



Textos para Discussão

ELEMENTOS PARA O PLANEJAMENTO REGIONAL EM SAÚDE



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República
Jair Bolsonaro

Ministro da Saúde
Luiz Henrique Mandetta

Secretaria-Executiva
João Gabbardo dos Reis

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Nísia Trindade Lima

SAÚDE AMANHÃ

Coordenação geral
Paulo Gadelha

Coordenação Executiva
José Carvalho de Noronha

Coordenação Editorial
Telma Ruth Pereira

Apoio técnico
Natalia Santos de Souza Guadalupe

Normalização bibliográfica
Monique Santos

Projeto gráfico, capa e diagramação
Robson Lima — Obra Completa Comunicação

TEXTOS PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos desenvolvidos no âmbito do Projeto Saúde Amanhã, disseminando informações sobre a prospecção estratégica em saúde, em um horizonte móvel de 20 anos.

Busca, ainda, estabelecer um espaço para discussões e debates entre os profissionais especializados e instituições do setor.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade das autoras, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Fiocruz/MS.

O projeto Saúde Amanhã é conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no contexto da "Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030"/Fiocruz.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

URL: <http://saudeamanha.fiocruz.br/>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R484e Ribeiro, Luis Henrique Leandro

Elementos para o Planejamento Regional em Saúde/ Luis Henrique Leandro Ribeiro, Ricardo Dantas de Oliveira, Juciano Martins Rodrigues. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020.

54 p. – (Textos para Discussão; n. 44)

Bibliografia: p. 47-54.

1. Planejamento Regional em Saúde. 2. Planejamento Regional no Brasil. 3. Demandas em Saúde. 4. Metodologia. I. Ribeiro, Luis Henrique Leandro. II. Oliveira, Ricardo Dantas de Oliveira. III. Rodrigues, Juciano Martins. IV. Fundação Oswaldo Cruz. V. Título. VI. Série.

CDU:614.2(81):711.2

Textos para Discussão
Nº 44

ELEMENTOS PARA O PLANEJAMENTO REGIONAL EM SAÚDE

Luis Henrique Leandro Ribeiro
Ricardo Dantas de Oliveira
Juciano Martins Rodrigues

Rio de Janeiro, abril 2020

AUTORES

Luis Henrique Leandro Ribeiro

Graduação em Geografia pela Universidade Estadual de Campinas - Unicamp (2005), Doutor em Geografia pela Universidade Estadual de Campinas - Unicamp (2015) e Pós-Doutorado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ (2019). Desde 2015 é colaborador do projeto Brasil Saúde Amanhã de Prospecção Estratégica do Sistema Único de Saúde na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Atualmente é Professor Adjunto no Departamento de Geografia da Faculdade de Formação de Professores da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FFP/UERJ).

Ricardo Dantas de Oliveira

Graduação em Geografia pela Universidade Estadual Paulista - UNESP/ campus Rio Claro (2002), Doutor em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas -Unicamp (2012) e Pós-Doutorado no Observatório das Metrôpoles do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional (IPPUR/UFRJ). Atualmente é Pesquisador do Laboratório de Informação em Saúde (Lis/Icict), coordenador do projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) e colaborador do projeto Brasil Saúde Amanhã de Prospecção Estratégica do Sistema Único de Saúde na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Juciano Martins Rodrigues

Graduação em Ciências Econômicas pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC-GO (2003), Mestre em Estudos Populacionais e Pesquisa Social pela Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE/IBGE) e Doutor em Urbanismo pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. É pesquisador colaborador no Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional (IPPUR/UFRJ) e pesquisador membro do Comitê Gestor do INCT Observatório das Metrôpoles.

SUMÁRIO

Introdução	7
Planejamento Regional no Brasil: trajetórias e elementos centrais com foco na discussão sobre localizações	9
Planejamento Regional em Saúde: apontamentos sobre trajetórias, tendências e desafios no Brasil	11
Dimensões da Demanda e das Necessidades em Saúde para Pensar o Planejamento Regional	12
À guisa de Conclusão: proposta de metodologia de planejamento regional a partir das relações entre demanda e oferta em saúde	16
Referências Bibliográficas	17

ELEMENTOS PARA O PLANEJAMENTO REGIONAL EM SAÚDE

1. INTRODUÇÃO

A *regionalização* é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), junto com a *descentralização política e participação social*. Busca-se através dela, a integração sistêmica e hierarquização de um conjunto de ações e serviços de saúde segundo sua complexidade, no âmbito de um determinado recorte espacial e planejada conforme os critérios epidemiológicos e o conhecimento da população atendida.

O Art. 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988) ao definir a saúde como direito de todos e dever do Estado, institui a garantia da mesma através de “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”. Sendo que o Art. 198 rege que as ações e serviços públicos de saúde devem constituir uma rede regionalizada e hierarquizada integrando um sistema único, cuja organização deve orientar-se por três diretrizes: (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.

A regionalização objetiva garantir os princípios constitucionais da *integralidade* da atenção à saúde com *equidade e universalidade* do acesso, além de constituir um vetor do planejamento regional mais amplo e do desenvolvimento na superação das desigualdades territoriais (intra e inter-regionais) no país (Gadelha *et al*, 2011; Lima *et al*, 2012). Logo, não deveria se limitar apenas à distribuição espacial de serviços e recursos em saúde, mas remeter a ações e políticas de desenvolvimento regional de médio e longo prazos voltadas à transformação e à superação das assimetrias históricas do território brasileiro.

Ao propormos aqui elementos para uma metodologia de planejamento regional com base nas dimensões da oferta e da necessidade em saúde, o estudo busca problematizar e situar duas questões centrais e seus *nós* nesse esforço: o modelo de desenvolvimento dicotômico que aparta proteção social e economia, de um lado; e, por outro, a baixa incorporação da perspectiva territorial tanto nas políticas de saúde quanto no planejamento e desenvolvimento regional.

Em síntese esses *dois nós* historicamente presentes no caso brasileiro podem ser compreendidos como: (i) a dificuldade da política de saúde em incorporar a dimensão territorial de forma mais estratégica no planejamento e regionalização do sistema (Gadelha *et al*, 2011; Albuquerque, 2014); e (ii) o modelo desenvolvimentista brasileiro que em suas experiências históricas tendeu a divorciar proteção social e economia (Gadelha, 2003 e 2006; Viana e Elias, 2007; Machado *et al*, 2010), além da ausência ou baixa incorporação da perspectiva territorial (Silva,

2013, Monteiro Neto *et al*, 2017; Couto, 2017; Brandão, 2020) – das diversidades e desigualdades regionais – também observada no planejamento e desenvolvimento regional de um modo geral (Limonad, 2004), e não apenas na saúde.

Perspectiva territorial compreendida nesse estudo enquanto *regionalização de fato*, totalidade da vida coletiva e dos interesses e agentes presentes, e não apenas *regionalização como ferramenta* de ação hegemônica (Ribeiro, 2004). Ou seja, enquanto *espaço banal* (Santos, 1994), todo o espaço, sinônimo de *território usado* pelo conjunto das empresas, grupos, pessoas e instituições, o espaço de todos em suas diversidades e desiguais graus de organização, recursos e poder.

Ainda que a questão regional venha sendo debatida e trabalhada no Brasil – tanto na produção científica, quanto nas políticas públicas – desde a metade do século XX, e com algumas ações do Estado de cunho regional já observadas em meados do século XIX no período do Brasil Império (Campolina, 2014; Portugal e Silva, 2020), contudo os conceitos de região, regionalização e ordenamento territorial têm sido empregados de forma polissêmica e pouca precisão; além do mais se verifica durante todo esse período que as políticas setoriais ancoradas na regionalização têm ocorrido de modo desarticulado, ainda que tendo como base comum o território (Contel e Balbim, 2013).

O enfrentamento e superação dos *nós* identificados (modelo dicotômico de desenvolvimento e baixa incorporação da perspectiva territorial no planejamento) foram buscados nos anos 2000 através de programas e políticas dos governos de coalização liderados pelo Partido dos Trabalhadores, no período 2003-2016. Destacam-se alguns processos e iniciativas que resultaram nas ações e políticas de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas duas edições da Política Nacional de Desenvolvimento Regional – PNDR I e II (Alves e Rocha Neto, 2014; Resende *et al*, 2015), os quais serão abordados e discutidos a seguir no estudo.

Silva (2013) destaca que essa abordagem da perspectiva territorial incorporada pelas ações do governo federal a partir de 2003 apresentou quatro pontos comuns: (i) busca de definição de recortes espaciais para atuação; (ii) priorização das áreas com concentração de pobreza; (iii) atuação de forma descentralizada; (iv) priorização da participação social e das instâncias coletivas e de deliberação. Embora tais ações e programas tenham alcançado bons resultados, como a formação de novos projetos e arranjos institucionais locais aproximando gestores públicos e atores sociais, o autor ressalta que persistiram entraves à consolidação e à institucionalização da abordagem territorial na ação estatal no Brasil. Sobretudo, considerando que “a retórica discursiva presente nos documentos oficiais não foi acompanhada no mesmo ritmo por inovações normativas que a legitimem” (p.6).

Brandão (2020) também conclui que a ação estatal no Brasil apresenta dificuldade na incorporação estrutural e definitiva da perspectiva territorial nas políticas públicas a partir da “criativa articulação e cooperação intersetorial, transescalar e multidimensional, fundada nas potencialidades da diversidade cultural e regional do país e envolvendo tarefas hercúleas e de natureza estrutural” (p. 341). Para Couto (2017) tal perspectiva no planejamento deve partir do território e seus sujeitos enquanto plataforma de integração das políticas públicas, elemento de diálogo e contato concreto entre os entes federativos e a sociedade, além de ser fundamental ao planejamento de longo prazo alinhado a instrumentos de curto e médio prazo.

Gadelha *et al*. (2011) também apontam que a definição tradicional de território incorporada na saúde pública – enquanto recorte geométrico de uma área delimitada no espaço ao qual

uma dada população é referenciada – dificulta o planejamento e a política regional integrada, pois desconsidera a “dinâmica dos territórios (em seus aspectos econômico, político, cultural e social), o fluxo das populações e os condicionantes macroestruturais que cristalizam e reproduzem a iniquidade” (p. 3009). Além disto, destacam esses autores, a compreensão de que a saúde não é apenas uma consequência, mas ela própria “portadora de desenvolvimento, ainda não parece ter sido explorada no âmbito da retomada do planejamento estratégico nacional e da definição do novo padrão de desenvolvimento nacional” (p.3013). Nesse sentido, Lima *et al* (2012) defendem a “necessidade de ampliar o enfoque territorial no planejamento governamental e integrar políticas setoriais ao desenvolvimento regional de médio e longo prazo para fortalecer a regionalização e superar entraves ao acesso aos serviços de saúde no Brasil” (p. 2881).

Ao abordar o processo recente de crescimento econômico no Brasil no período 2004 a 2010, Brandão (2020) aponta que deveriam ter sido melhor articulados e reforçados os setores de grande capilaridade territorial vinculados aos complexos da saúde, educação, habitação, saneamento, transporte urbano, recursos hídricos, energias renováveis, agricultura, processos produtivos de baixa intensidade de uso de recursos naturais e energia. Para o autor o desenvolvimento econômico supõe que “as inversões de capital que ocorram tenham potência não só em termos de quantidade, mas, antes de tudo, de qualidade, isto é, gerem encadeamentos intra e inter-setoriais (inter e intrarregionais e intra e intraurbanos também)”, coordenando e articulando “equações financeiras científicas, tecnológicas, ambientais, educacionais, de CT&I e políticas interfederativas que articulem e desenvolvam capacitações” (Brandão, 2020, p.330).

A capilaridade do SUS é estruturante na organização e dinâmica das redes urbanas, fomentando investimentos, geração de emprego e renda, além do fortalecimento de trajetórias regionais de desenvolvimento em diversas escalas (Gadelha *et al*, 2011; Feitosa e Guimarães, 2015). Logo, fundamental numa política nacional de desenvolvimento regional para superar as desigualdades socioespaciais através da distribuição justa dos bens e serviços públicos e da garantia ao acesso universal e com equidade aos mesmos.

O planejamento deve ser compreendido e construído enquanto sistema nacional, coordenando níveis de governo, os diferentes setores e atores numa perspectiva de longo prazo visando mudanças estruturais e o enfrentamento das desigualdades sociais e espaciais (Piquet e Ribeiro, 2008). Daí a importância da dimensão territorial e regional no planejamento, considerando as dinâmicas urbano-regionais (Santos e Silveira, 2001; Moura, 2012; Araújo, 2013; Siqueira, 2013; Sposito, 2017) que nos dão o sentido histórico e os condicionantes atuais para pensar e propor o futuro da formação socioespacial brasileira enquanto mediação dos processos globais e a vida de relações nos lugares e regiões do país. Um futuro mais justo, solidário e menos desigual.

O estudo busca resgatar e analisar esses processos e trajetórias, situando os desafios atuais e propondo elementos para refletir o planejamento regional em saúde a partir das dimensões da demanda e da oferta em saúde. Além dessa Introdução o estudo compõe-se: de um capítulo sobre o Planejamento Regional, destacando seu histórico e principais experiências e desdobramentos no Brasil; seguido de um segundo capítulo específico sobre o Planejamento Regional em Saúde no país; nas duas seções do capítulo três buscamos elaborar e sistematizar elementos das dimensões da oferta e da demanda em saúde para pensar o planejamento; no quarto capítulo fechamos o estudo com algumas sínteses propondo uma metodologia para o planejamento regional em saúde.

2. PLANEJAMENTO REGIONAL NO BRASIL – TRAJETÓRIAS E ELEMENTOS CENTRAIS COM FOCO NA DISCUSSÃO SOBRE LOCALIZAÇÕES

A origem das reflexões sobre espaço e região e a atenção dada à distribuição desigual dos fatos humanos e econômicos remonta ao século XVII. O planejamento regional moderno enquanto área de conhecimento nasce da aproximação de diversos saberes sobre o espaço que evoluem desde então. Tais saberes, sistematizados sobretudo por geógrafos e economistas, foram mobilizados, em um primeiro momento, para compreender e, em um segundo, para intervir sobre o desigual dinamismo territorial já detectado em diversos países a partir da virada do século XIX para o século XX.

Apesar de suas raízes teóricas remontarem ao século XVII e aos trabalhos pioneiros de economistas e geógrafos, o trabalho de Johann Heinrich Von Thunen na segunda década do século XIX é considerado de fato o marco original da evolução de um corpo teórico que viria a influenciar os estudos sobre o espaço durante o século XIX e ao longo de todo o século XX (North, 1977; Monasterio e Cavalcante, 2011). Na literatura, o conjunto de trabalhos elaborados entre 1826, quando Von Thunen publica *O Estado Isolado*, e 1956, quando Walter Isard publica *Localização e economia espacial*, corresponde ao que ficou convencionalmente denominado “Teorias Clássicas da Localização”. Completam essa linha teórica da economia espacial os alemães Alfred Weber, Walter Christaller e August Losch. O ponto comum que os une diz respeito à explicação das decisões locacionais fundamentada em escolhas individuais que estão, portanto, exclusivamente no âmbito da firma, que - levando em consideração os custos de transporte - procura determinar sua localização ótima (Monasterio e Cavalcante, 2011).

Nesse enfoque, as variáveis do mercado são os principais mecanismos determinantes das escolhas de localização dos indivíduos (firmas). Trata-se de uma perspectiva “em que os indivíduos, independentes uns dos outros e movidos por seus interesses estritamente pessoais, fazem emergir uma ordem que concilia eficiência alocativa e liberdade individual” (Abramo, 2001, p. 11).

A desestabilização provocada pela I Guerra Mundial, com o declínio de certas regiões industriais e, posteriormente, a Crise de 29, expõe os limites da auto-regulação do mercado e confere, nas palavras de Claval (2012), uma dimensão trágica ao desenvolvimento econômico. É a partir desse contexto que o planejamento, enquanto intervenção direcionada do Estado, obtém resultados práticos e eficazes. Presença frequente na literatura sobre o tema, um exemplo clássico desse tipo de ação intervencionista orientada por uma visão territorial é o Tennessee Valley Authority (TVA)¹ nos Estados Unidos, que viria, inclusive, a inspirar, no Brasil, a criação da Companhia de Desenvolvimento do Vale do São Francisco (CODEVASF).

A partir, portanto, das primeiras décadas do século XX e principalmente no pós-segunda guerra, diferentes nações passam a incorporar e aplicar no planejamento estatal os saberes que dão conta da questão espacial. Incorporadas de diferentes formas, ritmos e intensidades por essas nações ao longo do tempo, essa aplicação variou de acordo com seus níveis de desenvolvimento em cada época e determinou como e quando as teorias daí derivadas vão desembarcar em cada país.

¹ Trata-se de uma autarquia criada na década de 1930 para o desenvolvimento de um vasto território nos EUA a partir do aproveitamento dos recursos naturais do Vale do Tennessee com vistas ao desenvolvimento econômico, social e tecnológico, cujo pilar era a produção energética.

No caso brasileiro, o aparecimento de uma questão regional,² ainda na primeira metade do século XX, levou à busca de fundamentos teóricos e metodológicos para a regionalização e para a intervenção Estatal orientada por uma visão territorializada. Nesse momento, o planejamento governamental assumiu uma forma voltada tanto para o ordenamento e planejamento do território quanto para a implementação de políticas públicas direcionadas, especialmente, para a redução de desigualdades espaciais e, especificamente, para atacar o problema das secas.

A busca por esses fundamentos, como aponta Campolina (2014), envolve tanto a importação de formulações teóricas estrangeiras como o desenvolvimento de uma escola de planejamento brasileira, cujo expoente maior e mais influente é o economista Celso Furtado (1920-2004). Ao apontar a impossibilidade de desassociar o desenvolvimento do país de sua questão regional, ou melhor, da marcante desigualdade regional fruto da ocupação econômica fragmentada, Furtado lança as bases para a estruturação de um pensamento regional brasileiro (Furtado, 2007).

Nas décadas iniciais do século XX, no Brasil, diante do esgotamento do modelo primário-exportador, as primeiras ações de intervenção na economia estiveram voltadas, sobretudo, para o fomento à industrialização, se intensificando na década de 1930, a partir do primeiro governo Getúlio Vargas (1930-1945). É dessa época, por exemplo, a implantação da Usina Siderúrgica de Volta Redonda, a fundação da Fábrica Nacional de Motores e investimentos pesados em infraestruturas de comunicação e transporte. Nesse período, nas palavras de Mendes (1978, p. 80), “os grupos sociais sentiram-se na contingência de reconhecer as limitações inerentes de uma economia voltada fundamentalmente para o exterior”.

Nesse contexto, segundo Mendes e Matteo (2011), nas discussões sobre o papel do Estado no incentivo à industrialização e no planejamento econômico, sobressaíam três linhas e correntes teóricas distintas³. A primeira, que tinha Roberto Simonsen⁴ como expoente, defendia objetivos desenvolvimentistas atrelados a uma ação empresarial privada nacional. A segunda, denominada internacionalista, pautava-se em princípios teóricos liberais atrelados ao capital externo, sendo defendida por Roberto Campos⁵. E, por fim, uma linha heterodoxa que defendia uma base teórica estruturalista, no sentido de criar um modelo capitalista nacional próprio e autônomo, representada pelo pensamento de Celso Furtado.

O debate em torno do desenvolvimento e do papel do Estado na economia se dava a reboque das próprias mudanças econômicas experimentadas pelo país, que rompia com a lógica primário-exportadora predominante até finais do século XIX, quando praticamente se prescindia da relação entre as regiões, de um modo que cada subespaço nacional conectava-se mais ao exterior e aos centros decisórios da economia mundial (Oliveira e Werner, 2014). De acordo com Cano, embora já existissem atividades econômicas inseridas em contextos regionais constituí-

² Segundo Cano (2007), “a Questão Regional”, se refere ao problema dos desequilíbrios regionais da economia brasileira constatado nos anos 1950. Campolina (2014) acrescenta, por sua vez, que esse problema regional se torna uma preocupação nacional com as grandes secas no Nordeste desde o regime imperial.

³ Embora distintas, todas seguiam em sentido contrário a outra corrente ideológica deliberadamente liberal liderada por Eugênio Gudin, principal porta-voz do monetarismo neoclássico no país (Mantega, 1987).

⁴ Roberto Cochranne Simonsen (1889-1948) era engenheiro e foi considerado o líder do industrialismo brasileiro nas décadas de 1920 a 1940, sendo o idealizador de instituições como o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai) e o Serviço Social da Indústria (Sesi). Foi ainda deputado federal e senador por São Paulo nas décadas de 1930 e 1940.

⁵ Roberto de Oliveira Campos (1917-2001) foi um economista, diplomata e político brasileiro influente durante boa parte do século XX, sendo presidente do BNDE entre 1958 e 1959 e Ministro do Planejamento entre 1964 e 1967 (Sandroni, 1999).

dos num mesmo sistema nacional, “não possibilitaram a formação de um complexo integrado que pudesse desencadear um processo dinâmico de acumulação ao próprio sistema em que estão inseridas” (Cano, 2007, p. 26).

A partir de 1930, a constituição de São Paulo como um centro dinâmico nacional abre as possibilidades para uma reestruturação da organização espacial da economia, “resultando em uma articulação comercial entre as regiões, fundamental para a constituição de um mercado interno”⁶. Assim, a crescente concentração produtiva regional deu margem ao reconhecimento de uma Questão Regional no Brasil, cujo foco apontava especificamente para a região Nordeste (Oliveira e Werner, 2014).

Com a atuação governamental assumindo claramente um caráter intervencionista e estatizante no período 1930-1945 (Mendes, 1978), as ações públicas já assumiam algum enfoque regional⁷, com a incorporação, inclusive, das ideias que circulavam nos meios acadêmicos. No período imediato ao pós-guerra, entretanto, o Estado torna-se menos atuante nos assuntos que se referem ao planejamento econômico, sendo seu principal instrumento de ação o Plano Salte, que incorporava os temas da saúde, alimentação, transporte e energia. Sua vida, porém, foi curta, sendo considerado uma tentativa mal sucedida de elaboração e execução de planos nacionais (Mendes, 1978).

Durante a segunda administração Vargas (1951-1954) há uma clara reorientação da atuação estatal. Nesse período já circulavam entre os planejadores brasileiros as ideias e os diagnósticos da Comissão Econômica para América Latina (CEPAL) (Cargnin, 2014), com seus alertas para o fato de os países atrasados sofrerem as desvantagens do papel de meros fornecedores de produtos primários para o mercado internacional (Mantega, 1987)⁸. Assim, a partir desse ponto, com o abandono de ideias liberais prevalecentes no Governo anterior, os esforços industrializantes e a prática de planejamento se intensificam e o Estado passa a desempenhar um papel mais ativo na economia (Mendes, 1978). Essas ações apontavam também para uma atuação regional na medida em que “surgiram interpretações que consideravam necessárias intervenções públicas no mercado, a fim de eliminar as barreiras contra uma integração regional plena” (Nabuco, 2007, p. 66). São exemplos desse período, a criação da Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia (SPVEA), que delimitou a Amazônia Legal, a criação do Departamento de Obras Contra a Seca (DNOCS) e da Inspeção Federal de Obras Contra as Secas (IOCS), do Instituto do Açúcar e do Alcool (IAA) e, já no início dos anos 1950, a fundação do Banco do Nordeste (BNB).

Com a eleição do presidente Juscelino Kubitschek, a política econômica reassume e reforça os incentivos à industrialização do país, inclusive com o Estado optando por incrementar a indústria onde ela já existia, seguindo a linha dos polos de desenvolvimento de Perroux (Mendes

⁶ Com base em Galvão (1987) e Cano (2007), Oliveira e Werner (2014) afirmam: “À parte a centralização política, favorecida pela ditadura iniciada em 1937, ações como interligações rodoviárias e reformas do sistema de tributação interestadual favoreceram enormemente o movimento de industrialização e o processo de concentração produtiva em São Paulo, ao passo que expunham as atividades produtivas periféricas à concorrência comercial em âmbito nacional” (Oliveira e Werner, 2007).

⁷ Sobretudo quando se considera as investidas em infraestrutura de transporte e comunicação, que incluíam o Plano Geral de Viação (1934), O Plano de Obras Contra as Secas no Nordeste, Plano de Remodelação, Extensão e Embelezamento da Cidade do Rio de Janeiro, e o Plano Especial de Obras Públicas e Aparelhamento de Defesa Nacional (1939-1943), considerado o primeiro plano quinquenal brasileiro (Mendes, 1978).

⁸ É dessa época a criação do grupo formado por técnicos do BNDE e da CEPAL, conhecido como Grupo Misto BNDE-CEPAL (Mendes, 1978; Mantega, 1987).

e Matteo, 2011). Mais que uma política voltada para aspectos específicos como a industrialização, “o sentido da intervenção passou a ser a alteração do próprio modelo de desenvolvimento” (Lima e Simões, 2009) ou, como preferiram Piquet e Ribeiro (2008), um planejamento para a mudança e relevância do desenvolvimento.

Como recorda Diniz e Crocco (2006), os anos de 1950 e 1960 são de fato as décadas da primeira geração de políticas regionais, sob um ambiente teórico fortemente influenciado pelo keynesianismo⁹. Em outras palavras, tratava-se de políticas influenciadas pela “corrente de pensamento que coloca em questionamento a hipótese de existência de mecanismos automáticos de correção dos mercados e, portanto, defendendo a necessidade de uma intervenção externa na economia” (Diniz e Crocco, 2006, p. 10).

Vale destacar que, além de François Perroux, as políticas econômicas nos países em desenvolvimento, nessa época, encontram raízes em outros quatro autores principais: Boudeville, Myrdal, Hirschman e North. Além de compor uma corrente que defende a necessidade de uma intervenção externa na economia com muitos efeitos práticos, esses autores ofereceram importantes diagnósticos e um sofisticado repertório metodológico e conceitual a respeito dos mecanismos que determinam a concentração de investimento e do crescimento em determinadas regiões em detrimento de outras, bem como o desenvolvimento pode transbordar de uma região para outra (Diniz e Crocco, 2006).

Além de partilharem o entendimento de que o desenvolvimento regional não era garantido automaticamente pelas forças de mercado, esses teóricos não se esquivaram do papel de indicar estratégias políticas que objetivavam impulsionar o desenvolvimento e reduzir as desigualdades regionais. Em linhas gerais, segundo Diniz e Crocco (2006), o rol de estratégias incluía: (i) a promoção de investimentos promovidos pelo estado, ou o Big-Push de Rosenstein-Rodan (1943); (ii) a instalação de uma indústria motriz, ideia central dos polos de crescimento de Perroux; (iii) a superação das diferenças entre as estruturas produtivas com industrialização de regiões atrasadas, presente tanto em Myrdal quanto em Hirschman; (iv) os mecanismos de compensação para regiões atrasadas; (v) o investimento estratégico do setor público em infraestrutura ou empresas estatais; e (vi) as restrições à localização de atividades em determinadas regiões.

Destacam-se, por sua reverberação e capacidade de influência, as Teorias do Polo de Crescimento de Perroux e Boudeville, a Teoria do Processo de Causação Circular Cumulativa de Myrdal, a Teoria da Transmissão Inter-regional do Crescimento de Hirschman e a Teoria da Base Exportadora de North (Lima e Simões, 2009). Tais teorias são fundamentadas na ideia geral de que a aglomeração de atividades é um fator de localização de novas atividades e, logo, de crescimento e desenvolvimento (Monasterio e Cavalcante, 2011).

Os trabalhos desses autores tiveram enorme influência no pós-guerra e, em várias partes do mundo, políticas foram baseadas na aplicação de suas ideias para a solução dos problemas relacionados às disparidades regionais. No Brasil, também é nesse período que ficam em evidência as teorias desenvolvidas por eles, com grandes impactos sobre o planejamento regional e as políticas econômicas adotadas no país (Lima e Simões, 2009).

Como afirmamos, as ações planejadas do Estado foram fundamentais para o processo de desenvolvimento brasileiro, sobretudo entre 1950 e 1980. Dessa forma, sem esquecer que nesse

⁹ Sobre quais autores influenciaram a conformação das teorias do desenvolvimento formuladas sobretudo nos anos de 1950, Monasterio e Cavalcante (2011) chamam a atenção que, embora se perceba uma certa influência da obra de Marshall (1890), são mais presentes e facilmente identificáveis as influências exercidas por Keynes e Schumpeter.

contexto a industrialização era vista como a única forma de superar a pobreza e o subdesenvolvimento, ganham importância e destaque as teorias relacionadas aos polos de crescimento. Lima e Simões (2009, p.8) explicam que o polo de desenvolvimento de Perroux “é uma unidade econômica motriz ou um conjunto formado por várias dessas unidades que exercem efeitos de expansão, para cima e para baixo, sobre outras que com ela estão em relação”. Assim, nessa perspectiva, através de efeitos de complementariedade e concentração zonas de desenvolvimento são estimuladas nas regiões.

Na experiência histórica brasileira, a partir da metade dos anos 1950, as ações nesse sentido se traduzem em um projeto de construção de um parque industrial importante, enquanto o país se coloca como um postulante ao restrito grupo de potências mundiais, inaugurando duas décadas de grande expansão e de intensa modernização da economia do país e criando as bases de uma economia que passa a operar em bases cada vez menos locais e cada vez mais nacionais (Araújo, 2000). Monasterio e Cavalcante (2011, p. 65) lembram que o conceito de polo de crescimento de Perroux “é, explícita ou implicitamente, um dos mais empregados na formulação de políticas de desenvolvimento regional”.

Já a contribuição complementar de Boudeville aponta para uma abordagem que concebe o espaço a partir de um caráter mais operacional, como uma realidade concreta, ao mesmo tempo, material e humana (Lima e Simões, 2009). A partir dessa intenção, distingue o espaço geográfico do ponto de vista econômico, das interdependências e hierarquias e, por fim, do ponto de vista político ou como centro de decisão. Ao mesmo tempo, ao contrário de Perroux, busca conceituar a região, que em sua perspectiva se distancia da noção abstrata de espaço, assumindo uma forma de contiguidade da superfície, o que facilita a ação coletiva e o desenvolvimento de um plano de ação (Lima e Simões, 2009).

Dessa forma, para Boudeville, a região pode ser vista como: (i) *homogênea*, quando corresponde a um espaço contínuo e suas partes são semelhantes, ou *heterogênea*, onde suas diversas partes são complementares, mas diferentes e posicionadas em um sistema hierarquizado; (ii) *polarizada*, quando considera a interdependência das aglomerações urbanas; (iii) *uma região-plano*, quando é concebida como um espaço contínuo e suas diversas partes estão sobre o domínio de um mesmo poder decisório. Esse autor avança também na direção de estabelecer fronteiras, com vistas à definição de regiões passíveis de observação estatística. No caso das regiões homogêneas, estas podem ser definidas pela reunião no espaço de pequenas unidades locais que apresentam as mesmas características através da observação de indicadores como renda per capita, níveis de industrialização, alfabetização etc. No caso das regiões polarizadas a definição é baseada nas interdependências em torno de um polo, determinando sua esfera de influência e sua hierarquia com a utilização de índices diretos, como a densidade populacional e os custos de transporte (Lima e Simões, 2009). Já no caso das regiões-plano, considera-se as duas primeiras noções e os efeitos de aglomeração ou polarização de acordo com os problemas analisados em seus limites.

Por sua vez, a principal contribuição de Myrdal para o planejamento regional é a teoria da causalção circular cumulativa, que busca explicar a dinâmica econômica regional e “segundo a qual o círculo vicioso do atraso e da pobreza pode ser rompido pela aplicação planejada de reformas econômicas (Sandroni, 1999). Tal teoria deriva dos estudos desenvolvidos pelo autor em países subdesenvolvidos e se opõem a ideia clássica do equilíbrio estável, na medida em que não existe uma tendência automática das forças econômicas em direção a um ponto de

equilíbrio no sistema social. Ao contrário, o sistema econômico é algo eminentemente instável e desequilibrado. Do ponto de vista teórico, a análise de Myrdal, como as demais dessa época, passa a rivalizar com as teorias clássicas da localização¹⁰ que, ao privilegiarem as decisões locais do ponto de vista da firma, tendiam a desprezar os efeitos da aglomeração (Monasterio e Cavalcante, 2011).

De maneira sintética, Lima e Simões (2009) explicam a importância dessa abordagem para a análise do desenvolvimento regional:

[...] um processo de causação circular é válido para explicar uma infinidade de relações sociais, como, por exemplo, a perda de uma indústria em determinada região. Os efeitos imediatos desta perda são o desemprego e a diminuição da renda e da demanda locais. Estes por sua vez provocam uma queda da renda e da demanda nas demais atividades da região, o que já configura um processo de causação circular cumulativa em um ciclo vicioso. Se não ocorrerem mudanças exógenas nesta localidade a mesma se tornará cada vez menos atrativa, de tal forma que seus fatores de produção, capital e trabalho, migrarão em busca de novas oportunidades, provocando uma nova diminuição da renda e da demanda locais (Lima e Simões, 2009, p. 13).

Nessa lógica, as ações públicas regionais desempenham papel fundamental para contrabalançar ou neutralizar os princípios de funcionamento de causação circular cumulativa e seus “efeitos de retroação” (*backwash effects*), reduzindo as desigualdades e as divergências regionais através de “efeitos difusão” (*spread effects*), que levariam o transbordamento do desenvolvimento para regiões atrasadas (Lima e Simões, 2009; Monasterio e Cavalcante, 2011).

Fechando par com Myrdal, a abordagem de Hirschman se enquadra no que a literatura econômica denominou teoria do desenvolvimento desigual (Lemos, 2006). Sua teoria, por seu turno, está centrada na explicação do desenvolvimento e como o mesmo pode ser transmitido de uma região para outra (Lima e Simões, 2009) a partir da identificação de efeitos positivos (*trickle-down*) e negativos (*polarization*) que atuariam sobre a dinâmica de crescimento.

Como nos demais teóricos do desenvolvimento com enfoque na aglomeração, a teoria de Hirschman parte do pressuposto de que o desenvolvimento econômico não ocorre igualmente em toda parte e tende a se concentrar espacialmente em torno do ponto onde se inicia. Para além desse pressuposto inicial, para esse autor “o desenvolvimento ocorre como uma cadeia de desequilíbrios durante longo período de tempo, cuja simultaneidade é apenas parcial” (Lima e Simões, 2009, p. 18). Monasterio e Cavalcanti (2011, p. 70) afirmam que os desequilíbrios seriam, justamente, “a forma de as economias (ou regiões) periféricas potencializam seus recursos escassos” e explicam que ocorrendo “complementariedade entre as áreas, a dinâmica poderia reduzir o desemprego disfarçado da região pobre por meio do aumento de suas exportações¹¹”.

¹⁰ Segundo Lima e Simões (2009, p. 12), “Myrdal defende a ideia de que o processo de causação circular cumulativa reflete de maneira mais realista as mudanças ocorridas na sociedade quando comparado à hipótese clássica do equilíbrio estável, pois não há uma tendência automática das forças econômicas em direção a um ponto de equilíbrio no sistema social”.

¹¹ Aqui se faz referência especialmente ao efeito positivo (*trickling-down*), que segundo Lima e Simões (2009, p. 20) podem ser exemplificados pelo aumento das compras e dos investimentos de uma região desenvolvida em outra subdesenvolvida (Norte e Sul, por exemplo), principalmente se as duas economias são complementares. Nesse caso, o crescimento da região desenvolvida é favorável sobre a região subdesenvolvida.

Já o efeito perverso da polarização se daria principalmente pela migração seletiva em direção à região dinâmica”.

Em linhas gerais, no enfoque de Hirschman, o crescimento econômico inicia-se em setores líderes e transfere-se para setores satélites de uma forma irregular e desequilibrada, tornando a intervenção estatal essencial para viabilizar os objetivos do desenvolvimento (Lima e Cavalcante, 2009). O caráter intervencionista de Hirschman fica evidente ao comparar as estratégias e as funções do planejamento entre países desenvolvidos e não desenvolvidos, chamando atenção para o fato de não concordar com a visão de que em países retardatários o desenvolvimento ocorreria de forma mais ou menos espontânea (Monasterio e Cavalcante, 2011).

Ainda sobre a contribuição desse autor, é importante destacar, em sua obra, a menção a dois tipos combinados e necessários de projetos de desenvolvimento¹². O primeiro (*Social Overhead Capital – SOC*) refere-se aos investimentos fundamentais para o funcionamento das atividades produtivas como serviços básicos de saúde, educação e infraestruturas de transporte, saneamento etc, constituindo, por sua vez, pré-requisitos do desenvolvimento econômico e do estímulo ao investimento em atividades produtivas. O segundo (*Directly Productive Activities – DPA*) refere-se justamente aos investimentos produtivos em atividades primárias, secundárias e terciárias.

Deste segundo tipo derivam também dois conceitos fundamentais desenvolvidos pelo autor para as discussões da questão regional. Trata-se dos conceitos de “efeitos para trás” (*backward linkage effects*) e “efeitos para frente” (*forward linkage effects*). O primeiro diz respeito à compra de *inputs* em outras atividades e o segundo ao fornecimento de *inputs* para outras atividades (Lima e Simões, 2009). Segundo Monasterio e Cavalcanti (2009, p. 71) com base em Krugman (1998), ambos os conceitos “tratam da questão das economias de escala necessárias à viabilização de empreendimentos em regiões determinadas”, sendo que o primeiro expressa as externalidades decorrentes da implantação de indústrias e o segundo os efeitos que resultam na oferta de insumos que viabiliza os setores que se posicionam a jusante.

A influência de Hirschman sobre as experiências de planejamento regional nos países sub-desenvolvidos está também no diagnóstico que constata que nessas economias a falta de interdependência e complementariedade setorial e, conseqüentemente, os baixos efeitos para frente é uma de suas principais características. Esse quadro justificaria, portanto, a adoção de ações públicas intervencionistas para, sobretudo, estimular o desenvolvimento de indústrias mestres nesses países e maximizar esses efeitos sobre as regiões deprimidas (Lima e Simões, 2009).

Também desenvolvidas nos anos 1950, a partir da experiência histórica dos EUA, as análises de North (1977)¹³ são fundadas no conceito de base de exportação, desenvolvido por ele para designar pelos produtos exportáveis de uma região, quer primários, secundários ou terciário, por sua vez, ligados a setores cuja existência está baseada em fatores locais específicos (North, 1977). Na leitura de Lemos (2006, p. 179), a base exportadora pode ser entendida também como uma espécie de

[...] especialização produtiva regional com vantagens comparativas que a torna exportável para outras regiões, na divisão inter-regional do trabalho. A produção da base atinge uma

¹² Baseado na sistematização realizada por Lima e Cavalcante (2009).

¹³ Aqui, vale salientar, faz-se referência à tradução publicada no Brasil em 1977.

área de mercado que ultrapassa a centralidade urbana regional, ao mesmo tempo e que lhe dá vitalidade, enquanto força motora do crescimento do todo regional. (Lemos, 2006, p. 179)

Nessa linha, Monasterio e Cavalcante (2011, p. 72) explicam que “atividade de exportação induz, dessa forma, o surgimento de polos de distribuição e cidades, nas quais começam a se desenvolver atividades de processamento industrial e serviços associados ao produto de exportação”.

O peso atribuído à influência dessas e outras ideias importadas na experiência de planejamento no Brasil na década de 1950 não é uma questão resolvida entre os estudiosos do desenvolvimento brasileiro e extrapolam os objetivos deste texto. No entanto, é possível afirmar, por exemplo, que a criação da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) representa um esforço de conceder a uma determinada região o que Hirschman denominou de equivalentes de soberania (Lima e Simões, 2009). Nas palavras de Nabuco (2007) a criação dessa instituição é a expressão máxima do planejamento regional no Brasil. É possível dizer também que a estratégia brasileira de substituição de importações – em que pese todos os questionamentos sobre sua eficácia – tem claramente uma inspiração nas ideias de North. Do mesmo modo os programas de investimentos hiperlocalizados da década de 1970 tem como referência explícita os polos de crescimento de Perroux.

São reconhecidas, porém, as implicações práticas da visão keynesiana-estruturalista¹⁴, que se constitui e foi executada no Plano de Metas e na chamada Operação Nordeste (SUDENE) no período JK (1956-1960)¹⁵. Nesse período, ganham força as ideias de Celso Furtado, que em 1958 assume a coordenação do Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento do Nordeste (GTDN), criado em 1956 e que resulta, a partir de um extenso diagnóstico elaborado por esse grupo, na criação da SUDENE, em 1959. É nesse momento, que há um reforço do entendimento do Nordeste como uma questão de planejamento para o desenvolvimento na medida em que se diagnosticava com mais certeza que o adensamento da atividade industrial no centro dinâmico, São Paulo, tendia a agravar os desequilíbrios entre as regiões do país e o estabelecimento de uma divisão inter-regional do trabalho (GTDN, 1978; Mendes e Matteo, 2011; Oliveira e Werner, 2014).

O GTDN, por sua vez, atribuía à industrialização a única alternativa ao desenvolvimento do Nordeste, capaz de superar o quadro de subemprego urbano regional e contribuir para a formação de uma classe dirigente regional (GTDN, 1978). Em que pese o contexto social e político da época, com um quadro de desestabilização do pacto regional de governadores que dava sustentação à SUDENE (Oliveira e Werner, 2014), a ação planejada do Estado desempenhou um papel fundamental no desenvolvimento econômico do Nordeste, operacionalizando uma alteração qualitativa na indústria da região e modificando a estrutura sobre a qual a base econômica havia sido erigida historicamente (Oliveira e Werner, 2014).

Coube também a Celso Furtado a coordenação da elaboração do Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (1963-1965) durante o Governo João Goulart, do qual Furtado foi Ministro do Planejamento, em 1963. Este plano visava o crescimento econômico, a elevação da

¹⁴ Ao incorporar elementos conceituais desenvolvidos pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL).

¹⁵ Nesse período, vale mencionar, foi criada, em 1957, a Zona Franca de Manaus, a qual veio a operar apenas em 1967, com a criação da fundação Superintendência da Zona Franca de Manaus (SUFRAMA).

renda *per capita*, a redução progressiva da inflação e, nas palavras de Furtado (2011, p. 11), ao sintetizar as ideias estruturalistas da CEPAL,

Era um ataque em frentes múltiplas, com a elevação do nível de vida dos grupos de renda mais baixa, a reformulação das estruturas ultrapassadas, em especial a agrária, a fim de reduzir as desigualdades regionais, a reforma da máquina administrativa, a fim de que ela desempenhasse suas novas funções de planejadora do desenvolvimento, o fortalecimento do investimento na educação visando eliminar o analfabetismo etc. Em outras palavras, tratava-se de articular o planejamento da economia com programas setoriais nas áreas de saúde, educação, transportes, recursos naturais, energia, petróleo, agricultura, indústria etc. Ao mesmo tempo, se procederia à negociação da dívida externa. (Furtado, 2011, p. 11).

Aqui é importante chamar a atenção para o fato de que a atuação de Celso Furtado não se resumiu à coordenação do GTDN, à posterior direção da SUDENE e à elaboração do Plano Trienal. Como aponta Furtado (2011), ele dedicou também atenção à estrutura da administração pública, ao encaminhar à Presidência da República o projeto do Sistema Nacional de Planejamento, que propunha implantar, em bases permanentes e a partir de uma visão global de planejamento, a planificação como técnica administrativa, incluindo a instalação de comitês consultivos interministeriais: planejamento global, planejamento setorial, planejamento social, planejamento regional e coordenação de programas de ajuda exterior.

Com o Golpe Militar em 1964 e a destituição de João Goulart da presidência encerra-se no Brasil um ciclo de intervenções estatais cujas metas também incluíam a redução das desigualdades regionais. Como afirmam Mendes e Matteo (2011), com a instauração do regime militar o tratamento da questão regional no país volta formalmente à situação que prevalecia antes de 1959, com a atuação federal no desenvolvimento baseada em uma multiplicidade de órgãos superpostos, descoordenados e contraditórios. Nesse período são criadas organizações inspiradas no novo papel assumido pela SUDENE, qual seja a mera coordenação da iniciativa privada e o abandono de sua proposta industrializante e reformista em prol de propósitos relacionados à promoção da industrialização situada em um projeto de modernização conservadora (Araújo, 2000). São dessa época as superintendências regionais da Amazônia (SUDAM), do Sul (SUDESUL) e do Centro-Oeste (SUDECO).

Parte da literatura interpreta como um período em que se inaugura um processo de crise do planejamento regional (Araújo, 1997; 2000), desconstituição do planejamento regional (Vainer, 2007), (des) institucionalização de políticas regionais (Nabuco, 2007) ou, ainda, do ponto de vista teórico uma segunda geração de políticas regionais com enfoque na competitividade (DINIZ e CROCCO, Marco, 2006). Assim, no intervalo que compreende o final das décadas de 1960 e 1970 a ação do Estado se caracteriza por um planejamento tecnocrático e pelo controle da escala nacional (Piquet e Ribeiro, 2008).

Nesse contexto, após duas décadas nas quais as políticas regionais ocuparam o centro da agenda nacional, o planejamento ensaiado no período militar se limitou a questões macroeconômicas ou tocou timidamente nas questões regionais, às vezes com objetivos apenas geopolíticos, como no caso da Amazônia, ou com a finalidade de integrar “vazios econômicos”, como no caso da Região Centro-Oeste através da SUDECO (Nabuco, 2007; Mendes e Matteo, 2011) e outros programas cujos objetivos eram similares e que foram exaustivamente descritos por Nabuco (2007). No Plano de Ação Econômica do Governo (PAEG), de 1964, embora se perce-

besse a necessidade de atenuar disparidades, o foco apontava para o controle da inflação e para a realização de reformas institucionais: tributária, monetário-financeira e política externa (Lima e Simões, 2009).

A partir de 1969, o governo militar elabora três Planos Nacionais de Desenvolvimento (PNDs) orientados, deve-se reconhecer, por uma visão de planejamento de longo e médio prazo. O I PND (1969-1974) centrava-se no crescimento da economia, na redução inflacionária e na ampliação dos níveis de emprego e achatamento dos salários, mas sem a menor preocupação com as desigualdades regionais (Mendes, 1978; Mendes e Matteo, 2011). No caso do II PND (1974-1979), embora o foco fosse a manutenção de taxas de crescimento elevadas, havia uma maior preocupação com o ajuste de desequilíbrios gerados no período do Milagre Econômico (1968-1973) e, em alguma medida, dava-se atenção à necessidade de descentralização espacial de projetos de investimento, mesmo que estimulado por incentivos fiscais e creditícios (Mendes, 1978; Lima e Simões, 2009). É dessa época a criação do Fundo de Investimento da Amazônia (FINAM), cujo objetivo era a captação de recursos para a região Norte.

Apesar de as políticas obedecerem a exigências de um planejamento territorial nacionalmente integrado, em um contexto de forte intervenção estatal, prevaleceu uma política de desenvolvimento regional baseada em programas específicos – polos, regiões-programa e projetos. Nesse contexto, é o Governo Federal, através da centralização política e administrativa e de concentração de recursos, que passa a determinar as funções que as regiões deveriam desempenhar na economia nacional (Oliveira e Werner, 2014, p. 18). O estímulo ao desenvolvimento da Amazônia, por exemplo, revestia-se de objetivos de natureza geopolítica, considerando, na visão dos militares, a necessária integração do espaço nacional (Nabuco, 2007). Já no caso do Centro-Oeste, a preocupação centrava-se na ocupação da fronteira agrícola a partir do aproveitamento das vantagens comparativas relacionadas às características da região: disponibilidade de terras boas e baratas e seus aspectos geográficos/locais devido à proximidade às fontes de recursos naturais e ao centro dinâmico nacional.

Portanto, muitos dos programas criados na primeira metade da década de 1970, se assentaram na ideia de polarização do desenvolvimento, apostando acriticamente que é possível promover a desconcentração geográfica do desenvolvimento através dos polos regionais ou de espaços de expansão da fronteira econômica (Nabuco, 2007). Como apontam Lima e Simões (2009) em que pese o fato de o governo ter adotado uma postura política ativa, como indicado por Perroux e North e recomendado explicitamente por Boudeville, Myrdal e Hirschman, a experiência de planejamento regional, especialmente nessa época, não assumiu postura crítica, limitando-se a copiar estratégias internacionais sem considerar a realidade local e as repercussões nos espaços econômicos nacional e regional.

No caso específico dos planos de desenvolvimento elaborados a partir do final da década de 1960, percebe-se, ainda, a influência sobre planejamento regional dessas teorias do desenvolvimento com enfoque na aglomeração, embora a diminuição das disparidades regionais nunca ter se constituído em prioridade da política econômica nacional (Lima e Simões, 2009).

Nesse ciclo, ainda se incluem as ações baseadas em Grandes Projetos de Investimento (GPIs) implementados no país nos anos 60 e 70. Trata-se de grandes projetos mineiro-metalúrgicos, petroquímicos, energéticos e viários com forte poder para reconfigurar o território, e produzir, de uma forma particular, a integração nacional, embora fossem também promotores de desigualdade (Vainer, 2007). O GPIs, além conformar enclaves territoriais, introduzem um impor-

tante fator de fragmentação espacial. Ao mesmo tempo, a partir da avaliação da natureza de seus processos decisórios, identifica-se espécie de privatização dos processos de planejamento e controle territorial, com isso “não eram mais os planejadores regionais que desenham a região, mas os planejadores e tomadores de decisão em cada um dos macro-setores de infra-estrutura” (Vainer, 2007, p. 11).

Como amplamente relatado pela literatura econômica brasileira, o modelo de ação estatal desenvolvimentista encontrou seus limites em meados da década de 1970 e início dos anos 1980, devido, sobretudo, à reversão das condições internacionais, com a crise do petróleo, o aumento dos juros nos EUA e pressões inflacionárias. Paulatinamente, ocorre o abandono do Estado como possível agente do desenvolvimento e intensifica-se a partir do início dos anos 80 a predominância do discurso neoliberal. Nesse contexto, as ações com enfoque na redução das desigualdades regionais perdem ainda mais força, assim como as instituições destinadas à formulação e execução de políticas públicas voltadas às regiões menos favorecidas. No plano teórico mais amplo, ressurgem e passam a prevalecer as visões que entendiam que o Estado deve se retirar da economia, ficando apenas com suas funções básicas, e que os mecanismos de mercado são capazes de garantir o crescimento a longo prazo. De alguma maneira, o consenso em torno das ideias de Perroux, Furtado e dos demais teóricos do desenvolvimento foi desfeito, com rebatimentos sobre a elaboração teórica e sobre as políticas de desenvolvimento regional (Nabuco, 2007).

No cenário que se seguiu, com a crise econômica da década de 1980, assistiu-se um desmantelamento do planejamento (Diniz e Crocco, 2006; Campolina, 2014)¹⁶, cedendo lugar apenas para a gerência da crise na medida que há uma degradação na capacidade de investimento econômico e uma deterioração nos serviços básicos essenciais, como saúde, educação, transportes e saneamento (Araújo, 2000). As investidas estatais a partir de alguma visão regional se restringiram a programas de incentivo à irrigação, como o PRONI (Programa Nacional de Irrigação) e o PROINE (Programa de Irrigação do Nordeste), e programas de ocupação dos cerrados, como o Programa de Cooperação Nipo-Brasileira para o desenvolvimento Agrícola da região dos Cerrados (Nabuco, 2007).

Com o aprofundamento da crise dos anos 80, os recursos para ações de políticas públicas regionais se tornam ainda mais escassos e as poucas iniciativas que restam estavam ligadas à pequena produção agrícola, com pouca ou quase nenhuma capacidade para gerar encadeamento produtivo ou efeitos sobre o crescimento regional, como preconizavam as teorias do desenvolvimento que inspiraram em grande medida a experiência de planejamento regional no Brasil.

A promulgação da Constituição Federal de 1988, por sua vez, embora representasse o coroamento da redemocratização, acrescentou pouco em termos de rebatimentos sobre a estrutura econômica. Apesar de o tema do desenvolvimento regional ser contemplado de alguma forma em vários artigos, as principais contribuições práticas se referiam a pontos específicos nas suas “Disposições Transitórias”, mantendo a Zona Franca de Manaus, com suas características de livre comércio exterior e de incentivos fiscais, e instituindo a obrigação da União aplicar recursos destinados à irrigação durante quinze anos nas Regiões Centro-Oeste e Nordeste (Nabuco, 2007).

Assim, diante do passivo da crise fiscal e financeira do Estado na década de 1980 e da difusão das ideias neoliberais, os anos 90 são caracterizados por uma “derrocada completa” das políticas

¹⁶ Nesse período são extintas a SUDENE e a SUDAM.

públicas voltadas para a promoção do desenvolvimento regional (Alves e Rocha Neto, 2014). No mesmo período, os países passam a se submeter cada vez mais ao receituário prognosticado pelo Consenso de Washington, a partir de políticas econômicas fundamentadas na abertura comercial, nas privatizações de empresas públicas e em programas de controle da inflação (Carleial, 2014).

Do ponto de vista das políticas territoriais, a partir desse momento, ganham destaque as políticas baseadas na inserção competitiva dos espaços regionais e urbanos, reproduzindo, por um lado, a velha lógica dos GPIs e, por outro, a integração competitiva das regiões baseada em uma lógica de disputa pelos fluxos globais de comércio e capital (Oliveira e Werner, 2014) do tipo “Guerra dos Lugares” (Vainer, 2007):

Se o planejamento em estados capitalistas emergiu no pós-guerra como um instrumento para complementar, ajustar o ou corrigir tendências e processos supostamente perversos gerados pelo funcionamento das forças de mercado, agora, como anunciou Castells, o mundo mudou ... e o planejamento deve mudar. Agora, o planejamento e o planejador devem ter em vista como favorecer a racionalidade própria ao mercado: na ordem do dia o planejamento orientado pelo e para o mercado – *Market oriented planning e Market friendly plannig* (Vainer, 2007, p 18).

No caso brasileiro, as políticas de desenvolvimento regional deixam de ser coordenadas nacionalmente e passam a ter também como referência a ideia de “Eixos de Integração”, que consistiam em uma estratégia orientada para promover a inserção competitiva dos espaços sub-nacionais no plano internacional através da constituição de infraestrutura para o escoamento de mercadorias (Galvão e Brandão, 2003). Segundo Carleial (2014), observa-se ainda, nesse momento, a acentuada ênfase no local como espaço de intervenção pública, promovendo também a dominância de aportes teóricos centrados no capital social, no desenvolvimento endógeno e nos sistemas regionais/locais de inovação.

Diante desse cenário, embora a Constituição Federal tivesse instituído também os Fundos Constitucionais para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, sua aplicação esteve desde o início desvinculada de qualquer noção mais ampla de planejamento regional e o que se assistiu no Brasil nos anos 90, foi de fato um desmantelamento das políticas regionais, cujos símbolos maiores da (des)institucionalização e do abandono da questão regional foram a extinção da SUDENE e da SUDAM¹⁷ através de medida provisória (Nabuco, 2007).

No que diz respeito à experiência brasileira mais recente, diversos autores apontam que, a partir de 2003, primeiro ano do governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, ocorre uma retomada do debate sobre o desenvolvimento regional no Brasil (Klink, 2013; Carleial, 2014; Alves e Rocha Neto 2014; Brandão, 2014). Esse debate acaba se refletindo na agenda governamental, que retoma a questão do desenvolvimento, aproximando-se de um planejamento orientado por perspectivas de longo prazo. Dessa forma, pode se afirmar que, no período entre 2003 e 2007, as estruturas governamentais se movimentam na direção do resgate da questão regional

¹⁷ Foram criadas em seguida, como operadoras de recursos destinados a projetos econômicos, as agências de desenvolvimento do Nordeste (ADENE) e da Amazônia (ADA). Ambas, porém, nasceram dissociadas das questões regionais e, nas palavras de Alves e Rocha Neto (2014, p. 61), “esvaziadas de poder e de mandato institucional sobre o desenvolvimento regional, seja pela perspectiva do planejamento, seja pela ótica da gestão”.

no Brasil (Campolina, 2014), após anos de inércia em termos de atuação territorial do Estado neste tema. Nesse momento, o país experimenta uma espécie de reinstitucionalização do planejamento regional, com o Decreto nº 6.047, de fevereiro de 2007 que estabeleceu as bases da Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR) e a recriação da SUDENE e da SUDAM.

A PNDR trazia consigo a incorporação de elementos teóricos que atualizavam a questão regional a partir de um contexto de economia globalizada, mantendo a redução das desigualdades territoriais como um dos seus princípios basilares, mas agora baseada também: (i) no paradigma de ações a partir de uma visão multiescalar; (ii) na ideia de coesão territorial; (iii) no conceito de sistema urbano balanceado por meio do policentrismo e de novas relações cidade campo; (iv) na igualdade de acessibilidade à infraestrutura e ao conhecimento; e (v) no gerenciamento e desenvolvimento da herança natural e cultural. Sua concepção se aproximava, assim, do que a literatura denomina terceira geração de políticas regionais (Diniz e Crocco, 2006).

Contudo, em que pese seus avanços teóricos (Campolina, 2014), a PNDR, em sua fase inicial, encontrou barreiras à sua execução relacionadas, principalmente, à articulação política nas dimensões horizontal (considerando o âmbito dos distintos órgãos federais) e vertical (considerando a articulação dos diferentes níveis federativos) (Alves e Rocha Neto, 2014). A barreira administrativa mais evidente esteve, por sua vez, relacionada à sua fragilidade institucional, na medida que a PNDR se encontrava vinculada a um único Ministério e não à uma instância mais ampla de pactuação e coordenação estratégica, algo fundamental para uma política de natureza transversal (Brandão, 2014; Alves e Rocha Neto, 2014).

A partir dessa avaliação, o Ministério da Integração Regional, junto da Secretaria de Desenvolvimento Regional, retoma, em 2012 e 2013, as discussões sobre a PNDR. Segundo Alves e Rocha Neto (2014), essa retomada acontece a partir de novas bases, com a participação de diferentes segmentos da sociedade e com aprofundamento na definição de diretrizes e princípios que poderiam de fato orientar a elaboração e a execução de uma nova política regional pensada e articulada em escala nacional. Assim, esse nova rodada de discussão da PNDR foi, na opinião de quem acompanhou de perto o processo, orientada para “superar os gargalos encontrados e reconhecidos na sua primeira versão, vinculados, especialmente à fragilidade da governança para uma implementação e coordenada e ao fortalecimento dos instrumentos de financiamento do desenvolvimento regional” (Alves e Rocha Neto, 2014, p. 12).

Em primeiro lugar, a PNDR II, como ficou conhecida, assumiu um papel de Política de Estado, vinculada a uma política nacional de desenvolvimento e centrada no objetivo de atacar as desigualdades estruturais a partir de uma perspectiva de longo prazo, nesse caso explicitamente nas experiências contemporâneas de desenvolvimento regional, inclusive nas políticas da União Europeia (Diniz e Crocco, 2006; Alves e Rocha Neto, 2014).

A elaboração da PNDR II se assentou sobre princípios que significavam um avanço sobre as visões que prevaleceram anteriormente, tanto em relação ao tratamento das regiões isoladas, como foi a política para o Nordeste, quanto em relação ao papel do Estado e sua relação com a sociedade também no que diz respeito à política de desenvolvimento regional. A PNDR seria, portanto, orientada pelos princípios:

- i. da transparência e da participação*, sendo esta última vista como uma construção reivindicada pela sociedade civil e não uma mera concessão do Estado;
- ii. da transescalaridade, multidimensionalidade e transversalidade* de políticas, cuja fonte teórica

está na chamada terceira geração de políticas regionais, a partir da ideia de síntese das ações exógenas endógenas e no qual se inclui também a importância do fortalecimento das relações multi-institucionais e transversais, como garantidora do caráter intersetorial das políticas públicas. Nesse ponto, reforça-se a necessidade de superar abordagens puramente exógenas, do tipo *top-down*, caracterizada, sobretudo, pelas ações de implantação de grandes investimentos e sem o devido controle social. Ao mesmo tempo propõe, a partir da visão multiescalar, a valorização e a combinação com desenvolvimento endógeno, do tipo *bottom-up*, que leva em consideração o empoderamento local, a participação e o controle social (Alves e Rocha Neto, 2014). Diniz e Crocco explicam:

Essa contraditória combinação que enfatiza o localismo vem sendo requalificada e criticada. Nesse sentido, em países de grande dimensão territorial como o Brasil, há consenso de que os extremos, tanto da escala macrorregional como de um localismo exacerbado, não são adequados para uma orientação de política. (Diniz e Crocco, 2006, p. 28)

- iii. *da solidariedade regional*, que aparece como uma “mensagem força” do processo participativo, mais especificamente da Conferência Nacional de Desenvolvimento Regional. São centrais nesse princípio, a necessidade de redistribuição territorial das atividades estruturantes, em contraposição à cultura da competição entre os espaços subnacionais e à lógica do aparelho governamental, “que tende a operar a partir de lógicas setoriais e com prioridades geográficas que nem sempre favorecem a equidade” (Alves e Rocha Neto, 2014, p. 320).
- iv. *Valorização da diversidade territorial, ambiental, social, cultura e econômica*, um princípio que reflete a necessidade de pensar as regiões a partir de sua diversidade, que é vista como um ativo e um fator chave para o desenvolvimento.
- v. *Combinação de competitividade e equidade no desenvolvimento produtivo*, nesse caso considerando, sobretudo, os valores da capacidade produtiva e criativa, do patrimônio natural e da diversidade local e regional do território.
- vi. *Sustentabilidade*, que não se refere apenas à dimensão ambiental, mas a políticas que sejam capazes de assegurar um ciclo de desenvolvimento de longo prazo e de uma sociedade diversa, com efetiva redução das desigualdades de oportunidades.
- vii. *federalismo cooperativo*, fundamental para o avanço de políticas de desenvolvimento regional em qualquer nação, parte-se do reconhecimento da persistência da tensão entre os entes federados e dos efeitos da concentração de recursos no âmbito da União. É um princípio que trata da necessidade urgente de se progredir rumo a uma repactuação federativa (Brandão, 2014) e a para a construção de um sistema de desenvolvimento regional que contemple um sistema de governança interfederativa.

Outro ponto importante da PNDR II se refere à sua natureza de longo prazo, materializada na estruturação de um Sistema Nacional de Desenvolvimento Regional (SNDR) (Brandão, 2014), composto por quatro âmbitos de governança: *o âmbito estratégico*, do Conselho Nacional de Integração de Políticas Regionais e Territoriais; *o âmbito tático*, da Câmara de Gestão de Políticas Regionais e Territoriais; *o âmbito operacional*, dos vinte e sete Comitês Estaduais de Gestão de Políticas Territoriais Regionais; e *o âmbito pragmático* das novas institucionalidades (Fórum, Agências, Consórcios, etc.).

Seus objetivos, por sua vez, apontam para a solução de problemas históricos e estruturais da sociedade e do território brasileiro, partindo de uma visão complexa da questão regional brasileira. Essa especial atualização da questão regional parte ainda do “pressuposto de que, no Brasil, as desigualdades possuem múltiplas manifestações e que o quadro de assimetrias é dinâmico tanto no tempo quanto no espaço” (Alves e Rocha Neto, 2014, p. 320). Ao mesmo tempo, esses objetivos específicos definiram critérios claros de elegibilidade para as regiões (Brandão, 2014), sendo concebidos para priorizar: 1) a Convergência: a busca da equidade, isto é, redução das diferenças no nível e no ritmo de desenvolvimento entre e dentro das heterogêneas porções do vasto território nacional; 2) a Competitividade: a busca da capacitação produtiva e reconversão das regiões em declínio e perdedoras de população; 3) a Diversificação: a busca da fuga da tendência à extrema especialização produtiva e à baixa agregação de valor econômico de regiões em desvantagem; 4) as Centralidades urbanas: a busca do apoio à estruturação de uma rede de cidades mais equilibrada, pela qual sejam possibilitados processos de desconcentração e interiorização do desenvolvimento.

Para além desses reconhecidos avanços em termos de concepção e, mais do que isso, do resgate da questão regional no Brasil, a implantação de uma política nacional de desenvolvimento nacional ainda não foi efetivada. Isso se deve, em primeiro lugar, à dificuldade histórica em *legitimar a questão regional como uma questão nacional – e também como uma questão de Estado* (Brandão, 2014). Além disso, como está amplamente documentado na literatura acumulada em quase um século de experiências em políticas regionais, *a constituição de institucionalidades supralocais* é um desafio adicional no desenho e no jogo federativo brasileiro cada vez mais complexo (Portugal e Silva, 2020). E, nesse quesito, para além das questões regionais, acrescenta-se uma preocupação com a gestão metropolitana, territórios concentradores de população e de atividades econômicas importantes, mas também dos maiores desafios sociais. Por fim, a constituição de uma política de desenvolvimento regional orientada pelo longo prazo também não se efetivaria sem a construção e o *fortalecimento de institucionalidades dotadas de recursos financeiros, humanos e políticos capazes de oferecer condições para romper o caráter setorial e fragmentado das políticas públicas*.

No período mais recente, portanto, mudanças no cenário econômico mundial exigiram o desenvolvimento de novas teorias capazes de explicar a dinâmica dos mercados e como esta é afetada pela ação estatal (Diniz e Crocco, 2006), ao mesmo tempo que se buscou soluções políticas para a questão do desenvolvimento regional frente ao poder fragmentador do fluxo global de capitais, cada vez mais financeirizado, e das iniciativas hiperlocalizadas que não necessariamente integram o território nacional.

Nesse contexto, apesar dos avanços recentes, a visão de planejamento territorial baseada na competitividade continua sendo uma ameaça às concepções integradoras de planejamento, com a ação estatal sendo vista apenas como uma opção para gerência de crises cíclicas e não como ações de planejamento para o desenho e a execução das políticas públicas de longo prazo, inclusive na sua dimensão regional. Diante da experiência histórica brasileira, de um forte processo de fragmentação do território e da não efetivação da PNDR tais tendências constituem também desafios adicionais para a regionalização e a construção de bases territoriais das políticas cuja natureza universal está garantida pela Constituição, como saúde, saneamento, educação e transporte.

3. PLANEJAMENTO REGIONAL EM SAÚDE – APONTAMENTOS SOBRE TRAJETÓRIAS, TENDÊNCIAS E DESAFIOS NO BRASIL

A criação, implantação e planejamento das políticas públicas em saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) podem ser situados no âmbito da periodização do planejamento no Brasil, indissociavelmente da dinâmica econômica, da reestruturação do quadro urbano-regional e do papel e ação do Estado. Piquet e Ribeiro (2008) elencam quatro fases no debate do planejamento no Brasil: (i) 1950/1960 – planejamento para a mudança e relevância da questão do desenvolvimento; (ii) final da década de 1960 e início anos 1980 – planejamento tecnocrático e controle da escala nacional; (iii) décadas de 1980 e 1990 – predomínio da gestão e centralidade atribuída às forças do mercado; e (iv) tendências atuais pós anos 2000 – retorno à questão do desenvolvimento e crescente preocupação com o planejamento de longo prazo.

O planejamento em saúde, que também abarca a gestão em saúde, sendo essa um de seus subtemas, caracteriza-se enquanto campo teórico de investigação e campo político de intervenção, demandando militância sociopolítica mais perícia técnico-científica (Paim e Teixeira, 2006). De caráter instrumental, o planejamento em saúde lida com: produção (formulação) de políticas; modo de organização das práticas (programação); formas de gestão (operacionalização); e avaliação de planos e programas de ação (Teixeira, 2015). O debate, produção, conteúdos e ensino no campo do planejamento e gestão em saúde é dividido por Teixeira (2015) em quatro fases: década de 1950 – preocupação com a administração hospitalar; anos 1960 – administração sanitária e programação de saúde; décadas de 1970 e 1980 – formulação de políticas de saúde e planejamento estratégico e situacional; e dos anos 1990 em diante – gestão de sistemas e avaliação de políticas, programas e serviços de saúde.

Já Machado *et al* (2010) apontam que a gênese do planejamento em saúde é anterior ao próprio planejamento no Brasil, mas tendo seu campo de ideias e práticas fortemente influenciado pela questão do desenvolvimento e pelo paradigma urbano-industrial constitutivo do planejamento estatal pós anos 1940. Essas autoras propuseram a seguinte periodização para o planejamento em saúde: 1889/1929 – origens do planejamento; 1930/1945 – estruturação das bases para o planejamento; 1950/1963 – planejamento desenvolvimentista; 1964/1979 – planejamento autoritário; 1980-1994 – crise do planejamento; 1995-2002 – planejamento gerencialista.

Complementando essas periodizações acrescentamos a fase mais recente de retomada e valorização do planejamento nacional integrado, da questão do desenvolvimento (dimensão econômica e de proteção social da saúde) e do processo de regionalização em saúde nos anos de 2003 a 2016. Sendo que após 2016 com as crises e rupturas políticas no país, desdobrando-se numa agenda fortemente neoliberal, de austeridade fiscal, de enfraquecimento do Estado social e de arrasamento de direitos, novamente estamos numa fase de declínio e de não valorização do planejamento integrado, regionalizado e de longo prazo, o que repercute no debate e ações do planejamento em saúde.

Fase atual marcada por políticas setorializadas, fragmentadas, segmentadas e focalizadas, com mercantilização e privatização dos direitos sociais e bens públicos, e com ações estatais imediatas curto prazistas e esvaziadas da perspectiva territorial, ou seja, não considerando a totalidade da vida de relações nos lugares e o território usado por todos e espaço de todos.

A base material necessária às ações em saúde e o aparato político institucional já vinham se constituindo desde o final do século XIX e início do século XX, ganhando impulso e muscula-

tura a partir dos anos 1930 com o fortalecimento progressivo da institucionalidade da política a partir da constituição dos aparatos do Estado brasileiro. Culminando na consolidação do Sistema Nacional de Saúde na década de 1970 e, sobretudo, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) consagrado na Constituição de 1988 e instituído pela Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080 – em 18 de setembro de 1990.

Pessoa (2006) assinala a fase 1940-1970 como início do processo de expansão da rede de unidades de saúde, passando de 600 em 1941 para 3.500 unidades em 1970, entre ambulatoriais e hospitais, sendo que o aumento progressivo dessas materialidades apresenta crescimento bastante acentuado a partir dos anos 1970. Destacando que 38.000 das 47.000 unidades de saúde do SUS (ambulatoriais, hospitalares e de serviços de apoio a diagnóstico e tratamento) existentes em 2006, ou seja, 80% do total, tinham sido construídas entre 1970 e 2000. Investimentos que, segundo a autora, foram realizados de modo desordenado sem considerar devidamente a priorização, acompanhamento e avaliação dessas inversões.

A partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, Ribeiro (2015) verificou que o crescimento da rede de materialidades do SUS ocorre de modo mais acelerado ainda entre 2005 e 2015, passando de 50.902 unidades de saúde, em agosto de 2005, para um total de 75.979 estabelecimentos públicos de saúde de um total de 273.079 estabelecimentos registrados em janeiro de 2015, sendo que os demais se dividiam em: 193.760 privados, 2.921 filantrópicos e 419 vinculados a sindicatos¹⁸.

Portanto, nos últimos 90 anos a base material necessária às ações e políticas em saúde vem sendo consolidada, cada vez mais acelerada e intensa, mas com viés predominantemente mercantil e privatizado, ainda que fortemente fomentada e financiada com recursos e incentivos públicos e estatais. Processo de empresariamento e internacionalização do complexo e do sistema de saúde no Brasil que prossegue, conforme Noronha *et al* (2017): indústria e laboratórios farmacêuticos (anos 1930/1940); empresas produtoras de equipamentos médico-hospitalares (anos 1950/1960); equipamentos e insumos para serviços de diagnóstico e exames laboratoriais (anos 1970); operadoras de seguros e planos privados de saúde (anos 1980/1990); alcançando, a partir de meados dos anos 2000, os prestadores e a gestão de serviços públicos em saúde (postos de saúde e unidades ambulatoriais e hospitalares).

Machado *et al* (2010) sublinham que a trajetória dual da política de saúde no Brasil nasce em 1930 quando da criação dos ministérios do Trabalho, Indústria e Comércio e da Educação e Saúde Pública. O primeiro voltado à assistência médica previdenciária e individual, e o segundo, às ações de saúde pública e vigilância sanitária. Trajetória dual e fragmentada da política de saúde, tributária do modelo de desenvolvimento predominante no país que dissocia as dimensões de proteção social e econômica da saúde, que constitui, segundo as autoras, uma das três fragilidades que historicamente têm dificultado o planejamento nacional e integrado em saúde. Sendo as outras duas fragilidades: a regulamentação e garantia do financiamento setorial; e a fraca incorporação da perspectiva e lógica territorial ao planejamento em saúde.

¹⁸ Segundo os tipos de unidades prestadoras, em janeiro de 2015 se verifica a seguinte composição: (i) unidades com internação (hospital) – 5.819 vinculadas ao SUS e 3.770 privadas; (ii) unidades sem internação (ambulatoriais) – 73.996 ligadas aos SUS e 175.763 privadas; (iii) unidades de SADT – 23.218 do SUS e 31.218 privadas; (iv) unidades de urgência e emergência – 9.819 vinculadas ao SUS e 3.597 particulares; (v) todas as 11.102 unidades de vigilância epidemiológica e/ou sanitária vinculadas ao SUS; e (vi) 5.369 unidades de farmácia ou cooperativa vinculadas ao SUS (sob administração direta ou não) que realizam dispensação de medicamentos, tanto do componente básico e essenciais (como Programa Farmácia Popular) como do componente dos excepcionais (alto custo) previstos na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Ribeiro, 2015).

As lógicas público e privada na alocação de recursos em saúde e populações cobertas apresentam, hoje, uma gama diversa de segmentos e arranjos público-privados na assistência (Viana *et al*, 2015) distintamente constituído nas regiões brasileiras e expressando relações ora conflituosas, ora de interdependência e complementaridade. De qualquer modo, esse caráter dual – público-privado – do sistema de saúde brasileiro impõe desafios e obstáculos ao planejamento nacional integrado em saúde, contribuindo para a segmentação da assistência e para a fragmentação da coordenação política do sistema, além de contribuir às concentrações e seletividades espaciais que mantém e aprofundam as desigualdades territoriais do sistema.

Segundo Silveira *et al* (2020) a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 apontou que 28,9% dos brasileiros estavam cobertos por planos ou seguros privados de saúde com distribuição regional distinta: 14,3% da população no Norte e 37,2% no Sudeste. Sendo que 6,5% da população estava coberta por seguros e/ou fundos de saúde para servidores públicos civis e militares, e 64,6% da população coberta pelo SUS. Os autores também assinalam, a partir de Contas Satélite de Saúde do IBGE, que o setor saúde correspondeu a 9,24% do PIB brasileiro em 2017, sendo 3,85% gasto público e 5,29% gasto privado das famílias (desembolso direto e; planos e seguros de saúde). Ademais, do gasto total em saúde em 2017: 41,7% corresponderam a gasto público e 58,29% a gasto privado.

Arranjos e sentidos de ordem privada e mercantil das materialidades, produção e serviços em saúde que imprimem particularidades e certa dificuldade e limitação à coordenação e plena realização do SUS enquanto sistema público, nacional, universal e promotor da saúde como bem público e direito social. Sobretudo, na dimensão aqui discutida, no planejamento nacional e regional do sistema.

O SUS é instituído na Constituição Federal de 1988 após conquistas da sociedade e do movimento da reforma sanitária brasileira no âmbito do processo de redemocratização do país a partir do final dos anos 1970 e década de 1980. Assim, é implementado, sobretudo a partir da operacionalização da Lei Orgânica da Saúde visando a promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1990), no contexto de neoliberalização, crise fiscal, privatização, enfraquecimento do Estado de proteção social, abandono do planejamento nacional e da questão regional e do desenvolvimento. Portanto, contexto de predomínio do ideário da competitividade, fragmentação e da gestão amparada em princípios empresariais e gerencialistas.

Logo, se por um lado o caráter municipalista, participativo, democratizante e de proteção social na criação do SUS foi um movimento de contracorrente no período neoliberal, por outro, também favoreceu a fragmentação do sistema por baixo e o enfraquecimento da coordenação e planejamento no âmbito nacional e regional, atendendo, assim, ao receituário da descentralização e gestão de princípio empresarial vigente nos anos 1990.

Ilustrativo desse processo de municipalização do SUS é o fato de que dos 94.070 estabelecimentos de saúde classificados como unidades assistenciais em 2009 (conceito que o IBGE manteve para preservar a série histórica de seus levantamentos), 52.023 (ou 55,3% do total) apresentavam natureza jurídica pública, sendo de administração municipal em quase sua totalidade (95,6% das unidades), e somente 2,5% estadual e 1,8% federal, conforme Ribeiro (2015). O autor ainda levantou, com base nos dados do IBGE para 2009, que dos estabelecimentos de natureza jurídica privada predominavam aqueles com fins lucrativos (90,6%) face os privados sem fins lucrativos (9,4%).

Contudo, a despeito dessa natureza municipalizada do SUS e do movimento de descentralização dos gastos e da crescente participação dos entes subnacionais no financiamento, conforme assinalam Silveira *et al* (2020), há uma clara divisão de poderes (de tributar e gastar) na saúde pública brasileira: sendo que a União responde por 56% das fontes de financiamento do sistema, ao passo que os municípios respondem por 52% dos gastos.

A partir do início dos anos 2000 até 2016 houve certa inflexão no Brasil com a retomada pelo governo federal, em 2003, através da coalização liderada pelo Partido dos Trabalhadores (PT), da agenda do planejamento nacional de médio e longo prazo e do desenvolvimento regional visando o crescimento econômico, a ampliação dos direitos sociais, combate à miséria e à pobreza e o enfrentamento das desigualdades territoriais com o Estado exercendo papel central e direto nesse processo. Tal como já havia sido preconizado pela Constituição de 1988 em seus princípios e nos instrumentos de planejamento previstos: Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) e Plano Plurianual (PPA)¹⁹.

Portanto, se num primeiro momento, década de 1990, os princípios organizativos (hierarquização, regionalização e coordenação federativa com participação e controle social) do SUS se pautaram sobremaneira na municipalização do sistema, a partir dos anos 2000 a organização do sistema busca avançar, sem abandonar a atenção primária de base municipal, no princípio da hierarquização e regionalização dos níveis de média e alta complexidade em saúde. Albuquerque (2014) e Albuquerque e Viana (2015) sintetizam bem esse processo do enfoque regional na saúde ilustrado pelos marcos normativos segundo três fases:

- i. Fase 1 (2001-2005), Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, região normativa com redes regionalizadas e hierarquizadas, destacando Programação Pactuada e Integrada (PPI), Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimentos (PDI);
- ii. Fase 2 (2006-2010), Pacto pela Saúde (Portaria 399/2006), região negociada com redes integradas e regionalizadas, destacando PPI, PDR, PDI (da primeira fase) e, sobretudo, a institucionalização das Regiões de Saúde (atualmente com total de 450 regiões) a partir da noção de “regiões vivas” que vêm sendo atualizadas desde então;
- iii. Fase 3 (2011-2016), Portaria 4.279/10 e Decreto 7.508/11, região contratualizada com Redes de Atenção à Saúde – RAS, destacando o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) firmado entre gestores municipais, estaduais e federal, atualizações normativas importantes dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – CIS (previstos e instituídos na Lei 11.107 de 2005 dos Consórcios Públicos Interfederativos) e Planejamento Regional Integrado – PRI (2016) estabelecendo rol mínimo de ações e serviços nas Regiões de Saúde com pactuação, monitoramento e avaliação no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Regional (CIR) como governança regional e possível instância de planejamento regional.

¹⁹ Para Kliass (2020) o Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) previsto na Constituição de 1988 não foi até hoje regulamentado e utilizado como ferramenta de planejamento. Ademais, o autor afirma que houve um aprofundamento dos instrumentos de caráter orçamentário instituídos na Constituição – Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anua (LOA) e Plano Plurianual (PPA). Embora o PPA configure o instrumento mais próximo do planejamento dentre esses elementos, contudo vem sendo utilizado principalmente como elemento orçamentário. Mudanças significativas foram a incorporação das unidades subnacionais e entidades da sociedade civil organizada pós 2003 nesse modelo do PPA. O autor conclui, contudo, que devido à pouca atividade de prospecção estratégica e de coordenação, esses instrumentos não implicaram grandes mudanças e tampouco fortaleceu o planejamento integrado e de longo prazo como previsto.

Conforme Nota Técnica (Região e Redes, 2020), as Regiões de Saúde instituídas nos anos 2000 (hoje são 450 compreendendo a totalidade do território brasileiro) constituem “espaços contíguos, raras vezes abarcando mais de um estado da federação, e com alta correspondência com as regiões imediatas de articulação urbana do IBGE” (p.6).

O princípio organizativo do SUS de hierarquização e regionalização dos serviços de saúde supõe coordenação e relações interfederativas com atribuição de responsabilidades entre os entes gestores do sistema e redes hierarquizadas segundo níveis de complexidade da atenção à saúde, em síntese: primária (municípios), média complexidade (estados) e alta complexidade (União).

Assim, leva-se em consideração o custo da oferta em saúde e a frequência da demanda para estabelecer escopo e economia de escala: quanto maior o nível de complexidade maior o custo e menos frequente a demanda; ao passo que quanto menor o nível de complexidade menor o custo e maior a demanda. Processo que relaciona população e área atendida pelos serviços, classicamente uma combinação de rede urbana e teoria dos lugares centrais (centralidades) – elaborada desde os anos 1930, pioneiramente pelo geógrafo alemão Walter Christaller – para bens e serviços cujo alcance, limite crítico, expressa uma dada região de abrangência caracterizada por redes e polos funcionais (de bens e serviços).

As *redes funcionais* (distribuição e acesso) na proposta de Oliveira *et al* (2008), por exemplo, considera custos de deslocamento, tempo de deslocamento, distâncias viárias e condições viárias, com base na provisão / gestão pública a partir das seguintes variáveis: (i) distribuição e estrutura da população; (ii) recursos naturais; (iii) fatos históricos; (iv) existência de economias de escala; (v) organização espacial de tráfego; (vi) organização espacial administrativa; e (vii) princípio de mercado. Essas autoras destacam principalmente a desigualdade da renda como estratificação social que por sua vez influi como principal fator na inequidade de acesso aos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados (Oliveira *et al*, 2008; Andrade *et al*, 2011).

Andrade *et al* (2006) assinalam que uma equidade no acesso aos serviços de saúde supõe uma equidade na alocação de recursos. Na metodologia de alocação equitativa de recursos proposta por essas autoras há a consideração conjunta de índices para uma maior equidade na distribuição regional dos recursos, sendo: (i) necessidade em saúde; (ii) necessidade de oferta; (iii) porte econômico dos municípios; e (iv) acesso às unidades e serviços em saúde. Esse método de alocação equitativa se baseia no fator de alocação (FA) de recursos para os municípios e regiões a partir da associação de seis variáveis epidemiológicas e socioeconômicas mais dois outros índices, um de necessidade em saúde (INS) e outro de porte econômico dos municípios (IPE).

Simões *et al* (2004) ao destacarem os descompassos entre infraestrutura instalada e recursos humanos para operá-las também chamam a atenção para a necessidade de se pensar uma “nova regionalização em nível nacional que procure considerar a existência de redes e sistemas urbanos que transpõem divisas político-administrativas – particularmente para a atuação do setor público” (p.13).

A estratégia de regionalização através da constituição das redes foi desenhada de modo a nortear e a auxiliar o processo de construção do sistema de saúde, visando a superação da fragmentação da atenção e o provimento integral de serviços e ações de saúde. Contudo, conforme constata Nota Técnica do grupo de pesquisadores:

Problemas identificados em diferentes pesquisas apontam que foram insuficientes os esforços para a conformação das regiões e suas redes, tanto na dimensão política – vista, principalmente, pelo débil papel assumido pela esfera estadual através de suas instâncias regionais, responsáveis pela gestão e implementação de vários tipos de serviços de alcance regional –; quanto na dimensão da estrutura, na qual as desigualdades são mais visíveis, pela escassa distribuição de recursos e alta concentração em grandes cidades; ou, ainda, na dimensão da organização – de serviços, ações e práticas, constituindo o ângulo privilegiado de implementação das redes, em que se evidenciam a pouca integração dos diferentes pontos de atenção e as fragilidades presentes na construção do planejamento regional e da governança assistencial, no curso da integração atenção primária e atenção especializada, por meio de redes de cuidado de forma mais efetiva, permanente e regular. Outro problema identificado foi a incapacidade de unir desenvolvimento econômico e social e esforços tecnológicos e de conhecimento em prol de regiões mais autossuficientes. (Região e Redes, 2020, p.7).

Nesse sentido o planejamento regional em saúde lida de forma indissociável com a dimensão social (desigualdade socioeconômica e estratificação por renda) e a dimensão espacial (concentrações, polos, barreiras de acesso e vazios assistenciais), buscando, assim, a universalidade, integralidade e equidade do SUS frente às desigualdades socioespaciais: desigualdades regionais, vazios assistenciais e desigualdades territoriais em contextos urbanos e metropolitanos.

Ademais, o planejamento e a regionalização em saúde devem considerar os custos, tempos e distâncias de deslocamentos da população para acesso aos serviços de saúde, além da estrutura demográfica que expressa determinadas necessidades em saúde e o descompasso entre infraestrutura instalada, tanto em função dessas necessidades da população quanto dos recursos humanos para a assistência e para a operação dessa infraestrutura.

Nesse sentido impõem-se desafios à alocação de recursos (investimentos e custeios) no planejamento nacional estratégico e regional demandante de coordenação, visão sistêmica e de uma metodologia de alocação equitativa dos recursos considerando as dimensões da demanda (necessidades) e da oferta em saúde a partir de índices / *indicadores* para uma maior equidade e justiça na distribuição regional dos recursos.

Considerando as especificidades do território brasileiro marcado por acentuadas desigualdades socioespaciais e a constituição do SUS, Carnut *et al* (2020) apresentam uma excelente revisão crítica (nacional e internacional) das metodologias de alocação de recursos em saúde com foco na *equidade* destacando a necessidade de considerar as implicações éticas – para além do critério da eficiência – e a centralidade das *necessidades em saúde* (fatores sociodemográficos, socio sanitários e epidemiológicos) nesse processo. Os autores inclusive discorrem sobre o clássico modelo inglês, o *Resource Allocation Working Party* (RAWP), que há 40 anos vem inspirando e referenciando mundo afora as metodologias de alocação de recursos em saúde, situando as limitações de sua adoção no caso brasileiro.

Portanto, o planejamento regional em saúde requer a consideração e coordenação de diversas dimensões: sistema de vigilância em saúde, sistema de serviços de assistência à saúde, sistema de informações em saúde, sistema de educação, ciência e tecnologia, além da dimensão industrial produtiva (insumos, medicamentos, materiais e equipamentos).

Gadelha *et al* (2011) apontam que muitas vezes a regionalização em saúde ao se limitar à organização de redes de atenção no âmbito intraestadual não tem incorporado suficientemente a lógica territorial de caráter mais abrangente e a articulação com as demais ações e políticas.

Há um equilíbrio ainda a ser alcançado entre a descentralização dos serviços de saúde e a concentração tanto nos níveis intermediários, micro ou mesorregionais, quanto nos centrais, macrorregionais ou nacionais. A presença de múltiplas escalas exige que o debate de uma política regional seja capaz de articular a territorialização das ações às especificidades de cada campo de atuação da saúde e suas lógicas internas, bem como aos fluxos e organizações dos espaços. Ou seja, exige amadurecimento da articulação dos atores, efetiva coordenação e aumento do aporte de recursos. (Gadelha *et al*, 2011, p.3009)

Ao lembrar que a estratégia de regionalização é uma prática recente na saúde, Feitosa (2018) assinala que enquanto a territorialização na saúde tem se fundamentado na lógica do planejamento ascendente de base municipalista, já a regionalização na saúde tem caminhado num sentido completamente distinto. Ainda que ambos os processos tenham buscado pressupostos e metodologias na ciência geográfica, segundo a autora nas últimas duas décadas apresentaram nuances. As divisões estabelecidas na fase da NOAS (2001-2005) de “Macrorregiões, Regiões e Microrregiões de Saúde” e os “Módulos Assistenciais” promoveram hierarquização e fragmentação entre os municípios que compunham a região. Essa regionalização a partir de “sistemas funcionais de saúde” se baseou no arcabouço teórico-metodológico das regiões homogêneas e polarizadas, no marco conceitual da rede urbana de origem francesa (Michel Rochefort) e na teoria dos lugares centrais (Walter Christaller), que fundamentaram a produção e os dados elaborados pelo IBGE a partir dos anos 1960 e, sobretudo, anos 1970.

Contudo, concordando com a autora supracitada, as relações entre polos, centralidades e cidades no conjunto da rede urbana brasileira não se encaixam ou não são explicadas e lidas em sua totalidade nesses modelos de padrão espacial hierárquico clássico. Muitas vezes estabelecendo nexos e relações entre centralidades de regiões distintas e não contíguas, através de “conexões geográficas” (Souza, 1992), que não respondem ao padrão clássico de relações entre centralidades numa rede hierárquica contígua. O que se observa e se constata com muita frequência nas polarizações dos fluxos assistenciais e de deslocamentos para acesso na atenção de média e alta complexidade em saúde no território brasileiro.

As recentes mudanças no perfil epidemiológico e demográfico da população, com crescimento de doenças crônicas e causas externas, associadas às transformações das tecnologias e do modelo de organização e gestão do sistema de saúde estabelecem novas necessidades em saúde e reforçam a importância da superação das desigualdades, notadamente aquelas relacionadas à distribuição regional da oferta e às barreiras de acesso aos serviços (Ouverney e Noronha, 2013). Diante dessas mudanças e das persistentes desigualdades, o planejamento em saúde passa também por transformações conceituais, tecnológicas e normativas. Destaca-se que a fase atual do planejamento (pós 2011) tem se pautado pelos sistemas integrados, adaptados para o Brasil como Redes de Atenção à Saúde – RAS (Mendes, 2010).

Feitosa (2018) ressalta que o processo de regionalização observado na fase do Pacto Pela Saúde (2006-2010) buscou se orientar mais pela perspectiva territorial, das “regiões vivas”, mais politicamente coordenadas e dialogando com o conjunto das dinâmicas e características da região, superando o caráter normativo e relativamente fragmentador da NOAS. Já na fase mais recente das Redes de Atenção à Saúde (pós 2011), a autora assinala que as redes passaram a ser compreendidas como integradas e regionalizadas, mas sem apresentar um conceito definido de região e muito pautadas por diretrizes organizativas e técnicas, resultando também num caráter fragmentador, normativo e “de cima para baixo” em relação à territorialização municipalista.

Portanto, constata-se que, de um lado, a regionalização tem sido compreendida e implementada de forma descendente e normativa, sobretudo nas redes de média e alta complexidade em saúde, de outro, a efetivação da atenção primária tem se fundamentado numa estratégia mais no sentido da territorialização. De qualquer modo, como propõe Feitosa (2018), ambas as concepções se fundamentam numa lógica geométrica das áreas de abrangência e atuação dos serviços e saúde. Ademais do mérito e dos avanços do SUS com a incorporação dos conceitos de espaço, territorialização e regionalização, contudo, ainda é precária e insatisfatória a perspectiva territorial na política de saúde que poderia efetivar um SUS de fato universal, integral e equânime:

É somente a partir da indissociabilidade entre a instrumentação e a gestão do território que se podem incorporar todos os elementos constitutivos dos lugares e suas incidências escalares numa mesma unidade espacial, o que possibilita adequar os instrumentos de planejamento e as áreas de atuação das políticas conforme o imperativo territorial e não a partir de formulações abstratas a priori. (Feitosa, 2018, p. 207)

Para Landim *et al* (2019) a regionalização a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS) se baseia na lógica da oferta, reforçando os vazios assistenciais no território e levando a população a buscar acesso nas redes não complementares ao SUS, dadas a regulação incipiente e baixa interação entre o conjunto dos pontos de atenção à saúde (primária, média e alta complexidade). No que tange à relação entre planejamento regional e desenvolvimento, as autoras assinalam que o modelo de redes privilegia as regiões e municípios de grande porte com adensamento populacional e densidade tecnológica, provavelmente devido a questões de custo-benefício com base na produtividade e economia de escala e escopo, reforçando as iniquidades de acesso e os vazios assistenciais, logo aprofundando a fragmentação e as desigualdades socioespaciais. Para as autoras esse processo compromete a universalização do acesso à atenção à saúde com equidade e integralidade, além de confirmar o caráter político que preside a implementação das redes de saúde:

[...] ao mesmo tempo que sinaliza uma tendência de capitalização do setor²¹, com predisposição para manutenção e/ ou ampliação da relação público-privada, para provisão dos serviços de saúde à população. O privilegiamento desse formato revela uma forte inclinação para manter o *mix* público-privado^{6,7} em uma área da saúde pública em que os procedimentos são de alto custo. Isso, entretanto, a torna extremamente atrativa para o setor privado não complementar ao SUS, retroalimentando o ciclo de financeirização do setor saúde, dependência das ações estatais do capital privado e estabilidade sanitária aos agentes do mercado. (Landim *et al*, 2019, p. 167).

Viana *et al* (2018) ao destacarem os dois ciclos políticos de organização do SUS – o primeiro marcado pela descentralização com protagonismo da esfera municipal (1988 a 2000); e o segundo com a constituição das Regiões de Saúde e regionalização das Redes de Atenção à Saúde – RAS (de 2000 aos dias atuais) – assinalam que o atual ciclo da regionalização não apresenta ainda a mesma potência política do primeiro, de corte municipalista, já que não criou uma base de sustentação e engajamento políticos capaz de redefinir ações e fomentar articulações e parcerias entre os diferentes agentes e instituições.

A análise histórica das trajetórias do planejamento regional e das políticas setoriais no Brasil, nos leva a considerar que a saúde talvez seja aquela que mais incorporou a perspectiva territorial

e regional do planejamento, sobretudo nos últimos trinta anos desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 e implementação do SUS (Feitosa e Guimarães, 2015). Destacando-se nesse processo a perspectiva territorial presente no primeiro ciclo da organização política do sistema (1988-2000) observada na Política Nacional de Atenção Básica, e a perspectiva regional valorizada no segundo ciclo da organização política do SUS (pós anos 2000) através das regiões e redes de saúde.

Dentre os grandes desafios do planejamento regional em saúde visando a garantia da integridade, equidade e universalidade do sistema numa dada região podemos destacar: (i) ampliação das bases metodológicas, para além da noção de regiões homogênea e funcional, sobretudo, da lógica geométrica de áreas de abrangência de fluxos de saúde e dos lugares centrais, próprias ao padrão espacial clássico de hierarquia urbana, incorporando também outras conexões geográficas, fluxos e relações entre lugares e centralidades não contíguos no território brasileiro; (ii) incorporação do componente territorial, dialogando e amalgamando escalas, ações e programas de outras áreas (que não apenas a saúde) e do conjunto dos atores (estatais e não estatais), além da valorização na hierarquização e regionalização das redes de média e alta complexidade do processo de territorialização mais característico da organização da atenção primária e do enfoque municipalista; e (iii) ampliação e fortalecimento das institucionalidades de governança regional interfederativa e com participação popular para além do controle social em diversas escalas e articuladas (no âmbito do SUS e junto a outras áreas e setores), com quadro técnico operacional em planejamento e garantia de arranjos financeiros e fundos de financiamento perenes para sua operacionalização.

4. DIMENSÕES DA DEMANDA E DAS NECESSIDADES EM SAÚDE PARA PENSAR O PLANEJAMENTO REGIONAL

O planejamento regional em saúde necessariamente incorpora questões relacionadas à demanda por e a oferta de serviços de saúde, afim de compreender como é possível articulá-las com o intuito de prover acesso a cuidados resolutivos em saúde para toda a população. Essas questões envolvem refletir a respeito das características das regiões, das relações multiescalares com suas conseqüentes hierarquias e situações, da disponibilidade de recursos, entre outros. Também, busca-se contemplar algumas dimensões – como o sistema nacional de educação, ciência, tecnologia e inovação; o complexo econômico industrial da saúde; as estruturas demográfica e socioeconômica; as desigualdades socioespaciais; os movimentos e entidades da sociedade organizada – em direção do diálogo e da elaboração do planejamento na perspectiva integrada e sistêmica que essa abordagem exige.

A seguir sistematizamos elementos para pensar as duas dimensões (demanda e oferta), com vistas a uma contribuição metodológica à regionalização do sistema de saúde.

4.1. DIMENSÕES RELATIVAS À DEMANDA EM SAÚDE

As dimensões relativas à demanda envolvem a compreensão das: estruturas e dinâmicas demográficas; condições socioeconômicas e desigualdades relacionadas; necessidades em saúde considerando composição demográfica; barreiras de acesso aos serviços de saúde; e, presença e densidade de grupos organizados da sociedade: movimentos sociais; entidades; associações; participação e controle social; informação e comunicação. Essas dimensões necessariamente se articulam e se influenciam mutuamente, em termos não só de uma composição da demanda, como das características intrínsecas de cada uma delas.

4.1.1. Estruturas e dinâmicas demográficas

As características demográficas envolvem por um lado a estrutura populacional, relacionada ao tamanho e à composição por sexo e idade e por outro, as dinâmicas demográficas relacionadas à natalidade, mortalidade e migrações. As dinâmicas e estruturas populacionais variam temporal e espacialmente entre as distintas regiões do país (Oliveira e O'Neill, 2013 e 2015; Oliveira *et al.*, 2017), em diversas escalas espaciais, o que impõe considerá-las de formas variadas quanto à atenção à saúde da população. Oliveira *et al.* (2017), em abordagem das distribuições espaciais da população e dos serviços de saúde, associam características da transição demográfica, do crescimento populacional e do dinamismo econômico das Regiões de Articulação Urbana (IBGE, 2013)²⁰, para apresentar um cenário para 2030, que articula:

- a) Tendências de crescimento, estabilidade ou esvaziamento populacional, relacionada ao crescimento vegetativo assim como às dinâmicas de mobilidade da população;
- b) Composição envelhecida, adulta e/ou jovem da estrutura demográfica;

²⁰ “(...) espaços pautados numa organização em rede, onde os centros de gestão do território e os fluxos determinam as vinculações e o arranjo regional. Porém, tais características apenas refletem processos históricos que se formaram pela interação entre vários atores e palcos, tais como: os domínios ecológicos; a população; as atividades agrícolas e industriais; os transportes e as atividades terciárias, e que, ainda que subjacentes nessa análise permitem uma visão da diversidade do país” (IBGE, 2013).

c) Desenvolvimento econômico baixo, médio e alto.

A articulação desses elementos revela a diversidade de situações no país relativas às dinâmicas demográficas e econômicas, que impactam a demanda pela atenção de saúde, relacionadas às necessidades, assim como a própria disponibilidade dos serviços, maior conforme o maior desenvolvimento das regiões. Para o planejamento regional em saúde, a compreensão dessas relações é fundamental em uma perspectiva integrada e multiescalar, em que as características das regiões estejam articuladas às áreas contíguas e/ou próximas, assim como a das macrorregiões ou unidades da federação.

4.1.2. Necessidades de saúde da população

As necessidades de saúde da população refletem diversas questões e suas articulações. Se as transições demográfica e epidemiológica trazem mudanças em termos da participação dos diferentes grupos etários na população (e logo de suas demandas) e dos perfis de morbimortalidade, as condições sociais e econômicas e marcadamente suas desigualdades, caracterizam profundamente os padrões de adoecimento e óbitos dos diferentes grupos, estratos, classes sociais (Barreto, 2017). Diversas análises vêm destacando a redução da importância das doenças infecciosas e parasitárias no perfil de morbimortalidade e aumento das doenças cardiovasculares e neoplasias, que afetam mais os adultos e idosos (Barreto, 2013; Luna e Silva, 2013; Silva e Ramalho, 2015), o que os leva a considerar que as necessidades de saúde em um futuro próximo envolverão:

- a) Doenças Infecciosas e Parasitárias persistentes apesar de alguma efetividade no controle como tuberculose, malária, hanseníase, hepatites e AIDS.
- b) Doenças Infecciosas e Parasitárias sem sucesso no controle, com possibilidade de constituírem emergências como a dengue e mesmo emergentes, caso da Covid-19, tão impactante no presente momento;
- c) Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCTs), que tem grande impacto sobre o sistema de saúde, implicando na necessidade de se investir em medidas de promoção da saúde e que possam interferir em comportamentos como tabagismo, inatividade física, o abuso de bebidas alcoólicas, consumo de alimentos gorduras saturadas, baixo consumo de alimentos saudáveis;
- d) Doenças neuropsiquiátricas, cuja ampliação está relacionada ao envelhecimento da população, assim como a dinâmicas socioeconômicas e culturais
- e) Causas externas, decorrentes de acidentes e agressões, que ampliaram seu impacto sobre os padrões de morbimortalidade no país, com a relevância das agressões violentas e principalmente dos acidentes de transporte terrestre, notadamente de motociclistas (PROADESS, 2019).

As dinâmicas de todas estas necessidades precisam ser levadas em conta no processo de regionalização, a fim de compreender os padrões de morbimortalidade e assim dimensionar demandas por serviços e recursos de saúde e além disto, orientar o próprio modelo de organização a ser projetado para os próximos anos (Ouverney e Noronha, 2013).

4.1.3. Condições socioeconômicas, renda e trabalho, infraestrutura urbana e desigualdades

Historicamente se reconhece a importância de condições socioeconômicas, ocupacionais, habitacionais e de infraestrutura urbana para as condições e situações de saúde da população (CNDSS, 2008; Barreto, 2017). Por isso, no processo de regionalização, é preciso compreender:

- A) Distribuições por sexos, cor/raça e escolaridade da população.
- B) Características da base econômica e do mercado de trabalho.
- C) Distribuição da renda.
- D) Diversidade das condições de moradia e de deslocamento da população.
- E) Acesso dos domicílios a serviços coletivos como luz, água encanada, coleta de esgoto e coleta de lixo.
- F) Desigualdades socioespaciais

No período mais recente, diversos autores vêm destacando a ampliação das desigualdades socioeconômicas na população, com impactos sobre condições de saúde (Travassos *et al*, 2006; Therborn, 2010; Barreto, 2013 e 2017). O primeiro dos autores inclusive as denomina como desigualdades vitais, já que impactam inclusive na expectativa de vida. Ambos destacam a ampliação das escalas das desigualdades: globais, nacionais, regionais, locais. Nesse sentido, cabe abordar a maior ou menor desigualdade socioeconômica entre a população de cada região, em sua diversidade e tendências de evolução no tempo. Algumas metodologias propostas apresentam formas de mensurar as desigualdades conjugando e associando dados de saúde, sociais e geográficos. Como o Índice de Bem-Estar Urbano - IBEU (Ribeiro, 2015) com cinco dimensões – mobilidade urbana; condições ambientais urbanas; condições habitacionais urbanas; atendimento de serviços coletivos urbanos; infraestrutura urbana – constituída, cada uma, por um conjunto de indicadores com base nos dados do IBGE. O Índice de Saúde Urbana (Bortz *et al*, 2015) para quantificar desigualdades em saúde composto por oito indicadores de saúde gerados no nível dos bairros correlacionando indicadores socioeconômicos e urbanos. E o Índice de Vulnerabilidade Municipal ao Alastramento do Coronavírus – IVC (FPA, 2020) que combina indicadores densidade demográfica, residentes em favelas, faixas etárias, infraestrutura sanitária (acesso a energia elétrica, água, rede de esgoto, coleta de lixo), saúde (tuberculose, pneumonia, outras doenças respiratórias, hipertensão, diabetes, problemas cardiovasculares e renais) e de mercado de trabalho (renda média e proporção de empregos formais).

4.1.4. Barreiras de acesso aos serviços de saúde

O processo de regionalização deve levar em conta também a existência e relevância de barreiras de acesso aos serviços de saúde, muito relacionada às condições socioeconômicas da população. Jacobs *et al.*, (2012), a partir de diversas estudos sobre barreiras de acesso, elaboraram um quadro referencial de dimensões gerais e barreiras, posteriormente adaptado para a análise da realidade brasileira por Oliveira *et al.* (2019).

As dimensões se referem a Acessibilidade Geográfica (1), Disponibilidade (2) e Aceitabilidade (3), separadas entre barreiras relacionadas à Demanda e a Oferta. Da perspectiva da demanda, se destacam o custo dos transportes (1), a informação sobre os serviços de saúde (2), as preferências culturais e comunitárias da população, os estigmas e a crença de não ter problemas de saúde (3) (Oliveira *et al.*, 2019).

No contexto da presente abordagem, a respeito de uma metodologia de regionalização, todas as barreiras de acesso são consideradas entre as questões da demanda, já que envolvem as possibilidades de a população acessar e utilizar serviços de saúde. Por isso, devem ser consideradas as seguintes barreiras relacionadas à oferta: localização dos serviços (1), indisponibilidade de serviços e profissionais, problemas de integração dos serviços, tempo de espera, falta de medicamentos e qualificação dos profissionais (2). (Oliveira, *et al.*, 2019).

Embora não seja o objetivo nessa discussão, certamente outras questões relativas à demanda podem ser pensadas global e contextualmente. Fundamentalmente, cabe destacar a importância e o alcance das barreiras em âmbito regional, além das possíveis interações entre elas.

4.1.5. Presença e densidade de grupos organizados da sociedade: movimentos sociais; entidades; associações; participação e controle social; informação e comunicação.

A presença e densidade de grupos organizados da sociedade em âmbito regional é questão importante para o processo de regionalização em função da possibilidade de canalizar e amplificar demandas da sociedade. Movimentos sociais, associações de diversos tipos (comunitárias), sindicatos, além, logicamente, dos conselhos podem e em alguns casos devem, participar e exercer o controle social sobre os serviços de atenção à saúde.

Identificá-los e compreender seus papéis é importante para a construção de diálogos que permitam não somente efetivar a participação e o controle social, mas também trazer suas possíveis contribuições para a organização da atenção. Por outro lado, o potencial de capilarização dos grupos organizados da sociedade pode ser uma forma relevante de informação e comunicação, seja para tempos habituais, seja para tempos em que informar é questão crítica, como no momento atual de pandemia de coronavírus e outras emergências em saúde.

4.2. DIMENSÕES RELATIVAS À OFERTA EM SAÚDE

A oferta também é caracterizada por suas múltiplas dimensões, que assim como as da demanda se influenciam mutuamente, com efeitos específicos em cada um dos seus componentes, assim como no conjunto total da oferta em saúde. As dimensões da oferta são: disponibilidade de recursos físicos (estabelecimentos, leitos, equipamentos e outros) em saúde; disponibilidade de recursos humanos (médicos, enfermeiros e outros); sistema de educação e formação e capacitação de profissionais de saúde e especialidades médicas para fixação nas regiões; hierarquização relacionada aos níveis de complexidade; disponibilidade de transporte sanitário; papel da Atenção Primária à Saúde e da Promoção da Saúde; arranjos e estrutura de resiliência em situações de emergência sanitária e novos e futuros riscos; relevância e potencialidades do telessaúde; processos, estruturas e densidades de informatização e digitalização; e, complexo industrial e produtivo dos insumos e equipamentos para a saúde.

4.2.1. Disponibilidade de recursos físicos em saúde necessários para atender as necessidades da população

A disponibilidade de recursos físicos em saúde para o atendimento às necessidades da população é essencial no contexto da oferta. Destacam-se os diversos tipos de estabelecimentos (postos de saúde, laboratórios, unidades de pronto-atendimentos, hospitais e outros), leitos de vários

tipos (pediátrico, adultos, UTI), além dos equipamentos (ultrassom, mamógrafos, raios X, entre outros).

A distribuição desses recursos físicos é bastante desigual no território brasileiro (Martins, 2014; Albuquerque *et al.*, 2017; Santos *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2017), como resultado do processo histórico de constituição da rede de atenção à saúde no país (Viacava *et al.*, 2018), a partir das dinâmicas diferencial de investimentos dos setores público e privado (Braga Neto *et al.*, 2012).

Se faz necessário compreender as características da oferta e suas dinâmicas e tendências no período recente. Devem ser ressaltadas as possibilidades/limitações para a realização de 11 grupos de procedimentos de baixa complexidade e quais os arranjos e articulações entre escalas espaciais para acessar os 25 equipamentos/procedimentos de média e alta complexidade definidos em Viacava *et al.* (2014).

Para o futuro é importante considerar as mudanças no perfil de morbimortalidade e suas marcantes desigualdades (Barreto, 2017; Silva e Ramalho, 2017), em termos das repercussões em termos dos serviços e ações demandadas, para que possam ser pensadas as necessidades de adequação e principalmente ampliação da oferta.

4.2.2. Disponibilidade e necessidades de profissionais de saúde e especialidades médicas da força de trabalho em saúde

A disponibilidade de profissionais de saúde é outra das dimensões fundamentais da oferta, já que são necessários para todos os tipos de ações e serviços de saúde. Envolve médicos e suas diferentes especialidades, enfermeiros, odontólogos, agentes de saúde, além de técnicos de utilização de equipamentos e profissionais de reabilitação.

A distribuição de profissionais de saúde no país é marcada por desigualdades significativas, com as regiões menos desenvolvidas, marcadamente Norte e Nordeste e mais remotas registrando lacunas não apenas de profissionais especializados, mas também daqueles envolvidos com a Atenção Primária à Saúde (Girardi, 2015; Girardi *et al.*, 2017 e 2018; Dal Poz *et al.*, 2013, 2015 e 2017). Também são questões nesse âmbito as formas de contratação de profissionais pelo Sistema Único de Saúde, diversas ao redor do país, além da movimentação médica (Seixas *et al.*, 2015), marcante na realidade brasileira e que impacta a disponibilidade desses profissionais e sua regularidade.

As mudanças no perfil de morbimortalidade trazem desafios importantes, já que direcionam a demanda por distintas especialidades, pela maior necessidade de cuidados de longo prazo a doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), entre outras questões relacionadas principalmente a cuidados de alta complexidade (Girardi *et al.*, 2018). Ao mesmo tempo, a reorientação dos cuidados em saúde, com uma maior importância da Atenção Primária, amplia a necessidade dos profissionais especializados e da rede de atuação em escala local, via agentes comunitários e de vigilância.

Em relação aos profissionais de saúde, o processo de regionalização deve considerar a disponibilidade atual, projetar as necessidades e tendências, discutir formas de contratação e sua sustentabilidade, além de buscar a fixação em escala regional.

4.2.3. Sistema de educação e formação e capacitação de profissionais de saúde e especialidades médicas para fixação nas regiões.

A formação e capacitação de profissionais de saúde em nível regional é importante para a fixação dos mesmos, aspecto fundamental para a redução das marcantes desigualdades regionais brasileiras em termos da sua distribuição (Dal Poz *et al.*, 2015; Girardi *et al.*, 2015).

Embora existam distinções relevantes entre as características da formação e capacitação dos diversos profissionais de saúde, algumas características em comum são marcantes, como o fato daquelas mais qualificadas estarem situadas no Sudeste e Sul do país. Assim, mais do que uma ampliação da oferta, necessária em algumas partes do país, é necessária a qualificação da mesma às mudanças na demanda relacionada aos perfis de morbimortalidade e também, do próprio modelo de atenção nas diferentes áreas.

Logicamente, são necessárias ações em múltiplas escalas espaciais para ampliar a fixação dos profissionais, especialmente em áreas mais desprovidas. Porém, na construção da regionalização essa questão precisa ser considerada com o intuito de ampliar o acesso da população a cuidados resolutivos.

4.2.4. Hierarquização relacionada aos níveis de complexidade

Relacionada a questões de escala e escopo, a hierarquização da atenção à saúde expressa a maior ou menor frequência de busca por determinados serviços. Quanto mais frequente for a demanda, maior a necessidade de determinados serviços estarem disponíveis em escala local; conforme a frequência da demanda na população se restringe, maior a escala de cobertura de determinados serviços. A Atenção Primária à Saúde tem que estar presente em todos os locais, sua cobertura deve ter escala local, já transplantes tem escala nacional, dada a menor frequência da demanda e a necessidade de equipamentos de maior custo e profissionais mais especializados.

Para dar conta das necessidades de saúde da população, a partir de seu perfil demográfico e epidemiológico, é preciso avaliar a estrutura hierárquica de atenção à saúde e organizar as formas de garantir o acesso da população em tempo oportuno nas mais variadas demandas, sejam elas em escala local, regional, macrorregional ou nacional, assim articulando as redes nessas diferentes escalas (Ouverney e Noronha, 2013). Claramente a “solução” para determinadas necessidades passa por agentes com capacidade de atuação em escalas espaciais mais amplas do que a região, como as Unidades da Federação e a União, logo no processo de regionalização os arranjos necessários à garantia de acesso da população aos cuidados requeridos devem ser considerados.

4.2.5. Disponibilidade de transporte sanitário

A partir das lógicas de distribuição dos serviços de saúde em seus variados níveis de complexidade e sua hierarquização, além da distribuição dos profissionais de saúde, destaca-se a importância do transporte sanitário em suas mais distintas formas e vias rodoviárias, hidroviárias e aéreas.

Devido ao fato de que muitas demandas dependem do transporte de pacientes, o processo de regionalização precisa incorporar a disponibilidade do transporte sanitário em arranjos que envolvam todos os entes locais e suas respectivas capacidades. Além disto, precisam ser dimen-

sionadas as demandas por esses transportes em função das necessidades de saúde da população e das distâncias até os serviços de saúde necessários.

É importante destacar tanto a necessidade de transporte sanitário para os procedimentos de urgência/emergência, quanto para garantir o acesso a procedimentos eletivos. Assim como, é relevante organizar as estratégias de transporte sanitário para tempos habituais, quanto para tempos de crise, como a atual caracterizada pela pandemia do Covid-19.

4.2.6. Papel da Atenção Primária à Saúde e da Promoção da Saúde

No processo de regionalização é preciso compreender a relevância e o alcance da Atenção Primária em Saúde (APS) nos âmbitos locais e regional. Integrando ações curativas e preventivas, a APS tem condições de dar conta da maior parte das necessidades de saúde da população, constituindo a porta de entrada para os outros níveis da atenção (Giovannella *et al.*, 2012). Em um contexto de envelhecimento da população e conseqüente incremento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (Barreto, 2013; Luna e Silva, 2013), o papel da APS é essencial para vigilância, recepção, encaminhamento e acompanhamento das condições de saúde da população, além de ter a capilaridade necessária para disseminação de ações de promoção da saúde. Estas últimas são importantes para estimular práticas que reduzam o impacto de questões que influenciam o desenvolvimento das DCNTS.

Ressalte-se também o papel da APS em contexto de crise, como a pandemia de Covid-19, na qual a sua atuação está relacionada à vigilância em saúde nos territórios, atenção aos usuários com Covid-19, suporte social a grupos vulneráveis e continuidade das ações próprias da APS (Medina *et al.*, 2020). Acrescente-se também o acompanhamento da situação de saúde posterior das pessoas que desenvolveram a doença, que tem conseqüências de longo prazo.

Nesse sentido, no processo de regionalização, a compreensão do papel da APS é necessária para avaliar as possibilidades de constituição de uma rede de atenção integrada que permita o acesso em tempo oportuno a cuidados resolutivos, a partir da situação de saúde da população.

4.2.7. Relevância e potencialidades da Telessaúde

Telessaúde é uma ferramenta para a expansão e melhoria da rede de serviços de saúde, voltada especialmente à Atenção Primária à Saúde e à sua vinculação com os outros níveis da atenção. Caetano *et al.*, (2020), define as seguintes aplicações do Telessaúde: Teleconsultoria, Telemonitoramento, Teleregulação, Teleeducação, Segunda Opinião Formativa e Teleconsulta.

Os objetivos gerais dessas aplicações estão vinculados à: transpor barreiras socioeconômicas, culturais e, sobretudo, geográficas na atenção à saúde; menor custo para o SUS; reduzir filas de espera; reduzir tempo para atendimentos ou diagnósticos especializados; e, evitar os deslocamentos desnecessários de pacientes e profissionais de saúde (Brasil, 2018)

Para o processo de planejamento da regionalização deve-se considerar qual a relevância e o potencial das aplicações do Telessaúde para a melhoria e ampliação da atenção à saúde da população. Também é importante abordar qual a efetiva possibilidade de utilização desse conjunto de estratégias, o que envolve principalmente boa disponibilidade e cobertura de redes de internet.

O Telessaúde é uma forma de lidar com a baixa disponibilidade de recursos de atenção de saúde, principalmente de profissionais. Contribui sobremaneira para a Atenção Primária à

Saúde em regiões remotas ou de difícil acesso ao redor do país e é muito relevante para permitir a manutenção da atenção à saúde em situações de crise (Caetano *et al.*, 2020).

4.2.8. Arranjos e estrutura de resiliência em situações de emergência sanitária e novos e futuros riscos: pandemias, mudanças climáticas, injustiças socioambientais, acidente e desastres.

A ocorrência de emergências sanitárias e acidentes e desastres tem se acentuado nas últimas décadas em função do desenvolvimento tecnológico e das pressões antrópicas. Freitas *et al.* (2019), abordam os riscos relacionados às mudanças climáticas, desastres naturais, desastres tecnológicos e emergências em saúde pública. Alagamentos, enchentes, secas extremas, deslizamentos de terra, acidentes com produtos químicos, epidemias e pandemias são alguns dos exemplos de situações que configuram desafios à saúde pública.

Os impactos dessas situações têm importante diversidade quanto às suas formas, mas também quanto à temporalidade (Freitas *et al.*, 2014; Xavier *et al.*, 2014). Impactos diretamente relacionados aos eventos, como atingidos por deslizamentos ou infectados pela Covid-19; consequências diretas dos eventos, como necessidades de reabilitação dos afetados; e outras que impactam em longo prazo, como doenças mentais, exemplificam essas diversidades. A elas se acrescentam os impactos sobre estruturas e instalações de atenção à saúde (Xavier *et al.*, 2014) e mesmo as regras de isolamento e distanciamento social, tornam mais complexo o acesso aos serviços de saúde.

Nesse sentido, é importante que no processo de regionalização haja uma avaliação dos potenciais riscos de acidentes e desastres em âmbito regional e sejam organizados arranjos e estruturas de resiliência, que possibilitem não apenas dar conta dos impactos dos eventos em si, como das suas consequências. Embora não necessariamente previsíveis, as emergências em saúde públicas relacionadas à epidemias e pandemias também requerem a constituição dos mesmos arranjos e estruturas.

Possíveis formas de enfrentamento dessas situações em termos da saúde pública incluem: telessaúde e suas diversas aplicações, transporte sanitário, recursos físicos e humanos em saúde que possam ser mobilizados. Por isto, é fundamental que as articulações necessárias envolvam as mais diversas escalas espaciais, das locais às nacionais.

4.2.9. Processos, estruturas e densidades de informatização e digitalização (big data, plataformas, aplicativos, tecnologias de informação e comunicação) tanto da gestão e planejamento do sistema (assistência e vigilância em saúde) como da assistência médica clínica

A gestão, o planejamento, a assistência e a vigilância têm na informatização e na digitalização de informações ferramentas com grande potencial para as próximas décadas. Não apenas as diversas potencialidades do Telessaúde (Caetano *et al.*, 2020), mas o uso de diferentes técnicas e tecnologias podem contribuir para a organização da atenção, para a obtenção de dados sobre a situação de saúde da população, acompanhar informações de redes sociais para ampliar essa compreensão, entre outras possibilidades.

No processo de planejamento regional é preciso avaliar quais as potencialidades e limitações em nível regional para o uso dessas ferramentas. Logicamente, a conectividade da internet é

essencial, mas a disponibilidade de recursos (humanos, físicos e financeiros) também precisa ser contemplada, já que o uso efetivo da informação em saúde e seus desdobramentos depende dessas capacidades. Também cabe considerar o que é necessário para ampliá-las. O que poderia ser unificado em um Sistema Nacional de Informação e Comunicação para Desenvolvimento Regional descentralizado, com participação social e ampla divulgação e publicização. Ademais, poderiam ser criados indicadores de digitalização das áreas e regiões com base em usuários e cobertura de acesso à internet, presença e capilaridade de aplicativos selecionados (vinculados a saúde, redes sociais e fontes de informação e comunicação como jornais e movimentos locais e regionais), de uso de telemedicina, aplicativos de autocuidado, de gestão de serviços de saúde e de informática do SUS, inclusive da presença e atuação de agentes privados via plataformas e serviços intermediários no âmbito da assistência e da gestão em saúde.

4.2.10. Complexo industrial e produtivo dos insumos e equipamentos para a saúde

O processo de regionalização deve considerar as condições do complexo industrial e produtivo dos insumos e equipamentos, no intuito de garantir segurança sanitária nas mais diversas escalas espaciais. Por segurança sanitária entende-se a possibilidade de dispor dos recursos citados para a atenção à saúde da população em tempos habituais ou de crise, sem necessidade de disputa-los em complexas negociações no mercado internacional, fato que tem caracterizado a atual pandemia de Covid-19. Além da garantia de insumos e equipamentos nas mais variadas regiões do país, o complexo industrial e produtivo da saúde é um potencial gerador de renda e empregos, o que amplia a sua relevância. Certamente não se trata de pensar que todas as regiões terão o circuito completo de produção de insumos e equipamentos, mas potencialmente é possível a garantia de recursos mais básicos, por exemplo, equipamentos de proteção individual dos profissionais de saúde.

São necessários arranjos intra e inter regionais, com participação/coordenação dos entes estaduais e nacional, constituindo arranjos baseados em complementaridades regionais horizontalizadas para evitar predomínios de algumas regiões sobre outras a partir do “vazamento” de rendas e recursos e sua concentração em algumas regiões. Trata-se de coordenar encadeamentos produtivos regionais (matriz insumo-produto; complementaridades e elos) e articular compras governamentais (encomenda, poder de compra do Estado).

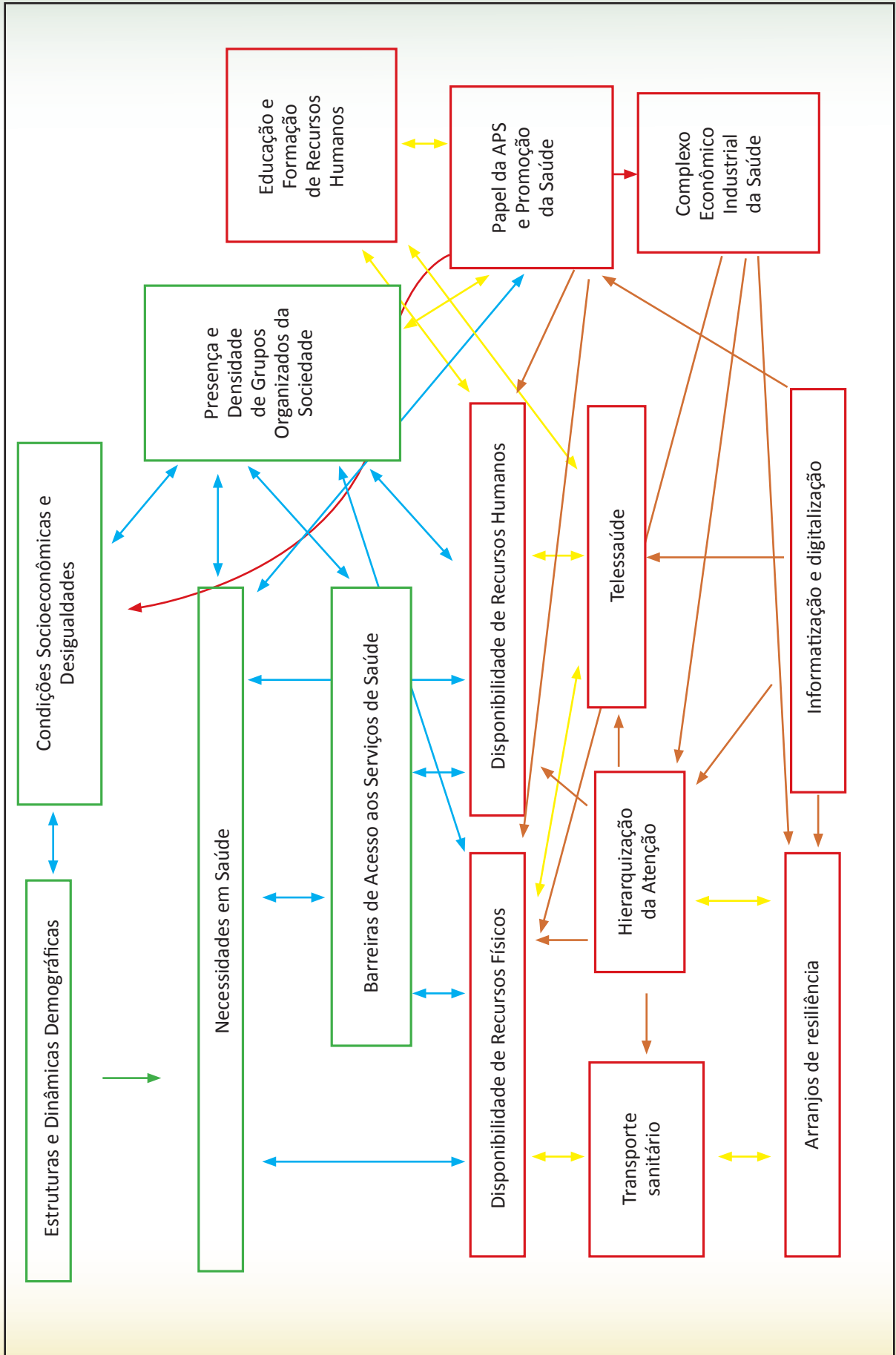
5. À GUIA DE CONCLUSÃO: PROPOSTA DE METODOLOGIA DE PLANEJAMENTO REGIONAL A PARTIR DAS RELAÇÕES ENTRE DEMANDA E OFERTA EM SAÚDE

A partir da identificação das dimensões que compõem a demanda e a oferta em saúde, propõe-se que as Regiões de Articulação Urbana (IBGE, 2013) sejam consideradas em módulos territoriais, regiões contíguas, a partir da identificação de polos assistenciais e possíveis polos vinculados a demandas reprimidas, visando a desconcentração / descentralização do sistema de atenção com o propósito de diminuição das desigualdades socioespaciais (vazios assistenciais e barreiras de acesso) nas diversas escalas territoriais. Por expressarem as dinâmicas da realidade socioespacial em suas múltiplas escalas, as Regiões de Articulação Urbana (Ampliadas, Intermediárias e Imediatas), constituem base importante do planejamento regional, já que não estão embasadas apenas em lógicas administrativas.

Buscando contribuir na redução das múltiplas e persistentes desigualdades da realidade brasileira e iniquidade do acesso à saúde, o estudo objetivou propor elementos para uma metodologia de regionalização do sistema de saúde no país que subsidie o planejamento regional estratégico, considerando cenários no horizonte de 20 anos a partir do foco nos elementos ou variáveis constitutivas das dimensões de demanda e oferta em saúde expressas no capítulo anterior e novamente destacadas no Quadro 1 a seguir.

As dimensões da demanda e da oferta elencadas na seção anterior se caracterizam por suas particularidades, porém para compreender suas dinâmicas é fundamental ressaltar as inter-relações entre elas, como exemplificado no Quadro. A maior quantidade de relações é observada entre os elementos da oferta, expressando a complexidade da organização da atenção à saúde. Também é importante destacar que elementos da demanda influenciam os da oferta e vice-versa, além de, obviamente, das necessidades de saúde, disponibilidade de recursos e barreiras de acesso constituídas de forma única em cada lugar e região. A pressão de grupos organizados da sociedade pode influenciar na disponibilidade de serviços de saúde, assim como o complexo econômico e industrial da saúde também pode ter rebatimentos sobre as condições socioeconômicas da população.

Quadro 1. Dimensões da oferta e demanda em saúde e suas relações e influências



A partir do conjunto de dimensões e relações acima destacado é que devem ser efetivadas propostas de regionalização da atenção à saúde e para isso é necessária articulação entre os três entes federativos (União, Estados e Municípios), logicamente considerando suas distintas capacidades e possibilidades, além de atribuições.

Este processo deve ser baseado nas regiões enquanto *fato*, e não apenas das regiões enquanto *ferramenta* (Ribeiro, 2004), atentando-se às dinâmicas demográficas, econômicas e de deslocamento identificadas através das Regiões de Influência das Cidades, Regiões de Articulação Urbana e Arranjos Populacionais pelo IBGE. Nesse sentido é importante compreender as atuais dinâmicas da estruturação da rede urbana e as reconfigurações urbano-regionais do território brasileiro (Santos e Silveira, 2001; Moura, 2012; Araújo, 2013; Siqueira, 2013; Sposito, 2017) para regionalização do SUS e distribuição espacial dos recursos em saúde em média e alta complexidade. É fundamental identificar e monitorar: (i) novos polos assistenciais nas regiões de vazio assistencial e nas barreiras ao acesso presentes nas regiões metropolitanas e de adensamento urbano; (ii) polos “deprimidos” nas Regiões de Articulação Urbana Intermediárias (articulando escalas micro e macro regional) que precisarão ser fortalecidos; e (iii) identificação de demandas reprimidas através de fluxos populacionais que buscaram, mas não conseguiram acessar, serviços de média e alta complexidade em saúde.

Cabe destacar que não foram contemplados nesse estudo quatro pontos fundamentais a considerar no planejamento regional em saúde: (i) financiamento (fontes dos recursos, tributação, espaço fiscal, execução orçamentária e coordenação interfederativa) como tratado, por exemplo, por Silveira *et al* (2020); (ii) modelagem e projeção das inversões necessárias (investimento e custeio) para ampliação da oferta do sistema de saúde de acordo com as necessidades projetadas para as regiões; (iii) estruturação e mecanismos efetivos de cooperação e organização entre os entes federativos na gestão e assistência à saúde, institucionalidade necessária que permita não mais depender do espírito cooperativo que, de acordo com Dourado e Elias (2011), derivam do “federalismo sanitário brasileiro”; e (iv) a diversidade e desigualdade na distribuição espacial dos arranjos institucionais público-privados (Viana *et al*, 2015) na gestão e assistência à saúde (Lima *et al*, 2019), considerando também o sistema complementar ao SUS e o sistema suplementar privado.

Nesse sentido, partimos do princípio expresso na Constituição de 1988 que consagra o SUS, de que 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. Sem perder de vista que a Constituição de 1988 também consagra o planejamento e o desenvolvimento regional no enfrentamento e diminuição das desigualdades sociais e espaciais.

Objetivamos, assim, com esse estudo, esboçar elementos a partir da demanda e da oferta em saúde que subsidiem o planejamento regional integrado, complementar e visando mudanças estruturais no território brasileiro em termos de justiça social, desenvolvimento regional e enfrentamento das desigualdades socioespaciais. Constituindo, assim, um processo de regionalização que não apenas mantém, mas qualifica a divisão territorial do trabalho no âmbito da oferta e acesso integral à saúde, fundamentado nas complementaridades e unidade nacional e não na competição e fragmentação territorial do sistema como, muitas vezes, os processos de privatização, segmentação da assistência, municipalização exacerbada e redes de atenção à saúde podem acabar promovendo.

São desafios importantes nesse âmbito: (i) regionalização não competitiva, mas complementar e com distribuição de recursos visando enfrentamento das desigualdades; (ii) superação de limites de regiões funcionais da polarização e hierarquização urbana clássica dos lugares centrais conjugando a contiguidade espacial inerente a essa noção com outras conexões geográficas, como fluxos entre localidades distantes e não contíguas; (iii) regionalização para além das Redes de Atenção à Saúde, qualificando a hierarquização da atenção aliada à necessária redistribuição de recursos físicos e humanos; (iv) regionalização “de baixo para cima” com participação social e dos entes municipais que precisam ser valorizados nesse processo; (v) inserção da saúde no planejamento enquanto sistema nacional, multidimensional e transescalar concertando ações e princípios com outras áreas, setores e políticas, articulando processos e agentes em diversas escalas (local, regional, nacional e global); e (vi) valorização do planejamento socialmente relevante e necessário (Ribeiro, 2002; Montenegro, 2019) enquanto sistema de ideias e princípios voltado à transformação estrutural, de longo prazo, de projeção a um futuro mais justo, solidário e menos desigual.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMO, PEDRO. **Mercado e Ordem Urbana**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- ALBUQUERQUE, MARIANA VERCESI de. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011):** diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. Tese (Doutorado). Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.
- ALBUQUERQUE, MARIANA V. et al. Desigualdades regionais na saúde. **Ciênc Saúde Colet** 2017; 22:1055-64.
- ALBUQUERQUE, MARIANA VERCESI de; VIANA, ANA LUIZA D'ÁVILA. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39 Especial, pp.28-38, 2015.
- ALVES, ADRIANA MELO; ROCHA NETO, JOÃO MENDES da. A nova Política Nacional de Desenvolvimento Regional? PNDR II: entre a perspectiva de inovação e a persistência de desafios. **Revista Política e Planejamento Regional**, v. 1, p. 311-338, 2014.
- ANDRADE, MÔNICA VIEGAS et al. Metodologia de alocação equitativa de recursos estaduais para os serviços hospitalares em Minas Gerais. In: **Anais do XII Seminário sobre a Economia Mineira**. Belo Horizonte, 2006, 24 p.
- ANDRADE, MÔNICA VIEGAS et al. **Equidade na utilização dos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras no período 1998-2008 / Mônica Viegas Andrade ...[et al.]**. – Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2011. 22 p.: il. - (Texto para discussão; 445).
- ARAÚJO, TÂNIA BACELAR de. Tendências do desenvolvimento regional recente no Brasil. In: Brandão, Carlos e Siqueira, Hipólita (Orgs). **Pacto federativo, integração nacional e desenvolvimento regional**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013, pp.39-52.
- ARAÚJO, T. B. **Ensaio sobre o desenvolvimento brasileiro: heranças e urgências**. Rio de Janeiro: Revan, 2000.
- ARAÚJO, TÂNIA BACELAR de. Herança de diferenciação e futuro de fragmentação. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, v. 11, n. 29, pp. 7-36, abril / 1997.
- BARRETO, MAURÍCIO L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(7):2097-2108, 2017.
- BARRETO, MAURÍCIO L. Esboços para um cenário das condições de saúde da população brasileira 2022/2030. In: Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 97-120.
- BORTZ, MARTIN et al. Disaggregating health inequalities within Rio de Janeiro, Brazil, 2002-2010, by applying an urban health inequality index. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, supl. 1, p. 107-119, Nov. 2015.
- BRAGA NETO, F. C.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S.; OLIVEIRA, C. M. F. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2 ed., rev., amp; 2012. p.577-608.
- BRANDÃO, CARLOS ANTÔNIO. As ausências e os elos faltantes das análises regionais no Brasil e a proposição de uma agenda de pesquisa de longo prazo. In: MONTEIRO NETO, A. (org.). **Desenvolvimento regional no Brasil: políticas, estratégias e perspectivas**. Rio de Janeiro: IPEA, 2020, pp.305-348.
- BRANDÃO, CARLOS. Avançamos na PNDR II, mas falta transformá-la em uma estratégia de Estado. A nova Política Nacional de Desenvolvimento Regional – PNDR II: entre a perspectiva de inovação e a persistência de desafios. **Revista Política e Planejamento Regional**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, jul./dez. 2014.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Digital e Telessaúde**, 2018; Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/telessaude>. Acesso em 15 de setembro de 2020.
- BRASIL. **Presidência da República**. LEI Nº 8.080 de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. **Diário Oficial da União - Seção 1 - 20/9/1990, Página 18055**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 25 de setembro de 2020.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25/09/2020.
- CAETANO, ROSÂNGELA et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2020, vol.36, n.5 [cited 2020-10-30], e00088920.
- CAMPOLINA, BERNARDO. O Planejamento regional e urbano no Brasil. **Revista Política e Planejamento Regional**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 345-348, jul./dez. 2014.
- CANO, WILSON. **Raízes da concentração industrial em São Paulo**. São Paulo: Unicamp/IE, 2007.
- CARGNIN, ANTONIO PAULO. Política nacional de desenvolvimento regional e repercussões no Rio Grande do Sul. **Revista Mercator**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 19-35, jan./abr. 2014.
- CARLEIAL, L. O desenvolvimento regional brasileiro ainda em questão. **Revista Política e Planejamento Regional**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1-18, jul./dez. 2014.
- CARNUT, LEONARDO; MENDES, ÁQUILAS; LEITE, MARCEL GUEDES. Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Rio de Janeiro, Vol.44, N. 126, Jul-Set 2020, pp. 902-918.
- CLAVAL, PAUL. Espaço e território: as bifurcações da ciência regional. **Espaço e Economia: Revista brasileira de geografia econômica**. v. 1, n. 1, p. 1-23, 2012.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Brasília, 2008. 260 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em 31 de julho de 2020.
- CONTEL, FÁBIO B.; BALBIM, RENATO N. Regionalização da Saúde e Ordenamento Territorial: análises exploratórias de convergências. In BOUERI, R; COSTA, M. A. (Org.) **Brasil em Desenvolvimento 2013: estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília: IPEA, p. 147-172, 2013.
- COUTO, LEANDRO FREITAS. **Planejamento territorial e de longo prazo: avanços e lacunas do estudo da dimensão territorial do planejamento**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz / Saúde Amanhã, 2017. 15 p. – (Textos para Discussão; n. 26).
- DINIZ, CLÉLIO; CROCCO, MARCO. Introdução: Bases teóricas e instrumentais da economia regional e urbana e sua aplicabilidade ao Brasil: uma breve reflexão. In: DINIZ, Clélio, C; CROCCO, Marco. **Economia Regional e Urbana: contribuições teóricas recentes**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.
- DOURADO, DANIEL DE ARAÚJO; ELIAS, PAULO EDUARDO MANGEON. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, Feb. 2011.
- FEITOSA, LUCIANA DA COSTA. O território e a região na política de saúde brasileira: entre as concepções teóricas e as práticas de gestão. **Boletim Campineiro de Geografia**, v. 8, n. 1, pp. 189-209, 2018.

- FEITOSA, LUCIANA DA COSTA; GUIMARÃES, RAUL BORGES. Pacto federativo e política regional da saúde no contexto do desenvolvimento regional do território brasileiro. **Espaço & Geografia**, Vol.18, No 3 (2015), 495:516.
- FREITAS, CARLOS M. et al. **Mudanças Climáticas, Redução de Riscos de Desastres e Emergências em Saúde Pública nos níveis Global e Nacional**. (Relatório Final de Oficina de Trabalho). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz / Saúde Amanhã, 2019. 119 p.
- FREITAS, C. M. et al. Desastres naturais e saúde: uma análise da situação do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 19 (9): 3645-3656. 2014.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, FPA. Estudo ranqueia municípios mais vulneráveis ao coronavírus. **Boletins FPA: FPA: 2020**. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2020/04/16/estudo-ranqueia-municipios-mais-vulneraveis-ao-coronavirus/>. Acesso em: 18 de abril de 2020.
- FURTADO, CELSO. **Formação Econômica do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- FURTADO, ROSA FREIRE D'AGUIAR. **O Plano Trienal e o ministério do planejamento**. Rio de Janeiro: Contraponto/Centro Internacional Celso Furtado, 2011.
- GADELHA, CARLOS AUGUSTO GRABOIS. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, pp.11-23, Aug. 2006.
- GADELHA, CARLOS AUGUSTO GRABOIS. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.
- GADELHA, CARLOS AUGUSTO GRABOIS; MACHADO, CRISTIANI VIEIRA; LIMA, LUCIANA DIAS DE; BAPTISTA, TATIANA WARGAS DE FARIA. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, Junho 2011.
- GALVÃO, A.C.F. E BRANDÃO, C.A., Fundamentos, motivações e limitações da proposta dos “Eixos Nacionais de Integração e Desenvolvimento”. In: GONÇALVES, M.F., BRANDÃO, C.A. E GALVÃO, A.C.F. **Regiões e cidades, cidades nas regiões**. O desafio urbano-regional. Ed. Unesp, São Paulo, 2003.
- GALVÃO, OLÍMPIO J. A. **Regional development in Brazil: a study of economic integration in an unevenly developed country**. Thesis (PhD). London: [s.n.], 1987.
- GIOVANELLA, LIGIA et al. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA L; ESCOREL S; LOBATO LVC; NORONHA JC; CARVALHO AI. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. 2ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, v. 1, p. 493-545.
- GIRARDI, SABADO N.; MASS, LUCAS P. W. D.; CELLA, JOANA N.; RODRIGUES, JOICE C. **Estudo de Dimensionamento da Oferta e Demanda de Especialidades Médicas Prioritárias para Serviços de Alta Complexidade do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018 (RP-08), 50 p.
- GIRARDI, SABADO N.; MAAS, L. W. D.; CARVALHO, C. L.; PIERANTONI, C. R. Estrutura Atual e Estimativas Futuras da Força de Trabalho em Medicina, Enfermagem e Odontologia no Brasil – 2000 a 2030, pp.189-212. In: NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; CHORNY, A.H.; DAL POZ, M.R.; GADELHA, P. (Org.). **Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. 236 p.
- GIRARDI, SABADO N.; MAAS, L. W. D.; CARVALHO, C. L.; PIERANTONI, C. R. **Estrutura Atual e Estimativas Futuras da Força de Trabalho em Medicina, Enfermagem e Odontologia no Brasil 2000 a 2030**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. 14 p. – (Textos para discussão; n. 6).
- GTDN. O desenvolvimento do Nordeste. In: VERSIANE, FLAVIO R; BARROS, JOSÉ R. MENDONÇA. **Formação Econômica do Brasil: a experiência da industrialização**. Rio de Janeiro: ANPEC, 1978.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Divisão Urbano-Regional**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/divisao-regional/15777-divisao-urbano-regional.html?=&t=o-que-e>. Acesso em 10 de agosto de 2020.
- JACOBS B, IR P, BIGDELI M, ANNEAR PL, DAMME WV. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. **Health Policy Plan**, 27:288-300, 2012.
- KLIASS, PAULO. Planejamento do desenvolvimento econômico e Plano Plurianual no Brasil. In: MAGALHÃES, L. C. G. e PINHEIRO, M. M. S. (Org.). **Instituições e desenvolvimento no Brasil: diagnósticos e uma agenda de pesquisas para as políticas públicas**. Rio de Janeiro: Ipea, pp. 127-144, 2020.
- KLINK, JEROEN. A escalaridade e espacialidade do (novo) desenvolvimentismo, uma exploração conceitual para o debate. In: BRANDÃO, CARLOS; SIQUEIRA, HIPÓLITA. **Pacto federativo, integração nacional e desenvolvimento regional**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013.
- KRUGMAN, PAUL. **Development, geography, and economic theory**. 4. ed. Massachusetts: MIT Press, 1998. (The Ohlin Lectures, 6).
- LANDIM, EDIVÂNIA LUCIA ARAUJO SANTO; GUIMARÃES, MARIA DO CARMO LESSA; PERERIA, ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, V.43, Número Especial 5, p.161-173, Dez. 2019.
- LEMONS, MAURO BORGES. Desenvolvimento econômico e a regionalização do território. In: DINIZ, CLÉLIO, C; CROCCO, MARCO. **Economia Regional e Urbana: contribuições teóricas recentes**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.
- LIMA, ANA CAROLINA C; SIMÕES, RODRIGO F. **Teorias do desenvolvimento regional e suas implicações de política econômica no pós-guerra: o caso do Brasil**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2009. (Texto para Discussão, n. 358).
- LIMA, LUCIANA DIAS DE et al. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 2, 2019.
- LIMA, LUCIANA DIAS DE et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (11):2881-2892, 2012.
- LIMONAD, ESTER. Brasil Século XXI, regionalizar para que? Para quem? In: LIMONAD, ESTER et al (org.). **Brasil Século XXI: por uma nova regionalização? Agentes, processos e escalas**. São Paulo: Limonad, 2004, p.54-66
- LUNA, EXPEDITO. J. A.; SILVA JUNIOR, JARBAS B. Doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 123-176.
- MACHADO, CRISTIANI VIEIRA; BAPTISTA, TATIANA WARGAS DE FARIA; LIMA, LUCIANA DIAS DE. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2367-2382, Aug. 2010.
- MANTEGA, GUIDO. *A Economia Política Brasileira*. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.
- MARTINS, ANA CRISTINA M. et al. **Relatório de pesquisa sobre os recursos físicos de Saúde no Brasil – 2014**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, 176 p (Relatório de Pesquisa nº 1).

- MEDINA, MARIA GUADALUPE et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00149720, 2020.
- MENDES, ANA GLÁUCIA. A experiência de Planejamento Econômico no Brasil. In: CINTRA, ANTÔNIO; HADDAD, PAULO R. **Dilemas do Planejamento Urbano e Regional no Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- MENDES, CONSTANTINO C; MATTEO, MIGUEL. Formação e evolução do Planejamento Regional no Brasil. In: CRUZ, BRUNO DE OLIVEIRA; FURTADO, BERNARDO ALVES; MONASTERIO, LEONARDO; RODRIGUES JUNIOR, WALDERY. **Economia regional e urbana: teorias e métodos com ênfase no Brasil**. Brasília: Ipea, 2011.
- MENDES, EUGÊNIO VILAÇA. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305, 2010.
- MONASTERIO, LEONARDO; CAVALCANTE, LUIZ RICARDO. FUNDAMENTOS DO PENSAMENTO ECONÔMICO REGIONAL. In: CRUZ, BRUNO DE OLIVEIRA; FURTADO, BERNARDO ALVES; MONASTERIO, LEONARDO; RODRIGUES JUNIOR, WALDERY. **Economia regional e urbana: teorias e métodos com ênfase no Brasil**. Brasília: Ipea, 2011.
- MONTEIRO NETO, ARISTIDES; BRANDÃO, CARLOS; CASTRO, CÉSAR N. Desenvolvimento regional brasileiro: dilemas e perspectivas neste início de século XXI. In: MONTEIRO NETO, ARISTIDES; BRANDÃO, CARLOS; CASTRO, CÉSAR N. (org.). **Desenvolvimento regional no Brasil: políticas, estratégias e perspectivas**. Rio de Janeiro: IPEA, 2017.
- MONTENEGRO, MARINA REGITZ. De la planificación insurgente a la praxis del circuito inferior: ¿una articulación posible? **Estudios Socioterritoriales**. Revista de Geografía, | Nº 26, julio-diciembre 2019.
- MOURA, ROSA. A dimensão urbano-regional da metropolização contemporânea. *Revista Eure*, vol. 38, n. 115, 2012.
- NABUCO, MARIA REGINA. A (des)institucionalização das políticas regionais no Brasil. **etc., espaço, tempo e crítica, Revista Eletrônica de Ciências Humanas e Sociais e outras coisas**, n. 2 (6), vol. 1 2007.
- NORONHA, JOSÉ CARVALHO DE; PEREIRA, TELMA RUTH; LIMA, LUCIANA DIAS DE LIMA; RIBEIRO, LUIS HENRIQUE LEANDRO. Cenas – Saúde no Brasil em 2035. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Associação Nacional dos Servidores da Carreira de Planejamento e Orçamento (Orgs). **Brasil 2035: cenários para o desenvolvimento**. Brasília: Ipea: Assecor, 2017.
- NORTH, D. Teoria da localização e crescimento econômico regional In: J. SCHWARTZMANN (org.) **Economia regional e urbana: textos escolhidos**. Belo Horizonte: UFMG, p. 333-343, 1977.
- OLIVEIRA, ALESSANDRA COELHO; SIMÕES, RODRIGO FERREIRA; ANDRADE, MÔNICA VIEGAS. Regionalização dos serviços de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial em Minas Gerais: estrutura corrente versus estrutura planejada. In: XIII Seminário sobre a Economia Mineira, Diamantina - MG. **Anais do XIII Seminário sobre a Economia Mineira**, 2008. 24 p. UFMG/CEDEPLAR.
- OLIVEIRA, ANTÔNIO T. R.; O'NEILL, MARIA M.; SILVA, M. G. **Distribuição espacial da população e dos serviços de saúde: as regiões de articulação urbana**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2017. 37 p. – (Textos para Discussão; n. 31).
- OLIVEIRA, ANTÔNIO T. R.; O'NEILL, MARIA M.; SILVA, M. G. **Sumário dinâmica demográfica e distribuição espacial da população: o acesso aos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. 14 p. (Textos para discussão; n. 1).
- OLIVEIRA, ANTÔNIO T. R.; O'NEILL, MARIA M.; Cenário sociodemográfico em 2022/2030 e distribuição territorial da população. uso e ocupação do solo. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 41-93.

- OLIVEIRA, FÁBIO LUCAS PIMENTEL de; WERNER, DEBORAH. **Perspectiva histórica do planejamento regional no Brasil**. Santiago: CEPAL/ILPES, 2014.
- OLIVEIRA, RICARDO A. D.; DUARTE, CRISTINA M. R.; PAVAO, ANA L. B.; VIACAVA, FRANCISCO. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2019, vol.35, n.11, e00120718. Epub Oct 31, 2019.
- OUPERNEY, ASSIS MAFORT; NORONHA, JOSÉ CARVALHO DE. 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**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 143-182.
- PAIM, JAIRNILSON SILVA; TEIXEIRA, CARMEN FONTES. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 73-78, Aug. 2006.
- PERROUX, FRANÇOIS. *A Economia do século XX*. Porto: Herder, 1967.
- PESSÔA, LUISA REGINA. **Mergulho em Montes Claros: desafios da alocação de recursos na rede**. Tese (doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Planejamento e Gestão de Sistemas em Serviços de Saúde. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz: Rio de Janeiro, 2006.
- PIQUET, ROSÉLIA PÉRISSÉ DA SILVA; RIBEIRO, ANA CLARA TORRES. Tempos, Ideias e Lugares. O Ensino do Planejamento Urbano Regional no Brasil. **R. B. Estudos Urbanos e Regionais**, v.10, n.1, pp.4959 maio de 2008.
- PORTUGAL, RODRIGO; SILVA, SIMONE A. **História das políticas regionais no Brasil**. Brasília: IPEA, 2020. 130 p.
- POZ, MARIO R. D.; VARELLA, THEREZA C.; SANTOS, MARIA R. dos. Projeção das Capacidades de Formação de Profissionais da Saúde, pp.213-236. In: NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; CHORNY, A.H.; DAL POZ, M.R.; GADELHA, P. (Org). **Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. 236 p.
- POZ, MÁRIO R. D.; VARELLA, THEREZA C.; SANTOS, MARIA R. **Formação em Saúde: Problemas e Tendências**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz / Saúde Amanhã, 2015. 10 p. – (Textos para Discussão; n. 3).
- POZ, MÁRIO R. D., PIERANTONI, CÉLIA R.; GIRARDI, SÁBADO. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 187-233.
- PROADESS. Acidentes de transporte terrestre no Brasil: aspectos da morbimortalidade (2000-2017). Boletim Informativo do PROADESS, no 5, set./2019. 23 p. Disponível em: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/Boletim_5_PROADESS_ATT_2019.pdf. Acesso em 26 de agosto de 2020.
- REGIÃO E REDES. **O planejamento regional é estratégico no enfrentamento da pandemia da Covid-19**. Novos Caminhos, Nota Técnica 18. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, 15 p., maio de 2020. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2020/05/NT18.pdf/>. Acesso em: 06 jul. 2020.
- RESENDE, GUILHERME MENDES; MOREIRA, PAULA GOMES; ALVES, ADRIANA MELO; ROCHA NETO, JOÃO MENDES da. Brasil: Dez Anos da Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR). **Boletim Regional, Urbano e Ambiental**, Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), v. 1, pp. 29-35, 2015.
- RIBEIRO, ANA CLARA TORRES. Regionalização: fato e ferramenta, pp. 194-212. In: LIMONAD, E.; HAESBAERT, R.; MOREIRA, R. (Org.). **Brasil, Século XXI – por uma nova regionalização?** Processos, agentes e escalas. Rio de Janeiro: Letra Capital Editora, 2004. 214 p.

- RIBEIRO, ANA CLARA TORRES. O ensino do planejamento urbano e regional – propostas à ANPUR. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, 4(1/2), Maio / Novembro 2002.
- RIBEIRO, LUIS HENRIQUE LEANDRO. **Território e macrossistema de saúde**: os programas de fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS). Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.
- SANDRONI, PAULO. **Novíssimo Dicionário de Economia**. São Paulo: Best Seller, 1999.
- SANTOS, ISABELA S. et al. Os Recursos Físicos de Saúde no Brasil: um olhar para o futuro, pp.631-112. In: NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; CHORNY, A.H.; DAL POZ, M.R.; GADELHA, P. (Org). **Brasil Saúde Amanhã**: dimensões para o planejamento da atenção à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. 236 p.
- SANTOS, ISABELA S. et al. **Os recursos físicos de saúde do Brasil**: um olhar para o futuro. –Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2016. 20 p.– (Textos para Discussão; n. 18). https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/09/PJSSaudeAmanha_Texto0018_2016_v03-1.pdf.
- SANTOS, MILTON. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A.; SILVEIRA, M. L. (Org.). **Território, Globalização e Fragmentação**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- SANTOS, MILTON; SILVEIRA, MARIA LAURA. **O Brasil; território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro / São Paulo: Record, 2001. 471 p.
- SEIXAS, PAULO H. D.et al. **Movimentação Médica no Brasil**. Novos Caminhos, Nota Técnica 15. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, 15 p., maio de 2020. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2020/05/NT18.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2020.
- SILVA JUNIOR, JARBAS. B.; RAMALHO, WALTER. M. Cenário Epidemiológico do Brasil em 2033: uma prospecção sobre as próximas duas décadas, pp.31-62. In: NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; CHORNY, A.H.; DAL POZ, M.R.; GADELHA, P. **Brasil Saúde Amanhã**: dimensões para o planejamento da atenção à saúde. / Organizadores:. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. 236 p.
- SILVA JÚNIOR, JARBAS B.; RAMALHO, WALTER. **Cenário epidemiológico do Brasil em 2033: uma prospecção sobre as próximas duas décadas**. – Rio de Janeiro : Fundação Oswaldo Cruz, 2015. – (Textos para Discussão; n. 17).
- SILVA, SANDRO PEREIRA. **Avanços e limites na implementação de políticas públicas nacionais sob a abordagem territorial no Brasil**. Brasília: IPEA, 2013, 102 p. (Texto para Discussão, nº 1898 - IPEA).
- SILVEIRA, FERNANDO GAIGER et al. **Os fluxos financeiros no financiamento e no gasto em Saúde no Brasil / Fernando Gaiger Silveira...** [et al.] – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz / Saúde Amanhã, 2020. 41 p. – (Textos para Discussão; n. 43).
- SIMÕES, RODRIGO et al.. Rede urbana da oferta de serviços de saúde: uma análise de clusters espaciais para Minas Gerais. Em: **XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, ABEP, Caxambú-MG, 20-24 de setembro de 2004.
- SIQUEIRA, HIPÓLITA. Dinâmica regional brasileira (1990-2012). In: BRANDÃO, CARLOS E SIQUEIRA, HIPÓLITA (Orgs). **Pacto federativo, integração nacional e desenvolvimento regional / São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo**, 2013, pp.73-86.
- SOUZA, MARIA ADÉLIA APARECIDA de. Conexões geográficas: um ensaio metodológico. **Boletim Paulista de Geografia**. 1992; 71:113-127.
- SPOSITO, MARIA ENCARNAÇÃO BELTRÃO. Olhando de vários pontos de vista o processo de urbanização e a rede urbana. In: SUERTEGARAY, DIRCE MARIA ANTUNES, et al. (Orgs.) **Geografia e Conjuntura Brasileira**. Rio de Janeiro: Consequência, 2017, p. 185-212

- TEIXEIRA, CARMEN FONTES. Produção científica na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde 1975-2010: temas e teorias. In: Baptista, T.W. F; Azevedo, C.S.; MACHADO, C. (Org.). **Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde**: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1ª ed., 2015, pp. 81-111.
- THERBORN, GÖRAN. Os campos de extermínio da desigualdade. **Novos Estudos** – CEBRAP, São Paulo, n. 87, p. 145-156, July 2010.
- TRAVASSOS C, OLIVEIRA E, VIACAVAL F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc Saúde Colet** 11:975-86, 2006.
- VAINER, CARLOS B. Planejamento Territorial e Projeto Territorial: os desafios da fragmentação. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v. 9, n. 1, p. 9-23, mai. 2007.
- VIACAVAL, FRANCISCO et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.23, n.6, pp.1751-1762, 2018.
- VIANA, ANA LUIZA D'ÁVILA; ELIAS, PAULO EDUARDO M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. pp. 1765-1777, Nov. 2007.
- VIANA, ANA LUIZA D'ÁVILA et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1791-1798, 2018.
- VIANA, ANA LUIZA D'ÁVILA; MIRANDA, ALCIDES SILVA DE; SILVA, HUDSON PACÍFICO da. **Segmentos institucionais de gestão em saúde**: descrição, tendências e cenários prospectivos. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. 18 p. - (Textos para discussão; n. 2).
- XAVIER, DIEGO R.; BARCELLOS, CHRISTOVAM; FREITAS, CARLOS MACHADO. Eventos climáticos extremos e consequências sobre a saúde: o desastre de 2008 em Santa Catarina segundo diferentes fontes de informação. **Ambiente e sociedade**. 17 (4): 273-294, 2014.