



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA



OZIAS REBOUÇAS SILVA

**CONSÓRCIOS DE SAÚDE NAS REGIÕES DE SAÚDE DE IRECÊ E
JACOBINA (BAHIA)**

SALVADOR
2022

OZIAS REBOUÇAS SILVA

**CONSÓRCIOS DE SAÚDE NAS REGIÕES DE SAÚDE DE IRECÊ E
JACOBINA (BAHIA)**

Dissertação de Mestrado para apresentação no Programa de Pós-Graduação em Geografia da UFBA 2022 para a obtenção do título de Mestre em Geografia.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Ângelo Martins da Fonseca.

Salvador

2022

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Ciências e Tecnologias Prof. Omar Catunda, SIBI - UFBA.

S586 Silva, Ozias Rebouças

Consórcios de saúde nas regiões de saúde de Irecê e Jacobina (Bahia) / Ozias Rebouças Silva. – Salvador, 2022.

107 f.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Ângelo Martins da Fonseca

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Geografia (POSGEO), 2022.

1. Consórcio público - Saúde - Bahia. 2. Políticas de saúde - Bahia. 3. Justiça distributiva. 4. Saúde pública. I. Fonseca, Antônio Ângelo Martins da. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.


CDU:614(813.8)

TERMO DE APROVAÇÃO

BANCA DE DEFESA - DISSERTAÇÃO

CONSÓRCIOS DE SAÚDE NAS REGIÕES DE SAÚDE IRECÊ E JACOBINA
(BAHIA)

OZIAS REBOUÇAS SILVA



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



Dr.ª Vanessa da Silva Vieira
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)



Dr. Adriano Maia dos Santos
Universidade Federal da Bahia (UFBA/Vitória da Conquista)



Dr. Ricardo Bahia Rios
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia (IFBA)

Aprovada em Sessão Pública de 31 de agosto de 2022

RESUMO

O presente trabalho foi desenvolvido a partir das inquietações sobre a formação de consórcios de saúde no estado da Bahia, em específico o de Irecê e Jacobina, visa oferecer uma compreensão de como estes instrumentos se organizaram em suas regiões de saúde e como vem trabalhando. Estes modelos de consorciamentos na área da saúde, na Bahia, são recentes e apesar de caminharem para uma consolidação, de fato ainda enfrentam problemáticas que os impedem de atingir os objetivos a que se propõem, desde a sua concepção. O corpo teórico desta dissertação está amparado nas ideias de justiça espacial, mais precisamente a distributiva, desenvolvida por John Rawls (1997). Entretanto, a ideia distributiva aqui é percebida como um ponto de partida crucial e aberto a outras concepções, entendimentos e conceitos que a fortaleçam e não a tornem promotora de injustiças. O trabalho é construído sempre em uma lógica metodológica baseada na análise comparativa, posto que, tudo que foi analisado em um consórcio também foi analisado no outro, o que tornou a construção complexa, pelo fato de ter que buscar, organizar e sistematizar dados e informações que fossem comuns a ambos, caso contrário, incorreria no risco de fugir da ideia e objetivos propostos. Ao final foi possível fornecer uma análise comparativa dos consórcios de saúde que não pretendeu torná-los unos, mas que os diferenciou em suas especificidades, aproximando-os naquilo em que os assemelham.

Palavras-chave: Consórcios. Justiça Espacial. Saúde. Região. Bahia.

ABSTRACT

The present study was developed from concerns about the formation of health consortia in the state of Bahia, specifically those from Irecê and Jacobina. It aims to provide an understanding of how these instruments have been organized in their health regions and how they have been working. These partnership models in health area, in Bahia, are recent and despite moving towards a de facto consolidation, they still face problems that prevent them from actually reaching their primary objectives, since their idealization. The theoretical body of this dissertation is supported by the ideas of spatial justice, more precisely, the distributive one, developed by John Rawls. However, this distributive idea here is perceived as a crucial and open starting point for other conceptions, understandings and concepts, which strengthen it, instead of making it a promoter of injustices. Almost all this study has been built on a methodological logic based on comparative analysis, since everything that was analyzed in one consortium was also analyzed in the other, what made the construction complex, due to necessity of searching, organizing and systematizing data and information which were common in both models, otherwise, it could evade the initial idea and proposed objectives. In the end, it was possible to provide a comparative analysis both health consortia, that did not intend to make them seem like one; on the contrary, it was capable of differentiating them into their specificities and bringing them together in their similarities.

Key-words: Consortia. Spatial justice. Health. Region. Bahia

AGRADECIMENTOS

A minha mãe (em memória), Mariza Rebouças pela confiança no meu progresso e pelo apoio incondicional.

A Roudinei Carlos, pelo companheirismo de todos as horas, pelo afago e cuidado nos momentos difíceis, sempre com uma palavra de incentivo e carinho.

Ao meu orientador que apesar da intensa rotina de sua vida acadêmica aceitou me orientar nesta dissertação. As suas valiosas indicações fizeram toda a diferença.

A minha família pela grande atenção dispensada que se tornou essencial para que o projeto fosse concluído.

Aos meus colegas do curso do mestrado em Geografia (UFBA) pelas trocas de ideias e ajuda mútua. Juntos conseguimos avançar e ultrapassar todos os obstáculos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Consórcio de Saúde de Irecê: distâncias entre a policlínica e as sedes dos municípios participantes - 2021	22
Figura 2: Consórcio de Jacobina e a distância entre a policlínica e as sedes dos municípios participantes - 2021	23
Figura 3 - Fluxograma com as etapas de organização dos consórcios.....	45
Figura 4- Região de Saúde de Irecê	51
Figura 5- Consórcio de Saúde da Região de Irecê	52
Figura 6- Região de Saúde de Jacobina.	55
Figura 7- Consórcio de Saúde da Região de Jacobina	56
Figura 8- Gráficos consolidados dos resultados da pesquisa de satisfação da policlínica do CRSI	81
Figura 9- Resultados das respostas da pesquisa de satisfação da Policlínica de Jacobina.....	93
Figura 10- Mapa – Consórcio de Saúde Irecê: Rodovias Federais e Estaduais	99
Figura 11- Mapa – Consórcio de Saúde Jacobina: Rodovias Federais e Estaduais	100

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Transferências financeiras dos municípios consorciados e do estado para a policlínica – Consórcio de Saúde de Irecê (2019).....	75
Gráfico 2 - Consórcio Regional de Saúde de Irecê - Transferências Financeiras dos Municípios e do Estado da Bahia para os Consórcios - 2019 (%).....	77
Gráfico 3 - Transferências financeiras dos municípios consorciados para o consórcio de Jacobina.....	88
Gráfico 4- Transferências financeiras dos municípios para a policlínica de Jacobina (2019).....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Consórcio regional de saúde de Irecê - transferências financeiras dos municípios consorciados e do Estado para a policlínica (2019)	74
Tabela 2 - Consórcio regional de saúde de Irecê - transferências financeiras dos municípios consorciados para o consórcio (2019)	76
Tabela 3 - Contrato de Rateio das Ações Administrativas do Consórcio	87
Tabela 4 - Consórcio Regional de Saúde de Jacobina - Transferências financeiras dos municípios consorciados para o consórcio (2019)	87
Tabela 5 - Valor do repasse global para as Ações Administrativas do Consórcio Público de Saúde da Região de Saúde de Jacobina Exercício 2019	89
Tabela 6 - Contrato de Rateio Para Policlínica.....	90
Tabela 7 - Consórcio Público de Saúde da Região de Saúde de Jacobina - Rateio do Custeio da Policlínica da Região de Saúde de Jacobina (2019)	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese de atividades	19
--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Procedimentos Metodológicos	16
2	OS CONSÓRCIOS DE SAÚDE NA BAHIA	20
2.1	Estrutura e Organização das Policlínicas Regionais de Saúde	30
2.2	Normas Legais sobre os Consórcios Públicos	34
2.3	Concepções sobre Saúde Pública para a Implantação dos Consórcios.....	35
2.4	Organização e Estrutura dos Consórcios de Saúde na Bahia	46
2.5	Consórcios de Saúde X Região de Saúde	49
2.6	Justiça Espacial E Consórcios De Saúde	57
3	ANÁLISES COMPARATIVAS ENTRE OS CONSÓRCIOS DE SAÚDE E AS POLICLÍNICAS	66
3.1	Análises dos Estatutos do Consórcio de Saúde de Irecê	66
3.2	Análise das Atas do Consórcio de Saúde de Irecê	68
3.3	Receitas Orçamentárias da Policlínica e do Consórcio Público de Saúde de Irecê	73
3.4	Consórcio De Saúde de Irecê – A Policlínica	78
3.5	Consórcio de Saúde de Jacobina	83
3.6	Análise do Estatuto do Consórcio de Saúde de Jacobina	85
3.7	Receitas Orçamentárias da Policlínica e do Consórcio Público de Saúde de Jacobina	86
3.8	Pesquisa De Satisfação – Policlínica de Jacobina.....	92
4	OS CONSÓRCIOS DE SAÚDE DE IRECÊ E JACOBINA - DIFERENÇAS, SIMILITUDES, AVANÇOS E DEMANDAS PENDENTES.....	96
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
	REFERÊNCIAS.....	104

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa aqui apresentada foi construída levando em consideração o espaço geográfico e a região enquanto basilares para apreensão da organização da saúde na Bahia, com destaque para as regiões de Jacobina e Irecê e os seus respectivos arranjos espaciais através dos consórcios de saúde. Tem como questões a distribuição, organização e funcionamento dos consórcios de saúde, além do objetivo geral de entender se os consórcios de saúde na Bahia tem gerado ou não avanços positivos na distribuição espacial dos serviços de saúde para as populações que compõem os municípios participantes como também compreender a organização e funcionamento das respectivas policlínicas e para tal a dissertação foi organizada em três capítulos, além da introdução (apresentando um panorama geral da pesquisa) e as considerações finais.

O SUS, apesar de estar assegurado na Constituição de 1988 e ter uma lei específica, nº 8080/90, é resultado de diversas reivindicações de grupos sociais entre 1976 a 1988. Segundo Paim (2009) em “O que é o SUS”, a saúde no Brasil, desde a República Velha, pode ser percebida como uma verdadeira omissão em saúde; com o passar dos anos e atendendo a interesses econômicos e reivindicações da classe trabalhadora o Estado Brasileiro começa a dar sinais de atenção à saúde pública, porém, não para todos os cidadãos, mas sim para grupos específicos da sociedade.

Já em 1975, outra questão que é marcada como um problema para um sistema único de saúde aparece na “V Conferência de Saúde aponta 71 órgãos de saúde federal” (PAIM, 2009). Fazia-se necessário, então, que todas essas segmentações e, conseqüentemente, ações e tomadas de decisões fossem unificadas para a construção de uma saúde que chegasse a todas as pessoas que estivessem em território brasileiro, que viria a acontecer através das pautas sociais que foram organizadas já a partir de meados dos anos 1970.

O modelo de saúde pública que temos hoje no país, na figura do Sistema Único de Saúde, começou a tomar forma a partir da Constituição Federal de 1988, tendo como princípios doutrinários fundamentais a universalidade, a equidade e a integralidade e como bases organizacionais a regionalização, a hierarquização e a descentralização; princípios que foram regulamentados e detalhados a partir da promulgação, em 1990, da Lei Orgânica da Saúde, nº

8.080. Vale ressaltar que, em sua origem, o SUS não incluiu a participação social como um de seus pilares, tendo sido incorporado em Lei complementar, nº 8.142, o que denotou, já no seu ordenamento primário, que ter a sociedade como fiscalizadora dos processos dentro do Sistema não estava nos planos dos legisladores da época. Entretanto a participação popular na construção do SUS foi atuante e importante para o mesmo:

No caso brasileiro, a participação da comunidade era, um dos caminhos para a superação do autoritarismo impregnado nos serviços e nas práticas de saúde desde os governos militares, criando espaços para desenvolvimento de cidadãos nos destinos do sistema saúde. Além da perspectiva do exercício da democracia no cotidiano dos serviços de saúde, esta diretriz busca assegurar o controle social sobre o SUS. Assim, a comunidade pode participar na identificação de problemas e no encaminhamento de soluções, bem como fiscalizar e avaliar as ações e os serviços públicos de saúde. (PAIM, 2015, p. 40-41).

Tomando por base o que estabelece o princípio básico da regionalização, os idealizadores do SUS consideravam fundamental que cada região do país, cada estado e cada município pudessem fazer a gestão do Sistema de saúde em suas localidades, de acordo com as suas peculiaridades e particularidades; tendo no princípio da descentralização, o elemento necessário para que esta regionalização se concretizasse. Isto se dá, por exemplo, na regulamentação da transferência Fundo a Fundo de recursos da esfera Federal para estados e municípios, através da NOB (Norma Operacional Básica) de 1996. Esta mesma NOB estabeleceu a possibilidade da celebração de convênios e parcerias entre os diversos entes federativos que compõem a macroestrutura do SUS, bem como, dos municípios entre si, com a possibilidade de financiamento a partir de recursos tripartite.

De lá para cá, muitos avanços ocorreram no sentido de ampliar e fortalecer a regionalização e a descentralização do SUS. Uma das medidas elementares foi a divisão do território dos estados em Regiões de Saúde, muitas delas seguindo a mesma lógica das regiões geoeconômicas já previamente existentes Santos e Assis (2017) e destas em microrregiões, cujos polos concentrariam a maior infraestrutura de equipamentos de saúde, para atender uma população de referência. Essa divisão tem como elemento norteador o princípio organizacional da hierarquização, que, ao compreender que não se pode ter tudo em todos os lugares, analisa o território e suas características para

determinar quais recursos serão alocados, em cada ponto da Rede de Assistência à Saúde (RAS), como afirma Matta (2006, p. 76), que a hierarquização:

[...] diz respeito a uma organização do sistema que deve focar a noção de território, onde se determinam perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, que devem nortear as atividades e serviços de saúde de uma região. Essa concepção aproxima a gestão municipal dos problemas de saúde, das condições de vida e da cultura que estão presentes nos distritos ou regiões que compõem o município. A lógica proposta É: quanto mais perto da população, maior será a capacidade de o sistema identificar as necessidades de saúde e melhor será a forma de gestão do acesso e dos serviços para a população.

A partir daí cada estado passou a estabelecer seu Plano Diretor de Regionalização (PDR), que determina, entre outras coisas, quais seriam os núcleos regionais de saúde, baseado, entre outras coisas, em estratégias de territorialização e vulnerabilidades, com o objetivo primordial de facilitar a gestão do Sistema e oferecer aos usuários assistência integral, continuada e mais próxima dos locais de residência, por todo o Brasil.

Fica claro, portanto, que a partir das Normas Operacionais que se seguiram, como a NOAS-SUS 01/2002, que determinou os níveis de gestão dos municípios em gestão plena da saúde e gestão plena da atenção básica, estabelecendo critérios para a habilitação num ou noutro nível, foi dada aos municípios maior autonomia para gerir os recursos, executar as políticas e planejar ações com o propósito de melhor atender às necessidades de suas populações, promovendo maiores inclusão e aproximação entre o Sistema e o usuário.

Entretanto, apesar dos esforços crescentes em melhor compreender a dinâmica do território, ao observar o espaço baiano atual, ainda se percebe um importante vácuo de assistência em saúde, sobretudo nos locais mais remotos. Fica claro que o cenário espacial baiano, entendido a partir de uma concepção de saúde, apresenta feições heterogêneas em termos de distribuição de equipamentos de atendimento, de profissionais de saúde e de condições de acesso aos usuários.

Neste contexto, no estado da Bahia, o Plano Diretor de Regionalização vem passando por constantes transformações, em busca de melhor compreender a dinâmica territorial e suas nuances, e, desse modo,

reconstruindo as regiões de saúde do Estado. Atualmente o mesmo se divide em nove macrorregiões de saúde e 28 microrregiões, com uma perspectiva de organizar e melhor compreender o seu espaço e prover os Equipamentos diversos, pertinentes a cada nível hierárquico, como é o caso dos hospitais regionais, Centros de Atendimento Psicossociais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Policlínicas, Laboratórios Centrais (LACEN) regionalizados, entre outros.

Assim, dentre as diversas formas da regionalização e descentralização da saúde no Estado da Bahia, um modelo que vem sendo construído é o dos Consórcios de Saúde, combinado com a implantação de policlínicas de saúde, que vem ganhando força de tal modo que já está presente em diversas regiões do Estado. Esta combinação visa, através da cooperação intermunicipal mediada pelo Estado, à prestação de serviços em saúde mais próxima às populações do interior da Bahia, reduzindo os constantes fluxos de pacientes dos pequenos municípios que se dirigiam à Salvador para serem atendidos, e os vazios assistenciais existentes, nestes espaços que, outrora, eram vistos como um deserto em saúde.

A previsão dos consórcios de saúde já se fazia presente, desde a Constituição de 1934, para os entes federativos do Brasil. Todavia, pouco ou quase nada deste arranjo se concretizou no território nacional. Foi somente a partir da Lei Federal Nº 11.107, de 6 de abril de 2005 (BRASIL, 2005), e pela necessidade crescente de alcançar regiões com significativa escassez de serviços de saúde, que a quantidade de consorciamentos começou a crescer de forma mais sustentada e significativa.

Os consórcios de saúde configuram-se como uma parceria entre o Governo do Estado e as prefeituras participantes. Este modelo cria um novo desenho de regionalização no espaço, à medida em que define um município como sede do consórcio e os demais municípios participantes como integrantes de uma rede hierarquizada e referenciada àquele. Neste espaço, cuja rede apresenta limites bem definidos, as pessoas que necessitam dos serviços de saúde (de média a alta complexidade) transitam num fluxo regional constante a partir das bases rumo à ponta da pirâmide hierárquica, representada, neste caso, pelas sedes dos consórcios, que detêm os equipamentos de saúde mais complexos.

A formação do Consórcio possibilita que o cidadão tenha um atendimento de qualidade de média complexidade, com a oferta de consultas de diversas especialidades médicas e a realização de exames de imagem e outros em policlínicas. Além disso, prevê a adequação e melhoria de hospitais e outras unidades de saúde voltadas para fazer o atendimento também de alta complexidade. Tudo isso com o objetivo de ser perto de casa, para que o paciente não precise se deslocar longas distâncias para conseguir atendimento. (BAHIA, 2018).

Desse modo, para compor este modelo de regionalização consorciada, é imprescindível que as sedes de cada consórcio recebam a estrutura em saúde necessária e que as pactuações intermunicipais aconteçam. Nesse contexto, as policlínicas de saúde se configuram importante elemento para o sucesso dos consórcios, como equipamentos construídos e dotados de recursos do governo do Estado, para a gestão dos municípios que compõem o consórcio.

Por isso, tem-se como objetivos perceber a estratégia para levar saúde a locais mais afastados da capital, Salvador, através dos consórcios, é de significativa relevância, todavia é preciso investigar se a mesma consegue promover inclusão e justiça dentro do espaço, ou se os entraves burocráticos se sobrepõem às iniciativas de encurtamento das distâncias.

Logo, esta pesquisa visa compreender como o consórcio de saúde da região de Irecê e Jacobina, juntamente com suas respectivas policlínicas, está estruturado, como se dá a sua rede de fluxo de pessoas e de atendimento em saúde, bem como, visualizar como a mesma é operacionalizada, sob quais condições e se tem realmente conseguido frear a busca por serviços de saúde de média e alta complexidade em maiores centros urbanos. Pretende avaliar, ainda, se essas redes podem modificar a região e as relações que são/estão estabelecidas através de uma perspectiva de equidade.

O primeiro capítulo tem como propósito apresentar de maneira geral como os consórcios estão organizados na Bahia, o funcionamento, as questões legais, demonstra as diferenças entre consórcio de saúde e região e também discussões sobre justiça espacial contextualizando com o tema desta dissertação. O segundo capítulo apresenta questões mais específicas e comparadas entre si sobre cada consórcio onde foram analisadas atas, receitas orçamentárias, estatutos, organização interna, relação e funcionamento das policlínicas. O terceiro capítulo oferece uma síntese sobre ambos os consórcios à luz das ideias de justiça espacial e tenta demonstrar se há uma justiça neste

modelo de organização para oferecimento de saúde nestes municípios que fazem parte do consórcio. Todavia, para chegar a tais entendimentos é importante um apanhado geral sobre o próprio Sistema de Saúde e como os municípios se organizaram e organizam para atender as demandas que lhes são geradas.

1.1 Procedimentos Metodológicos

Para ajudar na obtenção de dados, informações, estudo e análises desta dissertação lançar-se-á mão de estudos com base na análise comparativa partindo do pressuposto que são analisados dois casos com similitudes e diferenças – O Consórcio de Irecê e o de Jacobina – ambos têm o mesmo fim, a mesma organização, o mesmo meio de oferecer o produto final (a policlínica). Todavia, também apresentam diferenças: atores distintos, localização geográfica, origem e valores financeiros distintos. A análise comparativa que aqui se faz não busca apenas apontar as semelhanças e diferenças entre os consórcios, mas, compreender através de tais análises como duas organizações de cunho tão semelhantes ainda assim destoam uma da outra; qual o rebatimento espacial que provocam e por quem estes arranjos são promovidos.

O estudo comparativo é de fato o ato prático da pesquisa para a obtenção dos objetivos que se pretende chegar o qual, neste trabalho, se enquadra de forma precisa. Para Cervo, Bervian e Silva (2007, p. 32), “comparação é a técnica científica aplicável sempre que houver dois ou mais termos com as mesmas propriedades gerais ou características particulares”. Entretanto, apesar de possível, não será ressaltado nem aumentado as diferenças e/ou igualdades, tampouco abordado os possíveis e/ou eventuais embates políticos que ocorreram para a estruturação dos consórcios de saúde. Terá evidência a organização, a formação, a estrutura, o atendimento à população e a (re)organização espacial que ocasionam.

Posto claro as ressalvas observadas sigamos com mais algumas elucidações para o estudo comparativo ter sido escolhido para tais análises. Em Alves e Sahr (2014, p. 4) “Os estudos comparados desenvolveram-se e permanecem nas abordagens contemporâneas na busca por similaridades e/ou

diferenças”, para contemplar os estudos a busca será por aquelas evidências que são mais semelhantes ou que são mais diferentes.

O método comparativo não se pretende homogeneizante ao buscar agrupar situações, organizações e fenômenos a partir de suas semelhanças e diferenças, mas sim colocar em protagonismo as características que os tornam específicos, ou seja, são semelhantes, tem questões que confluem, todavia apresentam profundas diferenças.

Neste sentido, colocando em prática o uso do método comparativo, está em processo de análise, através desta pesquisa, a organização administrativa e espacial dos consórcios, a sua estrutura e financiamento, a organização e funcionamento das respectivas policlínicas e o atendimento ao usuário final. Para tal, foram realizadas entrevistas, visitas aos consórcios de saúde e policlínicas, analisadas atas e outros documentos oficiais (dos consórcios e das policlínicas), construção de tabelas, gráficos e mapas que evidenciam as semelhanças e diferenças do Consórcio de Saúde (de) Irecê e do Consórcio de Saúde de Jacobina e suas respectivas policlínicas. As análises das atas foram de importância significativa, pois refletem o contexto ao qual foram escritas, sendo assim um tipo de fonte primária a qual é possível saber o que ocorreu, quais as decisões que foram tomadas e quem estava presente nas reuniões, mesmo sem que o pesquisador estivesse presente.

Todas as atas do período entre janeiro/2019 até dezembro/2020 foram lidas e analisadas visto que compreendem o tempo ao quais os dois consórcios de saúde já estavam em operação e as reuniões com os membros dos consórcios já aconteciam. Durante as entrevistas com os gestores, técnicos e os responsáveis pela organização da saúde na Bahia os objetivos foram compreender e aprofundar os entendimentos em relação à forma de gestão da saúde no Estado da Bahia, como são distribuídos os recursos financeiros e técnicos, como é feita a comunicação entre o Estado e os representantes dos municípios.

Para compreender a saúde na Bahia foi realizada uma entrevista com a coordenadora da regionalização do SUS na Bahia e nesta oportunidade foi exposto como o Estado atua para definir esta regionalização. Em outro momento foi realizada uma entrevista com a coordenação dos consórcios de saúde na Bahia que explicou desde o surgimento dos consórcios, passando pelo

financiamento e organização destes. Estas duas entrevistas foram realizadas no primeiro ano da pesquisa e serviu para dar arcabouço sobre os princípios basilares que se está estudando.

Em outro momento, no segundo ano da pesquisa, já em trabalho de campo em dezembro de 2020, com duração de cinco dias visitando as sedes das policlínicas de Irecê e Jacobina, cidades circunvizinhas que integram o consórcio, conhecendo a estrutura física e técnica dos espaços de saúde, as condições de estrada e deslocamento dos usuários dos serviços públicos de saúde. Foram realizadas duas entrevistas em cada policlínica onde foi possível compreender como é o trabalho, como recepcionam os usuários, como se dá a organização na distribuição dos serviços, quais as dificuldades e crescimento na região, foram disponibilizados pesquisas e demais dados os quais foram incluídos nesta pesquisa de forma oportuna quando se trata de questões referentes às policlínicas.

Então, após colher, analisar, sintetizar e comparar todas as informações foi criado um quadro comparativo que pretende refletir a atuação dos consórcios públicos de saúde e as policlínicas à luz da justiça espacial com base conceitual em John Rawls através da teoria da distribuição equitativa, que aqui são avaliados entre os equipamentos de saúde, serviços e deslocamento das populações dos municípios membros até ao município sede da policlínica. As próximas etapas desta dissertação compreendem as análises comparadas das informações levantadas e construídas sobre os consórcios de saúde de Irecê e Jacobina com fim de apresentar o estudo final de como eles tem atuado nas suas respectivas regiões.

A seguir é possível analisar o Quadro 1 com a síntese de todas as atividades que foram desenvolvidas para a construção desta dissertação. É importante adiantar não foi possível submeter esta pesquisa ao comitê de ética, por três motivos principais: i) devido a expansão da pandemia que diminui, durante um período, as tramitações de processos e pedidos dentro da UFBA; ii) devido às dificuldades em manter contato e adquirir mais informações e dados devido a pandemia; iii) e, junta-se a isso, o tempo curto para a realização dessa pesquisa. Para tanto, as entrevistas tiveram um caráter informal e, por conta disso, não serão feitas nenhuma relação direta com o nome dos entrevistados. conforme que o trabalho não precisou passar por comitê de ética, apesar do

tema estar relacionado a questões de saúde pública, devido ao fato de não expor em nenhum momento dados ou qualquer informação dos usuários das policlínicas, pois, devido ao contexto da pandemia de COVID-19 e todas as limitações que foram impostas a todas as pessoas afetou diretamente esta pesquisa exatamente no período em que seria realizada as entrevistas. Todavia, esta lacuna pode ser preenchida, em partes, aos dados fornecidos pelas diretoras das policlínicas no que tange ao grau de satisfação dos usuários daqueles equipamentos de saúde.

Quadro 1 - Síntese de atividades

Ações	Irecê	Jacobina	Estado da Bahia
Entrevista diretora da policlínica	X	X	
Entrevista coord. Geral dos consórcios			X
Coordenadora da atenção básica	X	X	
Coordenadora da Regionalização			X
Atas	X	X	
Mapas dos consórcios	X	X	
Tabelas de repasses financeiros dos consórcios	X	X	
Dados sobre graus de satisfação dos usuários	X	X	
Estatutos	X	X	

Fonte: Elaboração própria.

Neste sentido as páginas a seguir tem como propósito oferecer um panorama dos consórcios públicos de saúde na Bahia, a partir das análises realizadas sobre os consórcios de Irecê e Jacobina. Foi abordado elementos desde a criação dos consórcios no estado até questões mais específicas de cada um dos dois aqui pesquisados. Avançando nas discussões, entra no bojo desta pesquisa as duas policlínicas que compõe cada consórcio e como se dá a relação entre esta combinação (consórcio-policlínica).

2 OS CONSÓRCIOS DE SAÚDE NA BAHIA

Este capítulo tem como instrumento de construção oferecer uma análise acerca dos consórcios públicos na Bahia apresentando suas principais características, além de trazer elementos legais de forma contextualizada tendo como objetivo a compreensão da necessidade de criação desta organização municipal e como se articula com as policlínicas.

O cenário espacial baiano visto a partir de uma concepção da saúde apresenta feições heterogêneas em questões de distribuição de equipamentos de atendimento, profissionais de saúde e condições de acesso pelos usuários a estes serviços. Dentre as diversas formas da regionalização da saúde no Estado da Bahia, o modelo que vem sendo construído a partir desta relação são os Consórcios de Saúde, que, em consonância com a implantação em cada consórcio, de policlínicas de saúde, vem ganhando força de tal modo que este modelo já está presente em quase todo o estado. Esta combinação visa, através da cooperação municipal intermediada pelo Estado da Bahia, à prestação de serviços em saúde com maior proximidade das populações dos municípios da Bahia, que outrora era tido como um verdadeiro deserto em saúde.

Portanto, apesar de ser uma iniciativa que pretende promover a saúde com mais celeridade e mais proximidade de quem de fato necessita, torna-se pertinente suscitar questionamentos se seus princípios norteiam a justiça espacial.

Desse modo, pese a tratar-se de tema relativo às políticas de saúde, cabe a nós, geógrafos e geógrafas, estarmos inseridos neste debate, tendo em vista que o mesmo promove mudanças significativas no espaço baiano, principalmente em questões referentes a sua justa distribuição e organização. Assim, o trabalho que se segue aponta estas abordagens, a fim de responder a seguinte questão central: a distribuição, organização e funcionamento dos consórcios de saúde na Bahia são capazes de gerar justiça espacial?

Na Bahia para a implantação das policlínicas e os consórcios de saúde o Estado adotou o modelo que foi desenvolvido no Ceará, segundo informações fornecidas pela coordenação geral dos Consórcios de Saúde na Bahia. No estado da Bahia, até àquela data (janeiro de 2020), já eram 15 policlínicas

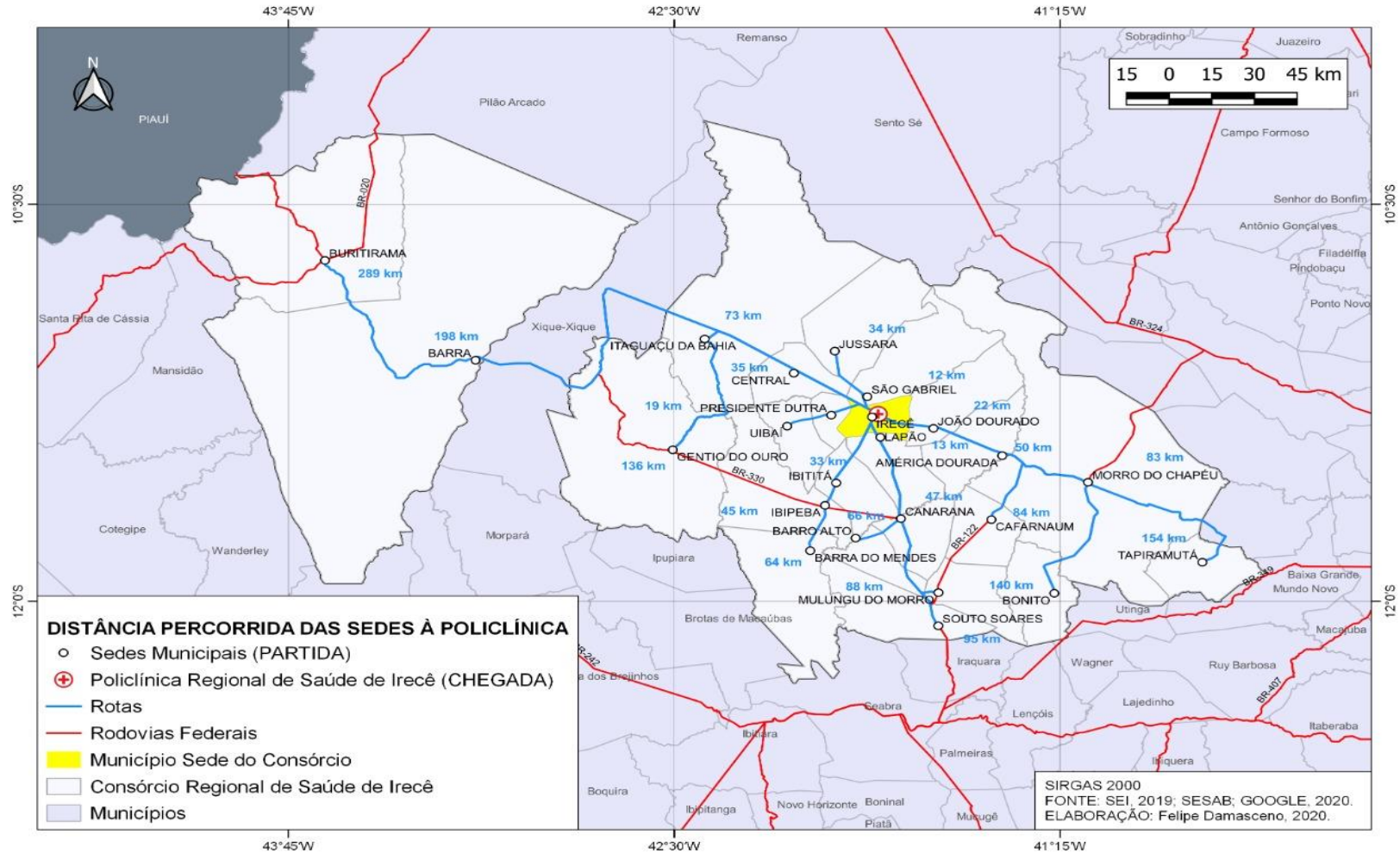
implantadas e a perspectiva de que todas as Regiões de Saúde da Bahia recebessem uma unidade de policlínica.

É importante salientar que em algumas situações, uma única policlínica atenderá a duas regiões de saúde, como é o caso das regiões de Ilhéus e Itabuna (por serem regiões muito próximas e com fluxo bastante intenso entre si). Sobre a escolha da cidade onde a policlínica é instalada, sempre que conveniente, escolhe aquela com mais infraestrutura (hotéis, escolas, supermercados, lojas, dentre outros), pois a lógica pensada é a de que é mais fácil trazer os equipamentos, trabalhadores, pacientes para aquela cidade com maior “desenvolvimento” do que fazer o inverso, deslocar todos os materiais e pessoas para uma cidade menor.

Entretanto, a escolha da sede do consórcio e da policlínica não é algo imposto, imperativo, apenas a partir destes critérios. Isto é uma indicação inicial, a escolha final, assim como todas as que dizem respeito às policlínicas e aos consórcios, são sempre decididas em assembleia realizada regularmente (trimestralmente ou de forma extraordinária), com a presença dos prefeitos (ou seus representantes) com *quórum* mínimo (definido por cada consórcio em seu regimento), na qual sempre há embates, negociações e acordos. Do mesmo modo, a decisão de como ocorrerá à gestão dos referidos consórcios compete a suas assembleias e constam de seus regimentos.

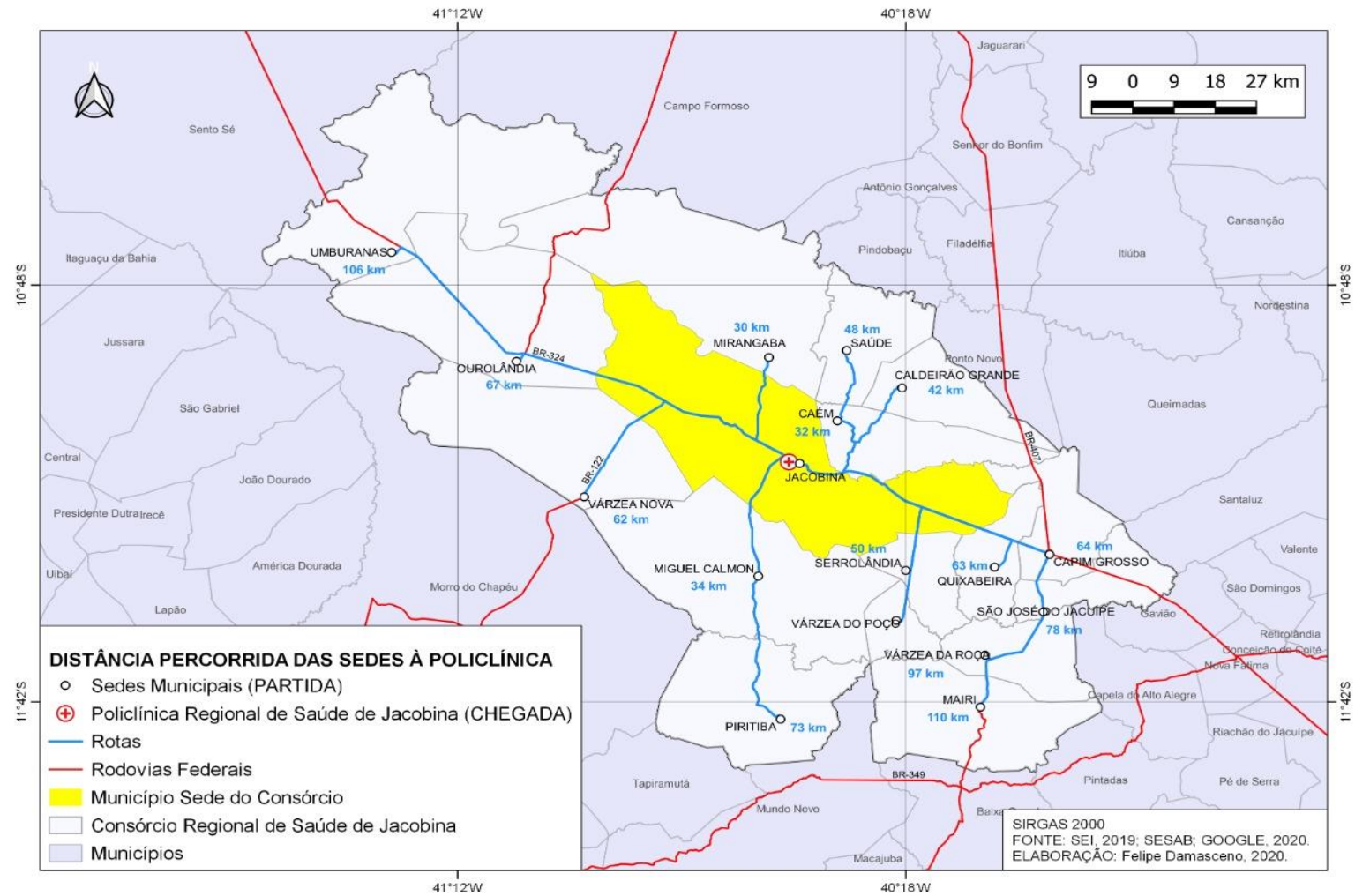
Para o desenvolvimento deste trabalho, foram estudados os consórcios de Irecê e Jacobina. As figuras 1 e 2, apresentam os territórios dos consórcios estudados, onde é possível perceber a distância entre cada município consorciado e a sede de cada policlínica. As distâncias foram medidas do centro do município até a rodoviária da sede, em quilômetros. O tempo foi calculado seguindo o trajeto mais curto possível, em um automóvel convencional de passeio (carro particular). O cálculo foi feito com o GPS do *Google Maps* (levam em consideração tipo de estrada, dados de velocidade média sobre determinados períodos de tempo, tempo de viagens reais de outros passageiros, situação do trânsito em tempo real, entre outros fatores).

Figura 1: Consórcio de Saúde de Irecê: distâncias entre a policlínica e as sedes dos municípios participantes - 2021



Fonte: SEI, 2019; SESAB; 2020; GOOGLE, 2020.

Figura 2: Consórcio de Jacobina e a distância entre a policlínica e as sedes dos municípios participantes - 2021



Fonte: SEI, 2019; SESAB; 2020; GOOGLE, 2020.

Desta forma, se usarmos o mesmo método, isto é, o GPS do *Google Maps*, para calcularmos as distâncias entre cada uma das sedes das policlínicas, nas mesmas condições descritas acima, obteremos uma distância de Irecê a Salvador equivalente a 480 km, e de Jacobina a Salvador, 340 km. Ou seja, da análise das figuras 1 e 2, podemos concluir que os consórcios de saúde no estado, centrados em suas policlínicas, têm um papel fundamental de reduzir os longos deslocamentos e custos, oferecendo atendimento em saúde à população em suas próprias regiões.

Ainda sobre o deslocamento, este é oferecido aos pacientes que procuram o atendimento em saúde e necessitam do atendimento nas policlínicas, através do apoio logístico em transporte de cada Rede de Assistência à Saúde, dos municípios, sob a forma de ambulância, vans, micro-ônibus, carros de passeio, etc., deslocando os usuários de seus domicílios ao local onde o serviço será efetivamente prestado. Este é um ponto que merece uma atenção mais redobrada, pois, imaginemos: uma pessoa adoentada que sai em busca de atendimento de carro próprio, ou ambulância, ou de ônibus já necessita de certo cuidado, a depender da gravidade da enfermidade, percorrendo distâncias de médias a longas, sendo necessárias paradas para ir ao banheiro e/ou saciar a fome e sede, o que termina por onerar os custos do próprio deslocamento.

Esta situação hipotética em um primeiro momento compreende as situações das estradas como se estivessem em condições adequadas para a viagem (condição de pista sem buracos, bem sinalizada, com comércios próximos), para oferecer aos usuários mínimas condições de qualidade no trajeto. Porém, ao se aproximar da realidade e perceber que grande parte desta população vive em zonas afastas dos centros urbanos e que precisa atravessar trajetos ainda maiores em condições de pista esburacada, de terra de chão batido, com poeira, sem estrutura comercial suficiente, entre outros, percebemos que a procura por saúde pode ser ainda mais difícil.

Não se pretende, aqui, dar ao rural e/ou às áreas remotas uma conotação pejorativa, atrasada, até mesmo porque se perguntássemos aos residentes destas localidades quanto ao seu grau de satisfação em relação aos seus locais de moradia, muito provavelmente as respostas seriam de satisfação, apesar das dificuldades enfrentadas. O que se pretende nesta discussão é demonstrar como

a atuação dos consórcios públicos e a construção das policlínicas em regiões mais próximas da população podem oferecer um trato menos danoso aos pacientes, enfrentando distâncias menores para obter um atendimento mais especializado.

Percebemos, então, que a questão do deslocamento (como e quanto tempo leva) também influencia na saúde pública, e a discussão sobre justiça espacial pode nos dar uma compreensão melhorada de como essas pessoas estão sendo tratadas. Ou seja, se os locais de distribuição dos equipamentos são, de fato, o que melhor atende à população, a saúde oferecida está em consonância com o perfil epidemiológico da região, as decisões tomadas garantem o atendimento universal e gratuito, que o SUS tem como princípio.

Se nos aprofundarmos neste exercício de imaginação de cenários hipotéticos, ainda analisando a figura 1, percebemos que o município mais próximo da policlínica de Irecê é São Gabriel, a 12 km desta, enquanto o município mais distante é Buritirama, que está a 289 km da sede do consórcio, concluindo que espacialmente este consórcio é relativamente extenso, uma vez que populações de municípios como as de Buritirama, Barra e Tapiramutá precisam percorrer distâncias entre 150 km à quase 300 km até a sede da policlínica; enquanto outros estão a alguns minutos de distância. No Consórcio de Jacobina a situação é um pouco diferente, a distância máxima da sede da policlínica e o município mais longe é de 110 km.

Desse modo, ao constatarmos que as policlínicas oferecem os mesmos serviços, tanto aos municípios próximos quanto aos distantes, pretendemos ilustrar que talvez a equidade não se cumpra em sua integralidade, mesmo dentro do consórcio. Isto fica evidente quando inferimos que os usuários de São Gabriel, por estarem mais próximo da policlínica, percorrerão uma distância menor, em relação a Buritirama, implicando em menos custos, menos desgastes e maior celeridade no atendimento requisitado.

Já os usuários que residem em Buritirama percorrerão longas distâncias e terão custos, provavelmente, maiores. Ora, isto não implica apenas na simples análise de distância e dispêndio de dinheiro. É preciso pensar também sobre como estas pessoas se deslocam. Em quais condições de estradas, em quais condições veiculares, com que grau de segurança? Ademais, como e por quem serão recepcionadas e tratadas no destino? Quais são as garantias que essas

peças, que deixaram seu local de moradia, terão para se manterem de forma digna em local diferente do de origem? Em relação ao retorno, em quais horários aportarão em suas cidades e se terão condições de ainda retornarem a suas residências, uma vez que, muitas vezes, chegam à noite em suas localidades?

Sem dúvidas, são situações hipotéticas, mas que precisam ser pensadas com o intuito de garantir que haja, de fato, equidade, mesmo dentro do consórcio. É preciso pensar nestes deslocamentos e oferecer soluções não únicas, mas respeitando as diferenças espaciais e sociais, a fim de oportunizar que o princípio norteador da equidade se cumpra.

Em um recente trabalho do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que investigou os deslocamentos das pessoas em busca de tratamentos básicos e de média e alta complexidade em saúde, revela que em todo o Brasil um grande número de pessoas tem de enfrentar longas distâncias para ter acesso a esses serviços (é importante observar que devido às grandes diferenças do país, há regiões em que as distâncias são maiores e, em outras, menores).

Esses dados visam oferecer compreensões sobre como as populações se movem no espaço, de um município para outro, para os serviços de saúde compondo a Pesquisa das Regiões de Influências da Cidade (IBGE, 2018). Em uma primeira aproximação apreende-se da pesquisa que a média nacional de “deslocamentos para serviços de saúde de baixa e média complexidade é de 72 km. A busca por tratamento de alta complexidade teve como média o deslocamento de 155 km para o país, com profundas diferenças regionais...” (IBGE, 2018).

No caso dos consórcios aqui analisados, no que diz respeito ao de Irecê, as distâncias variam entre a mínima de 12 km de São Gabriel a Irecê e a máxima de 299 km (Buritirama a Irecê), já no de Jacobina esse intervalo compreende a distância mínima de 32 km (Caém a Jacobina) e 110 km (Mairi a Jacobina).

Analisando estas informações percebemos que em nível de distanciamento estes consórcios reproduzem os resultados encontrados no estudo REGIC, em relação à população brasileira geral. Visualiza-se um panorama brasileiro em que as populações mais afastadas das cidades médias e grandes tendem a se locomover mais para ter atendimento. Essas cidades, sobretudo aquelas mais próximas da faixa litorânea, continuam a ter melhor

acesso a bens e serviços (dentre eles os relacionados à saúde) e em consequência, se tornam polos atrativos de pessoas carentes de serviços.

É preciso deixar claro que apenas o fato de um município estar longe ou perto da sede da policlínica não constitui todos os determinantes de situações de justiça ou injustiça. Entende-se aqui que maiores distâncias podem tornar-se fator complicador do tratamento, mas pode haver pessoas em municípios com distâncias médias que sofram tanto quanto, no deslocamento.

Assim, diante desta afirmação, conclui-se que não basta apenas analisar distância e tempo de deslocamento, é inevitável retomarmos os questionamentos anteriores: como essas pessoas se deslocam? Quais as condições encontradas neste trajeto? Como é o processo de tratamento e retorno às suas residências? E, ainda mais crucial se faz obter respostas para a seguinte indagação: o que pode ser feito para reduzir e/ou mitigar as possíveis problemáticas desses deslocamentos? Como os consórcios administram estas questões espaciais para atender de forma equitativa, observando as suas diferenças e diversidades, para atender essas populações que se movimentam de maneira diferenciada pelo espaço?

É preciso distribuir equitativamente os recursos e equipamentos de saúde no contexto estadual e regional, ou seja, de forma justa, através do incentivo à implantação dos consórcios de saúde; contudo, também é necessária a sua distribuição equânime dentro do território dos próprios consórcios, a partir da observação de todas as suas variantes espaciais, sociais, econômicas, suas vulnerabilidades e todas as outras condicionantes e determinantes que possam influenciar no tratamento do indivíduo e da coletividade, para que o serviço prestado, ao invés de promover justiça, não se traduza em perpetuador de injustiças, gerador de dificuldades e de sofrimentos para indivíduos já bastante fragilizados.

No entanto, apesar da ênfase que fazemos aqui quanto à importância da distribuição dos recursos em saúde no espaço, como um elemento atenuador da injustiça espacial, ao tomarmos as ideias de Edward Soja (2014) em seu livro “En búsqueda de la justicia espacial” – percebemos que o autor, entre tantas outras questões, ao trazer para o espaço a ideia da justiça, como algo inerente a esta dimensão da geografia, afirma que tudo o que é social é espacial, nos alerta sobre as injustiças que a distribuição, pura e simplesmente, pode provocar.

O autor enfatiza que o produto final da distribuição pode não promover justiça e que é preciso observá-la, também, por e partir dos processos que a geram.

La desigualdade distributiva es la expresión más básica y obvia de injusticia espacial, por lo menos al destacar los resultados geográficos en lugar de los procesos que los producen. Tomemos, por ejemplo, la distribución de médicos, hospitales, clínicas y otros servicios de salud. En todas las regiones urbanas, se hace un cierto esfuerzo en distribuir los servicios de salud de manera que permitan igual acceso a toda la población, pero cuando se ve desde un punto de vista espacial, tal acceso equitativo es prácticamente imposible de lograr. Es inevitable un cierto grado de desigualdad distributiva, en parte debido a los efectos diferenciales de la localización relativa y de la distancia entre los consumidores y en parte debido a las decisiones de localización realizadas por los particulares que producen los servicios. Necesidades presupuestarias, ineficacia institucional, codicia personal, intolerancia racial, diferencia de poder y riqueza social, y muchos otros factores se añaden a esta desigualdad distributiva básica, creando geografías sesgadas localmente y por lo tanto geografías discriminatorias de acceso a los servicios de salud y, más serio quizá, a la salud pública en sí. (SOJA, 2014, p. 83).

Nesse sentido, para analisar a distribuição dos consórcios de saúde e dos recursos que eles detêm, à luz da justiça espacial, e levando em conta as premissas de Soja (2014), precisaríamos partir de uma ampla avaliação, em cada município, dos demais determinantes e condicionantes do processo gerador da distribuição, a fim de oferecer um panorama mais completo sobre o assunto. Contudo, devido ao cronograma determinado e à limitação orçamentária, o trabalho se deterá na análise dos fatores essenciais envolvidos nesta dialética distribuição e justiça, comprometendo-se a oferecer uma visão geral da situação em cada consórcio.

É possível, contudo, que cheguemos ao final com uma conclusão de justiça ou injustiça e, todavia, ora encontremos pessoas de um mesmo município que vão se sentir satisfeitas com suas condições de acesso à saúde, e ora poderemos encontrar pessoas que demonstrarão completa insatisfação, pese à distância de deslocamento até os polos assistenciais a que estão sujeitas ser a mesma; denotando que a análise subjetiva do grau de satisfação individual, apesar de variável válida, pode não se constituir critério suficiente para a análise da justiça.

Nesse sentido, influenciará neste debate elementos como o fato de pessoas morarem em determinados locais, ser ou não uma ação de livre escolha, como para manterem-se próximos dos seus; ou se seria uma ação imposta, condicionada, que os “empurra” para determinadas localidades, com as

quais não estão familiarizadas, tendo que se (re)construir a partir do diferente e, possivelmente, tendo que enfrentar mais dificuldades quando vão procurar serviços de saúde, em um meio ao qual não estão contextualizados.

Sobre este assunto, podemos voltar a SOJA (2014), que continua tratando da justiça espacial, agora, a partir, de como o espaço é construído, quem ocupa tais espaços. Será que toda situação de habitar lugares remotos, com dificuldade de acesso aos serviços, se constitui em injustiça espacial?

Por exemplo, na construção do espaço podemos ter, de um lado, aquelas pessoas que escolhem viver em condomínios afastados, em busca de sossego, de segurança, com toda a infraestrutura que necessitam e dispendo de transporte próprio, e do outro, aquelas pessoas que são “empurradas” para os subúrbios, bairros mais afastados, com menos infraestrutura, tendo que gastar mais tempo e dinheiro para acessar determinados serviços. Têm-se ainda as comunidades que optam e lutam para preservar sua cultura e meio de vida, distantes das influências dos grandes centros.

Nestes casos tão diversos, onde poderíamos afirmar que há justiça ou injustiça espacial? SOJA (2014) nos traz uma aproximação sobre o conceito de “segregação residencial”, onde ilustra bem o fato de nem todos os que moram afastado são, necessariamente, vítimas da injustiça espacial quanto à distribuição dos recursos:

No todos los ejemplos de segregación residencial son totalmente injustos. Hasta cierto punto, la segregación residencial puede ser voluntaria y beneficiosa, con personas de historias similares que eligen vivir juntas por motivos muy diferentes, desde crear identidad y comunidad a consumir comida preferida y obtener otras formas de sustento y alimento cultural para ayudar a los recién llegados a encontrar empleo y vivienda. Sin embargo, la segregación se convierte en un problema cuando está rigidamente impuesta desde arriba como una forma de dominación y control, como ocurrió con el apartheid y el gueto racial; o cuando emerge menos intencionalmente desde abajo como un subproducto opresivo de “libertades” no reguladas dentro de persistentes estructuras espaciales de privilegios. (SOJA, 2014, p. 92)

Então, a partir desta análise preliminar, podemos concluir que, vive-se bem e próximo daquilo que completa uma comunidade, porém, afastado de certos serviços, saúde e educação como exemplo, não haveria injustiça na escolha distributiva dos serviços, não tão próxima a estas comunidades? Por outro lado, devem-se oferecer às populações que foram empurradas para a

margem da sociedade, serviços mais próximos a estas ou em um lugar estratégico que atenda a todos?

Oportunamente se faz, por hora, esta ressalva, mas iniciar esta análise proporcionará compreender questões relacionadas aos consórcios na Bahia no intuito de promover melhorias e opções de gerenciamento. Vale lembrar, no entanto, que a justiça espacial não se coloca como algo único, estático e imutável no espaço e tempo. Visamos compreender determinadas situações e apresentar os seus desdobramentos.

Aunque resulta difícil de probar de manera concluyente, estoy sugiriendo que la justicia en el mundo contemporáneo tiende a ser vista más concreta que sus alternativas, más orientada a las circunstancias de hoy em día, más abierta a múltiples perspectivas conectadas y, por ende, a más coaliciones exitosas entre diferentes movimientos sociales. (SOJA, 2014, p. 54).

Compreende-se que a ideia de justiça que se pretende abordar neste trabalho seja distributiva, equitativa, e que também sejam observadas as questões que formam a sociedade, as particularidades específicas dos lugares e regiões.

Nesse aspecto, não é demais frisar que esteja sempre em questão, neste trabalho, o espaço é um agente ativo no processo de construção e compreensão da realidade, em especial dos consórcios públicos de saúde, das policlínicas, das sociedades que são impactadas e impactam o(s) processos de (re)construção da região.

Os consórcios e as policlínicas ao se formarem e se fixarem, promoverão um rebatimento espacial que criará justças e/ou injustças, na dependência dos processos que o gerem, tornando-se imprescindível para toda sociedade, e para os geógrafos e geógrafas, estar atentos a tais processos.

2.1 Estrutura e Organização das Policlínicas Regionais de Saúde

As policlínicas de saúde são equipamentos construídos e equipados pelo governo do Estado e instaladas nas regiões de saúde onde os municípios se organizaram e criaram um consórcio administrativo. Este equipamento de saúde visa atender às necessidades das populações dos municípios em atendimentos

de média a alta complexidade, evitando longas esperas e deslocamentos para a obtenção de atendimento em saúde.

As Policlínicas visam prestar serviços de média complexidade na rede de saúde da região, ampliando o acesso ambulatorial à especialidades médicas diversas e exames em busca de uma maior atenção à saúde do paciente. Foram idealizadas para cobrir um vazio assistencial identificado na Bahia. Apesar de a cobertura da Atenção Básica atingir mais de 70% do território baiano, esta não funcionava de forma resolutiva, pois faltava acesso aos médicos especialistas e à realização de exames diagnósticos para direcionar os tratamentos. Neste sentido, o projeto visa garantir a oferta dos exames complementares e consultas especializadas para todas as regiões de saúde da Bahia, fornecendo resolutividade à Atenção Básica e evitando que os pacientes precisem ir para os hospitais com casos que podem e devem ser solucionados na atenção primária e secundária. (BAHIA, 2020a).

Por sua vez, a gestão dessas policlínicas pertence ao consórcio da região de saúde ao qual foi entregue, por isso, é extremamente necessário que exista uma adequada articulação e cooperação entre os municípios consorciados. Assim, essa gestão é definida em assembleia, onde os municípios elegem a mesa diretiva, composta por presidente, diretor executivo, diretor administrativo e um assessor técnico que são os responsáveis por cada consórcio e administração da policlínica.

Porém, cabe ao Estado da Bahia escolher a diretora da policlínica; é o braço do Estado no funcionamento da mesma. Esta escolha é feita a partir de um banco de dados onde os currículos são analisados e aqueles com melhores competências são selecionados para cada policlínica, sendo oferecido para diretora ou diretor um curso para gestão da policlínica.

Do ponto de vista de custeio, as policlínicas são mantidas com recursos financeiros advindos dos municípios do consórcio e do governo estadual. O Estado arca com 40% do custo total e os municípios com os 60% restantes; sendo o valor equivalente a cada município calculado *per capita*. Ou seja, os 60% será dividido entre os municípios de acordo com a quantidade de habitantes de cada um. De acordo com a coordenação geral dos consórcios na Bahia o custo médio de uma policlínica gira em torno de R\$ 1.000.000,00, todavia estes valores podem variar de acordo com cada consórcio.

Um dos objetivos da policlínica é o fortalecimento da saúde pública através da gestão eficiente dos recursos, uma vez que, se o paciente já é tratado precocemente de sua enfermidade, seu estado de saúde tende a não se agravar,

diminuindo a demanda de atendimentos de alta complexidade, desafogando a busca por estes centros e, conseqüentemente, reduzindo os custos financeiros para o Estado.

Objetivo similar pode ser obtido quando se trata do fortalecimento do Sistema Único de Saúde através da valorização e empoderamento da Rede de Atenção Básica. De acordo com documento produzido pela Comissão Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), citando Bárbara Starfield, a atenção primária em saúde, ou atenção básica, é capaz de solucionar até 85% dos problemas de saúde dos indivíduos:

As evidências demonstram que a Atenção Primária tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde (STARFIELD, 1994), realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde (CONASS, 2011, p.197).

Ainda nesta linha, a Secretaria de Estado da Saúde, da Bahia, define a atenção básica como sendo:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BAHIA, 2020b).

Em complementação ao exposto logo acima, uma portaria do Ministério da Saúde, 2011, amplia este entendimento observando a importância de práticas democráticas e de gestão de pessoas na atenção primária, bem como da integralidade do fazer em saúde, respeitando a dinâmica dos diferentes territórios e a necessidade de acolhimento da população segundo suas características, concebendo a atenção básica como:

O exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações... responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações... observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2011).

Sendo assim, uma vez que existirão no contexto da atenção básica demandas que serão acolhidas e que não poderão ser solucionadas naquele

nível de atenção, o usuário do SUS deverá percorrer um itinerário dentro da Rede de Assistência à Saúde (RAS), para completar a já mencionada integralidade do cuidado.

Neste processo, a Atenção Básica continua atuando como ordenadora do fluxo na rede e a Policlínica passa a configurar importante ponto de acesso na RAS, para fins de complementação da assistência iniciada no âmbito da atenção primária. Para isso, é necessário que as policlínicas ofereçam procedimentos e serviços indisponíveis na rede assistencial do município de origem.

No que tange aos serviços oferecidos nas policlínicas, de acordo com o governo estadual, existe uma padronização da oferta, com foco nos procedimentos de médio e alto custo, a saber:

Ressonância Magnética (com e sem contraste), Tomografia (com e sem contraste), Mamografia, Ultrassonografia com doppler, Ecocardiografia, Ergometria, Mapa, Holter, Eletroencefalograma, Eletromiografia, Raio-X de 500Am, Eletrocardiograma, Endoscopia, Colonoscopia, Nasolaringoscopia, Colposcopia, entre outros, ligados às especialidades de oftalmologia. A oferta de exames vai depender do perfil de atendimento da Policlínica... Biópsias de mama, tireoide, próstata, dérmica, gastroenteral, entre outras. Estão inclusos também os procedimentos de vasectomia, cauterização, pequenas cirurgias e cuidados com o pé diabético (BAHIA, 2020c) .

Estes serviços oferecidos podem variar de região para região a depender do perfil epidemiológico de cada lugar (apesar de a base de oferta dos serviços ser específica). A quantidade de exames em geral é a mesma, as cotas por município, todavia, podem variar de acordo com a quantidade de habitantes, sendo proporcional à população, assim como sua cota de contribuição no financiamento, como já exposto.

Cabe ressaltar que a estrutura organizativa dos consórcios permite ainda que os gestores dos municípios, em comum acordo e caso não utilizem as suas cotas mensais, intercambiem as cotas de acordo com a necessidade de cada cidade, contudo, caso as cotas de atendimento não sejam todas utilizadas no mês vigente não é possível a sua acumulação para o próximo mês e nem o reembolso por sua não utilização.

2.2 Normas Legais sobre os Consórcios Públicos

A previsão dos consórcios de saúde desde a Constituição de 1934 já se fazia presente para os entes federativos do Brasil, todavia pouco ou quase nada se constituíram na prática. Atualmente, pela Lei Federal nº 11.107, de 6 de abril de 2005 (BRASIL, 2005), e também por necessidade de alcançar regiões brasileiras com significativa escassez de serviços, principalmente os relativos à saúde, a quantidade de consorciamentos tem crescido de forma expressiva.

A referida lei determina que a União só poderá participar dos consórcios em que façam parte “todos os estados em cujos territórios estejam situados os municípios consorciados (BRASIL, 2005), ou seja, quando municípios de estados diferentes, limítrofes por exemplo, estabelecerem um consórcio, a União não poderá ser parte do mesmo, a menos que os Estados envolvidos também sejam partícipes. O dispositivo legal ainda estabelece que os consórcios de saúde devem obedecer e cumprir todos os princípios e normas do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo os seus objetivos determinados pelos entes da federação que se consorciarem, obedecendo os limites constitucionais.

O artigo segundo da lei supra mencionada garante aos entes consorciados “firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções sociais ou econômicas de outras entidades e órgãos do governo” para que os mesmos consigam atingir os seus objetivos. Avançando nas questões pertinentes a este trabalho o Art. 4º da mesma lei impõe uma série de regras que todos os consórcios interfederativos de saúde devem cumprir, como se segue:

- I – a denominação, a finalidade, o prazo de duração e a sede do consórcio;
- II – a identificação dos entes da Federação consorciados;
- III – a indicação da área de atuação do consórcio;
- IV – a previsão de que o consórcio público é associação pública ou pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos;
- V – os critérios para, em assuntos de interesse comum, autorizar o consórcio público a representar os entes da Federação consorciados perante outras esferas de governo;
- VI – as normas de convocação e funcionamento da assembleia geral, inclusive para a elaboração, aprovação e modificação dos estatutos do consórcio público;
- VII – a previsão de que a assembleia geral é a instância máxima do consórcio público e o número de votos para as suas deliberações;

VIII – a forma de eleição e a duração do mandato do representante legal do consórcio público que, obrigatoriamente, deverá ser Chefe do Poder Executivo de ente da Federação consorciado;

IX – o número, as formas de provimento e a remuneração dos empregados públicos, bem como os casos de contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público;

§ 2º O protocolo de intenções deve definir o número de votos que cada ente da Federação consorciado possui na assembléia geral, sendo assegurado 1 (um) voto a cada ente consorciado. (BRASIL, 2005).

Ao fazer a leitura das referidas obrigações legais para o funcionamento dos consórcios de saúde percebe-se que é necessário definir uma área de atuação, não especificando, contudo, o seu tamanho máximo e/ou mínimo, nem tampouco se haveria necessidade de contiguidade entre os municípios, bastando apenas denominar a área, identificar os participantes do consórcio, estabelecer prazo, finalidade e onde se fixará a sede do mesmo.

Outro ponto chave é o estabelecimento da Assembleia Geral como instância máxima das deliberações, que são tomadas em consenso através de sufrágio. Desta forma, é possível enxergar nestas conformações a criação de uma “região” superposta às regiões de saúde, com critérios, objetivos, legislação, organização e delimitação próprias, em um espaço em que ocorrem outras dinâmicas, que embora diretamente não se relacionem, mas, ainda assim, subordinados aos princípios constitucionais.

2.3 Concepções sobre Saúde Pública para a Implantação dos Consórcios

A descentralização do SUS começou a tomar forma a partir da Norma Operacional Básica (NOB) 91, que aborda a processo de municipalização, (BRASIL, 1991), e ganha maior força a partir da NOB-96, que trata dos diversos níveis de gestão (BRASIL, 1996). Entre os vários objetivos por trás desta política, o primordial é oferecer aos usuários atendimentos mais próximos aos locais de residência por todo o Brasil, respeitando as particularidades e singularidades de cada região e de cada local. Desde então, foi dada aos estados e municípios maior autonomia para a gestão do SUS a fim de promover tal aproximação para a população.

A Bahia, a exemplo, vem reconstruindo as suas regiões de saúde, atualmente dispostas em 9 macrorregiões e 28 microrregiões de saúde, com uma perspectiva de melhor compreender e organizar o seu espaço e oferecer

melhores serviços (BAHIA, 2020d). Não será o enfoque direto deste trabalho a conceituação e detalhamento das regiões de saúde, uma vez que não é o objetivo, todavia, em diversos momentos será necessário fazer alguma menção a elas e/ou até mesmo promover uma diferenciação entre elas e os consórcios, para que não haja a possibilidade de o leitor confundi-los.

Equipamentos diversos também são distribuídos por estas regiões, a exemplos de hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), policlínicas, dentre outros. Entretanto, ao observarmos o espaço baiano, ainda percebemos um grande vazio assistencial em saúde, sobretudo no interior. Este vazio gera um intenso movimento de pessoas que, por não terem tratamento adequado em suas regiões, se deslocam e terminam por superlotar os equipamentos de saúde presentes nos médios e grandes centros urbanos do estado. Tal fato pode ser considerado, sem dúvidas, um provocador de injustiça espacial, pois submete pessoas que se encontram a muitos quilômetros de distância de cidades como Feira de Santana e Salvador à obrigação de se locomoverem, da maneira que puderem, à procura de tratamento de saúde.

Percebendo este cenário espacial de desassistência em saúde, paralelo à superlotação das redes de referência, os gestores baianos passaram a enxergar na criação de consórcios intermunicipais de saúde e na implantação, em cada consórcio, de policlínicas com várias especialidades médicas, uma alternativa para tentar frear os grandes deslocamentos e a sobrecarga de hospitais, como também de oferecer serviços de saúde mais próximos às populações do interior do Estado, promovendo ainda, equidade.

Estas medidas, portanto, geraram e geram diferentes e diversos rebatimentos nas regiões de saúde, como a diminuição do fluxo do interior para a capital, a interiorização dos serviços especializados, redução de custos para os gestores e para os usuários, entre outros. Impactam, também, nas populações que se veem agora em uma nova dinâmica de acesso aos serviços de saúde, se deslocando menos, porém em condições que, muitas vezes, ainda continuam precárias.

Diversos trabalhos se propuseram a desnudar o modelo de consórcios interfederativos existentes no país, desde suas primeiras criações, passando pelas explicações do modelo federativo brasileiro e traçando paralelos de como eles se inserem nesta pauta, seus marcos legais, características, dimensões

espaciais, sociais e econômicas. Como exemplo, citamos a tese de defesa de doutoramento de Ricardo Bahia Rios intitulada “Consortiamento Intermunicipal no Brasil: Experiências de Cooperação e Desenvolvimento no Território do Vale do Jiquiriçá (BA)” (2015), na qual o autor, dentre outras análises, faz um apanhado das Constituições Federais do Brasil e a construção do federalismo e de como este fortalece o papel dos municípios enquanto agentes locais dos seus próprios territórios, podendo, já que estão mais próximos da população, atender de forma mais eficiente às demandas locais/regionais.

A ênfase da municipalidade contida na CF/88 e o caráter descentralizador alteraram a natureza das relações entre as escalas: nacional-estadual, estadual local e local-nacional, pois, com a reforma do Estado, a soberania e a independência política de cada esfera de governo são colocadas como uma forma de preservação da autoridade política administrativa. Assim, o município é posto no mesmo grau de autonomia e soberania entre os demais entes. Nessas condições, a transferência de atribuições entre níveis de governo logrou ao governo local poderes e competências da gestão de políticas públicas – funções totalmente distintas que lhe foram negadas anteriormente –, que são repassadas para as escalas estadual e local. (RIOS, 2015, p. 98).

O autor ainda aponta, mais à frente no mesmo texto, que “os municípios tiveram que se reestruturar tanto politicamente quanto economicamente, para o atendimento das suas novas competências administrativas e financeiras, pois, mesmo com a descentralização fiscal, muitos municípios ficaram ainda dependentes das transferências de recursos e sem volume financeiro para desenvolver satisfatoriamente boa parte das suas novas atribuições constitucionais” (RIOS, 2015).

Ou seja, houve uma descentralização, foi dada autonomia aos municípios, porém, estes não estavam preparados para desempenhar universalmente suas demandas. A análise aqui, então, se insere neste debate buscando referências na tentativa de uma nova compreensão espacial no bojo da justiça. Tratar-se-á de uma análise entre consórcios públicos de saúde, policlínicas regionais e justiça espacial buscando compreender cada aspecto individualmente e integralizado.

Não se trata de um trabalho que visa explicar por meio das leis como se organizam e funcionam os consórcios, muito embora em diversos momentos alguns aspectos referentes a tal questão serão de essencial apresentação (esta

dimensão não será negligenciada), contudo, o cerne do presente texto será o espaço e a justiça espacial.

Os consórcios, em uma visão ampla, compreendem uma aglomeração entre municípios contíguos ou não, por interesse próprio, sobre uma perspectiva da cooperação, visando oferecer serviços e o barateamento dos custos das prefeituras participantes. O Estado age como um regulador desses consórcios e também arca com uma parte das despesas, incentivando a criação e a manutenção dos mesmos. Neste aspecto, Dieguez (2011), traz uma reflexão muito clara sobre essa inter-relação dizendo que

os consórcios intermunicipais são formados por uma rede federativa em que se constituiu uma arena política de cooperação horizontal entre dois ou mais entes federativos municipais, voltada para a produção compartilhada de decisões sobre políticas públicas (DIEGUEZ, 2011, p. 15).

De uma maneira geral, há, para os consórcios, uma regulamentação e a definição dos seus objetivos gerais que podem ser conferidos no art. 3º do Decreto Federal nº 6.017, de 2007, que regulamenta a Lei Federal nº 11.107, de 2005. Todavia, serão focadas aqui as principais atribuições que competem à área da saúde e à prestação de serviços de saúde à população. Sobre os propósitos dos consórcios em saúde, o Ministério da Saúde diz que:

Podem também ser citados, os seguintes objetivos registrados em contratos de consórcios celebrados entre municípios, no âmbito do SUS, os seguintes:

- a) fortalecer o sistema de regulação municipal e regional, obedecidos os princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde – SUS,
- b) aprimorar o sistema de vigilância sanitária;
- c) apoiar a operacionalização e a gestão do contrato organizativo da ação pública de saúde de que sejam signatários;
- d) implantar ouvidoria do SUS, no âmbito dos entes consorciados; dentre outros.

Um contrato de consórcio público pode ter um ou mais objetivos. Além disso, há consórcios públicos que são multisetoriais e contemplam objetivos relacionados à implementação concorrente de ações no campo da saúde pública e no campo de outras políticas públicas, no âmbito dos municípios consorciados. (BRASIL, 2014, p. 5- 6).

Os consórcios interfederativos de saúde têm por base à auto cooperação, levando-se em consideração as dinâmicas e diferenças intergovernamentais, a fim de promover a descentralização e melhorar os atendimentos em saúde para a população, em diferentes escalas e dimensões. Dessa forma, os consórcios

de saúde pretendem, através dos entes federados, oferecer às pessoas serviços de saúde que os municípios individualmente não seriam capazes de oferecer ou oferecer com qualidade.

A partir deste entendimento, quando os municípios se organizam e se unem, tendo como mediador o Estado, em busca de oferecer os serviços em saúde estabelecendo como base um município sede (geralmente o mais desenvolvido da região), (re)cria-se uma “região” com base em critérios que pretendem atender aos interesses de uma determinada população. Compreende-se então uma dinâmica particular e peculiar de regionalização através da saúde, que, sobretudo, visa à eficácia no atendimento das demandas populares.

Contudo, a regionalização que se presume ser criada aqui, não se confunde com as regiões de saúde do Sistema. Entendemos que, até certo ponto, ambas se comunicam, se tocam, se apoiam, mas, jamais se mesclam. Nesse aspecto, para uma melhor compreensão desta afirmativa, é importante conhecer como o SUS define as suas Regiões de Saúde e os critérios adotados para sua criação:

Espaço geográfico contínuo 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, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

- I - atenção primária;
- II - urgência e emergência;
- III - atenção psicossocial;
- IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- V - vigilância em saúde. (BRASIL, 2011).

Ou seja, a Região de Saúde no SUS constitui-se um território identitário, onde a rede de assistência se sustenta em todos os pilares básicos do fazer em saúde, isto é, na Região é preciso que se tenham os dispositivos mínimos para a autonomia e para a oferta dos serviços de saúde de maneira integral, seja do mais baixo nível de complexidade até os mais elevados e complexos, de maior densidade tecnológica. A Região precisa executar ações de prevenção, promoção e vigilância em saúde, além de favorecer relações sociais e espaciais de forma ampla e diversificada.

Completando o raciocínio sobre as regiões de saúde, em um documento anterior do Ministério da Saúde, que tece orientações para a implementação do SUS, diz que a formação das regiões de saúde não pode ser dura e impostas, mas sim atender às especificidades de cada região e o seu perfil epidemiológico, como se segue:

Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, deve estar garantido o desenvolvimento da atenção básica da assistência e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde. As Regiões de Saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados às diversidades locais, 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” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Como se pode apreender, o SUS atrela a existência e o funcionamento das regiões de saúde à existência e o fortalecimento da rede de Atenção Básica, considerada como a ordenadora do fluxo na rede. Leva em conta ainda outros pontos importantes na conformação de uma região de saúde, como a acessibilidade, a equidade e a integralidade (que ao que parece, o SUS, pretender transcender a simples questão da igualdade na tentativa de oferecer um tratamento em saúde mais justo a população).

O texto anterior do Ministério traz uma concepção metafórica interessante para caracterizar as Regiões de Saúde. Ele estabelece que as mesmas são algo “vivo” e dinâmico, e não um desenho “meramente administrativo”, restrito aos limites territoriais entre os municípios, contrariando, portanto, o que foi apontado quatro anos depois, em outro documento do Ministério da Saúde, já citado acima, que restringe a Região à contiguidade dos municípios. Nesse aspecto, parece haver uma contradição entre os documentos, ou uma clara evolução conceitual, que passa a admitir as regiões de saúde como espaços que respeitam o imperativo dos limites municipais, mas que, contudo percebe as características locais e as valoriza e respeita.

Entretanto, mesmo com a adoção de tais medidas, para a criação das regiões de saúde, ainda assim não foi possível atender da forma completa os

princípios de acessibilidade, universalidade, integralidade. Neste sentido, os consorciamentos poderiam ser entendidos como ferramentas adicionais presentes na Região para garantir que tais princípios básicos sejam cumpridos, que, inevitavelmente, afetam o desenho e o arranjo funcional das regiões, recriando-as e dando-lhes novas dinâmicas.

Além de promoverem a cooperação entre os entes federados de forma multiescalares, os consórcios públicos foram criados para solucionar problemas que surgem de situações de interdependência e compartilhamento de responsabilidades, a partir da necessidade de coordenação de ações conjuntas para alcançar resultados que isoladamente seriam difíceis de serem atingidos. As experiências de consórcios existentes caminham na busca do resgate dos conceitos de cooperação intergovernamental e solidariedade, e podem auxiliar a potencializar ações de articulação microrregional. (SILVA, 2015, p. 39).

As discussões sobre consórcios têm ganhado força e diversos autores ora abordam o tema de forma complementar ora antagônica, como bem afirma Silva:

Portanto, verifica-se que existem formas antagônicas e/ou complementares de conceituar os consórcios, de acordo com Caldas (2007), de forma sistemática, pode-se apreender dessa literatura quatro acepções distintas para esse arranjo. A primeira na qual os consórcios se estabeleceriam em ações coletivas com o intuito de resolver problemas comuns. A segunda baseia-se na definição dos consórcios como sendo uma instituição que através da reunião de vários municípios resolveriam problemas conjuntos, maximizando recursos financeiros e físicos para essas soluções coletivas, como aponta Vaz (1997). Na terceira vertente a autora aborda que sendo instituições criadas para executarem atividades de interesses comuns só vale o esforço se forem feitas entre os mesmos entes do governo. Por fim, trata dos acordos firmados entre distintos entes, mas sendo estes apenas entes federados, com o objetivo de que as ações firmadas utilizem os recursos necessários que cada membro dispõe. (SILVA, 2015, p. 40).

No entanto, o entendimento que se pretende aqui sobre consórcios não será o de contrapor opiniões de diferentes autores, mas de analisá-los em seu âmbito real, em sua operacionalização e como estes transformam a Região de Saúde onde se encontram, na perspectiva de compreender como os consórcios se (re)produzem nas duas regiões de saúde que foram pesquisadas e como estes as modificam.

Como política pública os consórcios de saúde podem gerar algumas divergências quanto a sua conformação, operacionalização de recursos,

distribuição de equipamentos e pessoal e serviços prestados à população. Há pensamentos que vão tecer críticas aos consórcios e outros que os defenderão; um debate que, se levado de maneira positiva, poderá incorrer em melhorias para pensar as regiões de saúde:

O setor saúde, de forma específica, área em que se observa o maior número de municípios consorciados, tem produzido debate setorial intenso e eivado de conflitos. Segundo Luisa Guimarães, as posições contrárias ao uso desse instrumento utilizam argumentos de que os consórcios refletem efeitos negativos da descentralização de políticas públicas, como descoordenação entre entes governamentais e fragmentação de recursos financeiros. Essas estruturas competiriam com as atribuições dos estados-membros e são de baixa institucionalidade. Como argumentos favoráveis, aparecem aqueles que afirmam que os consórcios são instrumentos de relações intergovernamentais cooperativas, com potencial para superar assimetrias de capacidades e permitir o exercício das novas responsabilidades dos entes governamentais no setor saúde. (CUNHA, 2004, p. 16).

Ao observarmos os municípios, e aqui nos concentraremos nos baianos, é possível perceber que até pouco tempo atrás existia grandes vazios de assistência à saúde, que obrigava as pessoas a percorrem enormes distâncias para o tratamento ou, do contrário, permanecerem em seus locais de origem, à mercê da própria sorte.

Neste ponto, é preciso pensar, ainda, em outras três variáveis: a disponibilidade de transporte, o estado de trafegabilidade das estradas para chegar aos destinos de tratamento; e os custos que isso geraria para o indivíduo. As pessoas pobres, em geral, são as mais vulneráveis, com maior número de problemas de saúde, em virtude dos determinantes e condicionantes sociais do adoecimento, mais frequentes nas camadas mais pobres da população, são também as que mais demandam do atendimento oferecido pelo SUS e as que recorrerem aos serviços de transporte público. Todavia, a acessibilidade muitas vezes não costuma ser tão fácil.

Diante do exposto, as posições favoráveis aos consórcios costumam sobressair, visto que estes, independente de outras questões, promovem o atendimento mais próximo, tanto para as pessoas que moram afastados dos grandes centros, quanto para as pessoas que trabalham neste setor, se comparadas as distâncias que as pessoas percorreriam se precisassem se deslocar até a capital. Assim, existe uma luta para garantir que os consorciamentos se tornem políticas de Estado e não percam sua força quando

houver a troca dos gestores políticos. Cunha (2004) afirma que pese à previsão legal para a criação de consórcios em todos os setores da administração pública, é no setor saúde onde os mesmos têm sido mais exponentes:

Segundo o estudo, o setor em que o consorciamento é mais utilizado é justamente o da saúde. Informam ter participação em consórcios de saúde 1.969 municípios, cerca de 35% do total dos municípios brasileiros. Destes, 80% têm menos de 20 mil habitantes e, se considerarmos aqueles com até 100 mil habitantes, 97% do total de municípios consorciados na área de saúde são de pequeno e médio porte. (CUNHA, 2004, p. 17).

Reconhecendo a importância cooperativa dos consórcios para o provimento dos serviços necessários e também como forma de pensar a autonomia dos municípios em gerir as suas demandas, Vaz (1997) aponta o crescimento dos consórcios e como este é propício para o setor saúde, visto o alto custo que este setor demanda e as dificuldades dos municípios em custearem, sozinhos. Ele vai além ao abordar a questão da autonomia entre os municípios partícipes do consórcio. Vaz (2004) afirma que os municípios são, na realidade, protagonistas na resolução de suas demandas, tendo o Estado como regulador desta relação.

A saúde é o campo mais propício para a criação de consórcios para prestação de serviços públicos. A operação conjunta da rede pública de serviços de saúde tem sido o motivo da criação de vários consórcios municipais nos últimos anos. Isto porque é um tipo de serviço que exige grandes investimentos e que naturalmente é hierarquizado em rede por demanda: um município de pequena população não terá condições (nem fará sentido que o faça) para oferecer todo o leque de serviços possíveis e necessários. Com isso, muitos municípios passam a depender de serviços oferecidos fora, cuja operação está totalmente além de seu controle; outros implantam equipamentos e serviços superdimensionados, cujo investimento necessário ou o custeio da operação são muito elevados para o potencial econômico do município (muitas vezes esta opção implica no sucateamento a médio prazo destes investimentos) (VAZ, 2004, p. 1).

Dieguez (2011) em um amplo trabalho e detalhado sobre os consórcios no Brasil traz diversas abordagens sobre o tema oferecendo uma compreensão aprofundada desde elementos que envolvem o pacto federativo e suas conformações para o Estado brasileiro, até questões centrais e objetivas dos consórcios. Para isso o autor aponta que:

[...] os consórcios intermunicipais podem ser pensados, destarte, como uma arena política de cooperação horizontal, sendo os elementos produtores de coesão interna o elo crítico que permite a institucionalização da parceria entre as partes” (DIEGUEZ, 2011, p. 20).

A partir de tais explanações e entendimentos sobre o regulamento e objetivos para compreensão dos consórcios de saúde, assim como também, sobre como se dá a atuação dos consórcios é possível afirmar que os mesmos vêm promovendo mudanças na forma como os serviços de saúde são oferecidos à população que deles faz uso. Para além destas alterações no atendimento ao usuário os consórcios de saúde promovem profundas alterações no espaço ao qual se inserem.

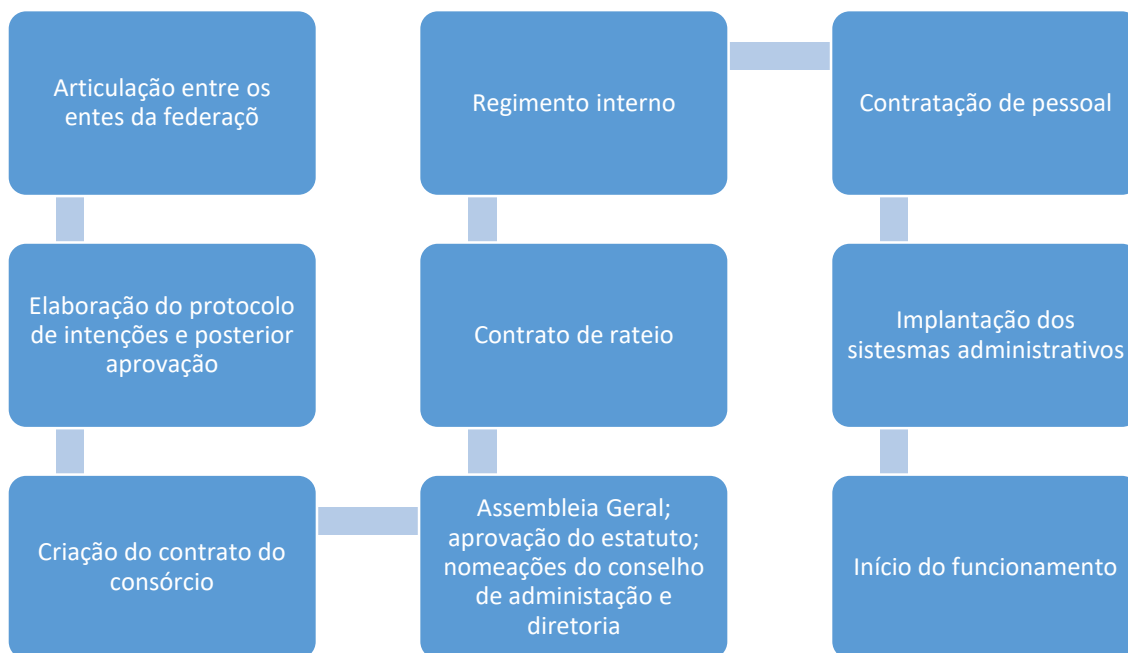
Como já dito antes, para a conformação de um consórcio de saúde é necessário que os municípios se pronunciem favoráveis e não há a necessidade que sejam contíguos, promovendo um (re)ordenamento regional, no qual as dinâmicas de circulação de pessoas e serviços e as alterações promovidas em ondas, são significativamente ampliadas/ organizadas/ reorganizadas. Vimos também que para o estabelecimento de regiões de saúde o SUS adota alguns critérios para que a mesma se estabeleça. E então, a própria população muda a sua dinâmica na procura por serviços em saúde.

Podemos perceber que existem dimensões que demandam uma análise mais ampla e conjugada, vejamos: o Estado, a questão distributiva, as diferenças e diversidades de escalas e culturas e a região. Há, ainda, na matriz destas dimensões um critério que pode ser associado a todas elas, que faz com se inter-relacionem: a justiça espacial.

A grande questão que se propõe neste trabalho é compreender, no jogo destas relações, se há justiça espacial na criação dos consórcios, na distribuição dos serviços e equipamentos, e no alcance do seu público-alvo. Para balizar esta temática, mais à frente serão feitas algumas análises sobre justiça a partir de autores geógrafos e não geógrafos e em posterior oportunidade serão sintetizados os conceitos-chave desta pesquisa (consórcios de saúde e justiça espacial) para verificar se a justiça espacial é de fato promovida em tais situações.

De forma prática os consórcios de saúde na Bahia seguem as seguintes etapas de formação:

Figura 3 - Fluxograma com as etapas de organização dos consórcios



Fonte: Elaboração própria.

A esquematização anterior apresenta um resumo dos principais passos para a criação de um consórcio interfederativo de saúde. De acordo com tal modelo, para dar início ao processo se faz necessário que dois ou mais entes da federação comecem a se articular e conceber o consórcio, isto posto, com todos os entes federativos já articulados cria-se o protocolo de intenções, o qual deve conter os objetivos, os protocolos e demais questões que sejam pertinentes a cada consórcio e em seguida cada ente deverá encaminhar para seus respectivos conselhos municipais ou estaduais da saúde para a possível aprovação do contrato de consórcio e a ratificação do protocolo de intenções.

Na fase seguinte ocorre a Assembleia Geral, na qual deve-se aprovar o estatuto e também ocorrer as nomeações da administração do consórcio e os seus diretores. Nesta mesma assembleia ou em subseqüentes também serão apresentados o contrato de rateio, que consiste em como cada ente irá participar financeiramente do acordo, e também será aprovado o regimento interno do consórcio. A contratação de pessoal se dará por meio de concurso público e/ou contrato, a penúltima parte é a implantação dos sistemas administrativos e por fim ocorre o pleno funcionamento do consórcio público.

2.4 Organização e Estrutura dos Consórcios de Saúde na Bahia

Analisando os estatutos dos consórcios de saúde da Bahia (Irecê e Jacobina) é possível perceber como estes se organizam e estruturam para fazer funcionar a instituição e seus equipamentos, pois, visam à cooperação financeira e técnica entre os entes federados no que tange o atendimento à saúde pública “em especial: serviços de urgência e emergência (...), policlínicas”, Estatuto do Consórcio de Irecê (2019).

Para além destas questões é possível observar outras competências dos consórcios, tais como: fortalecer as instâncias colegiadas locais e regionais e o processo de descentralização das ações e serviços de saúde; promover a capacidade resolutiva, ampliar a oferta e o acesso da população aos serviços de saúde; representar os entes da Federação consorciados perante outras esferas de governo, mediante deliberação da Assembleia Geral entre outras questões relacionadas com treinamentos, financiamentos e voltadas para a área da saúde, todas elas demonstrando o caráter de cooperação mútua entre os municípios.

Desse ponto de vista estrutural, o consórcio se organiza da seguinte forma:

I - Nível de Direção Superior:

- a) Assembléia Geral;
- b) Presidência;
- c) Conselho Consultivo de Apoio à Gestão do Consórcio;
- d) Conselho Fiscal.

II - Nível de Direção Executiva e Operacional:

- a) Diretoria Executiva;
- b) Assessoria Especial
- c) Assistente Administrativo

(CONSÓRCIO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DA REGIÃO DE IRECÊ, 2016).

De acordo com o Estatuto do Consórcio Interfederativo de Saúde da Região de Irecê, a Assembleia Geral é convocada a cada 3 meses, com a participação dos representantes dos municípios e de representante do governo do estado da Bahia e o quórum mínimo é de cinquenta por cento dos municípios. A reunião da Assembleia é convocada pelo presidente do consórcio ou por solicitação escrita assinada pela maioria simples dos consorciados. As decisões do consórcio serão tomadas, preferencialmente, por consenso, todavia havendo divergência a decisão será tomada pela maioria dos participantes presentes. O Presidente do consórcio é eleito entre os consorciados e tem mandato de 2 anos

permitida a reeleição. A Assembleia Geral terá como critério geral para votação o seguinte esquema por meio de base populacional:

- I — Municípios até 35.000 habitantes —01 (um) voto;
 - II — Municípios acima de 35.000 habitantes até 75.000 habitantes — 02 (dois) votos;
 - III — Municípios acima de 75.000 habitantes até 105.000 habitantes — 03 (três) votos;
 - IV — Municípios acima de 105.000 habitantes —04 (quatro) votos;
 - V — O Estado terá 2/5 (dois quintos) do total: dos votos da Assembléia Geral.
- (CONSÓRCIO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DA REGIÃO DE IRECÊ, 2016)

Ou seja, da leitura dos dispositivos presentes no Estatuto podemos concluir que os municípios com população maior terão maior poder de votação. Seria tal critério justo? A forma como as decisões são tomadas dentro do consórcio garantem a equidade? Respeitam as normativas que são definidas pelo SUS? Como apenas baseado na quantidade de população é possível definir quais as necessidades de um município?

Por exemplo, um município que tenha em sua base populacional 35.000 habitantes, portanto apenas 1 voto, e necessita de um determinado serviço, frente a outros cinco municípios com população acima de 105.000 habitantes, somando, portanto, 4 votos cada um, e por coincidência estes municípios tem necessidades em comum e/ou muito semelhantes. É fácil concluir que o município que tem apenas 1 voto provavelmente será voto vencido. É justo? É equânime? Sem dúvidas este é um ponto de partida para pensarmos a justiça espacial. Seria possível aqui listar alguns outros exemplos possíveis, mas o que se pretende com tal ilustração é apontar uma situação que poderia gerar algum grau de injustiça, retomando ideia já trabalhada aqui, de que as instituições podem, de muitas maneiras, ser geradoras ou perpetuadoras de injustiças.

No caso dos consórcios, a maneira dessa injustiça se materializar é, ironicamente, através de um mecanismo de exercício democrático: o voto! Apesar de ser somente uma hipótese, esta possibilidade não é remota, ao contrário, é bastante factível de que os interesses da maioria prevaleçam sobre a minoria e resulte em uma injustiça. Contudo, quando como um atenuador dessa possibilidade está o Estado, cujo peso dos votos poderia, em tese, servir como um balizador das decisões, pesando a favor dos municípios menos favorecidos:

Art. 17 — A soma dos votos dos Municípios, respeitadas as proporções estabelecidas, equivalerá a 3/5 (três quintos) cabendo ao Estado quantidade de votos correspondentes aos 2/5 (dois quintos) restantes, desprezando resultados fracionários inferiores a 0,5 (zero vírgula cinco) e arredondando-se, a partir de 0,5 (zero vírgula cinco), o número obtido para o inteiro subsequente quando do cálculo dos votos estaduais. (CONSÓRCIO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DA REGIÃO DE JACOBINA, 2017).

Desse modo, entende-se que poderiam ocorrer casos em que o Estado teria de impor a sua força de decisão, em caso de não haver consenso. Contudo, questionamos quais os critérios que o Estado utiliza para emitir o seu voto? Sua avaliação baseia-se apenas na quantidade populacional? Será guiada pelo interesse da maioria? Promoverá equidade, colocando-se sempre ao lado da minoria? Enfim, até que ponto estes critérios promoverão (in)justiças?

A direção que é proposta aqui é a de que o critério populacional não seja soberano, mas que se avaliem ainda questões técnicas, financeiras, espaciais, de necessidades locais, entre outras. Tal perspectiva se revela em consonância com as diretrizes do SUS quando as questões referentes à equidade estão intimamente ligadas aos sentidos de justiça e que esta é uma norteadora do seu processo de funcionamento, como podemos perceber em documento da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ):

Equidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça. No âmbito do sistema nacional de saúde, se evidencia, por exemplo, no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade. (FIOCRUZ, 2021.).

Neste sentido é extremamente crucial ao pensar o Sistema Único de Saúde, no Brasil, não na ideia de igualdade, tratar os diferentes de forma igual (ocasionando e aumentando as injustiças), mas sim tratar os desiguais de formas diferentes, ofertando serviços e tratamentos de acordo com a necessidade de cada um. É de extrema importância, ainda, ao promover a equidade, entender quem é a população, como vivem, quais suas principais virtudes e problemas, quais os impactos do espaço na vivência diária desta população.

Por isso o próprio Serviço Único de Saúde deve ser também diverso e diferente, alterando, caso necessário, o seu próprio sentido etimológico,

alterando as bases do próprio entendimento: pensando na diversidade, na diferença, na pluralidade da população que o demanda.

Conforme Sposati (1999) “não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime”. A equidade é um conceito, que apesar de já ter uma jornada de estudo, demanda maiores e mais profundas expansões e aplicações por aquelas instituições e pessoas que o tomam como diretrizes para a sua aplicação no trabalho, com ênfase no Sistema Público de Saúde do Brasil.

Diante desta questão caberia repensar, a partir de um entendimento de um sistema equânime de saúde, um sistema que atenda, de fato, às diversas e diferentes necessidades regionais, numa espécie de “Sub-SUS”, ou, ousando-nos a enveredar no terreno do neologismo semântico, na criação de um “SES – Serviço Equânime de Saúde”, que ofereça mais autonomia às regiões para (re)pensar suas necessidades e projetar de forma particularizada os seus serviços de saúde. Enfim, é pensar os projetos e políticas de saúde através e a partir dos espaços regionais.

2.5 Consórcios de Saúde X Região de Saúde

A ideia deste subtópico nesta dissertação surge a partir da necessidade de fazer uma breve explicação diferenciadora entre Consórcios de Saúde e Região de Saúde, visto que a todo momento, quando se é pesquisado sobre os consórcios de saúde ele é, quase sempre, referenciado à uma região de saúde e, como vimos desde o início deste trabalho, não há uma ligação direta entre ambos.

As regiões de saúde são elementos criados pelo Estado, seguindo as determinações do SUS, considerando alguns critérios, dentre estes a necessidade da contiguidade, ou seja, todos os municípios devem ser limítrofes dentro da região de saúde, que é gerida e financiada pelo Estado.

Os consórcios, por sua vez, têm esquemas estruturais e organizacionais diferentes, sem a necessidade da contiguidade entre os municípios e o Estado se apresenta aqui como uma das partes financiadoras e como mediador das decisões, ficando as principais responsabilidades de financiamento, cooperação, organização, estrutura e financiamento a cargo dos gestores do consórcio, que

de forma geral são os representantes dos municípios consorciados, eleitos entre seus pares para tal função.

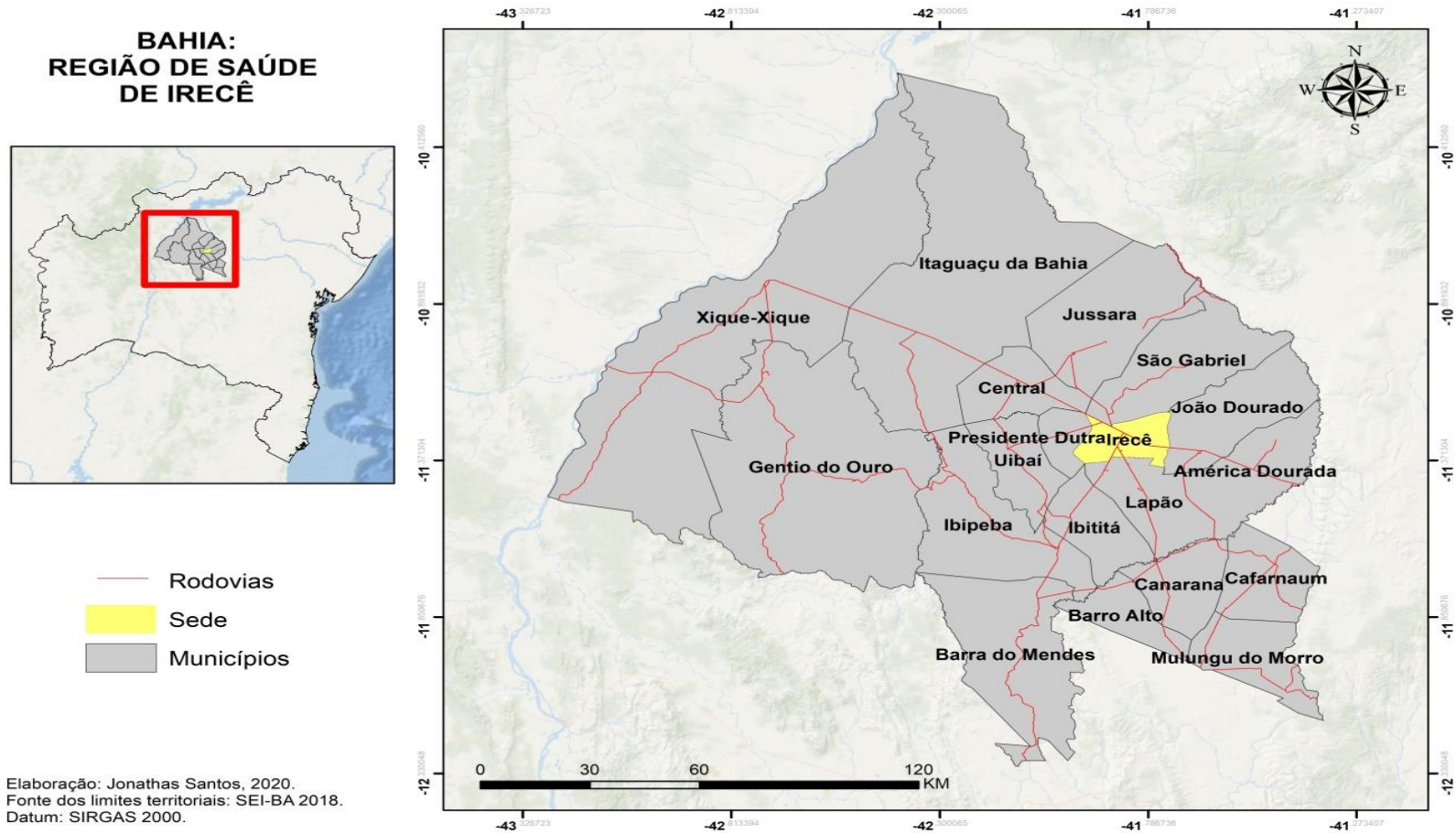
Na região de saúde o foco do Estado está em ordenar a Rede de Assistência à Saúde da região de forma a organiza-la para atender a população de forma integral, sustentada em serviços de atenção primária, hospitalar, de urgência e emergência, de apoio diagnóstico e de vigilância em saúde. Em relação ao consórcio de saúde, no entanto, este tem como objetivo a organização e funcionamento da policlínica, em serviços de média a alta complexidade, fazendo com que a população dos municípios consorciados tenha acesso a este equipamento de forma gratuita.

Diante do exposto, a análise dos próximos dois mapas que, respectivamente, representam a Região de Saúde de Irecê e o Consórcio de Saúde de Irecê, permite perceber imediatamente as diferenças espaciais existentes entre eles: a Região de Saúde De Irecê é composta por 19 municípios: América Dourada, Barra Do Mendes, Barro Alto, Cafarnaum, Canarana, Central, Gentio Do Ouro, Ibipeba, Ibititá, Irecê, Itaguaçu Da Bahia, João Dourado, Jussara, Lapão, Mulungu Do Morro, Presidente Dutra, São Gabriel, Uibaí, Xique-Xique.

Por sua vez, o Consórcio Público da Região de Irecê (em dezembro de 2019) estava composto por 24 municípios: América Dourada, Barra, Barro Alto, Barra do Mendes, Bonito, Buritirama, Carfanaum, Canarana, Central, Gentio do Ouro, Ibipeba, Ibititá, Irecê, Itaguaçu da Bahia, João Dourado, Jussara, Lapão, Morro do Chapéu, Munlugo do Morro, Presidente Dutra, São Gabriel, Souto Soares, Tapiramutá, Uibaí.

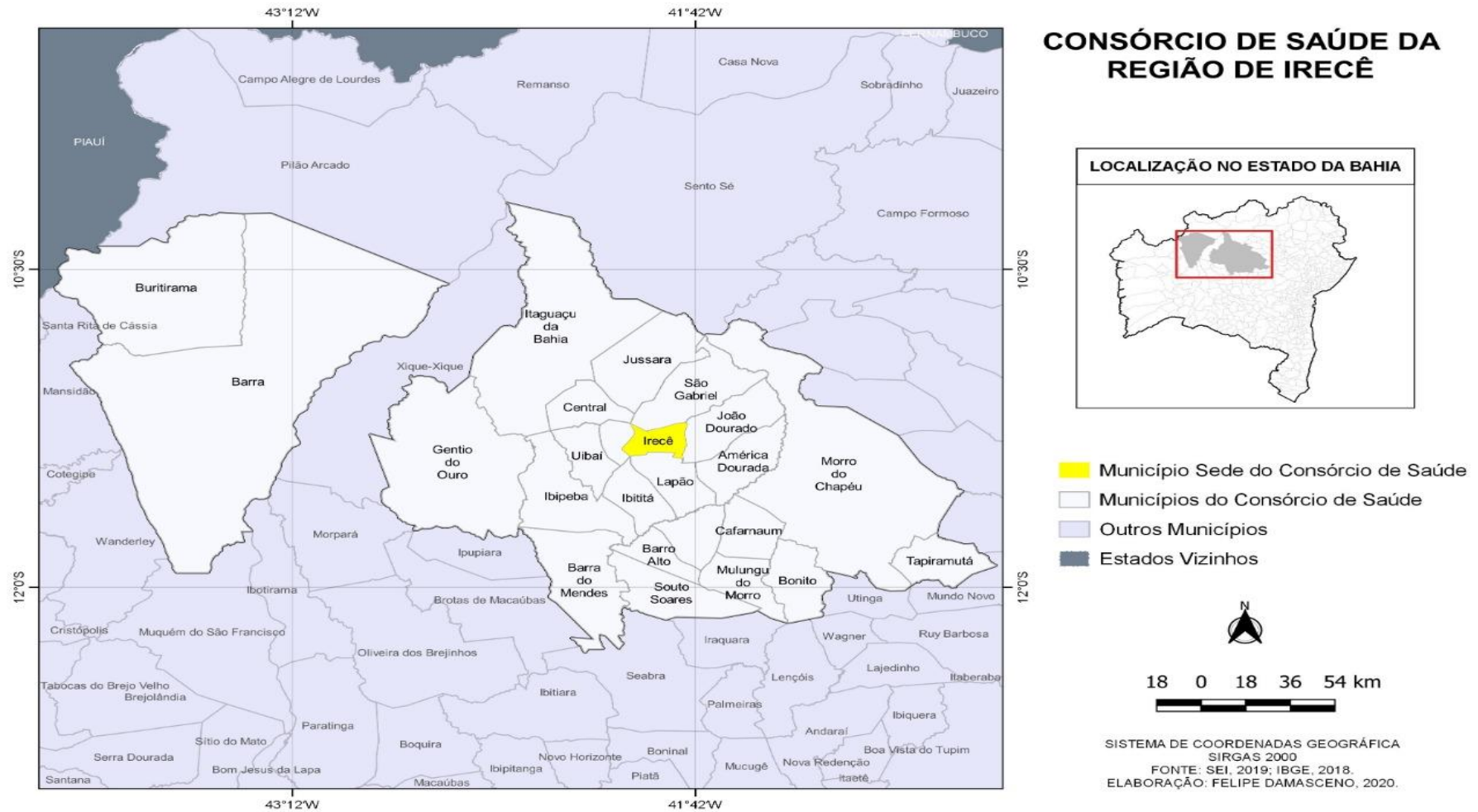
Da análise dos mapas é possível perceber ainda que a Região de Saúde é composta por municípios contíguos, uma regionalização construída a partir de critérios e definições da política de saúde do Governo do Estado da Bahia e do SUS. Já em relação ao mapa do Consórcio é possível perceber que não há a necessidade de que todos os municípios sejam contíguos, isto é, a região de saúde não é imperativa para estabelecer o consórcio.

Figura 4 - Região de Saúde de Irecê



Fonte: SEI, 2018

Figura 5- Consórcio de Saúde da Região de Irecê



Fonte: SEI, 2019; IBGE, 2018

Os municípios de Buritirama e Barra, por exemplo, não fazem parte da Região de Saúde de Irecê, como também não são contíguos à mesma, entretanto, estão consorciados ao Consórcio de Irecê e fazem parte da cooperação, inclusive, com a participação nas decisões e uso das cotas de serviços em saúde da policlínica deste consórcio.

Segundo dados obtidos do site oficial do Consórcio de Saúde de Irecê (2021), consórcio “é uma tecnologia jurídico-institucional projetada para viabilizar a ação pública em rede que une e integra entes federativos autônomos”, tendo como cerne a união de esforços municipais para a superação de barreiras no atendimento em saúde de média a alta complexidade.

A ideia dos consórcios na área da saúde tem como grande vantagem proporcionar aos municípios pequenos a possibilidade de oferecer serviços mais complexos de saúde, que sozinhos não seriam capazes, tendo em vista a onerosidade. Ainda segundo o site, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990 “dispõe sobre a possibilidade de os municípios constituírem consórcios para desenvolverem, em conjunto, as ações e os serviços de saúde sob suas responsabilidades e incumbiu à direção municipal do SUS formar esses consórcios (art. 18, inciso VII): Lei 8.080, de 1990: Art. 10”.

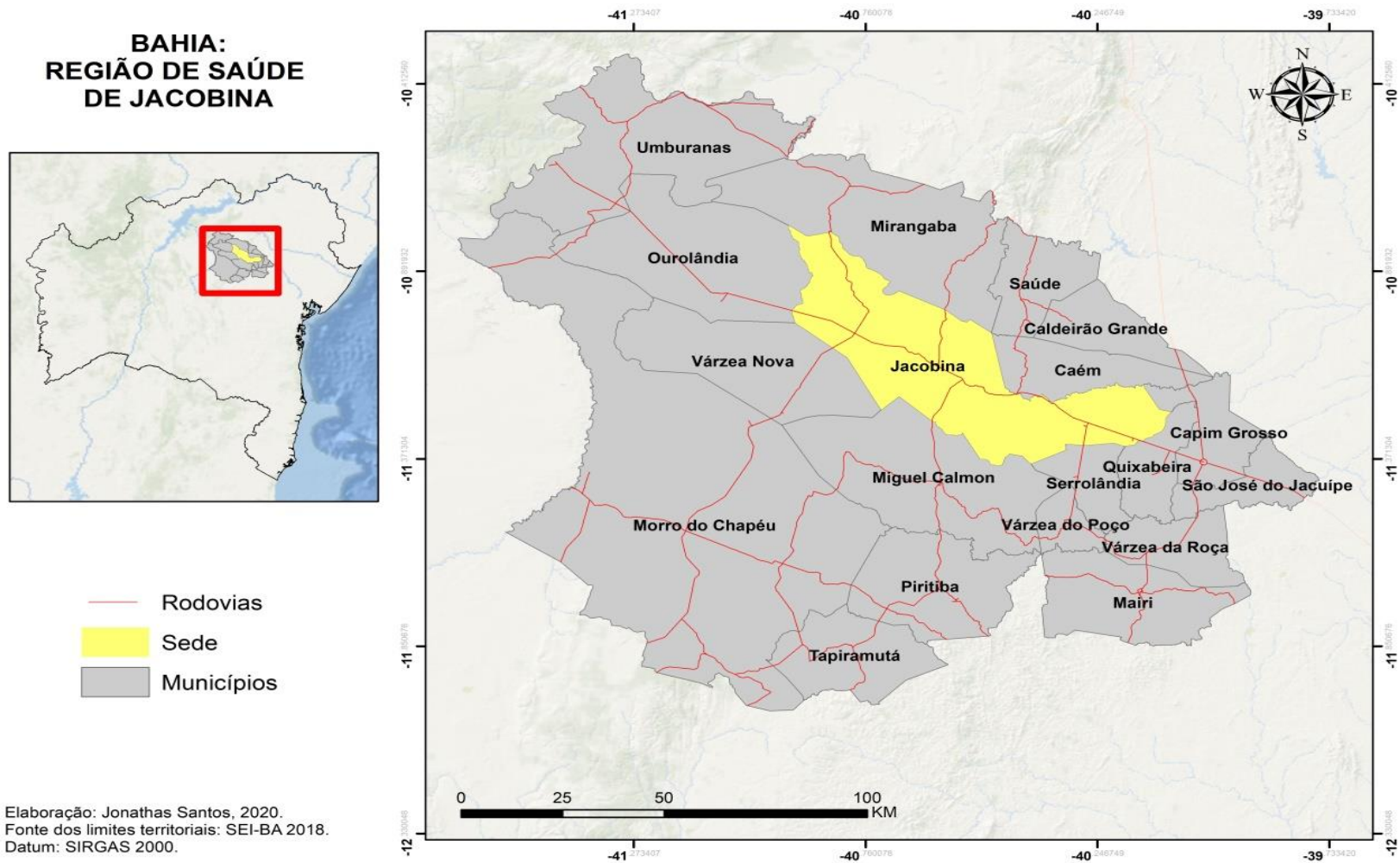
Mantendo a linha de discussão, percebemos a mesma relação de consórcio de saúde versus região de saúde, ao nos referir-nos à região de Jacobina. Assim como no consórcio de Irecê, a Região de Saúde Jacobina não se configura espacialmente de igual forma com o consórcio. Assim sendo, como feito anteriormente, será apresentado nas figuras 6 e 7 - um representando a região e outro o consórcio de saúde – para fins de comparação e entendimento dos mesmos. Entretanto, o Consórcio de Jacobina, até a presente data, tem os seus municípios participantes contíguos, porém, não dispostos com a mesma conformação da região de saúde.

Em sua região de saúde Jacobina possui 19 municípios: Caém, Caldeirão Grande, Capim Grosso, Jacobina, Mairi, Miguel Calmon, Mirangaba, Morro do Chapeu, Ourolândia, Piritiba, Quixabeira, São José do Jacuípe, Saúde, Serrolândia, Tapiramutá, Umburanas, Várzea da Roça, Várzea do Poço, Várzea Nova. Já o consórcio conta com 17 municípios: Caém, Caldeirão Grande, Capim Grosso, Jacobina, Mairi, Miguel Calmon, Mirangaba, Ourolândia, Piritiba,

Quixabeira, São José do Jacuípe, Saúde, Serrolândia, Umburanas, Várzea da Roça, Várzea do Poço e Várzea Nova.

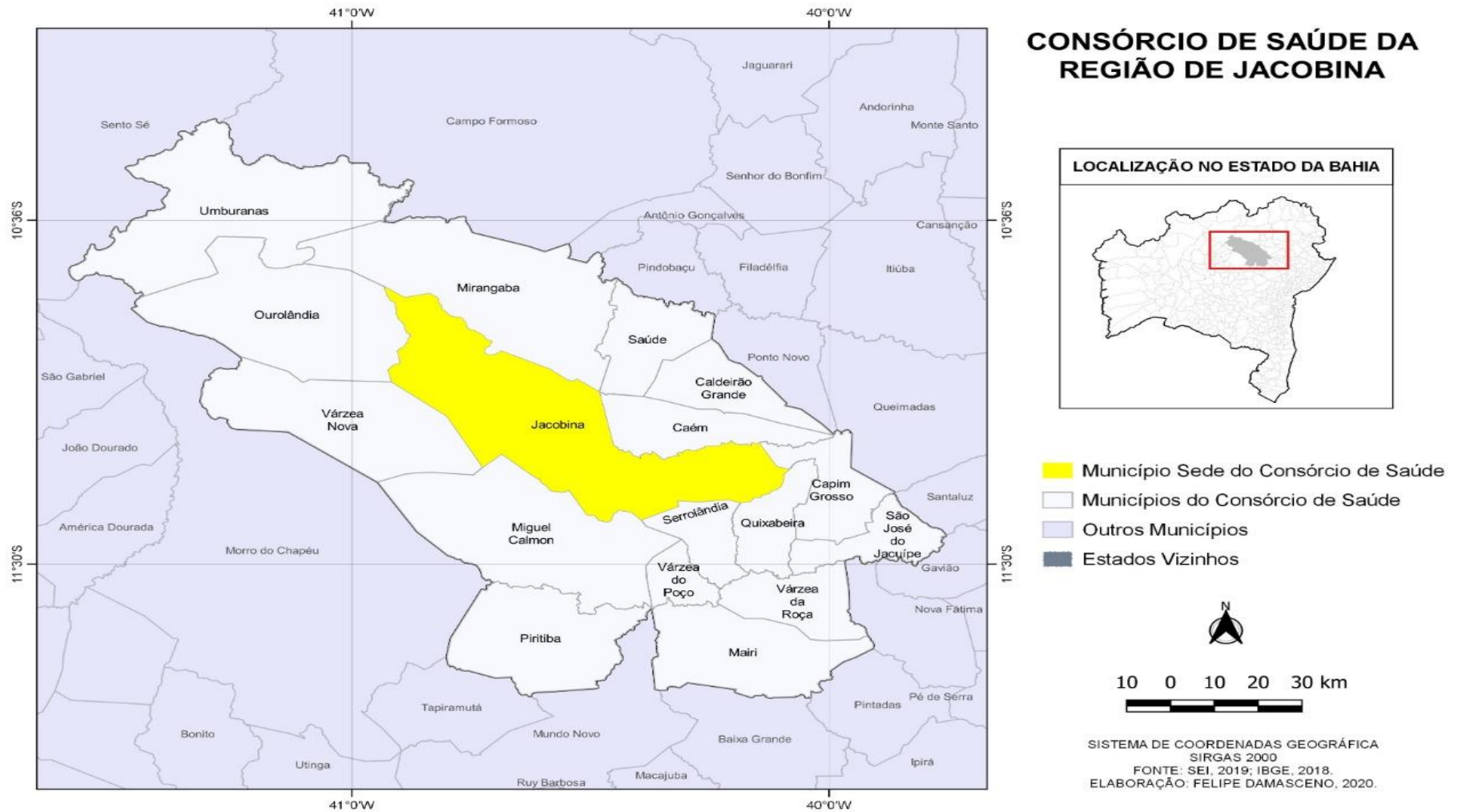
Até a presente data, (dezembro, 2019) não foram encontradas atas e/ou outros documentos com relação a este consórcio.

Figura 6- Região de Saúde de Jacobina



Fonte: SEI, 2018

Figura 7- Consórcio de Saúde da Região de Jacobina



Fonte: SEI, 2019; IBGE, 2018

Em relação comparativa entre o consórcio e a região de saúde em Jacobina ocorre o contrário do de Irecê. Enquanto o Consórcio de Irecê tem mais municípios do que a sua Região de Saúde, no Consórcio de Jacobina tem-se dois municípios a menos, que são Tapiramutá e Morro do Chapéu, sendo estes da Região de Saúde de Jacobina, porém pertencentes ao Consórcio de Irecê. Atribuímos estas diferenças ao fato de o Consórcio de Jacobina ser mais recente do que o de Irecê, podendo levar a crer alguns municípios optem por se consorciar com aqueles que já estão mais estruturados e melhor organizados. Porém, pode haver inúmeras outras questões como: as de foro político, o distanciamento e ou proximidade em relação às sedes, as identificações socioculturais, o histórico de relações de cooperação antes dos consórcios, entre outras.

2.6 Justiça Espacial E Consórcios De Saúde

A justiça é um tema muito caro desde a Antiguidade da humanidade, se por diversas vezes não era tratada com esta terminologia sempre que ocorresse/ocorre situações de injustas é da natureza humana se movimentar para desfazer um contexto não justo.

Mas, antes de começar as discussões com os teóricos que balizam as concepções de justiça deste trabalho é interessante trazer uma concepção de justiça do autor Carlos Roberto Cirne-Lima (1996), trata-se aqui de oferecer (não um ponto de partida, visto que tais concepções perpassam a história da humanidade), mas sim trazer uma visão e a partir de então debater sobre o tema. O referido autor aponta, senão vejamos:

Justiça é dar a cada um o que a ele compete, *Suum cuique*, dizem os romanos, que assim resumem as dúvidas e as perplexidades da tradição anterior a eles. Justiça é fazer aquilo que é justo. A tautologia aqui, à primeira vista, não é esclarecedora. Afinal, o que é justo? Justas, desde os primórdios de nossa civilização, são a ação e a atitude do homem que considera o outro homem como sendo igual. Justa é a divisão dos frutos coletados ou do animal abatido na caça, se e enquanto divisão for feita em partes iguais. Justo é o prêmio, se para os candidatos de mérito igual forem dados prêmios iguais. Justo é o castigo que é igual para delitos iguais. Justiça é Equidade, no fundo, é a contrapartida ética do Princípio da Identidade, que na Lógica tem a forma $A = A$. Justiça é a situação de igualdade entre os homens, que corresponde à Identidade Reflexa da Lógica. A Lei é justa se vale, se e enquanto o outro homem é considerado enquanto igual, e não

enquanto diferente. Justiça é isso. Tudo isso, e apenas isso. Muito rica e muito pobre. A Justiça é assim, tem duas faces. (CIRNE-LIMA, 1996, p. 202).

É preciso fazer alguns comentários quanto ao pensamento do referido autor sobre o tema Justiça. Em alguns momentos reconhece a diversidade e diferença, porém a reduz a distribuição de iguais valores. Aponta, também, o termo Equidade, todavia, em seu discurso é facilmente confundido com igualdade. A igualdade nem sempre é promotora da justiça, muitas vezes ela própria é a geradora de injustiças.

O que se pretende aqui a partir destas colocações é promover reflexões sobre qual a concepção de justiça que compreendemos. No decorrer deste texto serão apontadas algumas concepções de justiça que ampliam o panorama abordando além das já citadas igualdade e equidade, como também a diferença, a distributiva, do direito, dentre outras.

Na Geografia brasileira e baiana o tema da justiça vem ganhando espaço através de grupos de estudo vinculados a universidades. As publicações aproximam ainda mais o conceito de justiça espacial para os estudos geográficos na qual a partir de análises espaciais de eventos que transformam o espaço baiano dentro do bojo das construções de teóricos da justiça o quais alguns deles serão abordados mais à frente, neste trabalho.

Para dar um ponto de partida na construção da ideia de justiça espacial pretendida aqui trago as concepções distributivas desenvolvidas por John Rawls as quais terão grande relevância para a compreensão das abordagens espaciais ao se analisar a conformação dos consórcios de saúde na Bahia e as localizações das policlínicas. Partir-se-á da questão distributiva, porém não se finda a compreensão de justiça espacial em apenas uma dimensão a tomando como única forma de se fazer justiça. É preciso que se perceba as diferenças do espaço e para isso se faz necessário outras abordagens de justiça espacial.

No livro “Uma teoria de justiça”, de John Rawls, um dos precursores do tema, em anos recentes, que tem o papel de retomar esta discussão nos anos de 1970, uma passagem do texto o autor explana que

A Theory of Justice é uma Teoria do Direito da sociedade civil; busca um direito baseado no consenso, cabendo ao Estado apenas aplica-lo mediante coerção revisável pela cambiante opinião social. Por isso procura reconstruir o contratualismo, a partir de um pacto social, original e renovável democraticamente. (RAWLS, 1971, p.70).

Assim nesta primeira aproximação de uma teoria da justiça é perceptível o Estado como um agente, porém um agente que atua a partir de consenso social que pode ser mutável. Não cabe ao Estado agir de “olhos fechados” para a sociedade, pois é esta própria que dirá quais as demandas que julgam necessárias. Como uma aproximação teórica, estas ideias levantadas podemos conceber um Estado agindo não em prol da sociedade, mas, sendo orientado consensualmente pela sociedade em sua ação.

Rawls (1971) traz temáticas importantes como o respeito ao pacto social e o véu da ignorância onde não haveria (des)vantagens entre as demandas sociais nas regras do jogo. Todavia, é preciso ter cautela enquanto nas sociedades atuais tendo em vista que as diferenças e diversidades são amplas e devem ser respeitadas. O autor aponta dois princípios do pacto social, a seguir:

[...] primeiro: cada pessoa deve ter um igual direito à mais extensa liberdade compatível com uma idêntica liberdade para os outros e segundo: as desigualdades sociais e econômicas devem ser ajustadas de tal modo que sejam tanto razoavelmente supostas em favor da vantagem de todos (b) ligados a posição e cargos abertos e todos. (RAWLS, 1971, p.72).

Rawls não é um igualitarista no sentido de distribuir vantagens econômicas e sociais disponíveis, mas sim pensa a teoria da justiça de forma distributiva onde o Estado tem o papel de manter a ordem social. Nesta perspectiva temos o viés distributivo sob um “véu de ignorância”, uma distribuição não discriminatória, igual para todos. Para muitos hoje em dia seria uma teoria facilmente refutável, entretanto as teorias de justiça não precisam ficar presas em seus tempos e espaços, elas podem e se precisar devem ampliar/alterar de acordo com os contextos.

A justiça não pode ser entendida num viés perceptivo do direito. Na verdade a justiça transcende o direito e pretende tratar os desiguais de forma que, no processo, os torne mais equânime. Muitas pessoas podem pensar que a teoria da justiça não poderá concordar com injustiças, todavia Rawls explana que “a única coisa que nos permite concordar com uma teoria errônea é a falta de qualquer teoria melhor” (RAWLS, 1971).

Para citar exemplos é possível imaginar uma ação do governo que visa construir um grande empreendimento gerando empregos, contudo os impactos ambientais que serão provocados impactarão diretamente na população ao

redor: haverá justiça ou injustiça nesta medida? A população foi ouvida? Concorda? Ou seja, segundo tal pensamento podem haver situações onde apenas o devido seguimento da força da lei não será capaz de promover a justiça na sociedade. Será preciso avaliar as situações e seus diversos atores envolvidos para, então, na tomada de decisão saber qual será a melhor escolha a ser feita, qual delas beneficiará a sociedade, mesmo que em algum momento possa ocorrer algum tipo de injustiça, o bem comum/maior deverá prevalecer.

Continuando os questionamentos a partir desta teoria de justiça, que suscita diversas interpretações, escalas, territórios, relações, dentre outros o que é (in)justo? Compactuando como a mesma linha de raciocínio diversas respostas e conclusões podem ser apresentadas e todas elas podem ter uma grande possibilidade de estarem justas.

O que Rawls vem a dizer é que as ideias de justiça dependem do tempo e local em que são pensadas. É preciso avaliar as características da população que as reivindicam. No entanto o próprio autor diz que a sociedade num ponto inicial definiria as condições em que determinados fenômenos seriam interpretados como justos ou injustos através do estabelecimento de regras no chamado estado inicial na qual as decisões tomadas futuramente, mesmo sendo desiguais, deveriam beneficiar a todos os membros. Tem-se então a tentativa de uma justiça como equidade, respeitando os princípios morais.

Para que não haja dúvidas é preciso destrinchar o que se pretende dizer por “desigual”. Aqui o “desigual” não é aquele que se pode pensar por “desigualdade”, mas, sim, compreendendo os seres e/ou as camadas sociais como desiguais/diferentes. É preciso que neste pacto consensual social se perceba as diferenças, e estas respeitadas, para que as decisões tomadas não promovam injustiças.

“Uma teoria de justiça deve ser dividida em duas partes: (1) interpretação da situação e a formação de vários princípios, (2) discussão estabelecendo qual destes princípios deveria, de fato, ser adotado” (RAWLS, 1971). Este autor é tradicionalista pensa a justiça num viés contratualista, com o Estado sendo provedor desta. Ou seja, quando tal situação ocorre se faz necessário criar pensamentos diversos através dos envolvidos e então, a partir, de uma confluência de ideias aquela que for mais justa será adotada. É importante salientar: uma teoria de justiça não necessariamente precisa ser totalmente

justa, nela pode haver pontos em que ocorra injustiças, mas ainda assim ser justa, atenda ao bem comum e o Estado através do poder que lhe compete terá como implanta-la.

A visão proposta por John Rawls é importante e significativa, pois é necessário ouvir aqueles atores interessados nos processos, se faz necessário o Estado como agente que regula as relações e promova a distribuição dos equipamentos e serviços. Porém, deve-se ampliar o pensamento, entender de fato que as sociedades e os seres individuais são diferentes e desiguais carregando marcas históricas, sociais, econômicas, dentre outros, se não, não haverá justiça e esta não se propõe pronta, una e acabada, ela se adaptada, não se enrijece.

Nesta perspectiva, para a atual discussão de justiça espacial, vamos pensar em diversos fatores que influenciam as sociedades no ideário da justiça, mas também percebendo esta como influenciadora e tendo o Estado um papel fundamental de proteção e promoção da sociedade. Todavia, é central que o papel do espaço nestas relações é de fundamental importância, pois, este é grande influenciador, e influenciado, seja na vida coletiva ou individual.

É preciso pensar como as sociedades estão distribuídas seja territorialmente, regionalmente e/ou localmente para que se possa garantir de forma efetiva, tendo em vista a atual sociedade de consumo e locacional de privilégios, os indivíduos que foram e ainda são excluídos de acessos essenciais e amplos, seja na cidade ou no campo, os usos e proveitos que são contribuídos por todos e aproveitados por poucos.

Para ampliar e não se manter rígido em apenas na questão distributiva, corroboramos com a ideia trazida por Amartya Sen (2011) em “Ideia de Justiça”, livro publicado em 2009, reflete sobre a heterogeneidade e diferenças de percepção existentes no pensamento e no sentido de justiça. A abordagem trazida por Sen tem por fundamento uma racionalidade moderna, mas que o autor não se furta a criticar que essa racionalidade não deve ser a de uma ideia de mundo único, com bases em posições dominantes, mas que deve estar centrada nas diferenças.

Sen (2011) demonstra em seu livro um grande respeito e admiração pela teoria de Justiça John Rawls, a partir do qual surge seu interesse pelo tema de justiça. No entanto, não se furta de endereçar várias críticas a teoria de Justiça

como equidade de Rawls e de sua filosofia sobre a posição original, contratualista e racionalista que segundo Sen não é sustentável e não dá conta de explicar o mundo real cheio de diferenças no qual vivemos. Acredito que este autor não refuta totalmente a teoria distributiva, equitativa e contratualista, mas aponta que estes critérios devem estar associados a outros, como diferença, heterogeneidades regional, econômica, social, política, dentre outras, para que não se façam injustiças. Ao falar da obra de Rawls e seu direcionamento a justiça enquanto a formação de instituições justas, Sen diz que

Na abordagem de justiça apresentada nesta obra, sustenta-se que existem algumas inadequações cruciais nessa concentração dominante sobre as instituições (na qual se supõe que o comportamento seja apropriadamente obediente), e não sobre a vida que as pessoas são capazes de levar (SEN, 2011, p. 13).

SEN (2011) concentra-se então em uma dimensão comparativa do pensamento de justiça e coloca as liberdades individuais como centrais. Assim, o que é considerado justo ou injusto perpassa por meios que chegam à liberdade dos indivíduos para decidir, dando menos ênfase a proposta de Rawls que se centra na formação de instituições perfeitamente justas para a efetivação de um mundo justo, divergindo do institucionalismo transcendental.

A necessidade de uma compreensão da justiça que seja baseada na realização está relacionada ao argumento de que a justiça não pode ser indiferente às vidas que as pessoas podem viver de fato. A importância das vidas, experiências e realizações humanas não pode ser substituída por informações sobre instituições que existem e pelas regras que operam. (SEN, 2011, p. 48).

Assim, Sen ressalta que não é possível a formação de instituições políticas perfeitamente justas. Portanto, um fundamento racional como proposto por Rawls, não seria capaz de criar uma condição de justiça geral e perfeita. Nesta perspectiva não é possível haver uma instituição perfeitamente justa com critérios e objetivos próprios e sedimentados em meio a um contexto social, político e econômico diverso.

Tal instituição só seria justa em uma sociedade sem diferenças, igual, sem classes sociais, o que no nosso mundo, mesmo em países com os menores índices de desigualdades sociais e econômicas, não se observa. Tais ideias podem promover o pensamento de que a justiça não está pronta e acabada de forma universal. Ela deve ser (re)pensada, contextualizada e conjugada a

diversas outras ideias para promovê-la. E para isso podemos complementar com outra teoria de Young que tem como eixo central a diferença.

Desta forma, exposto tantas e diferentes concepções de justiça que linearmente e/ou não linearmente conectam-se e se ramificam, pretendo apontar uma concepção de justiça espacial para oferecer a esta pesquisa uma base de análise, percebendo o espaço como “vivo”, a partir e por uma justiça espacial. Ideia central esta que se inicia através da questão distributiva (não a tendo como a mais importante, mas como base), posto então que partiremos a analisar a construção e andamento dos consórcios públicos, como os equipamentos de saúde são distribuídos no espaço.

Só que ficar engessados apenas neste viés, como já observado a partir dos autores que foram apresentados neste tópico, não nos dá conta de explicar a total complexidade que envolve o espaço e sociedade. É preciso pensar através da ótica das minorias, das diferenças, do que e como são distribuídos esses equipamentos e serviços, quais os papéis de cada instituição neste processo de construção do espaço regionalizado.

Procurando, a partir da ideia distributiva, perceber as diversas e diferentes especificidades do espaço que nos servirá para as análises que foram feitas a partir dos objetivos definidos nesta pesquisa. Em seguida partiremos para os estudos feitos sobre cada consórcio e como funcionam; em um segundo momento fazendo a análise comparativa de ambos e por finalizar, de acordo com aquilo que foi compreendido como justiça espacial, responder se há justiça na forma como estas instituições e ordenamento espacial estão sendo desenvolvido, o que foi proposto está sendo operacionalizado de fato?

É preciso deixar claro, em tempo, que o que foi construído aqui como concepção de justiça se baseia no atual contexto. É possível que em um determinado momento e espaço o que for justo agora poder-se-á tornar injusto. Não chega a questão de tornar a justiça efêmera, mas sim de compreendê-la como mutável, que se adapta para atender as diferentes sociedades e espaços já que os concebemos como, condicionantes e condicionadores, heterogêneos e, também, mutáveis.

Neste sentido o próprio Rawls, quase três décadas após lançar sua teoria distributiva, compreende que há a necessidade de uma reformulação e inserir outra dimensão à teoria da justiça espacial a qual ele reforça o uso do termo da

equidade. Para Rawls (2000) a justiça não é justa quando ela não promove a equidade, é a própria produtora das injustiças já que tratar os desiguais de forma igual corroborará com o surgimento e/ou reprodução das desigualdades sociais. A justiça não deve favorecer as classes abastadas em detrimento das minorias, e o atendimento à saúde, os espaços, acessos, liberdades não podem ser cerceados.

Portanto numa sociedade justa as liberdades da cidadania igual são consideradas invioláveis; os direitos assegurados pela justiça não estão sujeitos à negociação política ou ao cálculo de interesses sociais. A única coisa que nos permite aceitar uma teoria errônea é a falta de uma teoria melhor; de forma análoga, uma injustiça é tolerável somente quando é necessária para evitar uma injustiça ainda maior. Sendo virtudes primeiras das atividades humanas, a verdade e a justiça são indisponíveis. (RAWLS, 2000, p. 4).

No entanto, apesar das importantes contribuições de John Rawls sobre a dimensão equitativa, que não se deve confundir com igualdade, ele vem a falecer no ano de 2002, o que parece deixa para a ciência continuar a construção da justiça no âmbito da dimensão equitativa.

Neste sentido, torna-se pertinente compreender a saúde como um direito e está sendo compreendida em sentido amplo e completo, ou seja, ter saúde é manter em certo nível de qualidade de bem-estar social desde os níveis mais básicos até os quais o cidadão venha a buscar atendimento médico.

Segundo a OMS, saúde não significa apenas ausência de doença, mas um conjunto de fatores associados que assegurem o bem-estar biológico, psíquico, social e, inclusive, religioso. E, portanto, fazer saúde significa ter que atuar em todas essas esferas, e não apenas no biológico.

Conceito Ampliado de Saúde: Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4).

O Conceito Ampliado de Saúde, citado logo acima, foi definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e está presente na Constituição Federal de 1988. Sendo assim, a esfera de atuação das policlínicas e dos

consórcios de saúde se insere neste rol de promoção da saúde, não apenas na questão do tratamento biomédico, mas devem-se observar as demais questões para de fato atender aos preceitos constitucionais de saúde.

3 ANÁLISES COMPARATIVAS ENTRE OS CONSÓRCIOS DE SAÚDE E AS POLICLÍNICAS

Neste capítulo será apresentado através de consultas a documentos oficiais, sites e trabalhos diversos, além dos resultados colhidos e sistematizados através de entrevistas com os gestores dos consórcios e das policlínicas realizadas presencialmente e de forma virtual, as características centrais de cada instituição e como elas se organizam dentro das regiões de saúde nas quais estão inseridas.

3.1 Análises dos Estatutos do Consórcio de Saúde de Irecê

A leitura dos estatutos permite que possamos entender como o consórcio foi formado, quais as ideias e princípios que regem tal organização, onde e como se darão as reuniões, como as decisões serão tomadas e todas as demais questões pertinentes ao consórcio. Além disto, é possível compreender de forma estrutural e sistemática a “espinha dorsal” e o funcionamento do consórcio, desde o período prévio ao da sua criação, já que nele constam as ideias do consórcio, mesmo antes deste existir.

É uma parte importante, visto que permitirá ter uma ideia global da instituição, podendo apreciar quem são os municípios membros e seus representantes, quem são as pessoas responsáveis pelo consórcio, quais as formas de entrada e saída do mesmo, quais as formas de participação financeira, quais as obrigações e direitos de cada um, entre outras características.

Ao analisar o Primeiro Estatuto do Consórcio Público de Saúde da Região de Irecê (2016) e o Estatuto Consolidado (2019), já no início é possível perceber algumas similaridades quanto à questão espacial, no que tange às regionalizações construídas. Ao passo em que avançamos na sua leitura, no artigo primeiro do Capítulo I, chegamos à denominação do Consórcio: “o Consórcio Público constituído entre o ESTADO DA BAHIA e os municípios integrantes da REGIÃO DE SAÚDE DE IRECÊ, denominar-se-á CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DA REGIÃO DE IRECÊ”. Este primeiro capítulo apresenta como iguais tanto a Região de Saúde Irecê quanto o Consórcio de Saúde de Irecê. É importante recordar que as Regiões de Saúde

são estabelecidas pelo Governo do Estado, enquanto os consórcios de saúde partem de uma iniciativa do Estado, mas são geridos pelos próprios municípios que, de forma colaborativa, se associam e tem o Governo Estadual, um ente federativo, como mediador.

Todavia, nem sempre as Regiões de Saúde e os consórcios irão ter a mesma conformação espacial, pois os municípios se consorciavam livremente, segundo critérios próprios, não havendo a obrigatoriedade de que todos os municípios de uma região de saúde pertençam ao consórcio correspondente. É possível, por exemplo, que um município de uma região de saúde se consorcie com um consórcio de outra região de saúde ou ainda não faça parte de consórcio algum. Os municípios tem autonomia para escolher se querem fazer parte de um consórcio de saúde, se é viável do ponto de vista financeiro e se tal iniciativa atende às demandas em saúde de sua população.

Neste sentido, no primeiro Estatuto do Consórcio de Irecê participaram de sua conformação inicial apenas 19 municípios: América Dourada; Barra do Mendes; Barro Alto; Carfanaum; Canarana; Central; Gentio do Ouro; Ibipeba; Ibititá; Irecê; Itaguaçu da Bahia; João Dourado; Jussara; Lapão; Mulungu do Morro; Presidente Dutra; São Gabriel; Uibaí; e Xique-Xique. Em 2017 foi lançado o Primeiro Termo Aditivo do Consórcio de Irecê, a fim de incluir mais quatro municípios: Barra, Ipupiará, Morro do Chápeu, Souto Soares e Tapiramutá, e fazer a retirada, a pedido, do município de Xique-Xique.

Em 2018 é lançado o Segundo Termo Aditivo do Consórcio de Irecê o qual temo como objetivo incluir o município de Buritirama ao consórcio. Ainda em 2018 foi lançado o Terceiro Termo Aditivo do Consórcio de Irecê, com o propósito de incluir o Município de Bonito ao consórcio.

Atualmente, o número de municípios consorciados é de vinte e quatro, sendo que, dos dezenove iniciais, apenas Xique-Xique não faz mais parte do consórcio de Irecê e, segundo dados da SESAB, até a presente data, não está consorciado a nenhum outro.

De acordo com o Estatuto, o Consórcio visa à cooperação financeira e técnica entre os entes federados no que tange ao atendimento à saúde pública “em especial: Serviços de Urgência e Emergência..., Policlínicas”, (CONSÓRCIO DE IRECÊ, 2019). Para além destas questões, de acordo com o primeiro estatuto, é possível observar outras competências do consórcio de Irecê, tais

como: fortalecer as instâncias colegiadas locais e regionais e o processo de descentralização das ações e serviços de saúde; promover a capacidade resolutiva, ampliar a oferta e o acesso da população aos serviços de saúde; representar os entes da Federação consorciados perante outras esferas de governo, mediante deliberação da Assembleia Geral. No que tange às questões de treinamentos, financiamentos e às voltadas para a área da saúde, todas elas demonstram o caráter de cooperação mútua entre os municípios.

Ainda da leitura do Estatuto, podemos apreender que a Assembleia Geral será convocada a cada três meses, com a participação dos representantes dos municípios e do Estado da Bahia, tendo que ter participação de pelo menos metade dos representantes dos municípios, sendo convocada pelo presidente do consórcio ou por solicitação escrita assinada pela maioria simples dos consorciados. As decisões do consórcio serão tomadas, preferencialmente, por consenso, todavia havendo divergência a decisão será tomada pela maioria dos participantes presentes. O Presidente do consórcio é eleito entre os consorciados e tem mandato de dois anos, permitida a reeleição.

Em 2019 é publicado o Estatuto Consolidado do Consórcio Interfederativo de Saúde da Região de Irecê que, em linhas gerais, não traz muitas novidades em relação àquele inicial, lançado em 2017. As principais mudanças percebidas são a dinâmica de exclusão e inclusão de municípios através dos três termos aditivos neste intervalo de tempo. Mantêm-se os objetivos e finalidades do consórcio e sua forma de pactuação e cooperação financeira e técnica.

3.2 Análise das Atas do Consórcio de Saúde de Irecê

Será reservado aqui um espaço para análises das atas das reuniões, desde a primeira até a última do ano de 2019, do Consórcio de Irecê, onde os representantes dos municípios e do Estado da Bahia deliberaram sobre as decisões a serem tomadas, o andamento do consórcio, problemas e pontos positivos do mesmo.

Na ata da primeira reunião, do dia 09 de novembro de 2016, vemos que o município de Xique-xique participou apenas como espectador, tendo em vista que, naquele momento, ainda não fazia parte do consórcio. Tal reunião teve como objetivo eleger o representante, definir a denominação do consórcio, sua

sede e realizar a aprovação do estatuto. Consta em ata que apenas os prefeitos dos municípios de Lapão e de Ibipêba candidataram-se para os cargos, respectivamente, de presidente e vice-presidente, tendo sido eleitos; contudo, neste encontro, a sede do consórcio foi definida no município de Irecê, ou seja, a sede do consórcio e os seus presidente e vice não pertencem ao mesmo limite municipal.

Já na segunda ata, do dia 23 de maio de 2017, foi dada ênfase à importância das redes de atenção básica em saúde para a garantia da boa funcionalidade do Sistema e foi discutida a dificuldade da Policlínica do Consórcio em oferecer alguns exames complementares essenciais, exigindo a sua contratação da rede privada de saúde, o que, segundo os representantes, poderia acarretar um aumento nos custos dos municípios.

Nesta assembleia, foi discutido ainda, o quantitativo de consultas, a escala de trabalho das equipes profissionais de saúde, além de tratar de questões específicas da região quanto a especialidades médicas não disponíveis e de difícil provimento, como endocrinologia, oftalmologia (para serviços mais complexos), nefrologia (para diagnóstico precoce evitando complicações e a necessidade de fazer hemodiálise), mastologia e neuropediatria, casos em que os municípios provavelmente teriam que suprir individualmente.

Outro ponto muito importante que ficou definido nesta reunião, foi o fluxo dos deslocamentos dos usuários para a policlínica, que seria organizado e ofertado pelos secretários de saúde dos municípios, como podemos ver a seguir:

Ficando pactuado os seguintes compartilhamentos: Gentio do Ouro e Itaguaçu da Bahia, (saindo de Gentio do Ouro); Xique-Xique, dois micro-ônibus, sendo que um deles vai se responsabilizar em transportar os pacientes de Central até a Policlínica, ficando também na responsabilidade do micro-ônibus de Xique-Xique transportar os pacientes de Ubá e Presidente Dutra após ter transportado os pacientes de Xique-Xique; João Dourado, após transportar os pacientes desse município o micro-ônibus se responsabilizará em transportar os pacientes de Jussara e São Gabriel; Cafarnaum se responsabilizará também pelo transporte dos pacientes de América Dourada; Mulungu do Morro se responsabilizará pelo transporte dos pacientes de Canarana; Barra do Mendes se responsabilizará em transportar os pacientes de Barro Alto; Ibipêba se responsabilizará pelo transporte dos pacientes de Ibititá e em seguida os pacientes de Lapão (ATA DO CONSÓRCIO DE IRECÊ, 2017).

Da leitura do documento chama a atenção o modo como os municípios se organizaram para transportar os usuários de forma cooperativa e compartilhada.

Em alguns casos os veículos recorrerão cada município na mesma viagem e, em outro, irão primeiro até a policlínica deixar os pacientes oriundos de uma determinada cidade e, em seguida, retorna para outro município, para buscar mais pessoas.

Como se pode apreender, trata-se de um mecanismo complexo, que provavelmente depende de uma boa logística para que não haja contratemplos que impliquem em perdas para o usuário. No entanto, o documento não operacionaliza claramente o que os gestores devem fazer caso tais inconvenientes aconteçam, como a quebra de um veículo, a falta de um motorista, um acidente no percurso, etc.

Outra questão que não ficou clara, na ata ora analisada, é a de qual o papel de cada município na definição dos roteiros de viagem que os veículos devem percorrer. Neste caso, para que tudo ocorra de forma como foi estabelecido, um município teria de assumir mais responsabilidades do que outros somente pelo fato de ter sido o município que deu início ao roteiro?

Na terceira ata, de 9 de junho de 2017, é ressaltada a fase final de implantação do consórcio de Irecê; a diretoria da policlínica, selecionada mediante seleção pública, foi apresentada pelo representante do governo estadual e, mais uma vez, as questões relativas aos roteiros dos ônibus foram levantadas. Nesta oportunidade, foi apresentada a intenção do município de Morro do Chapéu em participar do consórcio.

Chama a atenção aqui os questionamentos levantados pelo município de Xique-Xique, demonstrando preocupação em relação ao repasse financeiro que o seu município teria de fazer e observando que não teria demanda para certas especialidades, sugerindo que fosse feito um estudo das necessidades reais da região, no que foi atendido pelo Presidente, dando preferência às especialidades relacionadas com a oncologia. Apesar de suas ponderações, o representante de Xique-xique elogia a iniciativa do consórcio e a criação da policlínica como importante equipamento de saúde da região.

Em 11 de agosto de 2017 a quarta ata do CRSI traz as deliberações e do Orçamento do Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Irecê do exercício de 2017, de acordo com os contratos de rateio firmados. Nesta ocasião o município de Xique-Xique, novamente, levanta questionamentos acerca das questões financeiras que lhe dizem respeito, culminando, em 28 de

setembro de 2017, na formalização do seu pedido de saída do consorciamento, por parte do prefeito municipal, conforme consta na ata da quinta reunião ordinária. Contudo, a decisão pela aprovação ou não da saída seria definida em votação posterior, conforme deliberou o presidente do consórcio. Em contrapartida, a presidência informou aos presentes do interesse dos municípios de Morro do Chapéu, Tapiramutá e Souto Soares de integrarem o CRSI.

Por fim, na ata do dia 28 de novembro de 2017, a de número 6, demonstra-se como a policlínica se tornara um polo de atração de pessoas, não apenas para o atendimento em saúde, mas também para aquelas pessoas que enxergam ali uma possibilidade de renda, conforme se depreende da leitura do depoimento do representante de Irecê, que demonstra preocupação com o acúmulo de barracas e vendedores ambulantes ilegais que se aglomeram nos arredores da policlínica; implicando em uma dinâmica no município sede da policlínica, que gera preocupação ao seu gestor. Dentre tantas outras deliberações e saudações, foi confirmada a inclusão dos municípios de Souto Soares, Morro do Chapéu e Tapiramutá.

Iniciando o ano de 2018, a sétima ata é publicada no dia 4 de janeiro a partir de uma Assembleia Geral Extraordinária e teve como uma das pautas a inclusão dos municípios de Barra e Ipupiara, além dos outros três municípios citados na ata anterior, o que diminuiria os custos financeiros per capita referentes à policlínica. Nesta reunião, foi consolidada a aprovação da retirada do município de Xique-Xique, que justificou sua saída enfatizando que não era contrário ao Projeto da Policlínica, mas à sua forma de, e deixando claro que esta posição poderia ser revista no futuro.

Desta forma, percebemos que mesmo saindo um município do CRSI, houve um incremento de mais outros cinco ao mesmo, fazendo aumentar a população atendida e conseqüente diminuição dos custos per capita, que foram de R\$ 1,49 para R\$ 1,12. Nesta reunião extraordinária outros assuntos de caráter funcional foram tratados, como a impossibilidade de remanejamento das vagas remanescentes dos municípios, contrariando acordo anterior que permitia tal permuta. Tal questão, contudo, ficou para ser decidida posteriormente.

A oitava assembleia geral só veio a ocorrer em 07 de junho de 2018, conforme registro na oitava ata do consórcio. Nesta reunião é possível perceber, a partir da fala de alguns gestores municipais, a preocupação com a demora na

entrega de resultados de alguns exames e com o que consideram “excesso” na solicitação de exames de alta complexidade por parte de alguns médicos, o que estava aumentando os custos dos municípios. Os gestores requerem ao Estado que assumisse tais incrementos financeiros.

Fazendo uma análise sobre o papel da policlínica, sobre seus objetivos e propostas é perceptível que mesmo com a intenção de cooperação através do consórcio para diminuição dos custos e oferecer tratamento de alta complexidade vemos, através do histórico de implantação do Consórcio de Irecê, que muitas vezes os municípios esbarram em questões que dizem respeito, por exemplo, à definição de benefícios versus custo. Tal aspecto, no caso de Irecê, gerou a necessidade de os secretários pesquisarem as suas respectivas demandas e discutirem quais poderiam ser atendidas e de que maneira.

Em 9 de agosto de 2018 ocorreu a nona Assembleia Geral do CRSI a qual teve como ponto inicial e principal a reeleição e posse do presidente e vice-presidente do CRSI. Na última ata disponível, a décima até o momento, no site do CRSI, referente à reunião ocorrida em 18 de dezembro de 2018, consta, entre outros elementos, a aprovação do estatuto consolidado e a aprovação do aditivo do protocolo de intenções. O presidente do CRSI inicia a reunião enfatizando os custos de manutenção da policlínica e solicitando aos prefeitos que para o início do ano seguinte façam planejamentos em busca de aprovar emendas parlamentares com o intuito de angariar mais receita para o equipamento público de saúde do estado da Bahia através da SESAB.

Aliás, os custos em relação a manutenção da policlínica é comentário recorrente entre os representantes dos municípios consorciados, que estão sempre a questionar este aspecto, como também a ausência de algumas especialidades médicas consideradas essenciais para atender às necessidades de algumas cidades. Entretanto, apesar das reclamações sobre os custos e da busca por novos recursos para o financiamento da policlínica, é uma visão um tanto unilateral, a visão dos representantes municipais e do Estado da Bahia sobre o andamento do consórcio.

De forma geral as atas representam as deliberações dos representantes municipais e do Estado, deixando claro o papel exercido por cada um, suas responsabilidades, as definições de cotas-partes para atendimento de cada município, bem como o papel do gestor estadual no processo. A leitura e análise

das atas nos dá um panorama de como se organizam os municípios, quais as principais dificuldades e avanços que enfrentam e de que maneira a questão financeira impacta no consorciamento, tanto do ponto de vista das possíveis economias realizadas e satisfação eficiente do objetivo do consórcio, quanto do possível aumento de despesa para os cofres municipais e/ou a ineficiência financeira na contratação dos serviços.

3.3 Receitas Orçamentárias da Policlínica e do Consórcio Público de Saúde de Irecê

As receitas orçamentárias dos consórcios e da policlínica é um elemento central para esta pesquisa, visto que, ao analisá-las e sintetizá-las, podemos perceber como cada município e o Estado destinam recursos financeiros para o funcionamento e manutenção de ambos. Percebemos que os municípios têm papel importante, não apenas nas tomadas de decisões, mas também para que o consórcio e a policlínica de fato funcionem e a população possa fazer o uso.

Todavia, como já abordado previamente, estes repasses financeiros não são igualitários, eles dependem da variação populacional de cada município e de acordo com o custo que estes, segundo pactuação, assumiram em troca de serviços. Assim, o município que tem mais gente contribuirá financeiramente mais e de forma inversamente proporcional, o município com contingente populacional menor terá repasses financeiros menores, refletindo a demanda que tais municípios apresentam à Policlínica. Este esquema de coparticipação no custeio segundo cotas de atendimento reflete diretamente a ideia de equidade defendida neste trabalho.

Para compreendermos melhor o modelo de custeio com base em cotas, vale recordar que, de acordo com a pactuação prevista na constituição do consórcio, cada município contribuirá para a manutenção da policlínica com um valor per capita que somados perfazem o total de 60% do custeio total e ao Estado da Bahia caberá os 40% restantes.

A tabela abaixo (tabela 1) foi retirada e adaptada, a partir do site do CRSI – Portal da Transparência. Nela consta, além do repasse estadual e outras origens financeiras, o montante, em reais, que cada município dispendeu no ano de 2019, para o funcionamento da policlínica.

Estabelecendo uma comparação, a nível municipal, Irecê, Barra e Morro do Chapéu contribuíram em reais com, respectivamente, R\$ 796.135,27; R\$628.425,71 e R\$ 418.108,88 sendo as maiores somas financeiras aportadas; em contrapartida, Mulungu do Morro, Gentio do Ouro, e Uibaí contribuíram em reais com, respectivamente, R\$ 131.784,17; R\$ 132.380,52 e R\$ 164.075,79, constituindo as menores somas destinadas à policlínica entre os municípios. Neste período, o Estado da Bahia financiou a policlínica com a soma de R\$ 4.085.392,06.

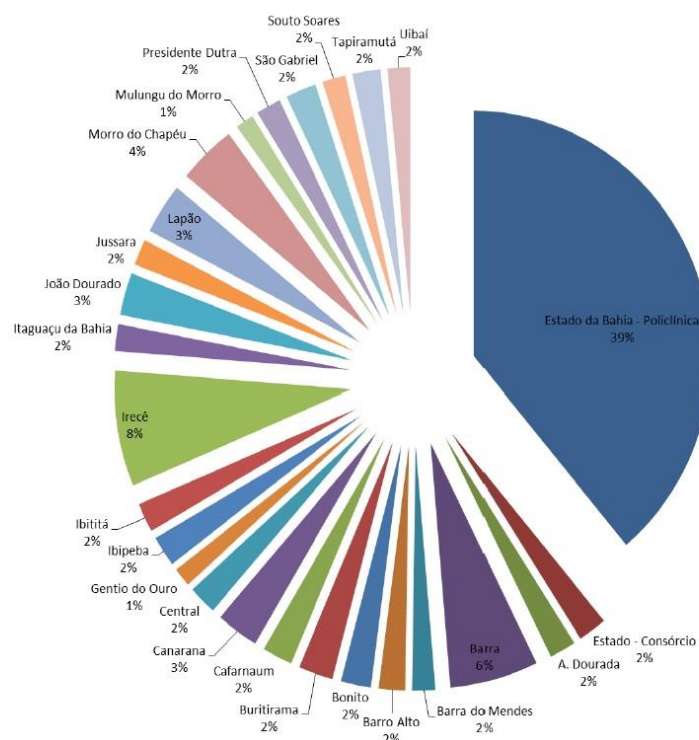
Tabela 1 - Consórcio regional de saúde de Irecê - transferências financeiras dos municípios consorciados e do Estado para a policlínica (2019)

Descrição	Arrecadação no Período	%
Estado da Bahia – Policlínica	4.085.392,06	38,91
Estado – Consórcio	206.800,00	1,97
A. Dourada	189.946,86	1,81
Barra	628.425,71	5,99
Barra do Mendes	164.341,32	1,57
Barro Alto	191.477,75	1,82
Bonito	215.275,94	2,05
Buritirama	248.767,24	2,37
Cafarnaum	216.780,62	2,06
Canarana	307.203,43	2,93
Central	203.859,75	1,94
Gentio do Ouro	132.380,52	1,26
Ibipeba	213.655,97	2,03
Ibititá	202.748,46	1,93
Irecê	796.135,27	7,58
Itaguaçu da Bahia	185.138,87	1,76
João Dourado	294.597,00	2,81
Jussara	180.945,81	1,72
Lapão	352.158,37	3,35
Morro do Chapéu	418.108,88	3,98
Mulungu do Morro	131.784,17	1,26
Presidente Dutra	178.661,52	1,70
São Gabriel	222.165,39	2,12
Souto Soares	167.417,84	1,59
Tapiramutá	201.525,47	1,92
Uibaí	164.075,79	1,56
TOTAL	10.499.770,01	100

Fonte: elaboração própria a partir de dados do Consórcio Público Interfederativo de Saúde de Irecê (2019).

Para ajudar na compreensão desta divisão entre os municípios consorciados, abaixo, apresento um gráfico (Gráfico 1) que demonstra através dos valores em porcentagem, do ano de 2019, como cada ente federativo municipal contribuiu para a manutenção e gestão da Policlínica de Irecê. Através deste gráfico é possível perceber que as fatias de rateio de cada município são bastantes próximas umas das outras, porém não são iguais, o que nos leva a pensar que nesta organização a questão da equidade está presente visto que são respeitados os diferentes contextos de cada ente consorciado para o direcionamento de aporte financeiro.

Gráfico 1 - Transferências financeiras dos municípios consorciados e do estado para a policlínica – Consórcio de Saúde de Irecê (2019)



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Consórcio Público Interfederativo de Saúde de Irecê (2019).

Do mesmo material ainda é possível obter as informações referentes aos repasses dos municípios destinados ao funcionamento do consórcio, desta forma tem-se: Irecê, Barra e Morro do Chapéu que contribuiriam em reais com, respectivamente, R\$ 46.820,04; R\$ 34.430,40; R\$ 22.886,04 sendo as maiores contribuições e Mulungu do Morro, Gentio do Ouro, e Uibaí contribuiriam em reais

com, respectivamente, R\$ 7.188,60; R\$ 7.248,12 e R\$ 8.231,96 constituindo as menores somas destinadas ao consórcio entre os municípios. Neste período o Estado da Bahia destinou ao consórcio de Irecê a quantia de R\$ 206.800,00.

A seguir temos um quadro com todas as receitas que foram destinadas ao consórcio especificando qual a contribuição de cada município para o mesmo (tabela 2).

Tabela 2 - Consórcio regional de saúde de Irecê - transferências financeiras dos municípios consorciados para o consórcio (2019)

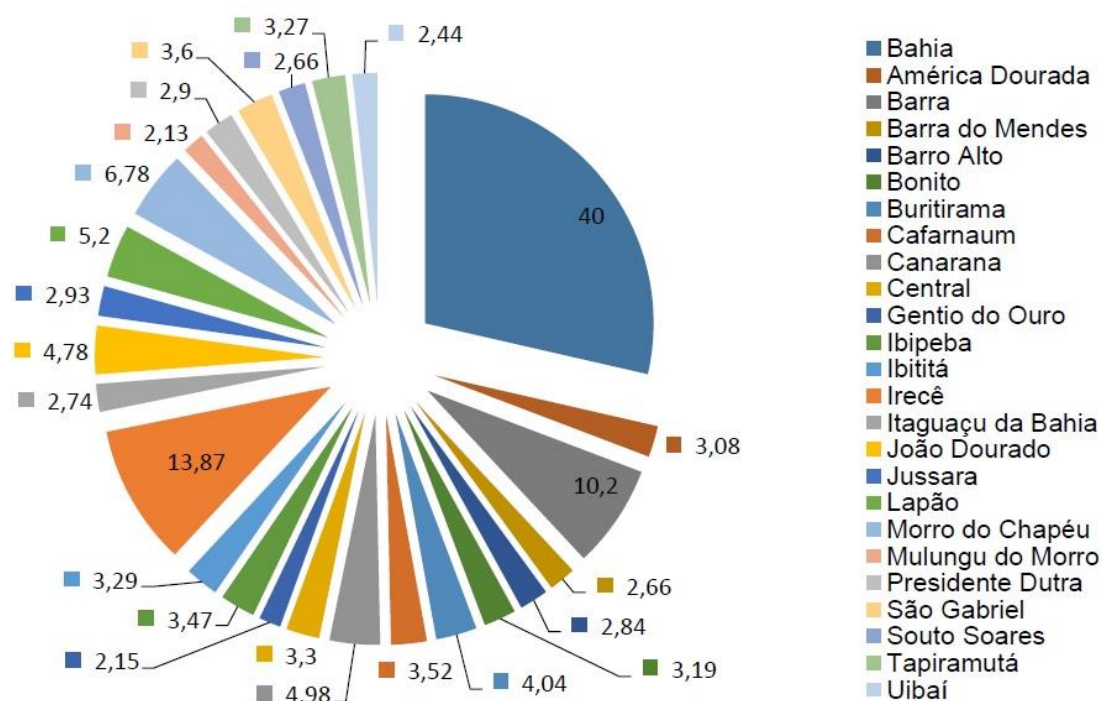
Município	Arrecadação no Período	%
Bahia	206.800,00	40,0
América Dourada	10.411,68	3,08
Barra	34.430,40	10,20
Barra do Mendes	8.990,64	2,66
Barro Alto	9.574,08	2,84
Bonito	10.761,00	3,19
Buritirama	13.626,36	4,04
Cafarnaum	11.872,80	3,52
Canarana	16.830,00	4,98
Central	11.158,80	3,30
Gentio do Ouro	7.248,12	2,15
Ibipeba	11.705,28	3,47
Ibititá	11.092,80	3,29
Irecê	46.820,04	13,87
Itaguaçu da Bahia	9.256,44	2,74
João Dourado	16.146,96	4,78
Jussara	9.900,72	2,93
Lapão	17.573,88	5,20
Morro do Chapéu	22.886,04	6,78
Mulungu do Morro	7.188,60	2,13
Presidente Dutra	9.780,36	2,90
São Gabriel	12.158,76	3,60
Souto Soares	8.980,32	2,66
Tapiramutá	11.025,48	3,27
Uibaí	8.231,96	2,44
TOTAL	544.451,52	100

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Consórcio Público Interfederativo de Saúde de Irecê (2019).

As contribuições financeiras dos municípios para a gestão e funcionamento do Consórcio é bastante equilibrada, excetuando três municípios (Irecê, Barra e Morro do Chapéu) que devido a sua população ser elevada em relação aos demais pares consorciados se destacam entre aqueles que mais destinam dinheiro para o consórcio.

Questão importante a ser levantada é a de que não há, aparentemente, nenhuma relação entre destinar mais recursos financeiros, ou menos, com as escolhas dos representantes e gestores do Consórcio, visto que eles são eleitos em assembleia (na maioria dos casos por consenso), não negligencio que possa haver um jogo político para que determinadas pessoas ascendam a tais cargos, todavia concentro-me em me debruçar sobre o cerne primário do consórcio que é a auto cooperação e a tomada de decisões por consenso através de uma assembleia. Se esses valores e preceitos são corrompidos pelo jogo de interesses será preciso que reveja os princípios e objetivos originários da organização.

Gráfico 2 - Consórcio Regional de Saúde de Irecê - Transferências Financeiras dos Municípios e do Estado da Bahia para os Consórcios - 2019 (%)



Elaboração própria a partir de dados do Consórcio Público Interfederativo de Saúde de Irecê (2019).

Observando este panorama, percebemos o consorciamento de municípios que possuem receitas financeiras completamente distintas. É preciso pontuar, como já dito neste trabalho, que o uso do equipamento e dos serviços é proporcional ao tamanho e à contribuição de cada município. Com isto, a diferença de contribuição do município que mais utiliza e, portanto, mais contribui em relação ao que menos destina dinheiro para o funcionamento da policlínica, ultrapassa os R\$ 500.000, por exemplo.

Então, para além do consenso entre os pares munícipes, percebemos a força e a influência do Estado da Bahia como mediador neste processo, tendo em vista que, mesmo o seu percentual de contribuição sendo inferior ao total dos municípios reunidos, ultrapassa em muito o valor pago por cada contribuição individual dos municípios. Ou seja, dentro desta perspectiva, notamos a tentativa do Estado em diminuir os seus custos em saúde na Bahia, dissolvendo-os entre os municípios que se consorciam e repartem as despesas proporcionalmente através de suas contribuições.

Cabem aqui duas perguntas: a primeira diz respeito a um dos objetivos de resposta deste trabalho até a sua conclusão: O modelo de consórcios e policlínicas tem oferecido justiça espacial na Bahia? E a segunda pergunta, que surge a partir de tais reflexões e pesquisas, é: E aqueles municípios que não estão consorciados (que é o caso de Xique-xique, que a princípio estava consorciado a Irecê e posteriormente, considerando que não era vantajoso para seu município optou por sair), qual a política do Estado para que estes não sofram injustiças? Serão eles obrigados a se consorciar?

As informações foram retiradas do site do CRSI – Portal da Transparência e compreendem todo o ano de 2019. Ainda no mesmo documento é possível ver as receitas oriundas de outros impostos, porém, não foi possível identificar na tabela ou no site para qual parte (policlínica e/ou consórcio) os recursos foram destinados.

3.4 Consórcio De Saúde de Irecê – A Policlínica

Neste tópico serão apresentadas as questões particulares de cada consórcio analisado neste trabalho, começando por uma apresentação geral, objetivos e princípios dos consórcios. Mapas serão apresentados analisando o

consórcio de saúde bem como questões pertinentes correlacionadas com as compreensões de algumas atas e estatutos das reuniões dos municípios consorciados demonstrando o conteúdo debatido.

De acordo com o site do Consórcio Regional de Saúde Irecê (CRSIrecê) a policlínica atende a população de 25 municípios da Região Centro Norte do Estado, que corresponde a 572.644 habitantes. Com um ano de funcionamento (inaugurada em 8 de dezembro de 2017), a policlínica, contabilizou 58.142 atendimentos realizados, distribuídos em 26.117 consultas especializadas e 32.025 exames, as informações são do site do CRSIrecê, 2018.

O objetivo central das policlínicas é a descentralização da saúde na Bahia, oferecendo aos usuários diversos serviços de média a alta complexidade sem a necessidade de percorrer longas distâncias. Mas, ainda assim, como a policlínica é fixa em um município, há a necessidade de algumas pessoas de outros municípios se deslocarem até ela e para isso veículos são disponibilizados.

Estas questões são pontuadas aqui, pois, mais à frente no texto, serão profundamente debatidas na medida em que, pensando na perspectiva de justiça espacial, como essas adversidades e diversidades são encaradas e enfrentadas tanto pela população quanto pelo Estado e municípios para garantir que os usuários sofram menos em todo o processo de atendimento.

O Consórcio Público da Região de Irecê (atualmente) é composto por 24 municípios. O mapa do Consórcio de Saúde de Irecê (p. 60) apresenta esta espacialização no qual é possível perceber que não há a necessidade de todos os municípios serem contíguos. Como exemplo, tem-se os municípios de Buritirama e Barra que não são contíguos aos demais municípios, entretanto, fazem parte do Consórcio de Irecê através da cooperação, inclusive, com a participação nas decisões e uso das cotas de serviços em saúde da policlínica deste consórcio.

Dos municípios consorciados apenas oito deles são limítrofes com Irecê, sede do consórcio e da policlínica, e as populações dos outros dezesseis municípios tem de enfrentar distâncias muito maiores até a sede, o que torna a questão espacial ainda mais pertinente devido ao fato de necessitar de uma organização logística para que os veículos estejam organizados para transportar os usuários desde as sedes de cada município até a sede do consórcio,

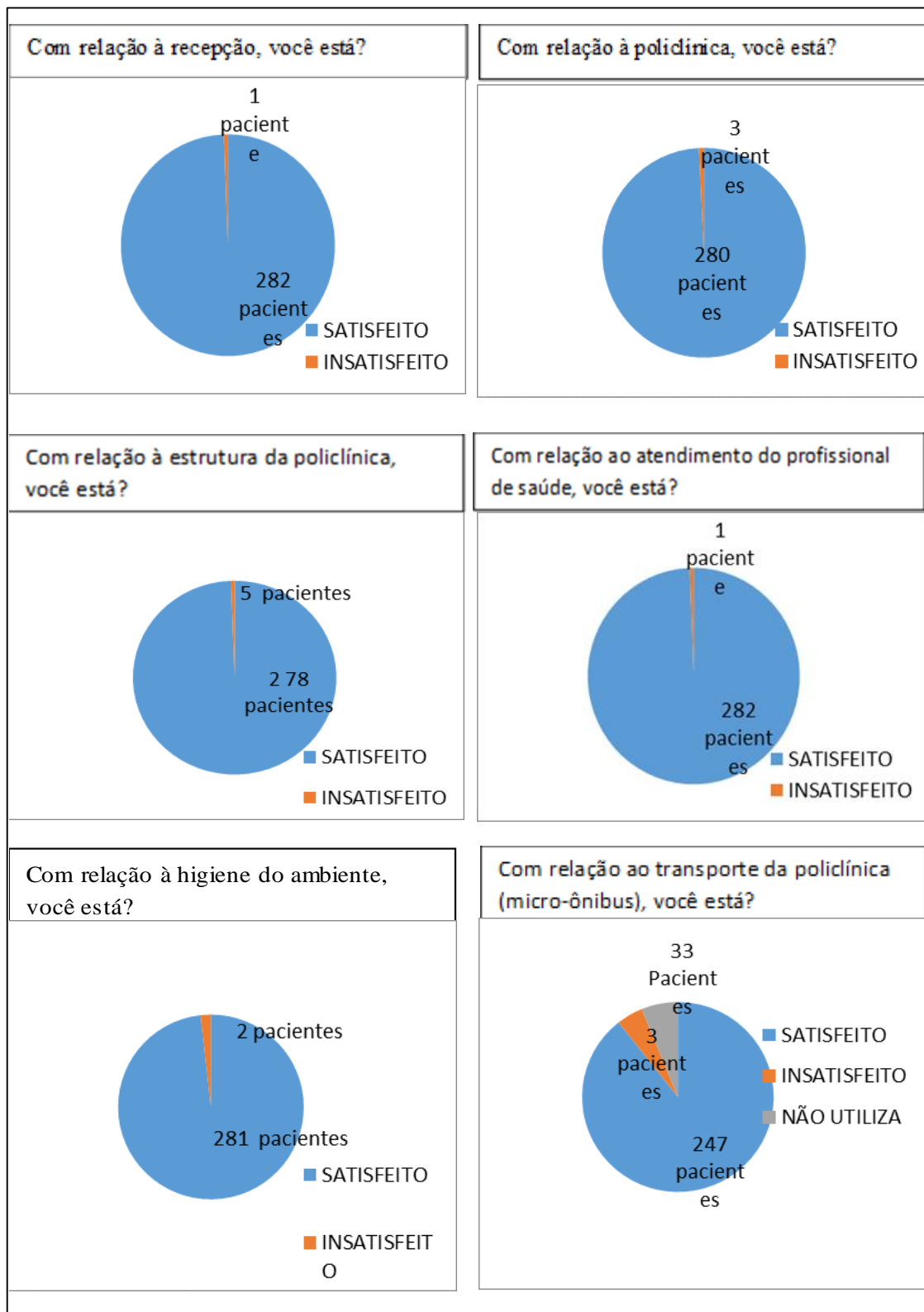
cumprindo o roteiro preconizado. Um esquema que precisa estar sincronizado entre as secretarias municipais de saúde e os gestores da policlínica, para que uma falha ou atraso em algum ponto da cadeia não comprometa os demais.

Em uma pesquisa realizada pela própria policlínica de Irecê foram analisados os graus de satisfação dos usuários em relação ao serviço prestado na Policlínica, e pôde-se constatar elevado grau de satisfação a partir da percepção dos usuários. Assim, é possível perceber que o fato de proporcionar saúde em condições minimamente estruturadas gera sensação de justiça na população. Mesmo tendo que se deslocar de outras cidades para atendimento, despendendo energia, tempo e outros custos, os usuários entendem que o processo atual, com o consórcio e a policlínica é menos oneroso do que ocorria antes, quando se tinha que procurar os médios e grandes centros para o atendimento gratuito em saúde.

É importante, contudo, que não nos enganemos com uma representação de realidade em que todas as pessoas, aparentemente, estão tendo pleno acesso a tais serviços em saúde e de forma positiva e satisfatória. Um trabalho completo que fosse capaz de mapear todas essas situações diversas tenderia a demandar tanto quantos anos fossem necessários para compreender todas as situações (Figura 8).

Todavia, é necessário analisar se as pesquisas de satisfação realizadas dão conta de, efetivamente, refletir uma realidade regional com foco na saúde. Na imagem abaixo apresentamos o consolidado das respostas obtidas na mencionada pesquisa de satisfação realizada pela Policlínica de Irecê junto aos seus usuários.

Figura 8- Gráficos consolidados dos resultados da pesquisa de satisfação da policlínica do CRSI



Fonte: Policlínica Regional de Irecê (2020).

Os dados apresentados acima provêm da pesquisa de satisfação realizada pela Ouvidoria SUS-Policlínica de Irecê, entre 26 setembro a 26 de outubro 2020, com a colaboração de 283 pacientes e foram fornecidos pela Direção da unidade. A pesquisa procurou avaliar os elementos envolvidos na satisfação do usuário, desde os passos prévios ao seu efetivo deslocamento até a Policlínica até o atendimento na unidade e o seu retorno ao município de origem.

As informações apresentadas evidenciam importante grau de satisfação do usuário, cuja percepção de melhor assistência à saúde ganha maior importância, na medida em que se pode inferir que o consórcio e a policlínica estão atingindo o seu objetivo elementar. Da análise dos dados da pesquisa ainda é possível destacar pontos interessantes das falas dos usuários como:

- Parabéns a toda equipe da policlínica.
- Sugestão: coloquem alguém com um “posso ajudar?” para indicar as salas.
- Ótimo atendimento, clínica bem organizada
- Atendimento ótimo, às vezes algumas recepcionistas deixam a desejar, só um pouquinho de paciência.
- A minha insatisfação é com o atraso dos médicos, não todos. E quanto aos resultados dos exames. Achei um pouco demorado quando fiz anteriormente.
- Ótimo atendimento e total atenção com o paciente.
- Melhor coisa que o governo pôde fazer. A policlínica veio como uma benção para toda a população que precisa, é uma grande ajuda pra região. Estamos muito felizes por isso.
- Acho o atendimento da policlínica fundamental e eficaz, existem pessoas como eu que não tem condições de fazer exames e consultas particulares
- Pra mim é muito boa, transporte de graça, exames também. Só de não precisar ir pra Salvador atrás da saúde já está muito bom.
- O áudio que sai do telão é incompreensivo. Muito ruim, não dá pra saber o nome do paciente que foi chamado.

(Policlínica Regional de Irecê. 2020)

Dentre os comentários apresentados, um que se reveste de maior destaque nesta análise é o que enfatiza a possibilidade de realizar os exames e consultas na própria região de saúde, sem a necessidade de se deslocar para Salvador, o que, conseqüentemente, gera menos desgaste e custos, tanto para o usuário, quanto para o Estado, desafogando os médios e grandes centros de saúde.

A gestão da policlínica e os representantes do consorciamento certamente vem utilizando-se destes dados positivos da avaliação qualitativa do serviço prestado como um avalista das suas decisões e um balizador das políticas internas de funcionamento, o que não está de todo equivocado. Contudo, faz-se necessário atentar para um viés significativo no referido estudo: a população analisada.

É importante reconhecer que pela metodologia adotada, de pesquisa de satisfação *in loco* realizada na unidade de saúde, a população que respondeu a pesquisa compreende apenas aquelas pessoas que tiveram o acesso garantido e, portanto, fizeram uso dos serviços prestados pela policlínica e pelo consórcio; isso exclui as opiniões (até então desconhecidas) de outra parcela populacional a respeito do acesso, ou a falta dele, a esse equipamento de saúde.

Sendo assim, levar em conta essa realidade paralela, tornar-se-ia necessária a extensão da pesquisa a mostras populacionais aleatórias e que não tivessem, ainda, se utilizado dos serviços, a fim de não incorrer em injustiças. Entretanto, partindo dos sentidos de justiça espacial, que foram apresentados na primeira parte deste trabalho, nota-se que a questão da distribuição de equipamentos de saúde, em condições de uso satisfatórias, tem garantido, de uma certa forma, a diminuição de injustiças se compararmos com as populações de regiões que vivem mais próximas aos grandes centros de saúde e que, teoricamente, teriam menos dificuldade espacial no acesso a tais recursos e em relação àquelas populações que só agora passam a ter acesso a serviços mais complexos em saúde espacialmente mais próximos.

Em outra dimensão de análise seguiremos a perceber como este modelo de consórcio e policlínica tem mudado os fluxos de pessoas diariamente de uma região para outra e como essa região que passa agora a concentrar os usuários tem se modificado e/ou se adaptado.

3.5 Consórcio de Saúde de Jacobina

A análise que seguirá está relacionada às questões que dizem respeito ao Consórcio de Saúde Jacobina. O entendimento partiu sempre de uma perspectiva de análise comparativa, ou seja, todos os elementos que foram examinados neste, encontraram paralelo (na medida do possível) nos elementos

analisados também no Consórcio de Irecê, já apresentado; sempre respeitando e entendendo as particularidades de cada um.

Então, ao se fazer a análise dos dois consórcios, com a mesma estrutura de policlínicas, com organização espacial e estrutural semelhante e com demandas por serviços similares é possível perceber, entretanto, que as diferenças existentes entre eles são também bastante significativas. É esta análise que propomos a partir de agora, fazendo a análise crítica comparativa deste, procurando o entendimento específico global para chegar ao terceiro capítulo e final desta dissertação com uma análise comparativa sob à ótica da justiça espacial.

Diferentemente do que ocorre com o Consórcio de Irecê, o de Jacobina é de formação mais recente e, portanto, em uma primeira aproximação, encontrar informações oficiais a respeito torna-se uma tarefa complexa. No entanto, alguns dados básicos foram obtidos junto a sites da SESAB e também em conversas já realizadas com coordenadores da saúde na Bahia.

O Consórcio de Jacobina, até a presente data, é composto por municípios contíguos entre si e contém um número de municípios participantes relativamente pequeno, perfazendo um total de 17 cidades, sendo elas: Caém, Caldeirão Grande, Capim Grosso, Jacobina, Mairi, Miguel Calmon, Mirangaba, Ouro-lândia, Piritiba, Quixabeira, São José do Jacuípe, Saúde, Serrolândia, Umburanas, Várzea da Roça, Várzea do Poço e Várzea Nova.

As distâncias percorridas pelos usuários da policlínica e que saem de outros municípios não compreendem grandes extensões, como ocorre em algumas situações do consórcio de Irecê. Nesta organização espacial da saúde, a população usuária do SUS não apenas deixa de ir para os médios e grandes centros de saúde, mas tem muito próximo aos seus domicílios serviços de média a alta complexidade (são nove municípios que fazem limite fronteiro com a sede do consórcio, Jacobina, e os outros oito que, apesar de não serem limítrofes com o município-sede, não apresentam grandes distâncias até o mesmo), como podemos é possível analisar através do mapa do Consórcio de Saúde de Jacobina (p. 63).

3.6 Análise do Estatuto do Consórcio de Saúde de Jacobina

Assim como ocorreu com o Consórcio de Irecê, no de Jacobina, a leitura dos estatutos permite que possamos entender como o consórcio foi formado, quais as ideias e princípios que regem tal organização, como os membros e onde seus participantes se reúnem para deliberar, como as decisões são tomadas, enfim, todas as questões pertinentes à dinâmica de funcionamento do consórcio e seu principal equipamento de saúde, a policlínica. Além disto, é possível compreender também, de forma estrutural e sistemática, o cerne do consórcio, desde o seu embrião até os dias atuais.

Tal análise configura-se parte importante deste trabalho, visto que permite ter uma ideia ampla e detalhada da Instituição, podendo caracterizar melhor os seus atores, quais são as suas atribuições e obrigações, bem como, onde e de que maneira se dão os movimentos que estes executam dentro da logística de tomada de decisões, que impactam diretamente a vida de milhares de pessoas, cidadãos, contribuintes, usuários do Sistema Único de Saúde.

Da leitura do documento percebemos que dos atuais 17 municípios que compõem o consórcio (Dez./2019) todos já estavam presentes desde a sua formação, e o município de Jacobina fora escolhido como a sua primeira sede. A Assembleia Geral, por sua vez, é convocada a cada três meses, com a participação dos representantes dos municípios e do estado da Bahia, e, assim como ocorre no consórcio de Irecê, para haver quórum é necessária a participação de pelo menos metade dos representantes dos municípios.

As reuniões são convocadas pelo presidente do consórcio ou por solicitação conjunta da maioria simples dos municípios consorciados municípios, por escrito. As decisões do consórcio são tomadas, preferencialmente, através de consenso, todavia, havendo divergência a decisão final caberá a votação da maioria dos participantes presentes. O Presidente do consórcio é eleito entre os consorciados e tem mandato de dois anos, sendo permitida a reeleição. A Assembleia Geral terá como critério geral para votação o mesmo sistema apresentado aqui no tópico 1.4, equivalente tanto para o consórcio de Irecê, quanto para o de Jacobina.

3.7 Receitas Orçamentárias da Policlínica e do Consórcio Público de Saúde de Jacobina

Os elementos que serão apresentados a partir de agora também fazem referência comparativa ao estudado em consonância ao Consórcio de Irecê, para tanto é salutar trazer novamente, posto o teor semelhante, que as receitas orçamentárias dos consórcios e da policlínica são um elemento essencial para esta pesquisa visto que, ao analisa-las e sintetizá-las, podemos perceber como cada município e o Estado destinam recursos financeiros para o funcionamento e manutenção de ambos.

Percebemos que os municípios têm papel importante, não apenas nas tomadas de decisões, mas também para que o consórcio e a policlínica de fato funcionem e a população possa fazer o uso. Todavia, como já abordado previamente, estes repasses financeiros não são igualitários, eles dependem da variação populacional de cada município e de acordo com o custo que estes, segundo pactuação, assumiram em troca de serviços.

Assim, o município que tem mais habitantes contribuirá financeiramente mais e de forma inversamente proporcional, o município com contingente populacional menor terá repasses financeiros menores, refletindo a demanda que tais municípios apresentam à Policlínica. Este esquema de coparticipação no custeio segundo cotas de atendimento reflete diretamente a ideia de equidade defendida neste trabalho.

Neste espaço serão analisados os documentos encontrados no site da SESAB/ Observatório Baiano de Regionalização na parte destinada às informações relacionadas ao Consórcio de Saúde de Irecê. Os documentos consultados referem-se ao exercício de 2019 e abordam as questões dos valores totais mensais e anuais dos quais tanto o Estado da Bahia quanto os membros consorciados devem dispor para a manutenção e gestão do consórcio e da policlínica.

É importante fazer tais demonstrações pois a partir delas percebemos qual a participação de cada município na gestão do consórcio e policlínica, como também, os consorciados se organizam. Os documentos estão dispostos no site em contratos e para cada objeto há um contrato diferente, todavia, na busca por

elaborar um texto dinâmico e que aborde as questões mais pertinentes farei aqui uma análise conjunta de todos eles, não negligenciando suas especificidades.

O Contrato de Rateio nº 01/2019 tem por objeto: a definição de valores, regras e critérios de participação financeira dos contratantes na cobertura das despesas operacionais das atividades pertinentes da administração da sede do Consórcio bem como das demais atividades de manutenção e funcionamento. Os custos mensais para a manutenção do Consórcio ficaram definidos em R\$ 47.000 distribuídos da seguinte forma indicada na tabela abaixo

Tabela 3 - Contrato de Rateio das Ações Administrativas do Consórcio

Discriminação da Natureza das Despesas	Valor em R\$/mês	Valor em R\$/ano
Pessoa e Encargos Sociais	29.898,75	358.785,00
Despesas de Custeio	17.101,25	205.215,00
Despesas de Investimento	0,00	0,00

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Consórcio Público Interfederativo de Saúde de Jacobina (2020).

Em documento anexo ao Contrato de Rateio, e como estabelecido pelo Estatuto do Consórcio, estes custos de manutenção e despesas serão distribuídos pelos entes consorciados de forma proporcional a sua renda per capita. Desta forma, logo abaixo, apresento mais uma tabela também retirada deste contrato de rateio a qual aponta quais os valores que cada município arcou para o consórcio.

Tabela 4 - Consórcio Regional de Saúde de Jacobina - Transferências financeiras dos municípios consorciados para o consórcio (2019)

Município	Custo Médio Mensal	%	Custo Médio Anual	%
Bahia	9.400,00	20,0	112.800,00	20,0
Caém	1.038,97	2,76	12.467,59	2,76
Caldeirão Grande	1.469,98	3,91	17.639,81	3,91
Capim Grosso	3.375,75	8,98	40.509,04	8,98
Jacobina	8.912,36	23,70	106.948,33	23,70
Mairi	2.078,93	5,53	24.947,16	5,53
Miguel Calmon	2.899,95	7,71	34.799,38	7,71
Mirangaba	2.017,07	5,36	24.204,85	5,36
Ourolândia	1.927,72	5,13	23.132,63	5,13
Piritiba	2.720,25	7,23	32.642,96	7,23
Quixabeira	996,62	2,65	11.959,42	2,65

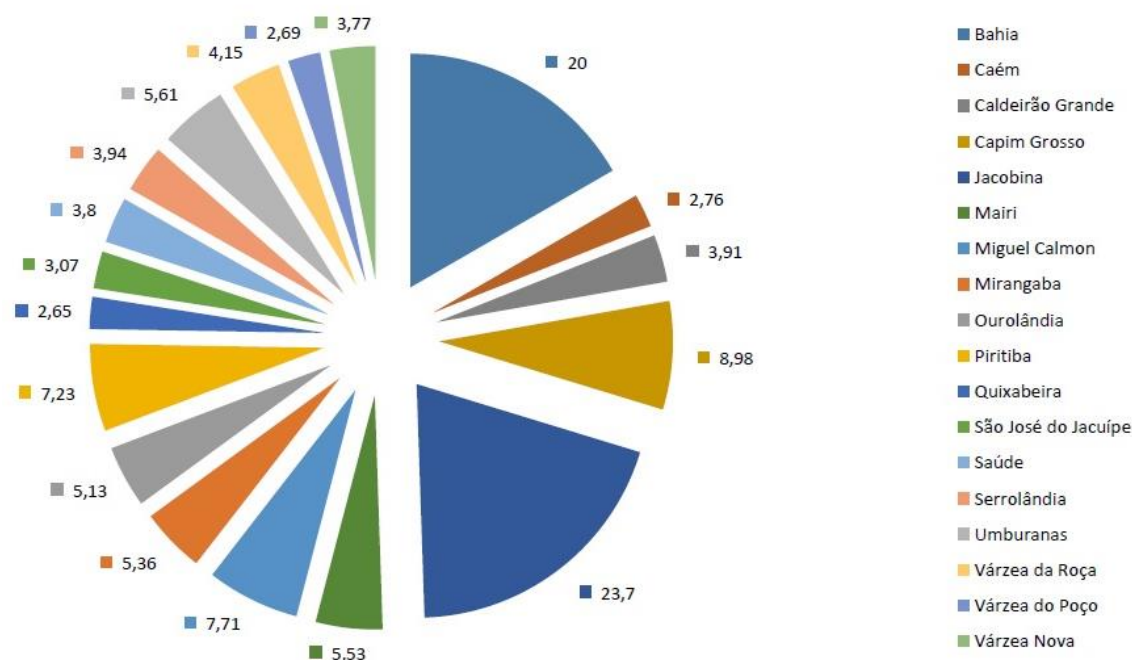
Continua na próxima página

...continuação da tabela 4

Município	Custo Médio Mensal	%	Custo Médio Anual	%
São José do Jacuípe	1.154,81	3,07	13.857,76	3,07
Saúde	1.428,19	3,80	17.138,29	3,80
Serrolândia	1.479,63	3,94	17.755,55	3,94
Umburanas	2.110,08	5,61	25.320,89	5,61
Várzea da Roça	1.561,66	4,15	18.739,97	4,15
Várzea do Poço	1.012,14	2,69	12.145,66	2,69
Várzea Nova	1.415,89	3,77	16.990,62	3,77
Total	47.000,00	100	451.200,00	100,00

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Consórcio Público Interfederativo de Jacobina (2019).

Gráfico 3 - Transferências financeiras dos municípios consorciados para o consórcio de Jacobina



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Consórcio Público Interfederativo de Jacobina (2019).

De forma semelhante à análise feita em relação ao Consórcio de Irecê, notamos na tabela do Consórcio de Jacobina onde constam os valores com os quais cada município deverá contribuir para a manutenção do consórcio, e vemos que do montante total de R\$ 47.000 por mês, cada município desembolsou o valor equivalente ao seu tamanho populacional. Então, comparativamente entre os valores máximos e os mínimos aportados, de um lado temos Jacobina, Capim Grosso e Miguel Calmon com, respectivamente, R\$

8.912,36; R\$ 3.375,75 e R\$ 2.899,95, sendo os municípios que mais contribuíram financeiramente, e do outro, os municípios de Quixabeira, Várzea do Poço e Caém com, respectivamente, R\$ 996,62; R\$ 1.012,14 e R\$ 1.038,97, sendo, portanto, os municípios que menos contribuíram financeiramente.

Excetuando o município de Jacobina que, em relação ao segundo município que mais contribui, apresenta uma diferença de mais de R\$ 5.000 por mês, a amplitude de variação financeira dos demais 16 municípios do consórcio não se elevam tanto. Ou seja, em uma ponta temos um município que, além, de ser a sede do consórcio é o que mais destina receita financeira ao consórcio e na outra ponta tem-se um bloco de municípios com quantidade de população similar entre si e, por conseguinte, aportam valores próximos, configurando contribuições mais homogêneas.

Outro ponto importante a ser levado em consideração é o total, em reais, equivalente à contrapartida dos municípios e do governo estadual. De acordo com a tabela abaixo, o percentual do repasse do Estado sobre o valor total de custeio é de 20% e os 80% restantes são devidos aos municípios, o que difere em relação ao Consórcio de Irecê, em que a contrapartida estadual é de 40% do montante.

Tabela 5 - Valor do repasse global para as Ações Administrativas do Consórcio Público de Saúde da Região de Saúde de Jacobina Exercício 2019

Fonte	Percentual (%)	Mensal (R\$)	Anual (R\$)
Tesouro Estadual	20,00	9.400,00	112.800,00
Tesouro Municipal	80,00	37.600,00	451.200,00
Total	100,00	47.000,00	564.000,00

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Consórcio Público Interfederativo de Saúde de Jacobina (2019).

Aqui, como se vê, o Estado, de fato, inicialmente repassava R\$ 9.400,00 por mês ao consórcio de Jacobina, quantia muito próxima à que o município de Jacobina (R\$ 8.912,36) repassava. O que se revela desproporcional, tendo em vista a envergadura de cada ente federado. Certamente, em comparação ao outro consórcio que analisado, o de Irecê, este, de Jacobina, apresenta características próprias, mesmo o modelo de concepção e gestão dos consórcios serem os mesmos. A relativa pujante liderança de Jacobina se

destaca em meio aos seus demais pares consorciados em questões de população e financiamento.

No Contrato de Rateio nº01/2019, agora no que tange às questões da policlínica, tem-se por objeto o custeio dos serviços e o custeio do micro-ônibus. No ano de 2019 o custo estimado para a manutenção e operação da policlínica de Jacobina foi orçado em R\$754.267,36, sendo distribuído como é apresentado na tabela abaixo:

Tabela 6 - Contrato de Rateio Para Policlínica

Discriminação da Natureza das Despesas	Valor em R\$/mês	Valor em R\$/ano
Pessoa e Encargos Sociais	507.675,86	6.092.110,32
Despesas de Custeio	246.591,50	2.959.098,00
Despesas de Investimento	0,00	0,00

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Consórcio Público Interfederativo de Saúde de Jacobina (2019).

Para contribuir com a análise, trazemos a tabela a seguir, retirada do contrato de rateio do consórcio, que mostra a distribuição (mensal e anual) destes recursos apresentado na tabela anterior, entre os municípios para o custeio da policlínica e do micro-ônibus.

Tabela 7 - Consórcio Público de Saúde da Região de Saúde de Jacobina - Rateio do Custeio da Policlínica da Região de Saúde de Jacobina (2019)

Município	Custo Médio Mensal (R\$)	Custo Médio Anual (R\$)
Bahia	150.869,10	1.810.241,66
Caém	16.673,58	200.082,97
Caldeirão Grande	23.590,66	283.087,93
Capim Grosso	54.174,90	650.098,85
Jacobina	143.027,72	1.716.332,69
Mairi	33.363,17	400.358,07
Miguel Calmon	46.539,07	558.468,87
Mirangaba	32.370,44	388.445,32
Ourolândia	30.936,50	371.238,02
Piritiba	43.655,18	523.862,12
Quixabeira	15.993,97	191.927,64
São José do Jacuípe	18.532,72	222.392,69
Saúde	22.919,95	275.039,36
Serrolândia	23.745,44	284.945,30
Umburanas	33.863,10	406.357,15
Várzea da Roça	25.061,96	300.743,57
Várzea do Poço	16.243,04	194.916,50
Várzea Nova	22.722,47	272.669,62
Total	754.282,99	9.051.208,32

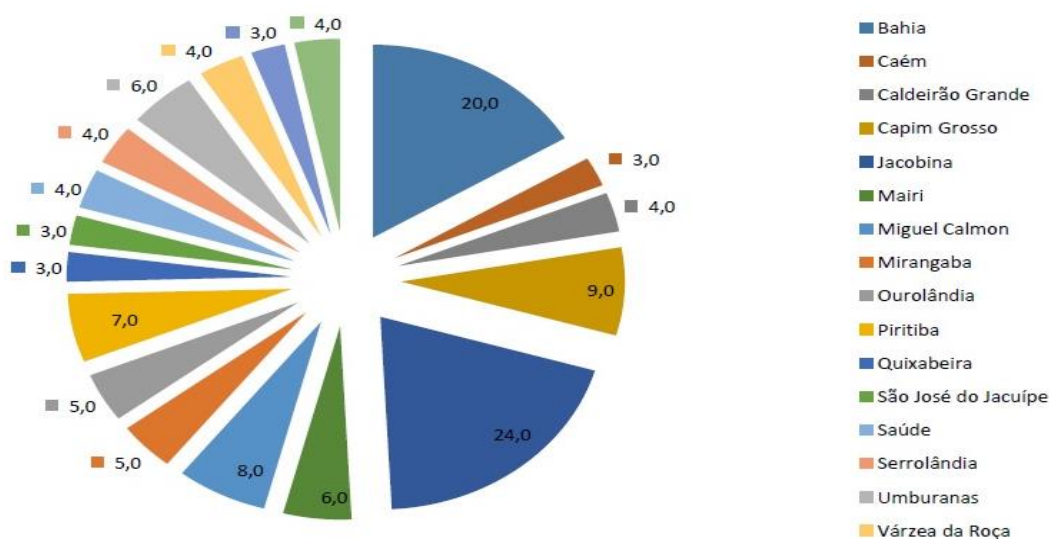
Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Consórcio Público Interfederativo de Saúde de Jacobina (2019).

Como material de apoio para compreender ainda mais a questão da distribuição de repasses financeiros para a Policlínica, o gráfico abaixo representa o rateio percentual de cada município para a gestão e manutenção daquele equipamento de saúde. Como já mencionado, a expressiva participação do município de Jacobina é rapidamente percebida, tornando-se o ente federativo consorciado de maior importância para este consórcio, visto que concentra a maior economia e a maior população da região, sendo a sede da Policlínica Regional de Saúde.

A análise detida desta representação gráfica nos permite inferir a importância deste modelo colaborativo, para o financiamento da Instituição Policlínica, principalmente para os pequenos municípios. Imaginemos que qualquer um desses municípios do Consórcio de Jacobina quisesse, sozinho, oferecer serviços de média a alta complexidade para a sua população, tais quais os ofertados na Policlínica através do consórcio: qual não seria o gasto que isso implicaria? Haveria recursos para isso?

Sem dúvidas seria um processo extremamente dispendioso, visto que implicaria em custear equipamentos, insumos e recursos humanos caros, que, seguramente estes municípios, individualmente, não teriam dotação orçamentária e nem caixa suficiente para realizar, sem falar na dificuldade que teriam para a execução técnica de tal empreendimento.

Gráfico 4- Transferências financeiras dos municípios para a policlínica de Jacobina (2019)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Consórcio Público Interfederativo de Saúde de Jacobina (2019).

Como mencionado anteriormente, o rateio dos custos do Consórcio de Jacobina estava acordado em 20% para o Estado da Bahia e 80% para os municípios consorciados, porém em 15 de maio de 2019 o Termo Aditivo do Contrato de Rateio alterou estes percentuais para 30% para o Estado e 70% para os municípios, em relação aos custos de manutenção do consórcio alterando assim a tabela anterior com os valores totais individuais de cada município.

Em outro Termo Aditivo do Consórcio de Jacobina também foram alterados os valores percentuais nos mesmos moldes para a manutenção e gestão da Policlínica Regional de Saúde. Estas alterações promovidas pelos termos aditivos mencionados altera a participação financeira dos municípios e diminuiu o custo financeiro para o município de Jacobina, aproximando-se do valor de custeio dos demais municípios consorciados e elevando a participação estadual no financiamento.

3.8 Pesquisa De Satisfação – Policlínica de Jacobina

Como elemento importante para mensurar qualitativamente o trabalho desenvolvido pela policlínica, promovido pela organização do consórcio, trago as pesquisas de satisfação desenvolvidas de forma telemática e via internet pela direção da policlínica e aplicada de forma voluntária aos pacientes. Ouvir e analisar as respostas da população frente a um serviço que a ela se destina é deveras conveniente, uma vez que toda a organização e trabalhos desenvolvidos são, justamente, para que sejam oferecidas à população condições de atendimento em saúde de média a alta complexidade de forma mais célere e mais humanizada.

De fato, se ao ouvir os usuários for percebida uma insatisfação generalizada, há de se repensar a estrutura e organização para que estas possam oferecer as condições para que foram criadas. A pesquisa de satisfação é trazida aqui como fonte importante de análise, pois é a partir da escuta da população que será possível compreender quem são de fato essas pessoas, por quais dores passam ou o que deve ser melhorado ou adicionado ao processo para atenuar ou sanar essas dores. Esta questão deve ser vista como um ponto primordial, já que se busca a equidade e, como sabemos, a maioria da população

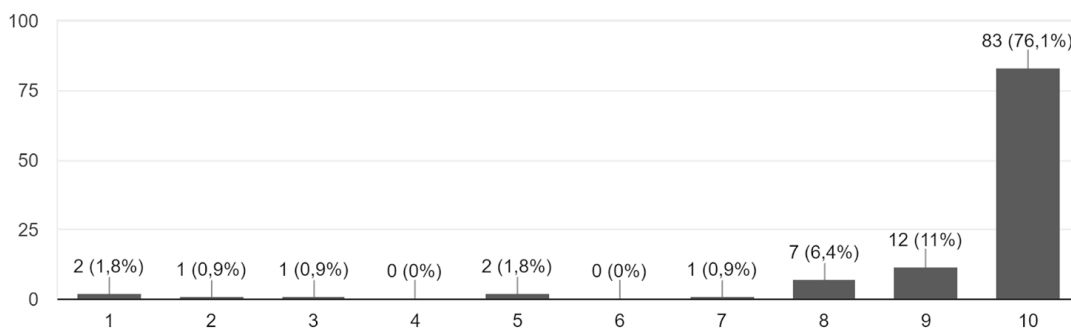
não ocupa os espaços de voz e tomada de decisão garantidos por Lei. Logo, será através da escuta atenta da população que se configurará um dos caminhos, se não principal, para promover a saúde com mais equidade e justiça espacial.

Na pesquisa de satisfação realizada pela própria policlínica no sistema de ouvidoria do SUS, em 2020, foram ouvidas 109 pessoas, das quais os resultados obtidos demonstram um grau de insatisfação ligeiramente maior se comparado com a policlínica de Irecê. Aqui, foi feita a seguinte pergunta: Em uma escala de 1 a 10, onde 1 é muito insatisfeito e 10 é muito satisfeito, qual nota você dá para o conforto na sala de espera? A limpeza da policlínica? A qualidade do transporte? O atendimento do profissional de saúde? O atendimento da recepção? A figura 9 sintetiza, em gráficos, os resultados obtidos na pesquisa de opinião:

Figura 9- Resultados das respostas da pesquisa de satisfação da Policlínica de Jacobina

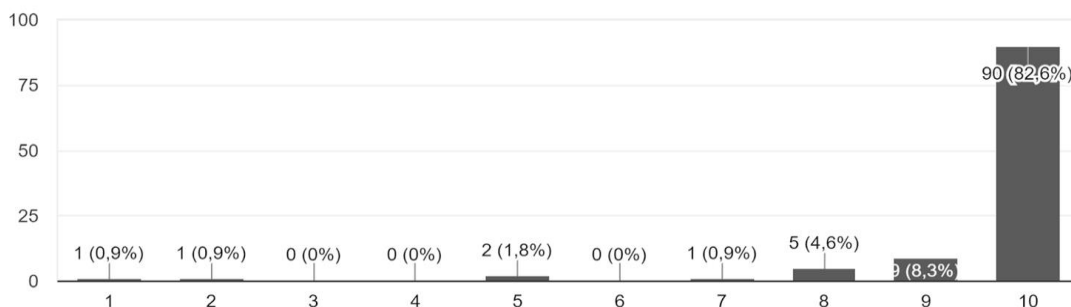
Conforto na sala de espera?

109 respostas



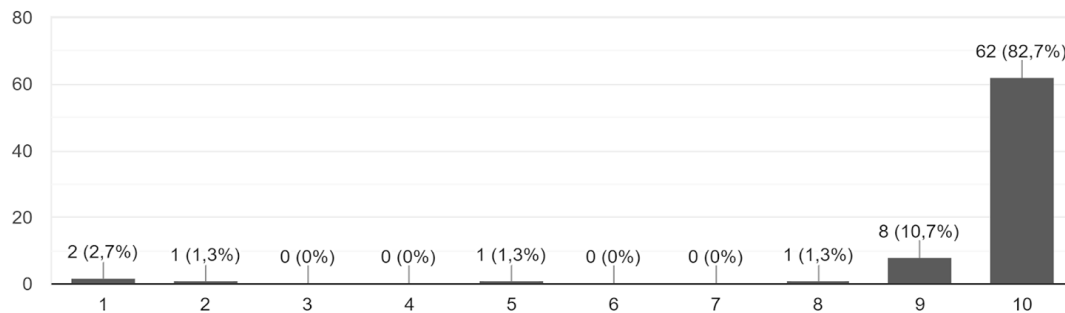
Limpeza da policlínica?

109 respostas



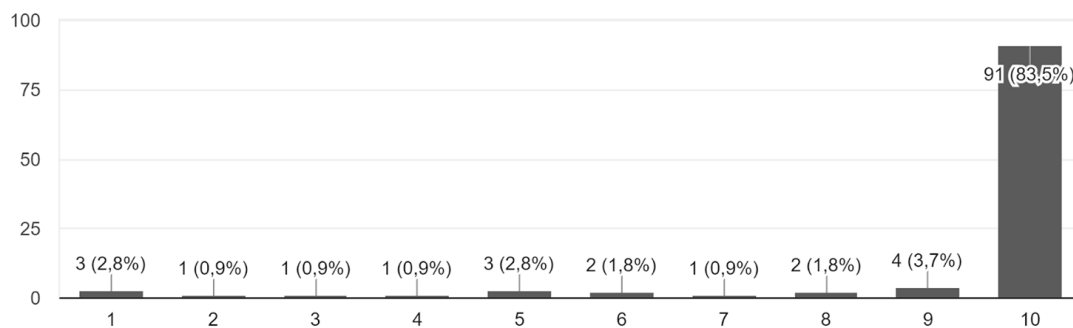
Qualidade do transporte?

75 respostas



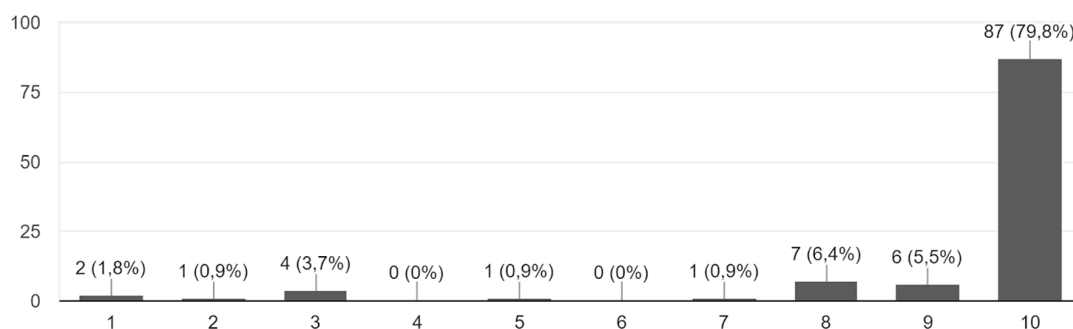
Atendimento do profissional de saúde, Médico(a)/Enfermeiro(a)/Técnico(a)?

109 respostas



Atendimento na recepção?

109 respostas



Fonte: Policlínica Regional de Saúde de Jacobina. 2020

Ao analisar os gráficos acima constatamos que a maioria dos usuários da policlínica avalia positivamente os serviços prestados, no entanto chama a atenção o gráfico no qual é questionada a qualidade do transporte, que obteve, em relação às outras avaliações, o menor percentual positivo, o que implica perceber que a distância entre os municípios e como esta é percorrida ainda geram certo grau de insatisfação nos usuários dos serviços de saúde.

Nestas situações é preciso levar em consideração que outras variantes podem escapar da competência da policlínica (como as condições da estrada, de sinalização e do veículo), porém, cabe aos gestores do consórcio e demais prefeitos procurarem minimizar tais condições adversas que afetam o tratamento dos usuários, lembrando que um dos vários propósitos da formação dos consórcios e policlínicas é o encurtamento das distâncias para oferecer condições mais equânimes de saúde para populações que moram afastadas dos médios e grandes centros de saúde.

Segundo Donabedian (1988) a acessibilidade aos serviços de saúde é um dos componentes principais para o tratamento do paciente e o acesso, sendo efetivo perpassa pelo pleno efeito do cuidar, então, é seguro dizer que, ainda que os pacientes tenham acesso aos serviços e equipamentos em saúde, se este acesso é insalubre, demorado e dispendioso, a própria finalidade do tratamento já vem sendo esvaída. Para isso, Donabedian (1988), sugere a observação de dois parâmetros para a efetiva atenção ao tratamento, no que tange às questões de acesso e deslocamento

[...] (a) a acessibilidade sócio-organizacional, na qual estão listados todos os aspectos de funcionamento dos serviços que interferem na relação usuário x serviços, tendo em vista à plena utilização, como horários de funcionamento das unidades e o tempo de espera para o atendimento; (b) a acessibilidade geográfica que diz respeito à distribuição espacial dos recursos, à existência de transporte e à localização das unidades. (DONABEDIAN, 1988, p. 31).

Por isso, ao postular a análise comparativa dos consórcios de saúde sob a luz da justiça espacial, que se pretende equânime (dentre outras questões já levantadas aqui), prescinde que nos voltemos para a observação, mensuração e avaliação das questões espaciais no que tange, também, às organizações regionais de interligação desses municípios e como de fato são realizadas.

Observando-se as questões de acessibilidade estão eficientes e a população apresenta-se satisfeita, de forma geral, com o que tem encontrado logo os serviços de saúde oferecidos via gestão dos consórcios de saúde e organização em rede tem cumprido com o papel de oferecer tratamento com cuidado a que o demanda, neste quesito.

4 OS CONSÓRCIOS DE SAÚDE DE IRECÊ E JACOBINA - DIFERENÇAS, SIMILITUDES, AVANÇOS E DEMANDAS PENDENTES.

Como proposto, a partir da própria concepção desta pesquisa, passando pelo título, as abordagens centrais, a metodologia executada até o presente momento, chegamos ao objetivo final de entender, a partir das análises feitas, o que estes consórcios têm em comum e o que possuem de diferente; qual foi o impacto de cada um deles em sua região, no que compete à área da saúde.

Em nossa trajetória até aqui foi possível perceber, principalmente durante as pesquisas em campo, que aquilo que é proposto e propagado na sociedade está longe de ser o executado no cotidiano. Entretanto, não nos compete apontar culpados pelas eventuais falhas na execução do projeto, até mesmo porque os consórcios de saúde são um trabalho executado a muitas mãos e em certas vezes a falta delas também contribui para os resultados.

Quando realizamos uma revisão da literatura sobre estudos de casos exitosos em relação aos consórcios de saúde nos deparamos com uma relativa escassez de fontes literárias. Contudo, há uma que se destaca, a do Consórcio de Penapólis. Talvez a escassez de casos bem sucedidos de consórcios de saúde se deva a algumas questões, como: temporalidade, isto é, os consórcios de saúde ainda são muito recentes e, portanto, ainda não atingiram sua total maturidade e ainda estão se aperfeiçoando.

Entretanto, em relação ao caso de Penapólis, Neves e Ribeiro (2006) apresentam tal forma de consorciamento e então podemos apreender diversas questões que favorecem a nossa compreensão sobre o tema. Para os autores:

Os consórcios, em sua grande maioria, buscam superar as deficiências na assistência à saúde, notadamente na área de consultas médicas de especialidades, exames de média e alta complexidade e terapias diversas, sem estarem necessariamente subordinados ao controle do governo estadual. (NEVES; RIBEIRO, 2006, p.103).

Questão bastante pertinente que foi observada em ambos os consórcios, Irecê e Jacobina, é o de não haver um espaço destinado à participação popular. Observou-se que tanto na gestão, organização, estrutura e funcionamento dos consórcios, por mais que a satisfação dos usuários dos municípios participantes seja o objetivo final destas instituições, não há uma organização sistemática, com divulgação e chamamento popular para a sua construção ou para o

direcionamento do mesmo, salvo as pesquisas de opinião que são realizadas no âmbito das policlínicas.

O mesmo é percebido quanto aos outros órgãos de gestão da saúde locais, os consórcios funcionam como uma espécie de anexo da saúde, com pouca conexão com a rede SUS, por mais que os gestores dos consórcios sejam, quase sempre, os mesmos atores municipais responsáveis pela gestão local do SUS. Percebe-se uma certa desconexão entre um e outro serviço. Citando mais uma vez Neves e Ribeiro (2006), os autores também destacam esta ausência de participação popular e conexão entre/no consórcio de Penapólis.

Verificamos que, apesar desta determinação normativa, não houve participação consistente de conselhos de saúde no CISA. Não existe uma estrutura ou um espaço político claramente definido para a participação popular. (NEVES; RIBEIRO, 2006, p. 105).

É difícil apontar, no entanto, que a participação popular de forma mais direta e a conexão dos consórcios com as demais gestões locais do SUS irão, de fato, promover o avanço e a complementação que estes necessitam. Tendo em vista que a forma como vem se organizando tem logrado êxito, exceto por algumas faltas em atendimentos de alta complexidade.

Porém, a participação popular de forma mais pragmática e direta e a conexão das ações tanto dos consórcios, quanto das policlínicas com a rede SUS poderiam promover um arcabouço capaz de oferecer aos gestores da policlínica e dos consórcios, entendimentos direcionados sobre as ações mais urgentes a serem implementadas.

Ouvir a população sobre o que ela mais necessita garantirá ao gestor que direcione esforços para suprir tais lacunas, em vez de procurar serviços e atendimentos que serão pouco utilizados. Por outro lado, conectar as ações do consórcio e da policlínica com os demais serviços do SUS garantiria um aproveitamento melhor de tempo e dos recursos disponíveis (humanos e financeiros).

Acreditamos que valorizar a participação social e a inclusão de agentes da comunidade no processo decisório pode fortalecer e propiciar a esta forma de organização (consórcio de saúde + policlínica) chegar ao patamar de política

de Estado, conseguindo sobreviver à troca de mandatos, tanto locais quanto estaduais, fortalecendo as regiões no nível da saúde.

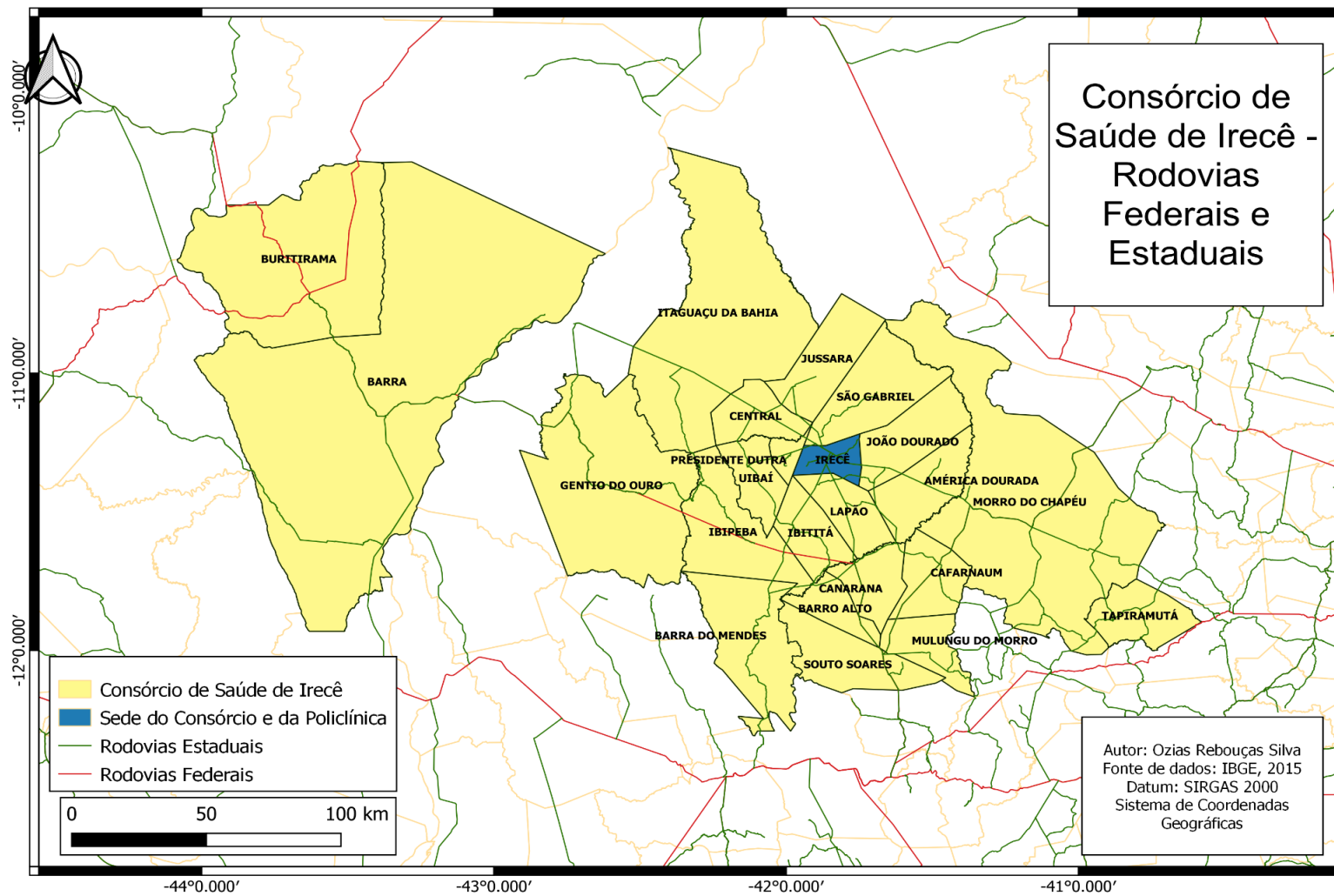
Neste sentido, faz-se necessário que os consórcios de saúde estejam conectados com as estratégias de saúde nacionais e, para além disto, estejam isentos de qualquer forma de partidarismo ou favoritismo político que são costumeiros na área da saúde. Tais situações, entretanto, não foram observadas nos consórcios estudados.

Um dos pontos-chave que direcionaram esta pesquisa foi a questão distributiva, cuja conceitualização ampara-se em John Rawls, no livro Teoria da Justiça, que sustenta que a distribuição dos recursos no território, por si só, não é garantidora da justiça espacial, frente às diversas demandas em saúde da população. Isto se faz verdadeiro, sobretudo, nos casos dos consórcios de saúde analisados aqui, que concentram todas as atividades de gestão e assistência em uma única sede, lembrando a Teoria dos Lugares Centrais de Walter Christaller (1966), aborda as questões de organização espacial e áreas de influência (a capacidade de certos centros especializados tem de criar influência em seu entorno), ou seja a sede do consórcio e da policlínica estão mais ou menos no meio desta “regionalização”.

Em nosso trabalho, contudo, não identificamos indícios de que as sedes tenham sido escolhidas levando em consideração tal teoria. O que se percebeu neste estudo foi que a escolha destes lugares estratégicos de implantação das sedes deveu-se, além do viés político, a questões como maior densidade populacional e infraestrutura já estabelecida.

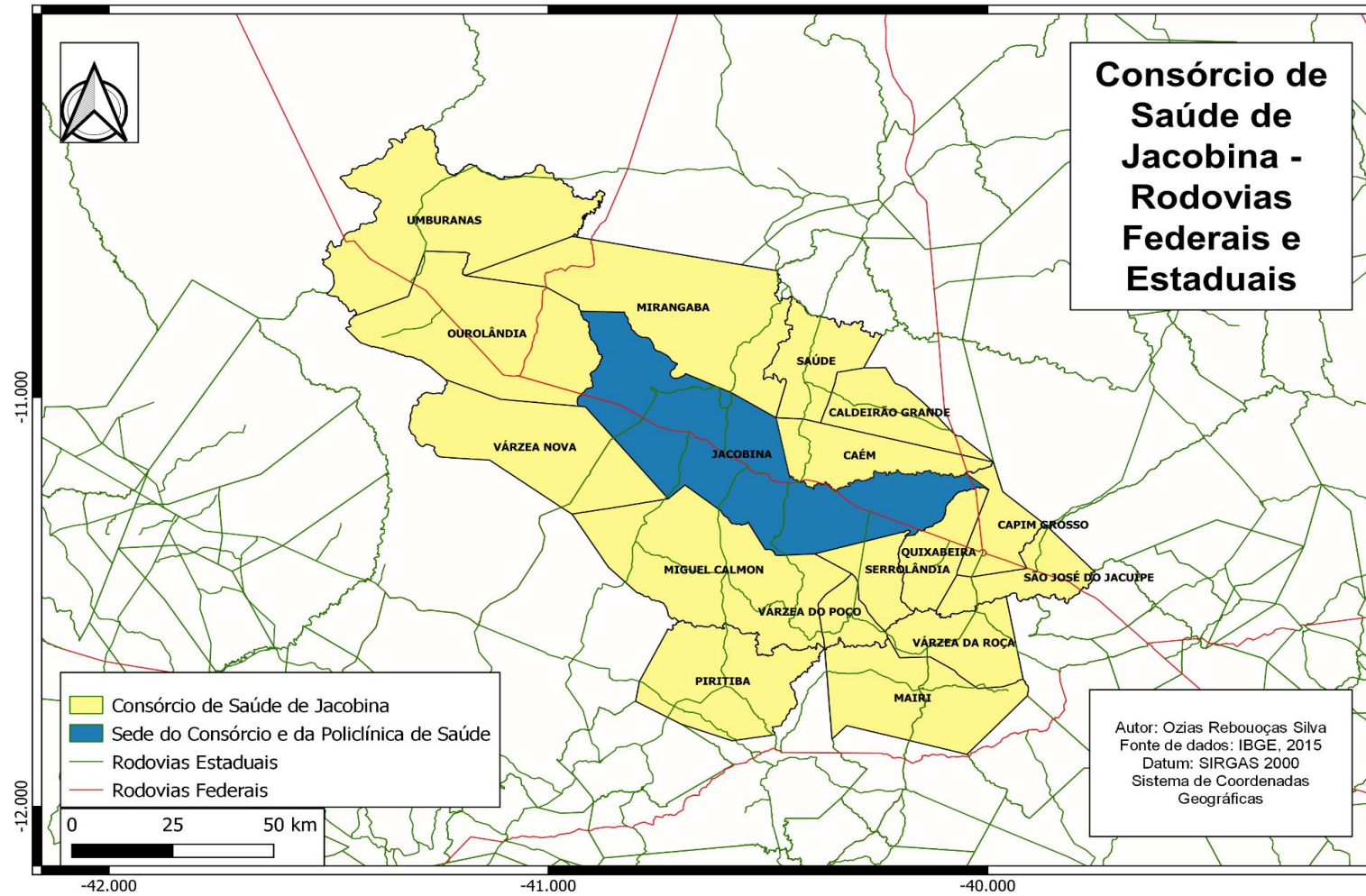
Para falarmos de distribuição precisamos pensar também como e por onde as coisas e as populações se locomovem. As regiões dos dois consórcios de saúde apresentam poucas vias de acesso asfaltadas, uma única rodovia federal e outras estaduais que por algumas vezes se sobrepõem. Nos dois mapas abaixo é possível visualizar espacialmente como se distribuem.

Figura 10- Mapa – Consórcio de Saúde Irecê: Rodovias Federais e Estaduais



Fonte: IBGE, 2015.

Figura 11- Mapa – Consórcio de Saúde Jacobina: Rodovias Federais e Estaduais



Fonte: IBGE, 2015.

No geral, todas elas apresentavam bom estado de conservação e sinalização, não oferecendo riscos (de natureza estrutural) ou contratempos para o deslocamento dos transportes entre os municípios. De fato o formato que foi desenhado tais consórcios de saúde promovem uma conversão de usuários, profissionais e aparelhos para o centro da região, tal distribuição não é um gerador de grandes injustiças tendo em vista que somadas a outras questões como: atendimento mais próximo das pessoas e boas condições de locomoção geram nas populações menos transtornos e agravos se não houvera tais serviços e condições.

Ainda diante da questão de distribuição, no que tange às condições de gestão e tomadas de decisões, todos os responsáveis pelos consórcios são da própria região, conta com a possibilidade de reunião e percepção na própria região, com maior disponibilidade, o que contribui para o seu fortalecimento.

Apesar de serem novos, os consórcios de saúde de Irecê e Jacobina tem caminhado no sentido de crescimento, pois através dos atendimentos em saúde geram o fortalecimento da região. Entretanto, é preciso estar vigilante para que tais instrumentos não caiam na velha politicagem de troca de favores, cargos e compra de votos que em muitos municípios baianos ainda permeiam a área da saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se importante cada vez mais, levando em consideração o atual momento político nacional para além da defesa do SUS (pois, é através dele que a população brasileira, sobretudo as mais carentes, tem acesso desde as condições mais básicas de acesso a tratamento de saúde até os serviços mais especializados e de alta complexidade) é preciso que propaguem modelos de acesso a tratamentos em saúde exitosos, como é o caso dos consórcios de saúde e as policlínicas regionais, como meios de diminuição das injustiças espaciais e sociais.

O fato é que as ações executadas a partir das policlínicas, gerenciadas pelos consórcios, na Bahia promovem atendimentos médicos especializados mais próximos das populações do interior do Estado. Nos consórcios estudados, de Irecê e Jacobina, concluímos, a partir da análise e compreensão da logística do transporte de pacientes de cada consórcio, que o esquema montado para transportar as pessoas a partir de diferentes cidades até a sede das policlínicas funciona e é organizado.

Isto se reflete nos indicadores das pesquisas de satisfação respondidas pelos usuários e apresentadas em páginas anteriores deste trabalho. Tais indicadores apontam para um importante grau de satisfação das pessoas em poder contar com serviços médicos e exames mais complexos tendo que se deslocar menos.

Entretanto, concluímos que há questões internas que precisam avançar em relação ao funcionamento das policlínicas, pois, a partir da análise dos dados obtidos, observamos que existem deficiências como a falha dos consórcios e suas policlínicas em prover algumas especialidades médicas consideradas essenciais, e o que parece ser mais destoante, a falta de tecnologias que permitam a oferta de procedimentos e exames de média e alta complexidade, uma vez que este é um dos propósitos básicos dos consorciamentos e razão de ser das policlínicas.

Contudo, é importante salientar que muitos avanços já foram percebidos a partir da criação dos consórcios de saúde e das policlínicas de Irecê e Jacobina como: diminuição dos vazios assistenciais em saúde pelo interior do Estado da

Bahia, redução dos custos em transportes e serviços; redução dos deslocamentos dos usuários. Talvez essas mudanças promovidas não sejam garantidoras de uma justiça espacial plena, mas, fica claro que a diminuição das injustiças, através da aproximação e distribuição mais equânime dos serviços de saúde àqueles que mais precisam, é expressiva!

É preciso que todas as demandas e eventuais falhas, que ainda persistem nos consórcios e policlínicas, sejam diagnosticadas e sanadas, com o intuito de que estes atinjam os objetivos para o que foram planejados. É imperioso ainda, que tais organizações possam se fortalecer e se tornarem perenes, resistindo à volatilidade dos mandatos eleitorais e à troca de governos, uma vez que, da forma como estão estabelecidos atualmente, a decisão de compor ou não o consórcio está condicionado ao programa político do gestor executivo da vez, gerando, dessa forma, instabilidade, inconstância e insegurança tanto para os municípios quanto para o próprio consórcio.

Além disso, é *mister* a criação de espaços e a oferta de garantias para a efetiva participação popular na tomada de decisões e definição dos rumos dos consórcios e a sua conexão direta com as demandas locais da Rede de Assistência à Saúde do SUS.

REFERÊNCIAS

ALVES, Tanize T.; SAHR, Cicilian Luiza L. O método comparativo em estudos regionais. **Geoingá**. Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia, Maringá, v. 6, n.2, 2014.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Consórcios de Saúde da Bahia**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/consorcios/>. Acesso em: 20 ago. 2018.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Policlínicas Regionais de Saúde**. 2020a. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/municipios-e%20regionalizacao/policlinicasregionais/>. Acesso em: 30 jan. 2020.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Atenção Básica**. 2020b. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/>. Acesso em: 30 jan. 2020.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Policlínica de Saúde da Região de Irecê**. 2020c. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/policlinicaregionalirece/>. Acesso em: 30 jan. 2020.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Municípios e Regionalização**. 2020d. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/>. Acesso em: 30 jan. 2020.

BRASIL. **Lei Federal nº 11.107, de 6 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm. Acesso em: 30 mai. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 30 mai. 2019.

BRASIL. **Decreto Federal nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007**. Regulamenta a Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm. Acesso em: 30 mai. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do

Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 30 mai. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 30 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 30 mai. 2019.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; DA SILVA, R. **Metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHRISTALLER, W. *Central Places in Southern Germany*, New Jersey, Prentice-Hall, 1966.

CIRNE-LIMA. Carlos Roberto. **Dialética para principiantes**. 3 ed. Rio Grande do Sul. Unisinos. 1996.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3).

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: 30 jan. 2020.

CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DA REGIÃO DE SAÚDE DE IRECÊ. **Primeiro Estatuto**. Disponível em: <http://consri.ba.gov.br/home>. Acesso em: 22 jan. 2019.

CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DA REGIÃO DE SAÚDE DE IRECÊ. **Estatuto Consolidado**. Disponível em: http://www.consri.ba.gov.br/abrir_arquivo.aspx/Estatuto_Consolidado_2019?cdLocal=2&arquivo={ED5DC6CE-1ECE-C0AC-CCCB-A0C6DEBECB4A}.pdf. Acesso em: 22 jan. 2019.

CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DA REGIÃO DE SAÚDE DE JACOBINA. **Estatuto**. Disponível em: <http://consan.ba.gov.br/wp->

content/uploads/2019/12/ESTATUTO-DA-CONSAN.pdf. 2019. Acesso em: 22 jan. 2019.

CUNHA, R. E. da. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. **Revista Do Serviço Público**, 2014, 55(3), p. 5-36. Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v55i3.249>. Acesso em: 30 jan 2021.

DIEGUEZ, R. C. Autonomia, accountability e coesão interna: uma proposta de metodologia para análise política e institucional de consórcios intermunicipais. II Fórum Brasileiro de Pós-Graduação em Ciência Política (2). **Anais...** São Carlos, 2011.

DONABEDIAN A. **Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica**. México DF: Editora Biblioteca de la Salud; 1988.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Equidade. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/equidade>. Acesso em: 04 mai. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **REGIC - Regiões de Influência das Cidades**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/redes-e-fluxos-geograficos/15798-regioes-de-influencia-das-cidades.html#:~:text=A%20pesquisa%20Regi%C3%B5es%20de%20Influ%C3%Aancia,alcance%20espacial%20da%20influ%C3%Aancia%20delas>. Acesso em: 17 jan. 2020.

MATTA, Gustavo C. A. Construção da integralidade nas estratégias de atenção básica em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). **Estudos de Politécnica e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006. p. 167-182.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 6 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 384, de 4 de abril de 2003**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0384_04_04_2003.html. Acesso em: 12 jul. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regionalização Solidária e Cooperativa Orientações para sua implementação no SUS**. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao2006.pdf>, acessado em 30 jan. 2020.

NEVES, Luiz Antonio; RIBEIRO, José Mendes. Consórcios de Saúde: estudo de caso exitoso. **Cad. Saúde Pública**, vol.22, n 10 Rio de Janeiro, oct. 2006.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/gnQzRstFCXxVtmbMbR7Rqrf/?lang=pt>. Acesso em 30 jan. 2020.

PAIM, Jairnilson S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

RAWS, John. **A Theory of Justice**. Cambridge: Harvard University Press, 1971.

RAWS, John. Uma teoria da Justiça. 1 ed. São Paulo. Livraria Martins Fontes Ltda, 2000.

RIOS, Ricardo Bahia. **Consortiamento intermunicipal no Brasil: experiências de cooperação e desenvolvimento no território do Vale do Jiquiriça (BA)** / Ricardo Bahia Rios. – Salvador, 2015.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Processo de regionalização da saúde na Bahia: aspectos políticos-institucionais e modelagem dos territórios sanitários. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, v. 13, n. 2, p. 400-422, 2017. Disponível em: <https://www.rbgdr.net/revista/index.php/rbgdr/article/view/3002>. Acesso em: 12 jul. 2021.

SEN, Amartya. **A ideia de justiça**. Tradução Denise Bottmann, Ricardo Doninelli Mendes. — São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SILVA, Adriana Carneiro. **Condicionantes e estratégias da gestão territorial no Consórcio de Desenvolvimento Sustentável Território Portal do Sertão**. Dissertação (Mestrado em Geografia). 2015. 224 f. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2015.

SOJA, E. W. **En busca de la justicia espacial**. Trad. Carmen Azcárraga. Valencia: Tirant Humanidades, 2014.

SPOSATI, Aldaíza. Exclusão social abaixo da linha do Equador. In: VÉRAS, Maura Padini Bicudo (ed.). **Por uma Sociologia da Exclusão social: o debate com Serge Paugam**. São Paulo: Educ: 1999. pp.126-138.

VAZ, J. C. Consórcios Intermunicipais. **Boletim Dicas**, n.97. Informativo Cepam. 1997.