

DESENHOS TERRITORIAIS COOPERATIVOS: O CASO DOS CONSÓRCIOS INTERFEDERATIVOS DE SAÚDE NA BAHIA.

Arnobson dos Santos Costa ¹
Antonio Angelo Martins da Fonseca ²

RESUMO

Este estudo tem por objetivo compreender a atuação dos Consórcios Interfederativos de Saúde na Bahia com vistas à (in) justiça territorial. A institucionalização dos consórcios de saúde na Bahia visa, principalmente, o gerenciamento das policlínicas regionais de saúde á nível de média e alta complexidade, buscando assim, preencher um histórico vazio assistencial. As policlínicas ofertam serviços de especialidades médicas, exames e até cirurgias no território regional, buscando dessa forma, garantir o direito à saúde e promover a redução de injustiças no território. Trata-se de pesquisa exploratória que tomou como cenário o Estado Bahia. Foram coletados dados em sites oficiais do governo do estado da Bahia, realizado levantamento bibliográfico, análises documentais, participação em reuniões dos consórcios de saúde, visitas in loco e aplicação de entrevistas semiestruturadas. Os desenhos territoriais cooperativos têm uma base normativa que remota o século XIX e está presente na constituição de 1988 prevendo a cooperação intermunicipal e interfederativa cujo objetivo é o desenvolvimento e implementação de políticas públicas que visem a efetivação da garantia de direitos, no caso desta pesquisa, direito à saúde. Nesta pesquisa evidenciou-se a importância do Estado da Bahia como principal agente indutor da institucionalização dos consórcios, estes por sua vez tem têm realizado ações no sentido de garantir o acesso à saúde de média e alta complexidade para populações historicamente excluídas, ofertando os serviços mais perto do cidadão.

Palavras-chave: Território, Justiça territorial, Direito à saúde, Consórcios de Saúde, Policlínicas regionais de saúde.

ABSTRACT

This study aims to understand the performance of the Interfederative Health Consortia in Bahia with a view to territorial (in)justice. The institutionalization of health consortia in Bahia aims, mainly, at the management of regional health polyclinics at a level of medium and high complexity in health, thus seeking to fill a void in health care history. Polyclinics offer medical specialty services, exams and even surgeries in the regional territory, seeking to guarantee the right to health and promote the reduction of injustices in the territory. This is exploratory research that took the State of Bahia as its setting. Data were collected on official websites of the government of the state of Bahia, a bibliographic survey was carried out, documentary analysis, participation in health consortium meetings, on-site visits and semi-structured interviews. Cooperative territorial designs have a normative basis that dates back to the 19th century and is present in the 1988 constitution, providing for intermunicipal and interfederative cooperation whose objective is the development and implementation of public policies aimed at ensuring the guarantee of rights, in the case of this research, right to health. This research highlighted the importance of the State of Bahia as the main agent inducing the institutionalization of consortia, which

¹ Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal da Bahia – UFBA bobuefs@yahoo.com.br;

² Professor Doutor Titular do Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal da Bahia - UFBA, coautor1@email.com;

in turn have carried out actions to guarantee access to medium and high complexity healthcare for historically excluded populations, offering the most close to the citizen.

Keywords: Territory, Territorial justice, Right to health, Health Consortia, Regional health polyclinics.

INTRODUÇÃO

Pensar a garantia de direitos sociais, em especial o direito à saúde no Brasil, significa dialogar sobre o desafio de promover justiça em territórios distintos e desiguais. Os desenhos territoriais cooperativos no Brasil não são recentes.

Em “*Pesquisa Nacional de Saúde*”, divulgada pelo IBGE, (2020) ficou evidenciado que 7 (sete) em cada 10 (dez) brasileiros dependem do SUS para tratamento, ou seja, mais de 150 milhões de pessoas, dependem exclusivamente do SUS (Sistema Único de Saúde) para tratamento.

A constituição brasileira de 1891 previa, mesmo que de forma tímida, algumas características de cooperação, a constituição de 1934, facultou a União e aos Estados celebrarem acordos para coordenação e desenvolvimento dos serviços e uniformização de leis, regras e práticas institucionais, a constituição de 1946 enfatizou o federalismo cooperativista, com objetivo muito claro de reduzir as desigualdades regionais.. (ESPINDOLA, 2010) e (SILVA, 2019).

A criação de Consórcios de Saúde no Brasil remonta à década de 1980. As primeiras experiências desenvolvidas a partir de 1986 forneceram elementos para a sua normatização pela Lei no 8.080. Ribeiro e Costa (2000, p. 177). Em 1886 tem-se a criação da primeira experiência de Consórcios de Saúde no Brasil, que aconteceu no Estado de São Paulo com o Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis em São Paulo (CISA).

A outra experiência de Consórcio de Saúde neste primeiro momento de cooperação ocorreu no Estado do Rio de Janeiro com a criação do Hemolagos na década de 1980 e que teve sua institucionalização em 1988. A abordagem sobre os dois primeiros Consórcios de Saúde da década de 1980 evidenciam um problema central no tocante a saúde pública no Brasil que é a questão do financiamento e/ou subfinanciamento destas políticas.

A partir da 1988, com o advento da mais recente constituição brasileira, até os dias atuais o federalismo brasileiro avança na adoção de desenhos institucionais que buscam ampliar a garantia de direitos à saúde, principalmente para os municípios pequenos e carentes de

recursos. A constituição de 1988, define no Art. 18 a autonomia (auto-organização, autogoverno, autolegislação e autoadministração) dos entes federados (União, Estados e Municípios).

A Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 que em seu Art. 8º define que as ações e serviços do SUS seriam organizadas de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, Art. 10º definindo que os municípios podem constituir consórcios de saúde para desenvolver em conjunto ações e serviços de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

A Lei nº 8.142/90 vem definir no seu art. 3º vem definir que os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos.

Em 2005 tem-se um marco institucional muito importante do ponto de vista da tão aguardada regulamentação dos Consórcios no Brasil que se efetiva através a Lei no 11.107, de 2005, conhecida como “Lei dos Consórcios Públicos” e dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Em 2007 tem-se a regulamentação da lei dos consórcios através do decreto 6.017/07.

Na Bahia, os consórcios de saúde começam a ser institucionalizados em 2015 a partir da lei nº 13.374 que prevê a participação interfederativa entre o Estado baiano e os Municípios na melhoria e ampliação dos serviços de média e alta complexidade em saúde.

Os consórcios interfederativos de saúde, tem como objetivo principal a gestão dos serviços públicos de saúde ofertados através das Policlínicas Regionais de Saúde, são arranjos institucionais e territoriais que se constituem em importantes instrumentos de coordenação e cooperação intergovernamental.

A importância em estudar os Consórcios de Saúde na Bahia reside na necessidade de avançar em uma agenda de pesquisa na Geografia, onde o território é o lócus da possibilidade de disputas de interesses, cooperação, competição e pactuarão, além de compreender os desenhos político-institucionais do SUS que evidenciam a importância do aprimoramento dos instrumentos normativos para impulsionar as articulações interescares e ampliação das capacidades governativas.

Os Consórcios Públicos Interfederativos de Saúde na Bahia, instituídos a partir de 2015, ainda são carentes de pesquisas empíricas avançadas. No campo acadêmico a temática da (in) justiça territorial e direito à saúde busca de maneira efetiva um diálogo consistente e robusto

entre a teoria e a prática de pesquisa empírica, que fazem parte de uma agenda de pesquisa de campo onde procura-se investigar as manifestações territoriais que indiquem situações de injustiças e justiças.

O objetivo deste artigo é compreender a atuação dos Consórcios Interfederativos de Saúde na Bahia com vistas à (in) justiça territorial.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória, onde buscar-se-á informações que permitam chegar aos resultados esperados e assim formular uma hipótese. Partimos, igualmente, de uma insatisfação em relação aos estudos que reduzem a complexidade de fenômenos à quadros de análise pré-estabelecidos e a escalas artificialmente hierarquizadas, amparadas em exclusivismos teórico-metodológicos (Nunes e Sanfelici, 2018).

É importante e necessário, ir além do consenso ortodoxo e recorrer a um pluralismo teórico-conceitual mais adequado à análise da realidade das muitas dimensões dos fenômenos aparentemente contraditórios (Castro 2011). Este artigo está organizado com introdução, metodologia, referencial teórico, resultados e discussão e considerações finais

A pesquisa revelou que a cooperação interfederativa e intermunicipal em saúde no Brasil não é recente, porém, esse movimento acontece de forma diferenciada e desigual no território brasileiro. Apesar da legislação brasileira prever a organização de sistemas cooperativos de saúde entre os entes federados, o Estado da Bahia só a partir de 2015 começou a desenvolver e implementar os Consórcios de Saúde.

Os Consórcios de Saúde na Bahia vêm preencher um histórico vazio assistencial em média e alta complexidade em saúde, promovendo a descentralização dos serviços através de uma política de regionalização, buscando assim, garantir do direito à saúde às pessoas mais perto de onde elas vivem. Apesar de tardia, a política de regionalização em saúde na Bahia tem atuado na redução das históricas injustiças territoriais, promovendo assim, o direito à saúde.

METODOLOGIA

Visando compreender o conjunto das interações que norteiam os arranjos institucional e territorial e a sua relação com os consórcios interfederativos de saúde na Bahia, faz-se necessário a busca por uma clareza teórica e metodológica para não se entregar “*a um exercício*

cego sem uma explicitação dos procedimentos adotados, sem regras de consistência, adequação e pertinência” (Santos, 2017, p.21).

Neste trabalho buscou-se realizar uma abordagem que evidencie uma argumentação fundamentada no intuito de trazer maior clareza ao tema. Partimos da ideia de processualidade, onde através do desenvolvimento da pesquisa, fazendo uso dos mecanismos de procedimentos buscaremos captar aspectos objetivos e subjetivos da realidade social.

Fizemos uso do método dialético, que nos ajudou na caminhada de pesquisa para podermos apreender a realidade. Como regras práticas da dialética, tratamos a questão das escalas geográficas, pois como características atuais dos debates no âmbito da Geografia *“elas se propõem mensurar, a complexidade do espaço geográfico e as diferentes dimensões e medidas dos fenômenos sócio-espaciais”*. (CASTRO, 2017, p.119).

Pensar os Consórcios de Saúde na Bahia exige um esforço de compreensão e imbricação do papel do Estado da Bahia e dos municípios envolvidos no processo de consorciamento interfederativo, modelo esse, que mesmo sob a batuta de um Sistema Único de Saúde, não há a presença da União no sistema de consorciamento de saúde na Bahia, assim a questão da escala geográfica se impõe para nos ajudar a compreender como esse processo foi moldado.

O modelo de consorciamento em saúde na Bahia tem gerado cooperação interfederativa, mas por outro lado também tem gerado relações de conflitos, principalmente no que tange a responsabilidade sobre o financiamento deste modelo. Neste sentido, esse movimento que engendra os contraditórios tem alimentado o debate na busca pela superação destes impasses.

Para o desenvolvimento da pesquisa foi realizado levantamento bibliográfico, pesquisa em sites de órgãos oficiais, análises documentais em atas de constituição dos consórcios, protocolo de intenções, contrato de programa e contrato de rateio, participação em reuniões dos consórcios de saúde, eventos que discutem os consórcios, regionalização da saúde e SUS, realizamos também visitas in loco.

Tivemos também a aplicação de entrevistas semiestruturadas que abarcou o universo de 40 (quarenta) entrevistados, dentre eles 6 (seis) prefeitos, onde a maioria foram ou estão presidentes dos consórcios de saúde, 2 (dois) representantes do Estado da Bahia nos consórcios, 8 (oito) secretários de saúde dos municípios, 2 (dois) diretores de policlínicas, 2 (dois) presidentes dos consórcios e 20 (vinte) pessoas que estavam acessando os serviços nas policlínicas regionais de saúde.

A partir dos dados oficiais da Secretaria de Saúde utilizamos recursos cartográficos para mapear a distribuição territorial dos consórcios de saúde e das policlínicas no Estado da Bahia.

O presente trabalho faz parte do processo de pesquisa a nível de doutorado e está submetido ao sistema CEP/CONEP (Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) sob o número do parecer: 5.815.718. Importante ressaltar que todo o processo de entrevistas seguiu um protocolo ético, com confecção do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e apresentação de documentos comprobatórios de vínculo do pesquisador com a instituição proponente, no caso a Universidade Federal da Bahia.

REFERENCIAL TEÓRICO

O território de justiça:

Pretendemos aqui, realizar uma discussão teórica do conceito de território como referencial de análise no campo da saúde. Para pensar territórios justos na sociedade atual, com a garantia do direito, em especial, o direito à saúde, foco de nosso trabalho de pesquisa, é necessário partir de situações históricas de injustiças no território, pois a história dos territórios é marcada por injustiças, ou seja, pela não garantia de direitos básicos fundamentais.

As pesquisas sobre as geografias das injustiças, apesar de terem começado de forma tardia (a partir da década de 1970), e pontual (Estados Unidos e França), vem se ampliando, se diversificando e se expandindo consideravelmente, a partir das duas últimas décadas, em diversos países. (Fonseca, 2020, 478).

Geógrafos como Lefebvre, (1969), Harvey (1973), Soja, (2010), Castro, (2003), Santos (2020), Nunes e Fonseca (2018), Fonseca (2020) tem se dedicado à um esforço teórico muito importante de pensar o território como possibilidade de redução de injustiças e promoção das justiças, debate este, que tem como pano de fundo a questão do direito dos cidadãos.

Em dados divulgados pela Organização das Nações Unidas (ONU) no relatório World Health Statistics (2023), metade da população mundial não tem acesso a serviços de saúde, sendo que cerca de 100 milhões de pessoas estão a ser empurradas para a pobreza extrema devido às despesas com serviços de saúde. Mais de 800 milhões de pessoas, quase 12% da população mundial, gastaram pelo menos 10% dos seus orçamentos familiares para pagar os cuidados de saúde.

Estes teóricos, entendem que, o atual modelo de desenvolvimento capitalista, e sua forma política, o Estado, são naturalmente produtores de espaços injustos. As desigualdades nos serviços de saúde são vistas não apenas entre, mas também dentro dos países: médias nacionais podem esconder baixos níveis de cobertura de serviços de saúde em grupos populacionais desfavorecidos.

A supressão dos direitos do cidadão no território, *impõem o debate e a efetivação de propostas de organização de serviços de saúde, no sentido de atender as necessidades e os problemas de saúde populacionais* (Biscarde, 2016, p. 13).

O território não está restrito apenas aos limites do Estado-Nação como Ratzel (apud. Mendoza, 1982) traz, o poder não pertence apenas ao Estado, mas que é exercido também pelos agentes políticos e atores sociais. Raffestin (1993), coloca que: *“os territórios formam-se a partir do espaço mediante a projeção de trabalho, marcado pelas relações de poder, em qualquer nível e pelos modos de produção que os caracteriza”*. (Raffestin, 1991, 143).

Buscando pensar o território, em especial o território da justiça, Santos (2020), coloca que:

Viver, tornar-se um ser no mundo, é assumir, com os demais, uma herança moral, que faz de cada qual um portador de prerrogativas sociais. Direito a um teto, à comida, à educação, à saúde, à proteção contra o frio, a chuva, as intempéries; direito ao trabalho, à justiça, à liberdade e a uma existência digna. (p.19).

Todo espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder é um território” (Souza, 2001, p.11). O território é definido por e a partir de relações institucionais de poder e opressão (Fonseca 2003 e 2020). O território sempre será carregado de base material e simbólica, de relações de poder e de opressão (Castro 2005; Young 1990). O território como a área geográfica resulta da aplicação de estratégias para afetar, influenciar e controlar pessoas, fenômenos e relações (SACK, 1986).

Assim, o território é um espaço dialético, formado por atores sociais muitas vezes antagônicos, logo, esse território é palco de conflitos entre projetos. O conflito aparece como outro elemento básico para pensar o território, (Castro, 2020), ele é inerente na definição das políticas públicas territoriais no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), assim também como Young (1990) evidencia-o como relações de opressão. Nunes e Fonseca (2018) colocam os elementos de cooperação, competição, negociação e disputas como elementos inerentes nas dinâmicas territoriais.

Na segunda metade do século XX, mais especificamente nas década de 1970 e 1980 o movimento sanitário e sociedade civil organizada engajados no contexto de luta contra a

ditadura militar e insatisfeitos com a assistência no campo da saúde, mobilizaram-se na luta por direitos, seu ponto principal foi a 8º (oitava) Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986.

Segundo o relatório final desta Conferência Nacional de Saúde, esse evento contou com a participação de mais 4.000 pessoas, em um processo democrático, participativo e representativo, aonde são lançadas as bases para o capítulo sobre saúde na constituição de 1988 e de criação do SUS. Ainda em seu relatório final, a 8ª Conferência Nacional de Saúde traz três pontos fundamentais que alicerçam o Sistema Único de Saúde brasileiro, são eles: saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial.

A criação do SUS (Sistema Único de Saúde) em 1990 representa um marco temporal na garantia de direitos, tendo como seus princípios: a universalidade, equidade e integralidade. Assim, trata-se de um sistema universal, cujo grande desafio é a garantia do financiamento das políticas de saúde coletiva. O entendimento largamente difundido entre os especialistas de saúde pública é o de que o SUS é subfinanciado desde sua origem, ou seja, o gasto público é muito baixo para que o país tenha, efetivamente, um sistema de cobertura universal e atendimento integral.

O Território envolve vínculos horizontais e verticais (Putnam [1993] 1996; Santos 2017) a primeira baseada na cooperação, representação, negociação, coesão, articulação dos diversos segmentos da sociedade poder gerar maior justiça territorial; a segunda baseada na competição, disputa, concorrência e com conteúdo de opressão pode gerar maior injustiça social.

A Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 que em seu Art. 8º define que as ações e serviços do SUS seriam organizadas de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, Art. 10º definindo que os municípios podem constituir consórcios de saúde para desenvolver em conjunto ações e serviços de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

A Lei nº 8.142/90 vem definir no seu art. 3º vem definir que os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos.

Os Consórcios de Saúde na Bahia refletem esse espaço dialético, onde as relações de poder permeiam todo o processo, e não só relações de poder, os consórcios são arranjos cooperativos, mas, naturalmente tem a competição dentro de seu processo, trata-se de um espaço permeado por negociações, imbricado por relações de opressão e conflitos.

A territorialidade em seres humanos é melhor compreendida como uma estratégia espacial para afetar, influenciar, ou controlar recursos e pessoas, pelo controle de uma área; e, como territorialidade pode ser ativada e desativada.” (Sack, 1986, 1).

Pesquisa de Informações Básicas Municipais, realizada pelo IBGE (2015), aponta que mais de 50% dos municípios brasileiros em 2015 informavam participar de consórcios com atuação na área da saúde, esse número que praticamente quadruplicou, quando comparado a 2005, ano em que foi sancionada a lei 11.107/05, que estabeleceu as normas gerais para a constituição dos consórcios públicos e os marcos regulatórios da gestão associada entre os diferentes entes federativos.

A territorialidade humana estaria assim intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar. A territorialidade humana está vinculada às relações de poder, como uma estratégia ou recurso estratégico que pode ser mobilizado de acordo com o grupo social e o seu contexto histórico e geográfico. (Sack, 1986).

No Estado da Bahia a institucionalização dos Consórcios Interfederativos de Saúde, acontece em 2015 com a lei nº 13.374/15, esta lei disciplina a participação do Estado da Bahia e dos municípios envolvidos na melhoria do acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade, ampliando a oferta, com maior resolutividade e qualidade. Redução dos custos operacionais, ampliando a eficiência e a eficácia na aplicação dos recursos financeiros.

Sen (2011), propõe pensar o território da justiça a partir de um senso geral de injustiça e chegar a diagnósticos fundamentados específicos de injustiças, e, partindo destes chegar às análises de formas de promover a justiça.

Historicamente os serviços de saúde na Bahia voltados para atendimentos de média e alta complexidade e elevada densidade tecnológica estavam concentrados na capital baiana, Salvador. O interior do Estado era marcado por um forte e injusto vazio assistencial na área de saúde, a população do interior da Bahia que necessitasse acessar os serviços de média e alta complexidade tinha que se deslocar por longas distâncias até a capital do Estado para acessar as especialidades médicas, realizar exames e cirurgias.

Os municípios não-urbanos, (ver mapa 1), entendidos nesta pesquisa como os rurais remotos e rurais adjacentes (IBGE, 2017), apresentam disparidades regionais que se manifestam na desigualdade de oferta dos serviços básicos, na fragilização de políticas públicas e em condições de depauperamento de seus territórios.

Trata-se de municípios com baixa arrecadação fiscal, limitações, principalmente financeiras, para ofertar no local serviços de média e alta complexidade em saúde, distanciamento geográfico em virtude da carência de uma rede de transporte eficiente e ausência de pessoas qualificadas no ente federativo.

Pensar os territórios da justiça, significa pensar o território à montante, ou seja, no ponto de partida inicial, percorrendo todo o processo de construção e tessitura das relações de poder, opressão, cooperação e coesão com fito na delimitação e configuração das ações. Neste artigo está muito relacionada ao que Santos (2020) trata como direito, em especial o direito a saúde, Lefebvre (1969) aborda a questão do território da justiça como direito a vida urbana.

Os consórcios de saúde como instrumentos de efetivação de relações de poder atuam conjugando esforços de diferentes esferas e níveis governamentais adequando esses esforços às diversas escalas de atuação territorial cuja articulação se dá em prol da resolução de problemas comuns. Como instrumentos de cooperação eles possibilitam formalizar parcerias técnicas e financeiras entre os governos, (Estado baiano e Municípios) tanto nos processos que envolvem as políticas quanto a prestação de ações e serviços realizados nas Policlínicas.

Castro (2003) coloca o território como expressão do exercício concreto da cidadania e como este é afetado pela distribuição territorial desigual das instituições que garantem o acesso aos direitos sociais. Nunes e Fonseca (2018), trazem que *“a coesão territorial supõe o engajamento e a articulação dos atores e agentes em modos de organização dos conflitos mais horizontalizados, orientados para a ampliação do acesso a direitos no território”* (p.292).

Os Consórcios de Saúde na Bahia, foram criados com ênfase na gestão das Policlínicas Regionais de Saúde e são parte de uma estratégia de regionalização das políticas públicas em saúde de média e alta complexidade.

Como instrumentos de apoio a gestão na previsão de ações eles permitem baratear o custo da provisão de serviços, ofertar o atendimento nos diversos territórios baianos e assim desconcentrar os serviços historicamente concentrados na capital do estado, Salvador.

Assim, as policlínicas regionais de saúde possibilitam descentralizar a assistência, regionalizando o atendimento ao cidadão, que passa a ter acesso aos serviços perto de casa, sem precisar se deslocar longas distâncias ou aguardar tempo excessivo para o atendimento.

Na Bahia, no ano de 2023, segundo levantamentos de pesquisa realizado nos sites da Secretário de Saúde do Estado da Bahia, (SESAB) e Observatório Baiano de Regionalização, além de pesquisa de campo, verificou-se a existência de 23 Consórcios Públicos Interfederativos de Saúde, distribuídos por quase toda totalidade do território baiano, com 97,67% da população baiana potencialmente coberta através das 26 (vinte e seis) Policlínicas Regionais de Saúde.

Avançando nesta construção de pensar o território da justiça, Soja (2010) propõe pensar a justiça dos territórios tomando a cidade como a grande arena da procura pela justiça espacial, apresenta as várias escalas a que são produzidas geografias injustas e propõe uma tese de justiça para avaliar se as políticas públicas e de planejamento são justas.

As cidades escolhidas para a construção das policlínicas foram aquelas cidades médias que exercem maior centralidade na região, ou seja, aquelas cidades que apresentavam maior confluência de serviços. Os serviços ofertados nas policlínicas, normalmente, estão centralizados em um único município dentro dos limites do consórcio, porém, estas pertencem a todos os municípios consorciados.

É importante começar a discutir justiça a partir do conceito opressão e este deveria ser central para conceitualizar a justiça, a opressão se refere à vasta e profunda injustiça que alguns grupos sofrem, esses processos opressivos não são “naturais”, mas construções histórico sociais da vida diária, onde existem diferenças de grupos sociais, alguns são privilegiados enquanto outros são oprimidos. (Young, 1990).

Santos (2020) trabalha a ideia de espacialização da cidadania no contexto de (re) abertura política do Brasil, ele defende uma proposta de "modelo cívico-territorial" no qual o espaço gerido democraticamente possa ser caminho para a construção de políticas redistributivas ou descentralizadoras com intuito de promover a justiça social.

A justiça nos territórios é um conceito complexo que deve ser entendido sob três dimensões separadas, embora inter-relacionadas que denominaremos de 3 (três) Rs.: a) redistribuição (de recursos produtivos e de renda); b) reconhecimento (das contribuições variadas dos diferentes grupos sociais) e; c) representação (na linguagem e em todo o domínio do simbólico). (FRASER, 2001).

As mobilizações sociais, aliado ao movimento sanitarista, nas décadas de 1970 e 1980, na busca pela efetivação da democracia e na garantia do direito à saúde, possibilitou uma participação cidadã na construção e efetivação de direitos.

O direito à saúde figura na Constituição Federal de 1988 no título destinado aos Direitos Sociais. Em seu Art. 6^a, a Carta Magna, como também é conhecido o texto constitucional, elenca a saúde no rol dos direitos fundamentais essenciais ao cidadão:

Art. 6^o São direitos sociais a educação, a **saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015) (BRASIL, 1988, grifo nosso)

No Art. 196, a Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Justiça dos Territórios

Harvey (1980) traz a temática da justiça para a geografia na perspectiva de discuti-la como um princípio para resolver direitos conflitivos, esta deve ser pensada como uma aplicação particular de princípios justos e conflitos que surgem da necessidade de cooperação social.

O princípio de justiça que Harvey (1980) examina começa com um esquema básico de “uma distribuição justa” ele questiona, o que estamos distribuindo? e entre quem estamos distribuindo? Afirma que, para uma distribuição justa, ou para que ocorra justiça distributiva territorial é preciso estabelecer critérios e assim, define três critérios básicos de modo que necessidade seja o primeiro, contribuição ao bem comum, o segundo e mérito, o terceiro.

As instituições sociais devem ser acessíveis e redistributivas e a justiça como equidade deve ser a primeira virtude das instituições na construção de contratos, a justiça como equidade se pretende falar de uma noção razoável de justiça, que permita mediar a convivência política através do contrato social (Fazendo acordos mútuos entre as pessoas em iguais condições). (RAWLS, 1971).

Para viabilizar as Policlínicas e o atendimento regional, foram criados os Consórcios Interfederativos de Saúde, que administram as unidades. Nos Consórcios, municípios de uma mesma região se juntam para ratear os custos com a assistência, de acordo com a população de cada cidade. A criação dos consórcios interfederativos de saúde na Bahia visa a ampliação e democratização do acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde do estado.

As Policlínicas Regionais de Saúde, são Unidades Especializadas de Apoio Diagnóstico, visam prestar serviços de média complexidade na rede de saúde da região, ampliando o acesso ambulatorial à especialidades médicas diversas e exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos, como vasectomia.

De modo que, as Policlínicas em busca de uma maior atenção à saúde do usuário, oferecem um maior bem-estar aos pacientes do SUS, pois estes, não precisam mais se deslocar longas distâncias ou aguardar muito tempo para atendimento, por meio de uma equipe multiprofissional que busca atender as demandas da região.

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 em sua integralidade, conforme princípio do sistema único de saúde, pois faltava acesso aos médicos especialistas e à realização de exames diagnósticos para direcionar os tratamentos.

Neste artigo o território é definido e delimitado por e a partir de relações institucionais, formais ou informais, que envolve poder, opressão, cooperação, competição, negociação e interesses, podendo gerar distribuição e redistribuição com equidade de serviços básicos à população, avançando assim na garantia de direitos e promoção da justiça territorial.

Apesar das normatizações em saúde adotar oficialmente o conceito de região e regionalização, entendemos que o conceito que melhor se aplica à este trabalho é o conceito de território, pois entendemos também os consórcios interfederativos de saúde na Bahia são resultantes de arranjos territoriais.

E para avançar em nossa concepção teórica entender-se-á justiça territorial como a efetivação da garantia de direitos previstos constitucionalmente gerando universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Cooperação Interfederativa e Intermunicipal no Brasil, voltada para pensar os Consórcios Públicos de Saúde não é recente. A previsão constitucional cooperativa no Brasil remonta o século XIX, atualmente o país dispõe de uma sólida disposição normativa que estimula os entes federados a celebrarem parcerias visando a oferta de serviços.

Pensar a questão do direito à vida urbana (Lefebvre, 1969), a questão do cidadão e o direito à saúde (Santos, 2020) o exercício pleno da cidadania (Castro, 2003), perpassa pela garantia normativa dos direitos, esta, por sua vez é resultado de debates, embates e conquistas que envolvem diferentes atores da sociedade na arena política.

Os Consórcios Interfederativos de Saúde na Bahia efetivam-se como políticas públicas territoriais no ano de 2015 e teve o Estado da Bahia como principal agente indutor do processo de consorciamento.

Percebe-se uma atuação entre os entes federados (Estado da Bahia e Municípios) na busca pela coesão territorial (Nunes e Fonseca, 2018). O processo de institucionalização dos Consórcios de Saúde na Bahia é caracterizado por relações territoriais de poder, envolve cooperação e negociação entre os entes federados e também faz aflorar relações conflitivas e de competição entre municípios e o Estado da Bahia.

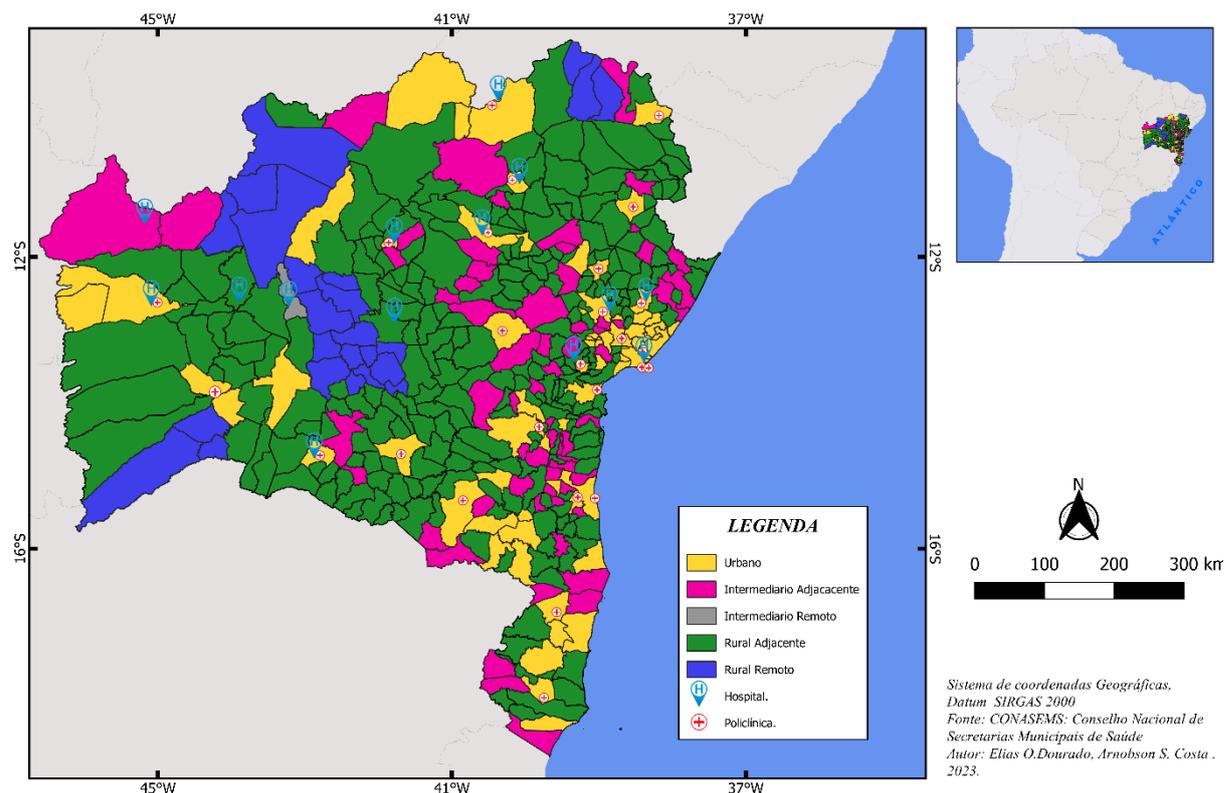
As relações cooperativas emergem quando municípios e Estado se juntam nos consórcios para ratear os custos com a assistência de média e alta complexidade.

O financiamento é partilhado, o Estado é responsável por 40% do custeio da operação, e os outros 60% são financiados pelos municípios consorciados. Neste sentido Santos (2017) vai falar do fortalecimento horizontal dos lugares, *a partir de ações localmente construídas, uma base de vida que amplie a coesão da sociedade civil, a serviço do interesse coletivo*” (p.287 e 288).

As relações competitivas também fazem parte do sistema cooperativo, os interesses individuais afloram principalmente no tocante ao financiamento. Os municípios rurais adjacentes e rurais remotos, (IBGE, 2017), (ver mapa 1), representam 68,35%, dos municípios da Bahia.

Estes por apresentarem uma grande limitação financeira, baixa arrecadação fiscal, escassez de capital humano qualificado e infraestrutura deficiente, possuem grande dificuldade em oferta, sozinho, serviços mais complexos que requeiram maior investimento, como a oferta de serviços médicos de média e alta complexidade.

Mapa 1 - Tipologia dos Municípios baianos proposta pelo IBGE 2017.



No mapa acima temos a distribuição geográfica dos municípios quanto a tipologia, classificados como: urbano, intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente e rural remoto.

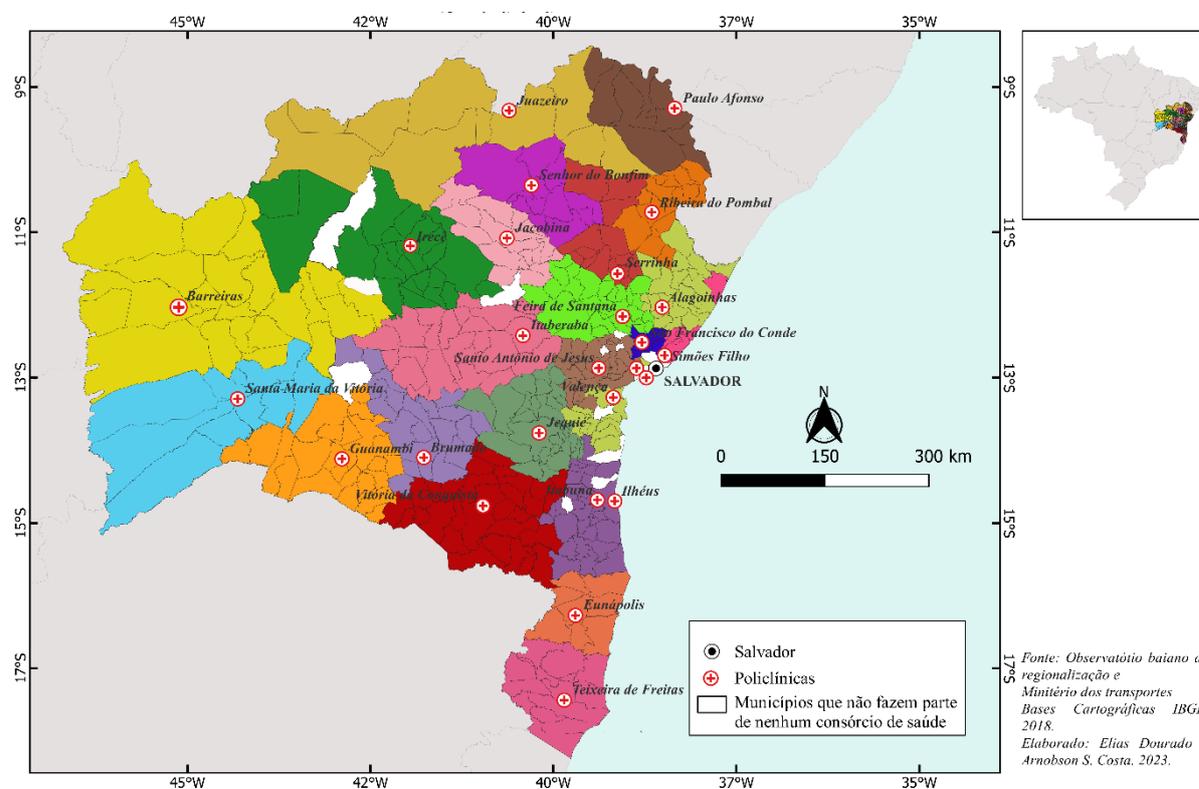
Esta classificação é utilizada pelo Ministério da Saúde como premissa base para a alocação do provimento médico, bem como sendo base para a memória de cálculo da “Captação Ponderada”, ou iniciativas como a “Informatização da AB”, dentro na proposta de financiamento da atenção básica apresentada pela Secretaria de Atenção Primária – SAPS - do Ministério da Saúde.

Nestes municípios rurais os repasses federais do Ministério da Saúde para atendimento de média complexidade, normalmente são insuficientes para manterem os hospitais municipais, e equipe multiprofissional de saúde e somando-se a essa realidade, estes municípios rurais remotos e rurais adjacentes ainda tem que arcarem com as despesas para financiar as Policlínicas Regionais de Saúde.

O que ficou muito evidenciado no processo de pesquisa, onde realizamos entrevistas semiestruturadas, principalmente, com prefeitos e secretários de saúde, é que os municípios rurais remotos e rurais adjacentes alegam é que o Estado da Bahia, deveria arcar com um custo maior dos investimentos nas policlínicas, pois este é detentor de maiores recursos.

O projeto de regionalização da saúde [termo adotado nos discursos oficiais e aqui entendido nesta pesquisa como territorialidade humana (Sack, 1986)] a Bahia, atualmente, conta com 23 (vinte e três) Consórcios Interfederativos de Saúde e 26 (vinte e cinco) Policlínicas Regionais de Saúde, além de uma previsão de construção de outras 5 (cinco) policlínicas nas regiões de Feira de Santana, do Vale do Jequiçá, na Região Metropolitana de Salvador, no oeste do Estado e no norte baiano.

Mapa 2 – Consórcios Públicos Interfederativos de Saúde da Bahia, com distribuição espacial das policlínicas regionais de saúde.



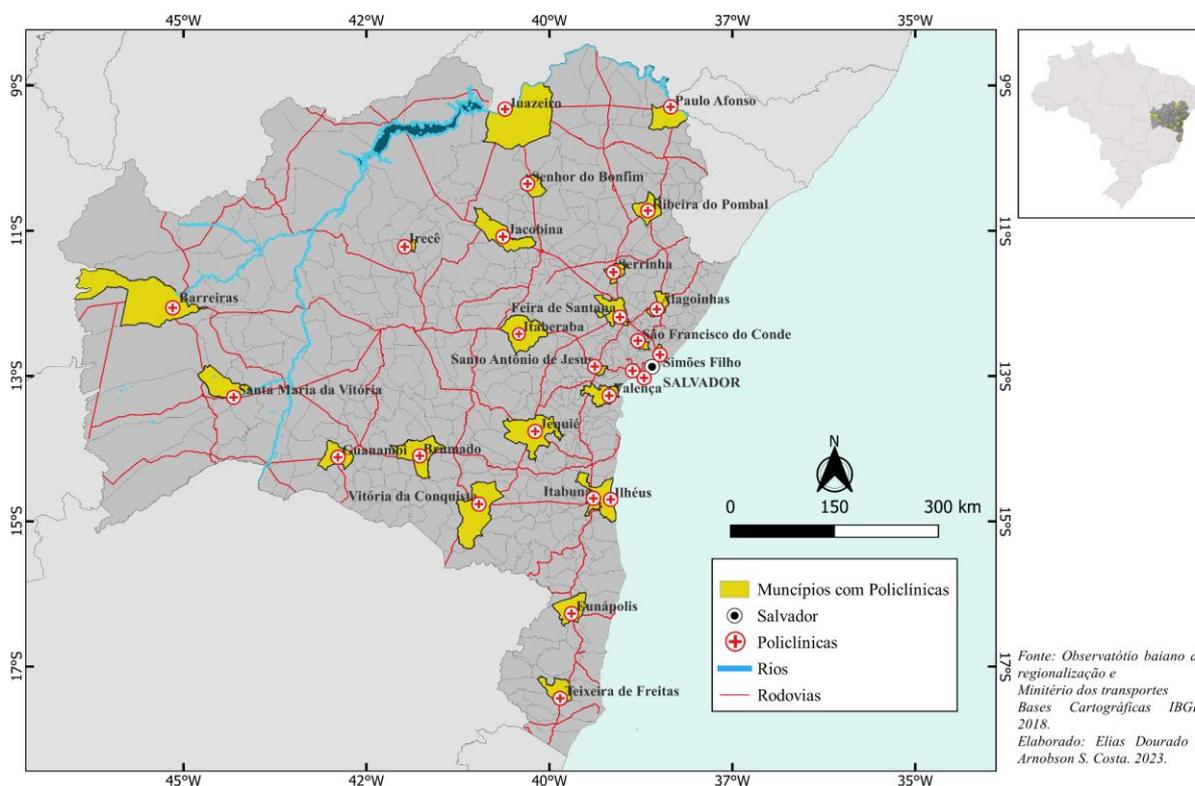
A Territorialidade das policlínicas buscou suprir um histórico vazio assistencial no território baiano, ou seja, ausência da efetivação do direito à saúde de média e alta complexidade, onde a população tinha sérias dificuldade em acessar estes serviços. A oferta e

distribuição de serviços pelo interior da Bahia nos permite dialogar com Sen (2011), quando ele propõe pensar o território da justiça a partir de um senso geral de injustiça e chegar a diagnósticos fundamentados específicos de injustiças, e, partindo destes chegar às análises de formas de promover a justiça.

As policlínicas regionais de saúde estão distribuídas territorialmente no estado da Bahia, sua localização normalmente está atrelada a um centro regional, apesar das policlínicas estarem fisicamente em um município, esta é patrimônio de todos os municípios consorciados.

Atualmente, segundo a Secretária de Saúde da Bahia, (em seu site oficial), as policlínicas contemplam 408 municípios e assiste mais de 13,9 milhões de habitantes, o que representa 97,67% da população baiana. Diversos problemas de saúde são resolvidos nas policlínicas, sem a necessidade de o paciente sair da sua região.

Policlínicas na Bahia



As policlínicas disponibilizam consultas médicas especializadas em angiologia, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, neurologia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ginecologia/obstetrícia, mastologia e urologia. Oferta também atendimento na área de farmácia clínica, enfermagem, psicologia e nutrição.

No que se refere a exames, os pacientes podem fazer tomografia (com e sem contraste), mamografia, ultrassonografia com doppler, ecocardiografia, ergometria, mapa, holter, eletroencefalograma, raio-X, eletrocardiograma, endoscopia, colonoscopia, nasolaringoscopia, colposcopia, histeroscopia, cistoscopia, entre outros ligados às especialidades de oftalmologia.

Os atendimentos nas policlínicas são feitos mediante agendamento prévio, para ter a consulta e exames garantidos, é necessário buscar inicialmente a atenção primária de seu município, secretaria municipal de saúde, lá, o paciente terá a consulta marcada, tendo inclusive o transporte garantido caso não resida no município onde está instalado o equipamento.

Essa distribuição territorial dos serviços através das policlínicas nos possibilitam compreender Harvey (1980) quando ele trata de um esquema básico de distribuição justa, sobre o que está sendo distribuído e como ocorre essa distribuição. Pensar a questão da necessidade, contribuição ao bem comum e o equilíbrio apropriado entre exigências conflitantes são elementos importantes para pensar a efetivação da justiça no território.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho evidenciou uma sólida base normativa de cooperação consorciada intermunicipal e interfederativa a nível de União e de Estado da Bahia.

Por outro lado, evidencia-se uma ausência da União com agente indutor de planejamento na conformação de consórcios de saúde a nível de Brasil como política nacional de ampliação da efetivação da garantia de direitos e redução das injustiças territoriais. Sobressai-se nesta pesquisa o importante papel do Estado da Bahia no fomento aos consórcios interfederativos de saúde.

As relações cooperativas consorciadas ampliam o direito à saúde na Bahia, preenchendo vazios assistenciais, além de uma forte e robusta política de regionalização com estratégia de garantia e acesso a saúde de média e alta complexidade em todo o estado da Bahia. Criando desenhos cooperativos voltados para a coesão territorial e redução das injustiças.

Este trabalho mostra a importância do financiamento partilhado na definição de políticas públicas que visem garantir o acesso a saúde na sua universalidade, integralidade e equidade. Um ponto crítico revelado na pesquisa e gera muita discussão entre os atores envolvidos é justiça no financiamento, os municípios entendem que o estado deveria assumir maiores responsabilidades, pois este, é detentor de maiores recursos.

A população atendida nas policlínicas avalia como positiva a oferta destes serviços, porém, sugerem que ajustes são necessários pois o percurso de casa até chegar a policlínica não é tão fácil apesar de existência de transporte saindo da sede do município para a policlínica.

No campo acadêmico abre-se a possibilidade de pensar os *territórios da justiça*, a montante, em suas relações de poder, opressão, cooperação, competição e efetivação das políticas públicas, além da possibilidade de pensar *a justiça dos territórios*, a jusante, na operacionalização das políticas públicas com oferta de serviços, distribuição e redistribuição de serviços básicos ao cidadão.

E assim, garantindo que cada ser no mundo, juntamente com os demais assumam sua herança moral, que faz de cada qual um portador de prerrogativas sociais. (Santos, 2020).

REFERÊNCIAS

BAHIA. **Lei nº 13.374 de 22 de setembro de 2015**, disciplina a participação do Estado da Bahia nos Consórcios Interfederativos de Saúde nos termos da Lei 11.107 de 6 de abril de 2005.

BISCARDE, D. G. S. **Gestão regional do SUS nas regiões metropolitanas de Salvador e de Fortaleza**: instâncias, processos de pactuação e relações de poder / Daniela Gomes dos Santos Biscarde.-- Salvador: D.G.S.Biscarde, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 05 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 nov. 2022.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, 24 de fevereiro de 1891. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm. Acesso em 2 de nov. de 2022.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, 16 de julho de 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em 2 de nov. de 2022.

BRASIL. Lei 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**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Lei 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**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm . Acesso em: 4 mar. 2022.

BRASIL. **Lei 11.107 de 6 de abril de 2005**, Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências.

CASTRO, I. E. **Geografia e política: território, escalas de ação e instituições**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005 .

CASTRO, I. E.. **Instituições e território. Possibilidades e limites ao exercício da cidadania**. Geosul, Florianópolis, v. 18, n. 36, p 7-28, jul./dez. 2003.

CASTRO, I. E. **Geografia e política: território, escalas de ação e instituições**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

CASTRO, I. E. **O Problema da Escala**. IN: Geografia: conceitos e temas / organizado por Iná Elias de Castro, Paulo Cesar da Costa Gomes, Roberto Lobato Corrêa. 17º ed. – Rio de Janeiro; Bertrand Brasil, 2017.

ESPINDOLA. ADRIANA DE ANDRADE. **Gestão associada de serviços públicos e flexibilização do pacto federativo**. Revista de Educação. volume 13, nº 16, 2010, p. 215-233.

FONSECA, A. A. M. **Localismo, desempenho institucional e (in) justiça territorial.** CUADERNOS DE GEOGRAFIA, V29, P 473-492, 2020.

FONSECA, A. A. M. “Federalismo, descentralização e a emergência de localismos no Brasil”. IN. **Estado, território e a dinâmica das fronteiras: reflexões e novos desafios**, editado por Antonio Angelo Martins da Fonseca, Noeli Pertile, Alcides dos Santos Caldas e Cristovão Brito, 159-186. Salvador: JM gráfica e Editora. 2013.

FONSECA, A. A. M. **Instituição e Desenvolvimento territorial: o desempenho municipal após a descentralização.** Feira de Santana: UEFS. 2005.

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

HARVEY, D. **Justiça social e a cidade.** São Paulo: Hucitec. (1973[1980]).

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde : 2019** : informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020.

IBGE. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil** : uma primeira aproximação / IBGE, Coordenação de Geografia. – Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

LEFEBVRE, H. **O Direito à cidade.** Tradução Rubens Eduardo Frias. São Paulo, Centauro. (2001[1968]).

NORTH, D. **Instituições, mudança institucional e desempenho econômico.** São Paulo: Três Estrelas. (2018[1990]).

NUNES, J. SANFELICI, D. **Ambiente institucional e diversidade territorial:** Considerações para uma agenda de pesquisa. *Geographia*, v. 20, p.18 – 35, 2018.

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

ONU - Organização das Nações Unidas (ONU). **World Health Statistics 2023:** monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals.

PUTNAM, R. D. **Comunidade e democracia:** a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro : Fundação Getúlio Vargas. 1993.

RAWLS. J. **Uma teoria da Justiça.** Tradução: Jussara Simões; 4ed. – São Paulo: Martins Fontes – (1971) 2016.

RAFFESTIN, C.. **Por uma Geografia do Poder.** Tradução de Maria Cecília França. São Paulo (SP): Ática, 1993.

REIS, J. (2009). **Ensaio de economia impura.** Coimbra: Edições Almedina. 2009.

RIBEIRO, J.M. COSTA, N.R. **Regionalização da assistência à saúde no Brasil:** os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde- SUS. Planejamento e Política Pública/ENSP/FIOCRUZ: Rio de Janeiro, n.22,p.174-220. Dez.2000.

SACK, R. D. **Human territoriality:** its theory and history. London: Cambridge University Press, 1986.

SANTOS M. **O Espaço do Cidadão.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2020 (Coleção Milton Santos; 8).2020.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço:** Técnica e Tempo, Razão e Emoção. 4º ed. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2017.

SEN, A. **A ideia de justiça.** São Paulo: Companhia das Letras. 2011. SOJA, M. The city and spacial justice. Minneapolis: University of Minnesota Press. 2010.

SILVA, Adriana Carneiro. **A Dinâmica Baiana dos consórcios públicos:** Conjuntura e formas de atuação. In: VII Encontro de Administração Pública da ANPAD, 2019, Fortaleza. VII EnAPG, 2019.

SOJA, E. **The city and spatial justice** [«La ville et la justice spatiale», translation: Sophie Didier, Frédéric Dufaux], justice spatiale | spatial justice, n° 01 setembro. 2010.

SOUZA, M. J. L. O território: sobre espaço e poder. Autonomia e desenvolvimento. In CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. (orgs.). **Geografia: conceitos e temas.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001, p.77-116.

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