

DO LOCALISMO AO REGIONALISMO NA SAÚDE: contribuições da justiça espacial na territorialização do SUS - na região de saúde de salvador

Marlison dos Anjos Carvalho¹

Resumo

Esse trabalho é parte de uma pesquisa de mestrado em geografia em curso realizada no programa de pós-graduação em geografia da UFBA (Posgeo), cujo objetivo é verificar se o regionalismo na saúde trouxe melhorias no acesso a saúde da população na região de saúde de salvador. Busca-se analisar o SUS em dois momentos distintos do contexto federativo brasileiro, localismo quando os municípios assumem a responsabilidade de gerir as políticas de saúde nas suas áreas de abrangência, e o regionalismo, quando os sistemas de saúde passa a se organizar de maneira regionalizada através de regiões de saúde. Utiliza-se o conceito de justiça espacial como um horizonte analítico, a fim de verificar se houve melhorias distributiva dos recursos de serviços de saúde na região de saúde observada. A metodologia usada foi levantamento bibliográfico sobre os principais autores da área da geografia da saúde, e uso de dados e indicadores em saúde sobre serviços e equipamentos de saúde disponíveis, coletados através do site DataSus e Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, é possível afirmar que o regionalismo na saúde, etapa posterior ao localismo trouxe melhorias na ampliação dos serviços e equipamentos de saúde, principalmente ligados a média e alta complexidade (MAC), pois empoderou os municípios para que juntos pudessem oferecer serviços de saúde que, até então, a maioria não possui recurso financeiro e infraestrutura adequada para atender as necessidades territoriais de saúde. No entanto, a maior parte desses serviços acaba se concentrando nos municípios maiores, que possuem determinações históricas que os colocam em “condições de vantagens” em relação aos demais, o que acaba criando novas/velhas injustiças espaciais.

Palavra chaves- Regionalismo, localismo, (in)justiça espacial.

1- Introdução

Esta pesquisa analisa o SUS em dois momentos distinto do contexto federativo brasileiro. O primeiro após a descentralização da saúde, que chamo de *localismo*, quando os municípios assumem a competência de gerir a política de saúde em suas áreas de abrangências após a CF-88. O segundo, quando o sistema de saúde se organizar com um arranjo de carácter regionalista a partir do agrupamento de vários municípios em regiões de saúde, como uma tentativa de suprir os déficits de saúde, com as NOAS 1 e 2, o Pacto da Saúde de 2006 e o Decreto nº 8.080/90. Esses marcos regulatórios e operacionais trazem um novo entendimento da saúde, pois parte da lógica que os serviços sejam

¹ - Este artigo é resultado de uma pesquisa de mestrado em fase final de realização pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia da UFBA (POSGEO), com incentivo da FAPESB.

oferecidos não mais por um único ente federado, e sim, por um agrupamento de atores, de maneira solidária e pactuada, visando reduzir as desigualdades territoriais de saúde.

Desta forma, são apresentados alguns dados em forma de gráficos e tabelas sobre a saúde nesses dois contextos federativos, como quantidade de serviços oferecidos, equipamentos de saúde disponíveis em uso, infraestrutura, leitos, serviços de média e alta complexidade (MAC). O objetivo é verificar se a regionalização na saúde, etapa posterior ao localismo, trouxe melhorias na região de saúde de Salvador à luz do conceito de justiça espacial. Para analisar a espacialidade das políticas do SUS nos referidos contextos federativos, será utilizado o conceito de justiça espacial como um horizonte analítico, buscando entender os impactos da regionalização na territorialização da saúde.

A justiça espacial é um conceito importante na geografia que recupera a centralidade do espaço/território na análise da materialidade dos processos socioespaciais. As abordagens acerca da teoria da justiça espacial prioriza elementos diferenciados nas análises. E esse debate sobre a justiça espacial é muito mais amplo do que selecionar uma matriz teórica e analisar a materialidade de processos envolvidos na distribuição espacial dos serviços de saúde. Esse debate é atravessado pela garantia de condições de direitos básicos para o bem viver dos indivíduos.

Interessa na pesquisa enfrentar o problema da justiça a luz da perspectiva distributiva dos serviços de saúde, não no sentido de acabar com as desigualdades socioespaciais, mas buscar formas e meios de atenuá-las, mesmo reconhecendo outras abordagens sobre a teoria da justiça que não se limita a enfatizar apenas as desigualdades sociais, mas também reconhecendo a importância das diferenças no acesso as políticas públicas.

A pesquisa propõe trazer contribuições na geografia acerca da regionalização da saúde, ao buscar preencher uma lacuna no debate inexpressível nesta área, podendo oferecer importantes contribuições teóricas e metodológicas que auxiliem na ampliação do debate. Não pretendendo esgotá-lo, mas definir balizas para o entendimento do que é a expressão territorial da saúde e as possibilidades de ampliar seu acesso.

O espaço/território e a distribuição de recursos possui uma relação dialógica nem sempre considerada nas políticas públicas, principalmente as políticas de saúde. Esta pesquisa evoca a importância do espaço na dinâmica de distribuição dos recursos da saúde. A relação entre a regionalização da saúde e espaço geográfico precisa ser atualizada a cada período histórico e em cada formação sócio-espacial (Albuquerque, et al. 2013).

Neste sentido, busca-se refletir sobre o impacto do localismo e regionalismo na territorialização da saúde, na região de saúde de Salvador, com o objetivo de verificar se a mudança na escala trouxe justiça espacial no acesso aos serviços e equipamentos de saúde.

2- O Localismo e o Sistema único de Saúde

De forma geral, o localismo é interpretado de duas formas principais: de um lado como um movimento e/ou conjunto de decisões e ações políticas, econômicas e institucionais, muitas vezes de caráter reivindicatório, engendrado por agentes dominantes locais que, atuando a partir de uma base territorial, ao mesmo tempo em que buscam maior visibilidade local, articulação e cooperação intermunicipal, também podem competir na busca de empresas, recursos e investimentos para o seu território; de outro lado, como uma tendência descentralizadora, de caráter político, institucional e territorial de expansão das decisões e ações para a escala municipal, considerada por muitos como a mais exequível para a gestão territorial do desenvolvimento social, econômico, cultural e ambiental (FONSECA, 2016).

Desde então, a importância do município – foco principal do localismo - ficou oscilando no contexto do Estado territorial brasileiro: em certos momentos teve grande importância estratégica; em outros, foi relegado ao segundo plano quanto à capacidade de tomar decisões e ações. No momento atual, diante do processo de globalização e das transformações do papel do Estado, o município emerge com novas formas e conteúdo, porque, ao contrário de antes, nos períodos colonial e imperial, quando o Estado brasileiro ainda estava em gestação, o município atual é parte constitutiva da federação brasileira. E, malgrado os embates envolvendo as forças de centralização/descentralização que caracterizam qualquer federação, diversas dinâmicas localistas tem ocorrido nos municípios brasileiros nas últimas décadas, como emancipação, formação de consórcios, redefinição de limites municipais, novas formas de gestão do território, criação da Agenda 21, formação e desenvolvimento de conselhos locais, que têm despertado a atenção de variados pesquisadores, inclusive da área de geografia. (FONSECA, 2016).

A escala municipal ganhou assim status de autogoverno, com atuação autônoma em relação aos variados assuntos pertinentes à vida social, onde a partir de relações mais ou menos intensas com os outros entes federados passou, através de seus agentes

políticos, a estabelecer vantagens locais de ação e desenvolvimento territorial de forma mais significativa, como afirma Krell (1995). Ao lado da União e dos estados, os municípios brasileiros, dentro dos seus territórios, são detentores de legítimo poder estatal. A sua autonomia é de natureza administrativa e também política (FONSECA, 2016).

O fato é que muitos municípios brasileiros vêm assumindo um protagonismo jamais visto, porque passaram a canalizar um crescente número de iniciativas políticas e econômicas inovadoras destinadas a resolver sérios problemas que afetam as coletividades locais – falta de emprego, estagnação econômica, deficiência de saneamento básico, difícil acesso à educação e saúde por parte da população mais pobre, etc, e que também atingem diretamente o cotidiano e a qualidade de vida dos cidadãos. Quer dizer, um novo cenário localista se impõe no Brasil, em decorrência da crescente institucionalização da política e do desenvolvimento no nível municipal (FONSECA, 2004).

Os locais passam então a ser considerados como atores políticos, uma vez que agregam não só o governo local, mas também os variados atores da sociedade em termos de articulação para a tomada de decisões (FONSECA, 2004). Portanto, apesar do município ser um ente funcional dentro da estrutura territorial do Estado brasileiro, não é uma instância amorfa, sem vida e sempre submissa às determinações advindas do governo central. O município é um território institucionalizado e, como tal, não é um suporte, com a função de acolher atividades e ações de forma passiva. Também não é uma planície isotrópica, homogênea e somente referencial de cifras e índices que esconde as suas paisagens, suas ações e decisões. Além de continente, o município é construção humana, é conteúdo, e no interior dos sofisticados quadros estatísticos, dos diagramas e dos esquemas de funcionamento das transações monetárias nacionais e globais, pulsa o território municipal, uma das bases geográficas de geração de ambiências e palco de ações localistas no contexto de dinâmicas globais (FONSECA, 2004).

Na realidade, o município nunca se configurou de forma marcante como um recorte explicativo de pesquisas para grande parte dos geógrafos brasileiros. Tomando como base à interpretação de Castro (1993), este atraso no debate parece ser reflexo, no primeiro momento, de visões generalistas e deterministas que prevaleceram nos enfoques herdados da geografia tradicional, na qual o local era analisado à luz da escala regional; no segundo momento, da ascensão do determinismo econômico e da totalidade marxista na geografia, que mesmo dando visibilidade ao local, o interpretaram por um viés

economicista e como sendo algo submisso, amorfo e orquestrado simplesmente pela globalização, despolitizando seu conteúdo político. As consequências disso foram o aprisionamento do local e o escamoteamento de fenômenos pertinentes a esta escala, como, por exemplo, as iniciativas localistas que vem ocorrendo em muitos municípios no sentido de estimular o exercício da cidadania, o fortalecimento democrático e o desenvolvimento socioeconômico (FONSECA, 2004).

A orientação descentralizadora foi expressa na Constituição Federal de 1988 e teve na trajetória do SUS a experiência mais elaborada de construção de um novo pacto federativo. A saúde foi a área de política social em que o modelo descentralizador participativo foi mais amplo e radicalmente aplicado, passando a servir de padrão para outras áreas das políticas públicas. O Sistema Único de Saúde (SUS) é dotado de um arcabouço jurídico-normativo, que se materializa em uma arquitetura institucional sofisticada, ao redesenhar as relações intergovernamentais e seus mecanismos de coordenação e pactuação, assim como fortalecer o controle e a participação de diferentes atores da sociedade civil. No entanto, a adversidade da conjuntura macroeconômica durante sua implantação, bem como as disputas internas ao setor tornou-se obstáculos concretos nessa trajetória de deslocamento de poder (PAIM, 1992).

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

Ou seja, os desdobramentos das inovações institucionais de 1988 ao ampliarem as atribuições e as responsabilidades de execução de políticas públicas por parte dos municípios, geraram uma descentralização “presente” (KLINK 2001; ABRÚCIO 2006; ARRETCHÉ 2012); ao mesmo tempo, geraram uma descentralização “ausente”, no que se refere à capacidade local de decisão, regulação, cooperação e coordenação federativa para a elaboração de políticas públicas e para a ampliação da base econômica dos municípios (FONSECA, 2016).

Assim, a descentralização das políticas de saúde surge como uma tentativa de otimizar e melhor efetivar os serviços de saúde, criando um novo pacto federativo e

dotando o ente municipal de autonomia para a implantação, execução, planejamento e avaliação das políticas de saúde.

A participação dos estados e, principalmente, dos municípios foi ampliada de forma paulatina por meio de diferentes estratégias normativas que refletem tanto as opções de política quanto as circunstâncias de formulação e implementação de cada momento. Entretanto, apesar da percepção imediata de um movimento geral crescente e intensificador do caráter descentralizado do exercício das funções da política de saúde, há certo consenso na literatura setorial de que esse processo tem se caracterizado por diversas formas de heterogeneidade (FLEURY, 2014).

Primeiro, em virtude das adversidades e incertezas colocadas por um contexto de esgotamento do modelo desenvolvimentista, reforma do Estado e priorização da agenda macroeconômica de estabilização monetária, os tempos legal, financeiro e gerencial de implementação foram muito diferentes (NORONHA & TAVAREZ, 2008). À instituição do SUS na Constituição de 1988, seguiu-se a regulamentação pelas Leis Orgânicas, já em um contexto politicamente menos favorável, e houve a transferência de unidades e profissionais para estados e municípios bem como a formação das bases institucionais essenciais do sistema de saúde, em âmbito nacional, já no início da década de 1990 (MACHADO, 2007; PASCHE *et al.*, 2006). Mas, a definição de condições sustentáveis de financiamento e de planejamento da gestão ocorreu ao longo do período e ainda é um desafio constante (FLEURY, 2014).

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

Terceiro, a descentralização se desenvolveu com mais intensidade baseada em um conjunto de estados e municípios dotados de estruturas, recursos e capacidade gerencial acima da média do país. A expansão da autonomia para o exercício de funções de política de saúde, a condução de processos administrativos e a gestão de recursos financeiros ocorreram primeiro em grupo pequeno de municípios de maior porte, em geral

capitais de estados e cidades-polo regionais, para depois contemplar um conjunto mais amplo de municípios (ARRETICHE & MARQUES, 2002).

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

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

A mudança de status na forma de inserção de estados e municípios, de meros prestadores de serviços ao Ministério da Saúde para gestores efetivos do SUS, implicava em alterações expressivas no formato das relações intergovernamentais, mas somente poderia ocorrer mediante o emprego de instrumentos que fornecessem mais ênfase nos aspectos políticos e gerenciais. Na concepção subjacente ao texto da NOB 96 (norma operacional básica)², o município consistia no locus principal de provisão de serviços de

² A NOB 96 é decorrente, sobretudo, da experiência ditada pela prática dos instrumentos operacionais anteriores - em especial da NOB 1993 - o que possibilitou o fortalecimento da crença na viabilidade e na importância do SUS para a saúde de cada um e de todos os brasileiros. Como instrumento de regulação do SUS, esta NOB, além de incluir as orientações operacionais propriamente ditas, explicita e dá consequência prática, em sua totalidade, aos princípios e às diretrizes do Sistema, consubstanciados na Constituição Federal e nas Leis No. 8.080/90 e No. 8.142/90, favorecendo, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil (BRASIL, 1996).

saúde, o que compreendia a necessidade de contemplar nesse nível da federação a integralidade da atenção (FLEURY, 2014).

Assim, o “SUS municipal” era reafirmado como a célula fundamental do SUS nacional ou, conforme define o próprio texto da NOB 96, o subsistema composto pela totalidade das ações e serviços de saúde organizados em rede hierarquizada para o atendimento integral de sua própria população. Por outro lado, como observado acima, já havia nesse momento uma avaliação de que uma das consequências indesejadas da municipalização era a possível fragmentação do complexo de unidades de provisão de serviços de saúde (FLEURY, 2014).

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

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

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

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

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

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

A perspectiva localista da saúde, abre a possibilidade de reduzir os vazios assistenciais na fragmentação da saúde. Desta forma, a descentralização da saúde pode ser vista como uma estratégia de reduzir as desigualdades territoriais de saúde, tendo o município um agente central, mas não único, capaz de criar desenhos territoriais de efetivação de acesso a saúde nos mais variados níveis de atenção.

Como decorrência da heterogeneidade do Brasil, com diferentes realidades e desigualdades socioespaciais presentes no tecido social e espacial, um grande desafio se apresenta para o SUS enquanto política de saúde universal e descentralizada. A despeito dessa diversidade territorial, o SUS foi pensado como uma política de saúde sem levar as desigualdades dos territórios na sua construção. Isso torna o debate do SUS mais complexo, porque muitos municípios não possuem capacidade técnica, de infraestrutura

e recurso humano e financeiro para tratar da política de saúde, mas, mesmo assim, lhes foram designados para tal competência.

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

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

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

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

As condições para que a descentralização atendesse à garantia do acesso e da atenção integral de acordo com as necessidades da população não foram asseguradas, sobretudo porque não se considerou a diversidade da realidade dos municípios,

principalmente as suas fragilidades na cobertura da saúde. A forma como se processou a descentralização, com grande ênfase para a municipalização, provocou a criação de vários sistemas locais isolados, enquanto que na área da MAC, verifica-se a fragmentação e a desorganização dos serviços (PINAFO et al., 2020). O localismo na saúde (município) aumentou a responsabilidade dos gastos dos municípios em saúde, sem ter aumento compatível no orçamento.

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

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

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

No entanto, a forma como estes serviços são implantados, sem o suprimento necessário de recursos que garantam seu pleno funcionamento, afeta à qualidade dos serviços do SUS. Um exemplo disso é o aumento do número de equipes de SF (Saúde da

Família) sem a manutenção de cobertura adequada à população, tanto em grandes centros urbanos, como em áreas mais distantes (PINAFO et al, 2016).

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

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

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

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

Desta forma, a perspectiva localista da saúde, apesar de trazer avanços significativos para a saúde nos municípios, principalmente no tocante ao aumento expressivo da cobertura da atenção básica, não tem oferecido a cobertura necessária quando se trata da atenção a média e alta complexidade. Neste contexto, que se busca a regionalização (regionalismo), através da integração de redes de saúde, envolvendo não

somente um único ente municipal, mas um conjunto de atores, sanar as deficiências em saúde, em especial, aquelas ligadas a média e alta complexidade que os municípios sozinhos (localismo) não puderam; sendo, portanto, uma alternativa estratégica e racional de mobilização de esforços coletivos e solidários para tornar o acesso à saúde efetivo nos territórios.

2-Advento do regionalismo no SUS

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

O conceito de regionalismo refere-se a um conjunto de ideias, percepções e princípios estatais e não-estatais que permitem a articulação de unidades políticas (Estados, principalmente) em um contexto regional. Sob o ponto de vista do conteúdo, o conceito adotado aproxima-se daquele apresentado por Hurrell (1995a), que entende que a análise do regionalismo está ligada ao estudo da coesão social (etnia, raça, religião, cultura), coesão econômica (comércio, complementariedade econômica), coesão política (regimes políticos, ideologias, sistemas partidários ou eleitorais) e organizacional (existência de organizações formais) em uma dada região menor que o global. (FONSECA, 2013).

E imprescindível considerarmos que, embora a globalização tenha sugerido uma espécie de padronização espacial, suas implicações em níveis local e regional são ainda recentes e devem ser entendidas à luz das peculiaridades das forças sociais, econômicas, políticas e culturais próprias de cada parcela da superfície terrestre. Nesse contexto, a região foi um dos conceitos que mais sofreu o seu impacto, tanto pelo lado da escala em

que o processo passa a se realizar, como pelo lado de sua operacionalização ou, mais particularmente, no sentido do grau de autonomia regional face aos processos políticos mais abrangentes (PONTES, 2007).

Ao considerarmos a questão regional hoje, podemos afirmar que a dinâmica do todo não se distribui similarmente pelas partes. As partes, enquanto distintas totalidades também notáveis, consistentes, tanto produzem e reproduzem seus próprios dinamismos como assimilam, diferencialmente, os dinamismos provenientes da sociedade global, enquanto totalidade mais abrangente. E no nível do desenvolvimento desigual, combinado e contraditório, se expressam diversidades, localismos, singularidades e particularismos (PONTES, 2007).

O regionalismo na saúde resulta da reorganização do território frente às novas dinâmicas socioespaciais abertas pela globalização, que concilia homogeneidade e fragmentação, onde emergem novos atores na busca de soluções cooperativas para solucionar deficiências de acesso a bens e recursos de saúde no âmbito regional. Ao assumir o protagonismo no desenho das políticas de saúde, os novos atores regionais lançam mão da autonomia federativa e de estratégias espaciais para criar um desenho regional na saúde compatível com as necessidades territoriais.

Essa nova orientação regional nas políticas, de alguma forma, busca corrigir os déficits em saúde não suprimidos na municipalização dos serviços. A mudança da escala localista para regionalista trouxe também desafios novos para o SUS, porque agora se trata de diversos atores sociais e políticos pautando as políticas. Segundo Castro (2000), ao mudar a escala, muda-se o nível de análise e de concepção sobre o objeto, pois a realidade aparece diferente de acordo com a escala usada. Isso aumenta os conflitos e a disputa entre os atores por recursos não suficientes para serem instalados nos diversos territórios sanitários, o que exige um esforço e entendimento coletivo de que tais serviços precisam ser instalados nas áreas mais estratégicas. Ou seja, é necessário unir eficiência, equidade e cobertura ascendente dos serviços, e é aí que o espaço como recurso (capital espacial) deve ser acionado, porque é mais viável econômica e racionalmente instalar os serviços nas “áreas ideais”. O Regionalismo da saúde se torna, desta forma, um caminho promissor.

Nesse novo arranjo regional da saúde os atores (regionais) trazem um novo olhar e entendimento da saúde. Viana et al. (2018) consideram a política de regionalização a partir de dois momentos distintos: num primeiro período, que vai de 1988 até 2000, prevaleceu a descentralização para os entes subnacionais de governo, com protagonismo

da esfera municipal (localismo); e num segundo período, que se inicia nos anos 2000 e perdura até os dias atuais, deu-se início o processo de construção de Regiões de Saúde (regionalismo).

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

Ribeiro (2015), defende que a regionalização deve aprofundar o conhecimento da natureza do federalismo brasileiro e exige o enfoque territorial e de rede da política pública e o cuidado com as especificidades locais (problemas, necessidades e soluções/experiências). Ou seja, é preciso avançar no planejamento regional e na implementação de políticas territorializadas e, para isso, é preciso compreender a federação brasileira e o território (conteúdo, meio e processo das relações sociais; especificidades históricas de cada lugar; dinâmica territorial multidimensional). Isso envolve processos políticos e a intersetorialidade das políticas públicas. E diante de tudo isso, para Cajueiro (2019) é natural prever que as respostas de regionalização não vão ser únicas e nem homogêneas nos diversos territórios.

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

Desde então, os gestores do sistema único de saúde vêm discutindo, de forma tripartite a regionalização como uma articulação e mobilização que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo (CAJUEIRO, 2019).

De acordo com Cajueiro (2019), para melhorar a efetividade do sistema a solução seria reorganizar o sistema no nível regional, como complementação ao localismo na saúde, levando em consideração o processo histórico de construção do desenho e fluxos regionais que foram se formando como solução para as necessidades não atendidas

em cada município de forma isolada. A construção das regiões de saúde deveria dar conta disso, e deveria também planejar a organização das redes de atenção à saúde, ao resolver a questão do atendimento no nível regional, de acordo com as necessidades regionais, as desigualdades regionais deveriam ser reduzidas ou eliminadas.

Nas palavras de Viana et al. (2015, p. 415),

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

Assim, a regionalização é uma nova forma de organização e de uso estratégico e racional do espaço, cujo objetivo é tornar o sistema mais equitativo e eficiente. Segundo Dourado e Elias (2011), o processo de regionalização representou um estímulo à indução de um federalismo mais cooperativo. Além disso, “o Pacto pela Saúde inicia uma nova fase da regionalização – a ‘regionalização viva’ – ao procurar trazer os conteúdos do território, como autonomia, coesão e tomadas de decisão para dentro da lógica do sistema de saúde, buscando maior coerência na sua organização. E “a dimensão territorial no planejamento em saúde ganhou nova percepção, menos normativa e mais política (ALBUQUERQUE, 2013, p. 122)”.

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

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

Assim, o regionalismo surge como uma política de racionalização de recursos escassos e exploração do potencial do espaço regional para pensar os serviços pactuados em busca da regionalização dita viva, que é aquela esperenciada na prática. Desta forma, é apresentando alguns dados estatísticos sobre a situação da saúde dos municípios que fazem parte da Região de Saúde de Salvador (RSS), para verificar dois momentos do contexto federativo brasileiro, localismo/regionalismo.

Os dados trazidos abaixo não possui o objetivo de trazer conclusões finalistas, mas possibilitar indagações acerca do panorama da regionalização da saúde e o conteúdo das políticas de saúde. Vale ressaltar que a perspectiva regionalista da saúde não elimina a política localista, ambos os processos ocorrem concomitante, mas há o interesse maior dos atores oferecer os serviços de saúde de forma regionalizada, principalmente aqueles ligados a média e alta complexidade, em virtude dos custos orçamentários e a falta de infraestrutura que muitos municípios enfrentam.

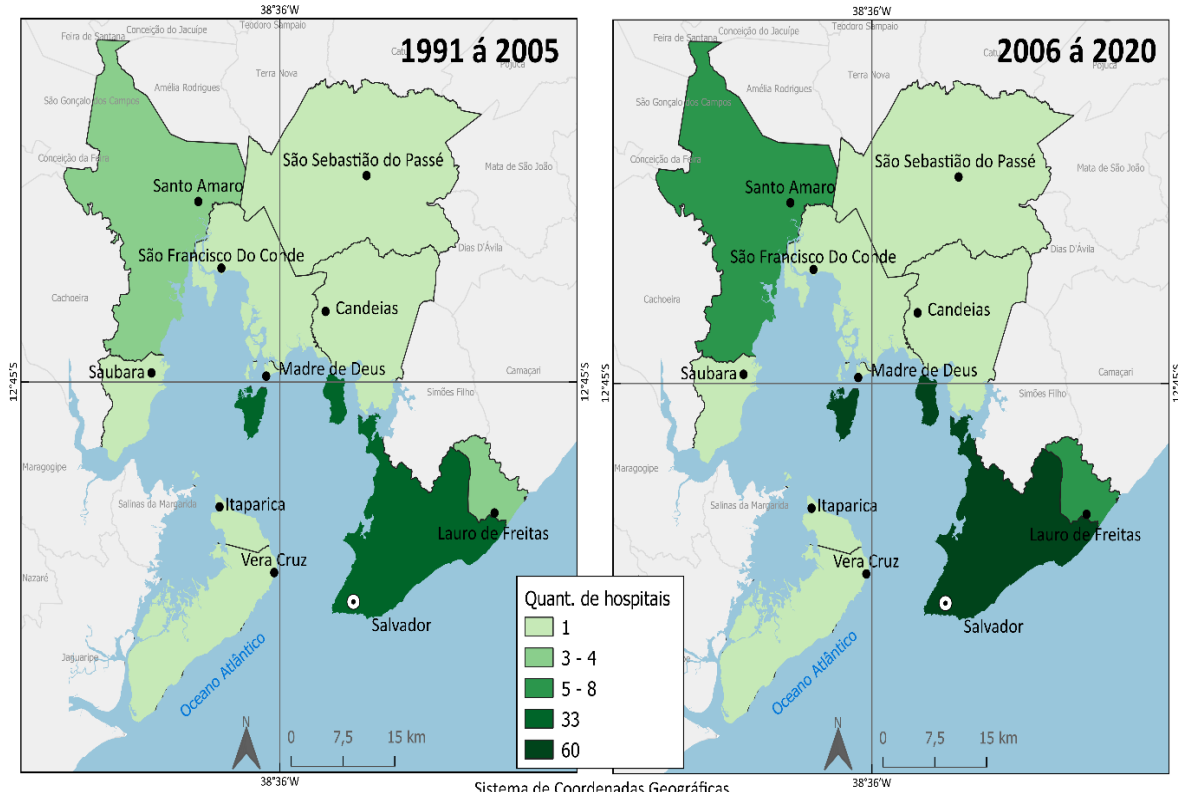
A distribuição espacial dos municípios com pouca ou nenhuma estrutura de média e alta complexidade (MAC) em 2011 pode ser visualizada na *figura 4*. Ao analisá-la, fica claro que a garantia de acesso a serviços de média e alta complexidade no Brasil ainda é um desafio importante a ser enfrentado. A maior parte da população brasileira habita em municípios com pouca ou nenhuma estrutura MAC. Muitos deles têm grande dimensão e são classificados como portadores dessa estrutura, mas há que se considerar as enormes distâncias que se percorrem dentro do seu território. Portanto, a integralidade do acesso não está garantida para uma parcela significativa da população brasileira, e essa garantia seria ainda mais frágil se, para assegurá-la, for considerada apenas a estrutura existente e disponível para o SUS em cada município. É neste sentido que o debate sobre a descentralização e a regionalização ganhou sentido estratégico no sistema. (JACCOUD e SULPINO, 2018).

Figura 4- Estrutura da MAC dos municípios disponível para o SUS em 2018

Estrutura MAC	Municípios Número	%	População Número	%
Muita estrutura	29	0,5	48.333.976	25,1
Média estrutura	94	1,7	29.961.240	15,6
Pouca estrutura	1.219	21,9	70.103.846	36,4

Sem estrutura	4.223	75,9	43.979.360	22,9
Total	5.565	100,0	192.378.422	100,0

Distribuição de Hospitais por município na Região de Saúde de Salvador de 1991 á 2020



Sistema de Coordenadas Geográficas
Datum: SIRGAS 2000
Fonte da base: SEI, 2019. Fonte dos dados: CNES, DATASUS, 2020.
Elaboração: Aila Cristina C. de Jesus, 2021.

Figura 5- Mapa de distribuição de hospitais de 1991 à 2020

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

Na *figura 6*, a tabela apresenta a distribuição de equipamentos físicos nos municípios entre 2005 a 2020. Nesta tabela foram considerados somente os equipamentos do SUS em uso, os fora de uso, ou em manutenção foram descartados, assim como os equipamentos da rede privada. É possível perceber essa realidade em dois momentos distintos do federalismo.

Figura 6-Tabela de equipamentos físicos disponível na região de saúde de salvador de 2005-2020.

Municípios	Equipamentos físicos			
	2005	2010	2015	2020
Candeias	42	285	97	592
Itaparica	48	99	48	129
Lauro de Freitas	342	1235	342	1289
Madre de Deus	64	159	54	164
Salvador	8873	24534	9257	47193
Santo Amaro	63	162	98	308
São Francisco do Conde	28	65	30	137
São Sebastião do Passe	22	156	22	181
Saubara	1	13	4	9
Vera Cruz	9	131	9	164
Total	9492	26839	9961	51166

Fonte: CNES, 2020.

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

Por que os serviços identificados na tabela aparecem concentrados em Salvador e Lauro de Freitas? Há alguma razão para essa concentração? A hipótese levantada é que há uma razão de natureza histórica, estrutural e funcional que favorece essas municipalidades, principalmente pelo papel que ocupa na dinâmica socioespacial regional, pois são municípios que usufruem historicamente de infraestrutura, são politicamente mais organizados e estão mais bem posicionados na divisão territorial do trabalho.

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

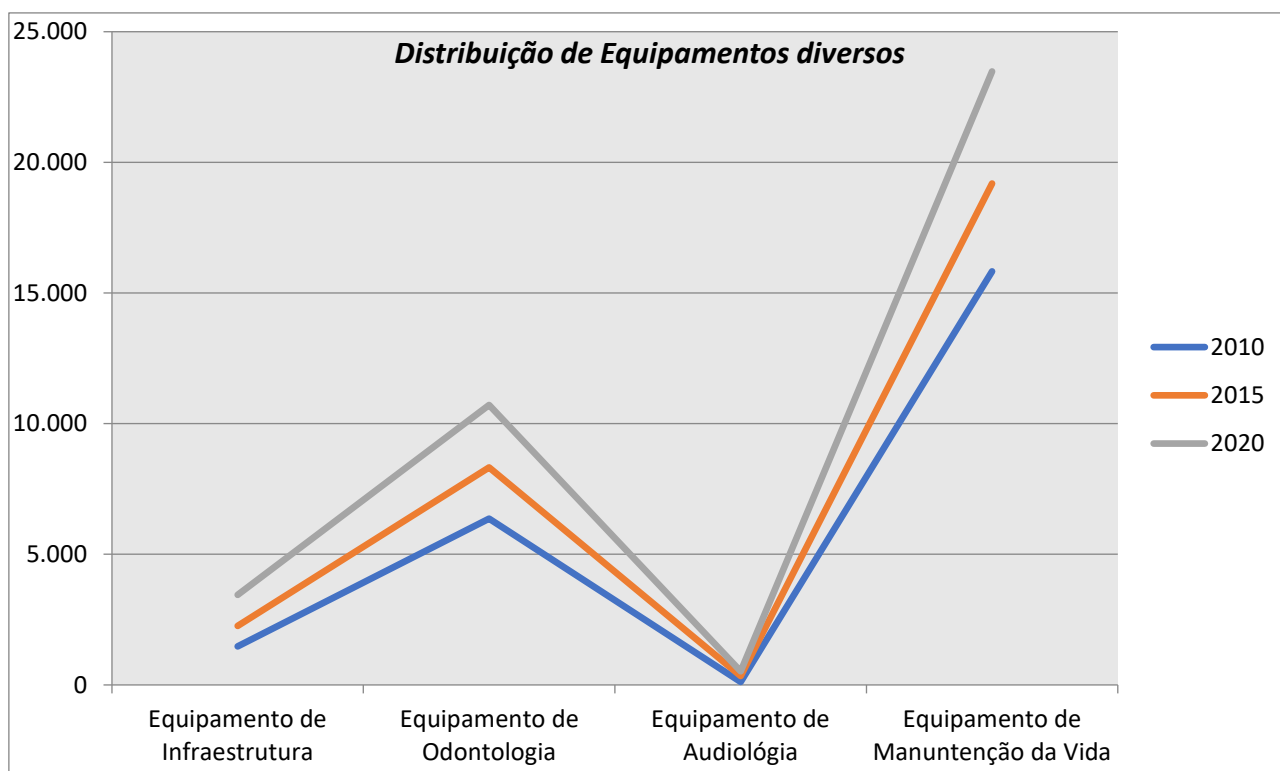
O município de Salvador continua concentrando mais de 90% dos equipamentos. Entre as razões para esta concentração desigual de equipamentos de saúde é a questão da infraestrutura, seu tamanho, a capacidade de organização política, recurso humano, financeiro e engajamento. Além disso, Salvador compete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

fazendo com que as reais necessidades em termos de carência em saúde da população não sejam atendidas.

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

A *figura 7* mostra o gráfico com equipamentos de infraestrutura, de odontologia, audiologia e equipamentos de manutenção da vida, de 2010 a 2020. Observa-se que com a regionalização houve ganhos no que diz respeito ao aumento da presença de equipamentos de saúde em todas as modalidades observadas - o número de equipamentos de infraestrutura aumentou de 2.000 mil em 2010 a 10.000 em 2020. Em relação aos equipamentos de odontologia, os números chegam aproximadamente os 6.000 mil em 2005, ultrapassam os 8.000 mil em 2015 e chegam a mais de 10.000 mil em 2020.

Figura 7- Distribuição de Equipamentos diversos de saúde entre 2010 à 2020.



Fonte: CNES, 2020.

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

Entre a regionalização pretendida e a regionalização praticada, é notório que muitas mudanças têm ocorrido na nova dinâmica regional da saúde, baseadas numa agenda coletiva e no uso dos recursos para atender as necessidades de saúde que extrapole a atenção básica. Se o município sozinho não possui estrutura para tornar a saúde um direito acessível a todas as pessoas, a coesão de vários deles, torna esta façanha possível, pois serviços que até então era custosos para o município sozinho arcar se tornam possíveis de serem oferecidos através da cooperação, que requer o comprometimento e engajamento dos entes envolvidos: prefeitos, secretários de saúde, demais profissionais de saúde, a população e as instâncias colegiadas que participam do processo como a CIR (Conselho Intergestor Regional), importante órgão consultivo e deliberativa da políticas de saúde no âmbito regional.

É necessário, no entanto, compreender os limites do regionalismo da saúde praticada, principalmente no que tange algumas contradições, pois, nota-se a coexistência de acesso diferenciado aos serviços na mesma região de saúde. Identifica-se o aumento expressivo de serviços de saúde em alguns municípios de porte grande e médio, e a insuficiência desses serviços na maioria dos municípios menores.

No que diz respeito aos serviços de média e alta complexidade oferecidos na região de saúde no ano de 2020, justamente esses serviços, pode-se dizer, o principal alvo da regionalização, que exigem uma logística de infraestrutura a serem instalados, a maior parte desses serviços estão instalados no município de Salvador, enquanto as municipalidades menores continuam desassistidos destes serviços.

Vale salientar, contudo, que a razão da natureza do regionalismo na saúde se dá porque nem todos os municípios possuem condições de oferecer os serviços de saúde em questão. Mas deve-se criar condições para que a população possa acessar esses serviços coletivamente pactuados entre os entes federados. Isso envolve as questões da mobilidade e da acessibilidade. No caso particular da região de saúde observada, o deslocamento dos moradores para acessar os serviços não gera muitos prejuízos, em função dos municípios estarem relativamente próximos de Salvador, que concentra a maior parte dos serviços e recebe a maioria dos pacientes.

Contudo, assim como o localismo não pode ser visto como uma etapa acabada na territorialização da saúde, o regionalismo também é um processo contraditório, fruto da dialética acumulada nas experiências da territorialização da saúde; o que não invalida todo processo da costura regional das políticas de saúde, mas, requer uma constante avaliação e superação coletiva das suas fragilidades. A questão não é somente o tamanho da escala local/regional analisada; e sim como os atores se apropriam, engajam, constroem e fazem uso das tecnologias disponíveis para efetivar o acesso justo a saúde.

Esta alta concentração de serviços em Salvador não permite que os outros municípios sejam assistidos com as políticas de saúde. A prática de competição por serviços para que sejam instalados nos seus respectivos territórios é algo identificado na RSS. A constatação é que os municípios mais fortes politicamente acabam se impondo sob os demais, que “possuem força relativizada” e não conseguem se articular politicamente no momento das negociações das políticas de saúde; isto é, quando os serviços e equipamentos são pensados para serem instalados, revelando, assim, uma assimetria nas relações de poder que permeia todo o processo da regionalização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regionalização da saúde, longe de ser uma etapa concluída, e que certamente apresenta experiências diversas em todo o território nacional, é um caminho para a pactuação e a efetivação da saúde, visto que os entes municipais ganham a possibilidade de pactuar serviços de saúde que antes não possuíam condições de ofertar. A racionalização econômica dos serviços permite que o orçamento dos municípios não seja tão comprometidos.

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

É indispensável o fortalecimento dos municípios no processo da regionalização da saúde, para que todos participem em condições de igualdade, evitando que os municípios maiores não se apropriem sozinhos dos benefícios do regionalismo da saúde e fragmentem ainda mais o acesso à saúde das populações de municípios menores, criando novas barreiras sociais e espaciais de acesso a saúde. A regionalização surge da constatação de que os arranjos localistas na saúde protagonizados pelos municípios,

apesar de avanços significativos, especialmente na atenção primária, não deram conta de sustentar os serviços de média e alta complexidade, porque são caros e exige infraestrutura e recurso financeiro.

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

No entanto, os dados apresentados até aqui revelam também situações de criação de novas desigualdades e injustiça espacial, a partir do momento que os serviços regionais se concentram em algumas áreas, requerendo estudos mais aprofundados. Assim, tanto o localismo como o regionalismo, etapas em curso no processo de territorialização da saúde, trouxeram ganhos quantitativos e qualitativos na democratização do acesso a saúde.

Desta forma, o regionalismo na saúde tem resultado no aumento de serviços de saúde nos territórios sanitários. Um dos principais fatores que tem colaborado para este aumento, pese às contradições socioespaciais resultantes de conflitos de natureza política entre os atores regionais envolvidos, é, sem dúvida, o esforço coletivo no agenciamento da construção e implantação destas políticas, pois a perspectiva regionalista trouxe empoderamento para municípios para que, em conjunto, criem possibilidades de oferecer serviços que antes não possuíam condições financeiras e estruturais para ofertar.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, p. 41-67, 2006.

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

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

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

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

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

FONSECA, A. A. M. **localismo e território diante das dinâmicas globais.** *Revista de Desenvolvimento Econômico-RDE.* Ano VI. Nº 10 julho de 2004.

FONSECA, Antonio Angelo Martins, Leandro Lopez Fiuza Santos, e Lara Moraes Borowski. 2016. **“O localismo e a busca pela justiça espacial no município de Jacobina, Bahia”.** Em *Geografia política, geopolítica e gestão do território: racionalidades e práticas em múltiplas escalas*, editado por Augusto César Pinheiro Silva, 113-138. Rio de Janeiro: Gramm.

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

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

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

JACCOUD, L. e fabiola sulpino vieira. **federalismo, integralidade e autonomia no sus:** desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. r i o d e j a n e i r o , j u l h o d e 2 0 1 8.

LIMA, L. D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil.** Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007. p. 39-63.

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

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

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

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

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

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

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