



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA (POS GEO)
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS

MARLISON DOS ANJOS CARVALHO

REGIONALIZAÇÃO E JUSTIÇA TERRITORIAL NAS POLÍTICAS DA REGIÃO DE
SAÚDE DE SALVADOR

Salvador-BA, 2022.

MARLISON DOS ANJOS CARVALHO

REGIONALIZAÇÃO E JUSTIÇA TERRITORIAL NAS POLÍTICAS DA REGIÃO DE
SAÚDE DE SALVADOR

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia (POSGEO), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no Instituto de Geociências (IGEO), como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Geografia Urbana e Regional, sob orientação do Professor Dr^o. Antonio Angelo Martins da Fonseca.

Salvador-BA, 2022.

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C331 Carvalho, Marlison dos Anjos
Regionalização e justiça territorial nas políticas da região de saúde
em Salvador/Marlison dos Anjos Carvalho. – Salvador, 2022.
168 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Angelo Martins da Fonseca.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto
de Geociências/Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2022.
Inclui referências e anexos.

1. Justiça espacial. 2. Equidade territorial. 3. Regionalização.
4. Localismo. 5. Região de saúde. I. Fonseca, Antonio Angelo Martins
da. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 911.3:614(813.8)

TERMO DE APROVAÇÃO

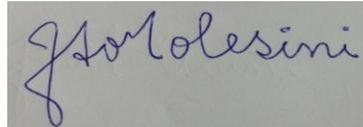
BANCA DE DEFESA - DISSERTAÇÃO

**REGIONALIZAÇÃO E JUSTIÇA TERRITORIAL EQUITATIVA
NAS POLÍTICAS DA REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR**

MARLISON DOS ANJOS CARVALHO



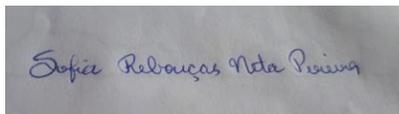
**Dr. Antonio Angelo Martins da Fonseca
(Orientadora/Presidente)**
Universidade Federal da Bahia (UFBA)



Dr.ª. Joana Angélica Oliveira Molesini
Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB)



Dr.ª. Juliana Nunes Rodrigues
Universidade Federal Fluminense (UFF)



Dr.ª. Sofia Rebouças Neta Pereira
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano
(IFBaiano)

Aprovada em Sessão Pública de 11 de julho de 2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para que essa pesquisa se concretizasse. Agradeço a meus ancestrais, os que vieram antes de mim, abriram “os caminhos” para que minha caminhada fosse menos árdua e suportável. Em seus passos vejo a orientação de quais os caminhos seguir. Agradeço imensamente a meu orientador Antonio Angelo, um amigo parceiro, referência intelectual e profissional. Suas valiosas orientações, conselhos, paciência e cuidado durante todo esse processo foram de valor estimado na conclusão da pesquisa e nesta etapa da minha vida acadêmica. Sou eternamente grato a ti.

Existem nomes que passam pelas nossas vidas e deixam marcas tão positivas as quais gostaríamos também de agradecer, porque os afetos, diálogos, escutas e trocas ocupam um espaço importante no processo de pesquisa. Se a pesquisa é um processo árduo, a acolhida sensível faz com que o percurso fosse suportável, “é doses de motivação e gatilhos de encorajamento diário”. Agradeço por estar vivo e pela vida das pessoas a meu redor. Estar vivo, ser produtivo e estar com a pesquisa em dias numa crise humanitária/sanitária desta cria-se uma atmosfera muito prejudicial a saúde do corpo, da mente. E estar com a saúde em dias, em tempos tão incertos de pandemia, é algo para se agradecer.

Agradeço a FAPESB, pela oportunidade da bolsa, sem esse incentivo jamais poderia concluir a pesquisa. Sou eternamente grato a essa instituição por ter sido bolsista durante o mestrado. Agradeço a meus colegas do grupo do DIT-UFBA, a troca, discussões e debates que tivemos nos últimos anos presencial e virtual me ajudam muito. Agradeço a Cléo, Lorena, Ozana, Ozias, Maiza, Geovana, Arnobson, Geyme e os demais integrantes que acabaram de chegar. Agradeço cada um(a) pela valiosa contribuição.

Agradeço aos meus colegas irmãos/irmãs do Travessias. Obrigado por sempre agradecerem em mim, pelo apoio, pelas políticas de cuidado e afetos praticadas em cada gesto, fala, escuta, abraço e acolhida. Obrigado Cristian Sales, minha referência de profissional, de mulher, de intelectual. Obrigado por todo carinho, todo cuidado. Agradeço a minha grande amiga Neide, que tive a honra de dividir alguns anos de convivência, e hoje é minha colega de mestrado, uma referência para minha vida. Agradeço a Ismael e Edvaldo, dois homens negros que me fazem acreditar que a vida vale a pena, que a educação vale a pena, mesmo em tempos incertos. Todos vocês (Travessias) não sabem o quanto tem me ajudado na construção de um sentido para continuar existindo - e ganhando fôlego nas “travessias diárias da vida-”. Agradeço a minha amiga, colega e irmã Renata. Preta, desde o início que a conheci tinha certeza que era uma pessoa especial, hoje não sei viver sem você. É um presente ancestral que Olorum me deu.

Agradeço a meu grande amigo Moisés por ter impactado minha vida pessoal e intelectual tão positivamente. Sua carinho é uma das coisas mais valiosas que tenho.

Agradeço a Cléo por ser mais que uma ex professora, uma pessoa especial que a vida me apresentou ao conhecê-la. Obrigado por toda contribuição, nos momentos que precisei sempre tinha uma palavra certa, de ternura, afeto e encorajamento. Agradeço a toda minha família, a minha mãe e irmãos principalmente, cientes ou não, me dão fôlego e inspiração para continuar lutando, seguindo firme na busca de meus objetivos. Agradeço amigos-colegas Leniara e Italo, por ser pessoas tão especiais, que tive o privilégio de conhecer, conviver e trocar experiências. Agradeço ao universo, aos meus ancestrais, as energias que nos cerca.

Obrigado a meus amigos da “Dama”: Ana Paula, Valdivan, Neném, Major e Álvaro. Tem sido ultimamente minha válvula de escape. Obrigado!

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
CAPÍTULO 1. TRAJETÓRIA DA DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS: do localismo ao regionalismo na saúde	24
1.1- <i>Localismo e a descentralização das políticas de saúde</i>	24
1.2- <i>Arranjo regional na orientação da políticas de saúde</i>	35
CAPÍTULO 2. REGIÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE D BAHIA	53
2.1- <i>A abordagem da Região e da Regionalização na Geografia.....</i>	53
2.2- <i>Regionalização e a Região de Saúde de Salvador</i>	62
2.4- <i>Regionalização da Saúde na Bahia.....</i>	66
CAPÍTULO 3.0- JUSTIÇA ESPACIAL, EQUIDADE TERRITORIAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	78
3.1- <i>Justiça Espacial no Sistema Único de Saúde</i>	78
3.2- <i>Justiça Espacial e Equidade territorial na Saúde</i>	82
4.0- CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	107
ANEXOS	122

RESUMO

Este estudo buscou compreender se a regionalização da saúde gera justiça espacial, na Região de Saúde de Salvador, investigando o Sistema Único de Saúde (SUS) em dois contextos distintos do federalismo brasileiro (localismo x regionalismo). A justiça espacial é um conceito que tem sido construído na geografia brasileira nas últimas décadas e prioriza diversos elementos nas abordagens. Nesta pesquisa, a noção de justiça espacial prioriza a lógica territorial de distribuição equitativa dos serviços de saúde, visando preencher a lacuna existente na geografia sobre a expressão territorial da saúde. Desta forma, com o localismo na saúde, as municipalidades assumem o protagonismo em realizar a gestão das políticas de saúde em seu território, no entanto, foi notável que a maior parte dos municípios brasileiros não dispõem de recursos e de infraestrutura adequada para oferecer os serviços de atenção básica a sua população. Por este motivo, a regionalização, etapa posterior e de complementação ao localismo, tornou-se uma estratégia viável para a correção das desigualdades territoriais na saúde, através da mobilização de esforços coletivos dos entes envolvidos na oferta de serviços de média e alta complexidade (MAC), principal alvo da regionalização. Contudo, sem perder de vista a complexidade dos processos envolvidos na dialética socioespacial da territorialização da saúde, verifica-se que nem sempre a lógica da solidariedade presente nas diretrizes do SUS prevalece na distribuição dos recursos, pois, é comum as assimetrias de poder das municipalidades maiores influenciar nos rumos da regionalização, gerando a competição por recursos escassos na Região de Saúde. Assim, a pesquisa aponta que a regionalização na saúde é um processo contínuo e inacabado, atravessado pelo jogo político das forças sociais, e suas experiências não poderão ser únicas nos diferentes territórios. Dessa forma, a justiça espacial torna-se um horizonte analítico e político que pode contribuir para a construção de uma regionalização que ajuda a reduzir as desigualdades territoriais de saúde.

Palavras chave: Justiça espacial; equidade territorial, regionalização, localismo, região de saúde.

ABSTRACT

This study sought to understand whether the regionalization of health generates spatial justice in the Health Region of Salvador, investigating the Unified Health System (SUS) in two different contexts of Brazilian federalism (localism x regionalism). Spatial justice is a concept that has been built in Brazilian geography in recent decades and prioritizes several elements in the approaches. In this research, the notion of spatial justice prioritizes the territorial logic of equitable distribution of health services, aiming to fill the gap that exists in geography regarding the territorial expression of health. In this way, with localism in health, municipalities assume the leading role in carrying out the management of health policies in their territory, however, it was notable that most Brazilian municipalities do not have adequate resources and infrastructure to offer services of primary care to its population. For this reason, regionalization, a later stage that complements localism, has become a viable strategy for correcting territorial inequalities in health, through the mobilization of collective efforts of the entities involved in the provision of medium and high complexity services (MAC), the main target of regionalization. However, without losing sight of the complexity of the processes involved in the socio-spatial dialectic of the territorialization of health, it appears that the logic of solidarity present in the SUS guidelines does not always prevail in the distribution of resources, as the asymmetries of power in the municipalities are common. influence the direction of regionalization, generating competition for scarce resources in the Health Region. Thus, the research points out that regionalization in health is a continuous and unfinished process, crossed by the political game of social forces, and their experiences cannot be unique in different territories. In this way, spatial justice becomes an analytical and political horizon that can contribute to the construction of a regionalization that helps to reduce territorial health inequalities.

Keywords: Spatial justice; territorial equity, regionalization, localism, health region.

“Somente restam ao Geógrafo duas alternativas, justificar a ordem existente através do ocultamento das reais relações sociais no espaço ou analisar essas relações, as contradições que elas encobrem, e as possibilidades de destruí-las”.

G. Wettstein apud Santos (2012)

LISTA DE SIGLAS

RS- Região de Saúde

RSS- Região de Saúde de Salvador

MRS- Macrorregião de Saúde

MRSL- Macrorregião de Saúde Leste

RAS- Rede de Atenção a Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PRD- Plano Diretor de Regionalização

NRS- Núcleo Regional de Saúde

PRI- Plano Regional Integrado

CIB- Comissão Intergestor Bipartite

CIT- Comissão Intergestor Tripartite

SUS- Sistema Único de Saúde

MS- Ministério da Saúde

CMS- Conselho Municipal de Saúde

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

CF- Constituição Federal

SESAB- Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

CIR- Comissão Intergestor Regional

COSEMS- Conselho Municipal de Secretários de Saúde

CGMR- Colegiado de Gestão Microrregional

PES- Plano Estadual de Saúde

SESAB- Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

CERS- Centro Execultivo Regional de Saúde

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

DS- Distrito Sanitário

AIH- Autorização de Internamento Hospitalar

SUDESC- Superintendência de Gestão Descentralizada de Saúde

PPG- Plano Plurianual de Governo

TCG- Termo de Compromisso de Gestão

DIT- Dinâmicas Territoriais

UFBA- Universidade Federal da Bahia

CNS- Conselho Nacional de Saúde

NOAS- Norma Operacional de Assistência a Saúde

NOB- Norma Operacional Básica

PEC- Projeto de Emenda Constitucional

LOS- Lei Orgânica de Saúde

PS- Pacto pela Saúde

MAC- Média e Alta Complexidade

TFD- Tratamento Fora do Domicílio

CNE- Conselho Nacional de Estatística

CNG- Conselho Nacional de Geografia

INSS- Instituto Nacional de Seguridade Social

LISTA DE FIGURAS

Figura 01- Modelo de análise baseado em metodologias qualitativas

Figura 02- Quadro síntese do conteúdo das atas das reuniões da CIR de 2013 á 2020.

Figura 03- Gráfico da injustiça espacial.

Figura 04- Gráfico da justiça espacial.

Figura 05- Modelo de análise baseado em metodologias qualitativas.

Lista de Tabelas

Tabela 01- Municípios da Região de Saúde de Salvador.

Tabela 02- Distribuição da estrutura da média e alta complexidade (MAC) dos municípios brasileiros.

Tabela 03- Distribuição de equipamentos físicos na Região de Saúde de Salvador entre 2005 á 2020.

Tabela 04- distribuição de equipamentos diversos na Região de Saúde de Salvador entre 2010 á 2020.

Tabela 05- Serviços de média e alta complexidade.

Tabela 06-equipamentos de serviços de média e alta complexidade na Região de Saúde de Salvador.

Lista de Mapas

Mapa 01- Macrorregião de Saúde do Estado da Bahia.

Mapa 02- Macrorregião de Saúde Leste.

Mapa 03- Distribuição espacial de hospitais na Região de Saúde de Salvador de 1991 á 2022.

Mapa 04- Região de Saúde de Salvador.

Mapa 05- Desenho dos Núcleos Regionais de Saúde do Estado da Bahia 2022.

Mapa 06- Desenho territorial da regionalização da saúde na Bahia.

INTRODUÇÃO

A justiça espacial é um conceito importante na Geografia que recupera a centralidade do espaço na análise da materialidade de processos socioespaciais. As abordagens acerca da teoria da justiça espacial priorizam elementos diferenciados nas análises, apesar de não existir uma teoria da justiça construída na geografia brasileira, que se debruça nessa empreitada mais tardiamente do que outros países como França e EUA. Esses países avançaram com elementos teóricos, conceituais e metodológicos, desde a década de 1970, mesmo assim, sem uma definição precisa.

Diversas são as abordagens acerca da justiça espacial, nas produções onde os autores prioriza o território, as relações de poder e os arranjos territoriais de governança, utiliza-se frequentemente o termo justiça territorial. Já nas análises em que se prioriza o espaço, enquanto conceito chave na análise da materialidade das relações socioespaciais, usa-se o termo justiça espacial (FONSECA, 2016).

Nesta pesquisa, é adotado o conceito de justiça territorial para avaliar a distribuição dos serviços de saúde no território. Contudo, em alguns momentos retorno ao conceito de justiça espacial com intuito de compreender melhor as nuances da materialidade de dinâmicas socioespaciais na saúde, para validar a sustentação da escolha em utilizar o conceito de justiça territorial.

Nesse sentido, se lança mão de diferentes contribuições teóricas e metodológicas das diversas áreas das ciências que contribuem para pensar a temática da justiça espacial. Esse conceito, numa perspectiva interdisciplinar, ressalta que a definição do que é justo ou não justo possui uma implicação cultural e varia nos diferentes contextos espaços/temporais; e a noção de justiça engloba diversas dimensões da vida social conforme as necessidades, desejos, vontades e anseios dos sujeitos que são múltiplos e variáveis.

O debate sobre a justiça espacial é muito mais amplo do que selecionar uma matriz teórica e analisar a materialidade de processos envolvidos na distribuição espacial dos serviços de saúde. Esse debate é atravessado pela garantia de condições de direitos básicos para o bem viver dos sujeitos.

Interessa nessa pesquisa, enfrentar o problema da justiça à luz da perspectiva distributiva dos serviços de saúde. Não no sentido de eliminar as desigualdades socioespaciais¹,

¹ - Destaca-se aqui, que "diferença" não é o mesmo que "desigualdade", embora os dois termos até sejam usados como sinônimos. Uma boa distinção entre os dois conceitos é dada pelo pesquisador José Assunção Barros (2020). Algo é "diferente" quando sua essência se difere da essência do outro, seja no todo ou em algum aspecto particular.

mas em buscar formas e meios de atenuá-las, mesmo reconhecendo outras abordagens sobre a teoria da justiça que não se limitam a enfatizar apenas as desigualdades sociais, mas também a importância das diferenças no acesso às políticas públicas.

A escolha desse caminho teórico, em privilegiar a lógica distributiva, é uma tentativa de responder ao problema levantado na pesquisa inscrito na lógica do cuidado em saúde, a partir da leitura do espaço/território.

A pesquisa se propõe a trazer uma contribuição para a geografia sobre o debate da regionalização da saúde, ao buscar preencher uma relativa lacuna nesta área, podendo oferecer importantes contribuições teóricas e metodológicas que auxiliem na ampliação da abordagem. Não pretendendo esgotá-lo, mas definir balizas para o entendimento do que é a expressão territorial da saúde e suas possibilidades de ampliar seu acesso para os moradores.

Se saúde é uma questão de justiça, de acordo com De Mário (2013), o desafio dos geógrafos consiste em pensar um conceito de justiça espacial que dê conta das múltiplas complexidades dos territórios sanitários. A saúde, vista como um bem social essencial para a vida das pessoas, possui, no entanto, seu acesso limitado por muitas barreiras, entre elas a barreira espacial/territorial, ou seja, o espaço, dado ativo, pode facilitar ou dificultar o acesso das pessoas aos recursos de saúde.

O espaço e a distribuição das políticas de saúde possuem uma relação dialógica, nem sempre considerada nas políticas públicas. Esta pesquisa evoca a importância do espaço na dinâmica de distribuição dos recursos da saúde. A relação entre a regionalização da saúde e o espaço geográfico precisa ser atualizada a cada período histórico e em cada formação socioespacial (Albuquerque, et al. 2013). Santos, (2012) reafirmar essa relação ao dizer que o espaço condiciona e é condicionado pelo processo de territorialização da saúde, mesmo assim não tem sido considerado relevante nas análises “espaciais das regionalizações”, mormente aparece como um dado de localização.

A dimensão espacial da universalização da saúde no Brasil compreende o processo de expansão e conformação do SUS, como um sistema indissociável de equipamentos e ações assistenciais, que combina, em cada lugar, diferentes tecnologias, conhecimentos científicos, normas, ideologias, relações de poder e de fluxos materiais e imateriais (informações),

A "desigualdade", no entanto, não se refere a essências distintas, mas sim a uma circunstância que privilegia algo ou alguém em relação ao outro, independentemente de os dois serem iguais ou diferentes. A diferença pode ser tanto natural como cultural. Já a desigualdade as circunstâncias que privilegiam alguns é construída socialmente. E, muitas vezes, implica a ideia de injustiça. Reyes Mate (2011, p. 10), diz também que a desigualdade é da ordem da diferença de grau, ou seja, daquilo que é objetivamente mensurável e comparável, a injustiça é da ordem da diferença de natureza, isto é, daquilo que é (inter)subjetivamente percebido e avaliado. equívoco original que carcome as teorias da justiça, a saber, confundir injustiça com desigualdade.

necessidades de saúde, recursos financeiros, políticas, programas, profissionais, usuários e instituições públicas e privadas (ALBUQUERQUE, ET AL. 2013).

Na Constituição de 1988, a saúde é conceituada como resultado das condições de vida das pessoas. Não é adquirida apenas com assistência médica, mas também pelo acesso das pessoas ao emprego, ao salário justo, à educação, à habitação, ao saneamento, ao transporte, à alimentação, à cultura, ao lazer e a um sistema de saúde digno e de qualidade. Essa definição envolve reconhecer o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida (VIEGAS e PENNA, 2013). Esta forma abrangente de entender a saúde ratifica seu papel essencial na melhoria quanti/qualitativa na vida das pessoas. No entanto, nesta pesquisa, o recorte da saúde se dá através do acesso efetivo aos serviços de saúde no território, sem desprezar as múltiplas dimensões que a envolve, para que seja possível analisar a espacialidade da saúde no recorte delimitado na pesquisa, tendo em vista a importância das políticas de saúde na vida das pessoas.

Mais do que o esforço coletivo dos atores regionais na universalização espacial do SUS, é necessário critérios justos na alocação dos recursos e na distribuição dos serviços, para que não haja a concentração em certas áreas e vazios assistenciais em outras. Neste sentido, foi criada a regionalização do SUS, na expectativa de que fosse aperfeiçoada a descentralização da saúde, iniciada no início da década de 1990. Este processo, que teve início com forte conteúdo localista, na medida em que colocava o município como a escala territorial e o ente federado mais exequível para a gestão do SUS, passou a incorporar a dimensão regional como estratégia complementar para buscar acabar com as iniquidades locais e regionais, em termos de acesso aos serviços de saúde, e para ampliar os mecanismos de governança.

A Região de Saúde de Salvador (RSS) é formada por dez municípios, tendo o município de Salvador como sede da região, está inserida na Macrorregião de Saúde Leste (MRSL). A sede da Região de Saúde (RS) é definida pelo município pertencente à região que possui a maior população e em função da sua capacidade técnica, infraestrutura e recurso humano adequado para oferta dos serviços de atenção em saúde.

Conforme *tabela-1*, a Região de Saúde de Salvador é formada por dez municípios, que juntos representam o total de 22,86% da população baiana. Os municípios de Salvador e Lauro de Freitas são os mais populosos, Saubara e Madre de Deus são os menos populosos (IBGE, Estimativa (2019)).

Tabela 1- Municípios da Região de Saúde de Salvador

Candeias	89.707 habitantes
Itaparica	22.866 habitantes
Lauro de Freitas	197.636 habitantes
Madre de Deus	21.007 habitantes
Salvador	2.953.986 habitantes
Santo Amaro	61.961 habitantes
São Francisco do Conde	40.220 habitantes
São Sebastião do Passé	45.827 habitantes
Saubara	12.380 habitantes
Vera Cruz	43.640 habitantes
Total	3.489.230 habitantes

Fonte: IBGE, estimativa 2019.

Todo o estado da Bahia é coberto por Regiões de Saúde, com enfoque territorial-populacional, buscando garantir níveis de resolução dos problemas de saúde no território. O desenho regional da saúde na Bahia resulta de discussões dos diversos atores e dos movimentos sociais, mas nem sempre prevaleceu o interesse da maioria da população nas regionalizações, pois é comum haver divergências no desenho regional em função das interferências dos prefeitos, ou do Estado (BRASIL, 2002).

No estado da Bahia, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que é um instrumento importante de orientação das políticas de saúde, enquadra o território em 28 Regiões de Saúde (RS). As 28 RS são agrupadas em 09 Macrorregiões de Saúde (MRS), com um Núcleo Regional de Saúde (NRS) instalado em cada macrorregião. Nas RS se dão as negociações do Programa Pactuada Integrada (PPI), referentes às diretrizes, parâmetros e critérios de distribuição de recursos, respeitando a autonomia de cada ente federado (BRASIL, 2002).

O processo de elaboração da programação pactuada entre gestores e integrada entre esferas de governo deve respeitar a autonomia de cada gestor. O estado tem a responsabilidade de coordenar todo o processo, iniciando pela definição das diretrizes, parâmetros e demais critérios de distribuição dos recursos. Essas definições deverão ser fruto de negociação com os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) estaduais e aprovadas no Conselho Estadual de Saúde (CES). O município elabora sua própria programação, aprovando-a no

Conselho Municipal de Saúde (CMS). O estado harmoniza e compatibiliza as programações municipais, garantindo o acesso dos usuários aos diversos níveis de complexidade da atenção e aprova os produtos de encaminhamento e negociações na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2002).

Todas as pactuações entre os gestores municipais devem manter coerência com os conteúdos do Plano Diretor de Regionalização e demais instrumentos de planejamento. A elaboração da Programação Pactuada e Integrada deve se dar num processo ascendente, partindo da base municipal, configurando também as responsabilidades do Estado na busca crescente da equidade, da qualidade da atenção e da conformação da rede regionalizada e hierarquizada de serviços. A programação observa os princípios da integralidade das ações de saúde e da direção única em cada nível de governo, traduzindo todo o conjunto de atividades relacionadas a uma população específica e desenvolvidos num território determinado, independente da vinculação institucional do órgão responsável pela execução destas atividades. Os órgãos federais, estaduais e municipais, bem como os prestadores conveniados e contratados, têm suas ações expressas na programação do município em que estão localizadas (BRASIL, 2002, p. 28).

Desta forma, cada município elabora sua programação e o Estado harmoniza e compatibiliza as programações, garantindo o acesso dos usuários aos diversos níveis de complexidade da atenção, e aprova os produtos na Comissão de Intergestores Bipartite (CIB). Todas as pactuações entre os gestores municipais devem manter coerência com os conteúdos do plano diretor e demais instrumentos de planejamento.

A estratégia que mais ampliou a capacidade de governança territorial da universalização da saúde, no âmbito da política nacional, foi a da organização de regiões de saúde (ALBUQUERQUE, 2013). A região de saúde é um importante arranjo institucional e espacial decisório na resolução das políticas de saúde, em que são tomadas decisões consensuais estratégicas, que buscam corrigir as distorções de acesso à saúde no âmbito regional.

Contudo, sabe-se que o território brasileiro é marcado por profundas desigualdades regionais, decorrentes de heranças históricas, que demarcam seu uso e a conformação política e econômica do país (ALBUQUERQUE, ET AL 2017); e, de modo geral, a configuração territorial do SUS também é desafiada por essas desigualdades. Quer dizer, os desafios para efetivação do SUS esbarram também na questão espacial, daí a importância da análise da espacialidade da saúde.

Desta forma, além das restrições políticas e financeiras que marcaram a implantação do SUS, acrescenta-se também aquela imposta pela dimensão espacial no processo de

universalização da saúde. As desigualdades relacionadas aos usos do território impõem limitações para as políticas de saúde e para a expansão do sistema, porque resultam em situações de grande concentração e rarefação espacial das tecnologias, dos recursos e dos equipamentos assistenciais do SUS (MACHADO, 2013).

O *mapa 1*, macrorregiões de saúde do Estado da Bahia-2021, representa a divisão do território em 9 macrorregiões de saúde, de acordo com as orientações do plano diretor de regionalização de 2007. A divisão do território em macrorregiões de saúde é a forma encontrada pelo Estado para o planejamento e a pactuação estratégica.

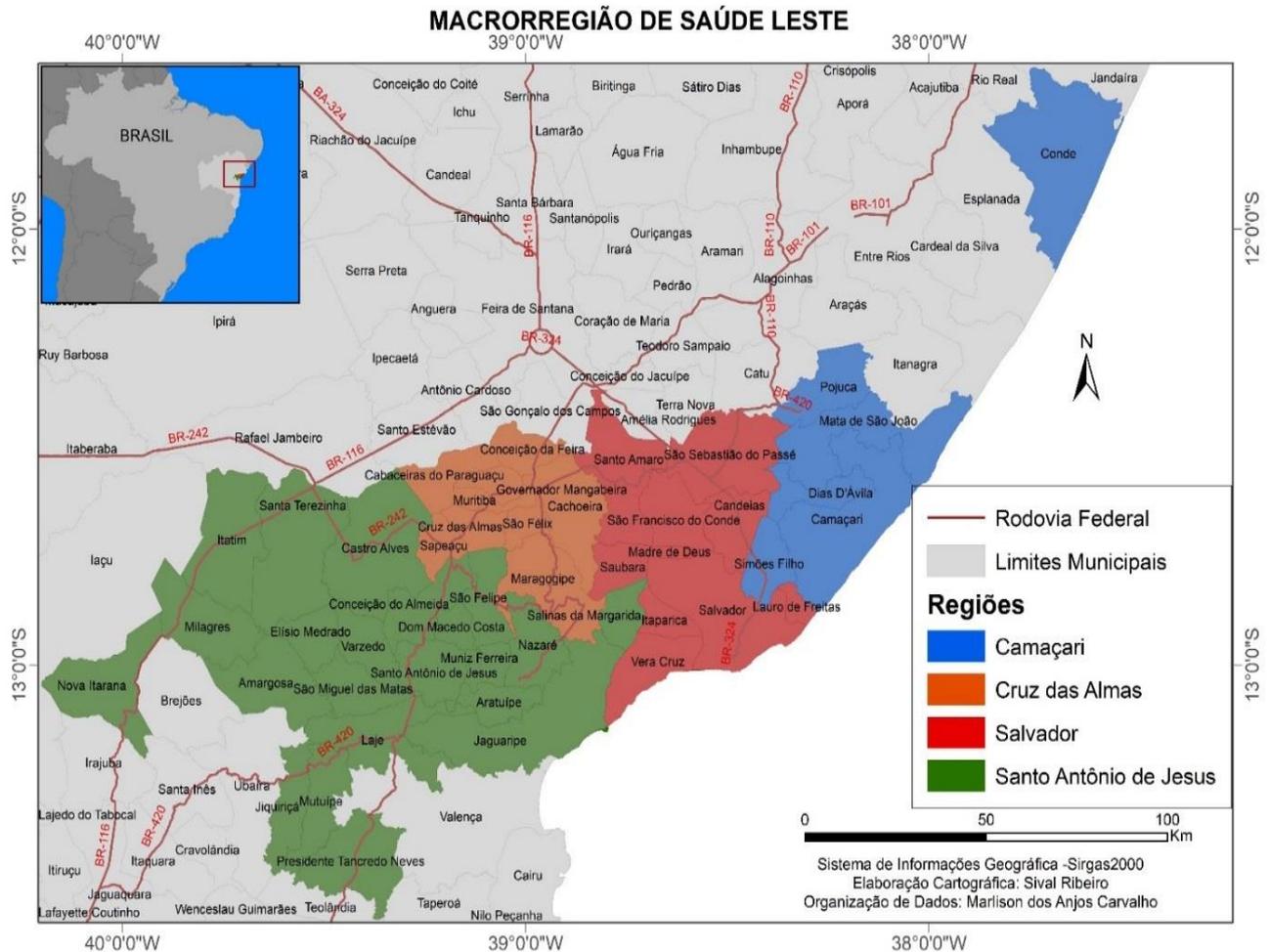


A oferta da saúde regionalizada, através da responsabilidade compartilhada dos serviços pelos entes federados, é visto como uma estratégia para enfrentar as limitações do acesso à saúde em todo território. Na realidade baiana, muitos municípios não possuem capacidade técnica-financeira e recurso humano para oferecer serviços de atenção à saúde da população com a qualidade devida, especialmente os serviços de Média e Alta Complexidade (MAC).

Entretanto, ao atribuir aos municípios a competência da oferta dos serviços de saúde em suas respectivas áreas de abrangência, o Governo Federal, a partir da descentralização de competências na Constituição de 1988, acarretou para estes municípios uma série de problemas de natureza variada, entre eles, a falta de experiência no planejamento das redes de serviço de atenção à saúde e a perspectiva da limitação financeira (BRASIL, 2002). A partir daí, a estratégia da criação e oferta dos serviços de saúde, de maneira regionalizada, surge como uma medida para sanar as lacunas históricas na gestão da saúde no espaço, agravadas pelos conflitos federativos.

Destarte, a CF-88, com a criação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-2002), abriu a possibilidade do planejamento conjunto da saúde com a criação das regiões de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2017). Seu propósito é promover os serviços de saúde, de forma regionalizada, visando reduzir a carência na oferta dos serviços às populações desassistidas. No entanto, a dinâmica das regiões de saúde reflete as desigualdades do território brasileiro. Esta realidade desigual, fruto de dinâmicas socioespaciais contraditórias, também faz parte da região de saúde de Salvador (ALBUQUERQUE et al 2017).

O *mapa 2* - representa a Macrorregião de Saúde Leste (MRSL), formada por quatro RS: Camaçari, Cruz das Almas, Salvador, que é o objeto de pesquisa, e Santo Antônio de Jesus. É através da regionalização dos serviços de saúde que o espaço da saúde é produzido e ganha materialidade. A combinação de estratégias regionais nas políticas de saúde é um caminho para alavancar a justiça distributiva dos serviços, de modo tal que todas as pessoas, independente de onde estiverem socialmente localizadas, possam acessar os serviços de saúde.



Toda relação social/espacial é atravessada por relações de poder, relações nem sempre consensuais, uma vez que cada ator possui capacidade diferenciada de atuar e influenciar nos rumos dos recursos na regionalização da saúde, em virtude de seu tamanho, poder e capacidade resolutive. Ocorrendo, por sua vez, competições acirradas na territorialização da saúde onde “o grande obtém vantagens sobre o pequeno”. No entanto, há situações em que o município, relativamente pequeno, mas organizado do ponto de vista do engajamento político, consegue fazer frente aos municípios maiores diante das tomadas de decisões sobre as políticas de saúde como São Francisco do Conde. Mas, por outro lado, há também situações de municípios autosuficientes em recursos e com um sistema de saúde equilibrado, como Luiz Eduardo Magalhães que acaba criando resistência para negociar com municípios mais fragilizados. O que só reafirma a complexidade no processo de territorialização da saúde.

Sendo assim, como questão central de pesquisa, constata-se que o território brasileiro é marcado por profundas desigualdades de acesso à saúde. Neste sentido, a regionalização na saúde trouxe melhorias para efetivação territorial do SUS? A partir desta indagação, fazem-se outros questionamentos que servem de fios condutores: Quais os impactos da regionalização da

saúde nos territórios sanitários? Qual a relação do espaço e a distribuição dos serviços de saúde? Quem são os atores que decidem as políticas de saúde na Região de Saúde de Salvador?

Assim, define-se como objetivo geral de pesquisa, analisar se a regionalização da saúde gera justiça espacial na Região de Saúde de Salvador, no período de 2001 a 2022. Os objetivos específicos versam sobre: a) refletir sobre a localismo e o regionalismo na Região de Saúde de Salvador; b) verificar se o padrão de distribuição espacial dos serviços e dos equipamentos de saúde satisfaz as necessidades territoriais c) avaliar os diferentes papéis dos atores no processo de regionalização da saúde ; d) verificar se houve uma melhora na saúde com a regionalização dos serviços.

A pesquisa se justifica pela busca da compreensão da relação dialógica existente entre o espaço, enquanto uma instância ativa e dialética que participa do processo social e a distribuição de serviços. Portanto, pensar a regionalização da saúde como um processo, que resultadas experiências cotidianas no uso do território sanitário, permite mitigar estratégias e ações mais efetivas nas políticas territoriais de saúde.

Elege-se o espaço, enquanto categoria de análise central na pesquisa, porque segundo Santos (1988) deve ser considerado como algo que participa ativamente, em igual condição do social e do físico, um misto, um híbrido (Santos, 2003). “Um conjunto articulado e fragmentado de fixos e fluxos que participam” (SANTOS, 1988, p. 26).

É no espaço que o fenômeno ganha materialidade social e essa espacialidade precisa ser investigada e interpretada criticamente e, no caso do espaço regional da saúde, a análise evoca compreender sua natureza complexa e dinâmica, fruto de processos geográficos que se articulam e criam situações sociais/espaciais justas e injustas. Daí, ser necessário a análise do espaço como categoria chave que permite compreender as diversas situações geográficas. A pesquisa busca analisar dialeticamente as contradições originadas durante a produção do espaço sanitário da saúde, sendo esse, o espaço entendido como forma social da produção da vida material.

De acordo com Diniz e Silva (2008), pensar dialeticamente é reconhecer a dificuldade de se apreender o real, em sua determinação objetiva, por isso a realidade se constrói diante do pesquisador, por meio das noções de totalidade, mudança e contradição. A noção de totalidade refere-se ao entendimento de que a realidade está totalmente interdependente, interrelacionada entre os fatos e fenômenos que a constitui. As contradições são constantes e intrínsecas à realidade. As relações entre os fenômenos ocorrem num processo de conflitos que geram novas situações na sociedade.

Exercitar o raciocínio dialético é procurar respostas em situações que aparecem como dadas, como naturais, quando de fato foram naturalizadas por uma visão de mundo que atende aos interesses de quem domina (classe social e modelo de produção hegemônico). Desenvolver ciência usando o método dialético é assumir que o saber está contaminado por ideologias e que cabe ao cientista social desvendar o que está escondido na aparência dos fenômenos sociais, particularmente na experiência cotidiana da vida em sociedade (DINIZ E SILVA, 2008).

É com esse olhar sensível aos conflitos inerentes aos processos sociais desencadeados nas RS que se busca desvendar conteúdos de (in)justiça na distribuição dos serviços de saúde na regionalização.

O meu contato com a temática da regionalização da saúde e da justiça espacial ocorreu antes de iniciar essa pesquisa e entrar no programa da pos-graduação em Geografia da UFBA. Esse diálogo aconteceu quando ainda participava do grupo de estudo DIT (Dinâmicas Territoriais), coordenado pelo professor Drº Antonio Angolo. O tema da justiça espacial e da saúde já aparecia nas apresentações e discussões dos colegas, bem como, palestras de especialistas ligados à área, com experiência vasta na gestão da saúde, além das inúmeras contribuições por mim realizadas na disciplina de Organização do SUS e seus desafios, na condição de estudante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFBA. Outrossim, a disciplina Justiça Espacial ministrada pelo Prof. Drº Antonio Angelo Martins da Fonseca, no referido Programa de Pós-Graduação em Geografia dessa Universidade, na qual tive acesso aos principais autores referências na discussão acerca da justiça espacial nas Ciências Sociais e na Geografia. Tais experiências e contribuições são valorizadas nesta pesquisa.

A metodologia usada foi a pesquisa, inicialmente, para a construção do embasamento teórico, em que foi realizado um levantamento das principais pesquisas relacionadas ao tema da justiça espacial e da regionalização da saúde disponíveis nos bancos de dados digitais, usando a técnica de *metapesquisa*, procedimento que consiste em fazer o levantamento de pesquisas sobre o tema que se deseja. Foram encontradas muitas pesquisas sobre a regionalização da saúde e sobre a temática da justiça espacial. No entanto, como a quantidade de pesquisas que apareceu foi extensa, optou-se em fazer recortes para afunilar os resultados.

Nesse sentido, elegeu-se os termos: (a) *justiça espacial*; (b) *região de saúde* e (c) *regionalização do SUS na Bahia*, com o objetivo de reunir as principais pesquisas disponíveis sobre os temas e atualizar os estudos, objetivando entender o panorama dos saberes sobre essas áreas e identificando os avanços e desafios que cada área possui. Para outro afunilamento da pesquisa foram estabelecidos alguns critérios como: o recorte temporal/espacial e a opção de

pesquisas enquadradas na Língua Portuguesa, além da opção por artigos, teses e dissertações completas em pdf.

A etapa seguinte, consistiu em fazer o agrupamento e análise dos estudos encontrados, de modo a construir um marco teórico-conceitual. Outras fontes secundárias usadas foram documentos oficiais sobre a Região de Saúde da Bahia, consultadas através da Secretaria de Saúde do Estado (SESAB); acervos disponíveis nas plataformas digitais do Observatório da Regionalização da Saúde na Bahia; e atas de reuniões produzidas pela Conselho Intergestor Regional (CIR), que discutem as principais diretrizes em torno da política de saúde na Bahia.

Na pesquisa de campo, foi planejado realizar entrevista aberta com membros da CIR e secretários de saúde dos municípios que compõem a RSS, com o intuito de: 1. verificar as experiências da gestão da regionalização do SUS; 2. entender as vantagens e desvantagens da regionalização; 3. identificar as melhorias no acesso aos recursos e distribuição dos serviços da saúde que a regionalização trouxe para população; 4. detectar os desafios e enfrentamentos na territorialização da saúde; 5. e conhecer como são tomadas as decisões e quem são os atores. Também foram planejadas entrevistas semiestruturadas com outros profissionais de saúde de todos os municípios que fazem parte da RS, a fim de colher informações sobre qualidade e acesso aos serviços de saúde, sobre disponibilidade de equipamentos de saúde, sobre o perfil dos profissionais de saúde, sobre a regionalização e sobre as tomadas de decisão.

Contudo, a pesquisa de campo se viu impossibilitada de acontecer no primeiro momento, dada à situação pandêmica que o Brasil e o mundo em geral atravessam, pois os secretários e profissionais de saúde, por serem linha de frente no combate ao vírus, estavam atarefados com as demandas colocadas pela pandemia nos territórios sanitários. Diante disso, aguardou-se uma melhora no cenário de crise sanitária do sistema de saúde para que as etapas metodológicas pudessem ser concluídas.

Além disso, estava previsto realizar a observação participante, com o intuito de participar das reuniões do Comissão Interegional de Saúde que ocorrem ocasionalmente - e se possível for, de reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde - para verificar, na prática, como são geridas as decisões sobre a gestão da saúde, tendo em vista que são estas decisões consensuais, tomadas durante as reuniões, que serão revestidas nas políticas do SUS posteriormente. No entanto, a etapa de observação participante não foi possível realizar, pois, a Comissão Intergestor Regional optou, neste contexto pandêmico, somente pela presença dos profissionais de saúde nas reuniões.

A ideia de verificar a ocorrência da justiça espacial na regionalização do SUS, foi operacionalizada a partir da produção de um conjunto de dados quali/quantitativos sobre o

acesso à oferta de serviços de saúde para a população; a disponibilidade de equipamentos; a participação social nas decisões; as dificuldades de acesso aos serviços; a qualidade dos serviços; a gestão solidária dos recursos etc. Estes dados foram representados em forma de mapas, de tabelas, de gráficos e de um quadro explicativo.

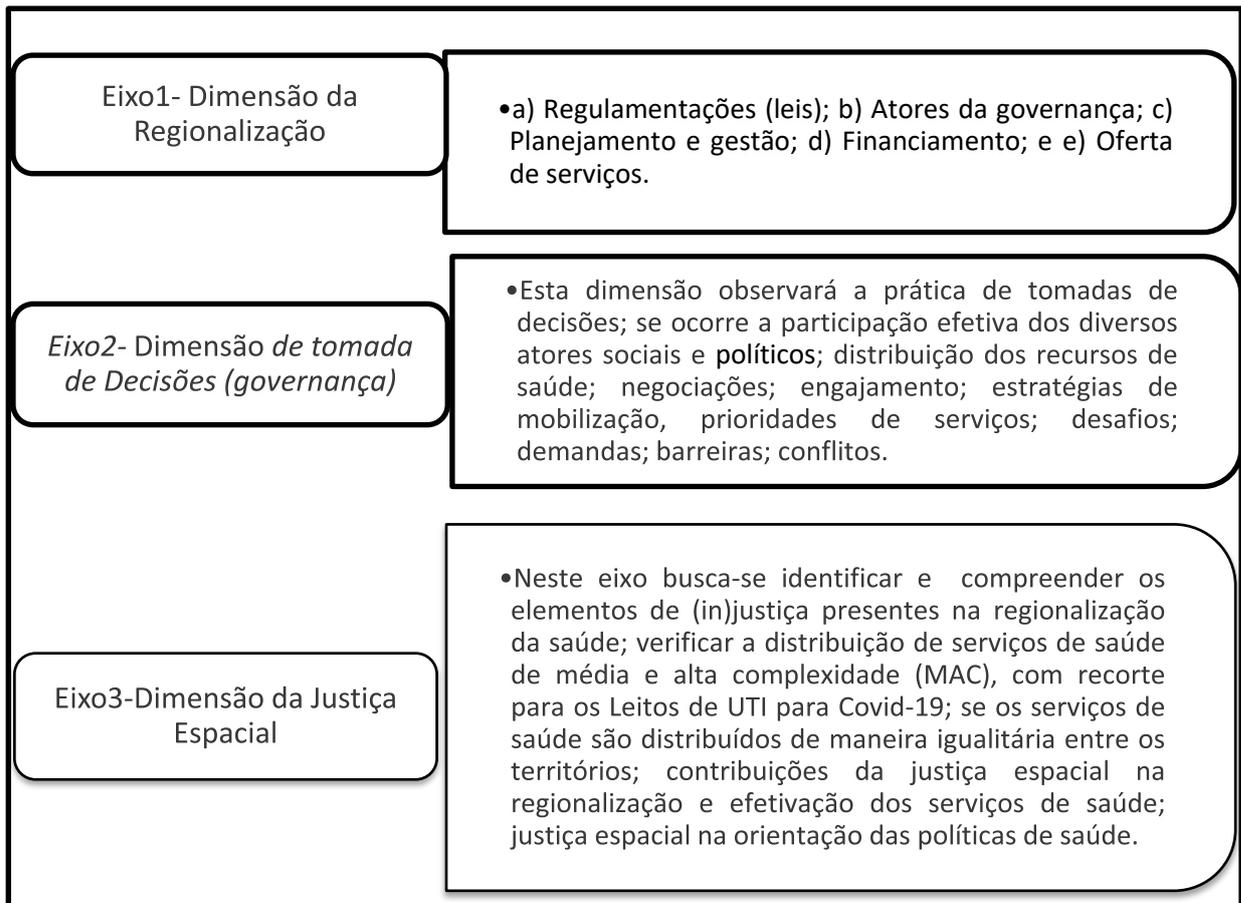
Em observância aos elementos de (in)justiça presentes na prática espacial da CIR, fez-se necessária a mudança do olhar para o interior dos territórios da saúde. Como tentativa de compreender as condições que a população tem de acessar os serviços de saúde, assim como de verificar quais conteúdos de injustiça se encontram presentes na escala dos municípios, foi realizado um questionário de amostragem com a população dos dez municípios pertencentes à RSS, buscando refletir melhor sobre a espacialidade da governança da CIR, pelo olhar dos principais sujeitos que acessam e utilizam os serviços de saúde, isto é, a população local.

O questionário de amostragem foi aplicado de forma aleatória à população, através do aplicativo de questionário online da ferramenta do Gmail. A princípio, o questionário seria aplicado presencialmente nos dez municípios, contudo, em função da crise sanitária provocada pelo Covid-19, que culminou nas medidas de isolamento social, o contato pessoal foi impossibilitado e, por isso, utilizou-se a estratégia de aplicar o questionário nesse formato.

Além disso, foi criado um modelo de análise baseado em metodologias qualitativas, a partir de três eixos de dimensões estruturantes, para analisar a regionalização da saúde. Cada eixo é acompanhado de um conjunto de variáveis consideradas importantes no processo territorial da regionalização da saúde.

- *Eixo 1- dimensão da regionalização;*
- *Eixo 2- dimensão de tomada de decisões;*
- *Eixo 3- dimensão da justiça espacial.*

Figura 1- Modelo de análise baseado em metodologias qualitativas



Fonte: elaborado pelo autor, 2021.

A centralidade nas dimensões aqui definidas possui o objetivo de compreender, pela leitura crítica e dialética dos processos socioespaciais na produção dos territórios sanitários da saúde, os principais ganhos qualitativos e quantitativos da regionalização da saúde. A análise dos eixos não ocorre de maneira separada e fragmentada, ao contrário, ocorre de maneira integrada, observando as contradições, “as idas e vindas” constantes das ações de busca de construção da “regionalização solidária”.

Não se trata também de uma leitura totalizante e se faz necessária a complementação de outras variáveis, com um maior tempo de estudo e abrangência para uma melhor compreensão do processo de regionalização. Os resultados obtidos foram representados em gráficos, tabelas e quadro explicativo para sintetizar e explorar melhor o conteúdo dos dados coletados.

Durante todo o período de pandemia, busquei contato com os secretários de saúde e demais representantes da CIR, mas não obtive sucesso. Por este motivo, somando aos prazos, que já estavam curtos, no programa da Pós-Graduação em Geografia da UFBA (POSGEO) para

elaboração dessa pesquisa, outras estratégias foram adotadas, como por exemplo, das 10 entrevistas programadas para serem realizadas com os 10 secretários de saúde da RSS, apenas 02 responderam o questionário de entrevista. Daí, optou-se em buscar pessoas ligadas à saúde, como os subsecretários de saúde, os representantes de conselhos municipais de saúde, os ex-secretários de saúde, os representantes de COSEMS, os ex-coordenadores da CIR e o subcoordenador da CIR. Ou seja, pessoas que possuíssem um vasto conhecimento no assunto e estivessem ligadas ao processo de regionalização da saúde na Bahia.

Inúmeras iniciativas foram adotadas para conseguir cumprir o calendário de entrevistas. Como a pandemia impossibilitou o contato pessoal, foi proposto realizar as entrevistas de forma remota pelo Google Meet, mediante questionário do Gmail, entrevista pelo Whatseap e ligações telefônicas. Com o avanço da vacina e a melhoria do quadro sanitário, foi tentado novamente marcar entrevista pessoal com os 08 secretários de saúde que faltavam, mas não teve sucesso. Dessa forma, a pesquisa foi concluída com o total de 13 entrevistas.

O modelo de análise com metodologias qualitativas é baseado na matriz de Leopold et al (1971) dividido em três eixos-dimensões, para que os resultados pudessem ser melhor explorados. Não se trata de buscar respostas prontas e acabadas acerca da perspectiva da regionalização praticada nos territórios. Mas, de algum modo, oferecer elementos que auxiliem na compreensão mais aprofundada da dimensão espacial da saúde.

Assim, as análises dos dados foram realizadas observando a correlação das variáveis presentes na matrix, buscando entender os impactos da regionalização da saúde para as municipalidades e como esta tem contribuído para elevar os níveis de justiça espacial no acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, efetivar o direito territorial à saúde. Para obtenção dos dados, considerou-se os resultados obtidos nas entrevistas com os secretários de saúde, o coordenador da CIR, o Conselho Municipal de Saúde, os dados secundários sobre a distribuição de serviços e equipamentos de saúde na região de saúde pesquisada obtidos através do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e usuários do Sistema Único de Saúde.

A pesquisa está estruturada da seguinte forma, a introdução onde apresenta as principais questões centrais da pesquisa e os objetivos definidos e os procedimentos metodológicos utilizados. No capítulo 1 - *Trajatória da Descentralização do SUS: do localismo ao regionalismo na saúde*, busca-se entender os sentidos da regionalização da saúde e analisa-se o SUS (*localismo x regionalismo*) com o objetivo de verificar se a regionalização trouxe melhorias no acesso à saúde da população. O capítulo 2, intitulado *Região e Regionalização da Saúde na Bahia*, estabelece um diálogo entre os conceitos de região abordados na Geografia e as propostas de regionalização aplicadas, além disso, resgata o processo de regionalização da

saúde na Bahia e enfatiza, no fim, a Região de Saúde de Salvador como um arranjo espacial estratégico para elevar os níveis de justiça espacial no acesso à saúde nos territórios.

No capítulo 3 - *Justiça Espacial, Equidade Territorial no Sistema Único de Saúde*, apresenta-se alguns elementos para pensar o conceito de justiça espacial e sua relação com a saúde. Como tentativa de operacionalizar o conceito, utiliza-se a ideia de equidade territorial distributiva das políticas de saúde, como um horizonte analítico para pensar a justiça no Sistema Único de Saúde e refletir como a justiça espacial pode contribuir na configuração territorial da saúde. E por fim, traz algumas considerações sobre os resultados da pesquisa.

CAPÍTULO 1. TRAJETÓRIA DA DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS: do localismo ao regionalismo na saúde

Este capítulo analisa o SUS em dois momentos distintos do contexto federativo brasileiro. O primeiro após a descentralização da saúde, que chamo de *localismo*, quando os municípios assumem a competência de gerir a política de saúde em suas áreas de abrangências após a CF-88. O segundo, para suprir os déficits de saúde a partir de uma perspectiva mais regionalista, com as NOAS 1 e 2, o Pacto da Saúde de 2006 e o Decreto nº 8.080/90. Esses marcos regulatórios e operacionais trazem um outro entendimento da saúde, pois parte da lógica que os serviços sejam oferecidos em uma perspectiva regionalista, por um agrupamento de atores, de maneira solidária e pactuada, visando reduzir a permanência de desigualdades territoriais de saúde.

Vale destacar, no entanto, que o localismo e o regionalismo tratados nessa pesquisa, não são iniciativas originadas de organizações sociais e políticas locais/regionais, reivindicando políticas sociais em benefício dos sujeitos e dos territórios. São, na verdade, processos institucionais induzidos por ordem da força central, ou seja, parte da lógica de “cima pra baixo”. Mesmo nascendo por processos induzidos pelo poder central, o localismo/regionalismo trazem elementos sociais, políticos, econômicos e culturais importantes para o território, na espacialidade das políticas de saúde. Resgatados na pesquisa para entender o direito territorial à saúde.

Desta forma, são apresentados alguns dados em forma de gráficos e tabelas sobre a saúde nesses dois contextos federativos, como quantidade de serviços oferecidos, equipamentos de saúde disponíveis em uso, infraestrutura, leitos, serviços de baixa, média e alta complexidade. O objetivo é verificar se a regionalização na saúde, etapa posterior ao localismo, trouxe melhorias na região de saúde de Salvador.

1.1- Localismo e descentralização das políticas territoriais de saúde

De forma geral, o localismo é interpretado de duas formas principais: de um lado como um movimento e/ou conjunto de decisões e ações políticas, econômicas e institucionais, muitas vezes de caráter reivindicatório, engendrado por agentes dominantes locais que, atuando a partir de uma base territorial, ao mesmo tempo em que buscam maior visibilidade local, articulação e cooperação intermunicipal, também podem competir na busca de empresas, recursos e

investimentos para o seu território; de outro lado, é uma tendência descentralizadora, de caráter político, institucional e territorial de expansão das decisões e ações para a escala municipal, considerada por muitos como a mais exequível para a gestão territorial do desenvolvimento social, econômico, cultural e ambiental (FONSECA, 2013).

Dessa forma, afirma Fonseca (2013), a importância do município – foco principal do localismo - ficou oscilando no contexto do Estado territorial brasileiro: em certos momentos teve grande importância estratégica; em outros, foi relegado ao segundo plano quanto à capacidade de tomar decisões e ações. No momento atual, diante do processo de globalização e das transformações do papel do Estado, o município emerge com novas formas e conteúdo, porque, ao contrário de antes, o município atual é parte constitutiva da federação brasileira. E, malgrado os embates envolvendo as forças de centralização/descentralização que caracterizam qualquer federação, diversas dinâmicas localistas tem ocorrido nos municípios brasileiros nas últimas décadas, como emancipação, formação de consórcios, redefinição de limites municipais, novas formas de gestão do território, criação da Agenda 21, formação e desenvolvimento de conselhos locais, que têm despertado a atenção de variados pesquisadores, inclusive da área de geografia (FONSECA, 2013).

De acordo com Fonseca e Nunes (2021) em relação as dinâmicas do SUS, desde o início da sua implantação vem atravessando constantes ajustes normativos relacionados à sua funcionalidade, organização e gestão, na tentativa de se adaptar ao enfrentamento dos desafios próprios de uma federação como o Brasil, com elevadas desigualdades locais e regionais, constantes conflitos entre forças centralizadoras e descentralizadoras e dificuldades de acomodar as tensões político-territoriais. Essa fase da política da saúde do SUS revela uma das tendências interpretativas do localismo geográfico: aquela que aborda e valoriza, nos seus objetivos de análise, a descentralização e a expansão das decisões e ações na escala municipal.

A escala municipal ganhou assim status de ente federado com atuação de autonomia relativa em relação aos variados assuntos pertinentes à vida social, onde a partir de relações mais ou menos intensas com os outros entes federados passou, através de seus agentes políticos, a estabelecer vantagens locais de ação e desenvolvimento territorial de forma mais significativa, como afirma Krell (1995). Ao lado da União e dos estados, os municípios brasileiros, dentro dos seus territórios, são detentores de legítimo poder estatal. A sua autonomia é de natureza administrativa e política. O seu peculiar interesse local e a eletividade da administração local são os dois princípios que formam a base sobre a qual se ergue a estrutura municipal brasileira (FONSECA, 2013).

Expostas essas questões, a escala municipal torna significativa na apreensão de diferenciados fenômenos dadas as amplas funções que o município brasileiro comporta atualmente, o que, entre outras questões, tem favorecido a ação de localismos, entendida aqui como iniciativa que, entre outras ações, tem buscado o desenvolvimento socioeconômico a partir da valorização do local. Nessa perspectiva o território político ganha visibilidade e o município constitui assim uma escala primordial de análise (FONSECA, 2005b).

O fato é que muitos municípios brasileiros vêm assumindo um protagonismo jamais visto, porque passaram a canalizar um crescente número de iniciativas políticas e econômicas inovadoras destinadas a resolver sérios problemas que afeta coletividade local – falta de emprego, estagnação econômica, deficiência de saneamento básico, difícil acesso à educação e saúde por parte da população mais pobre, etc. – e que também atingem diretamente o cotidiano e a qualidade de vida dos cidadãos. Quer dizer, um novo *cenário localista* se impõe no Brasil, em decorrência da crescente institucionalização da política e do desenvolvimento no nível municipal (FONSECA, 2005).

Os locais passam então a ser considerados como atores políticos, uma vez que agregam não só o governo local, mas também os variados atores da sociedade em termos de articulação para a tomada de decisões (FONSECA, 2005). Portanto, apesar do município brasileiro ser um ente funcional dentro da estrutura territorial do Estado Brasileiro, não é uma instância amorfa, sem vida e sempre submissa às determinações advindas do governo central, ou seja, tudo isso justamente porque o município ganhou o status de governo.

O município é um território institucionalizado e, como tal, não é um suporte, com a função de acolher atividades e ações de forma passiva. Também não é uma planície isotrópica, homogênea e somente referencial de cifras e índices que esconde as suas paisagens, suas ações e decisões. Além de continente, o município é construção humana, é conteúdo, e no interior dos sofisticados quadros estatísticos, dos diagramas e dos esquemas de funcionamento das transações monetárias nacionais e globais, pulsa o território municipal, uma das bases geográficas de geração de *ambiências* e palco de ações localistas no contexto de dinâmicas globais (FONSECA, 2005).

Na realidade, segundo Fonseca (2005) o recorte municipal ganhou pouco espaço no debate dos geógrafos, tendo como consequência seu aprisionamento explicativo e a despolitização de seu conteúdo político, que pouco compreendia as novas dinâmicas localistas engajadas na busca da melhoria da qualidade de vida local. Tomando como base à interpretação de Castro (2000), este atraso no debate parece ser reflexo de visões generalistas e deterministas que prevaleceram nos enfoques herdados da geografia tradicional, na qual o local era analisado

à luz da escala regional, da ascensão do determinismo econômico e da totalidade marxista na geografia, que mesmo dando visibilidade ao local, o interpretaram por um viés economicista e como sendo um ponto ou algo submisso, amorfo e orquestrado simplesmente pela globalização.

Para Paim (1992) a orientação descentralizadora foi expressa na Constituição Federal de 1988 e teve na trajetória do SUS a experiência mais elaborada de construção de um novo desenho do pacto federativo, pois foi a área de política social em que o modelo descentralizador participativo foi mais ampla e radicalmente aplicado, passando a servir de padrão para outras áreas das políticas públicas. E mesmo sendo dotado de um arcabouço jurídico-normativo, que se materializa em uma arquitetura institucional sofisticada, ao redesenhar as relações intergovernamentais e seus mecanismos de coordenação, controle e a participação. Obteve, no entanto, obstáculos na sua implantação tanto oriundos das disputas internas de poder, como conflitos federativos e econômicos .

Com base em Arretche (2012), apesar do otimismo criado em torno das inovações constitucionais de 1988, no sentido de uma radicalização do processo de descentralização federativa, o que passou a ocorrer no Brasil, sobretudo a partir da década de 1990, foi a centralização das decisões e da regulação na esfera federal e a descentralização da execução das políticas públicas para as demais escalas, inclusive a local, gerando com isso a expansão das responsabilidades municipais e, ao mesmo tempo, a diminuição da sua autonomia.

Ou seja, os desdobramentos das inovações institucionais de 1988 ao ampliarem as atribuições e as responsabilidades de execução de políticas públicas por parte dos municípios, geraram uma descentralização “presente” (ABRÚCIO 2006; ARRETCHÉ 2012); ao mesmo tempo, geraram uma descentralização “ausente” no que se refere à capacidade local de decisão, regulação, cooperação e coordenação federativa para a elaboração de políticas públicas e para a ampliação da base econômica dos municípios (FONSECA, 2013).

Assim, a descentralização das políticas de saúde surge como uma tentativa de otimizar e melhor efetivar os serviços de saúde, criando um novo pacto federativo e dotando o ente municipal de autonomia para a implantação, execução, planejamento e avaliação das políticas de saúde. A descentralização tem representado desde então um componente essencial dos movimentos de reforma do estado tanto nos países centrais como nos países em desenvolvimento, evidentemente, por razões variadas. Esses motivos podem envolver, em ambos os contextos, tanto justificativas operacionais como ampliar a eficiência de programas, reduzir os custos de estruturas administrativas, aumentar a capacidade de inovação das burocracias e expandir a cobertura de políticas setoriais, até a obtenção de objetivos maiores,

como fomentar o crescimento econômico, ampliar a equidade social e promover a democracia (BANKAUSKAITE & SALTMAN, 2007).

Os motivos apontados para fundamentar a necessidade de descentralizar são os mais diversos e provêm de várias tradições teóricas no campo das ciências sociais. Em geral, considera-se que a descentralização produz efeitos positivos sobre um amplo conjunto de questões relacionadas ao funcionamento do estado moderno, tais como democratização dos processos decisórios, ampliação da equidade no acesso ao bem-estar, eficiência na alocação de elevados volumes de recursos, coordenação adequada e flexível de estruturas e funções gerenciais, melhoria da qualidade dos bens e serviços públicos, entre outros (SHAH & SANA, 2006; ARRETCHE, 1996; RONDINELLI, 1983; VRANGBÆK, 2007). Os principais argumentos empregados para sustentar processos de descentralização são os de natureza política, econômica e gerencial.

A diversidade de razões ou objetivos que motivam o desencadeamento de processos de descentralização, associada a um conjunto amplo de fatores da conjuntura política e econômica, além das próprias características estruturais de constituição de cada país como nação, produz uma multiplicidade de arranjos possíveis de transferência de funções e recursos do governo central para outros entes. Assim, embora tenham ocorrido processos de intercâmbio de experiências e modelos entre países, a adoção de estratégias específicas para descentralizar políticas e programas governamentais parece ser uma experiência singular e determinada, em sua maior parte, pela dinâmica interna do sistema político e econômico de cada nação (RONDINELLI, 1983; EATON, 2001; BANKAUSKAITE, SALTMAN & VRANGBAEK, 2004).

Nesse período, foram elaboradas e implementadas, de forma sequencial, três grandes estratégias de descentralização no âmbito da saúde, expressas, em geral, em normas operacionais básicas (NOB 1991, 1993 e 1996), que promoveram mudanças significativas no arranjo federativo de organização, gestão e financiamento do SUS, transformando um sistema concentrado na União em outro em que os municípios, apoiados pelos estados, desempenham um amplo conjunto de responsabilidades e gerenciam um volume expressivo de recursos e unidades de saúde (FLEURY, 2014).

Assim, a participação dos estados e, principalmente, dos municípios foi ampliada de forma paulatina por meio de diferentes estratégias normativas que refletem tanto as opções de política quanto as circunstâncias de formulação e implementação de cada momento. Entretanto, apesar da percepção imediata de um movimento geral crescente e intensificador do caráter descentralizado do exercício das funções da política de saúde, há certo consenso na literatura

setorial de que esse processo tem se caracterizado por diversas formas de heterogeneidade (FLEURY, 2014).

Primeiro, em virtude das adversidades e incertezas colocadas por um contexto de esgotamento do modelo desenvolvimentista, reforma do Estado e priorização da agenda macroeconômica de estabilização monetária, os tempos legal, financeiro e gerencial de implementação foram muito diferentes (NORONHA & TAVAREZ, 2001). À instituição do SUS na Constituição de 1988, seguiu-se a regulamentação pelas Leis Orgânicas, já em um contexto politicamente menos favorável, e houve a transferência de unidades e profissionais para estados e municípios bem como a formação das bases institucionais essenciais do sistema de saúde, em âmbito nacional, já no início da década de 1990 (MACHADO, 2007; PASCHE et al., 2006). Mas, a definição de condições sustentáveis de financiamento e de planejamento da gestão ocorreu ao longo do período e ainda é um desafio constante (UGÁ et al., 2003; FLEURY et al., 2011).

Segundo, em decorrência disso, o início e o desenrolar dos movimentos de transferência de poder, as atribuições e os recursos não foram nem automáticos nem regulares, mesmo havendo disposições constitucionais que definiam a descentralização como um dos princípios de organização do SUS. As divergências de modelo para a descentralização entre a reforma sanitária e o projeto neoliberal de Estado, a instabilidade política e financeira setorial e as incertezas sobre a capacidade imediata dos entes subnacionais para assumir as responsabilidades e gerenciar recursos, entre outros, levaram a um processo de descentralização paulatino, conduzido e regulado pela União, e construído com base em pactos temporários e movimentos de tentativas e erros (LEVICOVITZ, LIMA & MACHADO, 2001; SANTOS & ANDRADE, 2007).

Houve períodos de ruptura e aprofundamento da descentralização, mas houve períodos de estagnação. Os estados e os municípios foram incorporando-se ao processo por ondas de adesão, sendo que, apenas ao final da década de 1990, a descentralização atingiu todo o território nacional. Cada uma das fases da descentralização teve tempos de formulação e implementação diferentes e um conjunto expressivo de inovações institucionais de diversas naturezas (conselhos de saúde, fundos, sistemas de informação, sistemas de transferência de recursos, modelos de indução de capacidades gestoras, comissões intergestores etc.) foi construído nesse processo, conformando um projeto de vanguarda sem precedentes na política social brasileira (FLEURY, 2001).

Terceiro, a descentralização se desenvolveu com mais intensidade baseada em um conjunto de estados e municípios dotados de estruturas, recursos e capacidade gerencial acima

da média do país. A expansão da autonomia para o exercício de funções de política de saúde, a condução de processos administrativos e a gestão de recursos financeiros ocorreram primeiro em grupo pequeno de municípios de maior porte, em geral capitais de estados e cidades-polo regionais, para depois contemplar um conjunto mais amplo de municípios (ARRETCHE & MARQUES, 2002).

Assim, as estratégias de descentralização e seus condutores tiveram de construir formas diferentes de coordenação federativa, capazes de lidar com as diversidades existentes no território nacional. Apesar da natureza teoricamente simétrica do federalismo brasileiro, a descentralização da política de saúde se desenvolveu com base em um padrão assimétrico de relações intergovernamentais (LIMAS, 2007). Em um contexto de redução do papel Estado e de contenção de gastos, houve pouco espaço orçamentário para construir planos de investimento, o que levou à necessidade de priorizar os esforços nos municípios com maior capacidade de levar a estratégia à frente e com maior concentração populacional. A incorporação de estados e municípios, além de paulatina e regulada, foi diferenciada em termos de níveis de autonomia expressos em modalidades de habilitação para estados e municípios (FLEURY, 2014).

Em síntese, esse conjunto de heterogeneidades, enfatizado pela literatura setorial como características inerentes à implementação do SUS, mostra que houve a necessidade de flexibilidade e adaptação constante das estratégias de descentralização para permitir fazer avançar o projeto de universalidade do acesso, em um ambiente de políticas públicas, caracterizado por grandes assimetrias regionais e locais de desenvolvimento, recursos e capacidade de gestão, uma tradição centralizadora e de pouca atuação dos governos locais, uma orientação política neoliberal, uma política econômica voltada para a estabilização monetária e equilíbrio fiscal estrito, conflitos federativos por investimentos (guerra fiscal) e um sistema privado subsidiado por incentivos fiscais, entre outros (FLEURY, 2014).

A mudança de status na forma de inserção de estados e municípios, de meros prestadores de serviços ao Ministério da Saúde para gestores efetivos do SUS, implicava em alterações expressivas no formato das relações intergovernamentais, mas somente poderia ocorrer mediante o emprego de instrumentos que fornecessem mais ênfase nos aspectos políticos e gerenciais. Na concepção subjacente ao texto da NOB-96, o município consistia no locus principal de provisão de serviços de saúde, o que compreendia a necessidade de contemplar nesse nível da federação a integralidade da atenção. Assim, o “SUS municipal” era reafirmado como a célula fundamental do SUS nacional ou, conforme define o próprio texto da NOB-96, o subsistema composto pela totalidade das ações e serviços de saúde organizados em

rede hierarquizada para o atendimento integral de sua própria população. Por outro lado, como observado acima, “já havia nesse momento uma avaliação de que uma das consequências indesejadas da municipalização era a possível fragmentação do complexo de unidades de provisão de serviços de saúde. Emerge do texto da NOB-96 uma preocupação em direcionar a atuação da União e dos estados na articulação e integração regional e nacional do SUS (FLEURY, p. 102, 2014)”.

Decerto que o SUS é uma política das mais importantes e abrangentes para a construção de um país socialmente justo. Porém, é difícil se pensar em um sistema de saúde universal e equitativo em um país como o Brasil, onde a muitos faltam condições de sobrevivência (VIEGAS e PENNA, 2013). Todavia, se é difícil ter o SUS legal cabalmente implantado nas atuais condições sociais do país, não é menos difícil reverter esse quadro sem uma política de saúde baseada nos princípios de universalidade e equidade. Nesse sentido, o SUS necessário, para que tenhamos uma sociedade justa, está definido em seus princípios legais. Por sua vez, o SUS possível hoje é aquele que se encontra no funcionamento cotidiano dos usuários. Apesar dos significativos avanços desde o início dos anos 1990, o SUS possível ainda está longe de ser o necessário (VIEGA e PENNA, 2013).

Atenta-se que, mesmo o SUS sendo um processo novo na história democrática da saúde pública brasileira, possui experiências significativas nos diversos territórios, com um conjunto de leis e decretos normativos que define metas, objetivos, responsabilidades e competências. Mas ainda assim, está em construção, não está pronto, e as experiências acumuladas até aqui revelam que seu percurso é atravessado por um conjunto de forças políticas e sociais tensionadas pelos mais diversos interesses, relações de poder e ideologias das diferentes classes sociais.

As diferentes tentativas do sucateamento do SUS e as investidas no corte de recurso financeiro como a recente aprovada PEC-95 dos gastos públicos aprovado em 2016, que congela por 20 anos investimentos em saúde e seguridade social, evidenciam que a efetivação do SUS não se dará somente por leis e decretos, mas, sobretudo, através do engajamento e das lutas travadas pelos diversos segmentos sociais.

A implantação formal do SUS e sua estrutura nos dias atuais em distintos e particulares contextos territoriais (país, estado, município, comunidades, entre outros) tiveram como marco fundamental a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual se tornou evidente a necessidade de reorganização e reformulação de práticas e percepções envolvendo a saúde da população. Sob o desenho do SUS, emergem vários princípios de organização e gestão da assistência, dentre os quais se insere a municipalização da saúde, entendida como uma estratégia a ser

operacionalizada no sentido de que, para atingir o grau de mudanças necessárias em uma determinada realidade local, há a necessidade de ser desenvolvida a capacidade de coordenar os recursos disponíveis, tornando-se fundamental a participação de todos os atores sociais (CORIOLANO MWL et al.2010).

No Brasil, o município é identificado como o espaço onde se materializa o resultado da descentralização (SPEDO SM et al., 2009). No entanto, é forçoso constatar que a construção deste novo lugar de fazer política esbarra com frequência em atores e interesses tradicionais no cenário (local, regional e nacional) convivendo com certos vícios elitistas e clientelísticos que se revelaram em traços de cooptação de lideranças (MONNERAT, SENNA, e SOUZA, 2002).

A desigualdade e a diversidade social e regional refletem diferentes tipos de necessidades de atenção e serviços de saúde nos territórios, já que a população brasileira está distribuída em um extenso território com diversidade de infraestrutura, sistema de engenharia, pluralidade de redes técnicas, fragmentação socioespacial e desigualdades concentradas. Nesse contexto, a descentralização da saúde se torna complexa, e requer uma atuação proativa dos agentes locais, para corrigir as distorções em saúde. Com a descentralização das competências da saúde, o município assume o papel de protagonista para lidar com a saúde da sua população.

Este deslocamento de competência atribuída ao município permite um olhar sobre a questão da saúde mais dentro da realidade cotidiana dos sujeitos e dos territórios. Possibilita que o município proponha agendas mais horizontalizadas e com ganhos mais qualitativos no trato da saúde, porque agora eles possuem o poder de intervir na realidade concreta, que varia de território para outro. Isto quer dizer que dificilmente os programas e políticas de saúde terão eficácia se as múltiplas variações e necessidades territoriais foram desprezadas. Também não significa dizer que o SUS, sozinho, possua a força e a estrutura necessária para sanar as desigualdades em saúde.

A perspectiva localista da saúde, que dá autonomia aos municípios e competência para tratar da saúde em sua área de abrangência, abre a possibilidade de reduzir os vazios assistenciais na fragmentação da saúde. Desta forma, a descentralização da saúde pode ser vista como uma estratégia de reduzir as desigualdades territoriais de saúde, tendo o município um agente central, mas não único, capaz de criar desenhos territoriais de efetivação de acesso a saúde nos mais variados níveis de atenção.

Como decorrência da heterogeneidade do Brasil, com diferentes realidades e desigualdades socioespaciais presentes no tecido social e espacial, um grande desafio se apresenta para o SUS enquanto política de saúde universal e descentralizada. Apesar dessa diversidade territorial, o SUS foi pensado como uma política de saúde sem levar as

desigualdades dos territórios na sua construção. Isso torna o debate do SUS mais complexo, porque muitos municípios não possuem capacidade técnica, de infraestrutura e recurso financeiro para tratar da política de saúde, mas, mesmo assim, foram designados para tal competência.

Existem no Brasil milhares de pequenas municipalidades que não possuem em seus territórios condições de oferecer serviços de alta e média complexidade; por outro lado, existem municípios que se tornam referência e garantem o atendimento da sua população. Por isso mesmo, a construção de consensos e estratégias regionais é uma solução fundamental que permitirá ao SUS superar as restrições de acesso, ampliando a capacidade de atendimento e o processo de descentralização (PINAFO, et al. 2016). Isso porque as municipalidades mais ricas têm em geral mais capacidade técnica e gerencial, bem como maior aporte de recursos advindos da sua capacidade de arrecadação fiscal. Para Calvo et al. (2016), os resultados revelaram um importante contraste entre os municípios de grande e pequeno porte: enquanto de 77 a 100% dos municípios de grande porte apresentavam aspectos favoráveis para a gestão em saúde, e apenas de 10 a 17% dos municípios de pequeno porte possuíam tais aspectos.

Ao refletir sobre os impactos da descentralização para os municípios, Pinafo (2020, p. 1619), analisa que:

Os municípios de pequeno porte (MPP), ou seja, aqueles com população inferior a 20 mil habitantes, apesar de representarem cerca de 70% dos municípios do país, são o ente mais vulnerável da federação. A maioria destes municípios alia: condições limitadas, tanto de ofertas de serviços de saúde, como de capacidade de gestão, para responder sobre as políticas públicas que lhes foram atribuídas com o processo de descentralização; pouca autonomia para a gestão dos orçamentos municipais; menor capacidade de arrecadação fiscal e conseqüentemente menor alocação de recursos orçamentários; poder limitado de decisão dos gestores municipais nos espaços de governança e, ainda, dificuldade de fixação de profissionais médicos.

Nesse contexto, Pinafo E. et al. Teixeira (2020), entendem que, apesar dos municípios terem sido beneficiados no processo de descentralização, com a repartição de recursos, ainda continuam apresentando uma grande vulnerabilidade fiscal. Se por um lado aumentaram suas fontes de recursos, por outro, o processo de descentralização das funções públicas exerce forte impacto nessas finanças. Diante disso, as implicações advindas do processo de descentralização impactaram nesses municípios de uma forma bem desigual, se comparadas aos de maior porte.

As condições para que a descentralização atendessem à garantia do acesso e da atenção integral de acordo com as necessidades da população não foram asseguradas, sobretudo porque não se considerou a diversidade da realidade dos municípios, principalmente as suas fragilidades na cobertura da saúde. A forma como se processou a descentralização, com grande

ênfase para a municipalização, provocou a criação de vários sistemas locais isolados, enquanto que na área da MAC (Média e Alta Complexidade) verifica-se a fragmentação e a desorganização dos serviços de saúde (PINAFO et al., 2020). O localismo na saúde (municipalidade) aumentou a responsabilidade dos gastos dos municípios, sem ter aumento no orçamento.

A municipalização exigiu novas competências locais e, como resultado, é notório que aqueles municípios maiores obtiveram resultados mais positivos, já os municípios menores, por exemplo, a maioria dos municípios do Estado da Bahia, o localismo na saúde acarretou uma série de problemas, uma vez que sem recurso financeiro e humano os gestores municipais não conseguiram executar de forma satisfatória os serviços de atenção básica. Além disso, a alta rotatividade na ocupação dos cargos de gestão e a baixa qualificação formal para o exercício dessas atividades é outro fator que compromete a operacionalização da descentralização no que diz respeito ao planejamento e gestão (PINAFO et al, 2016).

Em relação dos serviços de MAC, somente alguns municípios de porte grande e médio conseguiram executá-los. Os municípios acabam vivenciando uma realidade de um SUS que é universal, mas vive de cotas e limites que dificultam mantê-lo como um direito universal (PINAFO et al, 2016). Assim, como afirma Viegas, (2013), a mudança na alocação de recursos advinda da implementação da descentralização não tem sido suficiente para modificar o padrão de desigualdade no acesso aos bens e serviços de saúde.

As experiências de descentralização demonstram que os municípios se encontram em diferentes estágios, e que esse processo tem sido determinado pela especificidade local e por avanços no processo de gestão de cada um. Entre os fatores que corroboram o sucesso da gestão municipal da saúde estão, sem dúvidas, o engajamento nos processos decisórios dos atores locais, como prefeitos, secretários de saúde e outros profissionais envolvidos. Diversos desafios fazem parte do processo de consolidação do SUS, que requer o aperfeiçoamento de competências técnicas e gerenciais. Esses desafios envolvem: definição das responsabilidades federativas, acesso e utilização de serviços especializados, construção de bases consistentes de planejamento regional, ampliação da equidade tanto no acesso quanto na qualidade dos serviços e fortalecimento do controle social (PINAFO et al, 2016).

No entanto, a forma como estes serviços são implantados, sem o suprimento necessário de recursos que garantam seu pleno funcionamento, afeta à qualidade dos serviços do SUS. Um exemplo disso é o aumento do número de equipes de USF (Unidade de Saúde da Família) sem a manutenção de cobertura adequada à população, tanto em grandes centros urbanos, como em áreas mais distantes (PINAFO et al, 2016).

O gestor municipal deve garantir que a população sob sua responsabilidade tenha acesso à atenção básica e aos serviços especializados (de média e alta complexidade), mesmo quando localizados fora de seu território, controlando, racionalizando e avaliando os resultados obtidos. É preciso que isso fique claro, porque muitas vezes o gestor municipal entende que sua responsabilidade acaba na Atenção Básica e que as ações e os serviços de maior complexidade são responsabilidade do Estado ou da União – o que não é verdade. Ele deve garantir o serviço, se não for possível em seu território, pode ser de maneira cooperada). Assim, as condições para que a descentralização atenda a garantia do acesso universal às ações e serviços de saúde e da atenção integral de acordo com as necessidades e demandas da população não estão asseguradas, apresentando resultados contraditórios no território (CAJUEIRO, 2019). Além da rigidez, o que fora proposto não encontrou respaldo na realidade político-institucional, estrutural e conjuntural dos estados e municípios (ALBUQUERQUE, 2013).

Nesse processo de descentralização prevaleceu o caráter estratégico de intervenção na economia, com o enxugamento do Estado e a estabilidade econômica de tal forma que, ao transferir responsabilidade aos entes municipais, não foi priorizada a garantia de acesso universal dos usuários aos serviços de saúde. Sendo assim, a descentralização do sistema de saúde serviu mais ao propósito de retração da União e de contenção de despesas do que de sua expansão (ARRETCHE et al., 2002).

Ainda pensando nas questões problemáticas e desafios que a descentralização trouxe para os municípios, Mendes e Louvison, (2015, p. 395) relatam que

Os sistemas locais de saúde e o processo de territorialização avançaram no sentido de aproximar as decisões da população que vive em seus municípios e, mais do que isso, em seus bairros e comunidades. Isso incluía a dimensão regional intramunicipal e entre municípios, espaços históricos de solidariedade geográfica e de produção social e de saúde compartilhada (Santos, 1994). No entanto, mais uma vez, o que acabou sendo construído foi se aproximando apenas do componente técnico-administrativo da divisão organizacional das regiões administrativas e de saúde, perdendo o caráter político e social do processo de regionalização.

Desta forma, a perspectiva localista da saúde, apesar de trazer avanços significativos para a saúde nos municípios, principalmente no tocante ao aumento expressivo da cobertura da atenção básica, não tem oferecido a cobertura necessária quando se trata da atenção a média e alta complexidade. Neste contexto, a regionalização, através da integração de redes de saúde, envolvendo não somente um único ente municipal, mas um conjunto de atores, busca sanar as deficiências, em especial aquelas ligadas a média e alta complexidade que os municípios sozinhos (localismo) não puderam; sendo, portanto, uma alternativa estratégica e racional de

mobilização de esforços coletivos e solidários para tornar o acesso à saúde efetivo nos territórios.

1.2- Arranjo regional na orientação das políticas de saúde

Com o advento do processo de reestruturação capitalista em escala global, começou a ser difundido em variados setores, inclusive no acadêmico, o discurso hegemônico segundo o qual a integração e a instantaneidade das comunicações pelo mundo, ao mesmo tempo em que permitiria a maior mobilidade do capital, a expansão dos mercados e do livre comércio, geraria a supressão das fricções espaciais e, com isso, a diminuição das diferenças regionais e o fim das fronteiras dos estados nacionais. Mas, apesar da expansão do processo de globalização, o que percebemos atualmente é a ampliação do número de estados e de fronteiras, e os ressurgimentos de dinâmicas regionais e locais que, mesmo não prescindindo das redes, ratificam a atualidade e pertinência do conceito de região e a emergência de localismos em diversas partes do mundo (FONSECA, 2013).

Para o referido autor, o conceito de regionalismo refere-se a um conjunto de ideias, percepções e princípios estatais e não-estatais que permitem a articulação de unidades políticas (Estados, principalmente) em um contexto regional. Sob o ponto de vista do conteúdo, o conceito adotado está ligada ao estudo da coesão social (etnia, raça, religião, cultura), coesão econômica (comércio, complementariedade econômica), coesão política (regimes políticos, ideologias, sistemas partidários ou eleitorais) em uma dada região menor que o global.

E imprescindível considerarmos que, embora com a globalização tenha sugerido uma espécie de padronização espacial, suas implicações em níveis local e regional são ainda recentes e devem ser entendidas à luz das peculiaridades das forças sociais, econômicas, políticas e culturais próprias de cada parcela da superfície terrestre. Nesse contexto, a região foi um dos conceitos que mais sofreu o seu impacto, tanto pelo lado da escala em que o processo passa a se realizar, como pelo lado de sua operacionalização ou, mais particularmente, no sentido do grau de autonomia regional face aos processos políticos mais abrangentes (PONTES, 2007).

Ao considerarmos a questão regional hoje, podemos afirmar que a dinâmica do todo não se distribui similarmente pelas partes. As partes, enquanto distintas totalidades também notáveis, consistentes, tanto produzem e reproduzem seus próprios dinamismos como assimilam, diferencialmente, os dinamismos provenientes da sociedade global, enquanto totalidade mais abrangente. E no nível do desenvolvimento desigual, combinado e

contraditório, se expressam diversidades, localismos, singularidades e particularismos (PONTES, 2007).

O regionalismo na saúde resulta da reorganização do território frente às novas dinâmicas socioespaciais abertas pela globalização, que concilia homogeneidade e fragmentação, onde emergem novos atores na busca de soluções coletivas para solucionar deficiências de acesso a bens e serviços de saúde. Ao assumir o protagonismo no desenho das políticas de saúde, os novos atores regionais lançam mão de estratégias cooperativas para criar um desenho territorial, observando a capacidade resolutiva dos territórios e as desigualdades espaciais de acesso aos serviços, objetivando a busca do equilíbrio.

De acordo com Fonseca e Nunes (2021), pode-se considerar que o SUS é uma inovação institucional ainda em construção e que a trajetória de seu desenho político-institucional realça a relevância das diversas escalas políticas territoriais no processo de aperfeiçoamento do sistema.

A tendência regional complementar à local, porém, se consolidará somente no decorrer da década de 2000, com a inserção de novas regras no jogo do SUS, demandadas por gestores, representantes locais e especialistas, no intuito de superar os limites da municipalização- tais como a desigual capacidade de resposta a inovação local, a pactuação, a diversificação e a promoção de melhorias dos serviços prestados. Essas demandas não ofuscaram, entretanto, os avanços alcançados com a descentralização localista da saúde- tais como a promoção de maior inclusão social, a diversificação e melhoria na oferta e distribuição dos serviços de saúde à população- comparados a períodos anteriores (FONSECA e NUNES, 2021).

O processo de regionalização que se deu no âmbito do SUS pode ser entendido como uma estratégia visando equilibrar o campo de forças federativo entre estados, municípios e União. Considerando-se, por princípio, a impossibilidade de equilíbrio entre as arenas da política, pode-se entender que se trata de um processo contínuo e não linear, submetido a revezes e a constantes aperfeiçoamentos para o enfrentamento dos desafios, das acomodações e relações de poder e dos conflitos de interesses de atores públicos e privados que busca maneira de afetá-lo direta e indiretamente (FONSECA e NUNES, 2021). Nesse sentido, em consonância com Abrucio (2005, p.178), “a natureza do jogo federativo é de produzir pactos entre seus componentes”. Pactos político-territoriais acrescenta (APUD FONSECA E NUNES, 2021).

Essa nova orientação regional das políticas, de alguma forma, busca corrigir os déficits em saúde não suprimidos na municipalização dos serviços. A mudança da escala localista para regionalista nas políticas de saúde trouxe também desafios novos para o SUS, porque agora se trata de diversos atores sociais e políticos pautando as políticas. Segundo Castro (2000), ao

mudar a escala, muda-se o nível de análise e de concepção sobre o objeto, pois a realidade aparece diferente de acordo com a escala usada. Isso aumenta os conflitos e a disputa entre os atores por recursos não suficientes para serem instalados nos diversos territórios sanitários, o que exige um esforço e entendimento coletivo de que tais serviços precisam ser instalados nas áreas mais estratégicas. Ou seja, é necessário unir eficiência, equidade e cobertura ascendente dos serviços, e é aí que o espaço como recurso (capital espacial) deve ser acionado, porque é mais viável econômico e racionalmente instalar os serviços nas “áreas ideais”. O Regionalismo da saúde se torna, desta forma, um caminho promissor.

Com a mudança da escala na questão da saúde, mudam também seus desafios e se criam situações e demandas novas que impactam diretamente no processo de territorialização da saúde. Nesse novo arranjo regional da saúde os atores (regionais) trazem um novo olhar e entendimento da saúde. A política do SUS pode ser entendida a partir de dois momentos distintos: num primeiro período, que vai de 1988 até 2000, prevaleceu a descentralização para os entes subnacionais de governo, com protagonismo da esfera municipal (localismo); e num segundo período, que se inicia nos anos 2000 e perdura até os dias atuais, deu-se início o processo de construção de Regiões de Saúde (regionalismo) (CAJUEIRO, 2019).

De acordo com outros especialistas, “esse federalismo sanitário, em três níveis e nessas dimensões [5.564 municípios, 26 estados, DF e União], é único no mundo (ARRETCHE, 1999; ABRUCIO, 2003; MENDES, 2011) (GOMES, 2014, p. 942). Segundo Mendes (2001, apud GOMES, 2014), é preciso superar a municipalização autárquica e consolidar a regionalização cooperativa, o que significa realizar um novo pacto federativo da saúde. A autora aponta que para alcançar tal objetivo é preciso a colaboração quanto ao planejamento, organização e gestão.

Para Albuquerque (2013), nos últimos 25 anos o território não foi utilizado como referencial para a elaboração da política nacional do SUS. Por isso, Ribeiro (2015) diz ser necessário identificar o território regional como campo de responsabilidade e investimento comum, para o que é fundamental o esforço coletivo de construção, com a sociedade, de uma visão compartilhada para o futuro da ação dos governos na região, nem sempre compatível com a composição partidária dos governos locais.

Ribeiro (2015), defende que a regionalização deve aprofundar o conhecimento da natureza do federalismo brasileiro e exige o enfoque territorial e de rede da política pública e o cuidado com as especificidades locais (problemas, necessidades e soluções/experiências). Ou seja, é preciso avançar no planejamento regional e na implementação de políticas territorializadas e, para isso, é preciso compreender a federação brasileira e o território (conteúdo, meio e processo das relações sociais; especificidades históricas de cada lugar;

dinâmica territorial multidimensional). Isso envolve processos políticos e a intersectorialidade das políticas públicas. Diante de tudo isso, é natural prever que as respostas de regionalização não vão ser únicas e nem homogêneas (CAJUEIRO, 2019).

Com a regionalização da saúde, os municípios podem oferecer adequadamente a cobertura primária e alçar a cobertura da média e alta complexidade, pois a coesão solidária dos entes envolvidos mobiliza uma maior estrutura e recursos a serem investimentos. Nesse sentido, Viegas e Penna (2013) relatam que um país de dimensões continentais como o Brasil, onde especificidades regionais coexistem, a parceria com estados entre municípios torna-se fundamental para alcançar resultados positivos.

Desde então, os gestores do SUS vêm discutindo, de forma tripartite, normas para organizar a gestão do SUS e atender aos seus princípios garantidos constitucionalmente e na Lei Orgânica da Saúde (LOS). Assim, em 1993, a Norma Operacional Básica do SUS (NOB 01/93) apontou a regionalização como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo (CAJUEIRO, 2019).

A descentralização na saúde foi caracterizada pela municipalização, no sentido de transferir aos municípios responsabilidades próximas dos cidadãos e de seus problemas de saúde. Entretanto, a Lei nº 8.080/90, aponta o princípio da descentralização concomitante a um processo de regionalização, que possibilite pensar a hierarquização dos serviços reconhecendo a heterogeneidade e diversidade dos municípios brasileiros e tornando necessária a instituição de mecanismos de cooperação técnica e financeira, tanto por parte da União como dos Estados e dos municípios. Nesse contexto, a regionalização surge como estratégia para promover articulação entre os municípios favorecendo relações intergovernamentais solidárias e cooperativas, fatores determinantes na sustentabilidade de um Sistema Único de Saúde, e favorecendo também a efetividade e a equidade do acesso (CAJUEIRO, 2019).

A regionalização se apresenta como sendo uma alternativa para o desenho das políticas públicas, de um modo geral, e para a organização dos sistemas de saúde com uma nova racionalidade na gestão: é responsabilidade coletiva e solidária. Nessa perspectiva, os municípios, as Secretarias estaduais de saúde e o Ministério de Saúde devem compartilhar e pactuar responsabilidades para garantir a efetividade do sistema no que se refere a sua organização, funcionamento, regulação, avaliação, controle e financiamento, não sendo tais desafios exclusivos do município polo, por exemplo. Coloca-se assim a necessidade do desenvolvimento de um processo de planejamento que confira direcionalidade ao sistema de

saúde da região, construa a devida responsabilização entre os entes e crie um modo de funcionamento compartilhado (CAJUEIRO, 2019).

De acordo com Cajueiro (2019), nem é eficiente um município possuir todos os níveis de atendimento, não refletindo economia de escala e escopo. A solução seria reorganizar o sistema no nível regional, como complementação ao localismo na saúde, levando em consideração o processo histórico de construção dos desenhos e fluxos regionais que foram se formando como solução para as necessidades não atendidas em cada município de forma isolada. A construção das regiões de saúde deveria dar conta disso, e deveria também planejar a organização das redes de atenção à saúde, ao resolver a questão do atendimento no nível regional, de acordo com as necessidades regionais, as desigualdades regionais deveriam ser reduzidas ou eliminadas. Em palavras de Viana et al. (2015, p. 415),

O processo de regionalização pode interferir de modo positivo na universalidade do acesso à saúde, pois permite o planejamento e a organização dos serviços da rede de atenção à saúde de acordo com as necessidades do âmbito regional, estabelecendo uma integração racional e equitativa das ações e serviços de acordo com a oferta e necessidades encontradas num determinado contexto socios sanitário, otimizando recursos humanos e tecnológicos no complexo regional de saúde, catalisando compartilhamentos políticos e de responsabilidades entre atores.

Assim, a regionalização é uma nova forma de organização e de uso estratégico e racional do espaço, cujo objetivo é tornar o sistema mais equitativo e eficiente. A partir desta estratégia, a orientação da construção do SUS passa a ter como foco não o sistema municipal de saúde, mas, sim, o sistema regional de saúde. Deste modo, a principal base espacial que deve orientar as escolhas e ações é a região de saúde e nela os atores regionais elaboram e negociam as políticas de saúde a serem implementadas (CAJUEIRO, 2019).

A influência internacional com relação à constituição de regiões de saúde é originária da Inglaterra, que aborda este conceito desde a divulgação do Relatório Dawson, em 1920, referência para a organização do sistema de saúde britânico, o National Health System (NHS) (Sistema Nacional de Saúde). A partir deste relatório, a organização de redes regionalizadas e hierarquizadas, sob responsabilidade do Estado, tornou-se estratégia de sistemas nacionais e universais de saúde, para garantir o acesso e diminuir as desigualdades em saúde (KUSCHNIR & CHORNY, 2010).

Segundo Dourado e Elias (2011), o processo de regionalização representou um estímulo à indução de um federalismo mais cooperativo. Além disso, “o Pacto pela Saúde inicia uma nova fase da regionalização – a ‘regionalização viva’ – ao procurar trazer os conteúdos do território, como autonomia, coesão e tomadas de decisão para dentro da lógica do sistema de

saúde, buscando maior coerência na sua organização (VIANA et. al., 2008). E “a dimensão territorial no planejamento em saúde ganhou nova percepção, menos normativa e mais política” (ALBUQUERQUE, 2013, p. 122).

As Regiões de Saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados às diversidades territoriais, mesmo que não acompanhando as divisões administrativas regionais já utilizadas por alguns estados na organização de seus trabalhos. A delimitação das Regiões de Saúde não pode ser vista, portanto, como um processo meramente administrativo. Para que seja eficaz e efetiva, deve levar em conta todos os fatores envolvidos, viabilizando dessa forma o desenvolvimento de uma ‘regionalização viva’ (ALBUQUERQUE, 2013).

Com relação ao desenho regional, visando “muito mais a racionalização e otimização dos gastos” (DUARTE, 2016, p. 112). Além disso, os objetivos evidenciam duas racionalidades: por um lado, a das necessidades regionais (bem-estar social), de outro, a do uso racional dos recursos e da integralidade da atenção baseada no modelo médico assistencial (ausência de doença). A etapa de sistemas municipais de saúde foi sendo complementada. A integralidade hoje, com a mudança no perfil demográfico e epidemiológico e com a necessidade de acesso à tecnologia, não se dá mais no nível municipal, e sim regional (ALBUQUERQUE, 2013).

Assim, diante do exposto nota-se que a política de descentralização -localismo- não deu conta de atender as demandas em saúde dos territórios e o regionalismo surge como uma política de racionalização de recursos escassos e exploração do potencial do espaço regional para pensar os serviços pactuados em busca da regionalização viva. Desta forma, é apresentando alguns dados estatísticos sobre a situação da saúde dos municípios que fazem parte da RSS, para verificar dois momentos do contexto federativo brasileiro, (localismo x regionalismo). Não é um contra o outro, mas é uma busca de complementação na escala dos serviços na construção do SUS.

Uma escala não elimina outra, há uma tentativa de fortalecimento de ambas, sendo que isso vem ocorrendo através da divisão social e espacial do trabalho: atenção básica (município), média e alta complexidade (região), em relação a equipamentos de saúde, serviços oferecidos de alta, média e baixa complexidade etc. A perspectiva regionalista da saúde não elimina a política localista, ambos os processos ocorrem concomitante, mas há o interesse maior dos atores oferecer os serviços de saúde de forma regionalizada, principalmente aqueles ligados a média e alta complexidade, em virtude dos custos orçamentários e a falta de infraestrutura que muitos municípios enfrentam.

Os dados trazidos, não possui o objetivo de trazer conclusões finalistas, mas possibilitar indagações acerca do panorama da regionalização da saúde e o conteúdo das políticas de saúde.

A distribuição espacial dos municípios com pouca ou nenhuma estrutura de Média e Alta Complexidade (MAC) em 2011 pode ser visualizada na *Tabela-2*. Ao analisá-la, fica claro que a garantia de acesso a serviços de MAC no Brasil ainda é um desafio importante a ser enfrentado. A maior parte da população brasileira habita em municípios com pouca ou nenhuma estrutura de MAC. Muitos deles têm grande dimensão e são classificados como portadores de pouca estrutura. Portanto, a integralidade do acesso não está garantida para uma parcela significativa da população brasileira, e essa garantia seria ainda mais frágil se, para assegurá-la, for considerada apenas a estrutura existente e disponível para o SUS em cada município. É neste sentido que o debate sobre a descentralização e a regionalização ganhou sentido estratégico no sistema (JACCOUD e SULPINO, 2018).

Neste contexto, a mobilização de estratégias de cooperação regional pode contribuir para reduzir as deficiências de infraestrutura no sistema de saúde. Tendo em vista a importância da prestação da assistência aos pacientes no nível local, pois, uma vez que a prestação do cuidado não ocorre neste nível de resolutividade, acarreta demandas e aumento de custos para os demais níveis de prestação do cuidado.

Tabela 2- Estrutura da MAC dos municípios brasileiros disponível no SUS

Estrutura MAC	Municípios Número	%	População Número	%
<i>Muita estrutura</i>	29	0,5	48.333.976	25,1
<i>Média estrutura</i>	94	1,7	29.961.240	15,6
<i>Pouca estrutura</i>	1.219	21,9	70.103.846	36,4
<i>Sem estrutura</i>	4.223	75,9	43.979.360	22,9
<i>Total</i>	5.565	100	192.378.422	100

Fonte: IDSUS 2011/Ministério da saúde. População estimativa 2011, IBGE. Elaborador por Santos, A. M, 2018. Adaptado.

De acordo com os dados apresentados na tabela, constata-se que apenas 29 municípios possuem estrutura suficiente para atender as demandas de cuidado ao paciente, o que equivale a apenas 0,5% dos municípios brasileiros. Em relação a média estrutura, o número equivale a

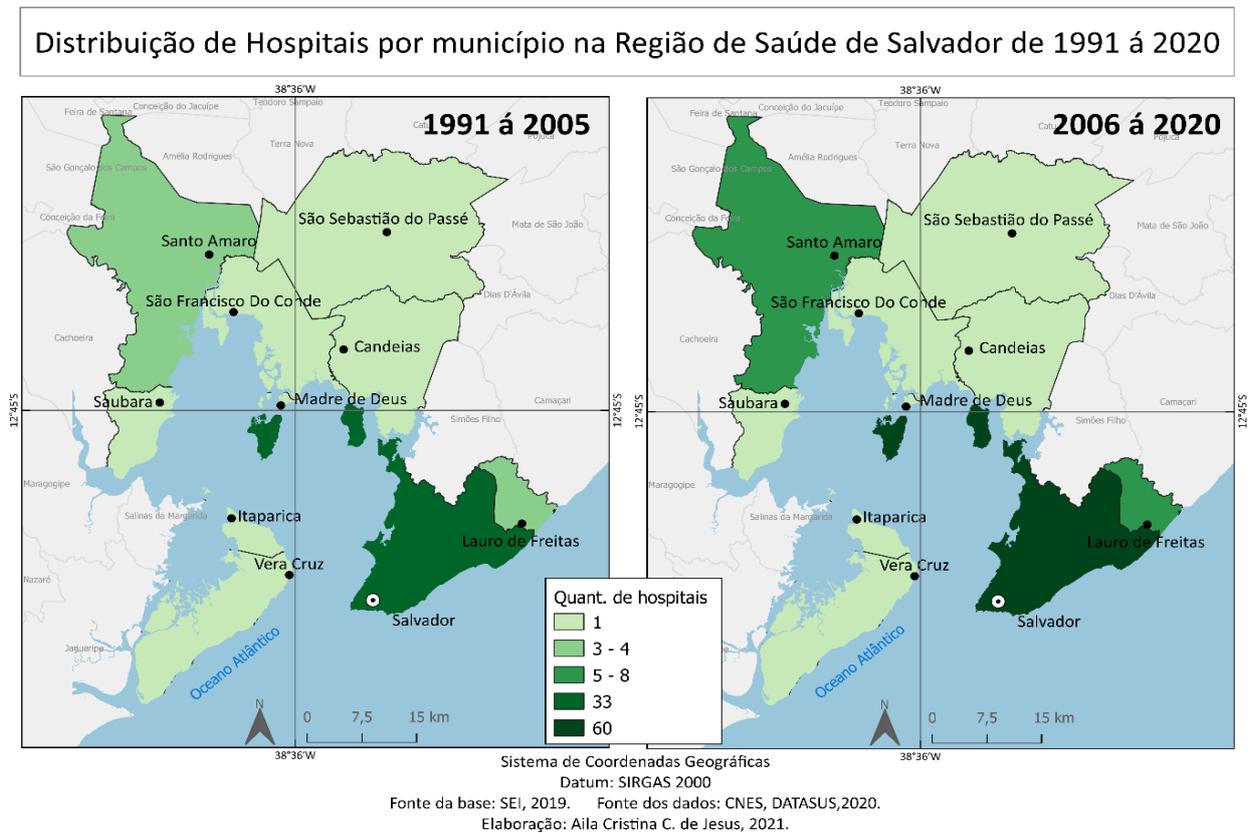
94 municípios, totalizando 1,7% das municipalidades. Quando se refere a municípios com pouco estrutura, os dados revelam que o número chega a 1.219 dos municípios, representando o total de mais de 21,9 %. Por fim, quando se trata de municípios sem estrutura, maioria absoluta dos municípios brasileiros, o número chega a 4.223 municípios, ou seja, 75,9 % dos municípios.

Isto evidência uma dada realidade que exige o entendimento da necessidade da solidariedade nas políticas de saúde, pois nenhum sistema de saúde pode oferecer atendimento adequado aos pacientes em níveis de desigualdades espaciais tão graves.

Refletindo sobre os impactos da política regionalista da saúde na região de saúde de Salvador, considerando os dois contextos federativos (localismo x regionalismo) na resolutividade e prestação dos serviços de saúde, observa-se o aumento significativo na distribuição espacial do número de hospitais disponíveis no território analisado. No *mapa-3*, ilustra a distribuição de hospitais de 1991 á 2005, onde prevalecem as políticas de saúde de cunho localista. Neste contexto, observa-se que, além do número reduzido de hospitais disponíveis para os cuidados em saúde, percebe-se que concentram nas cidades de Salvador e Santo Amaro. Já no período de 2006 a 2020, a partir de uma orientação regionalista das políticas de saúde, constata-se o aumento no número de hospitais, porém a com maior concentração nos municípios maiores como Salvador e Santo Amaro, e mais timidamente se expandindo para municípios de menor porte como Lauro de Freitas e Madre de Deus. Nos demais municípios o padrão de distribuição espacial de hospitais é pouco expressivo.

Significa dizer, que as demandas das dinâmicas de busca de cuidados em saúde, não suprimidas nos territórios com pouco hospitais, acabam sendo trazidas para as cidades com maior disponibilidade deste equipamento, independente se estiveram condições adequadas ou não para o atendimento das demandas.

Mapa 3- Distribuição espacial de hospitais de 1991 à 2020



Vale lembrar, no entanto, que a realidade é sempre mais complexa do que tabelas e mapas e, longe da dicotomia local/regional, a perspectiva escalar na territorialização da saúde ocorre com o sentido de complementariedade, e não de superação de um nível ou outro na resolutividade das políticas de saúde, até porque a descentralização municipal foi resultado de luta de décadas defendida pelos grupos mais progressistas da sociedade, assim como a regionalização. Na ocasião, a busca era por democracia direta, direito à participação. Sabemos hoje que o local foi um passo importante, mas não suficiente para atender a todas as demandas. Isso não significa dizer que tenhamos que abandonar o local como escala de resolutividade na saúde.

Desta forma, o regionalismo na saúde tem resultado no aumento de serviços de saúde nos territórios sanitários². Um dos principais fatores que tem colaborado para este aumento, que pese às contradições socioespaciais resultantes de conflitos de natureza política entre os atores

² - O uso do termo “território sanitário” possui a finalidade apenas de substituir o termo município em algumas ocasiões. Uma atribuição de maior carácter geográfico no recorte pesquisado.

regionais envolvidos, é, sem dúvida, o esforço coletivo no agenciamento da construção e implantação destas políticas, pois a perspectiva regionalista trouxe empoderamento para os territórios que, em conjunto, criam possibilidades de oferecer serviços que antes não possuíam condições financeiras e estruturais de ofertar.

A seguir é apresentado as **tabelas 3 e 4**. A primeira (tabela-3) apresenta a classificação e a definição de equipamentos físicos de saúde. Na segunda (tabela-4) apresenta a distribuição de equipamentos físicos³ nos municípios da Região de Saúde de Salvador entre 2005 a 2020. Nesta tabela foram considerados somente os equipamentos do SUS em uso, os fora de uso, ou em manutenção foram descartados, assim como os equipamentos da rede privada. É possível perceber essa realidade em dois momentos distintos do federalismo brasileiro, tanto no contexto que prevalece mais a ideia da descentralização da saúde (localismo), quanto no contexto que o regionalismo se torna mais explorado na oferta dos serviços em saúde, através das regiões de saúde.

Tabela 3- Classificação e definição dos equipamentos físicos da região de saúde de salvador

Classificação	Definição
Item de Informática	Item que necessita ser configurado para entregar algum tipo de serviço em TI (Tecnologia da Informação).
Veículo	Todo e qualquer meio de transporte existente, sejam motorizados ou não, por quaisquer vias (terrestres, marítimas ou aéreas).
Equipamento Médico-Assistencial de Diagnóstico e/ou Terapia	Equipamentos ou Sistemas utilizados direta ou indiretamente para diagnóstico, terapia e monitoração na assistência à saúde da população.
Item de Uso Geral Não Hospitalar/ Mobiliário	Móveis, utensílios e aparelhos com características de uso geral e não específico da área Hospitalar.
Equipamento para Laboratório	Equipamentos ou Sistemas de uso ou aplicação Laboratorial, utilizado direta ou indiretamente, para diagnóstico, terapia e monitoração à saúde da população.
Item de Infraestrutura	Equipamentos ou Sistemas, que compõem as instalações elétricas, eletrônicas, hidráulicas, fluido-mecânica ou de climatização, de circulação vertical, destinadas a dar suporte ao funcionamento adequado das unidades assistenciais e aos setores de apoio.
Item de Apoio Médico Hospitalar	Equipamentos ou Sistemas que fornecem suporte/apoio à procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos.
Item para Serviço e/ou Calibração	Máquina, aparelho ou equipamento destinado para testes de calibração, aferição ou manutenção.
Item Industrial Hospitalar/Farmacêutico e/ou Pesquisa	Item para processos de fabricação e/ ou processamento de produtos para saúde / Item utilizado no campo de pesquisa Hospitalar.

³ - Os itens da Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis pelo SUS (RENEM) estão classificados conforme a tabela abaixo. Essa classificação é dada de acordo com a utilização dos equipamentos e materiais permanentes.

Fonte: RENEM, (CNES), publicado: 17/03/2017 14h06, última modificação: 23/10/2020 14h06.

Item Industrial Não Hospitalar	Item para processos de fabricação e/ou processamento de produtos não específico da área Hospitalar.
---------------------------------------	---

Fonte: CNES, 2020.

Tabela 5- Equipamentos físicos existentes entre 2005-2020 Na Região de Saúde de Salvador

Municípios	Equipamentos físicos				
	2005	2010	2015	2020	Total
Candeias	42	285	97	592	1.016
Itaparica	48	99	48	129	324
Lauro de Freitas	342	1.235	342	1.289	3.208
Madre de Deus	64	159	54	164	441
Salvador	8.873	24.534	9.257	47.193	89.857
Santo Amaro	63	162	98	308	631
São Francisco do Conde	28	65	30	137	260
São Sebastião do Passe	22	156	22	181	381
Saubara	01	13	04	09	27
Vera Cruz	09	131	09	164	313
Total	9.492	26.839	9.961	51.166	96.458

Fonte: CNES, 2020.

Desta forma, nota-se que de 2005 a 2010, quando prevalecia o localismo na saúde, há um quantitativo menor de equipamentos de saúde disponíveis nos territórios. No entanto, tais equipamentos aparecem concentrados em alguns municípios como Salvador e Lauro de Freitas; nos demais, a quantidade de equipamentos é bem reduzida, e no município de Saubara esta realidade é mais agravante, pois a oferta de equipamentos de saúde é ínfima. Isto é um indicativo que retrata a realidade vivida por municípios pequenos que não conseguem realizar com eficiência e equidade na gestão da saúde.

Por que que os serviços identificados na tabela aparecem concentrados em Salvador e Lauro de Freitas? Há alguma razão para essa concentração? A hipótese levantada aqui é que há uma razão de natureza histórica, estrutural e funcional que favorece essas municipalidades, principalmente pelo papel que ocupam na dinâmica socioespacial regional, pois são municípios

que usufruem historicamente de infraestrutura, são politicamente mais organizados e estão mais bem posicionados na divisão territorial do trabalho.

Neste sentido, o salto quantitativo de equipamentos de saúde em 2020 cresce consideravelmente em todos os municípios, que agora fazem parte da região de Saúde de Salvador, com exceção do município de Saubara que continua com o crescimento de equipamentos pouco expressivo. Boa parte dos equipamentos são usados nos serviços pactuados de alta e média complexidade, e tais serviços são instalados em municípios que comporte um conjunto de características vantajosas, como as citadas acima. Assim, do total de 9.492 equipamentos presentes nos municípios em 2005, sobe para 51.166 equipamentos em 2020.

O município de Salvador continua concentrando mais de 90% dos equipamentos. Entre as razões para esta concentração desigual é a questão da infraestrutura, seu tamanho, sua capacidade de organização política, recurso humano, financeiro e engajamento. Além disso, Salvador compete em condições de vantagem com as demais municipalidades da sua RS. Toda esta concentração de equipamentos em Salvador é algo que preocupa, porque pode não está trazendo resolutividade no acesso aos serviços aos demais municípios pactuados, requerendo que os moradores de outros locais se desloquem para tal, e há problemas no Transporte Fora do Domicílio (TFD), nem sempre custeado pelas prefeituras para o deslocamento dos pacientes - sem falar na barreira imposta pela quantidade de cotas de serviços que cada município possui, fazendo com que as reais necessidades da carência em saúde da população não sejam atendidas adequadamente.

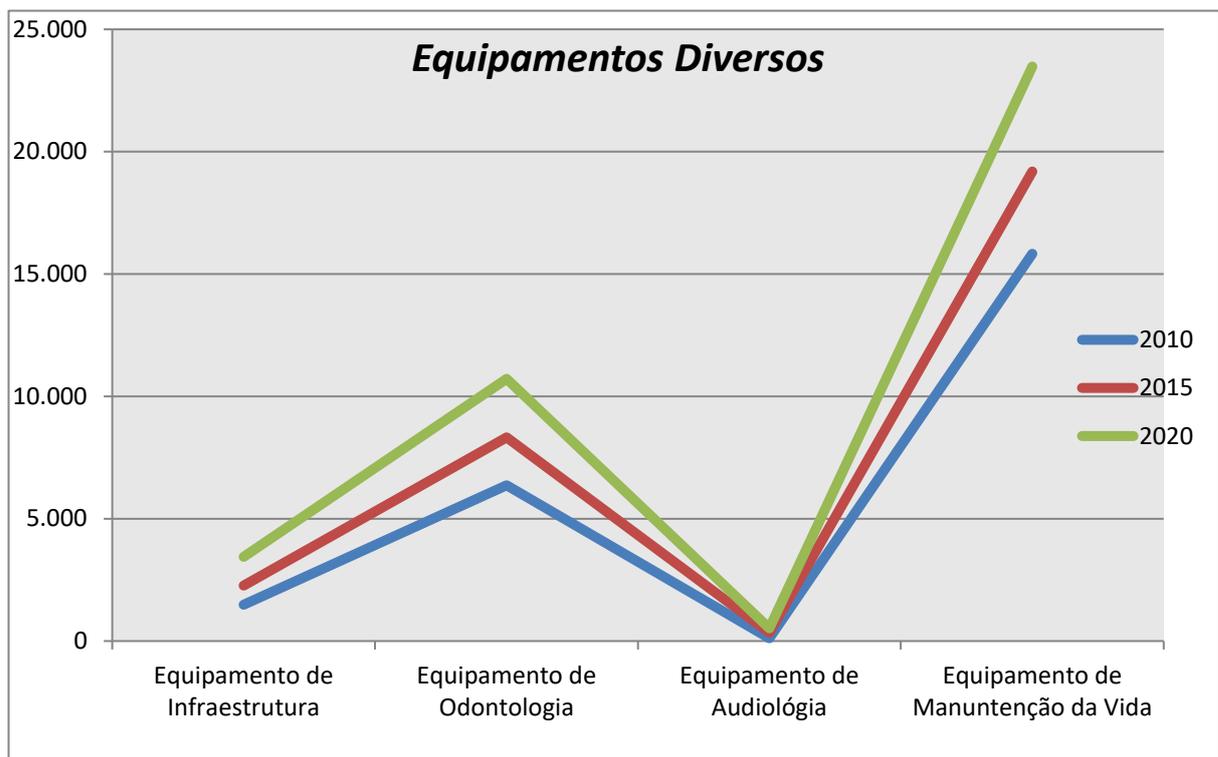
Isto evidencia que a política regionalista da saúde rebervera alguns desafios para efetivar o acesso democrático da saúde a sua população. Porque, se por um lado, o esforço coletivo mobilizado pelos entes envolvidos para regionalizar a saúde tem demonstrado efeitos positivos na oferta e ampliação de serviços para facilitar o acesso justo às todas as pessoas, por outro, a concentração de serviços em alguns partes pode não só dificultar o acesso a pessoas de outros municípios, como também ampliar conflitos de competição por serviços e equipamentos entre os entes envolvidos, desvirtuando a perspectiva do caráter solidário da regionalização dita “viva”.

O *gráfico-1*, mostra equipamentos de infraestrutura, odontologia, audiológia e equipamentos de manutenção da vida⁴, de 2010 a 2020. Todos os equipamentos aqui levantados servem ao SUS, a grande maioria foi implantado pelo sistema público de saúde e a outra pela

⁴ - Equipamentos de manutenção da vida são o conjunto de equipamentos físicos, de imagem, eletromagnéticos e demais, que são utilizados nos cuidados das diversas especialidades em saúde.

parceria público-privado. Observa-se que com a regionalização houve ganhos no que diz respeito ao aumento da presença de equipamentos de saúde em todas as modalidades observadas - o número de equipamentos aumentou de 2.000 mil em 2010 a 10.000 em 2020. Em relação aos equipamentos de odontologia, os números chegam aproximadamente os 6.000 mil em 2005, ultrapassam os 8.000 mil em 2015 e chegam a mais de 10.000 mil em 2020.

Gráfico 1- Distribuição de Equipamentos diversos de saúde entre 2010 à 2020



Fonte: CNES, 2020.

A despeito dos equipamentos de manutenção da vida, em 2010 o número ultrapassava os 15.000, aproxima-se dos 20.000 mil em 2015 e em 2020 o número sobe para próximo dos 24.000 mil, tendo um crescimento importante, como resultado da regionalização baseada nas necessidades de saúde dos municípios.

Entre a regionalização pretendida e a regionalização praticada, é notório que muitas mudanças têm ocorrido na nova dinâmica regional da saúde, baseadas numa agenda coletiva e no uso dos recursos para atender as necessidades de saúde que extrapole a atenção básica. Se o município sozinho não possui estrutura para tornar a saúde um direito acessível a todas as pessoas, a coesão de vários municípios, visto na regionalização, torna esta façanha possível,

pois serviços que até então era custosos para o município sozinho arcar se tornam possíveis de ser oferecidos através da cooperação solidária, que requer o comprometimento e engajamento dos entes envolvidos: prefeitos, secretários de saúde, demais profissionais de saúde, a população e as instâncias colegiadas que participam do processo.

É necessário, no entanto, compreender os limites do regionalismo da saúde, principalmente no que tange algumas contradições, pois, nota-se a coexistência de acesso diferenciado a eles na mesma região de saúde. Identifica-se o aumento expressivo de serviços de saúde em alguns municípios de porte grande e médio, e a insuficiência desses serviços na maioria dos municípios menores. No que diz respeito aos serviços de média e alta complexidade oferecidos na região de saúde no ano de 2020, são justamente esses serviços, pode-se dizer, o principal alvo da regionalização, que exigem uma logística de infraestrutura a ser instalados mas que nem todo município possui, sendo, por esse motivo, instalados no município de maior porte como acontece em Salvador.

A *tabela-6*, mostra o total de serviços pactuados na região de saúde de média e alta complexidade (MAC) em 2020, sendo 3.113 serviços de média complexidade e 94 serviços de alta complexidade - a média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos intermediário para o apoio diagnóstico e tratamento. A alta complexidade é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve serviços com mais densidade tecnológica, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade), como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumatologia, ortopedia, neurologia, diálise e otologia (SESAB, 2021).

Tabela 6- Serviços de Média e Alta Complexidade (MAC) 2020

Região de saúde	Média complexidade	Alta complexidade
Candeias	59	1
Itaparica	8	-
Lauro de Freitas	186	12
Madre de Deus	17	-
Salvador	2717	77

Santo Amaro	32	2
São Francisco do Conde	7	-
São Sebastião do Passe	28	1
Saubara	20	-
Vera Cruz	21	1
Total	3113	94

Fonte: CNES, 2020.

É possível notar que o município de Salvador concentra também a maior parte desses serviços. A disponibilidade de serviços de MAC nos demais municípios ainda é insuficiente para atender satisfatoriamente as necessidades de saúde da população, e, em relação os serviços de alta complexidade, a maioria dos municípios ou possui uma quantidade bem reduzida, ou os serviços são inexistentes.

Chama atenção o fato de que, do total de 50.166 serviços de MAC, o município de Salvador concentra 47.197, isso representa o total de 94% dos serviços, evidenciado concentração e desigualdade na distribuição dos serviços dentro da própria região de saúde, embora a descentralização se faça fundamental na territorialização do acesso as políticas de saúde, deve ser acompanhada de uma perspectiva equitativa na distribuição dos serviços entre os territórios. Quando a concentração territorial desigual de serviços se dá por circunstância peculiares, como a exemplo da que ocorre no município de Salvador, pelo fato dos demais municípios não possuírem infraestrutura mínima adequada, o conceito de injustiça espacial é relativizado. Sem perder de vista os esforços que devem ser feito pelos atores no fortalecimento das demais municipalidades na busca da infraestrutura.

Vale salientar, contudo, que a razão da natureza do regionalismo na saúde se dá porque nem todos os municípios possuem condições de oferecer os serviços de saúde em questão. Mas deve-se criar condições para que a população possa acessar esses serviços coletivamente pactuados entre os entes federados. Isso envolve as questões da mobilidade e da acessibilidade. No caso particular da região de saúde observada, o deslocamento dos moradores para acessar os serviços não gera muitos prejuízos, em função dos municípios estarem relativamente próximos de Salvador, que concentra a maior parte dos serviços e recebe a maioria dos usuários. Mas quando se trata de outras regiões de saúde, como Jacobina e Irecê, mesmo existindo o transporte para o deslocamento dos pacientes até os hospitais – Tratamento Fora do domicílio (TFD) - há municípios onde os pacientes precisam percorrer longas distância, em condições

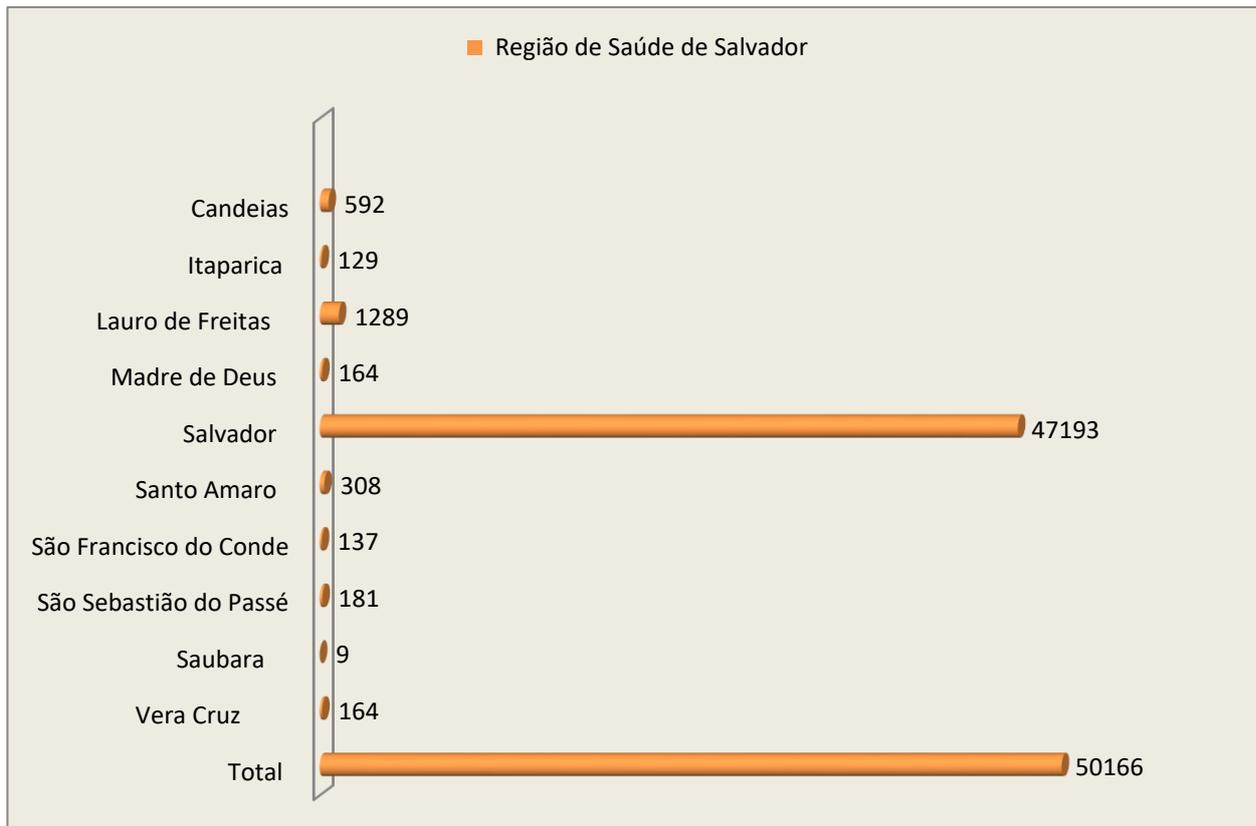
nem sempre favoráveis em função da situação das estradas, como é o caso de Tapuramutá e Bonito na região de saúde Irecê, e Mairi e Umburanas em Jacobina, em que os usuários precisam se deslocar mais de 100 KM.

Mas, vale ressaltar que, assim como o localismo não pode ser visto como uma etapa acabada no trato com a saúde, o regionalismo também é um processo que possui contradições, fruto da dialética acumulada nas experiências da territorialização da saúde; o que não invalida todo processo da costura regional das políticas de saúde, mas, requer uma constante avaliação e superação coletiva das fragilidades. A questão não é somente o tamanho das escalas local ou regional; é também como os atores se apropriam, engajam, constroem e fazem uso das tecnologias disponíveis.

Quando comparado com o ano de 2020, o *gráfico-2*, demonstra um aumento na oferta destes serviços, pois o total de serviços sai de 3.207 em 2015, para 50.166 em 2020, demonstrando que esta política tem surtido alguns efeitos quantitativo positivos na saúde, porque até então tais serviços não tinha condições de serem oferecidos isoladamente por municípios de pequeno e médio porte como é o caso da Bahia. A regionalização traz uma nova dinâmica na saúde, embora essa perspectiva não aconteça de forma igual em todos os territórios, devido os municípios passarem por experiências diferentes em relação a gestão, situação financeira, infraestrutura e especificidades territoriais e demandas de profissionais de saúde.

Esta alta concentração de serviços em Salvador não permite que os outros municípios sejam assistidos com as políticas de saúde. A prática de competição por serviços para que sejam instalados nos seus respectivos territórios é algo identificado na CIR, instância consultiva e de negociação da saúde no âmbito regional. A constatação é que os municípios mais fortes politicamente acabam se impondo aos demais, que não possuem força suficiente e não conseguem se articular politicamente no momento das negociações da saúde; isto é, quando os serviços e equipamentos são pensados para serem instalados, revelando, assim, uma assimetria nas relações de poder que permeia a regionalização da saúde, que antes de qualquer coisa, não ocorre sem conflitos.

Gráfico2- Equipamento de serviços de MAC na Região de Saúde de Salvador 2020



Fonte: CNES, 2020.

Desta forma, abre-se o debate sobre o aumento dos serviços de saúde após a regionalização, se não vier acompanhada de um desenho espacial justo de distribuição dos serviços, pode estar criando novas-velhas formas de injustiça distributiva, que compromete a regionalização dita solidária.

É indispensável o fortalecimento dos municípios no processo da regionalização da saúde, para que todos participem em condições de igualdade, para que os municípios maiores não se beneficiem sozinhos da política regional da saúde e fragmentem ainda mais o acesso à saúde das populações de municípios menores, criando novas barreiras sociais e espaciais de acesso a saúde. Resgatando a discussão acerca da equidade territorial, a qual não deve ser vista como sinônimo de igualdade, pois a equidade espacial/territorial advoga que os serviços devem estar distribuídos de tal forma que beneficie a todos. Os serviços não precisam está localizados em todos os lugares, porque determinadas igualdade na distribuição de serviços é impossível. Por exemplo: seria necessário colocar um hospital de transplante do coração em cada município da região de saúde? Tanto do ponto de vista social e econômico é inviável.

A regionalização surge da constatação de que os arranjos localistas na saúde protagonizados pelos municípios, apesar de avanços significativos no acesso à saúde, especialmente a atenção primária, não deram conta, no entanto, de sustentar os serviços de média e alta complexidade, porque são caros e exige infraestrutura, recurso financeiro.

Assim, observa-se, a partir dos dados analisados, que a regionalização da saúde possibilita aos municípios organizar seus sistemas de saúde no sentido mais solidário e participativo, cujo interesse deve ser pautado na realidade sanitária. Os serviços e equipamentos de saúde tiveram um aumento bastante expressivo, que corrobora para o entendimento de que uma maior disponibilidade de serviços pode significar mais possibilidades de acesso a saúde para as pessoas, contribuindo para reduzir as desigualdades de acesso a saúde na escala regional.

Desse modo, a regionalização da saúde, longe de ser uma etapa concluída, e que certamente apresenta experiências diversas em todo o território nacional, é um caminho para a pactuação e a efetivação da saúde, visto que os entes municipais ganham a possibilidade de pactuar serviços de saúde que antes não possuíam condições de ofertarem. A racionalização econômica dos serviços permite que o orçamento dos municípios não seja comprometidos. Mesmo assim, há muitos problemas relacionados a pactuação dos serviços. Apesar dos avanços significativos, ainda persistem muitos gargalos a serem superados.

No entanto, os dados apresentados até aqui revelam também situações de criação de novas desigualdades, a partir do momento que os serviços regionais se concentram em algumas áreas, requerendo estudos mais aprofundados. Assim, tanto o localismo como o regionalismo, etapas em curso na oferta dos serviços de saúde, trouxeram ganhos quantitativos e qualitativos na democratização da saúde. Municípios que possuíam muitas dificuldades de gestar as políticas de saúde ganharam através do arranjo regional a possibilidade de ofertar tais serviços.

2. REGIÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA BAHIA

2.1- A abordagem da região e da regionalização na geografia

Se uma nova divisão regional representa, por um lado, maior densidade e atualização dos conhecimentos objetivos relativos ao território nacional, num dado momento, por

outro lado, ela também implica no relacionamento da evolução destes conhecimentos com a evolução teórica do conceito de região (Pedro Geiger, 1967).

A partir do entendimento da citação constata-se que uma proposta de regionalização evoca sempre a busca de conhecimentos mais preciso acerca uma dada realidade. Enquanto um método de análise social a região é uma categoria investigativa chave da geografia que passou por muitas formulações teóricas e conceituais ao longo de seu processo de sistematização. Sendo possível afirmar que as diferentes regionalizações implantadas pelo estado brasileiro através de seus órgãos de planejamento, seguiu a evolução da abordagem geográfica.

Neste capítulo busca-se o diálogo entre a discussão conceitual de região na abordagem geográfica através de autores como Milton Santos, Rogério Haesbaert, Lecione Duarte Capdeville, e as regionalizações do espaço geográfico trabalhadas pelo IBGE ao longo do tempo, visando identificar aproximações teóricas e o avanço conceitual e metodológico nestas abordagens. Para, enfim, enfatizar a regionalização da saúde na Região de Saúde de Salvador, como uma proposta de melhor oferecer e distribuir os recursos de saúde no espaço.

As divisões regionais do Brasil têm sido propostas e atualizadas pelo IBGE desde a década de 1940, que, à época, visava a integração do território nacional. Nas décadas seguintes, associada ao conceito de planejamento como ferramenta de suporte ao desenvolvimento urbano e regional, foram criadas novas divisões regionais, mais detalhadas e baseadas no agrupamento de municípios (IBGE, 2017).

A questão regional retoma sua força atualmente, não apenas nas ciências sociais, em função de vários debates acadêmicos, como também pela proliferação de regionalismos, identidades regionais e de novas-velhas desigualdades tanto a nível global como intranacional. Apesar da propalada globalização homogeneizadora o que vemos, concomitantemente, é uma permanente reconstrução da heterogeneidade e da fragmentação espacial via novas desigualdades e recriação da diferença em todos os cantos do planeta. Um certo retorno às singularidades e ao específico ficam evidentes em correntes como o pós-modernismo e o pós-estruturalismo, denominações que evocam a crise social e de paradigmas em que estamos mergulhados, o que exige um constante questionamento de nossas proposições conceituais (IBGE, 2017).

A relevância da questão regional não está ligada apenas a revalorização do espaço nas análises sociais, mas também à realidade concreta que mostra uma nova força das singularidades, um revigorar dos localismos/regionalismos e das desigualdades espaciais (CUNHA, 2000).

Não pensamos que a região haja desaparecido. O que esmaeceu foi a nossa capacidade de reinterpretar e de reconhecer o espaço em suas divisões e recortes atuais, desafiando-nos a exercer plenamente aquela tarefa permanente dos intelectuais, isto é, a atualização dos conceitos [...]. A região continua a existir, mas com um nível de complexidade jamais visto pelo homem. Agora, nenhum subespaço do planeta pode escapar ao processo conjunto de globalização e fragmentação, isto é, de individualização e regionalização (SANTOS, 1999:16).

Em primeiro lugar, admitimos que regionalização é um processo amplo, instrumento de análise para o geógrafo em sua busca dos recortes mais coerentes que dêem conta das diferenciações no espaço. Nessa perspectiva, Milton (1999) já apontava o processo de homogeneização e fragmentação do espaço pela globalização dita total. E coloca a abordagem da região como um nível de análise essencial para entender as novas dinâmicas e reconfigurações territoriais que emergem desta.

Por outro lado, região, como conceito, envolve um rigor teórico que restringe seu significado e aprofunda seu poder explicativo; para defini-lá devemos considerar problemáticas como a de escalas e fenômenos sociais mais específicos (como os regionalismos políticos e as identidades regionais) entre aqueles que produzem a diversidade geográfica do mundo (CUNHA, 2000).

Um dos problemas centrais levantados pela questão regional no âmbito acadêmico refere-se à busca da síntese entre múltiplas dimensões do espaço geográfico, síntese esta que, sem ser exaustiva, está vinculada à produção de uma singularidade coerente capaz de delimitar uma porção contínua e relativamente estável do espaço (CUNHA, 2000).

Refletindo sobre as dificuldades do exercício teórico acerca da região, Cunha (2000), destaca que regionalizar num mundo em globalização é uma tarefa duplamente difícil: como se pode dividir o que em tese está em crescente processo de integração? Como se pode distinguir espaços num mundo que se diz em processo de homogeneização?

Antes de qualquer coisa, alerta Cunha (2000), devemos retomar a distinção proposta entre região, enquanto conceito, e regionalização, enquanto método ou instrumento de análise. Como já afirmamos, partimos do pressuposto de que região e regionalização são concepções que envolvem posições teóricas distintas. Enquanto a região adquire um caráter epistemológico mais rigoroso, com uma delimitação conceitual mais consistente, a regionalização pode ser vista como um instrumento geral de análise, um pressuposto metodológico para o geógrafo e, neste sentido, é a diversidade territorial como um todo que nos interessa, pois a princípio qualquer espaço pode ser objeto de regionalização, dependendo dos objetivos definidos (CUNHA, 2000).

No entanto, ao contrário da anunciação do fim das particularidades locais e regionais anunciadas pela “globalização total”, que elevaria o fluxo dos serviços e atores para escala

global e, conseqüentemente, “esvaziaria o conteúdo regional” das análises geográficas, a tal ponto de selar o fim da região, Lecione (2009), apud Ianni, (1993), atestam que a globalização não apaga nem as desigualdades nem as contradições que constituem uma parte importante do tecido da vida social nacional e mundial. Ao contrário, “desenvolve umas e outras, recriando-se em outros níveis, com novos ingredientes, as mesmas condições que alimentam a interdependência e a integração alimentam as desigualdades e contradições, em âmbito tribal, regional e nacional. A globalização, acima de tudo, possibilitou a emergência de novas dinâmicas e novos arranjos espaciais (LECIONE, 2009).

Se antes a região podia ser vista de forma contínua, como unidade espacial não fragmentada, hoje o caráter altamente seletivo e muitas vezes “pontual” da globalização faz com que tenhamos um mosaico tão fragmentado de unidades espaciais que ou a região muda de escala (focalizada muito mais sobre o nível local, onde ainda parece dotada de continuidade) ou se dissolve entre áreas descontínuas e redes globalmente articuladas (LECIONE, 2009).

A elaboração das sucessivas Divisões Regionais no Brasil pelo IBGE, remete a reflexão acerca da própria evolução do conceito de região dentro da abordagem geográfica. Como atividade científica, os conceitos e métodos que lastrearam, ao longo do tempo, a divisão regional do território brasileiro longe de se manterem estáveis, foram se alterando por força das mudanças de paradigmas ocorridas no próprio pensamento geográfico, enquanto reflexo de uma realidade social, econômica, política, cultural e ambiental, em contínua mudança (IBGE, 2017).

Nesse contexto, o geógrafo Milton Santos chama atenção para a sempre renovada discussão em torno do conceito de região, quando aponta para o fato de que “o símbolo da geografia unitária – aquela que não separa o físico do social, o natural do humano, o ecológico do cultural – é a região. Ora, o conceito de região foi “vendido” como sendo um edifício estável. Só que não é” (SANTOS, 1994 apud MAGNAGO, 1995, p. 65).

Partindo, assim, do princípio de que “o tempo é a base indispensável para o entendimento do espaço”, conforme observado por Santos (1994), a discussão em torno da Divisão Regional do Brasil constitui um exercício sempre renovado de elaboração de conceitos e métodos que tem como objetivo, na maior parte das vezes, a necessidade de ampliação, em diferentes contextos históricos e espaciais, do conhecimento científico sobre um território em contínua transformação (IBGE, 2017).

A divisão do Brasil em regiões, longe de constituir uma tarefa simples e de fácil execução, possui um caráter científico pautado tanto por interesses acadêmicos, quanto por necessidades de planejamento e, mais recentemente, de gestão do território, o que compromete esse tema, de imediato, com os diversos contextos político-institucionais que envolveram seu

tratamento pelo IBGE ao longo do Século XX e XXI. Assim, fazer uma pequena revisão das propostas de Divisão Regional do Brasil elaboradas pelo IBGE, torna não só necessário analisar conceitos e métodos que conduziram tal divisão, como também fazer, inicialmente a contextualização da mediação político e institucional que impulsionou essas propostas (IBGE, 2017).

A produção de um conhecimento mais detalhado do país constituiu um objetivo sempre presente na produção geográfica do IBGE, aí incluídos tanto os momentos de centralização, como aqueles de descentralização do poder que caracterizam o sempre renovado pacto federativo, refletido nas divisões regionais (IBGE, 2017). O debate em torno da abordagem regional traz o conhecimento das diversas realidades regionais do país, uma vez que conhecer a realidade regional e suas especificidades é relevante para a história social e política e, portanto, para o entendimento do território (IBGE, 2017).

A necessidade de um conhecimento aprofundado do território nacional, visando, na década de 1940, mais diretamente à sua integração e, nas divisões posteriores, à própria noção de planejamento como suporte à ideia de desenvolvimento, passou a demandar a elaboração de divisões regionais mais detalhadas, isto é, baseadas no agrupamento de municípios, diferentemente das divisões até então realizadas pelo agrupamento dos estados federado (IBGE, 2017).

Nesse contexto, frente aos desafios concretos com os quais se defrontava o momento político-institucional em meados da década de 1940, temas como os da manutenção da unidade territorial, da acomodação da diversidade regional e da modernização faziam parte da agenda política do Brasil. Desse modo, entrou na agenda política do país, em um período marcado pela centralização do poder, como o do Estado Novo (1937-1945), com ele a necessidade de se produzir um conhecimento mais detalhado das diferenças regionais do Brasil, enquanto tarefa inicial atribuída aos Conselho Nacional de Estatística (CNE) e Conselho Nacional de Geografia (CNG) (IBGE, 2017).

Desta forma, a primeira divisão regional elaborada pelo IBGE foi a divisão do espaço em *Regiões Fisiográficas em 1942*, pautada nas características do meio físico natural como elemento diferenciador do quadro regional brasileiro. Representa não só um período no qual se tornava necessário o aprofundamento do conhecimento do território, como também, marca o predomínio da noção de região natural na compreensão do espaço geográfico, em um momento em que a questão regional ainda se confundia, em grande parte, com as diferenças existentes no quadro natural (GUIMARÃES, 1941).

Esta divisão natural do espaço geográfico apoiava-se na premissa de que uma divisão regional deveria ter caráter duradouro, seguindo a concepção clássica da Geografia Determinista, que se baseia na hipótese de que os atributos naturais seriam os únicos capazes de definir uma região segundo características fixas, isto é, que não variavam ao longo do tempo. Nesse sentido, elas serviriam para balizar os limites das regiões de um país de forma mais estável do que aqueles limites provenientes das intervenções do homem sobre a superfície terrestre, sujeitas a mudanças constantes (GUIMARÃES, 1941).

Em termos metodológicos, esta abordagem regional era realizada por meio da leitura das inter-relações dos condicionantes físicos, principalmente do clima, da vegetação e do relevo, na qual prevalecia a noção de fator dominante, isto é, a chamada característica da região que privilegiava, dentre esses atributos naturais, aquele mais influente na descrição e delimitação de um determinado recorte regional (GUIMARÃES, 1941).

A segunda proposta de Divisão Regional do Brasil elaborada pelo IBGE-*Microrregiões Homogêneas*, no final dos anos 1960, encerra um período marcado “por poucos estudos que avançassem na discussão teórico metodológica sobre o assunto” (MAGNAGO, 1995). E ocorre em um contexto político-institucional pautado pela distensão política e estruturação do planejamento público, explicitamente a serviço de um projeto de desenvolvimento econômico (IBGE, 2017).

Vale ressaltar, que o arcabouço conceitual da Divisão Regional em Zonas Fisiográficas, estava inadequado à realidade do país e às necessidades em termos de recorte para variados fins. A noção de região natural, sozinha, não era mais capaz de responder às transformações ocorridas no território nacional com o expressivo crescimento populacional, a intensificação da urbanização, a expansão da industrialização, a ampliação da malha rodoviária e o aumento do desmembramento dos municípios (DIVISÃO, 1970). O que tornou o espaço mais fluído, dinâmico, articulado e fragmentado.

De acordo com Contel (2014) as formas regionais do espaço nacional, por consequência, se modificaram, as “regiões naturais” não mais explicariam um território cada vez mais tecnificado, e tampouco teria capacidade de dar subsídios para a consecução de projetos de planejamento territorial. Atestando esse desgaste das regiões naturais, Galvão e Faissol (1969), apontaram que apesar de aparentemente mais estável e, em vista disso, mais adequada para melhor satisfazer a comparação de dados estatísticos em diferentes períodos, a homogeneidade física não se sustentava cientificamente na análise de aspectos humanos e econômicos de uma determinada área.

A dimensão espacial do desenvolvimento econômico trouxe também um novo arcabouço conceitual, que teve forte influência nos estudos regionais, no qual se destacam as teorias de localização de Walter Christaller e os polos de desenvolvimento de François Perroux e Jacques Boudeville (MAGNAGO, 1995). Contel (2014) destaca que o arcabouço conceitual desses autores, em especial a ideia de regiões-programa, notabilizou o conceito de região enquanto uma entidade artificialmente criada, com objetivo de planejamento e gestão do território. Contudo, é justamente no contexto de reforço do movimento de descentralização do poder que irá marcar a elaboração, na segunda metade da década de 1980, dos estudos e análises envolvendo a elaboração da terceira divisão regional do Brasil em *Mesorregiões e Microrregiões Geográficas em 1989*.

Nesse sentido, não é por acaso que a última proposta de Divisão Regional do Brasil elaborada pela instituição, no século XX, ocorra logo após a aprovação da Constituição Federal do Brasil de 1988, que consagrava um novo pacto federativo que não só aprofunda a competência de estados e municípios sobre seus respectivos territórios, mas também é pautado, principalmente, pela ampliação da participação da sociedade e das instituições públicas e privadas na gestão do território (BRASIL, 2012).

Diferentemente do modelo de regionalização empregado nas décadas anteriores, que partir da agregação de áreas segundo critérios de homogeneidade, a metodologia adotada nesses estudos apoiou-se na noção de totalidade nacional, tomando as Unidades da Federação como universo de análise (Divisões, 2017). O estabelecimento da Divisão do Brasil em Mesorregiões e Microrregiões Geográficas vinha, portanto, completar as lacunas que as Mesorregiões e Microrregiões Homogêneas já não eram capazes de abarcar, notadamente quanto às desigualdades encontradas entre suas diversas regiões (DIVISÕES, 2017).

Esta divisão, ainda que tenha mantido em grande parte alguns dos “paradigmas” da divisão de 1970, aprimorou tanto a metodologia para a definição efetiva das micro e mesorregiões, quanto se preocupou em incorporar conceitos e categorias dinâmicas nestas definições (como os conceitos de “processo social”, “relações de produção”, “identidade regional”, “elementos estruturadores do espaço” etc.). Foi também o primeiro documento do instituto que traz em seu discurso conceitos do materialismo histórico, e propõe novas formas de entendimento do processo de regionalização a partir deles (CONTEL, 2014).

Paradoxalmente, portanto, foi somente no início de um período político eminentemente neoliberal da nação, que o IBGE assume uma postura mais crítica na definição dos conceitos de região e regionalização. Esta inovação no tratamento do fenômeno regional fica ainda mais clara quando analisamos dois textos de um dos principais pesquisadores

envolvidos da divisão regional de 1990, que foi Aluizio Capdeville Duarte (1980; 1988). Duarte dá grande ênfase em seus textos – como havia feito anteriormente Milton Santos em seu “Por Uma Geografia Nova” (1978) – aos conceitos de “totalidade”, “instância social”, “formação econômico-social”, “divisão territorial do trabalho” para o entendimento do fenômeno regional. Para ele, poderia se conceituar a região “como uma dimensão espacial das especificidades sociais em uma totalidade espaço-social. Ela passa a ser um objeto para se entender uma totalidade social e a organização do espaço por essa totalidade” (DUARTE, 1980).

Neste sentido, o recorte de uma nova regionalização, primeira do século XXI e vigente até então, *Regiões Geográficas Imediatas e Intermediárias de 2017*, incorpora as mudanças ocorridas no Brasil ao longo das últimas três décadas. O processo socioespacial recente de fragmentação/ articulação do território brasileiro, em seus mais variados formatos, pode ser visualizado em vários estudos desenvolvidos no IBGE. A região torna-se, por meio dessa opção, uma construção do conhecimento geográfico, delineada pela dinâmica dos processos de transformação ocorridos recentemente e operacionalizada a partir de elementos concretos (rede urbana, classificação hierárquica dos centros urbanos, detecção dos fluxos de gestão, entre outros), capazes de distinguir espaços regionais em escalas adequadas (IBGE, 2017).

As Regiões Geográficas Imediatas têm na rede urbana o seu principal elemento de referência. Essas regiões são estruturas a partir de centros urbanos próximos para a satisfação das necessidades imediatas das populações, tais como: compras de bens de consumo duráveis e não duráveis; busca de trabalho; procura por serviços de saúde e educação; e prestação de serviços públicos, como postos de atendimento do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, do Ministério do Trabalho e de serviços judiciários, entre outros (IBGE, 2017).

Já as Regiões Geográficas Intermediárias correspondem a uma escala intermediária entre as Unidades da Federação e as Regiões Geográficas Imediatas. Preferencialmente, buscou-se a delimitação das Regiões Geográficas Intermediárias com a inclusão de Metrôpoles ou Capitais Regionais (REGIÕES, 2008). Em alguns casos, principalmente onde não existiam Metrôpoles ou Capitais Regionais, foram utilizados centros urbanos de menor dimensão que fossem representativos para o conjunto das Regiões Geográficas Imediatas que compuseram as suas respectivas Regiões Geográficas Intermediárias (IBGE, 2017).

As Regiões Geográficas Intermediárias organizam o território, articulando as Regiões Geográficas Imediatas por meio de um polo de hierarquia superior diferenciado a partir dos fluxos de gestão privado e público e da existência de funções urbanas de maior complexidade. A proposta de regionalização do território brasileiro foi baseada na identificação de cidades-polo e dos municípios a elas vinculados. A escolha dessa metodologia na construção dos

recortes regionais teve como ponto de partida os conceitos de território-rede e território-zona, que ajudam a mostrar a pluralidade das formas de se interpretar o espaço e sua relação com os sujeitos sociais (IBGE, 2017).

Pressupondo que o território, enquanto relação de apropriação da sociedade sobre o espaço, não pode ser analisado somente pela fixidez e estabilidade, o conceito de território-rede (HAESBAERT, 2004) incorpora, para além daqueles atributos, o movimento (fluxos) e as diferentes formas de mobilidade. Sendo assim, ele não seria somente um território-zona, mas também um território-rede (HAESBAERT, 2004). A combinação dessas duas interpretações do espaço marcam o método de diferenciação regional deste trabalho, ao focar não somente a continuidade espacial (uma leitura horizontal), como também os fluxos (i)materiais que os atravessam. Desta forma, o autor entende a região como produto das relações e dos processos espaciais desencadeados pelas determinações históricas das redes e fluxos materiais e imateriais nas diferentes escalas.

O território-zona – um território contínuo – é identificado quando os fluxos e fixos se localizam em um espaço ininterrupto e homogêneo. Nesse Projeto Divisão Regional o maior exemplo seriam os arranjos populacionais, que correspondem a uma área contínua de municípios (divisão político-administrativa) que possuem elementos imóveis/fixos, são conurbados e apresentam fluxos (deslocamento cotidiano para trabalho e estudo) em uma porção relativamente coesa do território (HAESBAERT, 2004).

Segundo Barbosa (2014), a região zonal – território-zona – não tem sentido se for levada em consideração como uma unidade independente. É preciso considerar que esse território está inserido em um espaço mais amplo e se conecta, por intermédio de redes, com outros centros distantes. As interações espaciais, por meio dos polos e redes, também reorientam as estruturas essenciais para as delimitações de regiões polarizadas.

Sobre o território-rede, de acordo com Ribeiro (2001), sua premissa é a centralidade medida a partir do controle que as cidades exercem por suas funções de alcance intra e inter-regionais. A ampliação dos fluxos no espaço geográfico, proveniente da diversificação dos processos de natureza econômica global, gera uma divisão territorial cada vez mais complexa. Assim, a discriminação dos fluxos, por meio de níveis, intensidades e orientações, está relacionada a uma complexa divisão territorial do trabalho e à pluralidade de objetos e ações construídas socialmente, que auxiliam a definição de um quadro territorial, conjugando usos contínuos e fluxos (RIBEIRO, 2001).

Para o entendimento de uma regionalização mais abrangente e complexa, pode-se novamente citar Haesbaert (2010), mostrando as diversas formas de elaboração de recortes

regionais. O autor refere-se a diferentes maneiras nas quais uma região pode ser definida. A primeira perspectiva concebe a região como “artifício”, considerada como um instrumento de análise. Essa regionalização permitiria o uso de qualquer atributo, variando de acordo com o objetivo pesquisado. Uma segunda forma de regionalização considera a região como “fato”, ou seja, uma região “dada” por outros sujeitos sociais em seus espaços vividos. É nessa abordagem em que se poderiam colocar os regionalismos. A terceira abordagem considera a região como “plano” – um instrumento de intervenção no espaço –, buscando conduzir a dinâmica socioespacial regional. E por fim, o entendimento da região como “artifício”. Esse enfoque é ao mesmo tempo teórico e prático e tenta responder a distintas articulações da sociedade no tempo e no espaço (HAESBAERT, 2010).

Enfim, Rogério Haesbaert (2010) discorre que a região é construída mental e concretamente por diversos sujeitos, sendo um cruzamento entre o fato (concretude) e o artifício (abstração). Ela é categoria de análise e de prática. A região enquanto artefato possui como intuito findar com a dicotomia entre fato e artifício, demonstrando que ela é fato e artifício concomitantemente. Para o autor, as regiões são construídas por diversos sujeitos, como os Estados, as empresas, os grupos culturais, entre outros.

Desta forma, conforme visto nas revisões apresentadas a discussão conceitual da região é uma atividade nunca acaba, pois o processo de globalização, que alia homogeneização e fragmentação atualiza e aprofunda as desigualdades socioespaciais, tornando o espaço/território cada vez mais dinâmico e fluído. Ressignificando suas formas de uso, gestão e articulação. O que requer o esforço da geografia no seu poder explicativo para dá conta da atualização das dinâmicas e processos espaciais em cada período no espaço/tempo.

Assim, a seguir, é apresentado algumas reflexões sobre a regionalização na região de saúde salvador, que possui como propósito a cooperação regional dos diferentes atores envolvidos na oferta de serviços de saúde no território.

2.2- Regionalização e a Região de Saúde de Salvador

Milton observou que, com o espaço tornado mundial, as regiões são o suporte e a condição de relações globais que de outra forma não se realizariam. A escala regional, como escala intermediária de análise na mediação entre o singular e o global, pode permitir revelar a

espacialidade particular dos processos sociais, sendo um nível decisivo de análise (LECIONE, 2009).

Em termos conceituais regionalizar é organizar por regiões a partir de critérios pré-estabelecidos, que de acordo com Paim (2006), a região de saúde pode ser entendida como a divisão territorial onde está organizado um conjunto de ações e serviços de saúde, regionalizar seria então o ato de organizar este conjunto.

O conceito de Região de Saúde nas diretrizes do SUS (pelo menos a mais recente), diz sobre o espaço geográfico constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados (ALBUQUERQUE ET AL. 2017).

Sua criação tem como finalidade integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, servindo de referência para os processos organizativos do SUS, a conformação de suas ações e serviços, e para sua programação financeira, com a definição de limites, responsabilidades e critérios de acessibilidade (ALBUQUERQUE ET AL, 2017). Um arranjo institucional, amparado por uma base espacial, com objetivo de planejar e distribuir as redes de serviços de atenção à saúde à população a partir da gestão compartilhada de competências entre os entes envolvidos.

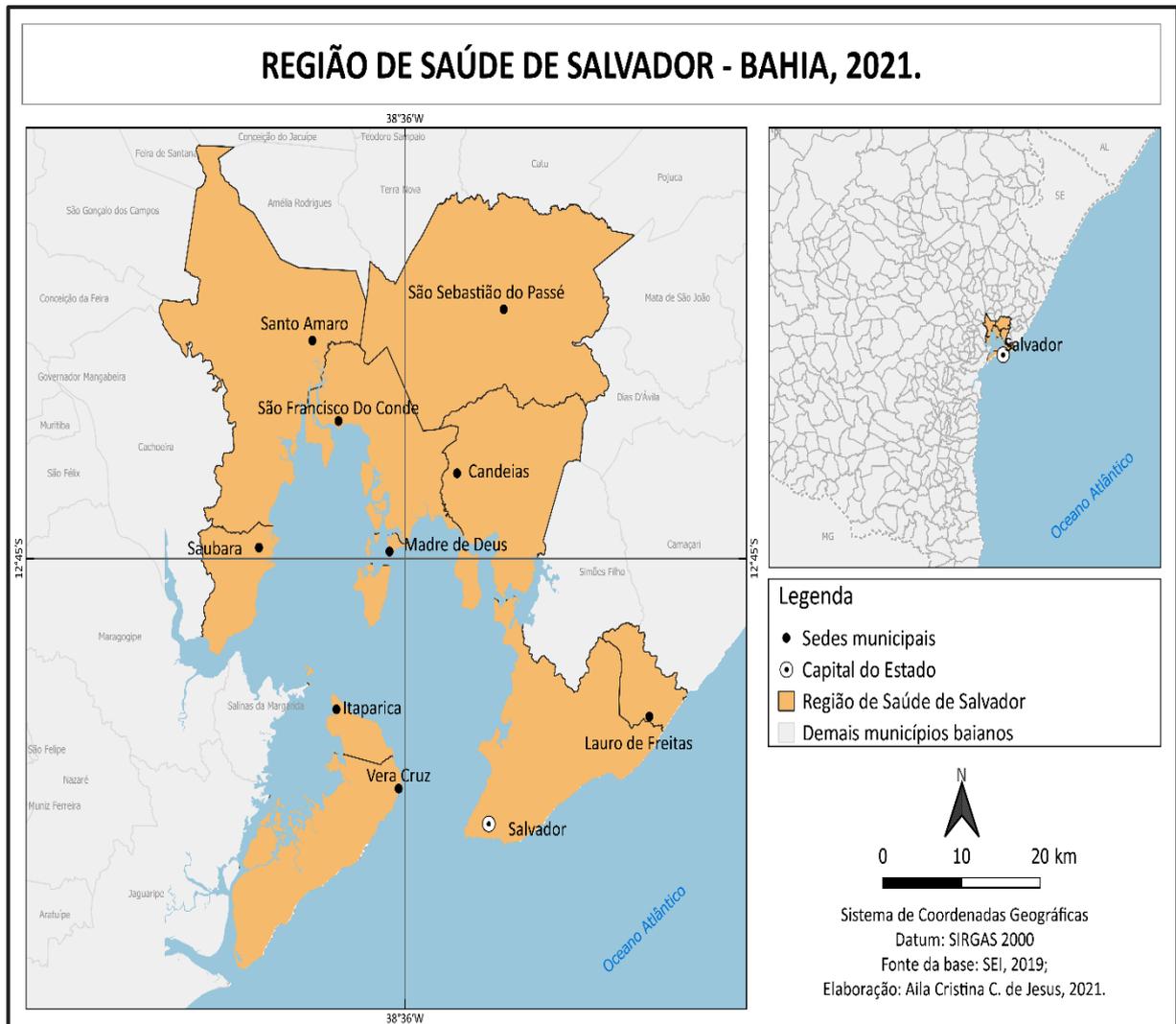
Assim, busca-se analisar a Região de saúde de Salvador, envolvida na dinâmica de fixos e fluxos estabelecidos e que resulta em uma distribuição de objetos e serviços de saúde no espaço.

Atenta que a proposta da regionalização da saúde é um processo cujo desenho converge para o alcance da justiça espacial, na medida em que busca pela governança participativa negociar e ofertar serviços de saúde, ao mesmo tempo abre canais de inserção da população na participação na tomada de decisões. Trata-se de uma alternativa para reduzir os vazios assistências de saúde e garantir que o direito a saúde seja acessado por todas as pessoas.

A seguir é apresentado o **mapa-4**, do desenho da Região de Saúde de Salvador, com os respectivos municípios que a compõe. São municípios que além da proximidade existente entre si, apresenta uma dinâmica espacial interdependente de serviços de saúde. Com destaque para o município de Salvador, por concentrar uma gama de atividades e serviços de natureza diversa, como saúde e educação, sua relação com os outros municípios com é muito vasta, tornando este o centro de referência estadual.

A regionalização da saúde caracteriza-se pela integração de redes de atenção à saúde de âmbito municipal, em redes de atenção à saúde de âmbito micro e macrorregional. Por conseguinte, tal modelagem aumenta a complexidade na gestão de redes integradas para

produção do cuidado, porquanto deve conciliar interesses conflitantes de diferentes municípios, respeitando a sua autonomia política, financeira e administrativa, ao mesmo tempo em que deve buscar a construção de um modelo solidário e cooperativo de financiamento e na prestação dos serviços de saúde. Além disso, “envolvem jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos que possuem interesses e projetos frequentemente divergentes na disputa política” (VIANA; LIMA, 2011, p.15).



O pacto regional da saúde constitui uma estratégia alternativa para alçar possibilidades de arranjos cooperativos e lançar mão aos desafios sociais, econômicos políticos e territoriais, visando reduzir as disparidades regionais de acesso à saúde, a fim de construir um espaço regional com justiça espacial. Constitui também, um instrumento estratégico para captação e maximização de recursos a serem geridos de maneira solidária no pacto federativo

(FONSECA E NUNES 2018). Ou seja, a regionalização da saúde, se insere, desta forma, na tentativa de efetivar os direitos territoriais distributivos em saúde (SANTOS, 1985).

Assim, a regionalização deve ser entendida como um arranjo híbrido, dinâmico, aberto a negociação das múltiplas demandas territoriais, buscando na governança solidária dos recursos uma alternativa para se contrapor a carência de serviços disponível no território.

No Brasil, como também na Bahia, o grande número de municípios de pequeno porte, bem como, as profundas assimetrias na capacidade de provisão de serviços de saúde, inviabilizando não somente a gestão única, mas sinaliza a necessidade de planejamento territorial e compatibilização de redes intermunicipais em espaços microrregionais, além disso, “as diretrizes das normas editadas na década de 1990 continham poucos estímulos à integração horizontal dos entes federados” (FLEURY; OUVÉRY, 2007, p.113).

Para Scatena (2015) a regionalização não irá se efetivar apenas mediante normatizações e decretos, mas a partir das relações e articulações intermunicipais, apoiadas e mediadas pela gestão estadual. Ou seja, uma regionalização justa, viva e solidária será materializada na prática social e possui a dimensão técnica, política, econômica, e espacial. Dimensões que, no seu conjunto, demandam um tipo de costura processual envolvendo diferentes atores sociais em torno do bem comum (SCATENA, 2015).

A estratégia que mais se aproximou da dimensão territorial da universalização da saúde, no âmbito da política nacional, foi a da organização de RS nos estados (ALBUQUERQUE, 2013).

Pode-se apontar como objetivos centrais da regionalização do SUS: (i) organizar redes assistenciais hierarquizadas e regionalizadas; (ii) promover negociações e relações intergovernamentais mais cooperativas e coordenadas e o planejamento integrado nas regiões de saúde; (iii) valorizar o papel dos entes envolvidos na governança regional; (iv) diminuir as desigualdades socioespaciais no acesso aos sistema de saúde; e (v) incorporar as diversidades regionais nas políticas de saúde (ALBUQUERQUE, 2013).

Como se vê, a regionalização da saúde é um processo de negociação nem sempre passivo, e as experiências acumuladas até aqui relevam momentos de situações adversas. Há uma imbricação de práticas progressistas que fortalece o processo coletivo e solidário da saúde, concomitante a existência de práticas verticalizadas e governança centralizadora que torna um empecilho na democratização do acesso à saúde. Tais experiências evidencia uma dialética sujeita a processos de (in) justiça.

2.3- Regionalização da Saúde na Bahia

Para Molesini (2020), a atual regionalização da saúde na Bahia resulta de uma reforma da estrutura administrativa do estado em 2014, cujo objetivo era de promover a desconcentração das funções do estado. Na perspectiva sanitária era esperado aproximar as instâncias de execução das políticas de saúde da realidade dos territórios. Assim, as antigas DIRES (Diretoria Regional de Saúde)⁵ foram desativadas e substituídas pelos Núcleos Regionais da Saúde (NRS)⁶, do qual resultou um novo desenho regional na saúde. No entanto, anterior a essa etapa, outras nuances importantes na construção política da regionalização da saúde na Bahia devem ser destacadas afim de entender a periodicidade das limitações políticas territoriais na construção do sistema.

Assim, para análise do processo de regionalização na Bahia, é necessário retroagir em busca de nuances históricas que se desdobram em estratégias e disputas no espaço-tempo das políticas de saúde, modelam as singularidades dos sujeitos e dos territórios e que, por fim, imprimem certa lógica à gestão nas Regiões de Saúde (SANTOS E ASSIS, 2016).

Na Bahia, a descentralização e a regionalização das atividades da Secretaria de Saúde (Secretaria da Saúde Pública da Bahia) ganharam impulso com a Lei 2.321, de 1966, e com a Reforma Administrativa do Estado da Bahia, que dividiu o território baiano em 21 macrorregiões administrativas (regiões geoeconômicas). No ano seguinte, o Decreto 20.356, de 1967, regulamentou a instalação de Centros Executivos Regionais de Saúde (CERS) em cada uma das regiões (antes centrados em Salvador), implantando-os em municípios com maior concentração populacional e de serviços de saúde. Naquele período, as dificuldades políticas e técnicas atrapalharam a implantação de todos os CERS, no entanto o Decreto 21.589, de 1969, regulamentou o regimento dos CERS (oito, até então) e aprovou a implantação de mais cinco, ampliando, assim, a regionalização (desconcentração administrativa) da saúde no Estado (ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973).

Nessa seara, Teixeira et al. (1993) ressaltam que, até final dos anos oitenta, não existia uma política de regionalização territorial-populacional na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), embora reconheçam alguns elementos normativos que apontavam para essa direção e que advinham da experiência dos anos 60-70 com a Reforma Administrativa do Estado e criação dos CERS. Esses autores destacam que a criação das Diretorias Regionais de

⁵ Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/dis/dires.html>. Acesso em 20/02/2021.

⁶ Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/nucleos-regionais-de-saude-nrs>. Acesso em 20/02/2021.

Saúde (DIRES), na década de 1980, no âmbito da SESAB, e o protagonismo da Bahia, ao ser o primeiro Estado a assinar o convênio do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), foram medidas impulsionadas por questões nacionais (movimento pela municipalização, descentralização e democratização da saúde) e internas (governo estadual de perfil democrático, com eleição direta). Nesse sentido, por circunstâncias específicas da situação baiana, o projeto de governo, “além das propostas gerais relativas ao financiamento, gestão e desenvolvimento da infraestrutura da rede pública de serviços, incorporou como estratégia de reorganização dos serviços a criação dos Distritos Sanitários (DS)” (TEIXEIRA et al., 1993, p.2).

O desenho proposto englobava 104 distritos sanitários, com integração (centros de saúde e hospitais públicos ou contratados) de serviços em territórios específicos em toda Bahia, abarcando uma população de 50 a 200 mil habitantes (mesma cidade ou entre municípios), compondo-se com uma DIRES, na perspectiva de uma rede descentralizada administrativamente e integrada distritalmente para oferta de serviços. Para Teixeira et al. (1993), os distritos sanitários constituíram espaços de experimentação metodológica na área de planejamento e programação local, assim, a:

experiência da Bahia com o processo de descentralização não esgota a compreensão do SUS como resultado de uma reforma administrativa, mas estende o seu alcance à realização de um ‘reforma assistencial’. Esta implica a adoção de critério organizacionais e operativos que supõem a racionalização do atendimento à demanda e busca a reorganização da oferta de serviços, de acordo com as necessidades e problemas das populações carentes que vivem, trabalham, adoecem e morrem nos território dos Distritos Sanitários (TEIXEIRA et al., 1993, p.83).

No final dos anos oitenta, já no contexto do SUDS, o governo da Bahia centrou esforços em três frentes: a) desenvolvimento da infraestrutura de recursos; b) desenvolvimento político-gerencial e; c) organização do modelo assistencial. Essas linhas básicas de ação buscavam recuperar a credibilidade dos serviços públicos de saúde perante a comunidade, adequar e expandir os serviços, abrir canais de participação da comunidade e dos profissionais da saúde na gestão do SUDS, favorecer o processo de municipalização e distritalização (descentralização da gestão), além de institucionalizar o planejamento no cotidiano da SESAB e DIRES (PAIM, 1989). Todavia, esse autor aponta que os enfrentamentos político-institucionais com certos dirigentes da DIRES e setores tecnocráticos, bem como a dominância de problemas administrativos (infraestrutura e político-gerencial) e as resistências de agentes das práticas de saúde (particularmente médicos) dificultaram o avanço dessa dimensão da gestão.

O fortalecimento do convênio SUDS na Bahia, também, avançou com a indução para que os municípios organizassem seus Conselhos Municipais de Saúde (deliberativos e paritários) e construíssem planos municipais de saúde para que, também, pudessem aderir ao SUDS, ou seja, tais medidas fomentadas pela SESAB, em 1988, estabeleceram as estratégias para a municipalização dos serviços de saúde e a descentralização da gestão (PAIM, 1989). Um importante destaque ao protagonismo da Bahia, nesse momento histórico, é feito por Arouca (1991, p.16) quando afirma que “o braço da democratização do sistema de saúde, de criação de conselhos estaduais de saúde paritários, deliberativos, aconteceu em muitos poucos lugares – e, sem sombra de dúvida, um lugar onde aconteceu foi na Bahia” (PAIM, 2007, p.224).

Na Bahia, assim como em todo o Brasil, a implantação do SUS, nos anos noventa, aconteceu imersa numa conjuntura desfavorável, pois as forças hegemônicas apontavam para reforma restritiva do Estado (redução de funções) e estreitamento das políticas sociais (COELHO, 2005; SOARES, 2002). Por sua vez, as diferentes normas operacionais (NOB 91, NOB 92, NOB 93, NOB 96, NOAS 2001 e NOAS 2002) foram estratégias de indução, do Ministério da Saúde, às formas de gestão, provisão e financiamento de estados e municípios, ainda que “estes termos contrariassem aspectos das leis nacionais reguladoras do sistema e as normas editadas (por meio de portarias) inibissem fortemente a liberdade dos estados e municípios para dispor sobre seus planos de saúde, de acordo com sua realidade local e regional” (SANTOS; ANDRADE, 2007, p.27). A NOB 93, por exemplo, é considerada uma vitória do movimento municipalista, pois criou fóruns interfederativos de negociação e pactuação e assegurou flexibilidade no processo de organização e formas diferenciadas de financiamento por condição técnica e operativa de gestão (parcial, semiplena e plena), estabelecendo graus crescentes de descentralização do SUS (SOLLA, 2006).

Nesse momento, na Bahia, cria-se a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) como fórum de articulação entre os gestores estadual e municipal, sendo composta de forma paritária e constituída por representação do estado (indicados pela SESAB) e do município (indicados pelo COSEMS) e com decisões tomadas por consenso. A CIB é uma instância de caráter informativo, consultivo e deliberativo, sendo instituída, na Bahia, pela Portaria nº 2.094, de 1993 (BAHIA, 2007).

Em relação à CIB, na Bahia, ainda que se constitua um palco privilegiado de negociações entre gestores, as prioridades sanitárias eram capitaneadas por interesses políticos, muitas vezes, em detrimento das necessidades da população. O período de 1993-1998 foi analisado e, no referido estudo (Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional), destacam-se os conflitos relacionados a boicotes e/ou favorecimentos ao processo de

descentralização e habilitação, além da distribuição de recursos e bens do estado para os municípios, vinculados à bandeira partidária e/ou sem critérios técnicos (GUIMARÃES, 2003).

Tais práticas comprometeram o processo de implantação da NOB 93 no estado, pois a SESAB, na época, não estimulou o processo de descentralização e nenhum município assumiu a gestão semiplena. Somente cerca da metade habilitou-se na gestão incipiente, soma-se a isso o fato de que, até 1998, não havia descentralização das autorizações de internação hospitalar (AIH) para qualquer município (SOLLA, 2010). Para esse autor, “a descentralização do SUS na Bahia foi marcada pela ausência de estímulo estadual ao processo e intensa partidização na relação intergestores” (p.125). Por outro lado, o acúmulo de experiências, em diferentes partes do Brasil, deflagrou a luta por plena responsabilidade do ente público municipal sobre a gestão do sistema de saúde e não somente sobre a prestação de serviços e, com a NOB 96, simplificou-se as modalidades de gestão municipal em dois níveis (plena da atenção básica e plena do sistema municipal), além de consolidar o processo de descentralização do SUS.

Essa norma operacional engendrou dispositivos importantes que fortaleceram a gestão municipal: 1) transferência automática e direta de recursos financeiros (fundo nacional ao fundo municipal de saúde); 2) Piso Assistencial Básico (PAB) com diferencial para incentivo à Saúde da Família e outros programas; 3) Programação Pactuada e Integrada (PPI), apontando para necessidade de integração de sistemas intermunicipais (regionalização). Porém, uma das críticas à NOB 96 é que “impediu a possibilidade de municípios de pequeno porte de assumirem a gestão plena de seu sistema municipal, pois essa condição só era admissível se o ente federativo tivesse todos os serviços necessários ao atendimento de sua população” (SANTOS; ANDRADE, p.65).

Especificamente na Bahia, as novas regras de transferência de recursos financeiros favoreceram a política de descentralização e habilitação de municípios como gestores da saúde, pois para a maioria dos municípios era uma forma de captação direta de recursos da União para o seu território. Em virtude disso,

o estado da Bahia, em particular, sai da situação do mais atrasado em termos do número de municípios habilitados para um dos mais avançados, [...]. Até o ano de 1996, conforme consta na Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional, apenas 25 municípios dos 415 existentes no estado, no período, estavam habilitados a gestores do SUS. No período de 1997 e 1998, esse número passou para 351 municípios” (GUIMARÃES, 2003, p.18).

Estudos comparados entre municípios baianos revelaram alguns desafios no processo de descentralização em diferentes cenários (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007; ASSIS et al.,

2010), bem como, no acesso e utilização de serviços ofertando em alguns municípios (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; BARROS; VIANNA; LIMA, 2009; CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2007). Tais investigações constataam as assimetrias entre as gestões municipais, discutindo, inclusive, que a despeito do aumento no repasse de recursos financeiros para algumas áreas estratégicas de serviços de saúde, não havia correspondência na capacidade de gestão das políticas locais de saúde. Ainda que não tenha sido o enfoque das pesquisas, as distorções na implementação de políticas locais e a fragmentação das redes de saúde de âmbito apenas municipal são indicativos da necessidade de aperfeiçoamento da descentralização da saúde na Bahia.

Paralelamente às iniciativas das gestões municipais, o Ministério da Saúde edita as NOAS 2001 e 2002, estabelecendo diretrizes para o processo de regionalização como estratégia para hierarquização dos serviços de saúde (interdependência municipal), fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualização dos critérios de habilitação de estados (gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual) e municípios (gestão plena da atenção básica ampliada e gestão plena do sistema municipal). Além disso, é com a NOAS que se estabelece a necessidade de elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR), pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), para um planejamento integrado em territórios micro e macrorregionais. Para atender a essa demanda, em 2001, a SESAB, por meio da Superintendência da Gestão Descentralizada de Saúde (SUDESC), assumiu a responsabilidade de coordenar, em consonância com a CIB, a elaboração do primeiro PDR da Bahia, tendo como divisão territorial seis macrorregiões e 31 microrregiões (BAHIA, 2012a) e, em 2003, o Estado assume a Gestão Plena, que “permitiu ao gestor estadual maior autonomia para a condução do sistema estadual de saúde e, além disso, de modo particular, alterou a forma de participação do Ministério da Saúde no financiamento do SUS” (BAHIA, 2012a, p.46).

Todavia, no início dos anos 2000, a condução da política de saúde pela SESAB restringia-se a uma participação acanhada do Conselho Estadual de Saúde (CES) e da CIB, porquanto, o clientelismo e o favorecimento político faziam parte da dinâmica de decisões do Estado, direcionado as indicações políticas, nas instituições de saúde, nos níveis regional e local. Em razão disso, “a formulação e implementação de políticas no âmbito estadual resultavam afinal de um processo decisório pressionado diretamente por instâncias que compõem o próprio aparelho de Estado nos níveis de ‘alto escalão’ ou do alto staff do Executivo” (COELHO; PAIM, 2005, p.1380). Em estudo recente, Bispo Júnior e Gerschman (2015) evidenciam, também, um conjunto de problemas referentes à representatividade, legitimidade e dinâmica de participação no CES-BA.

De maneira complementar, Jesus e Teixeira (2010) destacam outra faceta no processo de captação das demandas das diversas regiões de saúde para elaboração do Plano Estadual de Saúde, período compreendido entre 2008-2011. Tais autores relatam a experiência institucional que envolveu vários níveis decisórios da secretaria estadual (centrais e regionais), realizou encontros com representantes da sociedade civil organizada dos 26 territórios de identidade para captação de demandas regionais e, buscou incorporar propostas discutidas na 7ª CES. Tais movimentos, com ações mais dialógicas, sinalizam estratégias e intencionalidades presentes em documentos institucionais, como o Plano Estadual de Saúde e Plano Plurianual de Governo, que buscam direcionar e modelar as políticas da SESAB e dos demais órgãos colegiados, numa perspectiva mais democrática (JESUS; TEIXEIRA, 2010).

O Pacto pela Saúde definiu algumas mudanças no financiamento compartilhado no SUS, organizando os recursos destinados às ações e serviços de saúde na forma de blocos de financiamento, bem como a substituição do processo ‘cartorial’ de habilitação (conforme NOB e NOAS) por adesão ‘voluntária’ para um modelo de contratualização (Termo de Compromisso de Gestão) entre os gestores das três esferas de governo. Nesse aspecto, o governo da Bahia firmou a adesão estadual ao Pacto de Gestão por meio da Portaria 2.581, de 2007 (BAHIA, 2012a). Em relação ao Pacto pela Saúde, houve, na Bahia, um hiato entre o movimento desencadeado pelo Ministério da Saúde e a sua implantação no Estado. Um ponto a ser considerado é que, em 2006, aconteceram eleições para governadores e, no caso da Bahia, houve mudança de governo, após dezesseis anos de gestão do chamado núcleo conservador.

Nessa perspectiva, em 2006, a gestão estadual colocava-se contrária a assinatura do Pacto, numa perspectiva mais de oposição à União do que técnica, embora, o município de Barra do Choça, na região de saúde de Vitória da Conquista, tenha sido o único do Estado a fazer a adesão, mas sem grandes efeitos práticos. Na medida em que o novo governo assumia, em 2007, houve uma série de ações relacionadas à regionalização, como a atualização do desenho do PDR, reconfiguração das micro e macrorregiões de saúde e movimentos para implantação dos Colegiados de Gestão Microrregional (CGMR).

Os CGMR foram estabelecidos pela Portaria/GM-MS 399 de 22/02/2006, que trata da regionalização e seus pressupostos (BRASIL, 2006). Por sua vez, a elaboração do regimento interno, na Bahia, deu-se em 2007, sendo instituídos por Resolução CIB 143, de 09/10/2007.

Contudo, o início do processo de implantação dos CGMR deu-se, apenas, em maio 2008 (BAHIA, 2010). O Plano Estadual de Saúde (PES) – 2008/2011 – destaca as seis diretrizes que constituem a agenda de governo para consolidação do SUS na Bahia: a) regionalização solidária da atenção à saúde; b) gestão do trabalho e da educação permanente em saúde; c)

intersectorialidade e transversalidade nas ações; d) valorização do trabalhador do SUS; e) comunicação e diálogo com os parceiros e a sociedade; f) resolubilidade e satisfação do usuário do SUS (BAHIA, 2009).

Por esse ângulo, as diretrizes precisam ser articuladas entre os 417 municípios que compõem o território baiano. Uma das estratégias tem sido a regionalização, que é explicitada no Plano Diretor de Regionalização (BAHIA, 2007a). Para tanto, o PDR de 2001, foi revisado, em 2003, e alterado, em 2004. Em 2007, o PDR foi novamente revisto e o território sanitário da Bahia foi organizado em nove macrorregiões de saúde e 28 microrregiões: Norte (27 municípios), Sul (67 municípios), Leste (48 municípios), Oeste (37 municípios), Sudoeste (73 municípios), Nordeste (33 municípios), Extremo Sul (21 municípios), Centro-Norte (38 municípios) e Centro-Leste (73 municípios). Por fim, em 2011, o PDR passou por uma atualização oficializada pela Resolução da CIB nº 181, de 24 de agosto de 2011 (BAHIA, 2012a).

Com isso, o território baiano foi dividido em 9 Núcleos Regionais de Saúde (NRS), apresentando o mesmo número e desenho das Macrorregiões de Saúde (MRS) que também são um total de 09 macrorregiões e redistribuídas em 28 regiões de saúde. Os NRS assumem o nome dos pontos cardeais e colaterais, e suas respectivas secretarias estão instaladas no município pertencente ao NRS que possui a maior capacidade técnica, mobilidade e recurso humano (MOLESINI, 2020).

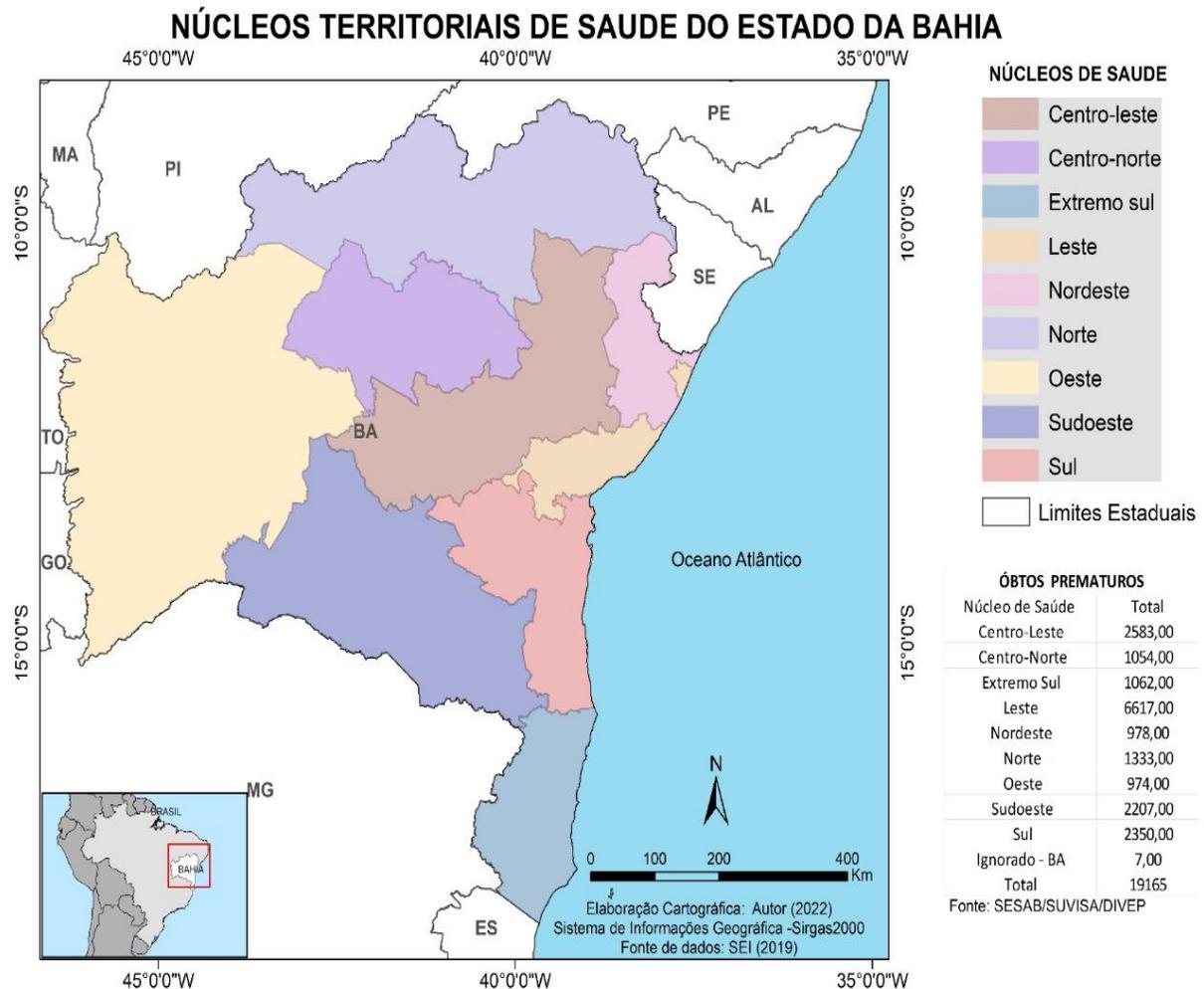
Duas questões se mostraram problemáticas na criação do desenho regional sanitário, a primeira foi em relação a uma definição do conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁷, pois, se buscava um desenho regional que fosse compatível com a realidade e necessidade sanitária dos territórios. E a outra seria definir quais critérios técnicos e recursos teóricos metodológicos lançar mão para promover a divisão da saúde a partir do desenho regional que estava sendo adotado (MOLESINI, 2020).

Desta feita, segundo Molesini (2020), o entendimento das RAS era tal qual fosse a integração sistêmica das ações e serviços de saúde, complementares e vinculados entre si, por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que operem de forma cooperativa e organizada no território loco regional, orientada pelo respeito a diversidade de contextos socioespaciais e econômicos para responder adequadamente as necessidades de saúde do indivíduo, família/comunidade. Para tanto, estabelece a atenção primária a saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, garantindo a universalidade do acesso, equidade

⁷ Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/redes-de-atencao-a-saude/>. Acesso em 20/02/2021.

e integralidade do cuidado, compartilhando compromissos e resultados sanitários (MOLESINI, 2020).

A seguir é apresentado o *mapa-5*, com intuito de ilustrar os respectivos Núcleos Territoriais de Saúde oriundo da reforma sanitária.



De acordo com Molesini (2020), para o desenho territorial, o recurso usado foi à contribuição da *Teoria dos Lugares Centrais* de Walter Christaller⁸, pela busca de definir *centralidades raras e centralidades cotidianas*. As centralidades raras seriam o conjunto de serviços de saúde de alta complexidade e de extrema especificidade, que dificilmente seriam oferecidos por muitos municípios que compusessem a região de saúde, como por exemplo os

⁸-Disponível em: https://geografiaeconomicaesocial.ufsc.br/files/2016/05/a_teoria_das_localidades_centrais_-_segundo_christaller_losch_-_eliseo_bonetti.pdf. Acesso em 20/02/2021.

Leitos de UTI-Neonatal; Unidades de Oncologia; Procedimentos da cardiologia intervencionista; Procedimentos endovasculares extracardíacos; Laboratório de eletrofisiologia; Procedimentos de neurocirurgia; Cirurgia de implante coclear. Para esses serviços seriam necessários além de muita infraestrutura e mobilidade adequada, profissionais de alta qualificação, encontrados geralmente somente nos grandes centros urbanos. As centralidades cotidianas seriam aqueles serviços de baixa complexidade que certamente eram oferecidos em um número maior de municípios, por exemplo rede cegonha; serviços de parto cesáreo, disponíveis em pequenas e médias cidades.

Considerou-se, também, os fluxos espaciais da população na busca dos serviços de saúde, a partir daí estabeleceu-se critérios para que tais serviços fossem oferecidos, sendo que um leito de UTI- Neonatal para um raio de 700.00 mil habitantes. Os serviços oferecidos seguem uma perspectiva hierárquica. Isso permite melhor distribuí-los dentro de uma racionalidade técnica, tornando os gastos financeiros menores. A ideia é que o paciente seja assistido na saúde a partir dos níveis de atenção da mais simples a mais complexa. Pacientes que necessitam de atendimento menos complexo, em tese, precisam se deslocar menos, pois, certamente encontra o serviço no seu próprio território, diferentemente daqueles que necessitam de serviços de saúde mais complexo.

Como existe a limitação nos recursos financeiros nem todos os municípios nas RS podem oferecer os serviços mais especializados, há, assim, uma relação dialética entre o espaço e a distribuição de serviços de saúde. O espaço é entendido como um recurso, uma via para tornar a distribuição dos serviços e equipamentos de saúde mais estratégica. Embora para nós geógrafos e geógrafas o espaço é algo muito mais complexo do que sinônimo de localização e distribuição de serviços.

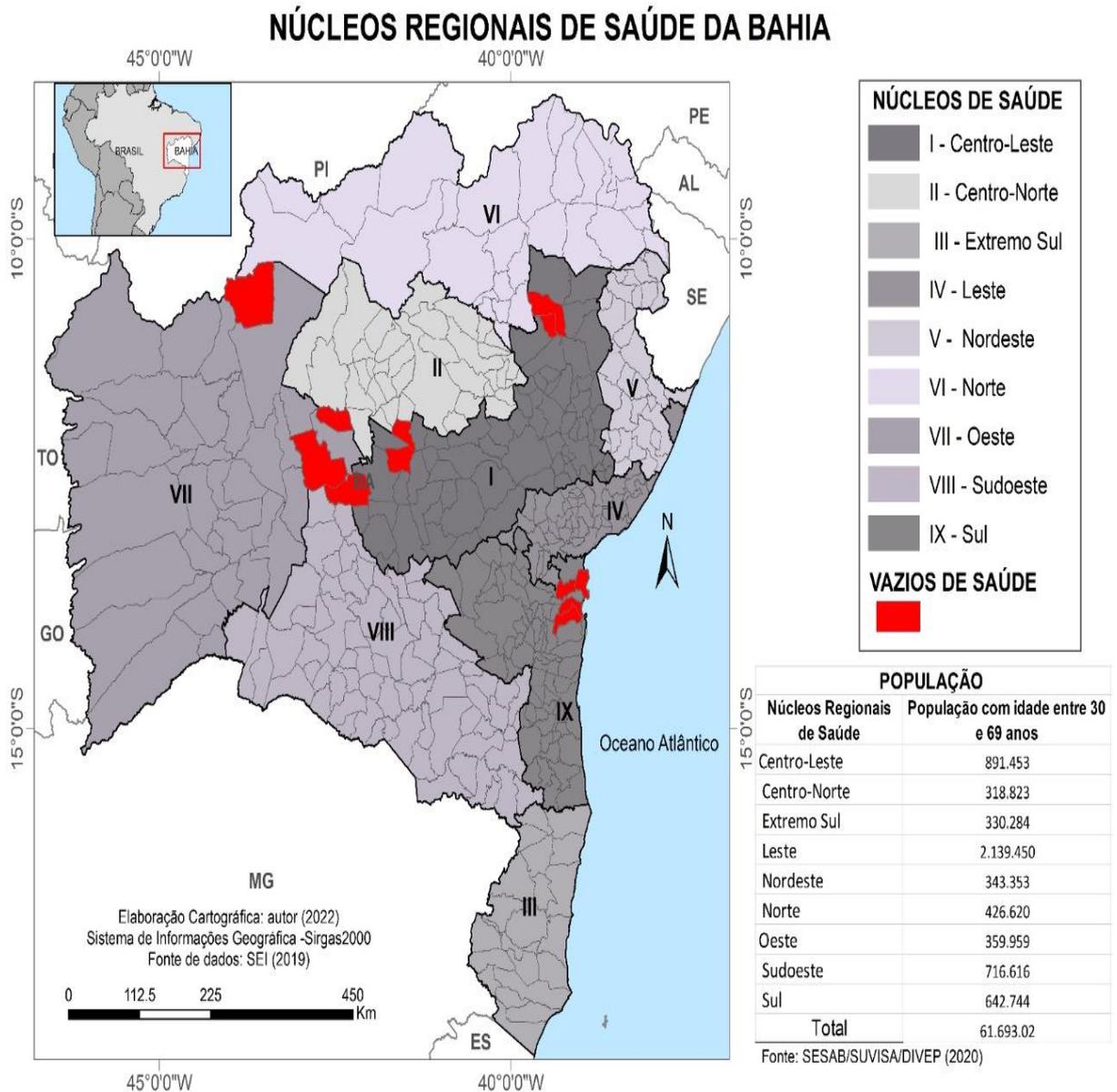
Apesar dos esforços coletivos na construção do desenho territorial que assistisse todo o espaço geográfico da regionalização da saúde da Bahia, houve a permanência de muitos vazios assistenciais na saúde. Isso evidencia que a efetivação do acesso a saúde integrada ainda não era uma realidade assegurada em todos os territórios. O que exigiu outros esforços para “encobrir” os vazios persistentes.

Desta forma, outros critérios foram utilizados, como cobertura do Samu, Consórcios interfederativos de Saúde, e as policlínicas, visando “ajudar” aqueles municípios que a cobertura das centralidades raras e cotidianas não deram conta. Ainda assim, de acordo com Molesini (2020), outros conflitos surgiram na consolidação do desenho regional, como o deslocamento da população usuária do SUS em desacordo com a região de saúde que foram

agrupados; divergências políticas partidárias de alguns prefeitos ao criar resistências em inserir seus municípios com “adversários políticos”.

Abaixo está o **Mapa-6**, mostra o desenho territorial da regionalização com a permanência de vazios assistenciais. As experiências da regionalização da saúde na Bahia demonstram que deve ser compreendida como um processo atravessado por questões que nem sempre corrobora na direção da regionalização solidária e cooperativa prevista no SUS. Há interesses de atores políticos partidários que desvincula a orientação da regionalização em realizar seu papel na efetivação das políticas de saúde.

Mapa 6- Desenho dos Núcleos Regionais de saúde com os vazios assistenciais



Entre os desafios postos, destaca-se que a concentração de tecnologia de alta densidade no município de Salvador converge na atração de usuários de todas as regiões do estado em busca de procedimentos especializados, além de apoio diagnóstico e terapêutico, pois, nas demais regiões, há uma predominância de estabelecimentos de atenção primária e de unidades com internação hospitalar de pequeno porte (com capacidade restrita para resolver problemas que necessitam de procedimentos e terapias que envolvam tecnologias mais adensadas). Um grande desafio na gestão estadual é conformar uma rede de serviços de saúde que “supere os grandes vazios assistenciais, observando a economia de escala e de escopo, qualidade e integralidade da assistência” (BAHIA, 2009, p.22). Dessa forma, o diálogo com a justiça na distribuição equitativa dos serviços de saúde na Bahia aparece como essencial na construção de um sistema de saúde pública que atenda as demandas territoriais.

De acordo com o PES 2008-2011 (BAHIA, 2009), existe uma distribuição irregular de serviços nas macrorregiões: a macrorregião Leste é a que apresenta maior concentração de serviços em saúde. Por outro lado, observa-se que as macrorregiões Centro-Norte, Extremo Sul, Nordeste, Norte e Oeste são as regiões de saúde que apresentam menor concentração. Todavia, Vasconcellos (2013) revela a problemática no financiamento da atenção básica nos municípios baianos, também, no período do Pacto pela Saúde e destaca que não basta a transferência de recursos, sendo necessário o incremento do aporte financeiro atrelado à pactuação de metas para alocação nos municípios.

De maneira convergente, Molesini et al. (2010) sinalizam para a problemática no financiamento, destacando, sobretudo, a Programação Pactuada Integrada (PPI). Ambos os estudos sinalizam que mesmo no contexto de regionalização, os instrumentos de gestão não incentivam o planejamento compartilhado, nem induziam ao compromisso de construção de redes regionais com serviços integrados. Tais temas foram evidenciados recentemente (ALMEIDA; SANTOS; SOUZA, 2015). Além disso, o subfinanciamento do SUS tem levado os gestores a um contrassenso dentro da política de regionalização, pois precisam fortalecer as ações conjuntas e solidárias, porém, os escassos recursos financeiros estimulam a competição entre os municípios para garantia de uma oferta sempre contingenciada (SANTOS, 2013).

Em 2012, a Resolução CIB nº 275, de 17 de agosto, aprovou as Regiões de Saúde (BAHIA, 2012b) do Estado da Bahia e a instituição das Comissões de Intergestores Regionais (CIR), de forma a atualizar os CGMR e estar em sintonia com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011). As CIR correspondem ao desenho programático assistencial do PDR, que define as 28 Regiões de Saúde da Bahia: Alagoinhas, Barreiras, Brumado, Camaçari, Cruz das Almas, Feira de Santana, Guanambi, Ibotirama, Ilhéus, Irecê, Itaberaba, Itabuna,

Itapetinga, Jacobina, Jequié, Juazeiro, Paulo Afonso, Porto Seguro, Ribeira do Pombal, Salvador, Santa Maria da Vitória, Santo Antônio de Jesus, Seabra, Serrinha, Senhor do Bonfim, Teixeira de Freitas, Valença e Vitória da Conquista. As CIR estão instaladas nas sedes das DIRES, órgãos descentralizados da SESAB, fazendo-se a ressalva que para as Regiões de Saúde com abrangência de mais de uma DIRES, a CIR fica instalada na sede da DIRES, situada no município sede da Região de Saúde, de acordo com o PDR vigente (BAHIA, 2013).

Por fim, foram selecionadas algumas características da regionalização na Bahia, por meio do relatório de pesquisa de Viana e Lima (VIANA; LIMA, 2010, p.36) que detalham e tipificam o processo de regionalização em saúde no Estado da Bahia nos seguintes características. Na **figura 02** abaixo é apresentado uma síntese de caracterização da regionalização da saúde na Bahia.

Figura 02- Características da regionalização da saúde na Bahia	
Orientação	<ol style="list-style-type: none"> 1- Gerencial – com preocupação em organizar o sistema, modernizar a gestão e fortalecer os mecanismos de planejamento em âmbito regional, aumentar a capacidade regulatória dos agentes públicos e formalizar a contratualização entre gestores e prestadores; 2- Democrática-participativa – valorização das instâncias colegiadas de pactuação em âmbito estadual e regional, com o objetivo de fortalecer a cooperação entre os entes governamentais na resolução de problemas de saúde; 3- Equidade – preocupação em ampliar a oferta em regiões com maiores necessidades; 4- Desenvolvimentismo – priorização da saúde e da territorialidade no modelo de desenvolvimento do governo estadual e tentativas de articulação entre áreas e de fortalecimento do enfoque regional no planejamento governamental;
Objeto	organização de redes e fluxos; ampliação da capacidade instalada e regiões de saúde;
Atores	Governamentais (governador e secretaria estadual de saúde; prefeitos e secretários municipais de saúde, particularmente os municípios polos; MS; DIRES; COSEMS e CIB);
Estretatégias	Criação de novas instâncias de pactuação e coordenação regional (CGMR/CIR) e fortalecimento das DIRES. Revisão e criação de novos instrumentos organizativos e gerenciais;
Governança	Governança da regionalização, ainda, indefinida: CIR implantadas com funcionamento variável entre as regiões de saúde e DIRES em processo de readequação de seu papel; relações intergovernamentais sem um padrão predominante e dificuldade na coordenação regional, com fragilidade do COSEMS; importante papel da CIB, e alguns indicativos de mudança com a implantação das CIR, mas com fluxos em construção, com influência marcante de algumas organizações profissionais médicas;

<p><i>Institucionalização</i></p>	<p><i>Institucionalização da regionalização, ainda, intermediária: 'regionalização antiga' e ancorada na estrutura administrativa da SES; planejamento estratégico da saúde inserido na política mais ampla de governo estadual, com esforço de construção de enfoque regional no planejamento governamental; desenho setorial voltado para adequação e consolidação de políticas estaduais de saúde; ênfase na consolidação das Regiões de Saúde visando à reconfiguração de poderes em âmbito regional; planejamento regional de saúde conduzido pela SESAB e regulação baseada na contratualização entre entes públicos e com prestadores privados, com fragilidade dos instrumentos de regulação de fluxo implantados; forte presença e atuação do governo estadual na condução do processo em curso, com estratégias voltadas para articulação e envolvimento de diferentes setores da SESAB; esforço de construção do olhar regional na SESAB e resistências do COSEMS; importância de novos investimentos e atuação expressiva da SES em parceria com o Ministério da Saúde; priorização da atenção primária à saúde e da capacitação profissional.</i></p>
--	--

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022. (Adaptado).

E mesmo a regionalização trazendo melhorias quali/quantitativa no tratamento e cuidado em saúde, a demanda dos territórios se mostram maiores do que as suprimidas na regionalização, pois a permanência de vazios assistenciais ainda é uma marca presente nos territórios sanitários.

Contudo, importa indagar que a regionalização não é uma proposta acabada para resolver e sanar os déficits assistenciais em saúde. É mais uma etapa em processo e seu sucesso, depende de esforços e engajamento coletivo dos diversos atores regionais, como secretários de saúde; políticos, profissionais de saúde e o engajamento social.

3.0- JUSTIÇA ESPACIAL, EQUIDADE TERRITORIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

3.1- Justiça Espacial no Sistema Único de Saúde (SUS)

O propósito desse capítulo é investigar a dimensão espacial da justiça no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma possibilidade de tornar o acesso aos serviços de saúde mais justo, tendo como referência o conceito justiça territorial distributiva. Há um movimento analítico na abordagem do conceito de justiça espacial pelos geógrafos nas últimas décadas, que resgata sua força explicativa no entendimento da implicação do processo de fragmentação territorial nas diferentes escalas, resultando em novas dinâmicas territoriais que aprofunda e redesenha a geografia das desigualdades. No caso da saúde em particular, a fragmentação nos arranjos territoriais de saúde amplia as barreiras de acesso para os grupos socialmente mais vulneráveis, tornando este direito uma abstração.

Há um fundamento no espaço que ofereça suporte para pensar o conceito de justiça espacial? Que elementos e atributos possui o espaço para a aproximação do conceito de justiça espacial com as políticas de saúde? Por que falar de justiça espacial e não somente justiça social? Assim sendo, segue algumas reflexões teóricas com tentativa de justificar o uso do conceito de justiça espacial na análise da regionalização da saúde.

Antes de qualquer coisa, Normam Daniels (2011) sugere que saúde é uma questão de justiça porque é produto e ao mesmo tempo produtora de desigualdades sociais que poderiam ser evitadas. Relacionar desigualdades socioeconômicas com desigualdades em saúde significa está enfrentando fatores que são socialmente controláveis, e portanto, uma questão de justiça distributiva.

A multiplicação de movimentos sociais nesses tempos - caracterizada por crises capitalistas recorrentes - torna relevantes as contribuições que a geografia pode dar à compreensão da produção de espacialidades injustas e opressivas. Devido a esses eventos, não deve ser estranho que a justiça espacial se torne um tópico de grande importância epistemológica nos próximos anos (RIVAS, 2012). Para Soja (2010), a justiça espacial não é algo diferente da justiça social; pelo contrário, a justiça tem as mesmas características ontológicas da vida humana: historicidade, sociabilidade e espacialidade. A diferença, no entanto, dessa maneira de ver a justiça reside na ênfase colocada na espacialidade como produtora e produção de justiça, sem atenuar seu caráter social e histórico, ou seja, é a compreensão de situações geográficas justas e injustas a partir da leitura do espaço.

Nessa direção, o autor sinaliza para a escassa concepção de que a justiça tem sempre e a todo o momento consequências espaciais, da mesma forma que ocorre o contrário, a geografia, a espacialidade da justiça é um componente integral e formativo da própria justiça, uma parte vital de como a justiça e a injustiça se constroem socialmente e evoluem no tempo/espaço (SOJA, 2010). O resgate do conteúdo política da justiça espacial na análise da expressão territorial da saúde, oferece um caminho para efetivar as políticas territoriais de saúde. Para isso, o espaço desempenha um papel central, pois, enquanto instância social contém as condições necessárias para criar espacialidades (in)justas no desenho territorial destas políticas.

Soja (2010) vê a justiça espacial como forma de interpretação geográfica da justiça e defende a ideia de uma geografia consequencial, no âmbito da qual se poderia discutir a “espacialidade da justiça”, ou “espacialidade da (in)justiça”, combinando justiça e injustiça numa só palavra. Articuladamente, Soja (2014, p. 52) resume as ideias que guiam o debate ensejado em seu livro do seguinte modo:

A justiça e a injustiça se infundem nas geografias multiescalares nas quais vivemos, desde a intimidade do lar ao desenvolvimento desigual da economia global. As geografias socializadas da (in)justiça afetam significativamente nossas vidas, criando estruturas duradouras de vantagens e desvantagens distribuídas de maneira desigual. (...) Estas geografias e seus efeitos podem modificar-se através de formas de ação social e política.

Mustafa Dikeç (2013), em diálogo com as ideias de Soja, apresenta uma formulação dialética extremamente relevante quando afirma, a noção de espacialidade da injustiça se fundamenta sobre a ideia de que a justiça tem uma dimensão espacial, e que podemos observar e analisar diferentes formas de injustiça que se manifestam *no espaço*. A “injustiça da espacialidade” remete não às manifestações espaciais da injustiça, mas às dinâmicas estruturais que produzem e reproduzem a injustiça *pelo viés do espaço*. Eu me interessou, assim, não somente pelas manifestações espaciais da injustiça, mas, por aquilo que é igualmente importante, os processos que produzem as injustiças espaciais (DIKEÇ, 2013, p. 248-49).

Ambos os autores trazem a tona a dimensão social política da justiça na mediação do equilíbrio das políticas distributivas no território. As análises e as interpretações inscritas no bojo teórico-conceitual da justiça territorial como ferramenta analítica, permite desvendar quais arquiteturas de poder impede a repartição espacial das políticas territoriais, pois não é possível desenvolver uma política de justiça que fragmente os espaços de vida.

Nesta tendência crítica o espaço deixa de ser apenas parte da história social, deslocando-se a uma categoria inerente das relações humanas, visto com uma complexidade que envolve diversos elementos, sejam eles materiais ou imateriais, caracterizado não apenas como palco de acontecimentos, mas parte do processo de criação de imagens e ideias, contando com toda uma carga política e ideológica (SOJA, 2014). Tendência que implica atribuir o papel central ao espaço como categoria não menos importante do que outras para a análise das desigualdades espaciais, incluído as desigualdades de saúde (SOJA, 2014).

Justiça espacial é um conceito que foi implementado no campo da Geografia dos Estados Unidos, da França e da América Latina, como resultado da constatação de que as desigualdades sociais são analisadas apenas no nível da classe social, sem considerar o papel que o espaço desempenha na formação destas (LEIBLER e MUSSET, 2010, Apud SOJA, 2000). Injustiças espaciais são originadas de uma injustiça social maior, ou seja, não podem ser isolada de seu contexto histórico, social, político e econômico, pois os fatores sociais sempre têm uma dimensão espacial e não podem ser abordados separadamente, sob o risco de elucidar soluções incompatíveis com a complexidade do fenômeno observado (ROJAS, 2013).

A justiça espacial enquanto uma ferramenta teórica de análise social se torna um horizonte de possibilidades de avaliar políticas sociais que visem melhorar a qualidade de vida das pessoas. Se a injustiça se manifesta no espaço e através dele ganha materialidade, ele, o espaço, enquanto produto social elaborado, oferece os meios e condições necessárias para se criar espacialidades justas. Uma concepção de justiça tem como objetivo principal ser um ponto de referência fundamental a partir do qual se estruturam as relações que ocorrem na sociedade, assim como oferecer elementos que contribuam para a superação das deficiências que estão presentes no seu interior, especialmente as injustiças espacializadas (ZAMBAM, 2009).

Notamos que a noção de justiça vem se firmando como marco conceitual crítico para pensar o espaço/território, bem como para analisar a desigualdade entre os territórios e o papel do Estado na redução ou amplificação dessas desigualdades. Consequentemente, a justiça espacial não substitui a noção de justiça social; pelo contrário, busca privilegiar o espaço como uma categoria válida de análise para interpretar tanto as condições que produzem injustiças quanto os conflitos que surgem da busca por maior justiça. A hipótese que guia o trabalho de Soja é que a justiça tem uma dimensão socioespacial dialética - a sociedade produz espacialidades injustas, mas o espaço também é uma fonte de injustiça - que foi marginalizada pelas análises mais atuais da justiça social nas ciências sociais. Até Soja critica Harvey por não ter levantado a importância do espaço para a justiça social, um desafio que Lefebvre aceitou - em sua opinião - com seu conceito de direito à cidade (SOJA 2010).

O conceito de (in)justiça espacial parte de um julgamento das formas de (re)organização do espaço, alicerçado em modelos normativos aceites pela sociedade em contextos temporais e espaciais específicos. As injustiças estão associadas à auto-organização da sociedade, socialmente estratificada e com rendimentos diferenciados, e às dinâmicas de mercado (PEREIRA E RAMALHETE, 2017). Por isso, Soja (2010) defende que a justiça espacial possui, para além da dimensão teórica, um potencial de análise empírica e de intervenção social e política, extensível à interpretação das políticas territoriais de saúde.

Dessa forma, o fundamento espacial da justiça está na natureza contraditória do espaço, por ser condição e condicionador social e envolver formas, processo, estrutura e conteúdo social, que tanto pode gerar justiça como injustiça. A razão ontológica do espaço produzido possui natureza contraditória fruto do modo de produção capitalista que gera riqueza desigual, criando formas espaciais desiguais de apropriação destas riquezas. A justiça espacial busca desvelar a natureza ontológica dessas geografias injustas produzidas no território. Justiça espacial, como maneira mais complexa de pensar sobre as relações entre espaço e sociedade.

A saúde pode ser compreendida como a expressão do maior grau de bem-estar que o indivíduo e a coletividade são capazes de alcançar por meio de um equilíbrio, mediado por um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais, biológicos, portanto, espacial (FONTES, 2008). Sabemos que a saúde das populações, resulta de condições de vida e de trabalho, tendo como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

A dimensão espacial da justiça na abordagem da saúde além de caracterizar a materialidade dos diferentes tipos de desigualdades, remete a análise para o campo político, com incorporação de valores éticos e morais explícitos nas bases contratuais de determinada sociedade (VIANA et al, 2003). “Os ideais de justiça precisam integrar o cotidiano da vida das pessoas e a ação das instituições, especialmente pela mudança das condições de vida, conforme afirma (BENHABID. 2002, P. 104)”.

Todavia, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil, os sistemas de saúde constituem fator social de grande relevância quando se pensa em ampliar a justiça e a inclusão social (FONTES, 2008). Nesse sentido, a criação do SUS a partir de um desenho espacial equitativo é relevante na efetivação das políticas de saúde. Assim, pensar a regionalização e a distribuição dos serviços de saúde a partir de um ideário de justiça contribui para efetivar e ampliar a cobertura dos serviços para atender as necessidades territoriais de

saúde. A justiça na elaboração e execução das políticas de saúde auxilia na correção das distorções espaciais de saúde.

3.2- Justiça espacial e equidade territorial na saúde

Com base na análise das teorias da justiça já propostas é possível afirmar que o conceito de justiça não é absoluto, nem poderia ser. Ele vem se transformando e se adaptando a diferentes momentos históricos, conforme a cultura de referência. Nesse sentido, interessa compreender os aspectos do princípio da justiça que melhor se aplicam à realidade social, política e econômica da sociedade brasileira e, mais especificamente, no que pertence ao tema da saúde pública (Neves, 2010). Não há um único princípio de justiça capaz de resolver todos esses problemas que atinge a sociedade, vários deles merecem ser aceitos, especificados e ponderados de acordo com o contexto observado (NEVES, 2010).

Nesse sentido Vita (1999), alerta que nenhuma concepção de igualdade distributiva pode tornar as pessoas iguais em todas as dimensões da vida, ao mesmo tempo das circunstâncias sociais ao nível de realização das preferências e valores de cada qual. A opção por igualá-las em uma dessas dimensões implica aceitar que elas sejam desiguais em outras.

Para Bret (2008), o termo de equidade territorial se refere à dimensão espacial da justiça social. Ele designa uma configuração geográfica que asseguraria condições tais, para que todos possam acessar serviços de saúde. A justiça equitativa acontece no momento em que os sujeitos, independente das barreiras sociais e espaciais, acessam de maneira ampla as políticas de saúde necessárias necessárias a vida com dignidade, desde os serviços e tratamentos de saúde mais simples, aos mais complexos.

Assim, Bret (2008), traz que a equidade territorial é um conceito, um princípio de planejamento que pode ser usada na distribuição de políticas, nas diferentes escalas e contexto espacial, permitindo compreender as situações reais marcadas por injustiças. Por esta última expressão, é preciso entender que a organização do território é a expressão espacial do fato social, e cria efeitos de lugar que podem consolidar e agravar ou amenizar as injustiças sociais.

O debate sobre a justiça, no âmbito da saúde pública, vem experimentando um decisivo aprofundamento nas duas últimas décadas (CORDEIRO, 2001; VIANA ET AL., 2003). O ganho obtido com a inclusão do debate da justiça espacial na conformação de políticas mais equânimes em saúde é imensurável, uma vez que pressupõe tratamento desigual para os que estão em condições de desvantagem, abrindo caminho para o que se considera como um tipo

de “discriminação positiva”⁹, e, conseqüentemente, assumir os dilemas políticos inerentes ao enfrentamento das largas desigualdades verificadas entre os diferentes grupos sociais (VIANA et al, 2003).

Importantes contribuições teóricas na construção da teoria da justiça como equidade distributiva é dado por John Rawls (1981), na obra “*uma teoria da justiça*”, ao pensar a justiça como um princípio distributivo que permite dialogar com o princípio da equidade que fundamenta o SUS, ao partir do pressuposto que os recursos de saúde devem ser disponibilizados de acordo com as necessidades territoriais dos sujeitos, ou seja, os grupos “mais necessitados” devem ser melhor contemplados na socialização das políticas públicas.

Contudo, embora existam críticas ao peso dado ao paradigma distributivo nesta teoria, como aponta Young (2000), “ao abordar que a simples distribuição de bens e serviços passa longe de contemplar todas as dimensões da vida do sujeito”. A ideia da justiça espacial utilizada para análise da distribuição dos serviços de saúde no SUS, não possui um fim finalista, tampouco propõe uma análise totalizadora da territorialização da saúde. E mesmo considerando que a noção de justiça espacial é algo mais complexo e abrangente do que a distribuição de serviços de saúde no território, o recorte da justiça espacial distributiva aqui entendido se dá, também, pela efetividade espacial no acesso aos serviços de saúde, como uma tentativa de operacionalizar o conceito da justiça espacial, visando criar pontes de diálogo capazes de oferecer contribuições para avançar na expressão territorial da saúde.

Uma sociedade em que se almeje a justiça deverá, necessariamente, desenvolver mecanismos compensatórios para seus membros vitimados por desigualdades das quais não podem ser responsabilizados, tais como políticas equânimes de alocação de recursos de saúde (SIQUEIRA, ET AL 2005). Segundo Almeida (et al., 1999), o conceito de equidade remete à questão da justiça distributiva dos direitos e deveres do homem/cidadão e do Estado. No campo da saúde, a conceituação de equidade tem sido objeto de amplo debate, englobando várias dimensões e estimulando a discussão sobre sua operacionalização, seja para a busca dos determinantes das desigualdades em saúde, seja para formulação de políticas e prioridades a serem implementadas com vistas tanto à diminuição do impacto dos diferenciais sociais na saúde, como para a elaboração de instrumentos e indicadores para o monitoramento dos processos de reforma dos sistemas de saúde (ALMEIDA ET AL., 1999).

⁹ - De acordo com Nora Gluz (2010), o conceito de discriminação positiva permite discutir as políticas públicas que, baseadas em uma igualdade formal ante a lei, têm contribuído para fortalecer as desigualdades reais entre grupos sociais. Na atualidade, é retomado nas conceitualizações das teorias da justiça em regimes democráticos. Mais informações acessar o pdf: <https://gestrado.net.br/wp-content/uploads/2020/08/401-1.pdf>

Para Malta (2001, p. 135-136):

“A equidade é entendida como a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas [...]. Subjacente a este conceito está o entendimento de que as desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas ‘naturalmente’, mas sim criadas pelo processo histórico/espacial pelo modo de produção e organização social”.

Importa compreender que as desigualdades não são um dado natural, mas socialmente produzidas. Esta distinção tem sido considerada importante na formulação de políticas públicas na perspectiva de trabalhar “com a noção de necessidades diferentes entre distintos grupos sociais, determinadas tanto pela diversidade (sexo, idade, raça) como pela injustiça social (renda, acesso a bens e serviços) ou mesmo por características culturais e subjetivas de grupos e indivíduos” (PELEGRINI, P. 277, 2005).

Também Almeida et al. (1999) relaciona equidade em saúde com justiça social, sendo as desigualdades consideradas justas ou injustas conforme as distintas interpretações das determinações da estratificação social. Para essas autoras, as iniquidades estão fundadas nas relações sociais que determinam as chances da população obter acesso aos recursos materiais e aos produtos sociais resultantes destes recursos. Entretanto, “a construção de um sistema de saúde como o SUS na periferia do capitalismo e em países com a dimensão e grau de desigualdade como vigente no Brasil, não se constitui em linha reta, mas supõe idas e vindas com inúmeras tentativas” (PAIM, 2006 APUD ELIAS, 2005: 291-292). Apesar dos problemas de definição de eficiência e equidade espacial, é útil avaliar as implicações de equidade e eficiência de várias localizações ideais e estratégicas, como os serviços de saúde, onde se busca localizar os serviços em áreas que melhor atenda as demandas territoriais de saúde.

Para Mello e Silva (2008) a distribuição dos serviços, inclusive os de saúde coloca, portanto, importantes problemas relacionados com a organização do espaço geográfico. Por conseguinte, emerge uma relevante questão teórico-aplicada: o da adequação das estruturas espaciais às necessidades da sociedade na perspectiva do desenvolvimento econômico e social. Esta preocupação tem implicado na análise dos conceitos de eficiência e equidade espacial que, em termos mais específicos e concretos, tem colocado no debate a já referida problemática da centralização e da descentralização de serviços.

Admite-se como decorrência que a equidade espacial, ou seja, o da justa acessibilidade aos bens e serviços com base nos padrões de localização e de interação, seria atingida, quando a organização territorial favorece o acesso dos sujeitos a partir das suas necessidades. A lógica

reside na proposição de modelos de localidades centrais que possibilitem maximizar a distribuição de bens e serviços por um mínimo de localidades centrais, isto é, a custos mínimos (MELLO E SILVA, 2008). Ou seja, dada a questão de não ser possível instalar os serviços de saúde em todos os municípios que fazem parte da RSS, devido principalmente a escassez de recursos financeiros e humano, torna necessário instalar tais serviços em áreas estratégicas que favoreça o máximo possível de acesso aos usuários.

Há diversos conceitos do que seja a justiça distributiva. Como afirma Campos (2015), os conceitos não são inócuos, refletem um compromisso de quem os inventam ou empregam com certo entendimento do mundo, ou com um determinado conjunto de valores. Para Rawls (1981), a justiça é a maneira pela qual as instituições sociais mais importantes distribuem direitos e deveres fundamentais e determinam a divisão de vantagens provenientes da cooperação social. E propôs que a justiça fosse observada enquanto equidade.

Sua posição opõe-se às interpretações utilitaristas¹⁰ sobre o princípio da justiça, pois defende a ideia de que a autonomia e a individualidade não são apropriadas para uma concepção política da justiça. Young (2000), traz também os elementos de opressão que permeiam as relações sociais e de poder materializadas no território, que permitem dialogar com a justiça territorial- exploração, marginalização, carência de poder, imperialismo cultural e violência. O diálogo da justiça com o território, que é uma construção social, portanto, de poder, cooperação sociabilidade, conflitos e representações, permite pensar como o território pode estar a serviço da melhoria qualitativa da vida dos sujeitos, da cidadania, e não atendendo a interesses de pequenos grupos e exercendo o papel perverso como diz Milton Santos (2007).

Para Lee (2000, p. 342), a justiça territorial corresponde à

aplicação dos princípios de justiça social às unidades territoriais. Como tal pode ser o princípio de aplicação das políticas territoriais. Não obstante, a justiça territorial deve

¹⁰ - Jeremy Bentham, filósofo e jurista inglês, foi o idealizador da corrente utilitarista como filosofia moral. Essa ideia de utilitarismo surgiu num contexto histórico revolucionário, a era da razão. O Iluminismo acreditava na ideia de que todos os fenômenos, como a política e a economia, poderiam ser explicados racionalmente. Partindo dessa concepção, Bentham dirigia críticas ao direito insistindo que as leis deveriam ser codificadas, mesmo em seu país que, conhecidamente, possuía um direito consuetudinário. O primórdio da ideia a de referida crítica era o princípio da utilidade, visto que ele indagou acerca da utilidade de todo e qualquer conceito e da norma jurídica, questionando o objetivo prático de tais para o homem e a sociedade de sua época. Alicerçando-se sobre o princípio da utilidade, Jeremy Bentham, então, construiu toda uma filosofia em um posicionamento que oscila entre o apelo à concretude e à ideia da abstração universalista, definindo o princípio da utilidade como “o princípio que aprova ou desaprova qualquer ação, segundo a tendência que tem de aumentar ou a diminuir a felicidade da pessoa cujo o interesse está em jogo, ou, o que é a mesma coisa em outros termos, segundo a tendência a promover ou a comprometer referida felicidade. (1979, p. 4)” Na corrente utilitarista, a teoria do direito natural é substituída pela teoria da utilidade, e o principal significado dessa transformação é a passagem de um mundo fictício para o mundo dos fatos. É no mundo empírico, afirma Bentham, que é possível a verificação de uma ação ou instituição, sua utilidade ou não. O direito de livre discussão na crítica é constituída pelo que é necessário em primeiro plano.

ter em conta tanto as condições de geração de riqueza e bem-estar social, como sua distribuição, o que somente faz sentido dentro de um contexto particular de relações sociais.

Entendemos que essas “unidades territoriais” devem ser definidas, em sua dinâmica, tendo-se em mira critérios, valores e procedimentos extraídos da experiência territorial, ou seja, a partir da perspectiva das práticas espaciais e dos espaços de representação – dos espaços percebido e vivido -, nas palavras de Lefebvre (Lima, 2020). “Note-se que a necessidade, como uma das variáveis da justiça territorial, pede um complemento ineliminável: o direito social. Nesse inciso, remetem-se dialogicamente a política e a ética” (Lima, 2020). Apesar do autor preferir utilizar a abordagem da justiça espacial para o alcance do direito social no território, e não a justiça territorial. Destaco, que para haver a territorialização do direito social, no caso das políticas distributivas de saúde, é necessário o arranjo territorial que considere as experiências dos sujeitos e suas necessidades. Ou seja, a justiça territorial equitativa, pois, não basta apenas distribuir os serviços de saúde para se alcançar a justiça. O debate implica em saber a melhor forma de distribuição das políticas, de acordo com as necessidades dos sujeitos, portanto, necessidades territoriais.

Insistimos que a distinção entre os termos injustiça e desigualdade é visceral para uma teoria da justiça que se pretenda rigorosa. Enquanto a desigualdade é da ordem da diferença de grau, ou seja, daquilo que é objetivamente mensurável e comparável, a injustiça é da ordem da diferença de natureza, isto é, daquilo que é (inter)subjetivamente percebido e avaliado. Reyes Mate aborda essa distinção, alertando que desconsiderá-la seria “um equívoco original que carcome as teorias da justiça, a saber, confundir injustiça com desigualdade”. Para o autor, “a injustiça agrega à desigualdade a culpabilidade e a responsabilidade, não no sentido de que o pobre seja culpado de sua pobreza. A culpa se refere à origem da desigualdade” (REYES MATE, 2011, p. 10).

Para Gervais-Lambony e Dufaux, (2009), a justiça espacial é o propósito das políticas públicas territoriais. Todavia, o seu entendimento pode corresponder a formulações muito diferenciadas, nomeadamente tratamento equitativo dos territórios, reequilíbrio das desigualdades com formas de discriminação positiva, não intervenção e acompanhamento das dinâmicas, criação de estruturas espaciais estáveis e sustentáveis, estabelecimento de dispositivos de regulação capazes de resolver injustiças, sem um ideal de organização territorial pré definido.

Para melhor compreender o princípio da equidade territorial distributiva, Bret (2000) diz ser necessário cruzar as desigualdades que existem entre os grupos sociais com as

desigualdades que existem entre os territórios. É preciso também qualificar as desigualdades ao nível da ética, ou seja, defini-lás ou não como injustiças. Essa qualificação obviamente depende da teoria da filosofia moral à qual se faz referência. Por definição, uma perspectiva igualitária assimilará toda desigualdade à injustiça. Mas outras interpretações são possíveis. Inspirado na Teoria da Justiça do filósofo John Rawls, pode-se considerar que as desigualdades não são necessariamente contrário à justiça como equidade, e que esta consiste em otimizar as desigualdades com o objetivo de garantir tanto quanto possível para aqueles que têm menos (princípio rawlsiano do maximin, ou seja, da maximização do mínimo).

Por consequência, uma tradução geográfica deste princípio permite distinguir, por um lado, as justas desigualdades espaciais que produzem "ser melhor" para os mais modestos e, por outro lado, as desigualdades que são injustiças porque contrariam o princípio da máximo (BRET, 2000).

Nesse sentido, Bret (2000), alerta que a trama dos territórios tem fortes consequências na justiça espacial, pois na verdade é uma multiplicidade de parcelas: portanto, a concentração de recursos e a redistribuição da riqueza e serviços nem sempre ocorrem na mesma escala, de modo que uma justiça distributiva alcançada em uma escala é enganosa se for financiada por deduções realizado em outra escala. Ou seja, é necessário entender a justiça distributiva nas diferentes escalas, pois, o que pode ser justo em uma escala, pode não ser em outra.

Por fim, Bret (2000) enfatiza que a ligação entre a organização dos territórios e a organização das sociedades pode contribuir para a justiça entre os homens. É a questão do ordenamento do território, definido como uma política a serviço de um projeto societário: agir no espacial para agir no social. Não é a dimensão territorial das políticas sociais, mas a dimensão social das políticas territoriais. Nesse esforço, ao inserir a dimensão social nas políticas territoriais distributivas revela a mudança de orientação na efetividade das políticas e recupera à noção de Estado que administra um território na garantia do bem comum. Ou seja, apesar da trama desigual dos territórios, é possível que as desigualdades sejam revestidas em vantagens para as territórios e grupos desassistidos, dentro de uma perspectiva justa.

Dessa forma, como uma tentativa de aproximar o conceito da justiça espacial e o SUS, é apresentado um quadro síntese com conteúdo das pautas de reuniões realizadas pela CIR, instância responsável pela governança da saúde na Região de Saúde de Salvador. O quadro síntese (figura 8) foi elaborado com a escolha do conteúdo das pautas, oriundas das atas, que ocorreram de 2013 á 2020. As atas de 2021 não foram disponibilizada no site, por isso foi substituída pela de 2020. Como se tratava de muitas pautas, optou por fazer a seleção de maneira aleatória em intervalos de dois em dois anos, além disso, evitou-se selecionar todas as pautas

para não ficar muito extenso, e pelo fato do conteúdo selecionados serem suficientes para análise pretendida, que é compreender o papel político da CIR na construção da regionalização da saúde com justiça territorial, observando os elementos, motivações, ações, iniciativas e estratégias que vise consolidar e fortalecer a regionalização da saúde.

Parte do pressuposto que as pautas discutidas nas reuniões expressam o papel político que a instância exerce na governança da saúde, e assim compreender os esforços que a instância tem realizado no desafio de construção da regionalização com justiça territorial distributiva no Sistema Único de Saúde. Contudo, ao selecionar alguns elementos e deixar outros de fora, fica claro que não se pretende realizar uma análise absoluta da justiça e a saúde, mas oferecer elementos para refletir sobre a sua complexidade e apontar caminhos para distribuição espacial dos serviços de saúde com justiça.

FIGURA 3- QUADRO EXPLICATIVO DO CONTEÚDO PRESENTE NAS ATAS DE REUNIÕES DA CIR DE 2013 À 2020.

2013	2015	2017	2019	2020
<ul style="list-style-type: none"> - Mudança de localização de uma UPA do Distrito Sanitário da Boca do Rio para o Distrito Sanitário de Paripe; - Rdaptação da unidade atendimento transformando-a em UPA para recebimento de custeio do Ministério da Saúde; - Ampliação do SAMU 192 do município de São Sebastião em uma Unidade de Suporte Avançado (USA); - Implantar o SAMU no município de Saubara; - Implantação de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); - Mudança de modalidade do NASF do tipo II para tipo I em Madre de Deus; - Lançamento da Política de Hospital de Pequeno Porte (HPP) e o Telessaúde Redes na Bahia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Município de São Sebastião do Passé com o projeto de credenciamento do Núcleo de Apoio Saúde da Família – NASF; - Município de Vera Cruz com o Projeto de Implantação melhor em casa; - Município de São Francisco do Conde com a Apresentação de Pactuação do SISPACTO/ProgVS; - Município de Salvador com o curso de Especialização Vigilância em Saúde do Instituto Sírio Libanês; - Região de Saúde de Salvador foi contemplada com 40 vagas pra o curso de Especialização Vigilância em Saúde e essas vagas devem ser negociadas na CIR; - Situação do PMAQ nos municípios da CIR SSA; 	<ul style="list-style-type: none"> -Importância da integração da atenção básica com a vigilância em saúde; - Alerta sobre não baixar a cobertura em termos de vacina e de visita aos imóveis para não permitir a reinserção de doenças epidêmicas em nosso estado e regiões de saúde; - Papel importante e estratégico do Programa Mais Médicos para contribuir no enfrentamento a esse quadro difícil de transição epidemiológica; -Atenção básica na Bahia está consolidada porém não qualificada adequadamente. - Atuação dessa instância no apoio aos municípios de nossa região de saúde no que diz respeito ao controle social das gestões municipais; - Apoio técnico aos municípios acerca da assistência farmacêutica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliação da Base do SAMU em Saubara; Programa do Glaucoma; Comando Único em Salvador; -Plano Integrado de Ação Psicossocial; Apresentação do cronograma de reuniões itinerantes da CIR; - Fórum de Vigilância Epidemiológica em 12/04/19); - Projeto de Extensão da UFBA - Proposta de pesquisa e formação para os trabalhadores do NASF da região de Salvador. - Reordenamento do SAMU Metropolitano, com inclusão do município de Saubara; - Campanha de Vacinação contra Influenza; Rede Cegonha na Região Metropolitana; Inclusão de São Sebastião do Passé como base do SAMU da CIR de Salvador; 	<ul style="list-style-type: none"> - Novo financiamento da Atenção Básica e Metodologia para Cadastro de Usuários; - Construção de agenda voltada para um planejamento regional de forma integrada; - Vigilância do COVID-19 nos municípios; antecipação da campanha de vacinação contra a gripe 2020; Previne Brasil; - Situação do COVID-19 nos municípios das Regiões de Saúde de SSA e Camaçari; Situação dos EPIs; Situação dos kits de testes rápidos; - Referências para o COVID 19; Uso da Hidroxicloroquina; Vacina contra a Influenza; - Implantação do Centro Intensivo de Atendimento aos casos COVID-19 e Central de

<p>- Itaparica alegou não receber no Fundo Municipal de Saúde recursos para o custeio do CAPS;</p> <p>- Pleito do município de Madre de Deus solicitando implantação de CAPS, visto que recaem sobre o município os custos dos serviços de Saúde Mental (SM) o município vem recebendo demandas flutuantes de cidades vizinhas,</p> <p>- O critério populacional do MS está prejudicando o município de prestar atenção à saúde adequada a população.</p> <p>- Implantação dos serviços de atenção domiciliar do município de Santo Amaro, pelas consequências da contaminação pelo chumbo;</p>	<p>- Apresentação dos avanços recentes do Programa de Fortalecimento do SUS na Região Metropolitana de Salvador (PROSUS);</p> <p>Pactuação sobre Cirurgias Eletivas na Região de Saúde de Salvador;</p> <p>- Apresentação sobre implantação do serviço de atenção domiciliar denominado Melhor em Casa no município de São Sebastião do Passé;</p> <p>- Revisão do teto financeiro do programa de cirurgias eletivas de Salvador;</p> <p>-Fila única do Hospital da Mulher.</p> <p>- Apresentação sobre PMAQ - Terceira Fase; 3. Situação de Partos e da Assistência Materna em São Francisco do Conde.</p> <p>- Inclusão do Hospital Municipal de Salvador na Rede de Assistência do SUS como Unidade de Retaguarda às Urgências;</p> <p>- Solicitação de mais uma USB para São Sebastião do Passé como reserva técnica; 3. SVO na Região de Saúde de Salvador.</p>	<p>Pactuação em CIB; existência de leitos de UTI tipo II ou III;</p> <p>- Unidades de referência em cirurgia cardiovascular e cardiologia intervencionista;</p> <p>-Um centro de referência em alta complexidade e seis unidades de saúde;</p> <p>- Pedido de habilitação do Hospital Santa Izabel como Centro de Referência em Alta complexidade Cardiovascular;</p> <p>- Critério para nova pactuação de recursos e valores do custeio de demanda dos procedimentos cirúrgicos;</p> <p>- São Francisco do Conde não está recebendo recursos pelos partos realizados em pacientes de outros municípios.</p> <p>- É preciso fortalecer a CIR para enfrentar essa questão. É preciso conscientizar os Prefeitos;</p>	<p>- Situação dos hospitais de pequeno porte- HPP - na região de saúde de São Francisco do Conde; Comunicação em Saúde - ação tripartite/ São Francisco do Conde;</p> <p>- Apresentação do plano de ação da rede de urgência e emergência - RUE - da região de Salvador/Macro Leste;</p> <p>- Situação dos hospitais de pequeno porte - HPP - na região de saúde - São Francisco do Conde;</p> <p>- Madre de Deus; Credenciamento de duas equipes de saúde bucal - Vera Cruz;</p> <p>- Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência - RUE da região de Salvador;</p> <p>- Projeto de Implantação do Serviço de Atenção Domiciliar de Candeias;</p> <p>- Transferência do SAMU de São Sebastião do Passé da região de Camaçari para a região de Salvador;</p> <p>- Conformação do desenho da rede com a entrada do Hospital Metropolitano - Área Técnica da SESAB; Análise da oferta de serviços com base na PPI da região de Salvador - Área técnica de Salvador;</p>	<p>Regulação Municipal para esses atendimentos, no município de Camaçari, e discussão/pactuação do fluxo de acesso;</p> <p>-Assistência Obstétrica; Regulação; EPI e Teste Rápido; Aumento do Número de Casos na Região;</p> <p>- Salvador: Lockdown e outras medidas de controle; leitos estaduais para isolamento dos casos de COVID-19;</p> <p>- Situação epidemiológica na RMS e estrutura dos municípios no enfrentamento da pandemia;</p> <p>-Proposta de capacitação das equipes técnicas que operacionalizam os sistemas de informação COVID-19;</p> <p>- Discussão sobre protocolos de tratamento para COVID-19;</p> <p>-Apresentação do Guia orientador do CONASS e CONASEMS para organização das RAS na perspectiva do enfrentamento do COVID-19;</p> <p>- Discussão/apresentação do panorama atual da COVID 19; Situação atual das arboviroses na região de saúde; Situação do HGC;</p>
---	--	---	---	---

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

De acordo com Soja (2010), as geografias socializadas da (in)justiça afetam significativamente às nossas vidas, criando estruturas duradouras de vantagens e desvantagens desigualmente distribuídas, “então, a busca por justiça espacial é um objetivo político vital, mas não é fácil de alcançar, porque é cheio de compensação de forças destinadas a manter geografias existentes de privilégio e poder (Apud Lima, P. 136, 2020)”.

No quadro síntese apresentando é possível verificar conflitos de natureza política, econômica, social e cultural, que nem sempre favorece o fortalecimento da regionalização. Vale lembrar, no entanto, que os conflitos não é algo necessariamente ruim, inerente as relações sociais, serve de ponto de convergência para mediação nas negociações de políticas de saúde pelos diversos entes envolvidos.

Se tratando de sujeitos diversos, representando territórios com demandas específicas, os conflitos são vistos como caminhos de buscas por consensos. Atenta-se, que os pontos de discussões presentes nas atas, são majoritariamente “induzidas” por políticas federais, ou seja, uma orientação com poucos temas originados de demandas locais dos territórios.

Considerando que a justiça não é abstrata, não é algo simplesmente "dado" ou distribuído pelo Estado, é antes uma responsabilidade política compartilhada de atores comprometidos com os sistemas socioespaciais nos quais eles habitam e (re) produzem (Soja, 2010). Sendo assim, é possível verificar no conteúdo das atas diversas ações com o objetivo de fortalecer política e economicamente os territórios para materializar o direito a saúde. Embora tais ações esbarre com frequência nos desafios imposto pela questão orçamentária, pela resistência de natureza política-partidária quando os interesses divergem dos propósitos da regionalização e pela competição por recursos entre os entes federados, esvaziando o papel político da regionalização na busca pela justiça distributiva dos serviços.

Evidenciado assim, que a justiça distributiva é uma construção não linear, um processo que depende da vontade política dos atores e de uma agenda social capaz de entender o direito a saúde como algo abrangente, muito mais que a simples oferta de serviços de saúde em um dado território.

É consenso o entendimento da CIR como uma importante instância de negociação e representação política dos territórios de saúde¹¹, onde se busca fortalecer e aperfeiçoar as estratégias de viabilidade da distribuição equitativa dos recursos. Assim, é possível notar práticas de justiça e injustiças territoriais envolvidas na regionalização da saúde.

¹¹- O termo território da saúde aparece substituindo os municípios que fazem parte da Região de Saúde pesquisada.

Nas pautas de 2013, destaca-se uma política regionalista com objetivos mais de expansão, ampliação e instalação de serviços e equipamentos de saúde para atender as demandas territoriais, ou seja, a busca da justiça distributiva das políticas territoriais de saúde. Além disso, é notório a mobilização das municipalidades menores na busca desses serviços “negociados” na CIR. Isso evidencia a possibilidade de aumentar a cobertura da prestação do cuidado em saúde nos demais municípios, uma vez que tais serviços se concentram na capital Salvador. Em 2015 e 2017, percebe-se que as discussões também gira em torno da ampliação e criação de novos de serviços na região de saúde. Pois, há o entendimento de que embora a atenção básica esteja consolidada nos territórios sanitários, ainda não apresenta a qualificação devida. Outro ponto recorrente é o apoio da instância (CIR) no fortalecimento dos municípios e das políticas de saúde.

Nas pautas de 2019, a motivação ocorre mais na perspectiva de criação de planos de ação na rede, como urgência e emergência, criação de parcerias com instituições públicas como a UFBA, campanhas de vacinação. E deslocamento de alguns equipamentos e serviços para territórios mais necessitados. Já em 2020, quando o Brasil atravessa crise sanitária da pandemia global, a movimentação da CIR ocorre no sentido de mobilizar esforços para monitorar, combater e prevenir a covid-19.

Acerca do papel da CIR, enquanto instância importante na mobilização de estratégias políticas de enfrentamento as desigualdades territoriais de acesso à saúde, esta nasce com o papel político de responder a partir de uma orientação economicamente viável e territorialmente estratégica para melhor alocar os recursos de saúde, visando elevar os níveis de justiça distributiva. No entanto, outras nuances, a exemplos dos elementos aqui tratados (escassez de recursos e interferência política partidária), “esvazia” seu papel político e estratégico no tocante a reduzir as desigualdades no acesso a saúde na perspectiva regional.

Importa saber que a justiça e a injustiça espacial são processos dialéticos resultantes de dinâmicas sócioespaciais da regionalização da saúde, isso quer dizer que são processos sociais em disputa. A (in)justiça espacial¹² não é um produto acabado, é um processo social em curso, resultado do jogo político de forças sociais em diferentes escalas.

¹² - A ideia do prefixo (in) acompanhada do termo justiça, foi utilizado primeiro por Soja (2010), no livro “*em busca da justiça espacial*” (traduzido). Onde o autor alega que ao usar (in)justiça, ao invés de somente justiça, ou injustiça junto, significa dizer que no processo analisado pode ocorrer ao mesmo tempo situações de justiça e injustiça. Por isso, utiliza o termo (in) justiça com o prefixo separado. Ou seja, justiça e injustiça são produtos sociais, fruto de processos dialéticos, onde a existência de um (justiça) não necessariamente elimina o outro (injustiça), podendo ocorrer ao mesmo tempo em uma dada situação espacial.

Assim, para melhor entender os aspectos de justiça e injustiça presentes na regionalização da saúde, é apresentada algumas informações obtidas através das entrevistas realizadas com secretários de saúde, subcoordenador da CIR, representantes de conselhos municipais de saúde e outros profissionais de saúde, afim de compreender melhor os caminhos na direção da materialidade da justiça espacial na saúde.

Questionado sobre as vantagens e desvantagens da regionalização, considerando esta como um processo contínuo, ambíguo, contraditório e que marca um novo desenho nas políticas territoriais de saúde no contexto federativo brasileiro, o subccordenador da CIR traz que:

As vantagens principais é poder ofertar a integralidade dos serviços de saúde dentro do mesmo território evitando maiores deslocamentos do usuário, mantendo eles na mesma região de seu conhecimento, disponibilizando assistência e do ponto de vista das decisões aproximar os diversos atores políticos [...] a estarem de forma coletiva planejando e discutindo ações que visam o fortalecimento de toda uma rede necessária a integralidade dos serviços de saúde. Eu não diria que tem desvantagem, possui algumas dificuldades e desafios quando não se consegue garantir assistência e a integralidade dos serviços no mesmo território e buscar ajuda nas instâncias superiores no caso aqui da Bahia é CIB e a tripartite lá em Brasília para dar assistência e ter toda a estrutura e recurso humano necessário para dar essa integralidade. Lidar com as dificuldades locais de assistência existem muitas regiões que tem a herança paternalista, o coronelismo e o recurso financeiro é limitado, a tabela SUS é defasada não está de acordo com a realidade [...] e precisamos de profissionais que de fato conheçam a realidade e as dificuldades dos territórios conhecer o território é fundamental em uma região de 20 municípios e não conhecer somente o Polo (SUB-COORDENADOR DA CIR, 2021).

Desta forma, é possível identificar que os ganhos da regionalização dos serviços de saúde são imensos, mas ainda longe satisfazer as necessidades territoriais de saúde. Ao aproximar a tomada de decisões dos atores regionais que conhecem os territórios e suas necessidades de saúde, pode tornar as políticas de saúde mais equânimes. Além disso, a regionalização possibilita a intregalidade dos serviços no mesmo território, evitando algumas injustiças no deslocamento dos usuários em busca dos serviços.

Mas, para dar algumas respostas no tocante a uma maior oferta de equipamentos e serviços e construir a regionalização com mais justiça territorial equitativa, é necessário uma agenda política de esforços coletivo, não somente dos atores regionais, mas também das demais instâncias decisórias como a CIB e CIT, que garanta não somente os recursos financeiros necessários, pois como alerta o entrevistado ao trazer que a tabela-sus é desatualizada e não é compatível com a realidade dos territórios sanitários, além do processo gradual de atribuição de maior responsabilidade do financiamento da saúde aos entes mais frágeis, como os municípios.

Além disso, deve haver a solidariedade entre os municípios, segundo o entrevistado, vários querem receber um grande equipamento só que não possuem condições de infraestrutura e politicamente é não interessante, as dificuldades técnicas, políticas e econômicas são colocadas, mas é necessário fazer um bom planejamento regional em cima do que quer ser implantado. Que ela (regionalização com justiça espacial) seja feita dentro de um desenho viável e que consiga ser colocado em prática sem perder de vista os desafios políticos e financeiros. “Mesmo a regionalização ser algo relativamente novo, ainda há muito o que se aprender e ainda há muito o que se expandir (SUB-COORDENADOR, 2021)”.

Outro entrevistado também destaca que a regionalização de forma solidária empodera e fortalece os municípios, quando os municípios abrem mão de algumas questões em busca do interesse coletivo a regionalização melhora a capacidade de prestação de serviços. E que hoje consegue oferecer serviços na região de saúde que há 10 anos atrás era impossível. Mas quando ela acontece de maneira isolada fragmentada, esfraquece seu caráter político e não consegue cumprir sua função de promover o acesso do direito a saúde a todas as pessoas independentemente da localização geográfica.

Para os entrevistados, fortalecer a regionalização é uma iniciativa que aproxima os usuários dos serviços. Se os entes municipais não conseguem suprir as necessidades de saúde em seu território, o problema se eleva para o nível regional, aumentando as demandas e pressão sobre recursos que já não são suficientes. Por isso, a importância de uma integralidade que de fato aconteça, com um nível de resolutividade adequada.

Ainda sobre a construção da regionalização SUS com justiça espacial, embora a entrevistada destaque ser difícil pensar em termos de justiça em um sistema complexo como o SUS, com diferenças muito grandes entre os municípios, uma regionalização justa “seria aquela que levasse em conta todos os fatores locais existentes, e que tivesse um financiamento compatível com as necessidades dos territórios e usados de maneira solidária entre os atores, isso talvez a gente pudesse chegar mais perto de um ideal de justiça” (SUB-SECRETÁRIO DE SAÚDE, 2021).

No entanto, destaca os impactos das políticas de estado dos últimos anos que tem provocado a fragmentação do sistema, bem como, impedindo-o de avançar no fortalecimento do cuidado, como algo que distancia a busca da justiça na saúde.

[...] primeiramente é necessário ter uma política de estado que queira que o SUS de fato se efetive, nos últimos anos a gente tem visto o contrário [...] foram várias as medidas que foram colocadas em prática impossibilitando muito construirmos um SUS que desejamos a medida que temos uma lei que limita a utilização de gastos públicos na saúde que é a PEC 95, isso já nos deixa bastante distante desses SUS

que precisamos, então eu acredito que transformar o SUS numa política de estado que realmente não queira gradativamente sucatear e destruí-lo, porque ele é uma construção coletiva. Infelizmente a pandemia veio demonstrar a importância do SUS e o papel que ele exerce para toda a população e se continuarmos com certas políticas de estado no mesmo ritmo que tem acontecido, tenho certeza que vamos estar cada vez mais longe do SUS e da regionalização que precisamos, então a gente precisa tem uma discussão honesta incisiva em todos os espaços municipais e estaduais de saúde e no Conselho Nacional de saúde (SUB-SECRETÁRIO DE SAÚDE 2021).

A regionalização é um dos desdobramentos da conquista democrática que é o SUS, como destacado no texto, é necessário ampliação do debate democrático para fortalecer o sistema e sua importância na vida cotidiana das pessoas, que no contexto da pandemia e crise sanitária global, o SUS atestou sua importância na preservação das vidas, pois sua organização em rede integrada e hierarquizada facilitou não só o mapeamento espacial de avanço dos casos de contaminação da covid-19, alertou sobre as principais áreas onde os hospitais de campanha e leitos de UTI-covid deveriam ser instalados, tendo como base a infraestrutura disponível dos municípios, os fluxos de usuários e disponibilidades de profissionais de saúde, e as campanhas de conscientização e vacinação. O que tem sido de fundamental importância no controle pandêmico.

Acerca do papel dos entes privados (empresas privadas e medicina privada) na regionalização dos serviços de saúde, os entrevistados destacaram uma relação ambígua, pois o fato do privado ter a vantagem de realizar algumas medidas sem seguir estritamente ao que consta na lei, a depender do interesse econômico conseguem dar um nível resolutividade nos serviços, muitas vezes limitado ao SUS, por ter que seguir estritamente ao que está na lei. Por outro lado, os entes privados colocam seus equipamentos e tecnologias na rede para prestar serviços ao SUS, e isso é algo benéfico desta relação. No entanto, alerta os entrevistados, sobre a clareza que se deve ter é que o privado presta o serviço ao SUS, porque senão ele acaba fazendo parte da rede SUS e prestando serviço apenas aos planos de saúde e a quem pode pagar pelo serviço.

A notável concentração de serviços e equipamentos de saúde instalados no município de Salvador, é algo que deixa a tona a ideia da ocorrência simultânea de justiça e injustiça na distribuição e implantação destes serviços, visto faltar muitos desses serviços nas demais municipalidades que compõe a região de saúde. No entanto, quando indagado aos entrevistados, algumas questões evidenciam a complexidade deste fato. Nas palavras do sub-coordenador da CIR, a implantação de qualquer equipamento, seja da atenção básica a um hospital regional, tem pré-requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) e a depender do equipamento ele tem que estar aprovado no plano de ação dentro da CIR, para

que entre na rede de maneira regionalizada. Existem critérios nacionais, estaduais e regionais para instalá-los, todavia, nem todos os municípios possuem os requisitos básicos para instalação dos equipamentos. E embora destaque que o critério da equidade estar sempre presente na instalação de equipamentos e serviços, nem sempre se consegue implantar o serviço aonde ele é mais necessário, seja por determinações políticas históricas estruturais, ou seja por vontade política.

A alta concentração de serviços em municipalidades que exercem papel de destaque na divisão territorial do trabalho, aliado aos jogos de poder nos espaços de tomadas de decisões, evidencia que as necessidades territoriais não são atendidas na região de saúde. O critério da equidade territorial presente no jogo discursivo dos atores, empiricamente não é efetivado. Os sentidos da regionalização com justiça territorial equitativa é um processo ambíguo, não consolidado, permeado de avanços e retrocessos.

Ainda sobre a concentração dos serviços e equipamentos de saúde em Salvador,

[...] os grandes equipamentos da média e alta complexidade (MAC) vão estar nos grandes centros urbanos que é quem possui a infraestrutura adequada para garantir a resolutividade dos serviços, Salvador possui universidades, concentra os cursos de formação e capacitação e tem a infraestrutura e a mobilidade para o deslocamento dos usuários. Os serviço da rede municipal de Salvador também é fundamental, por isso que ele recebe os serviços e equipamentos mais importantes. Isso é uma questão muito complexa avaliar a situação de Salvador dentro da resolutividade dos serviços de saúde [...] temos aqui a Sesab do Estado concentrada e muitos serviços do estado concentrados na capital, e o porquê que isso acontece são determinações históricas do papel que Salvador exerce na resolutividade da saúde. Isso é uma questão bem local diferente de algumas outras capitais como o Rio de Janeiro, Porto Alegre, São Paulo. O ideal seria que os demais municípios possuíssem toda essa capacidade que Salvador tem de oferecer esses serviços, mas por questões financeiras e de infraestrutura isso acaba não acontecendo (SUB-COORDENADOR DA CIR, 2021).

Percebe-se que a ausência de serviços e equipamentos de saúde em alguns municípios e a alta concentração destes em salvador. Questão que encontra-se ligada a escassez de recursos financeiros e infraestrutura para que os serviços seja instalados em todas as áreas. A falta de mobilidade para deslocamento dos usuários é outra questão presente. E Salvador historicamente se destaca como uma capital referência na resolutividade da saúde no estado. No entanto, nos processos de decisões na CIR, onde se discute a implantação de serviços e equipamentos de saúde, os municípios possuem diferentes poderes de influência nesses processos, sendo comum os municípios maiores e mais fortes politicamente disputarem os recursos entre si, desviando o carácter da regionalização solidária.

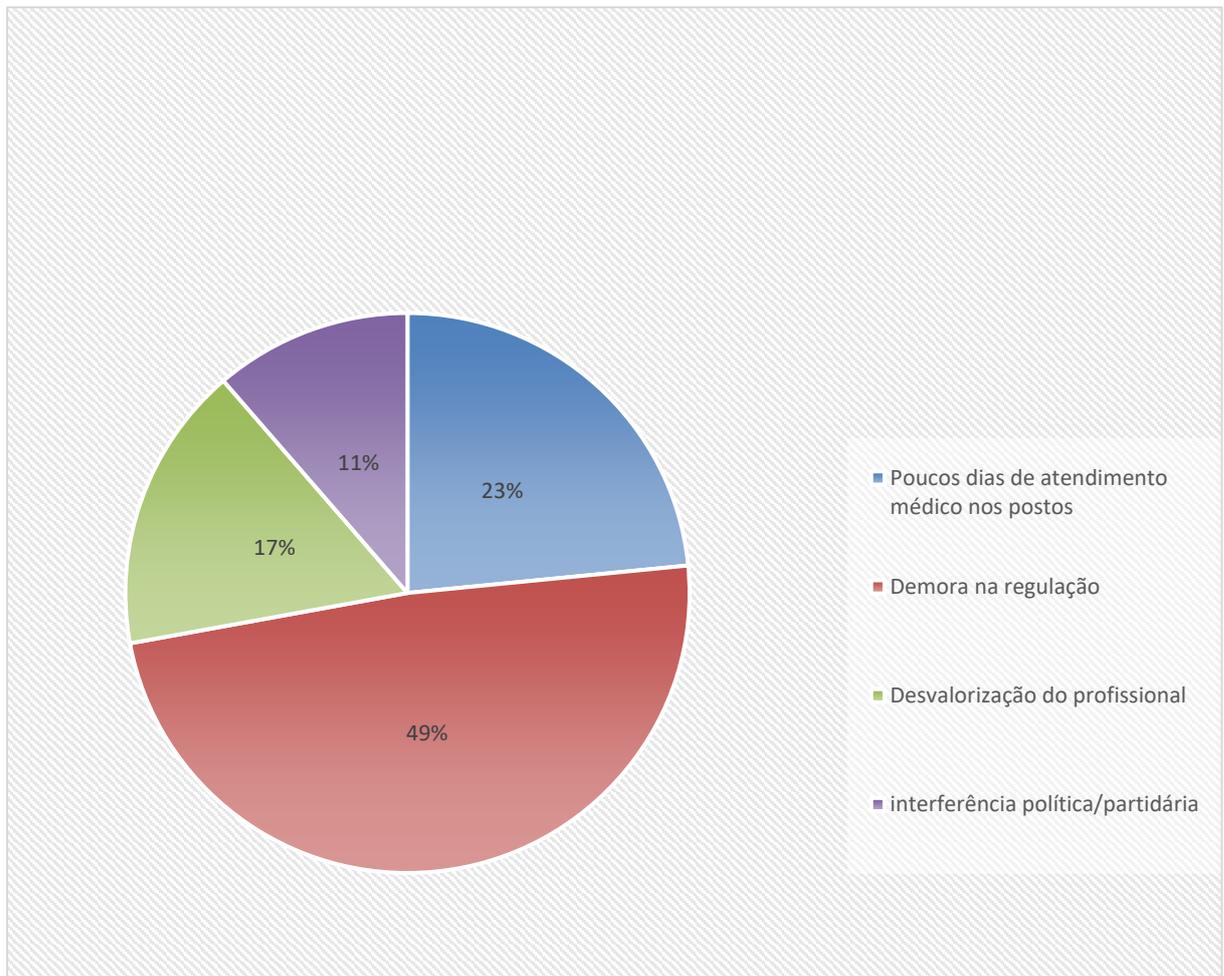
Ao resgatar o princípio da equidade territorial na distribuição dos serviços do SUS, diferentemente da igualdade, a equidade territorial, significa uma distribuição que, sem perder de vista as necessidades específicas de cada lugar, todos tenha acesso mais fácil ao serviço em seu território sanitário. No entanto, determinadas concentrações e centralidades são aceitáveis, porque não há como colocar serviços especializados em todos os lugares, devido aos altos custos e os problemas de mobilidade e infraestrutura diferenciadas. A questão é quando a centralidade é exagerada, criando uma macrocefalia urbana, como é o caso de Salvador no contexto da rede urbana do Estado da Bahia.

Em relação ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), os dados obtidos nas entrevistas relevam que 80% dos entrevistados possuem formação na área da saúde, os demais 20% são formados em outras áreas. Questionado sobre o que considera ser injusto na saúde, apesar de ser um tema complexo e abrangente, a pretensão era buscar elementos presentes na materialidade da saúde que desse “pistas” de ocorrências de injustiças espaciais.

Vale destacar que a atenção básica é um nível de resolução da saúde de extrema importância, pois quando os problemas de saúde não são resolvidos neste nível a tendência é que se estenda para os demais níveis, aumentando as dificuldades e demandas na efetivação do direito territorial a saúde.

Questionado sobre o que considera ser injusto na regionalização da saúde, os entrevistados apontam que:

Gráfico 3- Injustiça espacial na saúde



Fonte: Trabalho de Campo, 2022.

Entre os principais fatores de injustiça espacial destacados no CMS, para 49% dos entrevistados relatam ser a demora na lista de espera da regulação por atendimentos, pois é comum pacientes estarem passando por problemas de saúde grave e não receber o atendimento. Embora a regulação do sistema tem o objetivo de organizar e encaminhar os pacientes em rede para o atendimento de suas demandas, há ocorrência de injustiça quando o processo regulação é desviado para outros fins. Ou seja, a interferência da política partidária faz com que a regulação seja burlada. Com isso, acaba recebendo atendimento não necessariamente os pacientes mais necessitados, ou que estavam há mais tempo na regulação, e sim, aqueles que tiverem “apadrinhamento político¹³”.

¹³ - Prática que se assemelha ao coronelismo, em termos de uso de cargo político para obter e gerar vantagens para pessoas da família, ou grupo amigáveis.

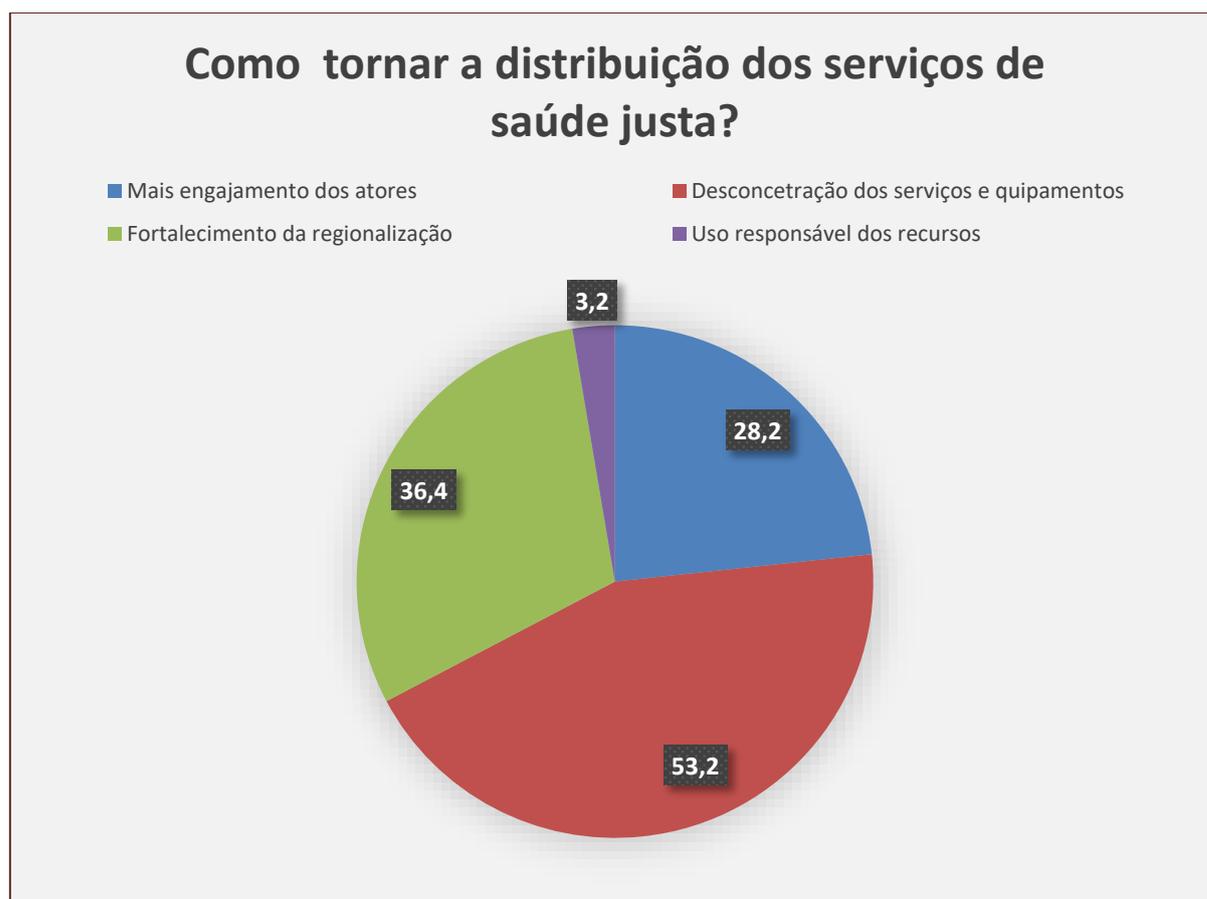
Sem falar no fato de que a demora no tratamento do paciente agrava o problema e aumenta os custos para o SUS. Para 23% dos entrevistados consideram um elemento de injustiça os poucos dias que o médico fica disponível para atendimento nos postos de saúde da atenção básica. 17% dizem ser a desvalorização do profissional de saúde. E 11% alegam a interferência política algo que prejudica a prestação do serviço de saúde.

Quando questionado a respeito de como tornar a distribuição dos serviços de saúde mais justa, no gráfico 10, os dados obtidos relevam que mais de 53% dos entrevistados consideram ser necessário a desconcentração de serviços, uma vez que o município de Salvador concentra sozinho a maior parte dos serviços e equipamentos de saúde da RS. Além disso, 36,4% destes entendem no fortalecimento da regionalização uma possibilidade de gerar justiça na saúde.

Uma equidade territorial, ou seja, uma justiça espacial poderia ocorrer se houvesse a maior desconcentração dos serviços por outros municípios, e embora a regionalização tenha contribuído para mudar essa realidade de concentração desigual, ao fortalecer os municípios menores e permitir que oferecessem serviços que antes não tinha condições. Tais esforços, apesar de importante, não tem sido o suficiente para mudar a realidade da forma de organização espacial que o município de Salvador exerce na região de saúde. Sendo necessário a construção de uma regionalização solidária, não apenas no campo discursivo, mas no direcionamento de construção e implantação das políticas territoriais de saúde.

O engajamento dos atores da saúde é visto como importante na construção do SUS com justiça para 28,2% dos entrevistados. E 3,2 % consideram o uso responsável dos recursos financeiros, algo que pode tornar o sistema mais efetivo. De todo modo, os elementos aqui apresentados, se tratando de um sistema complexo como o SUS, o qual apresenta variações territoriais não são os únicos a serem considerados para construção de um SUS com justiça espacial.

Gráfico 4-Justiça Espacial na saúde



Fonte: Trabalho de Campo, 2022.

Assim, os dados só reforçam a importância da regionalização da saúde na construção do SUS que traga melhorias na qualidade de vida dos usuários. Mesmo com todas deficiências identificadas, ainda se mostra um caminho promissor na geração de justiça espacial.

Dessa forma, a seguir, é apresentado o modelo de análise baseado em metodologias qualitativas, que não possui o objetivo de trazer análises totalizantes sobre alguns impactos positivos e negativos da regionalização da saúde. É flexível e traz elementos importantes para uma melhor compreensão da relação da justiça e a saúde. O modelo de análise com metodologias qualitativas é baseado na matriz de Leopold (et al 1971) dividido em três eixos-dimensões para que os resultados pudessem serem melhor explorados. Mesmo que essa matriz tenha sido elaborada inicialmente para avaliar impactos ambientais, pode facilmente ser utilizada em outras áreas, desde que as variáveis sejam adaptadas. A matriz de Leopold original corresponde de uma listagem bidimensional, composta de indicadores versus fatores de impacto, e que permite atribuir valores de grau e de importância de impacto para cada item analisado (ALMEIDA e BASTOS, 2004).

No entanto, vale destacar que a matriz possui uma carga subjetiva que, a depender da visão de mundo do pesquisador, pode apresentar resultados diferenciados, pois, a escolha das variáveis são flexíveis e depende de quais questões se quer colocar em evidência.

Ressaltando que estas dimensões foram analisadas não de forma separada e fragmentada, mas de forma integrada, onde as variáveis foram cruzados com as ações impactantes dos atores regionais que constroem a regionalização com objetivo de oferecer subsídio para uma análise mais aprofundada acerca da regionalização da saúde na região de saúde de salvador.

A utilização deste recurso metodológico não é trazer respostas prontas e acabadas acerca da perspectiva da regionalização praticada nos territórios. Mas, de algum modo, oferece elementos que auxiliem na compreensão mais aprofundada da dimensão espacial da saúde.

Afim de agregar as informações coletadas foram considerados impactos positivos e negativos. Os impactos destacados em verde são impactos positivos, os destaques em vermelho são impactos negativos, e os impactos com destaque em amarelo são considerados leves. Para se chegar à soma, foi utilizado a multiplicação por 10 do valor dos impactos para melhor visualizá-los.

Figura 3- Modelo de análise da regionalização baseado em metodologias qualitativas

Positivo	Negativo	Neutro
----------	----------	--------

Legenda

<i>AÇÕES IMPACTANTES</i>	<i>DIMENSÃO DA REGIONALIZAÇÃO</i>		<i>DIMENSÃO DA JUSTIÇA ESPACIAL</i>			<i>DIMENSÃO DA TOMADA DE DECISÕES (GOVERNANÇA)</i>	
	<i>Oferta de serviços de saúde</i>	<i>Profissionais de saúde</i>	<i>Justiça distributiva</i>	<i>Regionalização solidária</i>	<i>Fortecimentos das municipalidades</i>	<i>Recurso financeiro</i>	<i>Pactuação e hierarquização dos serviços</i>
Critério da equidade na implantação dos serviços	Negativo	Negativo	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo
Gestão solidária dos recursos	Negativo	Neutro	Negativo	Negativo	Negativo	Neutro	Neutro
Engajamento dos atores regionais	Neutro	Neutro	Negativo	Negativo	Negativo	Positivo	Neutro
Participação na tomadas de decisões	Negativo	Neutro	Negativo	Neutro	Neutro	Negativo	Negativo
Ampliação da oferta de serviços na região de saúde	Negativo	Neutro	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo
Impacto da regionalização nos recursos financeiros	Positivo	Neutro	Negativo	Positivo	Positivo	Positivo	Negativo
Interferência política/partidária	Negativo	Neutro	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
Integralidade dos serviços regionalizados	Neutro	Neutro	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Neutro

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

De acordo com dados identificados na matrix é possível constatar a existência de aspectos positivos e negativos na dinâmica da regionalização praticada, de natureza política, social e econômica. Embora os aspectos negativos com destaque em vermelho revelem ser necessário mais engajamento dos atores regionais para construir a regionalização solidária, sobretudo no tocante a distribuição justa dos serviços e equipamentos de saúde entre os territórios, bem como, o critério da equidade aparecer no discurso de orientação da implantação dos serviços de saúde, os serviços aparecem concentrados no município de Salvador, enquanto existe a carência destes nas demais municipalidades.

Constata-se também que os aspectos positivos destacados em verde versam sobre o fortalecimento das municipalidades, empoderamento que permitiu que tais municípios coletivamente pudessem ofertar serviços que antes não conseguiam, pois os custos de serviços de MAC acaba sendo repartido pelos membros, permitindo a integralidade dos serviços, a partir de um arranjo cooperativo e solidário garantindo a prestação do serviço sem comprometer tanto o orçamento dos municípios menores. A ampliação na oferta de serviços de saúde disponível para os usuários é outro fator que contribui para efetivar o direito territorial à saúde, e elevar o nível da justiça distributiva.

Outros pontos que aparecem como construções positivas da regionalização diz respeito à integralidade e à ampliação da oferta territorial dos serviços de saúde, pois o objetivo é que a prestação do cuidado em saúde aconteça em rede, desde a atenção básica até os demais níveis de atenção. Ressaltando, a importância da primeira assistência na atenção básica dos usuários. Outro ponto positivo é o impacto no orçamento financeiro das municipalidades, visto que, a partir de um arranjo cooperativo e solidário garante a prestação do serviço de maneira integralizada, sem comprometer tanto o orçamento dos municípios menores.

A interferência política partidária aparece como impacto médio, de natureza ambígua, pois em alguns momentos contribuiu para o fortalecimento da regionalização, e em outros se torna uma barreira que impede a atuação dos atores regionais na negociação das políticas públicas de saúde, pois, é comum prefeitos e governador interferirem na regionalização, nem sempre com o objetivo de fortalecê-la, esvaziando a autonomia dos secretários de saúde. Da mesma forma, é possível identificar equívocos nas tomadas de decisões, embora exista o discurso de construção democrática da regionalização, nem todos os municípios dispõem do mesmo poder de fala, pois os posicionamentos dos municípios maiores tensionam os rumos das políticas, nem sempre compatível com os interesses da coletividade.

Na perspectiva da governança os impactos observados dizem respeito a algumas fragili

dades presentes na regionalização, considerando que esta é um processo inacabado e que seu desdobramento depende do engajamento político dos diferentes grupos sociais que lutam pelo direito a saúde. Os principais impactos dessa natureza são a falta de profissionais de saúde em algumas municipalidades e as assimétrias de poder que prejudica alguns municípios, principalmente os menores, portanto, os mais desassistidos na saúde. Além disso, nota-se também fragilidades na participação dos entes na tomada de decisões, mesmo a participação dos atores regionais sendo algo importante na construção da regionalização com justiça territorial, a dimensão da participação aparece com impacto negativo, em virtude do jogo de poder que favorece os municípios maiores. A gestão solidária dos serviços revela impacto médio, pois nela apesar de alguns esforços coletivo para fortalecer a regionalização solidária dos serviços, ainda prevalece a competição pelos recursos entre os entes.

Desta forma, a discussão da justiça espacial na regionalização da saúde é algo que pode contribuir para avançar na busca da justiça distributiva dos serviços de saúde, ao apontar a perspectiva da equidade no ato de implantação das políticas de saúde, obtém-se ganhos sociais na saúde. A partir das informações coletadas até aqui este debate possui uma relevância muito grande na busca democrática do direito territorial á saúde. A construção do SUS com justiça espacial é uma construção política, permeada de conflitos de diversas natureza, como não se trata de algo pronto, essa construção se dá em caminhos nem sempre favorável, considerando a justiça um valor social reflexo do anseio de cada sociedade em diferentes temporalidades.

Diante dos dados apresentados, nota-se que a regionalização dos serviços na Região de Saúde de Salvador apresenta uma série de desafios de natureza política, econômica e social. Percebe-se uma melhora qualitativa significativa na efetivação do direito territorial a saúde, especialmente pelo aumento expressivo na cobertura dos serviços de saúde disponíveis para usuários. O fortalecimento da rede de atenção aos usuários de forma integrada desde atenção básica até os serviços de média e alta complexidade mostrou-se ser uma preocupação dos entes envolvidos.

Os dados empíricos relevam também alguns pontos contraditórios, como por exemplo o esforço coletivo na construção de uma política solidária na gestão dos serviços, paralelo a competição e concentração desses serviços em algumas áreas. Como também a indução dos pontos discutidos em reuniões originados de demandas externas e não das necessidades territoriais.

4.0- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou responder a lacuna existente na geografia brasileira sobre a expressão territorial da saúde, resultado da dialética existente entre o espaço e a distribuição dos serviços de saúde, visando entender como a regionalização tem contribuído para ampliar o acesso aos serviços de saúde, tendo o conceito de justiça espacial como um horizonte analítico. Mesmo considerando que a justiça seja algo muito mais complexo e abrangente do que selecionar uma matriz teórica e analisá-la criticamente.

A escolha desse caminho teórico não pretende esgotar outras análises, nem trazer uma leitura totalizante. Privilegiar a lógica distributiva na compreensão da teoria da justiça espacial é uma tentativa de responder ao problema levantado na pesquisa, inscrito na lógica do cuidado em saúde, a partir da leitura do espaço/território, visando reduzir as desigualdades territoriais na saúde presentes no espaço regional destacado. O resgate do conteúdo político da justiça espacial, na análise da expressão territorial da saúde, oferece um caminho de possibilidades analíticas para efetivar de maneira justa a distribuição das políticas de saúde. Para isso, o espaço desempenha um papel central, pois, enquanto instância social, contém as condições necessárias para criar espacialidades (in)justas na saúde.

De acordo com os dados coletados, verifica-se que a regionalização da saúde, etapa posterior e de complemento ao localismo, trouxe melhorias no tocante ao aumento expressivo das políticas territoriais de saúde. Apesar da redução das desigualdades na cobertura territorial de saúde, nota-se também a (re)criação de desigualdades relacionadas a concentração das políticas de saúde em territórios que os condicionantes históricos, políticos e econômicos favorecem, como foi observado nos municípios de Salvador e Lauro de Freitas.

A regionalização surge da constatação de que os arranjos localistas na saúde protagonizados pelos municípios, apesar de avanços significativos no acesso à saúde, especialmente a atenção primária, não deram conta, no entanto, de sustentar os serviços de média e alta complexidade, porque são caros e exigem infraestrutura e recurso financeiro. Nesse contexto que o regionalismo na surge como uma escala de complementação de serviços importante, pois, nota-se a ampliação da cobertura dos serviços na Região de Saúde de Salvador, em virtude dos esforços dos atores que constroem a regionalização. Mesmo o localismo e o regionalismo surgirem de processos e etapas induzidos pelo poder central, e não a partir das necessidades territoriais empíricas, tais processos apresentam experiências

importantes na cobertura da saúde, e conseqüentemente, avançam na concretização do direito territorial à saúde.

Embora se perceba que a regionalização da saúde empodera os municípios na medida que possibilitam que juntos “somem forças” para ofertar serviços de saúde que antes não conseguiam sozinhos, em especial, os serviços ligados a MAC, a Região de Saúde é um importante arranjo institucional e espacial decisório nas políticas. Foi possível perceber as assimetrias de poder nesse espaço de negociação, sendo notória a interferência de municipalidades maiores no rumo das políticas, gerando competição entre os entes que fragilizam a integralidade e hierarquização dos serviços.

É evidente que o debate sobre a regionalização da saúde, se não vier acompanhada de um desenho de distribuição territorial justo das políticas de saúde, pode comprometer a regionalização solidária, pois a busca pela justiça espacial na saúde é algo processual, longe de ser uma linha reta, está sujeita a avanços e retrocessos em seu percurso, que depende da vontade política dos diversos atores envolvidos e de uma agenda social capaz de entender o direito à saúde como algo abrangente, muito mais que a simples oferta de serviços de saúde em um dado território.

Assim, observa-se, a partir dos dados analisados, que a regionalização possibilitou aos municípios organizar seus sistemas de saúde no sentido mais solidário e participativo, cujo interesse deve ser pautado na realidade sanitária. Os serviços e equipamentos de saúde tiveram um aumento bastante expressivo que corrobora para o entendimento de que uma maior disponibilidade de serviços pode significar mais justiça espacial na saúde.

A justiça espacial, enquanto uma ferramenta teórica de análise social, torna-se um horizonte de possibilidades para avaliar políticas sociais que visem melhorar a qualidade de vida das pessoas. Se a injustiça se manifesta no espaço e através dele ganha materialidade, ele, o espaço, enquanto produto social elaborado, oferece os meios e as condições necessárias para se criar espacialidades (in)justas. Uma concepção de justiça tem como objetivo principal ser um ponto de referência fundamental a partir do qual se estruturam as relações que ocorrem na sociedade, assim como oferecem elementos que contribuam para a superação das deficiências presentes no seu interior, especialmente as injustiças espacializadas (ZAMBAM, 2009).

Dessa forma, é possível identificar que os ganhos da regionalização dos serviços de saúde são imensos, mas ainda longe de satisfazer as necessidades territoriais. Aproximar a tomada de decisões dos atores regionais, que conhecem as necessidades territoriais de saúde, pode tornar as políticas mais efetivas, embora não seja uma garantia.

Foi possível perceber, também, que para dar algumas respostas sobre a permanência de deficiências em saúde nos territórios, a regionalização/SUS, esbarra justamente na questão financeira, pois o subfinanciamento paulatino da saúde tem se tornado um dos grandes desafios que a regionalização encontra para cumprir sua função social de cuidado em saúde. Além disso, foi possível identificar também um padrão de distribuição espacial desigual dos serviços de saúde, evidentemente, ligado ao poder e a capacidade desigual de negociação das municipalidades. O que acaba recriando e resignificando novas/velhas desigualdades no acesso territorial a saúde.

Assim sendo, a discussão da justiça espacial na regionalização da saúde é algo que pode contribuir para avançar na busca da justiça distributiva dos serviços de saúde. A partir das informações coletadas até aqui, este debate possui uma relevância muito grande na busca democrática do direito territorial à saúde. A construção do SUS com justiça espacial é uma construção política, permeada de conflitos de diversas naturezas, como não se trata de algo pronto, essa construção se dá em caminhos nem sempre favoráveis, considerando a justiça um valor social reflexo do anseio de cada sociedade em diferentes temporalidades.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F.L. A coordenação federativa no Brasil: **a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula**. *Rev. Sociol. Polít.*, v. 24, p. 41-67, 2005.

ALBUQUERQUE M. V. ET AL, LOZZI, L. F. **Desigualdades regionais na saúde**: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1055-1064, 2017.

ALBUQUERQUE M. V. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011)**: diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013.

ALBUQUERQUE, M. V et al. **Desigualdades regionais na saúde**: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (4): 055-1064, 2017.

ALMEIDA, C.; TRAVASSOS, C.; PORTO, S. & BAPTISTA, T. **A Reforma Sanitária Brasileira**: Em Busca da Eqüidade. *Research in Public Health, Technical Papers 17*. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde, 1999.

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. SOUZA, M.K.B. **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. Edufba: Salvador, 2015.

ALMEIDA, J. R.; BASTOS, A. C. S. Licenciamento Ambiental Brasileiro no Contexto da Avaliação de Impactos Ambientais. In: Cunha, S. B.; Guerra, A. J. T. *Avaliação e Perícia ambiental*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. p.77-113.

ARRETCHE, M. & Marques, E. **Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3):455-479, 2012.

ARRETCHE, M.T.S. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. 232p.

ARRETCHE, M. **Federalismo e políticas sociais no Brasil**: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo Perspect.*, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2002.

ARAÚJO, J. D.; FERREIRA, E.S.M.; NERY, G.C. Regionalização dos serviços de saúde pública: a experiência do estado da Bahia, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.7, n.1, p.1-19, 1973.

AROUCA, A. S. Crise brasileira e Reforma Sanitária. **Divulgação em Saúde Debate**, n.4, p.15-18, 1991. Apud: PAIM, J.S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2007. 300p.

ASSIS, M. M. A; NASCIMENTO, M. A. A.; FRANCO, T.B.; JORGE, M .S. B. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Edufba: Salvador, 2010.

ARRANJOS populacionais e concentrações urbanas do Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 167 p. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>

home/geociencias/geografia/geografia_urbana/arranjos_populacionais/default.shtm>. Acesso em: Setembro 2020.

Andre Luis Bonifácio de Carvalho. Washington Luiz Abreu de Jesus; Isabel Maria Vilas Boas Senra. **Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1155-1164, 2017.

BARBOSA, P. P. B. de C. *Releituras da geografia particular: a questão da regionalização e sua relação com o planejamento no Estado do Rio de Janeiro.* 2014. 259 p. Tese (Doutorado)-Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

BAHIA. **Plano Diretor de Regionalização: regiões de assistência em saúde.** Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, 2007a. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/> Acesso em: 21 jul. 2011.

BAHIA. **Resolução CIB 145/2007.** Aprova a nova proposta do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite do Estado da Bahia. Salvador: SESAB, 2007b.

BAHIA. Plano Estadual de Saúde 2008-2011. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.33, Supl.1, p.13-87, 2009.

BAHIA. DIPRO – Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regionalizada. I Encontro Estadual de Regionalização da Saúde no SUS-BA. **Os Colegiados de Gestão Regional como dispositivos da Regionalização do SUS “Cenários e Perspectivas”:** Análise da situação do CGMR na Bahia. Salvador: SESAB, 2010.

BAHIA. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015.** Salvador: SESAB/CES, 2012a. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional.*

BAHIA. **Resolução CIB nº 275/2012.** Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. SESAB: Salvador, 2012b.

BAHIA. **Resolução CIB nº 088/2013.** Aprova o Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite e das Comissões Intergestores Regionais do Estado da Bahia. Salvador: SESAB, 2013.

BAHIA. **Plano Diretor de Regionalização: regiões de assistência em saúde.** Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, 2007a. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/> Acesso em: 21 jul. 2011.

BAHIA. **Resolução CIB 145/2007.** Aprova a nova proposta do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite do Estado da Bahia. Salvador: SESAB, 2007b.

BAHIA. Plano Estadual de Saúde 2008-2011. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.33, Supl.1, p.13-87, 2009.

BAHIA. DIPRO – Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regionalizada. I Encontro Estadual de Regionalização da Saúde no SUS-BA. **Os Colegiados de Gestão Regional como dispositivos da Regionalização do SUS “Cenários e Perspectivas”:** Análise da situação do CGMR na Bahia. Salvador: SESAB, 2010.

BAHIA. **Lei nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014.** Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. Casa Civil. Diário Oficial do Estado da Bahia. Salvador, 2014.

BARROS, S. G.; VIANNA, M. I. P.; LIMA, S. L. Descentralização da saúde e utilização de serviços odontológicos em 11 municípios da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.33, n.3, p.372-387, 2009.

BENHABIB, Seyla. **The claim of culture: equality and diversity in the global era.** Princeton: Princeton University Press, 2002.

BISPO JÚNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.31, n.1, p.183-193, 2015.

BRASIL. **Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Diretrizes operacionais. Documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde, do dia 09 de fevereiro de 2006. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Decreto 7508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília, 2011.

BECKER, B. K.; BANDEIRA, P. S.; TORRES, H. *Reflexões sobre políticas de integração nacional e desenvolvimento regional.* Brasília, DF: Ministério da Integração Nacional, 2000. 177 p.

BERTRAND, N.; PEYRACHE-GADEAU, V. **Cohesion sociale et coherence territoriale: quel cadre de reflexion pour l'aménagement et le developpement?** *Géographie, économie, société*, v. 11, n. 2, p. 85-91, 2009.

BISCARDE, D. G. S. **Gestão regional do SUS nas Regiões Metropolitanas de Salvador e de Fortaleza:** instâncias, processos de pactuação e relações de poder. 299 f. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

BOUSQUAT, A. e COHN, A. **A dimensão espacial nos estudos sobre saúde:** uma trajetória histórica. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, vol. 11, 2004.

BUSSI, M.; DAUDE, E. **Le dilemme du prisonnier spatialise:** application aux cooperations territoriales. *Actes des Septièmes Rencontres de Théo-Quant*, 2005, 12 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva Sistema Único de Saúde (SUS):** instrumentos de gestão em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município:** garantindo saúde para todos / Ministério da Saúde,

Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 46 p. : il. color. – (Série B. Textos Básico de Saúde)

BRASIL, Ministério da saúde. **Temático regionalização da saúde**. Painel de indicadores do SUS, n 8vol. V. Brasília, 2013.

BRET, B. et al. *Justice et injustices spatiales*. Paris: Presses Universitaires de Paris Ouest, 2010. 322 p.

BRET, B. **Inegalite sociale et cohesion territoriale**: pour une lecture rawlsienne du territoire bresilien. *Géocarrefour*, v. 81, n. 3, p. 183-191, 2006.

BRET Bernard. **Justice et territoire, essai d'interprétation du Nordeste du Brésil**. Tesis de Estado, Université Paris I Panteón Sorbona, 2 volúmenes, 683 p. 2000.

CAJUEIRO, Juliana, P. M. **O processo de regionalização do Sistema Único de Saúde no Brasil nos anos 2000**: uma contribuição para o debate a partir do estudo da Região Metropolitana de Campinas. Campinas 2019. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Econômico do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas.

CÁTIA GUIMARÃES - **Desafios da gestão municipal do SUS**. EPSJV/Fiocruz | 07/01/2013.

CALVO MCM, Lacerda JT, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. **Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde**. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2016; 25(4):767-776.

CASTRO, Iná Elias. **O problema da escala**. In: Geografia: conceitos e temas. Organizado por Iná Elias de Castro; Paulo Cesar da C. Gomes; e Roberto Lobato Corrêa; 2ª edição, Editora Bertrand Brasil. Rio de Janeiro, 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CASTRO, A. A. Revisão sistemática e metanálise. 2001. 11p. Disponível em: <http://metodologia.orgwp-content/uploads/2010/08/meta1.pdf>

CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.5, p.1119-1131, 2007.

COELHO, T. H. B.; PAIM, J. S. Processos decisórios e prática de gestão: dirigindo a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1373-1382, 2005.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde** in: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde *Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (org.)* 8ª Edição – 2009.

CONSELHO NACIONAL DE GEOGRAFIA (Brasil). Resolução n. 72, de 14 de julho de 1941. Fixa o quadro de divisão regional do Brasil, para fins práticos, promove a sua adoção pela estatística brasileira e dá outras providências. *Revista Brasileira de Geografia*, Rio de Janeiro:

IBGE, v. 4, n. 1, p. 217-218, jan./mar. 1942a. Disponível em: < <http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=7115>>. Acesso em: Setembro 2020.

CORRÊA, Roberto Lobato. Região: **Tradição Demográfica**. Revista Brasileira de Geografia. volume 57 número 3 julho/setembro 1995. ISSN 0034-723X *R. bras.* ISSN 0034-723X.

CONTEL, Fabio Betioli. **As divisões regionais do IBGE no século XX (1942, 1970 e 1990)**. Terra Brasilis (Nova Série) [Online], 3 | 2014, posto online no dia 26 agosto 2014, consultado o 27/10/2020. URL : <http://journals.openedition.org/terrabrasilis/990> ; DOI : 10.4000/terrabrasilis.990.

CORIOLOANO MWL *et al.* **Vivenciando o processo de municipalização do SUS no município de Juazeiro do Norte (CE)**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2447-2454, 2010.

CUNHA ABO, Vieira-da-Silva LM. **Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(4):725-737, abr, 2010.

CUNHA, A. Gonçalves. **SOBRE O CONCEITO DE REGIÃO**. Revista de História Regional 5(2): 39-56. Inverno 2000.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.4, p.725- 737, 2010.

Daniels, N. **Porque a Justiça é Importante para nossa saúde**. Revista Ideias Campinas. IFCH-UNICAMP, v-1, n 2, 2011.

Decreto 7508. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em 30/11/2020. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html.

DEN BRULE, David Melo Van. **Justiça espacial e novas demarcações**. ACTA Geográfica, Boa Vista, v.12, n.30, set./dez. de 2018. Pp. 234-238. **Resenha da obra de SOJA, E. En busca de la justicia espacial**. Traducción: Carmen Azcárraga. Tirant Humanidades, Valencia, 2014.

DE MÁRIO, C. G. **Saúde e Justiça Social: uma análise doo sus a partir das teorias da justiça**. In: Estudos em políticas públicas: cidadania, desenvolvimento e controle social. Org. Wagner de Melo Romão; Orsi, R.A; Terence, A. C.F. 1 ed. São Paulo. Cultura acadêmica, 2014.

DIKEÇ, M. Space, politics and (in)justice / L'espace, le politique et l'injustice. In. FOL, S. *et al.* (Dir.). *Ségrégation et Justice Spatiale*. Paris: Presses Universitaires de Paris Ouest, 2013.

DINIZ, Célia Regina e SILVA, Iolanda Barbosa da. **O método dialético e suas possibilidades reflexivas: Metodologia científica**. – Campina Grande; Natal: UEPB/UFRN - EDUEP, 21. ed. 2008.

DIVISÃO do Brasil em mesorregiões e microrregiões geográficas. Rio de Janeiro: IBGE, 1990. v. 1. Título da capa: **Divisão regional do Brasil em mesorregiões e microrregiões geográficas**.

Disponível em: <[http:// biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=22269](http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=22269)>. Acesso em: Setembro 2020.

DIVISÃO do Brasil em mesorregiões homogêneas. *Sinopse Estatística do Brasil*, Rio de Janeiro: IBGE, v. 5, p. 27-43, 1977. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=7146>>. Acesso em: Setembro 2020.

DIVISÃO do Brasil em micro-regiões homogêneas 1968. Rio de Janeiro: IBGE, 1970. 563 p. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv13891.pdf>>. Acesso em: Setembro 2020.

DIVISÃO do Brasil em regiões funcionais urbanas. Rio de Janeiro: IBGE, 1972. 112 p. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv13622.pdf>>. Acesso em: Setembro 2020.

Divisão regional do Brasil em regiões geográficas imediatas e regiões geográficas intermediárias : 2017 / IBGE, Coordenação de Geografia. - Rio de Janeiro : IBGE, 2017.

DIVISÃO urbano-regional. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/default_divisao_urbano_regional.shtm>. Acesso em: Setembro 2020.

_____ Regiões de Influência das Cidades. IBGE, 2018.

DOURADO, D.A.; ELIAS, P.E.M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

DUARTE, A. C. **Regionalização- considerações metodológicas**. Boletim de Geografia Teórica. Rio Claro, 1980.

ESTEVE, J. M. Pascual. **Governança Democrática: construção coletiva do desenvolvimento das cidades**. 3 edição, Brasília-DF, 2016.

FALUDI, A. **Territorial Cohesion Post-2013: To whomsoever it may concern**. 24th AESOP Annual Conference, Finland, 2010.

FAISSOL, S. Planejamento e geografia: exemplos da experiência brasileira. *Revista Brasileira de Geografia*, Rio de Janeiro: IBGE, v. 50, n. especial, t. 2, p. 85-98, 1988. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=7115>>. Acesso em: Setembro 2020.

FALUDI, A.; PEYRONY, J. **Cohesion policy contributing to Territorial Cohesion: future scenarios**. The European Journal of Spatial Development, n. 43, p. 1-21, 2011.

FARINOS, J. **Gobernanza Territorial para el desarrollo sostenible: Estado de la cuestion y agenda**. Boletín de la A.G.E., n. 46, p. 11-32, 2008.

FARI, T. de Jesus Peixoto. **Políticas públicas e (in)justiça socioespacial nas favelas do rio de janeiro**, no contexto da organização dos mega-eventos esportivos, 2019.

FERRAO, J. **O ordenamento do território como política pública**. Lisboa: Fundacao Calouste Gulbenkian, 2011.

FONSECA, Antonio Angelo Martins da. **Justiça Espacial e Comarcas no Estado da Bahia**. Revista GeoTextos, vol. 13, n. 1, julho 2017.

FONSECA, A. A. Martins. **Localismo, desempenho institucional e (in)justiça territorial**, 2019.

FONSECA, A. A. M. Federalismo, descentralização e emergência de localismos no Brasil. In FONSECA, A. A. M. *et al*, *Estado, Território e a dinâmica das Fronteiras: reflexões e novos desafios*. Salvador, JM Gráfica e Editora, 2013. P. 159-186.

FONSECA, A. A. M.; SANTOS, L. L. F.; BOROWSKI, L. M. **O localismo e a busca pela justiça espacial no município de Jacobina**, Bahia. In: SILVA, A. C. P. (Org.). *Geografia política, geopolítica e gestão do território: racionalidades e praticas em multiplas escalas*. Rio de Janeiro: Gramma, 2016. p. 113-138.

FONSECA, A. A. M e RODRIGUÊS, J. N. **Trajetória institucional e governança no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Encontrado in: ORDENAMENTO TERRITORIAL URBANO-REGIONAL: território e políticas. Oliveira, M. P, Rogério Haesbaert, R., Rodrigues, J. N.(organizadores). Rio de Janeiro. Editora Consequência, 2021.

FONSECA, A. A. M. **localismo e território diante das dinâmicas globais**. Revista de Desenvolvimento Econômico-RDE. Ano VI. Nº 10 julho de 2005.

FONTES, P. A. C. **Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde**. Revista Bioética 2008 16 (1): 25 – 39.

FRASER, Nancy. **Scales of justice**. New York: Columbia University Press, 2008.

FLEURY, Sonia. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: Cebes / Editora FIOCRUZ, 2014.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A.M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

GBLER, Luciano e LONGHI, Alinise. **Aplicação da matriz de Leopold para avaliação expedita de impacto ambiental na produção de morangos: um estudo de caso em Ipê (RS)**. Ambiência Guarapuava (PR) v.14 n.3 p. 709 - 727 Set/Dez 2018 ISSN 1808 – 0251. DOI:10.5935/ambiencia.

GERVAIS-LAMBONY, P., & Dufaux, F. (2009). **Justice... spatiale!** *Annales de Géographie*, 665-666: 3-15. Porto Alegre 2009.

GEIGER, P.P. **Evolução da rede urbana brasileira**. Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais, 1967, 462p.

GRANJAA Ferreira, ET Al. **Equidade no Sistema de Saúde Brasileiro: uma teoria fundamentada em dados**. Revista Baiana de Saúde Pública. v.34, n.1, p.72-86 jan./mar. 2010.

GUIMARÃES, M. C. L. Processo decisório e conflitos de interesse na implantação da descentralização da saúde: um estudo das instâncias colegiadas na Bahia. **Caderno CRH**, n.39, p.105-132, 2003.

HARVEY, David. **A justiça social e a cidade**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1980.

HAESBAERT, R. *O mito da desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. 395 p.

HAESBAERT, Rogério. **Região, diversidade territorial e globalização**. Niterói: DEGEO/UFF, 1999.

_____. **Regional-global: dilemas da região e da regionalização na geografia contemporânea**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. 208 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Divisão Regional do Brasil em Regiões Geográficas Imediatas e Regiões Geográficas Intermediárias**. Rio de Janeiro : IBGE, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Divisão Urbano-Regional**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

_____. (Org.). **Tendências atuais na geografia urbano/regional: teorização e quantificação**. Rio de Janeiro: IBGE, 1978. 301 p. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv82352.pdf>>. Acesso em: Setembro 2020.

YOUNG, I. Marion. **Justice and the politics of difference**. New Jersey: Princeton University Press, 1990.

JACCOUD, L. E VIEIRA, L. S. **Federalismo, integralidade e autonomia no sus: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação**. rio de janeiro, julho de 2018.

JAJAMOVICH, Guillermo. “**Grandes proyectos urbanos alternativos o alternativas a los grandes proyectos urbanos: una revisión a partir del concepto de just city.**” *Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía* 28 (2): 394-407. doi: 10.15446/rcdg.v28n2.72090. 2019.

JESUS, W. L. A.; TEIXEIRA, C.F. Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2383-2393, 2010.

LEE, R. **Justicia territorial**. In: Johnston, R. *et al.* (Eds.). *Diccionario Akal de Geografía Humana*. Madri: Akal, 2000.

LECIONE, Sandra. **Região e Geografia**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

LEFEBVRE, Henri. **O direito à cidade**. São Paulo: Documentos, 1969.

LEIBLER, Laure e Alain MUSSET. **Um transporte para a justiça espacial? O caso do Metrocable de Medellín**. *Scripta Nova. Revista Eletrônica de Geografia e Ciências*

Sociais . [Em linha]. Barcelona: University of Barcelona, 1 de agosto de 2010, vol. XIV, nº 331 (48). <<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-331/sn-331-48.htm>>. [ISSN: 1138-9788].

LELOUP, F.; MOYART, L.; PECQUEUR, B. **La gouvernance territoriale comme un nouveau mode de coordination territoriale?** *Géographie, Économie, Société*, v. 7, n. 4, p. 321-332, 2005.

LEIBLER, L. MUSSET, A. **Un transport hacia la justicia espacial?** El caso Del metro cable y La comuna nororiental de Medellín, Colombia. In: *Scripta Nova*. www.ub.es/geocrit/sn/sn-331-48.html. Consulta: 30 de setembro de 2018.

LENIR SANTOS, GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS. **SUS Brasil: a região de saúde como caminho.** *Saúde Soc.* São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015.

LEVY, J. **Capital spatial. Le tournant géographique:** penser l'espace pour lire le monde. Paris: Belin, 1999.

LEVY, J. Capital spatial. In: LEVY, J.; LUSSAULT, M. (Dirs.). *Dictionnaire de la Géographie et de l'espace des sociétés*. Paris: Belin, 2003. p. 514-516.

LEOPOLD, L. B.; CLARKE, F. E.; HANSHAW, B. B.; BALSLEY, J. R. **A procedure for evaluating environmental impact.** U. S. Geological Survey, Washington: Geological Survey 1971. 13p. Circular 645.

LIMA L. D ET AL. **Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde:** diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. *Cad. Saúde Pública*, 2019.

LIMA, L. D.; VIANA, A.L.A. **Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde.** In: LIMA, L. D.; VIANA, A.L.A. (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil.** Rio de Janeiro: Contracapa, 2011. p.39-63.

LIMA, I. **A justiça territorial como horizonte ético da governança e a possibilidade amazônica.** In: *II Congreso Internacional SETED-ANTE: o governo dos territórios*, Santiago de Compostela, 2015, p. 175-189.

LIMA, L. D e VIANA, A. L. D. **Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros:** condicionantes históricos e político-institucionais. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 2012.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W .F.; PEREIRA, A. M. M. O pacto federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. In: UGÁ, M.A.D. et al. (Orgs.). **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro.** Fiocruz: Rio de Janeiro, 2010. p.27-58.

LIMA, L. D.; VIANA, A.L.A. **Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde.** In: LIMA, L. D.; VIANA, A.L.A. (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil.** Rio de Janeiro: Contracapa, 2011. p.39-63.

LIMA, Ivaldo. **Em favor da Justiça Territorial:** o encontro entre geografia e ética. *Revista Política e Planejamento Regional* - ISSN 2358-4556. RPPR – Rio de Janeiro – vol. 7, nº 2, maio a agosto de 2020.

MACHADO, Cristiani Vieira. **Sobre os rumos das políticas sociais e de saúde no Brasil pós 1988.** *Cad. Saúde Pública*, vol.29, n.10, 2013.

MACHADO, J.A. Pacto de gestão na saúde: Até onde esperar uma regionalização solidária e cooperativa? In: HOCHMAN, G. **Federalismo e políticas públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013a. p.279-300.

MAGNAGO, A. A. **A divisão regional brasileira: uma revisão bibliográfica.** *Revista Brasileira de Geografia*, Rio de Janeiro: IBGE, v. 57, n. 4, p. 65-92, out./dez. 1995. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=7115>>. Acesso em: Setembro 2020.

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde:** as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - DMPS/FCM/Unicamp. Campinas, 2001.

MARCUSE, P (2008), “**A justiça espacial:** a esses resultados e causas da Justice Sociale ”, *Revue Justice Spatiale / Spatial Justice*, en Línea <http://www.jssj.org/>.

MARCUSE, P. “**Spatial Justice:** Derivative but Causal of Social Injustice”. In: *Revue Électronique: Justice Spatiale, Spatial Justice*, 2008. <http://jssj.org> *Consulta:* 01/11/2010.

MELLO, G. A. ET AL VIANA, A. L. **Processo de regionalização do SUS:** revisão sistêmica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1291-1310, 2017.

MELLO E SILVA S. Bandeira, et al. **Rede Urbana e Educação em Roraima.** RDE - REVISTA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO Ano X Nº 18, Salvador, BA, 2008.

MELLO, G. A.; VIANA, A.L.A. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.19, n.4, p.1219-1239, 2012.

MENDES, Á, e LOUVISON. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde e Sociedade**, v.24, n.2, p.423-437, 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010. MOLESCINI, J. A.; FORMIGLI, V.L.A.; GUIMARÃES, M.C.L.; MELO, C.M.M. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.34, n.3, p.623-638, 2010.

MOLESINI, Joana, Angelica O. **A Regionalização da SUS no Estado da Bahia.** Palestra apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da UFBA (POSGEO), através do canal do Youtube, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2IW2-Czb3vw&t=4305s&pbjreload=101>. Acesso em 25. Nov. 2020.

MOLESCINI, J. A.; FORMIGLI, V.L.A.; GUIMARÃES, M.C.L.; MELO, C.M.M. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.34, n.3, p.623-638, 2010.

MONNERAT, G. L.; Senna, M. C. M. & Souza, R. G. **A reorganização dos serviços de saúde no cenário local.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3):509-521, 2002.

MUSSET, A. (dir.), *Sociedad equitativa, ciudad justa y utopía*. Disponível em <http://www.scribd.com/almusset2627>. Consulta: 01/11/ 2010.

NEVES, Maria do Céu Patrão. A alocação de recursos em saúde: considerações éticas. **Revista do Conselho Federal de Medicina**, Brasília, v. 7, n.2, 1999. Disponível em:< http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/307/446> Acesso em: 10 set. 2020.

NOGUEIRA, V. M. R e PIRES, D. E. P. **Direito à saúde: um convite à reflexão.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(3):753-760, mai-jun, 2004.

NORONHA JC, Lima LD, Machado CV. **O Sistema Único de Saúde – SUS.** In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.435-72.

NUNES, Juliana & FONSECA, Antonio Angelo Martins da. “**Cooperação e coesão territorial no pacto federativo brasileiro:** potencialidades e limites a partir de estratégias cooperativas intermunicipais nos estados da Bahia e do Rio de Janeiro”. In: *RUCKERT, A. A.; SILVA, A. C. P. da; SILVA, G. de V. (Orgs.). Geografia Política, Geopolítica e Gestão do Território: integração sul-americana e regiões periféricas. Porto Alegre: Editora Letral, 2018.*

PAIM, Jairnilson Silva. **A reforma sanitária e a municipalização.** *Revista Saúde e Sociedade*, 1(2): 29-47, 1992.

PAIM, Jairnilson Silva. **Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde:** o caso do SUS. *Saúde e Sociedade* v.15, n.2, p.34-46, maio-ago. 2006.

PAIM, J. S. A gestão do SUDS no Estado da Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**, v.5, n.4, p.365-375, 1989.

PEREIRA, Margarida e RAMALHETE, Filipa. **Planeamento e conflitos territoriais:** uma leitura na ótica da (in)justiça espacial. CEG- Centro de Estudos Geográficos. *Finisterra*, **LII, 104, 2017, pp. 7-24.**

PINHEIRO, M. E. C.; JESUS, L. M. M. Apoio institucional como diretriz de gestão da 7ª Diretoria Regional de Saúde, Bahia, Brasil. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v.18, supl.1, p.1135-1143, 2014.

PELEGRINI, M.L.M. de; CASTRO, J.D. de; DRACHLER, M. de L. **Equidade na alocação de recursos para a saúde:** a experiência do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 275-286, 2005.

PINAFO E *et al.* **Descentralização da gestão:** caminho percorrido, nós críticos e perspectivas *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1511-1524, 2016.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, n.114, p.179-195, 2001. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*.

PINAFO E *et al.* **Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5):1619-1628, 2020.

PONTES, B. M. Soares. **Região e regionalização no contexto da globalização:** a região sob diferentes óticas, no contexto do método dialético. *Cronos*, Natal-RN, v. 8, n. 2, p. 489-499, jul./dez. 2007.

PLANCHE, J. ***Société civile: un acteur historique de la gouvernance.*** Paris: Editions Charles Leopold Mayer, 2007.

PRECEDO LEDO, A. ***Nuevas realidades territoriales para el siglo XXI.*** Madri: Editorial Sintesis, 2004.

QUINTANILHA, F. R. **A concepção de justiça de John Rawls.** Porto Alegre Vol.3 – Nº. 1, p.33-44. Junho 2010.

KONDER, Leandro. **O que é dialética.** São Paulo, Brasiliense. Coleção primeiros Passos, 2003

RAWLS, Jonh. **Uma teoria da justiça.** São Paulo: Editora Martins Fontes, 1997.

RAWLS, John. 2008. ***Théorie de la Justice.*** Paris, Éditions Points, 2009.

REALINI, Guadalupe Granero. **Territorios de la desigualdad : política urbana y justicia espacial-** 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2017.

REIS, J. ***Ensaio de Economia Impura.*** Coimbra: Almedina, 2009.

REYES MATE, M. ***Tratado de la Injusticia.*** Barcelona: Anthropos, 2011.

Revista Baiana de Saúde Pública. Plano Estadual de Saúde 2016-2019./ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. v. 40, supl. 3, out./dez. 2016, Salvador, 2016.

RIVAS, Daniel Santana. **Explorando algumas trajetórias recentes da justiça na geografia humana contemporânea:** da justiça territorial à justiça espacial. *Cuad. Geogr. Rev. Colomb. Geogr.*, Volume 21, Número 2, p. 75 - 84, 2012. ISSN eletrônico 2256-5442. ISSN impresso 0121-215X.

RIBEIRO J.M.; COSTA N.R. da. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 22, p.173-220, dez. 2000.

ROJAS, A. M. A. **(Des) Igualdad socio espacial y justicia espacial: nociones clave para una lectura crítica de la ciudad.** *Polis*, Revista Latinoamericana, Volumen 12, Nº 36, 2013, p. 265-287.

SANTOS, Milton. **O Espaço do Cidadão.** Edição 7, Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

SANTOS, Milton. **Espaço e Método.** 5 edição, Editora da Universidade de São Paulo, 2014.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção.** - 4. ed. 2. reimpr. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SANTOS, Milton. **Por uma Geografia Nova: dá crítica a geografia a uma geografia crítica.** 6 ed. 2.reimpr.- São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2012.

SANTOS, Milton. **Metamorfoses do Espaço Habitado: Fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia.** Editora Hucitec, São Paulo, 1988.

SANTOS, A. Maia dos, e ASSIS M. M. Araújo. **Processo de regionalização da saúde na Bahia: aspectos políticos-institucionais e modelagem dos territórios sanitários.** Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional, 2016.

SANTOS, A. M. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2013.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas na gestão em região de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.48, n.4, p.622-631, 2014.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos.** Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Conasems/Idisa: Brasília/Campinas, 2007.

SANTOS, V. P.; ALMEIDA, P. F. Estratégias de regionalização para garantia do cuidado integral em saúde: o caso de uma Comissão Intergestores Regional no Estado da Bahia. In: ALMEIDA, P.F.; SANTOS, A.M. SOUZA, M.K.B. **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde.** Edufba: Salvador, 2015. p.239-257.

SANDEL, M. *Le Libéralisme et les Limites de la Justice.* Paris, Seuil, 1999.

SENNA, M. C. M. . **Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):203-211, 2002.

SILVA, C. M. **A princesinha do sertão agora é metrópole?!** Uma análise do processo de metropolização de Feira de Santana. Dissertação de Mestrado em Geografia. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

SILVA, E. C; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Saúde e Sociedade**, v.22, n.4, p. 1106-1116, 2013. SILVA, E. C; GOMES, M. H. A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Saúde e Sociedade**, v.23, n.4, p.1383-1196, 2014.

SIQUEIRA-BATISTA, R. & Schramm, F. R **A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen.** Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):129-142, 2005.

SOARES, L. T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina.** 2 ed. v.78. São Paulo: Cortez, 2002. (Questões da nossa época).

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.30, n.2, p.332- 348, 2006.

SOLLA, J. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

SOUZA, L. E. P. F. **SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão**. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):911-918, 2009.

SOARES, J. Roberto Henrique S; et al Bezerra, A. C. Vasconcelos. **A Regionalização na saúde: do conceito Geográfico à prática política**. IX Simpósio Nacional de Geografia da saúde. Blumenau, Santa Catarina, 2019.

SOJA, E. W. **The city and spatial justice**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2010.

SOJA, E. W. 2010. **The City and Spatial Justice**. In: *Revue Électronique: Justice Spatiale, Spatial Justice*, <http://jssj.org> . 2008. Consulta: 1 de novembro.

SCATENA, J. **Regionalização é caminho sem volta**. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/regionalizacao-e-caminho-sem-volta/>> Acesso em: 07 jul.2015.

TEIXEIRA L, Mc Dowel MC, Bugarin M. **Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma análise à luz da Teoria dos Jogos**. *Rev. Bras. Econ.* 2003; 57(1):253-281.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; ARAÚJO, E. C.; FORMIGLI, V. L. A.; COSTA, H. G. O contexto político-administrativo da implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.9, n.1, p.79-84, 1993.

VASCONCELLOS, S. C. **A problemática do financiamento da atenção básica nos municípios no período do Pacto pela Saúde (2006-2010): o caso do Estado da Bahia**. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2013, 158p.

VIANA; A. L. D.; IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; LIMA, L. D.; ALBUQUERQUE, M.V.; IOZZI, F.L. **Novas perspectivas para a regionalização da saúde: São Paulo em Perspectiva**. São Paulo: Fundação Seade, v.22, n.1, p.92-106, 2008.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. Avaliação nacional das Comissões Intergestoras Bipartite (CIBs): as CIBs e os modelos de indução da regionalização no SUS. **Relatório síntese estadual Bahia**. USP/Fiocruz: 2010.

VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A; CHAVE, S. C. L.; SILVA, G. A. P.; PAIM, J. S. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.2, p.355-370, 2007.

VIEIRA, Silva LM et al. **Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):355-370, fev, 2007.

VIEGAS, S. M. F; e Penna, C. M. M. **O SUS é universal, mas vivemos de cotas.** Ciência & Saúde Coletiva, 18(1):181-190, 2013.

VIANA, A. L. A; BOUSQUAT, A; MELO, G. A.; NEGRI FILHO, A.; MEDINA, M. G.; **Regionalização e Redes de Saúde.** In Ciência & Saúde Coletiva. [S.I.] V. 23, n. 6. 2018. pp. 1791-1798.

VIANA, A. L. 'D'Ávila; LIMA, ET AL. **Contribuições para o debate sobre regionalização e saúde.** Caderno de Saúde Pública, 2019.

VIANA, A. L. A. ET AL, LIMA, L. D. CORDEIRO. **Política de saúde e equidade.** são paulo em perspectiva, 17(1) 2003.

VITA, de Álvaro. **A justiça igualitária e seus críticos.** São Paulo: Unesp, 1999.

RIBEIRO, WAGNER COSTA. **Justiça Espacial e Justiça socioambiental:** uma primeira aproximação. ESTUDOS AVANÇADOS 31 (89), 2017.

ZAMBAM, NEURO JOSÉ. **A teoria da justiça de Amartya Sen:** liberdade e desenvolvimento sustentável. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

SITES PESQUISADOS <http://www5.saude.ba.gov.br/obr/> Acesso em 10/08/2019.

ANEXOS

ENTREVISTA PARA OS MEMBROS DA CIR (COMISSÃO INTERGESTOR REGIONAL)

Essa entrevista é parte da conclusão do Projeto de Pesquisa de Mestrado em Geografia realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia da UFBA, no Instituto de Geociências, de autoria de *Marlison dos Anjos Carvalho*, sob a orientação do Professor *Drº Antônio Ângelo Martins da Fonseca*. Atesto que as informações aqui obtidas possui o objetivo somente para fins acadêmicos, não sendo permitido o uso e divulgação para nenhum outro meio, sob a

responsabilidade do autor/pesquisador. Qualquer informação entrar em contato com o autor através do *telefone* (71) 98951-5133, Email: Marlison.ufba@gmail.com, e o programa através do telefone: (71) 3283-6017 e Email: ppgeogr@ufba.br.

O questionário está estruturado a partir de três eixos/dimensões.

1- DIMENSÃO DA REGIONALIZAÇÃO

Acho que você também deveria elaborar questões sobre a CIR

Também é importante você deixar claro nas entrevistas sobre a dimensão da regionalização: se é a macro ou a região;

Na CIR, é importante conversar com o coordenador adjunto e com o coordenador geral do núcleo regional (macrorregião);

Fique atento sobre as perguntas em relação a justiça espacial. Reveja a sugestão da banca em relação questão central. Ou seja, retira o termo justiça espacial e se concentrar no oferecimento de serviços.

Você também deve entrevistar o representante do Conselho municipal de Saúde (Salvador e, se possível, dos outros municípios da região); Representante do Conselho estadual de Saúde, representantes do COSEMS e da CONASEMS; e representante do Consórcio e da policlínica da região, caso haja.

- 1- Nome?
- 2- Formação?
- 3- Secretário (a) de saúde de qual município?
- 4- Quanto tempo atuando como secretário (a) de saúde?
- 5- Quais são as vantagens e desvantagens da regionalização do SUS para o acesso aos serviços de saúde?
- 6- Como era antes da regionalização?
- 7- Quais são os principais desafios que a regionalização encontra para efetivar o acesso aos serviços de saúde na região de saúde de Salvador?
- 8- Quais são os caminhos para construir a regionalização solidária prevista nas diretrizes do SUS?
- 9- Como é possível avançar Do SUS que temos para o SUS que necessitamos?
- 10- Qual impacto dos recursos financeiros nos serviços regionalizados?
- 11- Houve leitos de UTI-covid implantado na pandemia? A quantidade foi suficientemente adequada a demanda?

Em relação a dimensão da governança

- 1- Quem são os atores que decidem as políticas de saúde na CIR?
- 2- Há participação democrática nas decisões tomadas?
- 3- Há interferência ou influência de outros agentes sociais (medicina privada - (Clínicas, Planos de Saúde; Ministério Público; políticos; imprensa; hospitais; etc) na dinâmica e funcionalidade da CIR e da regionalização do SUS?
- 4- Qual o papel da CIR no oferecimento e na distribuição mais equitativa de serviços de saúde na região de saúde de salvador?
- 5- Qual o papel do Conselho Municipal e estadual de Saúde?
- 6- Quais os critérios para implantação de equipamentos e serviços de saúde?
- 7- Porque existe a concentração de serviços e equipamentos de saúde no município de salvador e a falta deles em outros municípios da região de saúde?
- 8- Qual o papel do município de salvador nas negociações das políticas de saúde na CIR?
- 9- Como ocorre as negociações envolvendo a CIR, a CIB e a CIT? Há imposição das escalas estadual e federal?
- 10- Os municípios da região são solidários entre si?
- 11- Como ocorrem as pactuações dentro da região? Há muita disputa municipal?
- 12- Como é atuação dos prefeitos e do representante do Estado na regionalização da saúde?
- 13- Como você acha que a política partidária interfere na regionalização do SUS?
- 14- Existe a governança solidária dos recursos de saúde como determina as diretrizes do SUS?
- 15- Quais são os principais desafios e barreiras encontradas na governança regional da saúde?

Em relação a dimensão da justiça espacial

- 1- Como ocorre a distribuição dos serviços e equipamentos de saúde na região de saúde?
- 2- Como os municípios mais pobres são tratados no processo de distribuição dos serviços?
- 3- É uma distribuição de serviços equitativa?
- 4- O critério da equidade possui relevância quando os serviços de saúde são ofertados?
- 5- Quais as estratégias da CIR para que as políticas de saúde sejam efetivadas nos territórios?
- 6- Quais as barreiras para distribuir os serviços de saúde na região de saúde?
- 7- Do seu ponto de vista, quais melhorias a regionalização trouxe na região de saúde de salvador?
- 8- Na sua opinião de que forma a regionalização empoderou/fortaleceu os municípios da região de saúde?
- 9- O que você considera injusto na regionalização da saúde?
- 10- Você acha que a atual regionalização da saúde, na região de saúde de salvador, satisfaz a necessidades de saúde dos territórios sanitários? Quais são principais deficiências e conflitos?

Entrevista de Mestrado aplicado aos Secretários de Saúde da RSS

A pesquisa intitulada “ **regionalização e justiça espacial na região de saúde de salvador**” possui o objetivo de verificar se a distribuição dos serviços de saúde ocorre de maneira justa. A pesquisa busca responder a uma lacuna existente na geografia sobre a relação do espaço e a distribuição dos serviços de saúde, no sentido de entender a expressão territorial da saúde. A pesquisa já passou pela etapa de qualificação e já foi submetida ao conselho de Ética da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Eu, Marlison dos Anjos Carvalho, RG-14543385-47, residente da Rua da Mangueira, nº 5, no Bairro de Baiacu, no município de Vera Cruz-BA. Tel: (71) 98951-5133, Email: marlison.ufba@gmail.com. Autor da pesquisa, sobre a orientação do professor Drº. Antônio Ângelo Martins da Fonseca, declaro que as informações aqui coletas possui o objetivo somente de fins acadêmicos, portanto, não autorizada o seu uso e divulgação para outros fins, sob a pena de responder as penalidades cabíveis conforme a lei.

A entrevista está dividida em três eixos, ou dimensões: dimensão da regionalização; dimensão da governança; e dimensão da justiça espacial, com objetivo de colher o olhar dos/das secretários (as) de saúde acerca da regionalização da saúde na região de saúde de salvador.

Em relação a dimensão da regionalização

12- Formação e trajetória até se tornar secretário (a) de saúde ?

- formação na área da saúde
 Outra área

13- Quanto tempo atuando como secretário (a) de saúde?

- Entre 1 a 2 anos
 Entre 2 a 4 anos
 Mais de 5 anos

14- Quais são as vantagens e desvantagens da regionalização do SUS para o acesso aos serviços de saúde?

15- Quais são os principais desafios que a regionalização encontra para efetivar o acesso aos serviços de saúde na região de saúde de Salvador?

- Recurso financeiro incompatível com as necessidades em saúde dos territórios
 Infraestrutura inadequada dos municípios
 Interferência política/partidária
 Escasses de recurso humano e profissionais
 Outro (s) _____

16- Qual o papel das corporações (medicina privada e empresas privadas) na regionalização do SUS?

- Não exerce nenhum papel relevante.
 Exerce o papel de complementariedade dos serviços.
 Contribuiu para fragmentar o SUS.
 Ampliam as barreiras do acesso a saúde como direito básico.

17- Quais são os caminhos para construir a regionalização solidária prevista nas diretrizes do SUS?

- Gestão solidária dos serviços pelos entes municipais
 Oferta dos serviços de acordo com as necessidades.
 Participação democrática nos espaços de tomadas de decisões.
 Outro (s) _____

18- Qual impacto dos recursos financeiros nos serviços regionalizados?

- Não gera impacto.
 Orçamento limitado compromete a efetivação da agenda planejada pelos municípios que compõe a região de saúde.
 Impede que a regionalização cumpra seu papel.

Em relação a dimensão da governança

16- Quem são os atores que decidem as políticas de saúde na CIR?

17- Há participação democrática nas decisões tomadas?

- Sim.
 Não.

- 18- Qual o papel da CIR na melhoria dos serviços de saúde na região de saúde de salvador?
- () Não execulta nenhuma atividade importante.
 - () Planejamento das ações a serem executadas nos municípios da região de saúde.
 - () Fortalecimento dos municípios.
 - () Atua no sentido de fazer uso racional e estratégico dos recursos de saúde.
- 19- Quais os critérios para implantação de equipamentos e serviços de saúde?
- () Critério da equidade/necessidades.
 - () Infraestrutura.
 - () Não existe critério preciso.
 - () Localização geográfica.
- 20- Porque existe a concentração de serviços e equipamentos de saúde no município de salvador e a falta deles em outros municípios da região de saúde?**
- () Infraestrutura inadequada dos demais municípios
 - () Pela capacidade de influência que o município de salvador exerce no momento de tomadas de decisões.
 - () Falta de articulação dos demais municípios.
- 21- Como é atuação dos prefeitos e do representante do Estado na regionalização da saúde?**
- () Não têm participação efetiva.
 - () Criam algumas barreiras que impede os (as) secretários (as) de terem atuação mais proativa na gestão da saúde.
 - () Têm pouca sensibiliddae sobre a importância da regionalização da saúde.
 - () Compreendem o papel da regionalização dos serviços de saúde e atuam para seu fortalecimento.
- 22- Existe a governança solidária dos recursos de saúde como determina as diretrizes do SUS?**
- () Sim.
 - () Não.
 - () Os municípios maiores exercem mais influência na tomada de decisões sobre as políticas de saúde.
 - () Existe competição entre os municípios pelos recursos de saúde na mesma região de saúde.
- 23- Quais são os principais desafios e barreiras encontradas na governança regional da saúde?**

EM RELAÇÃO A DIMENSÃO DA JUSTIÇA ESPACIAL

- 11- **O que é preciso para tornar a distribuição dos serviços de saúde justa?**
- () Solidariedade entre os municípios.
 - () Mais engajamento e articulação da CIR.
 - () Orçamento compatível com as necessidades territoriais de saúde.
 - () Desconcentração de serviços para os demais municípios.

12- **O critério da equidade possui relevância quando os serviços de saúde são ofertados?**

() Sim.

() Não.

13- **Quais as estratégias da CIR para que as políticas de saúde sejam efetivadas nos territórios?**

14- **Do seu ponto de vista, quais melhorias a regionalização trouxe na região de saúde de Salvador?**

15- **Na sua opinião de que forma a regionalização empoderou/fortaleceu os municípios?**

16- **O que você considera injusto na regionalização da saúde?**

Entrevista de Mestrado aplicado ao Conselho Municipal de Saúde de Vera Cruz

A pesquisa intitulada “ regionalização e justiça espacial na região de saúde de Salvador” possui o objetivo de verificar se há justiça espacial na distribuição de serviços e equipamentos de saúde. A pesquisa busca responder a uma lacuna existente na geografia sobre a expressão territorial da saúde, no sentido de entender a relação do espaço e a distribuição dos serviços de saúde. A pesquisa já passou pela etapa de qualificação e já foi submetida ao conselho de Ética da Universidade Federal da Bahia (UFBA). A pesquisa é desenvolvida por Marlison dos Anjos Carvalho, RG-14543385-47, sob a orientação do professor Drº. Antônio Ângelo Martins da Fonseca, no programa de Pós-Graduação em Geografia (POSGEO), da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Declaro que as informações aqui coletas possui o objetivo somente para fins acadêmicos, portanto, não autorizadas para uso e divulgação em outros fins.

1- Formação do profissional

() Área da Saúde

() Outra área

2- Dos itens a seguir, quais os principais dificuldades em saúde no município ?

() Falta de profissionais de saúde;

() Oferta de serviços não compatível com as necessidades de saúde.

() Infraestrutura inadequada.

() Pouco diálogo com as instâncias superiores.

() Recurso financeiro incompatível com as demandas de saúde.

() Equipamentos de saúde deficientes.

() Outro (s) _____

3- O que você considera injusto na saúde de seu município?

4- O que você considera ser necessário para elevar os níveis de justiça na saúde?

5- A política partidária interfere na saúde

- () Sim
- () Não

6 - A interferência é positiva ou negativa, porquê?

CÓPIA DE ATA DE REUNIÕES DA CIR DE 2013

07/05/2013 - REUNIÃO ORDINARIA REALIZADA - REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR

ATA:

Ata da 1ª Reunião Ordinária de 2013 Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde de Salvador Às nove horas do dia sete de maio de dois mil e treze, na sede da 1ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES), localizada no município de Salvador, reuniu-se a Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde de Salvador, sob coordenação de Joana Angélica Oliveira Molesini da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), estando presentes: Hadson Namour Rocha de Mattos - membro efetivo da Sesab nível central, Eliete Batista dos Santos - membro efetivo regional da Sesab, Antonio Sergio Campos Sousa - Secretário de Saúde de Saubára, Ademildes Santos de Souza - Secretária de Saúde de Vera Cruz, Bruno Garcia Barreto - Secretário de Saúde de Lauro de Freitas, Emerson Gomes Garcia - Secretário de Saúde de São Sebastião do Passé, Mary Guiomar Almeida Rocha - Secretária de Saúde de Santo Amaro, Micheline Marx da Hora -Secretária de Saúde de Itaparica, José António Rodrigues Alves – Secretário de Saúde de Salvador tendo como pautas: Encaminhamentos para implantação para novo Regimento CIB/BA e CIR; Definição da hora, local e agenda de datas do ano de 2013; Eleição do coordenador adjunto; Avaliação dos documentos encaminhados até então. Joana Molesini inicia a reunião apresentando a pauta e o Observatório Baiano de Regionalização (OBR); no seguimento inicia o primeiro ponto de pauta destacando: o Art.22 do regimento que trata do quórum para funcionamento da CIR, ficando decidido que, como o plenário é de 13 membros o quórum mínimo número será de sete participantes para instalação das reuniões da CIR; o Art. 25 que trata da organização desta; e o Art. 24 que trata do funcionamento. (Ainda nesta pauta, José Antonio Alves destaca a Alínea II a), do Art. 8º, que trata da substituição do Secretário pelo Subsecretário, e ressalta que pode ser substituído por alguém designado pela gestão, com status de Subsecretário, ainda que não seja oficialmente designado nesta função. Joana Molesini complementa que o artigo em questão se refere aos municípios com população acima de cem mil habitantes e esclarece que deve existir uma lei municipal que ampare a substituição. Em seguida, foi permitido os informes: Joilda Gomes - Conselheira do Conselho Estadual de Saúde (CES) fala sobre a 4ª Plenária Nacional de

Conselheiros de Saúde que pela primeira vez na Bahia acontecerá plenárias descentralizadas para as macroregiões, finalizando no dia 15 de agosto com a plenária estadual, pede apoio dos gestores municipais e representantes do Estado, em especial da 1ª Dires, para que possam garantir a participação de 04 conselheiros municipais de saúde para participar da plenária desta Região de Saúde que acontecerá no dia 09 de julho. Informa ainda sobre a Resolução 01/2013 do CES, que trata de uma recomendação para todos os secretários de saúde quanto ao funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS); André Gomes – técnico da 1ª DIRES informa o solicitação do grupo condutor da Rede Cegonha para avisar de reunião que acontecerá no dia 14 de maio, também no auditório da 1ª Dires, para tratar do monitoramento desta rede. Emerson Garcia, fala sobre a dificuldade que o município vem tendo para implantação da rede cegonha. José Antonio Alves propõe que as proposições, decisões, deste Colegiado devem ser enviadas sem demanda de estudo. Joana Molesini retoma o Art. 40 do regimento para esclarecer como deve funcionar a reunião da CIR, e destaca que as decisões a serem tomadas por este colegiado serão validadas pela assinatura da ata e a publicização no observatório e faz a recomendação de que os municípios que tenham questões sobre a rede cegonha e de urgência e emergência produzam um relatório e demandem via Formulário 1 solicitando pauta a CIR. Seguindo o segundo ponto de pauta, a Coordenadora sugere que as reuniões aconteçam nas quintas ou sextas. Após posicionamento de todos ficou deliberado pelos membros da Comissão que as reuniões da CIR Salvador deverão acontecer nas primeiras sexta-feira do mês, no período da tarde iniciando às 14:00h, na sede da 1ª DIRES, localizada no município de Salvador. No 3º ponto de pauta que trata da eleição do Coordenador Adjunto, Joana Molesini abre para discussão e a sugestão de nomes. O Secretário de Saúde de Salvador faz uma colocação de que como é membro nato da CIB/Ba sugere que seja escolhido um outro secretário para a função em questão. Emerson Garcia pleiteia a função sendo aprovado por unanimidade. Inicia-se então a discussão sobre as solicitações que se acumularam no período de transição para a aprovação do novo regimento da CIB/BA. José Antonio Alves faz uso da fala para explicar as solicitações do município de Salvador começando pelo uso do papel filtro nos exames de pré-natal e explica que Salvador tem um laboratório central com 40 postos de coletas e propõe que este município se retire da pactuação para a realização deste exame no pré-natal considerando que a sorologia tradicional é mais viável e eficiente para a gestão municipal. Cristiane Macedo – técnica da Sesab faz uma ponderação que esta solicitação já foi enviada a SESAB e que esta deverá ser encaminhada por esta CIR á CIB para deliberação, e destaca que o exame com papel de filtro agiliza o procedimento. José Antonio Alves fala que até então não chegou o papel filtro desde o período que fora pactuado há um ano, o que foi confirmado pelos outros secretários. Enfim, José Antônio Alves sugere que seja executado o recurso de 2012, ainda não gasto como foi pactuado, mas que o recurso de 2013 seja retirado o município de Salvador para realização do exame em questão e o recurso para este fim seja repassado para a gestão municipal. Joana Molesini sugere que se faça o preenchimento do Formulário 4 de encaminhamento de proposições com o assunto e encaminhe a CIB/Ba. Outro ponto trazido pelo Secretário de Saúde de Salvador foi a mudança de localização de uma UPA do Distrito Sanitário da Boca do Rio para o Distrito Sanitário de Paripe, situação que não implica em envolvimento de recursos do teto estadual, e, portanto foi acordado que seria aprovado em forma de decisão como indicado no regimento. Ainda no tema da Urgência e Emergência José Antônio fala sobre o Pronto Atendimento da Boca do Rio, onde o município fará os investimentos necessários para adaptação da unidade transformando-a em UPA para

recebimento de custeio do Ministério da Saúde. Joana Molesini encaminha para o preenchimento do Formulário 4 de proposição a CIB/Ba. Emerson Garcia, fala sobre a aprovação da sala de estabilização, e propõe a retificação da ata da reunião do mês de março de 2012, incluindo o nome dos municípios de Madre de Deus, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Saubára e Salvador para encaminhamento ao Ministério da Saúde (MS), tendo em vista que o pleito destes municípios foi aprovado, mas a ata anterior não especificou o nome de cada um deles. Emerson Garcia fala ainda sobre o SAMU 192 do município de São Sebastião e demonstra interesse em ampliar o SAMU do município com uma Unidade de Suporte Avançado (USA), ficando o consenso do grupo de encaminhar a proposição a CIB/Ba para ampliação do SAMU no município pleiteante. Mary Rocha fala sobre já ter feito alguns pleitos á SESAB para ampliação de serviços. Joana Molesini recomenda a secretária de Santo Amaro que seja feito a solicitação de pauta a CIR Salvador através de formulário próprio disponível no Observatório Baiano de Regionalização para discussão neste colegiado. O gestor do município de Saubára manifesta interesse em implantar o SAMU no município, considerando que a unidade foi recebida e devolvida pelo gestor anterior ao MS sendo transferida para o município de Santo Amaro. Joana Molesini encaminha que o gestor deve fazer o projeto novamente e encaminhar para pauta na CIR. Micheline Marx pleiteia a implantação de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e André Gomes - servidor da 1ª DIRES traz o pleito do município de Madre de Deus para mudança de modalidade do NASF do tipo II para tipo I. Estas duas últimas solicitações foram consideradas assuntos relevantes e aprovado pelo plenário indicando como proposição a ser encaminhada a CIB/BA. Em seguida, a Senhora Coordenadora agradeceu a presença de todos e declarou encerrada a sessão. Não havendo mais o que tratar, eu, Jamille Queiroz, lavrei a presente ata que por decisão do plenário será submetida aos membros da CIR Salvador através e-mail para apreciação e devolução após 48 horas, contando dias de expediente, para retornar com sugestão de correção. Após este prazo será feita a revisão final para assinatura dos membros presentes na reunião e considerada aprovada. Salvador, 07 de maio de 2013. Membros presentes: Ademildes Santos de Souza Antonio Sergio Campos Sousa Eliete Batista dos Santos Emerson Gomes Garcia Hadson Namour Rocha de Mattos Joana Angélica Oliveira Molesini Jose Antonio Rodrigues Alves Mary Guiomar Almeida Rocha Micheline Marx da Hora

07/06/2013 - REUNIÃO ORDINARIA REALIZADA - REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR

ATA:

Ata da 2ª Reunião Ordinária de 2013 Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde de Salvador Às quatorze horas do dia sete de junho de dois mil e treze, na sede da 1ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES), localizada no município de Salvador, reuniu-se a Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde de Salvador, sob coordenação de Joana Angélica Oliveira Molesini da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), estando presentes: Antonio Sergio Campos Sousa - Secretário de Saúde de Saubára, Ademildes Santos

de Souza - Secretária de Saúde de Vera Cruz, Emerson Gomes Garcia - Secretário de Saúde de São Sebastião do Passé, Nerides de Santana Santos Cirne – Secretária de Saúde de Madre de Deus, Jossinei de Castro da Silva Membro Efetivo regional, Mary Guiomar Almeida Rocha – Secretária de Saúde de Santo Amaro, Marta Rejane Montenegro Batista – Diretora Geral de Regulação de Salvador (representante do Secretário de Saúde do município de Salvador que fez a justificativa de ausência devido estar participando de um workshop com outros secretários e o prefeito do município desta cidade), Micheline Marx da Hora -Secretária de Saúde de Itaparica. Após conferência do quorum, Joana apresentou as pautas e iniciou a reunião fazendo os informes sobre a data da próxima reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que será dia 10 de junho no Centro de Convenções da Bahia e o Seminário denominado Articulação Interfederativa no SUS: o contexto de implementação do decreto 7.508/11 que terá como público alvo Secretários Municipais de Saúde que ocorrerá nos dias 11 e 12/06/2013, também no Centro de Convenções da Bahia. Informou que neste seminário ocorrerá a apresentação pela SESAB da versão atualizada do Manual de construção dos Planos Municipais de Saúde, o lançamento da Política de Hospital de Pequeno Porte (HPP) e o Telessaúde Redes na Bahia. Verificou se que todas as pautas são de proposição, exceto sobre a implantação da sala de estabilização do Município de São Sebastião do Passé, assunto que se estende aos municípios de Madre de Deus, São Francisco do Conde, Saubára e Salvador, já tratado na reunião anterior de sete de maio do ano de dois mil e treze. Os secretários Emerson Garcia e Antonio Sergio explicaram que foi recolocado como pauta porque o Ministério da Saúde não aceitou a ata anterior argumentando que as informações estão incompletas. Joana fez contato telefônico com um Técnico do Ministério da Saúde (MS) para verificar qual pendência na redação da ata enviada para a devida apreciação da plenária. Foi informada deveria ser enviado outro documento ao MS ficando claro que o pleito dos municípios faz parte do Plano da Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado da Bahia. Como todos os presentes confirma já ter resolução da CIB/Ba aprovando o plano em questão, ficou decidido que Joana identificará a resolução, elaborará o documento que será assinado, por delegação da plenária, pela mesma como Coordenadora da CIR – Salvador e Emerson Garcia como Coordenador Adjunto. Seguiu-se então a ordem da pauta com o pleito do Município de Itaparica, dando a palavra a Micheline Marx da Hora - Secretária de Saúde de Itaparica que alegou o município não receber no Fundo Municipal de Saúde recursos para o custeio do CAPS que a levou apresentar o projeto solicitando credenciamento desta unidade. A solicitação foi aprovada, devendo ser encaminhada o projeto e a solicitação de exame do pleito a CIB/BA. Segue a pauta com o pleito do município de Madre de Deus solicitando implantação de CAPS, o representante informa que recaem sobre o município os custos dos serviços de Saúde Mental (SM) há alguns anos, mas há necessidade de complementação de recursos proveniente do MS, até por que o município vem recebendo demandas flutuantes de cidades vizinhas, especialmente Salvador, que tem uma população muito próxima. Concluiu que o critério populacional do MS esta prejudicando o município de prestar atenção à saúde adequada a sua população. Os membros aprovaram a solicitação do município e será feito a proposição para a CIB/BA. Na pauta sobre a proposta de implantação dos serviços de atenção domiciliar do município de Santo Amaro, a palavra foi passada pela Coordenadora para Mary Rocha que relatou a necessidade de implantar duas equipes, uma básica de assistência e outra de apoio entregando o projeto com a proposta. Reforçou também a importância desse serviço pelas conseqüências da contaminação pelo chumbo no município. Os membros aprovaram o pedido que será enviado para CIB/BA como

proposição. Ainda referente ao município de Santo Amaro, a apresentação da proposta de reorganização da Rede de Atenção Psicossocial não aconteceu devido dificuldades de compatibilização do arquivo com o equipamento de informática, passando a explanação a ser feita pela Secretária de Saúde do Município que após as devidas justificativas concluiu com a solicitação de aprovação dos seguintes pleitos: a habilitação de um CAPS I, a implantação de um CAPS ADIII, implantação de 12 leitos de desintoxicação na Santa Casa do município e uma Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil, que também pertence a Rede de Atenção Psicossocial. Joana Molesini ressaltou que seja enviado para a CIB/BA, os pedidos de implantação devem ter um projeto escrito. A representante do município informou que já está em elaboração e destacou que o MS irá repassar recursos financeiros que serão usados para melhorias e recuperação do Hospital da Santa Casa, além de que será construído um serviço de Hemoterapia, pela iniciativa privada, mas que será credenciada pelo Estado. A proposta foi aprovada será encaminhado para a CIB/BA como proposição assim que a Secretaria Executiva da CIR - Jamile Queiroz receber a cópia do projeto. Embora já tenha finalizado os pontos de pauta, foram analisadas mais duas solicitações como assuntos relevantes após concordância da Coordenadora e do Coordenador Adjunto, como previsto no Regimento Interno da CIB/BA e CIR do estado da Bahia. O primeiro tratou do Credenciamento de equipe de saúde bucal para a Equipe de Saúde da Família de Manguinhos em Itaparica. A secretária de saúde do município declarou que falta a Equipe de Saúde Bucal atrelada a Equipe de Saúde da Família já existente e entregou a proposta escrita. Os membros aceitaram a proposta, que será enviada para a CIB como proposição. No segundo assunto, Marta Rejane fez uma explanação sobre o Programa de Saúde na Escola e Projeto Olhar Brasil, informado que os projetos destes serviços devem ser encaminhados a CIR para apreciação, e em seqüência serem encaminhados para a CIB/BA. Como existe prazo para envio destes projetos, Joana Molesini sugeriu que o município pode fazer a demanda para a CIR, pelo formulário 1, e em seguida a secretária executiva Jamile Queiroz passará a solicitação pelo formulário 4 para que seja assinada por Joana e Emerson e encaminhados para a CIB/BA. Todos concordaram, devendo ser este o procedimento dos municípios interessados em aderir a estes programas. Fechadas as pautas, e a reunião seguiu com os encaminhamentos. Emerson Garcia, sugeriu solicitar à Claudia Rodrigues da DIPRO/SESAB uma apresentação na reunião da próxima CIR sobre o componente 1 das cirurgias eletivas da região metropolitana. Outro tema que também foi sugerido uma apresentação da técnica da SESAB foi a Rede Cegonha. O encaminhamento foi aprovado, ficando Joana Molesini de viabilizar o agendamento. Sem mais, a reunião foi encerrada.


MEMBROS DA CIR DE SALVADOR

MEMBRO	NOME	TELEFONE
COORDENADOR	ELEUZINA FALCÃO DA SILVA SANTOS	71 3651-8194
COORD. ADJUNTO	CÁSSIO GARCIA	71 3115-8325
MEMBRO EFETIVO REGIONAL	AGNALDO M. SOUZA ORRICO	71 3115-8371
MEMBRO NÍVEL CENTRAL	RADAMAN DE SOUZA BARRETO	71 3115-8333
SEC. EXECUTIVO	VALDIR CAMPOS ESTRELA	71 3115-8338
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: CANDEIAS	SORAIA MATOS CABRAL	71 3601 2317/3707
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: ITAPARICA	STELA DOS SANTOS SOUZA	71 3631-1851/1857
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: LAURO DE FREITAS	VIDIGAL GALVÃO CAFEZEIRO NETO	71 3369 9970
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: MADRE DE DEUS	NAIARA ANDRADE CARDOSO	71 3604 1644
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: SALVADOR	LEONARDO SILVA PRATES	71 3202-1228
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: SÃO FRANCISCO DO CONDE	ELEUZINA FALCÃO DA SILVA SANTOS	71 3651 8194
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ	JOACI DE ALMEIDA PENA	71 3655-2897
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: SAUBARA	MAILDA ARAÚJO DE JESUS	71 98136-1616
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: VERA CRUZ	LOISE OLIVEIRA	71 3682 3555
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: SANTO AMARO	HOLMES ROCHA DOS SANTOS FILHO	

CÓPIA DE ATA DE REUNIÕES DA CIR DE 2015

06/03/2015 - REUNIÃO ORDINARIA REALIZADA - REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR- 1

ATA:

Ata da 20ª Reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR). Região de Saúde de Salvador de 2015. Às quatorze horas e trinta e seis minutos do dia seis de março de dois mil e quinze, no Núcleo Regional de Saúde leste da Bahia (RNS-Leste), localizada no município de Salvador, reuniu-se a Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde de Salvador, sob coordenação de Antonio Sergio Campos Souza (Secretário de Saúde de Saubara), Hadson Namour Rocha Mattos (Coordenador do NRS-Leste e Coordenador Adjunto), Vitor do Amor Santos Lavinsky (Secretário de Saúde de São Sebastião do Passe), Michelle Marx (Secretaria de Itaparica), Nerides de S. Santos Cive (Secretaria de Madre de Deus), Marcelo Otero (Secretario de Santo Amaro). Verificado o quorum regimental com presença de 05 membros representantes dos municípios e 02 membros representantes do estado, O coordenador Antonio Souza inicia a reunião às 14:36 horas em caráter informativo aguardando a chegada de mais um membro para formação do quórum, apresenta a pauta do dia, informa que em 2015 será o coordenador da CIR- Salvador por causa do regimento da CIR Comissão Intergestores Bipartite - CIB que foi aprovado em 12 de fevereiro de 2015 para ter quorum tem que ter oito representantes da CIR por que a comissão de salvador é composta de 10 secretários municipais e 3 representantes do Estado, passando a palavra pra Hadson Namour o mesmo informa um pouco sobre o novo formato da CIR comunicando que o mesmo é Coordenador do NRS- Leste e as Regiões de Saúde que compõe a CIR - Leste são Camaçari, Salvador, Santo Antonio de Jesus e Cruz das Almas. Ainda com a palavra informa que a representante do Nível Regional é Isabel e justifica a ausência, da representante, e do Nível Central é Aline Aquino e a Secretaria executiva manterá Jamille Queiroz. Passando a palavra para Aline Aquino, apresenta as Mudanças que tiveram o Regimento da CIR. Passando a palavra pra Drª Joana Molesini que agradece pelo tempo que coordenou a CIR - Salvador e dá as Boas Vindas para o Coordenador. Antonio Souza agradece e passa a palavra para Gilmar Vasconcelos, informa que está em uma Coordenação de Monitoramento de prestação de serviço da Saúde proposta pela nova administração da Secretaria de Saúde do Estado (SESAB). Informa que as CIRs tem a prerrogativa de indicações de um representante para acompanhar a prestação de serviço da Saúde, informa que tem que ser um representante da CIR. Antonio Souza sugere que coloque na da CIR para ser consensuado pelos membros quem será o indicado para acompanhar o monitoramento de serviços de saúde. Passa a palavra para Orlando Lago - (Técnico da DORES) informa da importância da prevenção da Chikungunya). Antônio Souza retoma a reunião sugere para os membros que estão presente que seja criado um grupo para trocarem informações os membros que estão presente concordam. Ainda com a palavra fala do descomprometimento dos secretários Municipais de Saúde que não estão participando da reunião da CIR - Leste. Fica consensuado entre os membros que seja feita uma carta para os prefeitos sobre a importância da presença dos secretários de saúde na reunião e da ausência dos secretários Antonio Souza agradece a presença de todos e finaliza a reunião. Município de Salvador, data 06.03.2015

Qualificação da ata 27.03.2015

Assinatura dos membros presente:

Hadson Namour Rocha de Matto_____

Nerides de S. Santos Cive _____

Micheline Marx_____

Marcelo Barreto Otero_____

Vitor Santos Lavinsky _____

Antonio Sergio Campos Souza _____

Jamille Santos Queiroz, Secretaria Executiva_____

10/04/2015 - REUNIÃO ORDINARIA REALIZADA - REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR- 2

PAUTA: Reunião cancelada

08/05/2015 - REUNIÃO ORDINARIA REALIZADA - REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR 3

PAUTA: Reunião cancelada

12/06/2015 - REUNIÃO ORDINARIA NAO REALIZADA - REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR 4- falta de quórum

PAUTA: Reunião cancelada por falta de quórum

03/07/2015 - REUNIÃO ORDINARIA REALIZADA - REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR 5-falta de quórum

PAUTA: Reunião cancelada por falta de quórum

17/08/2015 - REUNIÃO ORDINARIA - REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR 6- Oficina SISPACTO

PAUTA: OFICINA DO SISPACTO/PROG VS E PPI GRADUALIZADA .

18/08/2015 - REUNIÃO ORDINARIA REALIZADA - REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR 7 – Oficina SISPACTO

PAUTA: OFICINA DO SISPACTO/PROG VS E PPI GRADUALIZADA .

04/09/2015 - REUNIÃO ORDINARIA REALIZADA - REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR 8- sem justificativa

PAUTA: Reunião cancelada

02/10/2015 - REUNIÃO ORDINARIA REALIZADA - REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR 9- falta de quórum

ATA:

Ata da 21ª Reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR). Região de Saúde de Salvador de 2015. Às quatorze horas e cinquenta minutos do dia dois de outubro de dois mil e quinze, no Núcleo Regional de Saúde leste da Bahia (RNS-Leste), localizada no município de Salvador, reuniu-se a Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde de Salvador, **Aline Esquivel Aquino** (Membro Efetivo do Nível Central), **Victor Lavinsky** (Secretário de Saúde de São Sebastião do Passe), **Alberto Mattos** (Secretario de Saúde de São Francisco do Conde). **(Secretaria de Saúde de Saubara)** Verificado o quorum regimental com presença de 03 membros representantes dos municípios e 01 membro representante do estado, Aline Aquino inicia a reunião em caráter informativo aguardando a chegada de mais membro para formação do quórum, informa que a coordenadora da CIR não vai poder estar presente, ainda com a palavra apresenta as pautas do dia, o **Município de São Sebastião do Passé com o projeto de credenciamento do Núcleo de Apoio Saúde da Família – NASF, Município de Vera Cruz com o Projeto de Implantação melhor em casa, Município de São Francisco do Conde com a Apresentação de Pactuação do SISPACTO/ProgVS, Município de Salvador com o curso de Especialização Vigilância em Saúde do Instituto Sírio Libanês,** passa a fala para Marta Rejane Montenegro (Técnica do Município de Salvador) inicia apresentação informando que Região de Saúde de Salvador foi contemplada com 40 vagas para o curso de Especialização Vigilância em Saúde e essas vagas devem ser negociadas na CIR, fica consensuado pelos membros presentes que deve ser encaminhado para a CIB. Aline Aquino retoma a palavra informa que não houve quorum como o horário está avançado segue os pontos de pauta para próxima reunião, agradece a presença de todos e declarou reunião encerrada. Não havendo mais o que tratar, eu Jamille Queiroz, lavrei a presente ata. Município de Salvador, data 02.10.2015

Qualificação da ata 02.10.2015

Assinatura dos membros presente:

Aline Esquivel Aquino _____

Alberto Mattos _____

Vitor Santos Lavinsky _____

Jamille Santos Queiroz, Secretaria Executiva _____

06/11/2015 - REUNIÃO ORDINARIA NAO REALIZADA - REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR 10- falta de quórum

PAUTA: Reunião cancelada devido a falta de quórum

04/12/2015 - REUNIÃO ORDINARIA NAO REALIZADA - REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR 11- falta de quórum

PAUTA: Reunião cancelada devido a falta de quórum



MEMBROS DA CIR DE SALVADOR

MEMBRO	NOME	TELEFONE
COORDENADOR	ELEUZINA FALCÃO DA SILVA SANTOS	71 3651-8194
COORD. ADJUNTO	CÁSSIO GARCIA	71 3115-8325
MEMBRO EFETIVO REGIONAL	AGNALDO M. SOUZA ORRICO	71 3115-8371
MEMBRO NÍVEL CENTRAL	RADAMAN DE SOUZA BARRETO	71 3115-8333
SEC. EXECUTIVO	VALDIR CAMPOS ESTRELA	71 3115-8338
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: CANDEIAS	SORAIA MATOS CABRAL	71 3601 2317/3707
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: ITAPARICA	STELA DOS SANTOS SOUZA	71 3631-1851/1857
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: LAURO DE FREITAS	VIDIGAL GALVÃO CAFEZEIRO NETO	71 3369 9970
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: MADRE DE DEUS	NAIARA ANDRADE CARDOSO	71 3604 1644
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: SALVADOR	LEONARDO SILVA PRATES	71 3202-1228
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: SÃO FRANCISCO DO CONDE	ELEUZINA FALCÃO DA SILVA SANTOS	71 3651 8194
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ	JOACI DE ALMEIDA PENA	71 3655-2897
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: SAUBARA	MAILDA ARAÚJO DE JESUS	71 98136-1616
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: VERA CRUZ	LOISE OLIVEIRA	71 3682 3555
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: SANTO AMARO	HOLMES ROCHA DOS SANTOS FILHO	

CÓPIA DE ATAS DE REUNIÕES DA CIR DE 2017

07/03/2017 - REUNIÃO ORDINARIA REALIZADA - REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR-1

ATA:

Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde de Salvador. Às nove horas do dia sete de março de dois mil e dezessete, no auditório da Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental – DIVISA -, localizada no CAS – Centro de Atenção à Saúde José Maria de Magalhães Neto, S/N, Iguatemi, no município de Salvador, reuniu-se a Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde de Salvador, sob a coordenação de Hadson Namour (Coordenador do NRS-L), estando presentes os membros: Arionelson Barros do Rosário (Secretário de Saúde de Saubara), Marcelo de Jesus Cerqueira (Secretário de Saúde de São Sebastião do Passé), Eleuzina Falcão da Silva Santos (Secretária de Saúde de São Francisco do Conde), Elizabeth Pinto Almeida Costa (Secretária de Saúde de Itaparica), Maria Rosânia de Souza Rabelo (Secretária de Saúde de Madre de Deus), Nicandro Moreira de Macedo (Secretário de Saúde de Vera Cruz), Agnaldo de Souza Orrico (Membro Efetivo regional), Edraci de Andrade Alves (Apoio Leste COSEMS). Tendo sido atingido o quórum regimental, o Coordenador Hadson Namour abriu a reunião saudando os presentes à atividade de acolhimento dos novos gestores de saúde dos municípios das regiões de saúde de Salvador e Camaçari e desejou boa sorte em suas respectivas gestões. Em seguida, fez um resumo da atuação das CIR e informou sobre a decisão da CIB – Comissão Intergestores Bipartite – de atribuir as coordenações das CIR ao Estado cujos coordenadores serão nomeados pelo Secretário Estadual de Saúde. Quanto aos coordenadores adjuntos, serão escolhidos entre os Secretários Municipais de Saúde de suas respectivas CIR. Hadson Namour apresentou o Secretário Executivo da CIR, Sr. Valdir Estrela, e disse que as CIR deverão constituir câmaras técnicas para discutir e encaminhar as demandas da região de saúde e deverão ter em sua composição pelo menos um Secretário Municipal de Saúde. Informou ainda sobre o cronograma de reuniões ordinárias das CIR e os trâmites administrativos para o encaminhamento de decisões e proposições das CIR junto a CIB. Em seguida, Edraci de Andrade Alves, apoiadora do COSEMS, falou sobre o apoio institucional do COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde –, e informou as ações em saúde nos municípios que contam com a participação do COSEMS. A seguir, Agnaldo Orrico, técnico da vigilância epidemiológica do NRS-L e membro efetivo regional da CIR SSA, fez apresentação sobre análise da situação de saúde das CIR de SSA e Camaçari. Ao final da apresentação disponibilizou a cada município relatórios sobre a situação de saúde de cada um deles através de indicadores escolhidos de acordo com suas realidades epidemiológicas. Em seguida, João Emmanoel, técnico do GTVE do NRS-L, abordou a situação das arboviroses nas regiões de saúde das CIR. Informou que haverá reuniões do grupo técnico do NRS-L com os técnicos-referência dos municípios para tratar de forma mais detalhada do combate aos vetores em nossas regiões de saúde. Depois, foi a vez de Cristiano Sóster, Diretor da Diretoria da Atenção Básica – DAB/SESAB, que ressaltou a importância desse encontro e a necessidade do apoio da DAB aos municípios em suas demandas na área da atenção básica. Apresentou a equipe apoiadora da

DAB e destacou a relevância de um contato mais frequente e direto com os municípios. Afirmou a importância da integração da atenção básica com a vigilância em saúde. Falou resumidamente sobre os vários programas de saúde que envolvem os municípios e que são devidamente acompanhados pela DAB e outras instâncias da SESAB. Informou sobre as ações realizadas em Alagoinhas relativas aos casos comprovados de febre amarela em macacos além da vacinação de cerca de 270 mil pessoas em Santa Maria da Vitória contra essa endemia. Disse que estão sendo realizados testes rápidos em Zika vírus em determinadas regiões do Estado com a respectiva disponibilidade de kits. Disse também que não se pode baixar a cobertura em termos de vacina e de visita aos imóveis para não permitir a reinserção de doenças epidêmicas em nosso estado e regiões de saúde. Que devemos encarar as dificuldades produzidas por uma situação de transição epidemiológica vivida pelo Brasil e pelo nosso Estado. Nesse caso, uma ação importantíssima seria investir na qualificação dos trabalhadores e profissionais em saúde. Destacou o papel importante e estratégico do Programa Mais Médicos para contribuir no enfrentamento a esse quadro difícil de transição epidemiológica. Que a atenção básica na Bahia está consolidada porém não qualificada adequadamente. E que nas regiões de saúde de Camaçari e SSA, a maioria dos municípios está consolidada mas existe uma minoria que não. Encerrou falando sobre o planejamento estratégico da DAB para o Estado até 2019. Em seguida, Cláudia Melo, técnica de saúde do trabalhador do NRS-L, destacou o perfil da atividade produtiva dos municípios das regiões de saúde de SSA e Camaçari. Disse que a maioria dos municípios não estão notificando casos no SINAN. Que os gestores municipais precisam definir os profissionais referência em saúde do trabalhador e também empoderá-los institucionalmente. A seguir, Ana Cláudia Alves, técnica da Ouvidoria do SUS, informou sobre a atuação dessa instância no apoio aos municípios de nossa região de saúde no que diz respeito ao controle social das gestões municipais. Maria de Fátima Andrade, técnica do NRS-L, falou sobre o apoio técnico aos municípios acerca da assistência farmacêutica. O turno da tarde iniciou-se com a apresentação de Farah Farias, representante do MS, que abordou o Programa Mais Médicos. A técnica apresentou os eixos norteadores, as legislações pertinentes, as obrigações e responsabilidades dos gestores e profissionais que participam do programa. Disse que 70% dos municípios brasileiros e 63 milhões de pessoas foram atendidos. Apresentou ainda orientações gerais sobre o PROVAB. Em seguida, Anne Silveira, representando o ISC/UFBA, falou sobre o Programa Nacional de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, 3º ciclo/BA, apresentando sucintamente o Programa lançado pelo MS, em 2011, visando melhorar a qualidade e ampliar o acesso à atenção básica nos municípios brasileiros. Ao final, apresentou cronograma para implementação nos municípios das nossas regiões de saúde. E sugeriu uma data para amarrar os detalhes da implementação do 3º ciclo nas regiões de Salvador e Camaçari, entre fins de abril e início de maio deste ano. Wilson lopes, técnico do NRS-L, encerrou o evento ressaltando a presença e a contribuição de todos os presentes para o êxito da atividade e desejou boa sorte a todos os gestores e técnicos dos municípios das regiões de saúde de Camaçari e Salvador. Não tendo outro ponto de pauta, foi encerrada a reunião. Eu, Valdir Campos Estrela, lavrei a presente Ata, assinada por mim e os demais membros do Colegiado presentes. E por decisão do plenário, será submetida aos membros da CIR de Salvador através de email para apreciação e aprovação. Salvador, 07 de março de 2017.

26/04/2017 - REUNIÃO ORDINARIA REALIZADA - REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR - 2

ATA:

Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde de Salvador. Às quinze horas do dia vinte e seis de abril de dois mil e dezessete, no auditório da Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental – DIVISA -, localizada no CAS – Centro de Atenção à Saúde José Maria de Magalhães Neto, S/N, Iguatemi, no município de Salvador, reuniu-se a Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde de Salvador, sob a coordenação de Cássio Garcia (Coordenador da CIR), estando presentes os membros: Arionelson Barros do Rosário (Secretário de Saúde de Saubara), Marcelo de Jesus Cerqueira (Secretário de Saúde de São Sebastião do Passé), Maria Rosânia de Souza Rabelo (Secretária de Saúde de Madre de Deus), José Antônio Rodrigues (Secretário de Saúde de Salvador), Antônio Sérgio Marques (Secretário de Saúde de Vera Cruz), Radaman de Sousa barreto (Membro Efetivo Central), Agnaldo de Souza Orrico (Membro Efetivo Regional). Estavam ainda presentes: Andréia Gomes, Karine Andrade, Tiago Novais (Técnicos de Madre de Deus), Maria Marta Santos Maia, Flávia Araújo (Técnicas de Vera Cruz), N. Moura, Luciano Sepúlveda Oliveira (Técnico de Lauro de Freitas), Marta Rejane M. Batista, Kariny Maria, Daniela de Jesus Alcântara, Jamerson Sampaio (Técnicos de Salvador), Adroaldo P. Lima, Miguel Bispo da Costa, André Santos Gomes (Técnicos do NRS-L). Tendo sido atingido o quórum regimental, o Coordenador Cássio Garcia abriu a reunião saudando os presentes e pediu desculpas pelo atraso. Em seguida, falou do regimento e sugeriu a supressão de sua leitura para ganhar tempo uma vez que todos os membros receberam o documento através de e-mail, sugestão actada por todos. Logo, passou-se para a **discussão da PPI que foi apresentada pelo Coordenador da CIR, Cássio Garcia, precedida de uma breve discussão sobre os problemas operacionais da PPI na região.** A apresentação foi realizada e as dúvidas e questionamentos devidamente discutidos. Ficou decidida a mudança no cronograma da PPI na região marcada originalmente para 05 e 06/06/17, o que será avisado posteriormente. Em seguida, o Coordenador procedeu **a escolha da Coordenação - Adjunta da CIR** e dois candidatos se apresentaram para a escolha: Maria Rosânia, Secretária de Madre de Deus e Marcelo Cerqueira, Secretário de São Sebastião do Passé. Cada candidato teve a oportunidade de defender seu nome. O Secretário Marcelo Cerqueira argumentou que por ser estreante na CIR enquanto gestor se sentia confortável para pleitear a tarefa. Já a Secretária Maria Rosânea argumentou ser Secretária há dois anos e ter sido eleita adjunta recentemente em setembro do ano passado. O Secretário de Salvador, José Antônio, pediu a palavra em seguida aos candidatos e defendeu o nome da secretária Rosânea até por ser substituta dele na CIB e ter sido eleita ano passado na CIR. Esclarecido os critérios para votação, realizou-se a escolha e por 3 votos a 2, a Secretária Rosânea foi eleita Coordenadora – Adjunta da CIR. Em seguida, a técnica Daniela Alcântara fez **apresentação sobre o medicamento Tenecteplase indicado para adultos para o tratamento trombolítico de suspeita de infarto do miocárdio usado pelo SAMU metropolitano envolvendo os demais 10 municípios da CIR.** Falou sobre a portaria 2.777/14, que regulamenta o financiamento e uso do trombolítico e citou os requisitos para o SAMU se habilitar para requerer sua compra: existência de unidades móveis; pactuação em CIB; existência de leitos de UTI tipo II ou III; unidades de referência em cirurgia cardiovascular e cardiologia

intervencionista; um centro de referência em alta complexidade e seis unidades de saúde; profissionais capacitados para administrar o medicamento trombolítico. O Secretário José Antônio reforçou a apresentação da técnica Daniela dizendo que o uso do medicamento trombolítico é de baixo custo tendo em vista a diminuição de óbitos observada a série histórica dos últimos cinco anos em nossa região de saúde. O Coordenador da CIR Cássio Garcia, afirmou que essa política é prioridade e reconheceu que o município de Salvador muitas vezes fornece o Tenecteplase para o Estado. Disse que levará essa solicitação para o Estado e de antemão a CIR aprova e que será levada como proposição para a CIB. Sobre a desabilitação do Hospital Espanhol acerca da nefrologia a pedido do Secretário José Antônio foi retirada de pauta tendo em vista a situação do Hospital. Os membros da CIR decidiram aguardar nova solução para o Hospital Espanhol, pois, um pedido de desabilitação tem resposta demorada, dando-se então prazo para solução dessa questão. Em seguida, a técnica Marta Rejane apresentou o pedido de habilitação do Hospital Santa Izabel como Centro de Referência em Alta complexidade Cardiovascular, tendo esse pedido sido feito em 24/11/16 pelo hospital ao município de Salvador, e posteriormente tido parecer técnico favorável pelo Estado. O Secretário José Antônio defendeu a habilitação do Hospital Santa Izabel por sua relevância no atendimento cardiovascular em nossa região de saúde. O Coordenador da CIR Cássio Garcia também se declarou favorável à aprovação da proposição que será encaminhada à CIB com a aprovação unânime dos membros presentes na reunião. PROPOSIÇÕES: 1. Aprovar solicitação de financiamento e uso de medicamento trombolítico TENECTEPLASE para o SAMU Metropolitano de Salvador. 2. Habilitar o Hospital Santa Izabel como Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular. Como último ponto, decidiu-se pela realização da próxima reunião em 11/05/17. Não tendo outro ponto de pauta, foi encerrada a reunião. Eu, Valdir Campos Estrela, lavrei a presente Ata, assinada por mim e os demais membros do Colegiado presentes. E por decisão do plenário, será submetida aos membros da CIR de Salvador através de email para apreciação e aprovação. Salvador, 26 de abril de 2017.

17/08/2017 - REUNIÃO ORDINARIA REALIZADA - REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR- 3

ATA:

Ata da 3ª Reunião Ordinária Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde de Salvador. Às quinze horas do dia dezessete de agosto de dois mil e dezessete, no auditório da Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental – DIVISA -, localizada no CAS – Centro de Atenção à Saúde José Maria de Magalhães Neto, S/N, Iguatemi, no município de Salvador, reuniu-se a Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde de Salvador, sob a coordenação de Cássio Garcia (Coordenador da CIR), estando presentes os membros: Erasmo Alves de Moura (Secretário de Saúde de Lauro de Freitas), Jorge Luis da Almeida dos Santos (Secretário de Saúde de Itaparica), Arionelson Barros do Rosário (Secretário de Saúde de Saubara), Marcelo de Jesus Cerqueira (Secretário de Saúde de São Sebastião do Passé), Maria Rosânia de Souza Rabelo (Secretária de Saúde de Madre de Deus), Antônio Sérgio Marques (Secretário de Saúde de Vera Cruz), Soraia Matos Cabral (Secretária de Saúde de Candeias), Eleuzina Falcão (Secretária de Saúde de São Francisco do Conde), Radaman de Sousa Barreto

(Membro Efetivo Central), Agnaldo de Souza Orrico (Membro Efetivo Regional). Estavam ainda presentes: Gabriela Borges, Valéria Ramos Dantas (Técnicas de Lauro de Freitas), Cristina C. R. Fuezi, Alcione Anunciação (Técnicas de Salvador), Dayane Ventura, Norma Brioude, Sandra Neves (Técnicas do DICON/SUREGS), Sérgio Santana (Assessor de Candeias), Antonio Virgílio Representante da Santa Casa de Candeias), Leticia F. De Souza (Representante da Santa Casa de Alagoinhas), Hirlas Cerqueira (Técnica de São Sebastião do Passé), Sílvia R. Fernandes (ISC/UFBA), Edraci Alves (Apoio Leste COSEMS). Tendo sido atingido o quórum regimental, o Coordenador Cássio Garcia abriu a reunião saudando os presentes. Em seguida, informou sobre data das reuniões da CIB e COSEMS, que ocorrerão no próximo dia 24/08/17. Saudou os Secretários de Saúde de Lauro de Freitas e de Candeias, que participavam da reunião pela primeira vez. O Secretário de Lauro de Freitas, Erasmo Moura, tomou a palavra para dizer de sua satisfação em participar da reunião e explicou a sua ausência nas reuniões anteriores. O Coordenador Cássio Garcia, abriu o primeiro ponto passando a palavra a Norma Brioude do Núcleo de Acompanhamentos de Contratos da DICON/SUREGS, para **apresentar o CEAAC – Comissão Estadual de Acompanhamento de Contratos. Esta falou sobre o regimento do CEAAC cuja finalidade é monitorar e avaliar rotineiramente as unidades hospitalares; sua composição e estrutura organizacional.** A CIR já faz parte dessa estrutura e os Conselhos Municipais de Saúde também poderão indicar representantes; atribuições da comissão estadual; as reuniões ordinárias mensais; a portaria nº 06, de 10/5/17, que constitui as comissões. Depois da apresentação da técnica, foi constituída a comissão da CIR da seguinte forma: Mansão do Caminho (Maria Rosânia Rabelo); OSID (Maria Rosânia Rabelo); Hospital Ana Nery/HUPES (Antonio Sérgio Marques); Hospital Climério de Oliveira (Marcelo Cerqueira); Hospital Sagrada Família (Jorge Luis da Almeida dos Santos). Flávia Priscilla, assessora de Itaparica, **propôs discutir a situação do Hospital Geral de Itaparica.** O Coordenador da CIR acatou e sugeriu colocar na pauta da próxima reunião. No segundo ponto, o Coordenador passou a palavra a Pedro Brasileiro que fez apresentação inicial sobre o **PROSUS e deu informes breves sobre o projeto. Deu informes sobre as visitas aos municípios e sobre os termos de compromissos, que serão disparados a partir de setembro próximo.** Afirmou que pretende participar de outras reuniões da CIR para tratar da implantação do projeto. A seguir Silvia Fernandes (ISC/UFBA) assumiu a **apresentação da metodologia do PROSUS abordando os seguintes pontos: elaboração do diagnóstico e avaliação do estágio atual da rede de atenção à saúde na RMS; objetivo específico 1, que descreve a situação atual da APS no manejo das condições crônicas nos municípios da RMS; equipes para colher dados primários dos municípios; objetivo específico 2, 3, 4, 5; objetivo específico 6, que trata da modelagem da rede de atenção à saúde; realização de oficinas de pactuação e definição de sistemas de apoio e logístico; seminário sobre governança para propor arranjo organizativo institucional; desenho de linhas de cuidado para as doenças crônicas; objetivo específico 7, que trata das recomendações para a SESAB a partir da consecução dos objetivos anteriores.** Depois da apresentação, informou contatos do PROSUS aos gestores. Pedro brasileiro retomou a palavra para informar o prazo para a realização de cinco oficinas previstas pelo projeto e que deverão durar até dezembro deste ano, e o produto final deverá estar pronto em fevereiro de 2018. Em seguida, foi discutido como terceiro ponto de pauta **o PMAQ. O Coordenador da CIR, afirmou que o PMAQ é uma forma do município adquirir recursos novos diante da atual crise financeira e pediu atenção a este programa.** Em seguida, passou a palavra a Dira, apoiadora do COSEMS, para apresentar o PMAQ. Antes de entrar no ponto, a técnica do COSEMS lembrou aos gestores

presentes que o dia 21/08/17, é o prazo final para conclusão da PPI. Sobre a PMAQ, disse que a região Leste é a última a ser avaliada. Que 80% dos avaliadores do programa não são da área de saúde. Sobre os padrões de avaliação abordou os essenciais, quando a equipe não alcança a avaliação e é considerada RUIM. E estratégicos, quando a equipe cumpre todos os requisitos e é considerada ÓTIMA. Falou ainda sobre: providências, orientações gerais; acolhimento; identificação dos profissionais e servidores. O Coordenador da CIR fez algumas observações e colocou algumas críticas sobre itens da avaliação do PMAQ, ressaltando porém a importância do programa. A técnica do COSEMS retomou a apresentação para apresentar as datas da avaliação do PMAQ na região da CIR: Itaparica (27/9), Madre de Deus (26/9), Lauro de Freitas (9 a 11/10), Salvador (10 e 11/10 e 16 a 20/10), Vera Cruz (6 e 9/10), Candeias (6 e 9/10), Saubara (26/9), São Sebastião do Passé (5 e 6/10), Santo Amaro (25 e 26/9). No que ocorrer, foi discutido o Projeto Glaucoma, solicitado pela Secretária de Saúde de Candeias, Soraia Cabral, que pretende implantá-lo em seu município através da Santa Casa de Alagoinhas. A representante desta instituição, Letícia de Souza, apresentou o Projeto, que pretende levar o serviço de atendimento em glaucoma em Candeias e em qualquer outro município da CIR que se interesse por ele. Falou sobre a doença, sua incidência no Brasil, fatores de risco e consequências. Disse que a proposta é implantar consultórios especializados nos municípios mediante aprovação na CIR. O Coordenador da CIR, disse que é preciso ver o que diz a legislação sobre convênios envolvendo municípios de CIR diferentes. Que o prestador em questão está em Alagoinhas e o contratante na CIR de Salvador. Propôs consulta à SUREGS ou então que a Santa Casa de Alagoinhas implante em Candeias um centro de alta complexidade no prazo de sessenta dias para que se possa pautar novamente essa discussão na reunião da CIR, o que foi acatado por todos os membros presentes. Em seguida, foi passada a palavra ao Secretário de Saúde de São Sebastião do Passé, Marcelo Cerqueira, que falou sobre o Programa Melhor em Casa, uma proposta de implantação de serviço de atenção domiciliar no município. A proposta foi apresentada rapidamente devido ao adiantado da hora. O Coordenador da CIR, embora tenha observado que o município apresente formalmente a proposta na próxima reunião, se declarou favorável à aprovação da proposição que será encaminhada à CIB com a aprovação unânime dos membros presentes na reunião. Em seguida, confirmou-se a próxima reunião ordinária da CIR para 14/9/17. **PROPOSIÇÃO: 1. Aprovar solicitação de implantação do serviço de atenção domiciliar denominado Melhor em Casa pelo município de São Sebastião do Passé.** Não tendo outro ponto de pauta, foi encerrada a reunião. Eu, Valdir Campos Estrela, lavrei a presente Ata, assinada por mim e os demais membros do Colegiado presentes. E por decisão do plenário, será submetida aos membros da CIR de Salvador através de email para apreciação e aprovação. Salvador, 17 de agosto de 2017. Ata Qualificada em Coordenador da CIR, Cássio Garcia _____

Saúde	de	Itaparica,	Jorge	Luís	da	Almeida	dos
Santos						Secretária de Saúde de	
Madre	de	Deus,	Maria	Rosânia	de	Souza	Rabelo
						Secretário de	
Saúde	de	São	Sebastião	do	Passé,	Marcelo	de
						Jesus	Cerqueira
						Secretário de	
Saúde	de	Saubara,		Arionelson		Barros	do
Rosário						Secretário de	
Saúde	de	Vera	Cruz,	Antônio		Sérgio	

Marques	_____					Secretária de
Saúde	de	São	Francisco	do	Conde,	Eleuzina
Falcão	_____					Secretária de
Saúde	de	Candeias,		Soraia		Matos
Cabral	_____					Secretário de
Saúde	de	Lauro	de	Freitas,	Erasmus	Alves de
Moura	_____					Membro
Efetivo Central,	Radaman de Sousa Barreto	_____				Membro
Efetivo	Regional,	Agnaldo	de	Souza	Orrico	
_____					Secretário	–
Executivo,	Valdir				Campos	
Estrela	_____					

14/09/2017 - REUNIÃO ORDINÁRIA NÃO REALIZADA AGENDADA - REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR – 4 não especificada

ATA: Não especificada

06/09/2017 - REUNIÃO ORDINARIA REALIZADA - REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR- 5

ATA:

Ata da 4ª Reunião Ordinária Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde de Salvador. Às quinze horas do dia seis de setembro de dois mil e dezessete, na sala de reunião do COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde – localizado no CAB, prédio anexo à UPB no município de Salvador, reuniu-se a Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde de Salvador, sob a coordenação de Maria Rosânia de S. Rabelo (Coordenadora – Adjunta da CIR), estando presentes os membros: Erasmo Alves de Moura (Secretário de Saúde de Lauro de Freitas), Eleuzina Falcão (Secretária de Saúde de S. F. do Conde), Arionelson Barros do Rosário (Secretário de Saúde de Saubara), Marcelo de Jesus Cerqueira (Secretário de Saúde de São Sebastião do Passé), Radaman Sousa Barreto (Membro Efetivo Central), Agnaldo de Souza Orrico (Membro Efetivo Regional). Estavam ainda presentes: Salvador: Daniela Alcântara (Gerente Executiva de Regulação). Vera Cruz: Flávia Araújo (Asses. Técnica). Lauro de Freitas: Valéria Ramos Dantas (Diretora de Planejamento e Auditoria), Vanessa Guedes (Diretora DAE), Adriano Vilalva (Diretora de Regulação), Maria Elisa Daltro (Diretora do HJN). São Sebastião do Passé: Marilzete Machado (Diretora de Atenção Básica). Madre de Deus: Tiago Novais (Diretor de regulação), Karine Andrade (Diretora MAC). Edraci Alves (Apoio Leste COSEMS). Tendo sido atingido o quórum regimental, a Coordenadora – Adjunta, Maria Rosânia Rabelo abriu a reunião saudando os presentes e informando a pauta. Em seguida, passou a palavra a Edraci Alves do COSEMS para fazer a **apresentação sobre cirurgias eletivas. Esta, iniciou falando sobre a Portaria 1.284, de 25/05/17, resolução CIB 109, de 24/08/17. A técnica abordou o critério aplicado para distribuição do recurso e que foi adotado apenas para**

assegurar o recurso destinado à Bahia, visando posterior repactuação. Falou sobre critério para nova pactuação de recursos e valores do custeio de demanda dos procedimentos cirúrgicos; nova tabela diferenciada; demanda por região de saúde; edital de credenciamento feito em 2016; cobertura do atendimento; unidades em trâmite de credenciamento; consolidado da demanda de cirurgia eletiva cadastrada no sistema de lista única. Observou que os secretários de saúde da região precisarão cadastrar suas demandas no sistema de lista única. Informou que 06/09/17, é o último prazo para encaminhar ofício para a CIR sobre as demandas dos municípios (sobre o município que será referência para execução das cirurgias do mutirão), através do e-mail do Secretário – Exec. da CIR, que, por sua vez encaminhará à SUREGS e também ao coordenador da CIR, Cássio Garcia. Foi observado que o ponto de pauta teve caráter informativo e não decisório e/ou propositivo. Em seguida, a Coordenadora – Adjunta passou a palavra a Daniela Alcântara, Gerente – Executiva da Regulação do município de Salvador, que falou sobre a desabilitação de 16 veículos (tipo motolância) da frota do SAMU 192 deste município e sobre a revisão do teto financeiro do programa de cirurgias eletivas, considerando o cálculo baseado no valor médio das AIHs, apresentado Nota técnica que foi encaminhada à SESAB. Daniela apresentou como sugestão do município a revisão do teto financeiro das cirurgias eletivas com base no valor médio das AIHs de cirurgias eletivas, sendo dada sugestão pela Coordenadora Adjunta, como encaminhamento para discussão no grupo condutor. Sobre as motolâncias, explicou aos membros presentes o quadro atual e solicitou a desabilitação dos 16 veículos e sua redução para 08 veículos (04 duplas), distribuídas durante as 12hs do dia, onde existe maior dificuldade para deslocamento das ambulâncias por conta do trânsito. A Coordenadora – Adjunta da CIR colocou em apreciação e as duas demandas foram aprovadas pela unanimidade dos membros presentes. Em seguida, Maria Rosânia passou a palavra ao Secretário de Saúde de São Sebastião de Passé, Marcelo Cerqueira. Este apresentou o Programa de Atendimento Domiciliar Melhor em Casa e disse que apesar da mudança do fluxo do atendimento domiciliar aprovado na CIB em 24/08/17, o pleito foi aprovado na reunião anterior da CIR. Em seguida, a Coordenadora – Adjunta da CIR passou a palavra à Secretária de São Francisco do Conde, Eleuzina Falcão, falou sobre a fila única do Hospital da Mulher abordando as dificuldades em controlar o processo, pois, não há informação sobre as pacientes do município atendidas por este hospital. Observou que a CIR deve reivindicar mudanças na forma como o Hospital da Mulher trata essa questão, e propôs a revisão do fluxo do cadastro de pacientes deste Hospital. Como encaminhamento dessa discussão ficou aprovado pelos membros presentes que a CIR deverá elaborar e enviar documento à SUREGS, sobre proposta de fluxo das pacientes da região de saúde de Salvador. O Diretor de Regulação de Madre de Deus, Tiago Novais, ficou encarregado de elaborar tal documento. A discussão se encerrou com o Secretário de São Sebastião do Passé, Marcelo Cerqueira, solicitando esclarecimento sobre o fluxo de cirurgias de endometriose realizadas no Hospital da Mulher. PROPOSIÇÃO: 1. Aprovada desabilitação de 16 veículos (tipo motolância) da frota do SAMU 192 do município de Salvador. 2. Aprovada revisão do teto financeiro do Programa de Cirurgias Eletivas do município de Salvador. Não tendo outro ponto de pauta, foi encerrada a reunião. Eu, Valdir Campos Estrela, lavrei a presente Ata, assinada por mim e os demais membros do Colegiado presentes. E por decisão do plenário, será submetida aos membros da CIR de Salvador através de email para apreciação e aprovação. Salvador, 06 de setembro de 2017. Ata Qualificada em Coordenadora – Adjunta da CIR, Maria Rosânia de S. Rabelo _____ Secretário de Saúde de São Sebastião do Passé, Marcelo de Jesus Cerqueira

Saúde	de	Saubara,	Arionelson	Barros	Secretário de
Rosário					do
Saúde	de	São	Francisco	do	Conde,
Falcão					Eleuzina
Saúde	de	Lauro	de	Freitas,	Erasmus
Moura					Alves
Efetivo Central,	Radaman de Sousa	Barreto			Membro
Efetivo	Regional,	Agnaldo	de	Souza	Orrico
					Secretário –
Executivo,			Valdir		Campos
Estrela					

11/10/2017 - REUNIÃO INFORMATIVA REALIZADA - REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR 6

ATA:

Ata Informativa Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde de Salvador. Às dez horas do dia onze de outubro de dois mil e dezessete, no auditório da Auditoria do SUS, no antigo prédio da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos, 4º andar, CAB (vizinho à SESAB) no município de Salvador, reuniu-se a Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde de Salvador, sob a coordenação de Cássio Garcia, estando presentes os membros: Eleuzina Falcão (Secretária de Saúde de S. F. do Conde), Jorge Luiz da Almeida dos Santos (Secretário de saúde de Itaparica), Maria Rosânia de S. Rabelo (Secretária de Saúde de Madre de Deus), João Batista Militão (Secretário de Saúde de Santo Amaro), Antônio Sérgio Marques (Secretário de Saúde de Vera Cruz). Estavam ainda presentes: Salvador: Marta Rejane M. Batista (Diretora geral DGRCA); Vera Cruz: Flávia Araújo (Asses. Técnica); Edraci Alves (Apoio Leste COSEMS); PROSUS: Sonia Chaves, Daiane Celestino, Pedro Brasileiro; Cláudia Melo (Técnica em Saúde do Trabalhador do NRS-L). Não tendo sido atingido o quórum regimental, a Secretária de Saúde de Santo Amaro, Eleuzina Falcão, abriu a reunião temporariamente na ausência dos coordenadores saudando os presentes e informando a pauta. Em seguida, passou a palavra a Cláudia Melo, Técnica em Saúde do Trabalhador do NRS-L que deu informe **sobre o Encontro Macrorregional Leste da Saúde do Trabalhador, a ser realizado nos dias 13 e 14/11/17**, no Grande Hotel da Barra. A técnica fez uma breve exposição do assunto e informou que o link para a inscrição no evento estaria liberado a partir do dia 13/10. Informou que seriam dois participantes por município (um da gestão e um do CMS), que seriam oferecidos quatro cursos específicos durante o encontro no segundo dia e pediu aos Secretários que acionassem suas referências nos municípios e que dessem apoio a estas. **Afirmou que a maioria dos municípios estão silenciosos principalmente em relação a acidentes de trabalho. E que a maioria destes municípios não tem referência em saúde do trabalhador.** A técnica **distribuiu o boletim informativo sobre a saúde do trabalhador bem como a portaria sobre a saúde do trabalhador.** Lembrou que os Planos Municipais de Saúde precisam incluir a análise do perfil produtivo do município para que haja políticas públicas de saúde do trabalhador e recursos destinados a essa

política. Em seguida, Eleuzina Falcão passou a palavra a Edraci Alves do COSEMS para fazer a apresentação sobre o PMAQ – Terceira Fase relativa aos Indicadores. Que a primeira parte é a da contratualização, a segunda parte é a da execução, e a terceira fase é a da avaliação dos indicadores abrangendo um período que vai de setembro a novembro de 2017. Afirmou que 11 indicadores fazem parte dos 30% da nota dada aos municípios. Disse que é preciso preencher a AMAQ eletrônica e enviar até 20/12/17 e que o prazo para a certificação é até março de 2018. Que o não envio classifica as equipes como insatisfatórias e impede o envio de recursos. E abordou o Eixo 1: acesso e continuidade do cuidado. O Secretário de Santo Amaro, João Militão, tomou a palavra e falou sobre o uso do aplicativo E-SUS em seu município para registrar as ações dos agentes comunitários de saúde e agentes de endemias. A técnica do COSEMS, afirmou que esse aplicativo não é seguro, e recomendou usar o aplicativo do MS. O Coordenador da CIR, Cássio Garcia, que se desculpou pelo atraso em função de cumprimento de agenda do Secretário Estadual de Saúde visando à atender a uma demanda do Governador, lembrou da nova PNAB e propôs discutí-la na próxima reunião da CIR. Disse que os municípios devem trazer os coordenadores de AB e que o NRS-L deve trazer seu técnico de referência para essa discussão. A Assessora Técnica de Vera Cruz, Flávia Araújo, lembrou de incluir também a discussão da liminar, porém, o Coordenador da CIR ponderou que se deve esperar o desdobramento dessa questão nas instâncias adequadas. Encerrada a discussão sobre a PMAQ, o Coordenador da CIR passou a palavra à Secretária de Saúde de São Francisco do Conde, que apresentou dados sobre partos realizados entre 2005 a 2017, em seu município. Disse que o município não está recebendo recursos pelos partos realizados em parturientes de outros municípios. Que a precariedade no sistema de informação impacta negativamente nos indicadores de morbimortalidade materna do seu município. Falou sobre os impactos no perfil epidemiológico do município, sobre os impactos financeiros, sobre a acessibilidade ao serviço de parto e suas dificuldades, sobre os impactos em termos de resolutividade da assistência e sobre a estruturação de redes. A Secretária de Madre de Deus tomou a palavra e propôs um diálogo entre os gestores municipais sobre a organização dos serviços primários nesta região de saúde. O Coordenador da CIR disse considerar importante essa discussão e que desde a PPI de 2010 que este problema existe e persiste. Afirmou ainda que para a SESAB e o COSEMS, a prioridade é rediscutir esse processo, envolvendo a Rede Cegonha. A técnica do COSEMS, Dira, afirmou que é preciso fortalecer a CIR para enfrentar essa questão e propôs a criação de um GT. A Secretária Eleuzina Falcão, retomou a palavra e disse que há uma e é preciso agir no sentido de encontrar soluções coletivas para resolver o problema. Assim, ficou definido pautar a discussão sobre a Rede Cegonha na próxima reunião da CIR bem como a disposição de se criar um GT – Rede Cegonha da CIR, tendo como componentes os municípios de risco e pediu ajuda para enfrentá-la. A Assessora de Vera Cruz, Flávia Araújo, disse que é preciso acionar o Prefeito para que ele entenda a importância do problema e atue no sentido de revertê-lo. O coordenador da CIR propôs trazer a Rede Cegonha na próxima reunião da CIR, e colocou a possibilidade de se criar um GT para tratar desse problema. Disse que é preciso evitar que as injunções políticas prejudiquem as ações tendentes a reverter essa questão e que a Diretora de Vera Cruz, Santo Amaro, São Sebastião do Passé, São Francisco do Conde, Vera Cruz e Itaparica. Dira, apoiadora da CIR, juntamente com o Secretário Executivo da CIR, ficou de organizar a reunião do GT em data oportuna. Em seguida, a Secretária Eleuzina Falcão pediu a palavra para falar rapidamente sobre urgência e emergência, e disse que a diretora da DAE ficou de encaminhar o pleito do seu município. A Secretária de Madre de Deus abordou a questão do

CAPS, colocando a discussão sobre o que fazer para fazê-lo funcionar e garantir os recursos para isso. Dira, apoiadora Leste disse que informará o passo a passo para isso, sendo assim, definido que esse assunto será ponto de pauta da próxima reunião da CIR. Dira, lembrou ainda do curso Planejamento e Gestão promovido pelo COSEMS e dirigido aos municípios. Disse que são duas vagas por município, sendo uma, do Secretário de Saúde. Decidiu-se também atualizar o grupo da CIR no zap ficando apenas seus membros efetivos. Não tendo outro ponto de pauta, foi encerrada a reunião. Eu, Valdir Campos Estrela, lavrei a presente Ata, assinada por mim e os demais membros do Colegiado presentes. E por decisão do plenário, será submetida aos membros da CIR de Salvador através de email para apreciação e aprovação. Salvador, 11 de outubro de 2017. Ata Qualificada em Coordenador da CIR, Cássio Garcia

 CIR, Maria Rosânia de S. Rabelo

 Secretária de Saúde de São Francisco do Conde, Eleuzina Falcão

 Saúde de Itaparica, Jorge Luiz da Almeida dos Santos

 Secretário de Saúde de Santo Amaro, João Batista Militão

 de Saúde de Vera Cruz, Antônio Sérgio Marques

 Secretário – Executivo, Valdir Campos Estrela

30/11/2017 - REUNIÃO ORDINARIA REALIZADA - REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR- 7

ATA:

Ata da 5ª Reunião Ordinária Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde de Salvador. Às dez horas do dia trinta de novembro de dois mil e dezessete, no Auditório da Secretaria de Saúde de Salvador, Rua da Grécia, nº 3, Edf. Caramuru, 7º Andar, Comércio, no município de Salvador, reuniu-se a Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde de Salvador, sob a coordenação de Maria Rosânia de S. Rabelo (Coordenadora Adjunta), estando presentes os membros: José Antonio Rodrigues (Secretário de Saúde de Salvador), Eleuzina Falcão (Secretária de Saúde de S. F. do Conde), João Batista Militão (Secretário de Saúde de Santo Amaro), Antônio Sérgio Marques (Secretário de Saúde de Vera Cruz), Marcelo Cerqueira (Secretário de Saúde de São Sebastião do Passé), Radaman Barreto (Membro Efetivo central). Estavam ainda presentes: Elias Natan Moraes Dias (Secretário de Saúde de Camaçari), Salvador: Marta Rejane M. Batista (Diretora geral DRCA), Aline Ribas Florêncio (SMS/DAS), Ivan de Mattos Paiva Filho (Gerente de Atenção às Urgências), Alcione Anunciação (DEPG/SMS), Rosa Virgínia Fernandes (Diretora de Planejamento e Gestão); Lauro de Freitas:

Valéria Ramos Dantas (Diretora de Planejamento, Auditoria, Controle e Regulação); Regina Miranda (SESAB/DAE/COUR), Márcia Mazzei (SESAB/SUVISA), Pedro Brasileiro (PROSUS/SESAB); Edraci de A. Alves (Apoio Leste COSEMS). Tendo sido atingido o quórum regimental, a Secretária de Saúde de Madre de Deus e Coordenadora Adjunta, Maria Rosânia Rabelo, abriu a reunião saudando os presentes, informando a pauta e observando a necessidade de se garantir a regularidade das reuniões já que neste ano não foi possível. Em seguida, passou a palavra ao Secretário de Saúde de Salvador, José Antonio Rodrigues, que chamou atenção para o fato das reuniões que ocorreram na sede da secretaria de saúde de salvador atingiram o quórum talvez por sua localização central diferente do CAB. Assim colocou à disposição mais uma vez tanto o auditório da Secretaria de saúde como o auditório do 5º centro de saúde, localizado nos bairros e com capacidade para cem pessoas. Disse que isso pode ser decidido na próxima reunião da CIR. Radaman Barreto, Membro Efetivo Central, informou que o espaço de reunião do NRS-L, localizado no Museu de Ciência e Tecnologia do Estado, na Av. Jorge Amado, Imbuí, está quase pronto para receber reuniões da CIR, se necessário. A Coordenadora Adjunta passou a palavra ao Secretário de Salvador que iniciou a discussão sobre o ponto de pauta do Hospital Municipal de Salvador. O Secretário disse que após a fase de implantação das UPAS, o momento agora é de implantar o Hospital Municipal de Salvador visando a superar uma demanda histórica do município por um hospital municipal, fez relato das tratativas positivas feitas com a SESAB sobre a construção do hospital, afirmando que este é de grande porte, que irá cobrir um hiato assistencial em uma área geográfica da cidade que está se desenvolvendo e tendo alto crescimento populacional, o que é o caso da Região de Cajazeiras facilitado pela abertura recente de novas vias que darão pleno acesso ao Hospital. Regina Miranda, técnica da SESAB, tomou a palavra para reafirmar a fala do Secretário de Salvador sobre o caráter positivo da reunião entre Estado e este município para tratar da implantação do Hospital Municipal. O Secretário José Antonio Rodrigues retomou a palavra para dizer que a implantação das UPAS em Salvador aumentou a demanda diária de atendimento de dois mil para sete mil, que o município está trabalhando atualmente com quatro ambulâncias do SAMU mesmo sem apoio do Estado o que tem custado cerca de quinhentos mil reais/mês ao município. Que o município está próximo de atingir 50% de cobertura de atenção básica, que o cenário está difícil com as UPAS sobrecarregadas, com os hospitais restringindo os atendimentos. Em seguida, o gerente de Atenção às Urgências do município, Ivan Mattos, exibiu o vídeo sobre o Hospital Municipal de Salvador. Terminado o vídeo, Ivan Mattos, informou que o Hospital já se encontra com noventa por cento de suas instalações concluídas, estando previsto para ser inaugurado em março/2018; que as licenças ambientais foram autorizadas; que o Hospital foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde; que o custo estimado é de R\$ 78. 400.000; que o prazo total de construção é de dois anos. Sobre o perfil do hospital informou que será de Intervenção clínica e cirurgias: emergência aberta e referenciada pela central de regulação e SAMU; serviço de atenção domiciliar; internação intensiva com 30 leitos; heliponto; ambulatório de egressos com 8 consultórios; centro cirúrgico com 6 salas; hospital dia; projeto de futura ampliação; base do SAMU. Concluída a fala de Ivan Mattos, o Secretário de Salvador afirmou que mais adiante será apresentada a próxima fase depois da avaliação do funcionamento do hospital. Fez observações sobre o processo de regulação colocando a necessidade de sua agilização para diminuir a ocupação de leitos particularmente nas UPAS. Regina Miranda, da SESAB, tomou a palavra para dizer que as UPAs não estão dando conta da demanda e que é necessário fazer as pactuações no campo das

urgências/emergências. A Secretária de Saúde Eleuzina Falcão, tomou a palavra para dizer que o cenário apresentado deve incluir a qualificação da referência na Região Metropolitana, algo que deve ser discutido entre os municípios. O Secretário de Saúde de Salvador disse concordar com esta e propôs um processo de formação dos profissionais de saúde para dar resposta rápida às demandas. Ivan Mattos tomou a palavra para dizer que o SAMU de Salvador já treina muitos profissionais de saúde de vários municípios. Dira, do apoio leste COSEMS, afirmou que os Gts propostos e criados precisam funcionar efetivamente, que é preciso rediscutir toda a rede para encontrar soluções para uma demanda que só aumenta. Que a rede de atenção básica precisa ser fortalecida senão esse problema não será solucionado. A Coordenadora Adjunta tomou a palavra para propor a criação de um GT de regulação da CIR de Salvador, o que foi aceito por consenso dos membros presentes. Dira anotou os municípios que farão parte: São Sebastião do Passé (Marcelo), São Francisco do Conde (Eleuzina), Salvador (Marta Rejane), Madre de Deus (Rosânia), Santo Amaro (nome a indicar), Lauro de Freitas (nome a indicar), Vera Cruz (Leiane). Apresentada proposta de solicitação de Salvador para implantação do Hospital Municipal, esta foi aprovada por consenso dos membros presentes. Em seguida, a Coordenadora Adjunta passou a palavra ao Secretário de São Sebastião do Passé, Marcelo Cerqueira, para apresentar o segundo ponto de pauta que tratou da doação da USB da Camaçari para São Sebastião do Passé para incorporação na frota como reserva técnica. O Secretário Marcelo Cerqueira disse que convidou o Secretário de Saúde de Camaçari para esta reunião, que não tem como manter a USA em seu município propondo assim sua transferência para Camaçari além de solicitar a instalação de mais uma USB em S. S. do Passé como reserva técnica. O Secretário de Saúde de Camaçari, Elias Natan, tomou a palavra e inicialmente parabenizou Salvador pela implantação do Hospital Municipal, em seguida, disse que instalará uma USA na orla de Camaçari que possui uma alta demanda no verão, e que está com a equipe formada só aguardando a USA. Com a conclusão da apresentação da solicitação, a Coordenadora Adjunta colocou-a para apreciação, sendo esta, aprovada por consenso dos membros presentes. Em seguida, a Coordenadora Adjunta passou a palavra para Pedro Brasileiro, técnico da SESAB que informou sobre a oficina do PROSUS, em 19 e 20/12, em local a ser confirmado para apresentar resultados da 1ª fase (questionários). Que o segundo momento será para apresentar a remodelagem dos fluxos. O Secretário de Saúde de Salvador aproveitou para questioná-lo sobre a Policlínica de Salvador e este respondeu que não é da sua área mas que levaria a questão levantada pelo Secretário para o setor competente da SESAB. O secretário pediu também que o lugar da avaliação feita pelo PROSUS no município seja a primeira das três realizadas. Em seguida, A Coordenadora Adjunta passou a palavra a Márcia Mazzei, da SESAB/SUVISA que falou sobre a Implantação do SVO (Serviço de Verificação de Óbito) na Região Metropolitana. Disse que a previsão para a implantação é o primeiro semestre de 2018. Que está sendo montada a estrutura do SVO inicialmente para prevista para funcionar no Hospital Roberto Santos, o que acabou não ocorrendo. Márcia Mazzei falou sobre os objetivos do SVO: instituir uma rede de SVO no Estado inicialmente de porte III no IML; e falou das competências; justificativa da rede de SVO na Bahia; limitações do SIM; subnotificações de causas maternas; pactuação de SVO na RMS feita na CIB em 2007; lei dos registros públicos; preenchimento de declaração de óbito; resolução 1779/2005 – CFM, que regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento de DO; morte com assistência médica; morte por causas externas (acidentes e violências); atribuições médicas; causa básica da morte; causas mal definidas. Ivan Mattos tomou a palavra para chamar atenção sobre necessidade de

discutir fluxo de liberação dos corpos para o sepultamento, ficando consensuado que o tema será discutido mais profundamente em uma próxima reunião da CIR. **Proposição 1 – Inserção do Hospital Municipal de Salvador – HMS na Rede Assistencial do SUS como Unidade de Retaguarda às Urgências. Proposição 2 - Remanejamento de USA da Base de São Sebastião do Passé para Central do SAMU de Camaçari e Solicitação de mais uma USB para São Sebastião do Passé.** Não tendo outro ponto de pauta, foi encerrada a reunião. Eu, Valdir Campos Estrela, lavrei a presente Ata, assinada por mim e os demais membros do Colegiado presentes. E por decisão do plenário, será submetida aos membros da CIR de Salvador através de email para apreciação e aprovação. Salvador, 30 de novembro de 2017. Ata Qualificada em Coordenadora – Adjunta da CIR, Maria Rosânia de S. Rabelo

 Secretário de Saúde de Salvador, Antonio José Rodrigues
 Secretária de Saúde de São Francisco do Conde, Eleuzina Falcão
 Secretário de Saúde de Santo Amaro, João Batista Militão
 Secretário de Saúde de Vera Cruz, Antônio Sérgio Marques
 Secretário de Saúde de São Sebastião do Passé, Marcelo Cerqueira Membro Efetivo Central, Radaman Barreto 1' 12'
 Secretário – Executivo, Valdir Campos Estrela



MEMBROS DA CIR DE SALVADOR

MEMBRO	NOME	TELEFONE
COORDENADOR	ELEUZINA FALCÃO DA SILVA SANTOS	71 3651-8194
COORD. ADJUNTO	CÁSSIO GARCIA	71 3115-8325
MEMBRO EFETIVO REGIONAL	AGNALDO M. SOUZA ORRICO	71 3115-8371
MEMBRO NÍVEL CENTRAL	RADAMAN DE SOUZA BARRETO	71 3115-8333
SEC. EXECUTIVO	VALDIR CAMPOS ESTRELA	71 3115-8338
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: CANDEIAS	SORAIA MATOS CABRAL	71 3601 2317/3707
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: ITAPARICA	STELA DOS SANTOS SOUZA	71 3631-1851/1857
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: LAURO DE FREITAS	VIDIGAL GALVÃO CAFEZEIRO NETO	71 3369 9970
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: MADRE DE DEUS	NAIARA ANDRADE CARDOSO	71 3604 1644
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: SALVADOR	LEONARDO SILVA PRATES	71 3202-1228
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: SÃO FRANCISCO DO CONDE	ELEUZINA FALCÃO DA SILVA SANTOS	71 3651 8194
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ	JOACI DE ALMEIDA PENA	71 3655-2897
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: SAUBARA	MAILDA ARAÚJO DE JESUS	71 98136-1616
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: VERA CRUZ	LOISE OLIVEIRA	71 3682 3555
SEC. MUN. DE SAÚDE DE: SANTO AMARO	HOLMES ROCHA DOS SANTOS FILHO	

CÓPIA DE ATA DE REUNIÕES DA CIR-2019

ATA-2019

Ata da 1ª Reunião Ordinária Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde de Salvador. Às dez horas do dia trinta de janeiro de dois mil e dezenove, na sala de reunião do COSEMS, situada na sede da UPB, CAB, no município de Salvador, reuniu-se a Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde de Salvador, sob a coordenação de Eleuzina Falcão, estando presentes os membros: Cássio Garcia (Coordenador), Stela dos Santos Souza (Secretária de Saúde de Itaparica), Luiz Galvão (Secretaria de Saúde de Salvador), Loise Oliveira (Secretária de Saúde de Vera Cruz), João Militão (Secretário de Saúde de Santo Amaro), Mailda Araújo (Secretária de Saúde de Saubara). Estavam ainda presentes: Ediraci Alves (Apoio Leste COSEMS). Tendo sido atingido o quórum regimental, o Coordenador da CIR, Cássio Garcia, abriu a reunião saudando os presentes, e informando a pauta. Início da reunião com informes de Dira: a etapa municipal da CNS vai até abril/19 com pequeno questionário aos municípios com prazo para responder até 01/02 sobre o processo de realização dessa etapa nos municípios; Na reunião da CIB foi homologada a PPI 2019, sendo o dia 30/01/19, último dia do prazo para homologar. Se não fizer homologação até 30/03/19, o município cairá no cálculo do FPM. Em seguida, o Secretário de Saúde de Santo Amaro, deu informe sobre a inauguração da Clínica de Hemodiálise no dia 13 de março de 2019, data do aniversário da cidade. Eleuzina lembrou que já houve visita dos Secretários da região para acompanhar o andamento das obras de construção da clínica de hemodiálise e saudou a inauguração como um grande avanço para a região de saúde. Em seguida, Eleuzina informou que a DAB retomará o treinamento das equipes de atenção básica dentro do desafio de avançar na cobertura na região metropolitana; informou sobre ações na área de saúde mental com o funcionamento de vários CAPs na região de saúde, destacando a importância de discutir o fluxo de atendimento no território e buscar construir essa rede de atenção. Dira leu o cronograma de implantação dos CAPs na região de saúde até o final deste ano. Propôs convidar a área técnica da SESAB para apresentar o plano de atenção à saúde mental e Stella propôs que em março isso seja discutido na CIR. Mailda propôs incluir o RAPs na discussão. Eleuzina propôs definir o cronograma das conferências municipais dando um enfoque mais regional à discussão. Stella disse que o GT criado para discutir as conferências não funcionou e o CES já pediu os nomes

para mediar a discussão nas Conferências e Eleuzina propôs extinguir o GT e tirar uma proposta para as conferências. Eleuzina colocou a necessidade de retomar a discussão sobre a Rede Cegonha e tentar fazer um planejamento para 2019. Disse que foi construído um conjunto de indicadores que foi apresentado ao MP por São Francisco do Conde e que trará o retrato da rede na região e permitirá seu monitoramento. Stella elogiou o município de São Francisco do Conde pela ação e disse que sem o uso de recursos financeiros porém com boa vontade muita coisa pode ser feita no SUS. Eleuzina cobrou **discussão da pauta do SAMU Metropolitano urgente na região**. Dira relatou discussão desse ponto na CIR Camaçari, os problemas a serem discutidos e as providências a serem adotadas. Stella propôs trazer os técnicos dos municípios para junto com Salvador discutir os problemas e as providências a serem tomadas. Dia 6/2, o GT criado, deverá discutir o SAMU Metropolitano na sede do SAMU/Salvador, às 14 horas. Mailda propôs ampliar a base da SAMU em Saubara. Stella defendeu a proposta e sugeriu que Salvador ajude fazendo a justificativa da proposta. A proposta assim foi aprovada por unanimidade condicionada à documentação do Conselho Municipal de Saúde e ao parecer favorável da central do SAMU. Falando sobre o relatório do PROSUS, Eleuzina colocou a necessidade do GT discutir as ações em defesa do fortalecimento da atenção primária na RMS e também discutir o PDR. Dira falou sobre o **processo de discussão do PDR**. Cássio, lembrou que uma das diretrizes da SESAB este ano é o fortalecimento da atenção básica, e propôs trazer o ISC para essa discussão. Os municípios deverão indicar os técnicos para participar dessa discussão levando em conta não a região mas o território de acordo com o modelo adotado. Salvador, São Francisco e São Sebastião do Passé comporão esse GT, que deverá se reunir em breve. Eleuzina colocou a questão do desabastecimento da vacina BCG no território da região de saúde. Manoel ficou de entrar em contato com DIVEP para tentar resolver o problema. Sobre a mudança do SAMU de São Sebastião do Passé para Salvador, questão já discutida na CIR, precisa que o município de Salvador dê o parecer técnico portanto a questão deverá ser retomada em uma próxima reunião da CIR, sendo dado o mesmo encaminhamento da proposição de Saubara. Foi discutida **a questão do glaucoma que tem apresentado problemas em sua pactuação na região de saúde**, sendo aprovada a proposta de incluir o assunto na próxima reunião da CIR. Em seguida, discutiu-se a pauta específica de Salvador. O Secretário colocou **a necessidade de se discutir a questão da assistência à saúde em Salvador destacando temas como compartilhamento e comando único e considera que essa discussão não foi devidamente tratada pela CIR e pela CIB**. Eleuzina levantou alguns pontos para discussão. Cássio discordou de vários pontos levantados pelo Secretário e defendeu a correção do processo de discussão até aqui feito envolvendo os diversos atores do SUS no Estado da Bahia. Acha legítima a discussão e que esta deve ser aprofundada. Eleuzina elogiou o estudo de Salvador sobre o assunto mas ponderou a necessidade de se ter mais tempo para tomar uma decisão que não afeta apenas o nosso território mas o conjunto do Estado da Bahia. Ana Paula, técnica de referência da SESAB, fez uma fala sobre o assunto e defendeu as decisões do Estado no tocante à relação com Salvador. Cássio propôs como encaminhamento formar GT para tratar dessa questão e encaminhar para CIB para deliberação. SESAB, Salvador, o COSEMS e, São Francisco do Conde deverão fazer parte do GT. Definida data de reunião, dia 19/02/19, no COSEMS, às 14 horas. Será criado grupo de WhatsApp para o GT. Eleuzina propôs retomar as reuniões itinerantes, o que foi acatado E não tendo outro ponto de pauta, foi encerrada a reunião. Eu, Edraci Alves, lavei a presente Ata, assinada por mim e os demais membros do Colegiado presentes. E por decisão do plenário, será submetida aos membros da CIR de Salvador através de email para apreciação

e aprovação. Salvador, 30 de janeiro de 2019. Ata Qualificada em, 12 de fevereiro de 2019 Eleuzina Falcão, Coordenadora Adjunta da CIR.

Ata Informativa Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde de Salvador. Às dez horas do dia 14 de fevereiro de dois mil e dezenove, na sala 4 da Escola Estadual de Saúde Pública do Estado da Bahia, situada no CAS José Maria Magalhães, S/N, Iguatemi, no município de Salvador, reuniu-se a Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde de Salvador, sob a coordenação de Eleuzina Falcão, estando presentes os membros: João Militão (Secretário de Saúde de Santo Amaro), Mailda Araújo de Jesus (Secretária de Saúde de Saubara), Erasmo Alves de Moura (Secretário de Saúde de Lauro de Freitas), José Reginaldo Souza Silva (Secretário de Saúde de São Sebastião do Passé). Estavam ainda presentes: Flávia Araújo (Apoio Leste COSEMS); Santo Amaro: Celidalva Borges (Diretora de regulação), Conceição Oliveira (Diretora MAC), Luzia A. Portela Santos (Coordenadora CAPS), Antonio Marques (Coordenador SAMU). Saubara: Lívia de S. da Rocha Melo (Coord. de Enfermagem do Hospital Municipal). Salvador: Eduardo Vasconcelos (Sub coordenador regulação), Daniela de Jesus Alcântara (GER/SMS), Patrícia Nogueira Silva (SAMU SSA). São Sebastião do Passé: Débora B. Abade (Coord. SAMU), Sandra Passy (Diretoria Planejamento). Lauro de Freitas: Alan F. Reis (Técnico). Madre de Deus: Mirza Diana (Assessora técnica). Não tendo sido atingido o quórum regimental, a Coordenadora da CIR, Eleuzina Falcão, abriu a reunião saudando os presentes, informando a pauta e declarando a reunião como informativa. Iniciou-se com o ponto de pauta sobre o Glaucoma. Daniela Alcântara, representante de Salvador, introduziu o tema e passou a palavra ao técnico Eduardo Vasconcelos que fez a apresentação falando sobre a execução do programa de glaucoma, abordou o fluxo de acesso ao tratamento de glaucoma, através do Sistema Vida. Afirmou que o município tem quatorze prestadores habilitados. Falou sobre a execução financeira do programa, disse que Salvador e Lauro de Freitas estouraram o teto e que os demais municípios têm saldo para pacientes novos. Que são necessários alinhamentos técnicos para resolver a situação, que o primeiro passo é formalizar as demandas reprimidas dos municípios, que Santo Amaro por exemplo está com uma lista de cento e dez pacientes que eram atendidos em Feira de Santana e precisam ser assistidos. Eleuzina Falcão tomou a palavra para externar sua preocupação com as inconsistências do Sistema Vida, ao que Eduardo Vasconcelos respondeu dizendo que o Sistema Vida é novo ainda e que as inconsistências serão tratadas nas reuniões técnicas entre Salvador e os demais municípios da região. O Secretário Erasmo Moura mostrou preocupação em saber o que avançou nessa questão ao que Eduardo Vasconcelos deu a mesma resposta dada à Secretária Eleuzina Falcão. Eduardo Vasconcelos solicitou dos municípios uma planilha com seus pacientes para que Salvador encaminhe aos prestadores para garantir o acesso ao tratamento. Disse que Salvador implantou o programa de monitoramento para garantir a efetividade do serviço. Que no momento só estão sendo atendidos pacientes de Salvador. Disse que a apresentação será disponibilizada para a CIR. Eleuzina Falcão propôs a reunião das áreas técnicas dos municípios para alinhar as questões e em outro momento marcar reunião com a área técnica da SESAB. Eduardo Vasconcelos deu o endereço eletrônico para os municípios encaminharem suas listas de pacientes com glaucoma informando todos os dados necessários. A data da reunião entre os municípios e Salvador ficou marcada para dia 21/02/19, às 9 h, na Sede da SAMU/SSA, no Complexo César Araújo, no bairro do Pau Miúdo. Também ficou acertado, aproveitar esta reunião e na mesma data e local, às 14 h, realizar a reunião do GT

SAMU da CIR. Patrícia Nogueira, de Salvador, ficou de encaminhar planilha com informações para subsidiar o GT para esta reunião. Entrando no próximo ponto de pauta, a Secretária de Saubara solicitou a base SAMU em seu município, e trouxe documento para entregar a Salvador. Eleuzina Falcão disse que a solicitação de Saubara já foi aprovada na última reunião da CIR e irá para a próxima reunião da CIB. Patrícia Nogueira propôs a criação de uma USA administrada por São Sebastião do Passé, Saubara e Santo Amaro ao invés de apenas uma base em Saubara, pois, só assim, irá desafogar São Francisco do Conde. No próximo ponto de pauta, discutiu-se o Plano Integrado de Atenção Psicossocial. Eleuzina Falcão disse ser preciso discutir a organização da rede, já que, o CAPS Tipo 1 não garante o atendimento na região. Vários CAPS serão implantados na região e a rede precisa ser organizada. Propôs que na próxima reunião da CIR isso seja discutido. O Secretário Executivo da CIR convidará Paulo Gabrielli, da DGC, para participar da próxima reunião. Eleuzina Falcão propôs discutir a implantação de um CAPS AD na região com recursos do PROSUS. Ao final, foi reforçada a convocação para a reunião com membros da CIR em Santo Amaro para discutir a Clínica de Hemodiálise, que será inaugurada em 13 de março próximo, neste município. Além disso, será discutida a Policlínica da região. A apoiadora do COSMS, Flávia Araújo, apresentou o cronograma de reuniões itinerantes da CIR, aprovado por todos os presentes. Ficou decidido que a próxima reunião ordinária da CIR, será em Saubara, no dia 14/03/19, às 9 h. E não tendo outro ponto de pauta, foi encerrada a reunião. Eu, Valdir Estrela, lavrei a presente Ata, assinada por mim e os demais membros do Colegiado presentes. E por decisão do plenário, será submetida aos membros da CIR de Salvador através de email para apreciação e aprovação. Salvador, 14 de fevereiro de 2019. Ata Qualificada em, 15 de fevereiro de 2019 Eleuzina Falcão, Coordenadora da CIR.

Ata da 2ª Reunião Ordinária Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde de Salvador. Às nove horas e trinta minutos do dia quatorze de março de dois mil e dezenove, no gabinete da Prefeitura do município de Saubara, no mesmo município, reuniu-se a Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde de Salvador, sob a coordenação de Eleuzina Falcão, estando presentes os membros: Luiz Galvão (Secretaria de Saúde de Salvador), Mailda Araújo (Secretária de Saúde de Saubara), Erasmo Alves de Moura (Secretário de Saúde de Lauro de Freitas), Naiara Andrade Cardoso (Secretária de Saúde de Madre de Deus), José Reginaldo Souza Silva (Secretário de Saúde de São Sebastião do Passé), Radaman Barreto de Souza (Membro Efetivo Central). Estavam ainda presentes: Flávia Araújo (Apoio Leste COSEMS), Janaína Cardoso Rodrigues (AI/DAB/SESAB), São Sebastião do Passé: Sandra Passy (Diretoria de Planejamento), Lauro de Freitas: Valéria Ramos Dantas (Diretora de Planejamento, Auditoria, Controle e Avaliação), Denize Pamponet (Assessora), Salvador: Daniela Alcântara (Gerente de Regulação), Cristina Fuezi (Subcoordenadora), São Francisco do Conde: Betânia de Almeida (Diretora de Planejamento), Saubara: Mônica Trindade (Coord. de Atenção Básica), Livia de S. da Rocha Melo (Coordenação do Hospital Municipal). Tendo sido atingido o quórum regimental, a Coordenadora da CIR, Eleuzina Falcão, abriu a reunião saudando os presentes, e informando a pauta. Iniciou-se a reunião com informes sobre arboviroses feitos por Flávia Araújo, Apoiadora do COSEMS, que exibiu vídeo de dezesseis minutos sobre o tema e a seguir destacou orientações sobre o enfrentamento às arboviroses no Estado da Bahia. Informou que o vídeo será disponibilizado aos municípios. A Coordenadora da CIR aproveitou para lembrar da situação do município de Feira de Santana que enfrenta um

surto de dengue inclusive com óbitos. Flávia Araújo retomou a palavra para reforçar a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde dos municípios. Valéria Dantas, técnica de Lauro de Freitas, destacou a necessidade de ações de promoção à saúde como políticas públicas de saneamento básico e não apenas ficar em ações pontais. Falou da devastação do meio-ambiente como fator contribuinte para a proliferação das arboviroses. A Secretária de Saúde, Mailda Araújo, disse que houve óbito em Feira de Santana tendo a paciente sido infectada neste município embora o endereço tenha sido registrado como se fosse de Saubara. O Secretário de Saúde, Erasmo Moura, disse ter sido vítima recente do vírus da dengue, que adquiriu em sua própria casa e chamou a atenção para as medidas preventivas nos locais de residência. O Secretário de Saúde, Luiz Galvão, disse que Salvador deverá fazer um projeto piloto e adquirir vacinas e cobrar do Ministério da Saúde a inclusão dessa vacinação no calendário oficial. Em seguida, a Coordenadora da CIR, deu início ao próximo ponto de pauta, Pactuação das Cirurgias Eletivas, e falou da decisão dos municípios se pronunciarem até a próxima sexta, 15/03/19, até o meio dia junto à Secretaria Executiva da CIR., lembrando que, o município que não o fizer deverá pactuar diretamente com o Estado. Flávia Araújo, fez a apresentação do ponto de pauta abordando a legislação que regula esta pactuação. O Secretário de Saúde, Erasmo Moura, tomou a palavra para dizer que tinha dúvida sobre se o valor per capita seria de acordo com o tamanho da população, o que Flávia Araújo respondeu positivamente, e aproveitou para informar que o mês de julho é o prazo final para execução dos procedimentos previstos nessa pactuação. Em seguida, definiu-se a posição dos municípios. Salvador e Lauro de Freitas executarão plenamente seus recursos financeiros. São Francisco do Conde, Madre de Deus, Saubara pactuarão com o Estado, constando na lista única. Santo Amaro ficou de informar sua posição até o prazo final dado pela SUREGS. Os demais municípios ausentes à reunião também deverão comunicar suas posições no prazo dado pela SUREGS. Salvador informou que manterá os mesmos procedimentos só que com os valores majorados conforme a resolução CIB/196. Em seguida, iniciou-se o próximo ponto de pauta, Regimento CIB/CIR, cuja apresentação foi realizada por Flávia Araújo, apoiadora COSEMS, que destacou a importância de fortalecer essas instâncias intergestoras e a capacidade das CIR tomarem decisões em seus territórios. Abordou a resolução CIB 11/2015 e a resolução 25/2017, que alterou o artigo 8 da resolução CIB 11/2015. Na ocasião, foi colocada a necessidade de encaminhar ofício à SESAB cobrando a indicação do membro efetivo regional da CIR Salvador. A Coordenadora da CIR reconheceu esse espaço como privilegiado para tratar das questões do SUS na região, disse que as ausências constantes têm prejudicado a região como um todo, que é preciso a presença dos municípios principalmente quando nesse momento está sendo discutido o redesenho do território em sua área metropolitana, que também é preciso discutir pautas que tratam da melhoria das condições de saúde da população do território e a pré-CIR pode contribuir muito para isso, provocou manifestação dos membros sobre essa decisão de realizar as pré-CIR, tendo tal proposta sido aprovada por unanimidade dos presentes. Em seguida, discutiu-se o próximo ponto de pauta, alteração do local da UPA de Lauro de Freitas, quando o Secretário de Saúde, Erasmo Moura, tomou a palavra para justificar a demanda alegando o respaldo da portaria do Ministério da Saúde, e que, com a construção do Hospital Metropolitano próximo à Areia Branca não se justifica a construção da UPA nesse local propondo assim a sua mudança para o centro do município, que está crescendo em termos populacionais e necessita muito dessa UPA. Disse que tal proposta foi aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde e que espera aprovação da CIR. Posta em discussão, a mudança foi aprovada pela unanimidade dos

presentes. Em seguida, passou-se o informe sobre o Consórcio da Policlínica, quando a Coordenadora da CIR informou que os municípios ficaram de trazer os documentos dizendo se concordam em se consorciar à Policlínica (termo de adesão) de São Francisco do Conde. Disse que São Sebastião do Passé está tendo dificuldades em conseguir o termo de adesão junto à Câmara Municipal e que na próxima reunião da CIR os municípios do entorno de São Francisco do Conde deverão trazer o termo devidamente assinado. Voltando a pauta, discutiu-se experiências exitosas do SUS no município de Saubara cuja introdução foi feita pela Secretária de Saúde, Mailda Araújo, que falou sobre a reestruturação da rede de assistência em saúde do município em 2018. A seguir, a técnica Mônica Trindade, iniciou a apresentação dizendo que a localidade de Araripe, em Acupe, foi escolhida como modelo de intervenção onde foi relatada melhoria do atendimento à população residente na localidade com estruturação da rede de atendimento à saúde, realizado um intenso trabalho de aceitação da unidade de saúde e dos serviços de saúde junto à população local, objetivo que foi alcançado. O Secretário de Saúde, José Reginaldo, tomou a palavra para parabenizar o avanço do trabalho em Saubara e por extensão destacou a importância da CIR para esse avanço. A Coordenadora Eleuzina Falcão também destacou a dedicação da gestão para superar os problemas e obstáculos e conseguir resultados positivos. Propôs a inscrição dessa experiência em eventos de saúde e se dispôs a contribuir para melhorar a apresentação e propôs também que Flávia Araújo, apoiadora COSEMS, se engaje nessa tarefa. Como informe, tivemos o anúncio das datas previstas das Conferências Municipais de Saúde de alguns dos municípios da CIR: Madre de Deus (20 e 21/03/19); Salvador (10 a 12/04/19); São Sebastião do Passé (09 e 10/04/12); Saubara 09/04/19); Lauro de Freitas (03 a 05/04/19). Houve informe também sobre a Mostra Brasil, Aqui Tem SUS, que ocorrerá durante o Congresso do CONASEMS, de 02 a 05/07/19, em Brasília, ocasião em que o COSEMS irá apresentar 36 trabalhos do Estado da Bahia. Informou-se também que em 19/03/19, na sede do MP, no CAB, o dia todo, haverá oficina devolutiva do MS sobre o segundo ciclo avaliativo das maternidades no ambiente da Rede Cegonha realizado em 2017, ocasião em que Salvador e Lauro de Freitas apresentarão suas ações. Informes sobre o SAMU metropolitano, onde como resultado do GT, dos nove municípios da RMS apenas cinco apresentaram planilha, sendo que, a próxima reunião está marcada para 25/03/19, onde deverão ser apresentadas as unidades com porta de entrada para urgência e emergência e os resultados da discussão do GT. Nos informes sobre o Glaucoma, foi dito que na reunião do GT, os municípios presentes apresentaram suas demandas reprimidas e o técnico de Salvador, Eduardo, apresentou os prestadores que irão atender essas demandas, e os municípios farão a pré-triagem. Salvador irá encaminhar a relação de pacientes para os prestadores. Os municípios apresentaram dificuldades com o atendimento de determinados procedimentos com a Oftalmodiagnose e Salvador ficou de dar resposta sobre isso. Foi informado também a mudança da data de inauguração do Instituto de Nefrologia do Recôncavo, que passou para o dia 12/04/19, em Santo Amaro. E não tendo outro ponto de pauta, foi encerrada a reunião. Eu, Valdir Campos Estrela, lavrei a presente Ata, assinada por mim e os demais membros do Colegiado presentes. E por decisão do plenário, será submetida aos membros da CIR de Salvador através de email para apreciação e aprovação. Salvador, 14 de março de 2019. Ata Qualificada em, 20 de março de 2019 Eleuzina Falcão, Coordenadora Adjunta da CIR.

Resumo das pautas:

Janeiro- Informes: Conferências de Saúde: Ampliação da Base do SAMU em Saubara; Programa do Glaucoma: Comando Único em Salvador.

Fevereiro- 1. Programa do Glaucoma; 2. Plano Integrado de Ação Psicossocial; 3. Apresentação do cronograma de reuniões itinerantes da CIR.

Março- 1. Informes (arboviroses, SAMU Metropolitano); 2. Regimento CIB/CIR; 3. Cirurgias Eletivas; 4. Consórcio Policlínica; 5. Alteração da UPA de Areia Branca para o Centro; 6. Experiências Exitosas na Saúde do Município de Saubara; 7.

Abril- 1. Informes (Inauguração do Instituto de Nefrologia do Recôncavo; Conferências Municipais de Saúde; Reunião com o Secretário de Saúde do Estado da Bahia no Grand Hotel Stella Maris sobre regulação, em 10/04/19; Fórum de Vigilância Epidemiológica, em 12/04/19). 2. Apresentação: Projeto de Extensão da UFBA - Proposta de pesquisa e formação para os trabalhadores do NASF da região de Salvador. 3. Reordenamento do SAMU Metropolitano, com inclusão do município de Saubara.

Maió- Campanha de Vacinação contra Influenza; Rede Cegonha na Região Metropolitana; Inclusão de São Sebastião do Passé como base do SAMU da CIR de Salvador; Informes.

Junho- Atualização do plano de ação da rede de urgência e emergência - RUE - da região de Salvador / Macro Leste; Situação dos hospitais de pequeno porte - HPP - na região de saúde de São Francisco do Conde; Comunicação em Saúde - ação tripartite/ São Francisco do Conde; Inclusão de São Sebastião do Passé como Base do SAMU da CIR de Salvador; Informes: XVI Congresso dos Secretários Municipais de Saúde

Julho- Apresentação do plano de ação da rede de urgência e emergência - RUE - da região de salvador/Macro Leste, Situação dos hospitais de pequeno porte - HPP - na região de saúde - São Francisco do Conde; Concurso Publico para Agentes de Saúde - Madre de Deus; Credenciamento de duas equipes de saúde bucal - Vera Cruz; Informes.

Agosto- 1. Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência - RUE da região de Salvador; 2. Projeto de Implantação do Serviço de Atenção Domiciliar de Candeias; 3. Transferência do SAMU de São Sebastião do Passé da região de Camaçari para a região de Salvador; 4. Informes.

Setembro-Projeto avaliação da rede de cuidados integral a pessoa com deficiência no SUS, Redecin Brasil; Painel de apoio a Gestão; Estrutura da rede cegonha da região de Salvador; Resolução 51, de 11 de junho de 2019 que versa sobre a definição de baixo risco para fins da medida provisória 881; Concurso publico para agente de saúde de Madre de Deus; Avaliação do Desenho e Organização do SAMU Metropolitano; Informes; Oficina do desenho territorial em saúde - Macro leste.

Outubro- Apresentação do Regime CIB/CIR - apoiadora do COSEMS; Situação do surto de sarampo na região leste - área técnica da SESAB/DIVEP e municípios; Apresentação da conformação do desenho da rede com a entrada do Hospital Metropolitano - Área Técnica da

SESAB; Análise da oferta de serviços com base na PPI da região de Salvador - Área técnica de Salvador; Informes

Nov/Dez- Não ocorreu.