

Ordenamento Territorial Urbano-Regional

MÁRCIO PIÑON DE OLIVEIRA
ROGÉRIO HAESBAERT
JULIANA NUNES RODRIGUES
(ORGANIZADORES)

Ordenamento Territorial Urbano-Regional

Territórios e Políticas

CONSEQUÊNCIA

© 2021, dos autores

Direitos desta edição reservados à
Consequência Editora
Rua Alcântara Machado, nº 40, sala 202
Centro - Cep: 20.081-010
Rio de Janeiro - RJ
Brasil
Contato: (21) 2233-7935
ed@consequenciaeditora.com.br
www.consequenciaeditora.com.br

Todos os direitos reservados. A reprodução não autorizada desta publicação,
no todo ou em parte, constitui violação do copyright (Lei no 9.610/98).

Conselho editorial

Alvaro Ferreira
Carlos Walter Porto-Gonçalves
João Ferrão
João Rua
Marcelo Badaró Mattos
Marcos Saquet
Márcio Piñon de Oliveira
Martina Neuburger
Ruy Moreira
Timo Bartholl

Coordenação editorial e projeto gráfico: Consequência Editora

Revisão: Priscilla Morandi

Diagramação: Oliveira e Filho

Capa: Letra e Imagem

Imagem de capa: Rogério Haesbaert

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP) DE ACORDO COM ISBD

O65	Ordenamento territorial urbano-regional: Territórios e Políticas / organizado por Márcio Piñon de Oliveira, Rogério Haesbaert, Juliana Nunes Rodrigues. - Rio de Janeiro : Consequência Editora, 2021. 278 p. : il. ; 15,5 x 23cm. Inclui bibliografia e índice. ISBN: 978-65-87145-32-7 1. Geografia. 2. Território. 3. Urbano. 4. Região. 5. Política. I. Oliveira, Márcio Piñon de. II. Haesbaert, Rogério. III. Rodrigues, Juliana Nunes. IV. Título. 2021-4701	CDD 910 CDU 91
-----	--	-------------------

Elaborado por Vagner Rodolfo da Silva - CRB-8/9410

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
Apresentação a “Por uma epistemologia existencial”, de Milton Santos	13
<i>Mónica Arroyo</i>	
<i>Por uma epistemologia existencial.....</i>	<i>15</i>
<i>Milton Santos</i>	
Apresentação a "Uma vida em múltiplos tempos" de Maurício de Almeida Abreu: O “compromisso com a Geografia”, com “a formação dos alunos” e com sua cidade, o Rio de Janeiro	25
<i>Rogério Haesbaert</i>	
<i>Uma vida em múltiplos tempos</i>	<i>31</i>
<i>Maurício de Almeida Abreu</i>	
Apresentação a "Os militares e o espaço do Rio de Janeiro: Um programa de pesquisa em Geografia", de Nelson da Nóbrega Fernandes.....	53
<i>Márcio Piñon de Oliveira</i>	
<i>Os militares e o espaço do Rio de Janeiro: Um programa de pesquisa em Geografia urbana</i>	<i>57</i>
<i>Nelson da Nóbrega Fernandes</i>	
CAPÍTULO 1. Des-ordenamento territorial: Considerações conceituais.....	73
<i>Rogério Haesbaert</i>	
CAPÍTULO 2. O olhar na Geografia: Buscar um novo ponto de vista?	95
<i>José Carlos Milléo</i>	
CAPÍTULO 3. A Geografia legal crítica no rastro das Geografias morais: Por uma Geografia política da cidade.....	113
<i>Ivaldo Lima</i>	

CAPÍTULO 4. De marcas do lugar à paisagem-marca: Reconstituo a formação espaço-temporal de uma cidade – Niterói-RJ / Brasil	145
<i>Márcio Piñon de Oliveira</i>	
CAPÍTULO 5. Apontamentos para o reconhecimento da Geografia do endividamento imobiliário no ordenamento territorial urbano	175
<i>Flavia Martins, Ana Clara Guedes</i>	
CAPÍTULO 6. Trajetória institucional e governança no Sistema Único de Saúde (SUS): Uma abordagem político-territorial	199
<i>Antonio Angelo Martins da Fonseca, Juliana Nunes Rodrigues</i>	
CAPÍTULO 7. Diferenças espaciais, resiliência camponesa e despojos espaciais do Complexo: Petroquímico do Rio de Janeiro (COMPERJ)	227
<i>Jacob Binsztok</i>	
CAPÍTULO 8. A educação pública como um direito territorial: Notas para o debate	251
<i>Ana Claudia Giordani, Eduardo Donizeti Giroto</i>	
Sobre as autoras e os autores	273

CAPÍTULO 6

Trajетória institucional e governança no Sistema Único de Saúde (SUS)

Uma abordagem político-territorial

Antonio Angelo Martins da Fonseca¹

Juliana Nunes Rodrigues²

Introdução

Este capítulo tem como proposta apresentar e analisar a trajetória institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), que possibilitou a instauração de estruturas de governança territorial visando ampliar a coordenação federativa e o acesso à atenção em saúde. Trata-se de suscitar uma reflexão tendo por fundamento os *modi operandi* de sua lógica interativa e reticular de atuação político-territorial, orientada por estratégias de coordenação e de colaboração entre atores e agentes territorialmente situados.

A compreensão da dimensão geográfica do SUS, em um país de tamanha extensão e complexidade territorial, apresenta-se ainda mais oportuna no contexto de enfrentamento da pandemia da Covid-19. Com efeito, a existência de um sistema público de atenção à saúde com franca capilaridade territorial se apresenta como fundamental para a elaboração de estratégias de atendimento à população, dispersa e desigualmente distribuída no território nacional.

Do ponto de vista analítico, propomo-nos a avançar no entendimento dos mecanismos de coordenação e de governança territorial que foram sendo aperfeiçoados ao longo dos últimos trinta anos, ganhando expressiva notoriedade por meio do modelo adotado pelo SUS, orientado para a universalização do acesso à saúde.

1 Professor do Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal da Bahia, Salvador.

2 Professora do Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ).

Posto isso, argumentaremos que a composição de estruturas de articulação político-territorial no SUS se inscrevem nos processos de aprimoramento das relações federativas e da ampliação da capilaridade territorial do sistema. Por conseguinte, traçamos alguns objetivos como norteadores principais: o primeiro consiste em acionar balizas conceituais para tratamento dos pactos político-territoriais plurais que recompõem e requalificam processos decisórios em distintos recortes espaciais e arranjos escalares. Para tal, acionaremos o conceito de *governança territorial*, tal como apropriado criticamente por autores que buscam entender recomposições político-territoriais passíveis de mobilizar estratégias cooperativas orientadas para a ampliação do acesso a direitos no território. Em um segundo momento, deteremo-nos aos desenhos político-institucionais do SUS, por entendê-lo como uma inovação institucional cuja trajetória e desafios evidenciam a importância do aprimoramento dos instrumentos normativos para o impulsionamento das articulações interescares e para a ampliação das capacidades governativas nas escalas subnacionais no Brasil. Por fim, concluímos que as estruturas de articulação interescares têm sido fundamentais para fomentar a cooperação entre os entes federativos nos moldes do SUS, por meio da promoção de possibilidades de pactuação de compromissos entre secretários e demais gestores municipais de saúde, conselhos de saúde, grupos da sociedade civil organizados e redes informais. Trata-se de uma engenharia político-institucional complexa que opera por meio do acionamento de conexões, mobilizando decisões e ações nas escalas locais, regionais, estaduais e federais.

Este texto está estruturado em três partes, além da introdução e das considerações finais. Na primeira parte, será discutido o conceito de governança territorial interescalar como fundamento para a compreensão das cooperações federativas no âmbito do SUS; na segunda, a discussão se concentra no localismo como pilar do primeiro momento de instauração do arranjo político-institucional do SUS; já na terceira parte, o foco da discussão se volta para os processos de regionalização, os mecanismos de governança e a cooperação federativa que começaram a se instituir a partir de 2011. Consideramos, pois, que os atributos e princípios normativos aperfeiçoados ao longo da trajetória de consolidação do SUS apontam para o amadurecimento das estruturas de articulação interescares como estratégias propulsoras de um tipo de federalismo mais cooperativo no País.

O conceito de Governança Territorial Interescalar como operatório para a compreensão das pactuações federativas no âmbito do SUS³

Desde a Constituição de 1988 e ao longo dos anos 1990, analistas do pacto federativo brasileiro seguiram uma tendência de entendimento de momentos de alternância em relação à valorização do local como escala privilegiada para compreensão das potencialidades e limitações dos recursos disponíveis para a gestão territorial. Em seu clássico trabalho sobre federalismo brasileiro, José Luís Fiori (1995) argumenta que a arquitetura institucional do Estado Brasileiro pode ser compreendida a partir da metáfora do pêndulo, segundo a qual os períodos de maior ou de menor centralização se alternam, oscilando entre a valorização das escalas subnacionais e a priorização da escala nacional, com relação às suas capacidades decisórias, administrativas e financeiras. A compreensão desses períodos nos auxilia a entender o papel das diferentes escalas de poder no arranjo político-administrativo que molda as relações entre Estado, território e sociedade no Brasil. Em um país que atravessou um longo período de ditadura e de políticas de desenvolvimento elaboradas e controladas pela União, os momentos de valorização das escalas locais e regionais contribuíram para alargar o poder infraestrutural do Estado (MANN, 1997), contando com novos arranjos e aparatos institucionais que possibilitaram ampliar o alcance de políticas sociais as mais fundamentais, além de ampliar a representação da sociedade civil em instâncias decisórias (ARRETCHE, 2015; ARRETCHE; MARQUES; FARIA, 2019).

Nesse processo, não linear, de ampliação do acesso a direitos, considera-se que a Constituição de 1988 constitui um marco que notabilizou a universalização como horizonte para a prestação de políticas públicas fundamentais, além de promover a expansão do poder infraestrutural do Estado e de sua capacidade de afetar as rotinas, por meio da valorização da proximidade do poder público à população sob um regime democrático. Essa valorização do local se caracterizou tanto por meio da consagração da autonomia política do município quanto através da criação de fóruns

3 Esta seção recupera e traz para o entendimento do SUS as reflexões desenvolvidas em Sanfelici e Nunes (2020).

de participação da sociedade civil na administração local. Com efeito, ao longo dos últimos 30 anos foram regulamentados diversos canais de participação de atores da sociedade civil organizada nos assuntos da administração local. Nessa perspectiva, fóruns de debates foram valorizados, a exemplo dos Conselhos e Comissões Participativas em diversas escalas subnacionais.⁴

Ademais, a Constituição de 1988 configura diretrizes para o estabelecimento de um tipo de federalismo cooperativo, já que define um conjunto de competências compartilhadas entre União, estados federados e municípios. Um modelo de federalismo cooperativo se caracterizaria, desse modo, pela ação conjunta das três escalas de poder, notadamente em relação ao desenho e implementação de políticas sociais. Concretamente, a Constituição define um conjunto de competências compartilhadas, a serem elaboradas e implementadas no âmbito das três escalas de poder. Os problemas residem, justamente, nos limites dessas competências e nos desafios postos para a consolidação da dita cooperação federativa.

Tudo somado, a descentralização relativa desencadeada pela Constituição de 1988, ainda que tenha restaurado e valorizado o federalismo, não estabeleceu diretrizes claras para uma coordenação mais precisa entre as escalas políticas. Por conseguinte, sobreposições, imprecisões e lacunas no provimento de serviços públicos os mais essenciais são sentidos, tornando os processos decisórios lentos e incertos (RODRIGUES; MOSCARELLI, 2015).

Por outro lado, arranjos político-territoriais se desenharam com vistas à coordenação da ação político-territorial em setores particulares de políticas públicas. Trata-se de configurações que não correspondem aos limites fixos das unidades político-administrativas, mas que envolvem a mobilização de atores e agentes políticos em conexões colaborativas intescalares. Nesse âmbito, um temário de pesquisas ganha a cena e se volta para os agenciamentos das interações conflituosas – de estratégias e interesses, assim como de visões de mundo – que caracterizam os processos de elaboração de políticas públicas em escalas subnacionais (NUNES; SAN-

4 Muitas dessas instâncias participativas foram suprimidas pelo atual governo, por meio do Decreto nº 9.759/2019, que extinguiu colegiados vinculados à administração pública federal.

FELICI, 2018). Desse modo, desloca-se o foco das escalas político-administrativas fixas do Estado para uma visão interacionista de processos de governança que hoje se ampliam e se diversificam no país (SANFELICI; NUNES, 2020; FERRÃO, 2013).

Não nos cabe refazer o percurso da genealogia do conceito de governança, assim como de suas diversas formas de apropriação já amplamente discutidas na literatura sobre o tema. Importa, porém, destacar que o conceito é aqui acionado para se referir à matriz de relações materiais e simbólicas que “criam padrões, rotinas e modos de fazer” – “o conjunto de processos pelo qual se coordenam ordens relacionais diversas, conflituosas e parciais, através de relações de poderes diferenciados, de mecanismos plurais e de vocabulários cognitivos próprios” (REIS, 2009, p. 44).⁵

Neste ponto, avançamos em direção ao entendimento de preceitos normativos capazes de suscitar novas formas de proximidades territoriais, pautadas por uma agenda de qualificação dos processos políticos por meio da conformação de conexões político-territoriais interescares. Santos (1996) associa o conceito de capacidade governativa “à capacidade de um sistema político em produzir políticas públicas que resolvam os problemas da sociedade, ou a capacidade dos governos de converter o potencial político de um dado conjunto de instituições e práticas políticas em capacidade de definir, implementar e sustentar políticas” (SANTOS, 1996, p. 10). E prossegue:

A implementação e a formulação bem-sucedida de políticas públicas dependem, de um lado, da capacidade da elite governamental de mobilizar apoios para as políticas de sua preferência por meio do desenvolvimento de coalizões de sustentação e da construção de arenas de negociação, e, de outro, da capacidade instrumental e operacional do Estado. Vale observar que as coalizões de apoio às políticas governamentais são frequentemente distintas no que se refere às fases de formulação e implementação, bem como são conformadas de acordo com a natureza da política. (SANTOS, 1996, p. 11).

5 Não nos cabe, nos limites deste capítulo, recuperar a abundante literatura sobre o conceito de governança e de governança territorial, já suficientemente sistematizada, em português, por Lima (2019), Barbosa (2019), Sanfelici e Nunes (2020) e magistralmente desenvolvida por Ferrão (2011).

Dessa maneira, tanto os processos de formulação como os de implementação de políticas públicas são elementos cruciais, constitutivos das capacidades governativas do Estado, as quais portam, por definição, um princípio de ordenação, que pode ser apreendido do ponto de vista normativo, mas também analítico (REIS, 2009; FERRÃO, 2011). Além disso, a formulação e a implementação bem-sucedidas de políticas públicas, vinculadas a uma perspectiva de governança, dizem respeito ao horizonte mais ou menos democrático desses processos e se vincula, portanto, à maior ou menor inclusão de grupos sociais em suas decisões. Processos qualificados de governança *territorial* não se encerram, portanto, em estruturas como um fim em si mesmas, mas acionam capacidades ordenadoras que têm o território como base referencial, e estão afinadas à construção de compromissos mútuos orientados para “o ordenamento democrático do território” (LIMA, 2019, p. 35).

Embora esse debate tenha ganhado relativa atenção de geógrafos nas últimas décadas, consideramos que a literatura dedicou pouca atenção às estruturas e conexões político-territoriais vinculadas aos processos de definição de agendas, bem como aos aspectos que contribuem para o desenvolvimento de uma visão compartilhada em novas arenas de negociação. Entende-se que a qualidade desses processos está associada às capacidades de formação de coalizões e às capacidades de construção da legitimidade necessária à ação pública em contextos democráticos, por meio da articulação e compatibilização de interesses diversos em torno da busca de consensos (SANTOS, 1996). Há, portanto, por um lado, um debate premente sobre as formas de controle democrático em processos de governança; por outro lado, suscitam-se reflexões sobre os caminhos institucionais que possibilitam qualificar os processos de tomada de decisão (FERRÃO, 2013; SANTOS, 1996).

Em outros termos, no contexto de um ambiente institucional caracterizado pela existência de múltiplos arranjos político-territoriais e escalares, suscitam-se questões sobre as capacidades políticas para a articulação de múltiplos atores, para a coordenação de conflitos e para processos de legitimação e de institucionalização das estratégias a serem adotadas (FERRÃO, 2013). Nesse âmbito, se a ideia de governo diz respeito a um poder (do Estado) organizado por meio de relações hierárquicas e burocráticas, processos de governança compreendem um novo sistema de relações, que

abrangem articulações plurais e partilha de responsabilidades, em distintos arranjos político-territoriais estratégicos (FARINÓS, 2008; FERRÃO, 2011). Encerram, em última instância, um certo modo de “organização das interdependências” (INNERARITY, 2006, p. 9), em que a redutora dicotomia governo-governança deve ser superada (FERRÃO, 2013).

A ampliação de canais participativos em processos de elaboração e de implementação de agendas nos desloca, portanto, para questões relativas “às formas de cooperação entre diferentes atores, de integração, de confiança e de legitimação”, que oferecem oportunidades instituintes em uma diversidade de configurações político-territoriais (FERRÃO, 2011; INNERARITY, 2006, p. 5). Nesse sentido, concordamos com Innerarity (2006) quando assinala que, a despeito dos desenhos institucionais, cabe valorizar a qualidade dos processos em uma forma reticular de fazer política, que se combina à hierarquia tradicional.

Voltamo-nos, então, para a análise de pactuações federativas a partir do estudo de algumas estruturas de articulação entre escalas políticas que se conformam no âmbito do desenho político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pode-se considerar que o SUS é uma inovação institucional ainda em construção e que a trajetória de seu desenho político-institucional realça a relevância das diversas escalas político-territoriais no processo de aperfeiçoamento do sistema. No entanto, desde 2010, começaram a emergir novos contornos da ação e da decisão balizados por concepções de governança territorial e pela consolidação do recorte regional, intraestadual, privilegiado para a operacionalização do sistema. Tais concepções vêm mobilizando coordenadores de comissões e de conselhos de saúde, além de gestores de saúde locais, em suas posições estratégicas. Esses atores, além de negociarem e pactuarem em prol da coordenação de diversas escalas de ação territoriais, também agem mediando e coordenando os diversos conflitos entre as conexões interescares que se configuram em todo o processo. Estruturas de articulação político-territoriais têm sido, pois, fundamentais para fomentar a coordenação entre os poderes públicos nas três escalas federativas, mas também entre diversos outros atores ancorados territorialmente.

Importa assinalar que o desenho político-institucional do SUS define as balizas norteadoras para a profusão de pactuações de governança terri-

torial interescalares. Dito de outro modo, as estruturas de governança do SUS estão fortemente vinculadas às escalas de decisão clássicas do nosso pacto federativo, que produzem, por meio de preceitos normativos, estímulos a comportamentos cooperativos e de coordenação. Normas claras e o próprio desenho do SUS definem, assim, um enquadramento político-institucional favorável às arenas das pactuações federativas e de diversos outros atores político-territoriais, além de estimularem a ampliação do controle e da participação democrática. As estruturas de governança previstas nas normas do SUS constituem, pois, uma inovação institucional emblemática por destacarem as possibilidades de articulações entre poder público, partes interessadas (*stakeholders*) e representantes da sociedade civil organizada em distintas escalas e posições no sistema. Para avançarmos neste debate, nas próximas seções serão apresentados os preceitos normativos do SUS que nortearam a criação de distintas camadas e de redes de articulação político-territorial para o aprimoramento do sistema.

Localismo como pilar do primeiro momento do desenho político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) e estruturas cooperativas

Desde o início de sua implantação, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem atravessando constantes ajustes normativos relacionados à sua funcionalidade, organização e gestão, na tentativa de se adaptar para o enfrentamento dos desafios próprios de uma federação como a do Brasil, com elevadas desigualdades locais e regionais, constantes conflitos entre forças centralizadoras e descentralizadoras e dificuldades em acomodar as tensões político-territoriais.

Esses ajustes também estimularam, no decorrer dos 31 anos de implementação do SUS, novas perspectivas de cooperação local, regional e nacional. Pode-se dizer que balizas normativas começaram a ser publicadas, a partir da década de 1990, com o objetivo de definir as *regras do jogo* da descentralização municipalista do SUS. Conforme Ouverney (2014), três ajustes normativos, denominados de Normas Operacionais Básicas (NOB), merecem ser destacados entre 1991 e 2001: NOB 91, 93 e 96. A trajetória institucional entre a assim chamada municipalização tutelada da NOB 1991 (OUVERNEY, 2014) e a consolidação da municipalização da

saúde com a NOB 1996 expressou as tendências políticas dominantes no *jogo de forças* envolvendo centralização e descentralização federativa, intensificada em 1990 durante o processo de regulamentação do SUS.

A NOB 91 – contraditoriamente aos princípios descentralizadores da Constituição de 1988 – polarizou as relações federativas que estavam se iniciando no âmbito do SUS ao privilegiar a centralização das decisões e ações relacionadas à formulação e ao planejamento das políticas junto ao governo federal, por meio do Ministério da Saúde (MS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), durante o governo Collor; além disso, secundarizou a descentralização, na medida em que excluiu os estados e os municípios das decisões e ações nacionais relacionadas à política de saúde, reservando para estes, sobretudo para os municípios, somente a prestação de serviços. Durante o governo Collor, a centralização das políticas de saúde foi conduzida sem consultas aos atores diretamente envolvidos com o SUS, não os tendo como representantes da reforma sanitária. Com base no argumento de que os municípios ainda não estavam em condições de conduzirem sozinhos o processo de descentralização, a NOB 91 institucionalizou a chamada “municipalização tutelada” – um processo polarizador de relações federativas estabelecido por vínculos verticalizados controlados pela União, via Ministério da Saúde, que decidia sobre as políticas de saúde, enquanto os municípios apenas executavam as ações, haja vista a pouca margem de autonomia local para participarem de forma mais ativa das negociações e do planejamento do SUS.

Ao mesmo tempo em que a NOB 91 retrocedeu no tocante aos princípios descentralizadores da Constituição de 1988 e se pautou pela centralização das decisões, também estimulou a adoção de vínculos mais horizontalizados (PUTNAM, 1996) que deveriam ocorrer na escala da execução das políticas de saúde, nos estados e municípios, mediante a criação de conselhos e de consórcios de saúde. Já previstos em normativas anteriores, os conselhos de saúde – especificamente os municipais – foram definidos como uma instância gestora e de controle social dos processos de execução das políticas de saúde, do uso dos recursos financeiros repassados e para a aprovação dos Planos de Municipais de Saúde (VIANA, 2014). Já os consórcios administrativos objetivavam agilizar a articulação intermunicipal por meio da pactuação dos serviços de saúde, tendo em vista que a maior parte dos serviços estariam concentrados no município considerado polo.

Além disso, a NOB 91 criou, também, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que consistia em ser um importante fórum de discussões, negociações, debates e consensos sobre a política nacional de saúde. Trata-se, igualmente, de um mecanismo estratégico de coordenação federativa, na medida em que permite a presença de representantes locais e estaduais no planejamento e na coordenação do SUS. No entanto, a CIT não teve espaço permanente e efetivo em relação ao SUS durante os primeiros dois anos de criação, até porque prevalecia, no período, o desejo de contenção da descentralização (CARVALHO, 2001).

A NOB 93, por sua vez, expressou os desdobramentos das pressões de grupos políticos e de representantes da reforma sanitária, defensores de uma municipalização da saúde abrangente e democrática; do processo de *impeachment* e da renúncia do presidente Collor, que era resistente à descentralização; e das estratégias do governo Itamar Franco, no sentido de agilizar o processo de descentralização por meio da ampliação do diálogo com políticos locais, autoridades de saúde e o movimento sanitário, e através da formação de comissão de atividades visando à descentralização (ARRETCHE, 2005; CARVALHO, 2001; LUCCHESI, 1996).

Concretamente, esses esforços geraram novas condições institucionais de coordenação federativa mais horizontalizadas no contexto do SUS, na medida em que os estados e municípios, sobretudo estes últimos, passaram a pactuar os serviços de saúde e atuar nos processos de planejamento, programação e gestão dos próprios serviços prestados. A resignificação da importância das escalas local, estadual e nacional no contexto desse federalismo emergente do SUS, a partir da NOB 93, pôs em evidência a inserção e a ação de novas instituições – tais como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e os Conselhos de Saúde, estadual e municipal – e, portanto, de novos protagonistas, como os secretários estaduais e municipais de saúde, juntamente com demais gestores (OUVERNEY, 2014).

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – a qual teve atuação secundarizada durante a vigência da NOB 91 – afirmou-se como um importante fórum nacional na condução e na definição de diretrizes da política de saúde no país, em meio a negociações, embates, pressões do setor privado de

saúde e conflitos de interesses envolvendo representantes nacionais (Ministério da Saúde), estaduais (Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS) e municipais (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS).

Na escala estadual, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) seguia o arranjo institucional da CIT, mas era integrada por representante da Secretaria Estadual de Saúde e por entidade que representava os secretários municipais de saúde do estado federado, conforme a NOB 93. Mesmo considerando que foi um importante mecanismo institucional para a afirmação da descentralização da saúde no Brasil, a atuação e a efetividade das CIBs variaram de estado para estado.

Os conselhos municipais e estaduais de saúde complementariam o processo de planejamento, decisão e gestão das políticas nacionais, agindo nas negociações, no controle e nas deliberações de sua respectiva escala de atuação. Todo esse arranjo institucional introduzido pela NOB 93 – que deveria ser operacionalizado por um complexo processo de justaposição e sobreposição de escalas vinculado à transição para a descentralização e a pactuação dos serviços de saúde no contexto do SUS – apontava, também, para reais possibilidades de instauração de processos de governança e de coordenação federativa.

Na escala municipal, especificamente, esse arranjo institucional representou a efetiva fase de transição para a tão almejada municipalização da saúde. Para tanto, os municípios tinham a liberdade de escolher os serviços que ofereceriam, tomando como referência as três modalidades de provisão de serviços disponibilizados pelo Ministério da Saúde: incipiente, parcial e semiplena (ARRETCHE, 2005; CARVALHO, 2001; LUCCHESI, 1996). Apesar de expressar um padrão de hierarquia tecnológica, as modalidades de serviços se especializaram, ratificaram e favoreceram, com o tempo, a hierarquia de centros municipais: a modalidade incipiente estaria relacionada com os pequenos centros municipais; a parcial, com os médios; e a semiplena, por sua vez, com os grandes centros. Os municípios que decidiam pela modalidade semiplena, inclusive, tinham maior autonomia e responsabilidade total sobre o sistema local de saúde, recebendo, diretamente do Ministério da Saúde, o montante de recursos financeiros correspondentes à modalidade de serviços (ARRETCHE, 2005; OUVREY, 2014).

Não foi um processo fácil e de imediata implementação, sobretudo pelas incertezas em relação aos repasses dos recursos financeiros e pelo gradativo ajuste dos municípios à sua condição de gestão (CARVALHO, 2001). Esse processo marca, contudo, a transição para o localismo do SUS, e, a partir dele, muitas competências passam a ser assumidas pelos municípios, incluindo a responsabilidade de planejamento e a gestão de saúde. Segundo Fonseca (2013, 2019), essa fase da política de saúde do SUS revela uma das tendências interpretativas do localismo geográfico: aquela que aborda e valoriza, nos seus objetivos de análise, a descentralização e a expansão das decisões e ações na escala municipal.

Apesar de essa tendência localista ter sido mantida na NOB 96, com a consolidação da municipalização da saúde e com a afirmação da presença local e estadual nas decisões das políticas do SUS (ARRETCHE, 2005), diversos fatores interferiram para que o processo também sofresse retrocessos, tais como a recentralização da União no contexto federativo (CARVALHO, 2001). Paralelamente, a agenda de estabilização monetária, aliada à escassez de recursos federais e à adoção de medidas liberais durante o governo Fernando Henrique Cardoso, também teve peso relevante nesse processo. As tensões envolvendo as forças centralizadoras e descentralizadoras, novamente, foram aguçadas e fizeram emergir um federalismo mais competitivo. Diante disso, ocorreram extensos debates e negociações entre o Ministério da Saúde e os representantes locais e estaduais de saúde.

A NOB 96, porém, manteve a CIT (federal) e as CIBs (estaduais), que se firmavam como duas importantes instituições responsáveis por negociações, pactuações e tentativas de coordenação federativa no âmbito do SUS. Conforme Ouverney (2014, p. 100), nesse arranjo institucional, “a União e os estados atuariam criando as condições e o suporte organizacional, gerencial e financeiro necessários para consolidar a municipalização”. Ao fim e ao cabo, a NOB 96 prezou pela municipalização da saúde ao definir e ampliar as atribuições e as responsabilidades locais, consolidando o município como importante provedor de serviços no contexto nacional. Como o objetivo era a consolidação de um sistema federativo de saúde descentralizado, porém integrado, complementar e cooperativo,

[...] caberia ao gestor estadual, em comum acordo com os gestores municipais, construir estratégias de articulação das bases locais da política de saúde e resolver os conflitos que, porventura, surgissem. A integração entre os sistemas estaduais de saúde, por conseguinte, deveria ser realizada pelo Ministério da Saúde em conjunto com os gestores estaduais. A divisão de competências entre os entes federativos, explicitada no texto da NOB 96, buscava seguir essa lógica. (OUVERNEY, 2014).

Os municípios deveriam aderir à plena responsabilização pela atenção à saúde, levando em consideração duas modalidades hierarquizadas: Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Quem aderisse à GPAB ficaria responsável pelo primeiro nível – vinculado aos serviços mais básicos, porém não menos importantes – de atendimento à saúde; quem optasse pela GPSM se responsabilizaria pelo oferecimento de serviços de saúde e de gestão com maior densidade tecnológica, tendo de pactuar com municípios de menor porte no contexto da hierarquia urbana e das modalidades do SUS, com o objetivo de garantir os serviços de saúde para as suas populações.

Essa nova hierarquização fez emergir uma outra tendência do localismo geográfico. Conforme Fonseca (2013), esse localismo, ao mesmo tempo em que revela decisões e ações territoriais mais competitivas e compartimentalizadas, também pode suscitar formas de articulação e cooperação intermunicipal. O conteúdo competitivo e fragmentador do localismo prevaleceu no período em que foram privilegiados os municípios mais populosos e com maior densidade técnica, como, por exemplo, aqueles que optaram pela GPSM para o financiamento da saúde (ANDRADE; COELHO, 2016). Isso contribuiu para a pulverização dos recursos destinados à municipalização da saúde, bem como para a geração de fragmentações de serviços, de ineficiências e de competições entre os lugares. Assim, para Maia (2018, p. 38), o atraso à regionalização do cuidado

[...] amplificou disputas por recursos entre os municípios, ao invés de conformar uma rede interdependente e cooperativa. Nessa seara, a ausência de planejamento regional para as estratégias de descentralização no SUS acirrou as desigualdades dos entes subnacionais, fragilizou e comprometeu o papel das esferas estaduais, resultando, no final da década de 1990, em

milhares de sistemas locais isolados, muito dos quais sem capacidade de gestão do cuidado em todas as dimensões para viabilizar a integralidade e sem mecanismos e expertise para conformação de redes intermunicipais.

Um movimento mais inclinado à articulação e à cooperação federativa começou a emergir na medida em que os municípios que foram habilitados – por meio da GPSM – a assumir o papel de centro regional cumpriam as funções de pactuar e oferecer serviços de saúde mais especializados e complexos para os municípios menores do seu entorno – que haviam optado pela GPAB. Essa trama de relações localistas do SUS, que explicita uma tendência à conformação de arranjos mais regionalizados, foi ratificada e estimulada de forma mais contundente na NOB 96 e, conforme Ouverney (2014, p. 104),

[...] combinava os fundamentos da governança política federativa, introduzida por meio da NOB 93 – negociações e pactuações consensuais entre os gestores municipais mediadas pelo gestor estadual nas CIB – por meio da formalização de um instrumento de natureza gerencial, a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

A tendência regional complementar à local, porém, se consolidará somente no decorrer da década de 2000, com a inserção de novas *regras do jogo* no SUS, demandadas por gestores, representantes locais e especialistas, no intuito de superar os limites alcançados pela municipalização – tais como a desigual capacidade de respostas à inovação local, à pactuação, à diversificação e à promoção de melhorias nos serviços prestados. Essas demandas não ofuscaram, entretanto, os avanços alcançados pela descentralização localista da saúde – tais como a promoção de maior inclusão social, a diversificação e a melhoria na oferta e distribuição dos serviços à população – se comparados a períodos anteriores.

Em síntese, se a década de 1990 foi caracterizada pela predominância de uma perspectiva localista no SUS, a década de 2000, por sua vez, fez emergir a regionalização como estratégia de maior articulação da lógica setorial à lógica territorial na promoção da atenção à saúde, além de ter impulsionado processos de governança e de cooperação federativa no âmbito do sistema. Entendemos, desse modo, que o SUS constitui um sistema

de ordenação de práticas e de relações cuja trajetória nos faz refletir sobre a importância de se construir referenciais territoriais partilhados para o aprimoramento do próprio sistema.

Regionalização, governança e cooperação federativa no SUS

O processo de regionalização que se deu no âmbito do SUS pode ser entendido como uma estratégia visando equilibrar o campo de forças federativo entre estados, municípios e União. Considerando-se, por princípio, a impossibilidade de equilíbrio entre as arenas da política, pode-se entender que se trata de um processo contínuo e não linear, submetido a revezes e a constantes aperfeiçoamentos para o enfrentamento dos desafios, das acomodações de relações de poder e dos conflitos de interesses de atores públicos e privados que buscam maneiras de afetá-lo, direta e indiretamente. Nesse sentido, estamos em total consonância com Abrucio (2010, p. 178), quando considera que “a natureza do jogo federativo é a de produzir pactos entre seus componentes” – e, acrescentaríamos, pactos político-territoriais.

As primeiras tentativas formais de regionalização do SUS começaram a ser implementadas a partir de 2001 e, desde então, vêm sendo modificadas gradativamente, com avanços e retrocessos. Com base em Albuquerque (2013), essas mudanças envolveram três fases principais de institucionalização, viabilizadas por meio das publicações de diretrizes nacionais de regionalização: a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001/02), que regulou a dita regionalização técnico-normativa entre 2001 e 2005; o Pacto pela Saúde (2006), que suscitou a regionalização durante os anos de 2006 a 2010; e, finalmente, o Decreto nº 7.508 (2011), que vem buscando o aperfeiçoamento da regionalização mediante a contratualização de serviços, desde 2011.

O ponto de partida institucional da regionalização do SUS foi a NOAS 2001/02 e sua construção já indicava que o sistema de saúde deveria ser conduzido com coordenação, colaboração e governança interescolares. Isso porque a formulação dessa NOAS foi resultado de esforço coletivo que envolveu o Ministério da Saúde – que assumiu a coordenação geral – em colaboração com o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saú-

de (CONASS), o Conselho Nacional dos Secretários Municipais (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Saúde. Coube à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) aprovar a norma e colaborar na implantação e operacionalização dos diversos mecanismos institucionais criados. Dentre esses, Albuquerque (2013, p. 90) ressalta três:

a elaboração de novos instrumentos de planejamento integrado, com a definição das responsabilidades de cada ente e o estabelecimento do elenco mínimo de procedimentos na atenção básica, média e alta complexidade; (ii) o fortalecimento do papel dos estados como principais responsáveis pela regionalização, atuando na coordenação, regulação, no financiamento e planejamento das redes regionalizadas; (iii) mudanças nas regras de habilitação da gestão do sistema pelos estados e municípios, para tornarem-se condizentes com os objetivos e propostas da regionalização.

Para impulsionar a regionalização, os principais instrumentos normativos de planejamento e governança foram o Plano Diretor de Regionalização (PDR),⁶ o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Com isso, estabeleciam-se balizas para a operacionalização de parcerias, funções municipais, financiamento e distribuição de serviços com densidades tecnológicas variadas no território.

6 No estado da Bahia, por exemplo, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), instituído em 2007, dividiu o território baiano em 28 Regiões de Saúde (RS), que foram agrupadas em nove Macrorregiões de Saúde (MS). Em 2014, através da Lei nº 13.204, foram criados os Núcleos Regionais de Saúde (NRS), acompanhando o desenho das nove macrorregiões. A quantidade de municípios por RS varia de seis (na RS de Camaçari) a 28 (na RS de Feira de Santana). Em termos populacionais, a menor RS é a de Seabra, com 185.286 hab., e a maior é a de Salvador, com 3.420.187 hab., conforme população estimada pelo IBGE para 2020 (IBGE, 2021). Os Núcleos Regionais de Saúde agregam de dois a quatro RS, ou seja, são mesorregiões no contexto intraestatal. Os maiores são os NRS Leste e Centro-Leste, cada um composto por quatro RS. Em termos populacionais, o Leste – composto pelas RS de Camaçari, Cruz das Almas, Santo Antonio de Jesus e Salvador – é o maior, com uma população estimada de 4.783.233 hab.; mas, em termos de número de municípios, o NRS Centro-Leste é o maior, pois tem 72 municípios contra 47 do Leste. Os menores NRS são os Extremo Sul, Nordeste e Centro-Norte, cada um composto por duas RS. Em termos populacionais, o menor é o NRS Centro-Norte, com 807.806 hab.; em termos de número de municípios, o menor é o Extremo Sul, com 21 localidades (OBSERVATÓRIO BAIANO DE REGIONALIZAÇÃO, 2021).

Em termos de ofertas e distribuição de serviços, valorizou-se a concentração de especialidades com mais densidades tecnológicas nos principais centros regionais, os assim denominados municípios-polo, ratificando o escalonamento da hierarquia urbana presente nos pressupostos da Teoria de Localidades Centrais de Walter Christaller (DUARTE *et al.*, 2015). Além desse critério para a delimitação das regiões, também se considerou o público atendido, a abrangência espacial dos serviços, a habilitação, a gestão local e regional, além dos conteúdos epidemiológicos, sanitários, demográficos e socioeconômicos. Ou seja, tratava-se de regiões funcionais organizadas segundo os princípios de hierarquização e de complementaridade dos serviços, mas que apresentavam fragilidades em termos de articulação, de organização e de conformação de pactos político-territoriais mais coordenados e orientados para a superação de desigualdades no provimento de serviços. Por isso, não foram capazes de incrementar significativos arranjos institucionais de governança e de cooperação intergovernamental (CAJUEIRO, 2019; ALBUQUERQUE, 2013; NUNES RODRIGUES, 2010).

A regionalização da saúde é um processo complexo, seja em termos de delimitação, seja em termos de operacionalização. As regiões de saúde estão não apenas inseridas em conteúdos normativos e institucionais – NOAS/2001, Pacto pela Saúde/2006, Decreto nº 7.508/2011 –, mas também se inscrevem em representações coletivas, envolvendo conflitos políticos ancorados nas escalas de pactuação federativa, além de mobilizarem atores públicos e privados em modelos de financiamento e de oferta de serviços distribuídos de forma reticular e desigual no território (CAJUEIRO, 2019).

Podemos apreender esse processo a partir de diferentes etapas. Na primeira proposta de regionalização do SUS, a ênfase maior recaiu sobre o conteúdo normativo (NOAS 2001/02) e técnico do processo, que compreendeu, basicamente, a delimitação de classes de região e a hierarquização dos serviços. De forma geral, a “regionalização normativa” amarrou o projeto regional à lógica da oferta, das habilitações e dos fluxos assistenciais e financeiros, reforçando as desigualdades e a competitividade entre os entes federados” (ALBUQUERQUE, 2013, p. 101). Ou seja, o federalismo competitivo prevaleceu sobre o cooperativo nessa primeira etapa de regionalização do SUS. Entendemos que isso não chegou, porém, a “deturpar

os princípios originários da Federação” e o princípio de universalização” (IPEA, 2010, p. 181). Na realidade, tratou-se de um primeiro momento de tendência à regionalização do SUS, que desde então continuou passando por constantes aprimoramentos. O primeiro deles ocorreu com o Pacto pela Saúde a partir de 2006, durante o governo Lula.

Dentre os avanços da regionalização engendrada pelo Pacto pela Saúde, destaca-se, primeiramente, a possibilidade de formação de pactos político-territoriais formalmente instituídos e de governança na agenda regional do SUS, como a criação do Colegiado de Gestão Regional (CGR). O CGR deveria ser um espaço de ação política, uma instância de negociação intergovernamental capaz de coordenar, em parceria com os estados e municípios, diversas ações envolvendo planejamento, pactuação, regulação, coordenação e acompanhamento de políticas. À CGR, somaram-se outras duas instâncias de coordenação e de cooperação federativa do SUS: a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), na escala estadual, e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), na escala federal.

A criação do Colegiado de Gestão Regional (CGR) veio acompanhada da revalorização dos estados nos processos de coordenação e na condução de um planejamento participativo e mais integrado – de natureza técnica, política e social. Na esteira das inovações institucionais no território, os conteúdos da regionalização também foram ampliados por meio da inserção das dimensões culturais, socioeconômicas e epidemiológicas, acompanhadas por princípios funcionais e reticulares (redes de comunicação e transportes), infraestruturais (densidade de objetos técnicos de saúde e demandas e ofertas de serviços à população) e cooperativos (existência de cooperação entre estados e municípios) (ALBUQUERQUE, 2013). Com isso, o pacto objetivava uma maior articulação federativa e, ao mesmo tempo, abria espaço para a instauração de processos de governança territorial mais receptivos à participação da sociedade.

Uma vez que as regionalizações ocorreram de forma incremental, por meio de ajustes e complementações, mecanismos advindos de processos de regionalização precedentes foram mantidos, tais como o PDR, a PPI e o PDI. Novas institucionalidades foram acrescentadas, como o termo de adesão e formalização ao Pacto, denominado Termo de Compromisso de Gestão, que deveria ser assinado por estados e municípios como forma de garantir tanto os repasses financeiros federais quanto os compromissos,

responsabilidades e metas estabelecidas. Cabia ao Conselho de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a aprovação; já à CIT, a homologação do Termo de Compromisso de Gestão.

Atenta aos detalhes desses processos de regionalização do SUS, Albuquerque (2013) alerta que também houve um descompasso entre os princípios técnicos e políticos nesta etapa, sobretudo por não ter ocorrido a reformulação dos instrumentos de planejamento e gestão regionais. Acrescenta-se o desafio criado pela estruturação de redes temáticas de atenção à saúde, que entrecortava e tensionava as regionalizações. Mesmo assim, o Pacto pela Saúde representou um significativo avanço no processo de regionalização e constituiu mais uma fase de aprimoramento e de transição rumo à regionalização contratualizada de serviços, institucionalizada pelo Decreto nº 7.508 de 2011, e que se mantém até os dias atuais.

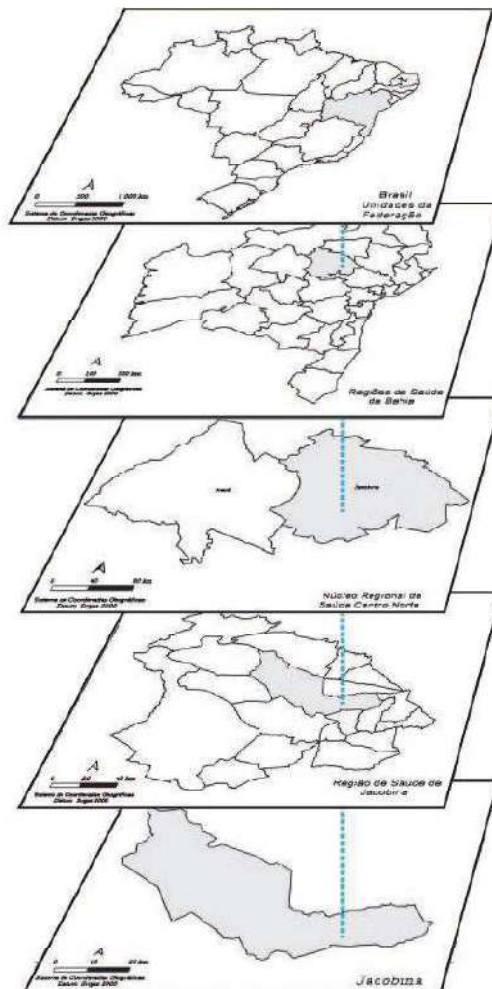
Conforme Albuquerque (2013), tal decreto trouxe aprimoramentos em relação ao Pacto pela Saúde: inseriu as redes de atenção à saúde nos conteúdos da região de saúde; tornou a regionalização mais complexa em termos técnicos, políticos e normativos; inseriu a acessibilidade, a economia de escala e um rol mínimo de ações e serviços de saúde; instituiu o Mapa da Saúde; substituiu o antigo Termo de Compromisso de Gestão pelo Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP); e instituiu a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), que se vinculou à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

O decreto consolidou e aprimorou, desse modo, o Pacto pela Saúde de 2006, dando continuidade à valorização da coordenação, por intermédio do Cartão Nacional de Saúde, do Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP) e da cooperação federativa – via CIR, CIB e CIT. O Colegiado de Gestão Regional (CGR) ganhou novo nome, passando a ser chamado de Comissão Intergestora Regional (CIR), agora abrangendo antigas e novas atribuições, quais sejam: negociar, pactuar e coordenar as redes de atenção à saúde, que passaram a ser incorporadas às regiões.

Em síntese, a coordenação e a cooperação federativa do SUS integram, de forma justaposta e sobreposta, um verdadeiro sistema de ordenamento territorial, imprimindo classificações regionais e compreendendo um emaranhado de hierarquias e de arenas político-territoriais em uma estrutura intergovernamental complexa e conflituosa. Camadas regionais/territoriais são formadas, consolidando a assim definida “região de saúde”

como um espaço privilegiado de governança, articulando diversos atores e agentes em “um recorte para a indução e integração das políticas, expansão do financiamento, estruturação das redes de atenção e garantia da integridade no acesso ao sistema” (ALBUQUERQUE, 2013, p. 120). A figura – que toma como exemplo a Região de Saúde de Jacobina e o Núcleo Regional Centro-Norte, na Bahia – ilustra bem essa superposição de camadas:

Figura 1. Camadas de cooperação e de governança interescolares do SUS: o exemplo de Jacobina (BA)



Elaborado por Fonseca, 2021.

Neste ponto, cabe enfatizar que as regiões e as redes de atenção à saúde são complementares no âmbito do sistema – a região de saúde é sustentada e atravessada por redes técnicas e políticas constitutivas da Rede de Atenção à Saúde (RAS). De um lado, as redes funcionam de forma a articular serviços, ações e lugares no âmbito interno das regiões, além de estabelecer relações entre as regiões e a União, os estados e os municípios, seguindo uma lógica gerencial de mercado (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015); de outro lado, nas regiões essa lógica se conforma ou é recusada por meio da articulação de instâncias colegiadas – CIR, CIB e CIT – via coordenação, cooperação, acordos e negociações regionais e interescolares.

A CIR é constituída por representantes do governo do estado e por secretários de Saúde de todos os municípios da Região de Saúde, sob o comando de um coordenador regional. As aprovações de pleitos na CIR somente ocorrerão se houver consenso nas reuniões; contudo, para que ele se construa, a coordenação da CIR atua nos bastidores das regiões de saúde muito antes das reuniões, negociando, mediando e coordenando os diversos conflitos de poder existentes entre os secretários municipais. Dessa maneira, o coordenador assume uma posição estratégica na coordenação regional e para a cooperação federativa. É o coordenador da CIR que conversa, negocia e resolve rotineiramente a maior parte de problemas e embates na escala regional.

No estado da Bahia, especificamente, junto ao coordenador da CIR, outro ator estratégico é o coordenador adjunto do Núcleo Regional de Saúde (NRS), que também faz parte da composição da CIR e que busca articular, mediar e integrar os interesses das Regiões de Saúde inseridas no NRS. Os Núcleos Regionais de Saúde foram criados pelo governo do estado da Bahia pela Lei nº 13.204 de 2014, na esteira das mudanças na estrutura organizacional da administração pública estadual que extinguiu as antigas Diretorias Regionais de Saúde (DIRES). Ou seja, os NRS foram criados por iniciativa do governo baiano. Têm dimensões mesoregionais no contexto intraestatal, pois agregam de duas a quatro Regiões de Saúde. No caso do exemplo mostrado na Figura 1, o NRS Centro-Norte é composto pelas RS de Irecê e de Jacobina, com um total de 38 municípios, sendo 19 localidades em cada região. Irecê e Jacobina são os municípios-polo de suas respectivas RS (OBSERVATÓRIO BAIANO DE REGIONALIZAÇÃO, 2021)

Nessa trama de governança, enquanto o coordenador tem mais ações na sua respectiva RS, as ações do coordenador adjunto abrangem todo NRS, mas são ações complementares e estratégicas na busca pela cooperação, articulação e conciliação de interesses multiescalares, sobretudo locais, regionais, mesorregionais e estaduais.

Pleitos aprovados na CIR são submetidos à aprovação da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), sendo também ela uma instância de deliberação, de negociação e de governança, atuando, porém, na escala estadual. No caso exemplificado pela Figura 1, ela é constituída por representantes da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e por representantes do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS).

A Comissão Tripartite (CIT) é composta por representantes do Ministério da Saúde e dos secretários municipais (CONASEMS) e estaduais de Saúde (CONASS). Da mesma forma que os arranjos regional e estadual supracitados, os pleitos da CIT também são aprovados por meio da construção de consensos. Trata-se, evidentemente, de consensos provisórios, atravessados pelas relações de poder assimétricas presentes nas negociações e embates, havendo, frequentemente, tentativas de imposição de propostas federais e estaduais sobre as dos representantes das demais escalas, seja de forma sutil e velada, seja de forma mais clara e direta.

Diante desse quadro de articulações e múltiplos arranjos político-territoriais, configura-se um sistema de ordenamento político-territorial próprio do Sistema Único de Saúde. Nessa difícil coordenação adquirida, destacam-se as diferentes posições e as capacidades de negociação dos coordenadores da CIR, além dos capitais relacionais (LIMA, 2019, p. 33) dos diversos secretários municipais de Saúde, com a colaboração de demais gestores do setor. Por conseguinte, configura-se um tipo de *governança territorial interescalar* que merece ser mais bem investigado empiricamente e qualificado em termos de horizontes e finalidades almejados.

Acrescente-se que os processos de regionalização, coordenação e cooperação federativa, somados à formação de camadas regionais/territoriais identificadas no SUS, fizeram emergir um regionalismo de novo tipo. Esse movimento de articulação política de base regional, específico no SUS, mobiliza ações, discursos e representações em torno da valorização das “regiões da saúde”. Assim, ações e estratégias de articulação de atores e

agentes (gestores e conselheiros) – suas pactuações, os conflitos entre interesses públicos e privados, os discursos sobre uma suposta (in)coerência setorial/regional – são organizadas na tentativa de fortalecimento mútuo, tanto para reivindicar recursos e vantagens federais quanto para consolidar um discurso sobre a legitimidade do recorte regional como escala intransponível para o funcionamento e a organização do SUS em uma lógica de cooperação federativa.

O complexo desenho político-institucional do SUS – por conseguinte, tece uma trama de pactuações estimulante, sendo um modo de ordenamento territorial calcado nos desafios do federalismo e do território brasileiro. Tal modelo passou por retrocessos diante da descoordenação e da recentralização imputadas pelo atual governo (NUNES RODRIGUES; AZEVEDO, 2020; ABRUCIO, 2020). No entanto, as comissões (CIR, CIB e CIT) e algumas iniciativas – como a criação do Fórum de Governadores, a mobilização de prefeitos, o Consórcio do Nordeste e a continuidade dos trabalhos das comissões (CIR, CIB e CIT) – evidenciaram, de certa forma, a resiliência da cooperação federativa diante de um contexto de descoordenação federal. Com efeito, a pandemia da Covid-19 evidenciou o caráter estratégico da coordenação federativa, mesmo em um quadro de intensa competição por recursos e insumos. Cabe, no entanto, aproximarmos empiricamente dos processos de governança do SUS, interessa-nos investigar se estes são pautados por óticas mais abrangentes em relação à construção de compromissos de base territorial e por uma agenda de expansão do acesso a direitos.

Considerações finais

Este texto teve o intuito de apresentar a trajetória das mudanças ocorridas no desenho do Sistema Único de Saúde (SUS), realçando as pactuações federativas e os estímulos à composição de novos arranjos político-territoriais em estruturas de governança. Vimos que a trajetória de consolidação do SUS se delineou por meio da instituição de arenas de pactuações voltadas à conformação de um verdadeiro mosaico, promovendo uma forma de ordenamento político-territorial por meio da definição de recortes e do acionamento de escalas consideradas estratégicas para a operacionalização

do sistema. Nele, as escalas políticas da federação e os diversos atores e agentes político-territoriais se articulam em estruturas de governança, em delicados processos de construção de compromissos para a promoção de ações de atenção à saúde.

Pode-se considerar que, nessa trajetória, não houve a “eliminação de escalas”, mas a conformação de um sistema resultante de “acréscimos de camadas superpostas e imbricadas”, em que cada uma desempenha um papel na dinâmica do SUS, por meio de suas instâncias de decisão e de negociação. As redes de atenção à saúde, por sua vez, integram serviços, ações, recortes territoriais e promovem, igualmente, conexões interescolares. As tensões resultantes dos conflitos de interesses no âmbito do SUS não são, portanto, desprezíveis. Porém, apesar de todos os desafios, os processos de construção de compromissos nas escalas regionais e mesorregional (CIR), estadual (CIB) e federal (CIT) expressam pactos político-territoriais possíveis, buscando integrar setores e territórios numa trama federativa complexa e dinâmica. Nesse sentido, é possível considerar que o sistema de saúde do Brasil configura um modelo afinado com os princípios de um federalismo cooperativo, específico do SUS, ainda que a lógica competitiva e os conflitos sejam latentes, como esperado em quaisquer arenas políticas.

Do ponto de vista analítico, interessou-nos recuperar o processo de instalação de um ordenamento territorial por meio da ativação de recortes e escalas e da criação de novas arenas de negociações, as quais organizam os conflitos no âmbito do sistema. Para tanto, observamos o estabelecimento de um conjunto de regulamentos e normas organizacionais que forneceram as balizas para acomodar as tensões e articulações necessárias à operacionalização do sistema. No entanto, embora o enquadramento normativo tenha sido decisivo, a criação dessas institucionalidades formais não é um fim em si mesmo. Ao nos referirmos ao conceito de governança territorial, mobilizamos capacidades governativas de naturezas distintas, associadas às possibilidades de construção de ambientes de confiança e de diálogo em torno de valores e de objetivos partilhados. Dessas capacidades, pode derivar a instauração de processos de aprendizagem política mais amplos.

Por conseguinte, malgrado todas as dificuldades e desafios enfrentados –insuficiência de financiamento federal, problemas de capacitação técnica e de gestão, desigualdades locais e regionais, além de retrocessos

e desestruturas à luz das crises econômica e político-institucional, o SUS se apresenta como um sistema de ordenamento territorial robusto e instigante. Sabe-se que o tempo das mudanças e das aprendizagens institucionais profundas é largo; portanto, soa-nos oportuna a realização de estudos comparativos, nas escalas subnacionais, focando os efeitos territoriais e políticos do SUS, em seus trinta anos de trajetória, na qualidade das pactuações federativas e de processos de governança territorial mais abrangentes. Tais investimentos deverão se orientar por questões de pesquisa interessadas nos potenciais de fomento de processos de aprendizagem sustentáveis, atinentes a um novo modo de fazer e pensar a política pública.

Referências

- ABRUCIO, F. *et al.* Combate à Covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 54, p. 663-677, 2020.
- ABRUCIO, F. Coordenação e cooperação no federalismo brasileiro: avanços e desafios. *In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. Estados, instituições e democracia: república*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010. Livro 9, v. 1, p. 177-212.
- ALBUQUERQUE, M. V. de. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros*. 2013. 290 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- ALBUQUERQUE, M. V. de; VIANA, A. L. d'Á. V. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 28-38, dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00028.pdf>. Acesso em: 19 set. 2020.
- ANDRADE, L. S.; COELHO, T. C. B. Contribuições da teoria macro-organizativa de Matus para a regionalização do SUS. *In: COELHO, T. C. B. (org.). Regionalização, articulação e regulação do SUS: valorizando os aportes locais*. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016. p. 83-130.

- ARRETCHE, M. (org.). *Trajetórias das Desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos*. São Paulo: Editora Unesp, 2015.
- ARRETCHE, M. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV Editora: Editora Fiocruz, 2012.
- ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. *As políticas da política: desigualdades e inclusão nos governos do PSDB e do PT*. São Paulo: Editora UNESP, 2019.
- BARBOSA, J. L. A governança e a governança territorial na agenda contemporânea. In: DINIZ, M. B.; BARBOSA, J. (org.). *Governança territorial na Amazônia: possibilidades e desafios em uma agenda democrática*. Belém: Paka-Tatu, 2019. p. 63-83.
- CAJUEIRO, J. P. de M. *O processo de regionalização do Sistema Único de Saúde no Brasil nos anos 2000: uma contribuição para o debate a partir do estudo da Região Metropolitana de Campinas*. 2019. 538 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Econômico) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Econômico, Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2019.
- CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200012&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 27 jan. 2021.
- DUARTE, L. S. *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/cKdvDBTfQJnTtBTkPdTtykr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 de set. 2020.
- FARINÓS, J. Gobernanza territorial para el desarrollo sostenible: estado de la cuestión y agenda. *Boletín de la AGE*, n. 46, p. 11-32, 2008.
- FERRÃO, J. Governança, governo e ordenamento do território em contextos metropolitanos. In: FERREIRA, A.; RUA, J.; MARAFON, G. J.; SILVA, A. C. P. (org.). *Metropolização do espaço: gestão territorial e relações urbano rurais*. Rio de Janeiro: Consequência, 2013. p. 255-282.
- FERRÃO, J. *O ordenamento do território como política pública*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2011.

- FIORI, J. L. O Federalismo diante do desafio da globalização. *In: SILVA, P. L. B.; AFFONSO, R. B. A. (org.). A Federação em Perspectiva: ensaios selecionados*. São Paulo: FUNDAP, 1995. p. 19-38.
- FONSECA, A. A. M. Localismo, desempenho institucional e (in)justiça territorial. *Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía*, n. 29, p. 473-492, 2019.
- FONSECA, A. A. M. Federalismo, descentralização e a emergência de localismos no Brasil. *In: FONSECA, A. A. M. et al. Estado, território e a dinâmica das fronteiras: reflexões e novos desafios*. Salvador: JM Gráfica e Editora, 2013. p. 159-186.
- INNERARITY, D. El poder cooperativo: otra forma de gobernar. *Cuadernos de Liderazgo*, ESADE, n. 2, p. 5-39, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Cidades@*. [S. l.]: IBGE, [s. d.]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 1 ago. 2021
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. Coordenação e cooperação no federalismo brasileiro: avanços e desafios. *In: IPEA. Estado, instituições e democracia: república*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010. Livro 9, v. 1, p. 177-212.
- LIMA, I. Pensar a governança territorial: entre a extensão e a compreensão do conceito. *In: DINIZ, M. B.; BARBOSA, J. (org.). Governança territorial na Amazônia: possibilidades e desafios em uma agenda democrática*. Belém: Paka-Tatu, 2019. p. 19-40.
- LUCHESE, Patrícia T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 14, p. 75-158, dez. 1996. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/130/132>. Acesso em: 26 nov. 2020.
- MANN, M. The autonomous power of the state (1984). *In: AGNEW, J. (ed.). Political geography: a reader*. London; New York; Sidney: Arnold, 1997. p. 58-81.
- NUNES, J.; SANFELICI, D. Ambiente institucional e diversidade territorial: considerações para uma agenda de pesquisa. *Geographia*, v. 20, p. 18-35, 2018.
- OBSERVATÓRIO BAIANO DE REGIONALIZAÇÃO. *Núcleos Regionais de Saúde (NRS)*. Salvador: Secretaria de Saúde, 2021. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/nrs>. Acesso em: 1 ago. 2021.

- OUVERNEY, A. M. A construção da municipalização da saúde: estratégias normativas. In: FLEURY, S. *Democracia e inovação na gestão local da saúde*. Rio de Janeiro: Cebes: Editora Fiocruz, 2014. p. 81-120.
- PUTNAM, R. D. *Comunidade e democracia: a experiência da Itália Moderna*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.
- RODRIGUES, J.; AZEVEDO, D. Pandemia do Coronavírus e (des-)coordenação federativa: evidências de um conflito político-territorial. *Espaço e Economia*, ano 9, n. 18, 2020
- RODRIGUES, J. N.; MOSCARELLI, F. Os desafios do pacto federativo e da gestão territorial compartilhada na condução das políticas públicas brasileiras. *GeoTextos*, v. 11, n. 1, jul. 2015.
- RODRIGUES, J. N. *La coopération intercommunale: regards croisés entre la France et le Brésil*. 2010. Tese (Doutorado em Geografia) – Université Jean Moulin Lyon, Lyon, 2010.
- REIS, J. *Ensaio de economia impura*. Coimbra: Almedina, 2009.
- SANFELICI, D.; NUNES, J. Desigualdades, escalas de ação e território. In: FERRERAS, N. (org.). *Desigualdades globais e sociais em perspectiva temporal e espacial*. São Paulo: Hucitec, 2020. p. 276-306.
- SANTOS, M. H. *Governabilidade, governança e capacidades governativas: algumas notas*. Brasília: MARE/ENAP, 1996.
- VIANA, A. L. d'Á. *Descentralização e política de saúde: origens, contexto e alcance da descentralização*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- VIANA, A. L. d'Á. Região e redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, n. 17, p. S17-S26, out. 2017. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/4cR-GtDKTb8F6Vvj7fXVnKNq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 ago. 2020.