulo, observa-se a ratificação de uma estratégia de atenção que já operava no período anterior. Esse fato sugere que, ao invés do financiamento das redes temáticas trazerem elementos de transformação nas formas de organização assistencial até então vigente, ele serviu muito mais para a consolidação do modelo.

Ao se comparar a distribuição territorial dos recursos transferidos pelo FNS para os FMS paulistas no âmbito do Bloco MAC e do Bloco da AB, em todo o período analisado

(2009-2014), foi possível observar que a concentração regional dos recursos transferidos é maior quando se consideram os direcionados ao financiamento da MAC. Não apenas as RS de maior urbanização concentram mais recursos relativamente, como também os municípios que apresentam maior centralidade territorial. Cabe ressaltar que o aumento da participação dos municípios de maior centralidade ocorre inclusive nas RS de Média e Baixa urbanização. Essa constatação corrobora a ideia de que os recursos voltados ao financiamento de ações e serviços de média e alta complexidade se caracterizam por uma relativa concentração no sentido de atender a exigências de escalas de funcionamento.

Devido ao peso relativo da capital do estado, para a análise das mudanças na distribuição territorial do FNS para os FMS paulistas no âmbito do bloco MAC, optamos por retirar as informações do município de São Paulo. A análise das transferências federais realizadas evidenciou a ampliação da participação das RS metropolitanas como resultado do financiamento das redes temáticas. Ou seja, a partir de 2012, quando ocorre o início das transferências dos incentivos às redes temáticas, observa-se a ampliação dos recursos transferidos no Bloco MAC sobretudo para aquelas regiões que tradicionalmente são objeto de investimento no território paulista, as metropolitanas. Essa ampliação ocorre quando se considera todos os subsegmentos do Bloco MAC (FAEC, Teto do Limite Financeiro e “Demais do limite financeiro”), ainda que no caso do Teto do Limite Financeiro tenha sido constatada uma relativa estabilidade nas participações das diferentes categorias de RS por condição de urbanização. Esse fato indica que, caso os recursos fossem repassados apenas pelos critérios desse subsegmento, que possibilita maior autonomia na decisão de gastos do gestor municipal, as transferências estariam menos concentradas territorialmente.

Extraímos da análise também a perda de participação dos centros urbanos de centralidade intermediária nas transferências federais, sobretudo em função do financiamento das redes temáticas, contrariando a ideia de que o financiamento público de estruturas de produção que pressuponha escalas econômicas, como aquelas que envolvem as Redes de Atenção à Saúde (RAS), devem buscar a mitigação dos desequilíbrios regionais induzindo investimentos em centros urbanos de polarização intermediária.

O claro aumento da participação das RS Metropolitanas e a perda de participação dos centros urbanos de centralidade intermediária nas transferências federais para as redes temáticas sugere a inexistência de uma estratégia de distribuição de recursos que de fato considere a dinâmica dos processos de acumulação desigual no território e busque mitigá-los,

em outros termos, a inexistência de um efetivo planejamento regional que oriente a política de financiamento das RAS.

Assim podemos concluir que, se a forma de financiamento do Bloco MAC até a implementação das redes temáticas, conforme visto, não favorecia transformações na estrutura de alocação de recursos haja vista a condicionalidade das transferências baseadas em séries históricas, tampouco a nova lógica das RAS oferece norteamento concreto para tal transformação. Ao contrário, constatou-se que as transferências para os FMS paulistas tornaram-se ainda mais concentradas nas regiões que tradicionalmente atraem os investimentos no território do estado de São Paulo, as metropolitanas. É digno de nota que a concentração dos recursos do financiamento das ações e estratégias vinculadas às redes temáticas nas regiões metropolitanas acompanha a tendência de concentração populacional e produtiva no território paulista. Conforme foi observado na análise da distribuição da população e do PIB nos anos de 2002 e 2012, o estado de São Paulo vem mantendo sua concentração populacional e produtiva nos grandes centros urbanos, sobretudo os metropolitanos.

Assim, o processo recente de regionalização do SUS no estado de São Paulo, dinamizado pelo financiamento das ações e estratégias vinculadas às redes temáticas, parece não apenas ter aprofundado o modelo de atenção que vigorava no período anterior a implantação das RAS, quando direciona grande parte dos recursos para a RAU, mas também parece corroborar com o aprofundamento das características de distribuição espacial desigual no território paulista.

Vale ressaltar que essa constatação foi possibilitada pela incorporação da divisão inter-regional do trabalho, por meio dos estudos da rede urbana paulista, conforme apontada na nossa hipótese geral, como dimensão de análise do processo de regionalização do SUS. A incorporação da rede urbana como método de caracterização das Regiões de Saúde e dos municípios que a conformam a partir da sua inserção na divisão inter-regional do trabalho, permite evidenciar, mais do que a concentração espacial da população e da atividade econômica, as relações de poder que emanam das redes de cidades e, sobretudo, em alguma medida, os comandos hegemônicos externos aos lugares. Ao se considerar que as regiões metropolitanas, sobretudo em país de distribuição tão desigual como o Brasil, são os lugares privilegiados da concentração do ambiente construído e, nessa perspectiva, lugares objeto de investimento (ou desinvestimentos) coordenado pelo capital (HARVEY, 2013), evidencia-se que a atuação do Estado na condução da política de saúde pública, sobretudo no seu processo

de regionalização, não vem se contrapondo ao movimento mais geral da dinâmica capitalista, contrariando nossa hipótese específica.

Mais uma vez devemos ressaltar que a incorporação da divisão inter-regional do trabalho por meio dos estudos da rede urbana, que permitiu a referida constatação, também é passível de ser aplicado em regiões cujos arranjos urbanos apresentem outras morfologias e níveis de centralidade. Ao se considerar o âmbito territorial das informações disponibilizadas pelo REGIC, tal análise pode ser realizada inclusive no âmbito nacional, o que permitiria um estudo comparativo entre as diferentes regiões brasileiras.

Depreende-se ainda como resultado do estudo em tela que a grande fragmentação na forma de transferência de recursos, estipuladas pelas portarias que regulamentam o financiamento das redes temáticas, predefinindo um grande número de componentes, sendo alguns privilegiados pela captação de volumosos recursos financeiros, parece favorecer também o planejamento fragmentado, mais adequado à disputa entre as diferentes frações do capital do que a ação transformadora da política social. Em outros termos, podemos afirmar que as portarias que regulamentam o financiamento das redes temáticas parecem servir muito mais como “cardápio” de recursos públicos disponíveis às diferentes forças econômicas e sociais que atuam em determinado território, facilitando a forma seletiva de organização espacial capitalista, do que como norteadora na construção de um modelo de atenção baseado na saúde como *bem-estar social*. As diferentes possibilidades de recursos, junto com a enorme variedade de exigências de requisitos para a adesão dos entes municipais aos programas, não apenas não contribuem para a elaboração de políticas que busquem identificar e atuar nos fatores sociais das questões de saúde a partir do reconhecimento das necessidades locais, mas, sobretudo, não se conformam em um instrumento para a efetiva ação de planejamento integrador do Estado.

É importante lembrar ainda que, o financiamento fragmentado das redes temáticas, contraria a determinação da LC 141/2012 que, com o intuito de promover uma assistência à saúde baseada em necessidades de saúde e mitigar os desequilíbrios regionais, orienta o uso de critérios mais gerais de distribuição de recursos. Pode-se afirmar que, ao contrário da orientação da LC 141/2012, a indução por meio do financiamento federal das redes temáticas e suas tecnologias inerentes, representa um fator de inserção dos municípios e das RS nas dimensões territoriais do desenvolvimento capitalista, que tendem a privilegiar lugares selecionados pelo capital e acentuar os desequilíbrios regionais. Conforme buscamos ressaltar, os arranjos produtivos de atenção à saúde, como qualquer outra forma de

organização produtiva, são fortemente determinados pela acumulação flexível e por seus impactos territoriais de homogeneização, de integração, de polarização e de hegemonia. Nessa perspectiva, deve-se considerar que a distribuição das ações e serviços que conformam as RAS tende a apresentar um forte condicionante exógeno, não apenas aos territórios mas, sobretudo, ao próprio setor da saúde.

Não se trata de afirmar que a implantação de equipamentos voltados à atenção à saúde, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), as Unidades de Cuidado Intermediário (UCI), as Unidades Coronariana (UCO), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), as Salas de Estabilização (SE), o SAMU, entre outros, que fazem parte dos compromissos prioritários do governo, refletidos nas redes temáticas, não sejam necessários. Trata-se apenas de ressaltar a importância da ação pública, conforme apontado por esta tese, em estabelecer os nexos entre os elementos endógenos e exógenos ao território, para a promoção de um desenvolvimento que busque a mitigação dos desequilíbrios regionais. No SUS, a priorização no uso dos recursos públicos deve partir do reconhecimento dos fatores sociais que envolvem as questões de saúde, ou seja, deve partir do conceito de saúde como bem-estar social. É esse conceito de saúde que deve orientar a organização da assistência à saúde no território que, de outra forma, servirá mais ao processo de valorização do capital que atua no setor de saúde, a medida que contribui com a disseminação pelo território de tecnologias voltadas à atenção à saúde específicas, e menos à melhoria das condições de vida da população.

Se a presente tese teve como foco a verificação das transformações na distribuição territorial das transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS) no âmbito do Bloco MAC, evidenciando que a atuação do Estado na condução do processo de regionalização do SUS não vem se contrapondo ao movimento mais geral da dinâmica capitalista, torna-se necessário agora apontar a urgência em se aprofundar a compreensão da inserção da política de saúde pública nacional no contexto mais geral do desenvolvimento brasileiro. Tal urgência é reforçada quando se reconhece, conforme apontado na seção 3.2, que o padrão de distribuição dos recursos direcionados às ações e serviços de saúde “remotam ao Inamps”, sugerindo que o atual padrão de localização da assistência à saúde no território não se alterou relevantemente em comparação ao padrão que antecede o SUS, herança do modelo assistencialista-privatista concatenado com o desenvolvimento desigual dos espaços regionais no processo de urbanização brasileiro. Considerar os processos de homogeneização, integração, polarização e hegemonia, como elementos perpetuadores de determinadas lógicas territoriais, possibilita jogar luz sobre os

desequilíbrios regionais de forma geral e, em particular, aquele que se relaciona ao setor saúde. É apenas a partir desse desvelamento que será possível compreender o papel do SUS na mitigação, ou não, das desigualdades regionais no território nacional.

Considerar esses processos, conforme apontado no capítulo 1, exige esforços articulados e multidisciplinares que busquem esclarecer as transformações que o atual momento do capitalismo sobre a dominância do capital portador de juros vem exercendo nas práticas de saúde, na organização produtiva do setor saúde e na construção da política. Esses esforços devem servir à identificação dos efeitos homogeneizadores da incorporação de novas tecnologias, da formação da mão de obra que atende ao setor, dos hábitos de consumo de saúde da população e, sobretudo, da ação estatal de regulamentação e normatização do setor saúde, principalmente no que se refere à política de saúde pública nacional. Devem servir também ao desvelamento dos efeitos integradores dos espaços às lógicas produtivas mais gerais, em decorrência da concorrência intercapitalista dentro do setor saúde, sobretudo a partir da abertura recente do setor ao capital estrangeiro e das novas formas de gerenciamento das funções públicas do Estado. Tais esforços, somados a ampliação da incorporação dos estudos da rede urbana como meio de compreender a divisão inter-regional do trabalho, que, por sua vez, permite elucidar em alguma medida o processo de polarização, possibilitará o entendimento da existência e intensidade da assimetria de poder relacionada ao setor de saúde nacional, que permite a verificação do processo “terminal” da economia política da espacialidade da riqueza capitalista no setor saúde, o de hegemonia.

Diante disso, devemos salientar que, em um país de dimensão continental como o Brasil, as enormes diferenças geográficas, culturais, produtivas, que atuam de diferentes formas nas condições de vida da população, tornam as decisões sobre as prioridades na formulação de políticas de saúde pública de extrema complexidade. Se o SUS e seus princípios doutrinários de universalidade, equidade, integralidade e participação social são fundamentais como política de garantia de direitos sociais e integração cidadã do território nacional, o preceito da descentralização, construído no bojo do movimento da reforma sanitária brasileira, é diretriz fundamental para o aprofundamento do processo de regionalização da política de saúde pública nacional. É a partir da identificação das condições concretas de vida da população que a ação pública poderá definir as práticas de saúde adequadas ao bem-estar social e, em decorrência, estabelecer as medidas da assistência à saúde em territórios específicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, M. V. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. [Tese de Doutorado] São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2013.
- ALBUQUERQUE, M. V., MELLO, G. A., IOZZI, F. L. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: VIANA, A.L.D e LIMA, L.D (Org.). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p.117-172.
- ALMEIDA FILHO, N. de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, Dec. 2010.
- ANDRADE, M. V. Políticas estaduais na área de saúde. In: _____. *Minas Gerais do século XXI: investindo em políticas sociais*. Belo Horizonte: BDMG, 2002. (Volume VIII).
- ANFIP. Análise da Seguridade Social 2013 / Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil e Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social – Brasília: ANFIP, 2014. 158 p. Acesso em 29 jun. 2015 <http://www.anfip.org.br/publicacoes/20140903125923_Analise-da-Seguridade-Social-2013_03-09-2014_Analise-da-SS-2013-ntegra.pdf>
- AROUCA, S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventivista. São Paulo: Ed. UNESP, Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ. 271p.
- ARRETCHE, M. T. da S. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. 3. edição. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2011.
- BALBIM, R.; CONTEL, F. B. Região e regionalização: subsídios teóricos para o ordenamento territorial e o desenvolvimento brasileiro. In: BOUERI, Rogério e COSTA, Marco Aurélio (Org.). Brasil em desenvolvimento 2013: Estado, Planejamento e Políticas Públicas. 1 ed. Brasília: IPEA, 2013, v. I, p. 25-48.
- BARROS, E. Financiamento do sistema de saúde no Brasil: marco legal e comportamento dos gastos. Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 4. Organização Panamericana de Saúde. p.17-70. Brasília, 2003

- BASTOS, P. P. “A economia política do novo-desenvolvimentismo e do social desenvolvimentismo” *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 21, Número Especial, p. 779-810, dez. 2012
- BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In. Fonseca, Angélica Ferreira; Corbo, Ana Maria D'Andrea. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro, EPSJV; FIOCRUZ, 2007. p.51-86.
- BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G de. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- BRANDÃO, C. A., *Território e desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2007. 238p.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.
- BRASIL. Lei no 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Congresso Nacional, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Sistema Único de Saúde*. Brasília, 1993a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_02.pdf>
- BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012: Regulamenta o parágrafo 3º da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e outras providências. Brasília, 2012j. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001: regulamentação da Lei nº 8.080/90 /Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 16 p. – (Série E. Legislação de Saúde)

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 128 p
- CAMPOS, A. C. de. Normativismo e incentivos: contributo da economia para a administração da Saúde. In: PIOLA, S. & VIANNA, S. (org.). Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: Ipea, 1995, p. 69-98.
- CAMPOS, G. W. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In. Tratado de Saúde Coletiva. Org. Campos, G.W.de S. et al. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 41-80.
- CANO, W. “A desindustrialização no Brasil”. Economia e Sociedade, Campinas, v. 21, Número Especial, p. 831-851, dez. 2012.
- CANO, W. “Uma agenda nacional para o desenvolvimento”. Revista Tempo do Mundo/Instituto de Pesquisa Aplicada, Volume 2, Número 2. Agosto. 2010. Acesso: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/rtm/110321_rtm_vol02.pdf
- CARNEIRO, R. M. “Velhos e novos desenvolvimentismos”. Economia e Sociedade, Campinas, v. 21, Número Especial, p. 749-778, dez. 2012
- CARVALHEIRO, J. da R.; MARQUES, M. C. C.; MOTA, A. A construção da saúde pública no Brasil no século XX e início do século XXI. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G.; RIBEIRO, H. *Saúde pública: bases conceituais*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2013.
- CARVALHO, G. Os erros de mais uma norma operacional da Saúde: A NOAS 2001. 2001. Momento APSP – nº 2. out/2001.
- CARVALHO, G.; MEDEIROS, J. Rede assistenciais no SUS – financiamento e alocações. In. SILVA, S.F. (org.). Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS. 2ª ed. Campinas, SP: Editora Saberes, 2013 p. 118-158
- CASTELLO BRANCO, M. L. G. Espaços urbanos – uma proposta para o Brasil. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós Graduação em Geografia, Rio de Janeiro, 2003.

- CEBES O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais! Rev. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 200-203, Junho, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a01.pdf>.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001, p. 113-126.
- CHUEIRI, P. S.; HARZHEIM, E.; GAUCHE, H.; VASCONCELOS, L. L. C. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. Revista Divulgação em Saúde para Debate. CEBES: Rio de Janeiro, n. 52, p. 114-124, out. 2014.
- CONH, A. O Sistema unificado e descentralizado de saúde: Descentralização ou desconcentração? São Paulo em Perspectiva, out./dez. 1987, vol.1, nº 3, p. 55-59.
- CONTEL, F. B.; BALBIM, R.. Região e regionalização: subsídios teóricos para o ordenamento territorial e o desenvolvimento brasileiro. In: BOUERI, Rogério e Marco Aurélio Costa. (Org.). Brasil em desenvolvimento 2013 : Estado, Planejamento e Políticas Públicas. 1 ed. Brasília: IPEA, 2013, v. I, p. 25-47
- CORRÊA, R. L. Estudos sobre a rede urbana. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. 336 p.
- DEL NERO, C. R. O que é Economia da Saúde. In: PIOLA, S. & VIANNA, S. (org.). Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: Ipea, 1995, p. 5-22.
- DELGADO, G. C.; JACCOUD, L.; NOGUEIRA, R. P. Seguridade Social: redefinindo o alcance da cidadania. Políticas sociais: acompanhamento e análise — vinte anos da Constituição Federal. Brasília, Ipea, v. 1, n. 17, p. 17-37, 2009. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_17/volume01/05_capt02.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2015
- DONADONE, J. C. A saúde pública intermediada por organizações sociais: arranjos e configurações nas últimas duas décadas no Brasil. Revista de Estudios Latinoamericanos 12/2014; 2014(59).
- DONNANGELO, M. C. Medicina e Sociedade. São Paulo: Editora Pioneira, 1975

- DONNANGELO, M. C., PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
- DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.
- DRAIBE, S. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo soc.* [online]. 2003, vol.15, n.2, pp. 63-101. ISSN 0103-2070. Acessado <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-20702003000200004>.
- DUARTE, L. S. Caracterização da Inovação Tecnológica no Setor de Software de Gestão Integrada: Estudo de casos nas Empresas de Base Tecnológica do Estado de São Paulo. Dissertação de mestrado. Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2003
- DUARTE, L. S.; BALBIM, R.; CONTEL, F. B. . Regionalização da saúde e ordenamento territorial: análises exploratórias de convergências. In: BOUERI, Rogério e Marco Aurélio Costa. (Org.). *Brasil em desenvolvimento 2013 : Estado, Planejamento e Políticas Públicas*. 1 ed. Brasília: IPEA, 2013, v. I, p. 147-172.
- DUARTE, L. S.; NAVARRO, A. M. As transformações da rede urbana no estado de São Paulo: uma contribuição à luz dos resultados do REGIC 2007. *Boletim regional, urbano e ambiental*, Brasília, Ipea, n.3, p. 77-85, dez. 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/WyY0ah>>.
- DUARTE, L. S., PESSOTO, U. C., GUIMARÃES, R. B., HEIMANN, L. S., CARVALHEIRO, J. da R., CORTIZO, C. T.; RIBEIRO, E. A. W. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde e Sociedade*, v.24, n.2, p. 472-485, jun. 2015.
- EMPLASA. Rede urbana e regionalização do Estado de São Paulo. São Paulo: EMLASA, 2011.
- ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 323-364.
- ESCOREL, S; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 279-322.

- FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 4ª. ed. 1984
- FUNCIA, F. R. Nota de esclarecimento a respeito do cálculo das perdas decorrentes do início da vigência da nova regra da Emenda Constitucional nº 86/2015 para calcular a aplicação mínima da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde. Domingueira, Campinas, 12 de abr. 2015. n. 4. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20004%202015%20-%2012%2004%202015.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.
- FUNCIA, F. R. Quanto o Ministério da Saúde precisará ter no orçamento de 2016 para manter o padrão de gastos de 2014 em ações e serviços públicos de saúde (APSP)? Domingueira, Campinas, 4 de out. 2015a. n. 21. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20021%202015%20-%2004%2010%202015.pdf>> Acesso em: 27 dez. 2015.
- GADELHA C. A. G., MACHADO C.V., LIMA, L.D., Baptista TWF. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:3003-16.
- GARCIA, J. C. As ciências sociais em medicina. In: NUNES, Everardo Duarte (Org.). Juan Cesár García, pensamento social em saúde na América Latina São Paulo: Cortez, 1989. p. 51-67.
- GARCIA, J. C. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, Everardo Duarte (Org.). Juan Cesár García, pensamento social em saúde na América Latina São Paulo: Cortez, 1989a. p. 68-99.
- GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, 2005.
- HARVEY, D. Condição Pós-Moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Edições Loyola, 21ª ed. 2011. 348p.
- HARVEY, D. Os limites do Capital. São Paulo: Boitempo, 2013. 591p.
- HARVEY, D. O direito à cidade. *Revista Piauí*, Edição 82, Julho de 2013a. Acessado em <http://revistapiaui.estadao.com.br/edicao-82/tribuna-livre-da-luta-de-classes/o-direito-a-cidade>

- HEIMANN, et al. Gestão Regional do SUS – São Paulo: rumo ao Pacto de Gestão. São Paulo: Instituto de Saúde, 2007. 114p. (Temas em Saúde Coletiva, 5).
- HEIMANN, et al. O município e a saúde. São Paulo, Editora Hucitec, 1992. (Saúde em Debate 53).
- IBGE. Regiões de influência das cidades – Regic/2007. Rio de Janeiro, 2008.
- ILLICH, I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1975. 164p.
- IPEA. Gastos com a Política Social: alavanca para o crescimento com distribuição de renda. Brasília: Ipea, *Comunicados do Ipea*, nº 75, 2011.
- IPEA/UNICAMP/IE/NESUR/IBGE. Caracterização e tendências da rede urbana do Brasil. Campinas: Unicamp/IE, 1999. (Coleção Pesquisas, 3).
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.
- LEFEBVRE, H. O direito à Cidade. São Paulo: Centauro, 2001. 144p.
- LENCIONI, S. Região e geografia. 1. ed. 2ª reimpressão São Paulo: Edusp, 2009. 214p.
- LEVI, M.L; SCATENA, J.H.G. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: VIANA, A.L.D e LIMA, L.D (Org.). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p.81-113.
- LOUVISON, M. C. P. A voz dos gestores. in: Regionalização é o caminho: reflexões, diálogos e narrativas sobre as regiões de saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: Pyxis Editorial. 2015. Série Cadernos Cosems/ SP v.4, p. 36-41
- LUZ, T. M. A saúde e as instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para um debate*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. p. 157-174.
- LUZ, T. M. As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. 295p.
- LUZ, T. M. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 293-312, 2000.

- MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. CEBES: Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out. 2014.
- MALTA D. C., MERHY E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface Comunic Saúde Educ*. v.14, n.34, p.593-606, jul./set. 2010.
- MARQUES, R. M.; NAKATANI, P. A finança capitalista: a contribuição de François Chesnais para a compreensão do capitalismo contemporâneo. *Revista Economia Ensaios*, Uberlândia, v. 24, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/revistaeconomiaensaios/article/view/3650>>. Acesso em: 04 fev. 2015.
- MARQUES, R. M.; MENDES, A. N.; O financiamento do Sistema Único de Saúde e as diretrizes do Banco Mundial. In: PEREIRA, J. M. M. (Org.). *A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014. p. 275-293
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001, p. 39-64.
- MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), set-out, 2004, p. 1411-1416. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=pt>
- MATTEO, M. Fragmentação produtiva: o caso de São Paulo. In: *Estrutura produtiva avançada e regionalmente integrada: diagnóstico e políticas de redução das desigualdades regionais* / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – Brasília : Ipea, 2010. v.2, p. 81-98.
- MAZZUCHELLI, F. *A contradição em processo: o capitalismo e suas crises*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- MELLO, J. M. C. de. *O Capitalismo Tardio*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1982. 182p.
- MENDES, A. N. Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do Sistema municipal no Estado de São Paulo

- (1995-2001). [Tese de Doutorado] Campinas/SP: Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas; 2005.
- MENDES, A. N. *Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeiro*. São Paulo: Hucitec, 2012.
- MENDES, A. N; MARQUES, R. M. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão na saúde pública no Brasil. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.) *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz. São Paulo: Hucitec, 2006. 880p.
- MENDES, A.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro , v. 39, n. 105, p. 491-505, Junho 2015.
- MENDES, E. V. Comentários sobre as redes de atenção à saúde no SUS. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. CEBES: Rio de Janeiro, n. 52, p. 38-49, out. 2014.
- MENDES, et al.; O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saude soc.*, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 423-437, Junho 2015.
- MORAIS, I. et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos?. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 48, n. spe2, p. 107-115, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00107.pdf>
- NORONHA, J. C. Redes integradas de cuidados e a pesquisa necessária. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. CEBES: Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out. 2014
- NORONHA, J. C.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde: SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 365-394.
- NUNES, E. D. *As contribuições de Juan César García às Ciências Sociais*. In: NUNES, E. D. (Org.). *Juan Cesár García, pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989. p. 11-37.

- NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In. Tratado de Saúde Coletiva. Org. Campos, G.W.de S. et al. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. P.19-40
- OCKÉ-REIS, C. O; FUNCIA, F. R. Insuficiência orçamentária para ações e serviços de saúde (ASPS) agrava o quadro de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no período 2014-2016. Domingueira, Campinas, 8 de nov. 2015. n.25. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%202025%202015%20-%202008%2011%202015.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2015.
- OLIVEIRA, V. E. de. O municipalismo brasileiro e a provisão local de políticas sociais: o caso dos serviços de saúde nos municípios paulistas. 2007. Tese (doutorado em)- Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.
- OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de Organização e Gestão da Atenção à Saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. v.3. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2013. p. 141-182. Disponível em: <http://saudeamanha.fiocruz.br/sites/saudeamanha.fiocruz.br/files/publicacoes/ASaudeNoBrasilEm2030_V3_Modelos_de_Organizacao_e_Gestao_da_Atencao_a_Saude.pdf>.
- PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet* 2011; publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.
- PAIM, J. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 459-364.
- PESCUMA JUNIOR, A.; MENDES, A. N. O Financiamento do Fundo Nacional de Saúde: Uma análise dos recursos financeiros da Média e Alta Complexidade do SUS. Publicado Anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Abrasco: Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/185.pdf>>. Acessado em 17 de setembro de 2015

- PESSOTO, U. C. A Regionalização do Sistema Único de Saúde – SUS no fim dos anos 1990: um discurso conservador. 2010. Tese (doutorado em Geografia)- Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2010.
- PESSOTO, U. C. As políticas de saúde para América Latina e Caribe da Organização Pan-Americana da Saúde e do Banco Mundial: uma análise dos documentos e seus discursos. 2001. Dissertação (Mestrado em Integração da América Latina). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- PIOLA, S.F.; SERVO, L.M.S.; SÁ, E. B. de; PAIVA, A. B. de. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. In A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. 323 p.
- POCHMANN, M. Desigualdades econômicas no Brasil. São Paulo-SP: Ideias & Letras, 2015. 168p.
- PYKETTY, T. O capital no século XXI. Rio de Janeiro: Ed. Intrínseca, 2014. 672p.
- RIZZOTTO, M. L. F. Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS. São Paulo: Hucitec, 2012 (Coleção Saúde em Debate, n.217) 244p.
- SANDRONI, P. Novíssimo Dicionário de Economia. São Paulo: Ed. Best Seller, 2001, 649p.
- SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. Rev Saúde Pública 2014;48(4):622-631
- SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M.. O *mix* público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 13(5):1431-1440, 2008
- SANTOS, L. Sistema Únicos de Saúde: os desafios da gestão interfederativa. Campinas: Saberes, 2012.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. 2. Ed. Campinas: Saberes Editora, 2009.

- SANTOS, L.; ANDRADE; L. O. M. de Rede Interfederativa de Saúde. In. SILVA, S.F. (org.). Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS. 2ª ed. Campinas, SP: Editora Saberes, 2013, p. 35-74.
- SANTOS, M. A natureza do espaço: técnica e tempo: razão e emoção. 4ª ed 7ª reimpr. São Paulo: Edusp, 2012a.
- SANTOS, M. Por uma economia política da cidade: o caso de São Paulo. 2ª ed. 1ª reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2012b.
- SANTOS, M. A urbanização brasileira. 5ª ed., 3ª reimpr. São Paulo: Edusp, 2013.
- SANTOS, N.R. Política pública de saúde: qual o rumo? In Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Organizadores) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 324p.
- SANTOS, S. M. M. dos et al. São Paulo: Dinâmica Urbano-Regional do Estado. In Pereira, R. H. M.; Furtado, B. A. (Org.). Dinâmica Urbano-Regional: rede urbana e suas interfaces. Brasília: Ipea, 2011. 490p.
- SCHEFFER, M. et al., Demografia Médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015. 284 p.
- SILVA, M. V. C. P.; MENDES, E. V. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004. 80p.
- SINGER, P; CAMPOS, O; OLIVEIRA, E. M. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- SINGER, A. Cutucando Onças com Varas Curtas: o ensaio desenvolvimentista no primeiro mandato de Dilma Rousseff (2011-2014). Revista Novos Estudos CEBRAP, n.102, nov. 2015. p. 43-71. Acesso <http://novosestudos.uol.com.br/v1/files/uploads/contents/content_1604/file_1604.pdf>
- SISCU, J; PAULA, L. F. de; MICHEL, R. “Por que novo-desenvolvimentismo?”. Revista de Economia Política, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 507-524, Dec. 2007.

- SOUZA, R. R., A Regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):451-455, 2001
- TAVARES, M. C. Império, território e dinheiro. In: FIORI, J. L. (Org.). *Estado e moedas no desenvolvimento das nações*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.
- TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):153-162, 2002
- TRIANA, A. Z.. Sistemas locais de saúde: uma via para o sistema único de saúde? O caso de São Paulo 1989-1992. Dissertação (Mestrado na Faculdade de Ciências Médicas) Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, 1994.
- VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- VIANA, A. L. et al Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.
- VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. *Ciênc. Saúde coletiva*, v. 12 supl. P. 1765-1777, Nov. 2007.
- VIANA, A. L. D., SILVA, H. P. D., ELIAS, P. E. M. Economia política da saúde: introduzindo o debate. *Divulgação em Saúde para Debate* 2007, v. 37, p. 7-20.
- VIANA, A. L. A. Sistema e descentralização: a política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.
- VIANA, A. L. D; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das comissões intergestores Bipartites. In: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (Org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p.11-24.
- VIANA, L. B. F.; BRITO, R. L.; SANTOS, F. P. Financiamento e governança em saúde: um ensaio a partir do cotidiano. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. CEBES: Rio de Janeiro, n. 52, p. 177-189, out. 2014.

- WAGNER, G. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento*: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-442.
- WESTPHAL, M. F. et al Descentralização e regionalização no SUS: o caso dos Colegiados de Gestão Regional da Região Metropolitana de São Paulo. RELATÓRIO FINAL. Apoio FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Edital Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS 2009" (Chamada FAPESP 11/2009) Processo FAPESP nº 2009/53101-3. 2012

Corpus

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 545, de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica no 1/1993. Brasília, 1993b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM no 2.203, de 5 de novembro 1996. Norma Operacional Básica no 1/1996. Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 699, de 30 de março de 2006. Conforma um conjunto de mudanças articuladas em três dimensões: em defesa do SUS, pela vida e de gestão. Diário Oficial da União, Brasília, 31 mar. 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 48 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde; v. 3)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma de blocos de financiamento e seu respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União, Brasília, 30 jan. 2007b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 837, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 24 abr. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde. Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Brasília, DF, 2011b. Disponível em:<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011: Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Brasília, DF, 2011c. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011: Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2011d. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011: Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2011e. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011: Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2011f. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011: Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011g. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011: Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília, DF, 2011h. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011: Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Brasília, DF, 2011i. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012: Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012: Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012: Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Brasília, DF, 2012c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012: Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF, 2012d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012: Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2012e. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0121_25_01_2012_rep.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012: Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2012f. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012: Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, DF, 2012g. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012: Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2012h. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012: Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2012i. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013: Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 342, de 4 de março de 2013: Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre

incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.

Brasília, DF, 2013b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013: Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013c.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.505, de 24 de julho de 2013: Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD).

Brasília, DF, 2013d. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1505_24_07_2013.html

Apêndice 1

Quadro 1: Ações e estratégias no componente Limite Financeiro MAC no período 2009-2014

Ações e estratégias	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ações Judiciais De Medicamentos (Mac)	X					
Ações Contingenciais Para O Enfrentamento Da Epidemia De Dengue			X	X	X	
Ações De Saúde Relacionadas Ao Enfrentamento Da Gripe (H1N1)		X	X		X	
Aquisição De Produtos Médicos De Uso Único			X	X	X	X
Atenção À Saúde Da População Para Procedimentos De Mac		X	X			
Centros De Especialidades Odontológicas	X	X	X			
Ceo - Centro De Especialidades Odontológicas - Municipal					X	X
Ceo - Centro De Especialidades Odontológicas Estadual			X	X	X	X
Despesas Salariais Dos Servidores Dos Hospitais Do Rio De Janeiro	X	X	X	X	X	
Financiamento Aos Centros De Referência Em Saúde Do Trabalhador	X	X	X	X	X	X
Implantação De Leitos Do Saude Mental					X	
Pagamentos Administrativos (Aih)			X	X	X	X
Pagamentos Administrativos De Média E Alta Complexidade			X			
Plano Nacional De Implantação De Bancos De Multitecidos				X	X	
Programa De Reestruturação Dos Hospitais Universitários (Rehuf)			X	X	X	X
Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Pi)				X		X
Repasse Ao Plano Contingencial P/ Enfrentamento Da Epidemia Da Dengue			X			
Repasse Para Enfrentamento De Enchentes Aos Municípios Do Rj			X			
Rede De Urgência - Samu				X		
Rede Viver Sem Limites - Rdef - Ceo Estadual				X	X	X
Rede Viver Sem Limites - Redef - Ceo Municipal					X	X
Serviços De Atendimento Móvel As Urgências - Samu 192 (Mac)					X	X
Serviços De Atendimento Móvel As Urgências - Samu 192 (Mac) - Estadual	X	X	X	X		
Serviços De Atendimento Móvel Às Urgências Samu192 (Rau-Samu)-Estadual				X	X	X
Serviços De Atendimento Móvel Às Urgências - Samu 192 (Mac)- Municipal					X	X
Serviços De Atendimento Móvel Às Urgências Samu 192 (Rau-Samu)- Municipal					X	X
Termo De Cooperação Entre Entes Públicos	X	X	X	X	X	X
Teto Estadual Da Média E Alta Complexidade Ambulatorial E Hospitalar	X	X	X	X	X	X
Teto Estadual Limite Controle Do Cancer - Po 00088585						X
Teto Estadual Limite Upa - Po 00098585					X	X
Teto Estadual Rede Brasil Sem Miséria (Bsor-Sm)				X	X	X
Teto Estadual Rede Cegonha				X		
Teto Estadual Rede Cegonha (Rce-Rceg)				X	X	X
Teto Estadual Rede De Urgência				X		
Teto Estadual Rede De Urgência (Rau-Adom)				X	X	
Teto Estadual Rede De Urgência (Rau-Hosp)				X	X	X
Teto Estadual Rede De Urgência (Rau-Sos)				X	X	X
Teto Estadual Rede De Urgência (Rau-Upa)				X	X	
Teto Estadual Rede Prev Diag Trat Cancer Colo De Mama (Rca-Rcan)				X	X	X
Teto Estadual Rede Psicossocial				X		
Teto Estadual Rede Psicossocial (Rsm-Crac)				X	X	X
Teto Estadual Rede Saude Mental (Rsme)				X	X	X
Teto Estadual Rede Viver Sem Limites (Rdef)				X	X	X
Teto Municipal Da Média E Alta Complexidade Ambulatorial E Hospitalar	X	X	X	X	X	X
Teto Municipal Limite Controle Do Cancer - Po 00088585					X	X
Teto Municipal Limite Upa - Po 00098585					X	X
Teto Municipal Rede Brasil Sem Miséria (Bsor-Sm)				X	X	X
Teto Municipal Rede Cegonha				X		
Teto Municipal Rede Cegonha (Rce-Rceg)				X	X	X
Teto Municipal Rede De Urgência				X		
Teto Municipal Rede De Urgência (Rau-Hosp)				X	X	X
Teto Municipal Rede De Urgência (Rau-Sos)				X	X	X
Teto Municipal Rede De Urgência (Rau-Upa)				X	X	X
Teto Municipal Rede Prev Diag Trat Cancer Colo De Mama (Rca-Rcan)				X	X	X
Teto Municipal Rede Psicossocial				X		
Teto Municipal Rede Psicossocial (Rsm-Crac)				X	X	X
Teto Municipal Rede Saude Mental (Rsme)				X	X	X
Teto Municipal Rede Viver Sem Limites (Rdef)				X	X	X

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Elaboração própria

Apêndice 2

Quadro1: Programas selecionados para identificar as estratégias vinculadas às redes temáticas no bloco de financiamento do MAC a partir de 2012

Ações e estratégias
Rede de Urgência - SAMU
Rede Viver Sem Limites - RDEF - CEO Estadual
Rede Viver Sem Limites - Redef - CEO Municipal
Serviços de Atendimento Móvel às Urgências SAMU 192 (RAU-SAMU)- Estadual
Serviços de Atendimento Móvel às Urgênc SAMU 192 (RAU-SAMU)- Municipal
Teto Estadual Limite Controle do Câncer - PO 00088585
Teto Estadual Limite UPA - PO 00098585
Teto Estadual Rede Brasil Sem Miséria (BSOR-SM)
Teto Estadual Rede Cegonha
Teto Estadual Rede Cegonha (RCE-RCEG)
Teto Estadual Rede de Urgência
Teto Estadual Rede de Urgência (RAU-ADOM)
Teto Estadual Rede de Urgência (RAU-HOSP)
Teto Estadual Rede de Urgência (RAU-SOS)
Teto Estadual Rede de Urgência (RAU-UPA)
Teto Estadual Rede Prev Diag Trat Câncer Colo de Mama (RCA-RCAN)
Teto Estadual Rede Psicossocial
Teto Estadual Rede Psicossocial (RSM-CRAC)
Teto Estadual Rede Saúde Mental (RSME)
Teto Estadual Rede Viver Sem Limites (RDEF)
Teto Municipal Limite Controle do Câncer - PO 00088585
Teto Municipal Limite UPA - PO 00098585
Teto Municipal Rede Brasil Sem Miséria (BSOR-SM)
Teto Municipal Rede Cegonha
Teto Municipal Rede Cegonha (RCE-RCEG)
Teto Municipal Rede de Urgência
Teto Municipal Rede de Urgência (RAU-HOSP)
Teto Municipal Rede De Urgência (RAU-SOS)
Teto Municipal Rede De Urgência (RAU-UPA)
Teto Municipal Rede Prev Diag Trat Câncer Colo de Mama (RCA-RCAN)
Teto Municipal Rede Psicossocial
Teto Municipal Rede Psicossocial (RSM-CRAC)
Teto Municipal Rede Saude Mental (RSME)
Teto Municipal Rede Viver Sem Limites (RDEF)

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Elaboração própria

Apêndice 3

Quadro 1: Aglomerações urbanas metropolitanas do estado de São Paulo – 2010

Municípios	Classificação	Municípios	Classificação
Região Metropolitana de São Paulo		Região Metropolitana de Campinas	
São Paulo	Pólo de Região Metropolitana	Campinas	Pólo de Região Metropolitana
Guarulhos		Valinhos	
São Caetano do Sul		Vinhedo	
São Bernardo do Campo		Paulínia	
Santo André		Jaguariúna	
Santana de Parnaíba		Americana	
Barueri		Santa Bárbara d'Oeste	
Osasco		Indaiatuba	
Cotia		Nova Odessa	
Carapicuíba		Pedreira	
Suzano		Sumaré	
Taboão da Serra		Hortolândia	
Ribeirão Pires		Itatiba	
Caieiras		Cosmópolis	
Mairiporã		Monte Mor	
Vargem Grande Paulista		Artur Nogueira	
Diadema		Holambra	
Mogi das Cruzes		Engenheiro Coelho	
Embu		Santo Antônio de Posse	
Itapeerica da Serra		Número de municípios	19
Arujá		Região Metropolitana da Baixada Santista	
Mauá		Santos	Pólo de Região Metropolitana
Itaquaquecetuba		Praia Grande	
Itapevi		Itanhaém	
3Ferroz de Vasconcelos		Cubatão	
Poá		São Vicente	
Jandira		Guarujá	
Francisco Morato		Bertioga	
Franco da Rocha		Mongaguá	
Cajamar		Peruíbe	
Guararema		Número de municípios	9
Embu-Guaçu			
Rio Grande da Serra			
Pirapora do Bom Jesus			
Santa Isabel			
São Lourenço da Serra			
Juquitiba			
Biritiba-Mirim			
Salesópolis			
Número de municípios	39		

Fonte: Rede Urbana e Regionalização do Estado de São Paulo. Emplasa; Fundação Seade.

Quadro 2: Aglomerações urbanas não metropolitanas do estado de São Paulo – 2010

Municípios	Classificação	Municípios	Classificação
AU de Ribeirão Preto		AU de Bauru	
Ribeirão Preto	Centro Regional	Bauru	Centro Regional
Sertãozinho		Lençóis Paulista	
Serrana		Pederneiras	
Dumont		Agudos	
Cravinhos		Piratininga	
Barrinha		Número de municípios	5
Pradópolis		AU de Araçatuba	
Jardinópolis		Araçatuba	Centro Regional
Número de municípios	8	Birigui	
AU de São José do Rio Preto		Guararapes	
São José do Rio Preto	Centro Regional	Número de municípios	3
Mirassol		AU de Jundiaí	
Bady Bassitt		Jundiaí	Centro Regional
Cedral		Campo Limpo Paulista	
Guapiaçu		Várzea Paulista	
Número de municípios	5	Louveira	
AU de Araraquara/São Carlos		Cabreúva	
Araraquara	Centro Regional	Itupeva	
São Carlos	Centro Sub-Regional	Jarinu	
Américo Brasiliense		Número de municípios	7
Ibaté		AU de Mogi Guaçu/Mogi Mirim	
Gavião Peixoto		Mogi Guaçu	Centro Sub-Regional
Matão		Mogi Mirim	Centro Sub-Regional
Santa Lúcia		Itapira	
Número de municípios	7	Estiva Gerbi	
AU de São José dos Campos		Número de municípios	4
São José dos Campos	Centro Regional	AU de Piracicaba	
Taubaté		Limeira	Centro Sub-Regional
Jacareí		Rio Claro	Centro Sub-Regional
Pindamonhangaba		Araras	
Caçapava		Leme	
Tremembé		Iracemápolis	
Guaratinguetá	Centro Sub-Regional	Cordeirópolis	
Aparecida		Piracicaba	Centro Regional
Lorena		Águas de São Pedro	
Cachoeira Paulista		Charqueada	
Canas		Ipeúna	
Cruzeiro		Rio das Pedras	
Igaratá		Saltinho	
Lavrinhas		Santa Gertrudes	
Monteiro Lobato		São Pedro	
Piquete		Número de municípios	14
Potim			
Queluz			
Roseira			
Número de municípios	19		
AU de Sorocaba			
Sorocaba	Centro Regional		
Salto			
São Roque			
Itu			
Votorantim			
Mairinque			
Alumínio			
Salto de Pirapora			
Iperó			
Araçoiaba da Serra			
Boituva			
Porto Feliz			
Número de municípios	12		

Fonte: Rede Urbana e Regionalização do Estado de São Paulo. Emplasa; Fundação Seade.

Quadro 3: Centros Regionais Isolados do estado de São Paulo – 2010

Municípios	Classificação
Barretos	Centro Regional
Franca	Centro Regional
Marília	Centro Regional
Presidente Prudente	Centro Regional
Atibaia	Centro sub-regional
Botucatu	Centro sub-regional
Bragança Paulista	Centro sub-regional
Catanduva	Centro sub-regional
Itapetininga	Centro sub-regional
Jaú	Centro sub-regional
Ourinhos	Centro sub-regional
Número de municípios	11

Fonte: Rede Urbana e Regionalização do Estado de São Paulo. Emplasa; Fundação Seade.

Apêndice 4

Quadro 1: Centros Regionais do estado de São Paulo – 2010

Municípios	Classificação
São Paulo	Polo de Região Metropolitana
Campinas	Polo de Região Metropolitana
Santos	Polo de Região Metropolitana
São José dos Campos	Centro Regional
Guaratinguetá	Centro sub-regional
Ribeirão Preto	Centro Regional
Sorocaba	Centro Regional
Jundiaí	Centro Regional
Piracicaba	Centro Regional
Limeira	Centro sub-regional
Rio Claro	Centro sub-regional
Araraquara	Centro Regional
São Carlos	Centro sub-regional
Mogi Guaçu	Centro sub-regional
Mogi Mirim	Centro sub-regional
Araçatuba	Centro Regional
Bauru	Centro Regional
São José do Rio Preto	Centro Regional
Franca	Centro Regional
Marília	Centro Regional
Presidente Prudente	Centro Regional
Barretos	Centro Regional
Bragança Paulista	Centro sub-regional
Botucatu	Centro sub-regional
Catanduva	Centro sub-regional
Jaú	Centro sub-regional
Atibaia	Centro sub-regional
Itapetininga	Centro sub-regional
Ourinhos	Centro sub-regional

Fonte: Rede Urbana e Regionalização do Estado de São Paulo. Emplasa; Fundação Seade.

Apêndice 5

Quadro 1: Aglomerações urbanas não metropolitanas e Regiões de Saúde do estado de São Paulo

Rede Urbana 2010	Municípios	Regiões de Saúde	Número de Municípios da RS	Rede Urbana 2010	Municípios	Regiões de Saúde	Número de Municípios da RS		
AU de Aracatuba	Araçatuba	Central do DRS II	11	AU de São José dos Campos	Aparecida	Circuito da Fé e Vale Histórico	17		
	Guararapes		Consórcios do DRS II		17			Cachoeira Paulista	
AU de Araraquara	Birigui	Central do DRS III	8		Canas				
	Américo Brasiliense				Cruzeiro				
	Araraquara				Guaratinguetá				
	Gavião Peixoto	Coração do DRS III	6		Lavrinhas				
	Santa Lúcia				Lorena				
AU de Bauru	Ibaté	Norte do DRS III	5		Piquete	Alto Vale do Paraíba	8		
	São Carlos				Potim				
AU de Ribeirão Preto	Matão	Bauru	18		Queluz				
	Agudos				Roseira				
	Bauru				Caçapava				
	Lençóis Paulista	Horizonte Verde	9		Igaratá			Vale do Paraíba/Região Serrana	10
	Pederneiras				Jacareí				
	Piratinunga				Monteiro Lobato				
	Barrinha				São José dos Campos				
Dumont	Pindamonhangaba								
Pradópolis	Taubaté								
Sertãozinho	Aquífero Guarani	10	Tremembé	São José do Rio Preto	20				
Cravinhos									
Jardinópolis	Jundiá	7	AU de São José do Rio Preto	Bady Bassitt					
Ribeirão Preto				Cedral					
Serrana				Guapiaçu					
Cabreúva				Mirassol					
Campo Limpo Paulista				São José do Rio Preto					
Itupeva				AU de Sorocaba	Sorocaba	20	Alumínio		
Jarinu	Araçoiaba da Serra								
Jundiá	Boituva								
Louveira	Iperó								
Várzea Paulista	Itu								
Itapira	Mairinque								
AU Mogi	Mogi Guaçu	Porto Feliz							
	Mogi Mirim	Salto							
	Estiva Gerbi	Salto de Pirapora							
	Águas de São Pedro	São Roque							
AU de Piracicaba	Charqueada	Piracicaba	11				Sorocaba		
	Piracicaba						Votorantim		
	Rio das Pedras								
	Saltinho								
	São Pedro	Araras	5						
	Araras								
	Leme								
	Cordeirópolis								
Iracemápolis	Limeira	4							
Limeira									
Ipeúna	Rio Claro	6							
Rio Claro									
Santa Gertrudes									

Fonte: Rede Urbana e Regionalização do Estado de São Paulo. Emplasa; Fundação Seade. Datasus/Ministério da Saúde.

Apêndice 6

Quadro 1: Rede urbana e Regiões de Saúde do estado de São Paulo

Rede Urbana 2010	Número de RS	Regiões de Saúde	Número de municípios
Aglomeração urbana metropolitana	8	Grande ABC	7
		Alto do Tietê	11
		Franco da Rocha	5
		Rota dos Bandeirantes	7
		Mananciais	8
		São Paulo	1
		Baixada Santista	9
		Metropolitana de Campinas	19
Aglomeração urbana não metropolitana	19	Central do DRS II	11
		Consórcios do DRS II	17
		Central do DRS III	8
		Coração do DRS III	6
		Norte do DRS III	5
		Bauru	18
		Horizonte Verde	9
		Aquífero Guarani	10
		Jundiaí	7
		Baixa Mogiana	4
		Piracicaba	11
		Araras	5
		Limeira	4
		Rio Claro	6
		Circuito da Fé e Vale Histórico	17
		Alto Vale do Paraíba	8
		Vale do Paraíba/Região Serrana	10
		São José do Rio Preto	20
Centros Regionais	10	Sorocaba	20
		Alta Sorocabana	19
		Bragança	11
		Catanduva	19
		Itapetininga	13
		Jau	12
		Marília	19
		Norte - Barretos	10
		Ourinhos	12
		Polo Cuesta	13
Sem município polarizador	26	Tres Colinas	10
		Adamantina	10
		Alta Anhanguera	6
		Alta Mogiana	6
		Alta Paulista	12
		Alto Capivari	5
		Assis	13
		Centro Oeste Do Drs Iii	5
		Circuito Das Aguas	5
		Extremo Oeste Paulista	5
		Fernandópolis	13
		Itapeva	15
		Jales	16
		Jose Bonifacio	11
		Lagos Do Drs Ii	12
		Lins	8
		Litoral Norte	4
		Mantiqueira	8
		Pontal Do Paranapanema	4
		Rio Pardo	8
		Santa Fe Do Sul	6
		Sul - Barretos	8
		Tupa	8
		Vale Das Cachoeiras	7
		Vale Do Jurumirim	17
		Vale Do Ribeira	15
		Votuporanga	17
Total Estado de São Paulo	63		645

Fonte: Rede Urbana e Regionalização do Estado de São Paulo. Emplasa; Fundação Seade. Datasus/Ministério da Saúde.

Apêndice 7

Tabela 1 - Valor adicionado por condição de urbanização das RS e tipologia dos municípios e setores de serviços, indústria e agropecuária – Estado de São Paulo (2002 e 2012)

Em milhões de Reais									
Tipologia de RS e dos Municípios	Número de Municípios	VA Total		VA Serviços		VA Indústria		VA Agropecuária	
		2002	2012	2002	2012	2002	2012	2002	2012
Total	645	429.140,13	1.155.173,21	288.070,75	844.707,07	129.656,21	288.624,37	11.413,17	21.841,77
Metropolitana	67	279.501,70	761.188,97	199.054,97	589.479,62	79.809,93	170.846,62	636,80	862,73
Centro Metropolitano	3	172.832,85	452.810,63	131.619,74	368.532,80	41.163,51	84.204,89	49,60	72,94
Região Metropolitana	64	106.668,85	308.378,34	67.435,23	220.946,82	38.646,42	86.641,73	587,20	789,79
Alta urbanização	196	93.065,82	252.652,06	54.502,48	164.495,89	34.748,60	81.446,31	3.814,74	6.709,86
Centro Aglomeração Urbana	23	56.845,59	152.244,16	34.854,68	103.467,10	21.031,44	47.276,04	959,47	1.501,02
Aglomeração Urbana	61	24.529,08	71.098,86	13.272,26	43.216,61	10.465,11	26.288,58	791,71	1.593,67
Pequeno Centro Regional	6	1.928,05	5.142,64	1.201,19	3.377,77	509,30	1.452,78	217,56	312,09
Centros Locais	106	9.763,10	24.166,40	5.174,35	14.434,41	2.742,75	6.428,91	1.846,00	3.303,08
Média urbanização	218	34.488,21	91.210,25	21.331,79	59.917,03	8.892,97	22.584,98	4.263,45	8.708,24
Centro Regional Isolado	17	15.386,69	42.589,37	11.013,94	31.311,98	3.580,81	9.726,49	791,94	1.550,90
Pequeno Centro Regional	13	4.571,28	11.267,54	2.561,83	6.739,70	1.563,62	3.681,51	445,83	846,33
Centros Locais	188	14.530,24	37.353,34	7.756,02	21.865,35	3.748,54	9.176,98	3.025,68	6.311,01
Baixa urbanização	164	22.084,40	50.121,93	13.181,51	30.814,53	6.204,71	13.746,46	2.698,18	5.560,94
Pequeno Centro Regional	25	12.147,84	24.196,55	7.614,68	15.312,90	3.812,76	7.488,87	720,40	1.394,78
Centros Locais	139	9.936,56	25.925,38	5.566,83	15.501,63	2.391,95	6.257,59	1.977,78	4.166,16

Fonte: Fundação Seade.

Nota: Elaboração própria

Tabela 2 - Participação dos setores no VA total – Estado de São Paulo (2002 e 2012)

Tipologia de RS e dos Municípios	Número de	VA Total		VA Serviços		VA Indústria		VA Agropecuária	
		2002	2012	2002	2012	2002	2012	2002	2012
Total	645	100,0%	100,0%	67,1%	73,1%	30,2%	25,0%	2,7%	1,9%
Metropolitana	67	100,0%	100,0%	71,2%	77,4%	28,6%	22,4%	0,2%	0,1%
Centro Metropolitano	3	100,0%	100,0%	76,2%	81,4%	23,8%	18,6%	0,0%	0,0%
Região Metropolitana	64	100,0%	100,0%	63,2%	71,6%	36,2%	28,1%	0,6%	0,3%
Alta urbanização	196	100,0%	100,0%	58,6%	65,1%	37,3%	32,2%	4,1%	2,7%
Centro Aglomeração Urbana	23	100,0%	100,0%	61,3%	68,0%	37,0%	31,1%	1,7%	1,0%
Aglomeração Urbana	61	100,0%	100,0%	54,1%	60,8%	42,7%	37,0%	3,2%	2,2%
Pequeno Centro Regional	6	100,0%	100,0%	62,3%	65,7%	26,4%	28,2%	11,3%	6,1%
Centro local	106	100,0%	100,0%	53,0%	59,7%	28,1%	26,6%	18,9%	13,7%
Média urbanização	218	100,0%	100,0%	61,9%	65,7%	25,8%	24,8%	12,4%	9,5%
Centro Regional Isolado	17	100,0%	100,0%	71,6%	73,5%	23,3%	22,8%	5,1%	3,6%
Pequeno Centro Regional	13	100,0%	100,0%	56,0%	59,8%	34,2%	32,7%	9,8%	7,5%
Centro local	188	100,0%	100,0%	53,4%	58,5%	25,8%	24,6%	20,8%	16,9%
Baixa urbanização	164	100,0%	100,0%	59,7%	61,5%	28,1%	27,4%	12,2%	11,1%
Pequeno Centro Regional	25	100,0%	100,0%	62,7%	63,3%	31,4%	31,0%	5,9%	5,8%
Centro local	139	100,0%	100,0%	56,0%	59,8%	24,1%	24,1%	19,9%	16,1%

Fonte: Fundação Seade.

Nota: Elaboração própria

Apêndice 8

Quadro 1: Grupos que formam o “Demais do Limite Financeiro” segundo ações e estratégias do Componente Limite Financeiro do MAC contempladas nas transferências do FNS para os FMS no período 2009-2014

Grupos "Demais do Limite Financeiro MAC"	Ações, serviços e estratégias do Componente Limite Financeiro do MAC
Rede Cegonha	Teto Municipal Rede Cegonha Teto Municipal Rede Cegonha (RCE-RCEG)
Rede de Atenção às Urgências	Rede de Urgência - SAMU Serviços de Atendimento Móvel às Urgências SAMU 192 (RAU-SAMU)- Municipal Serviços de Atendimento Móvel às Urgências SAMU 192 (RAU-SAMU)- Estadual Teto Municipal Rede de Urgência Teto Municipal Rede de Urgência (RAU-HOSP) Teto Municipal Rede de Urgência (RAU-UPA) Teto Municipal Limite UPA - PO 00098585
Rede de Atenção Psicossocial	Teto Municipal Rede Psicossocial Teto Municipal Rede Psicossocial (RSM-CRAC) Teto Municipal Rede Saúde Mental (RSME)
Rede Viver Sem Limite	Rede Viver Sem Limites - RDEF - CEO Estadual Rede Viver Sem Limites - REDEF - CEO Municipal Teto Municipal Rede Viver sem Limites (RDEF)
Serviço de Atenção Móvel de Urgência	Serviços de Atendimento Móvel às Urgências - SAMU 192 (MAC) Serviços de Atendimento Móvel às Urgências - SAMU 192 (MAC) - Estadual Serviços de Atendimento Móvel às Urgências - SAMU 192 (MAC) - Municipal
Outros	Aquisição de Produtos Médicos de Uso Único Centros de Especialidades Odontológicas CEO - Centro de Especialidades Odontológicas - Municipal CEO - Centro de Especialidades Odontológicas Estadual Financiamento aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Pagamentos Administrativos (AIH) Teto Municipal Limite Controle do Câncer - PO 00088585 Teto Municipal Rede Brasil Sem Miséria (BSOR-SM) Teto Municipal Rede Prev Diag Trat Câncer Colo Mama (RCA-RCAN)

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Elaboração própria