

Políticas públicas e territórios: uma reflexão a partir da evolução da Covid-19 na Região do Alto Jacuí

Public policies and territories: a reflection from the evolution of Covid-19 in the Alto Jacuí Region

Políticas públicas y territorios: una reflexión a partir de la evolución de la Covid-19 en la Región del Alto Jacuí

Vinicius de Camargo Machado

Universidade de Santa Cruz do Sul – Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul – Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-3223-6363>

Cláudia Tirelli

Universidade de Santa Cruz do Sul – Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul – Brasil

<https://orcid.org/0000-0003-2325-5260>

Maria Raquel Steyer

Universidade de Santa Cruz do Sul – Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul – Brasil

<https://orcid.org/0000-0001-7300-9848>

Resumo: O artigo apresenta uma reflexão sobre a implementação das políticas públicas e sua relação com os distintos territórios, evidenciando as particularidades e os constrangimentos que afetam os resultados das políticas em nível local. Tomando como referência empírica o contexto de expansão e difusão da Covid-19 na Região do Alto Jacuí, localizada no noroeste do Rio Grande do Sul (RS), Brasil, buscou-se analisar como as diferentes dinâmicas sociais e econômicas existentes nesse território (porte dos municípios, centralidade regional, atividades econômicas, vias de transporte), bem como a organização e a infraestrutura referente a área da saúde (regionalização dos serviços, oferta de leitos hospitalares e unidades de terapias intensivas, disponibilidade de profissionais especializados), produziram condicionamentos locais às formas de enfrentamento da pandemia da Covid-19 e sua expansão. Os dados que embasaram as análises foram capturados no Portal Coronavírus do RS, disponibilizados pela Secretária Estadual

da Saúde do Rio Grande do Sul, pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Palavras-Chave: Políticas Públicas. Pandemia da Covid-19. Território. Região do Alto Jacuí

Resumen: El artículo presenta una reflexión sobre la implementación de las políticas públicas y su relación con los diferentes territorios, destacando las particularidades y condicionantes que inciden en los resultados de las políticas a nivel local. Tomando como referencia empírica el contexto de expansión y difusión de la Covid-19 en la Región de Alto Jacuí, ubicada en el noroeste de Rio Grande do Sul (RS), Brasil, buscamos analizar cómo las diferentes dinámicas sociales y económicas existentes en esta territorio (tamaño de los municipios, centralidad regional, actividades económicas, rutas de transporte), así como la organización e infraestructura relacionada con el área de la salud (regionalización de los servicios, oferta de camas hospitalarias y unidades de cuidados intensivos, disponibilidad de profesionales especializados) produjeron limitaciones locales para las formas de enfrentamiento a la pandemia del Covid-19 y su expansión. Los datos en los que se basaron los análisis fueron capturados en el Portal Coronavirus de RS, puesto a disposición por la Secretaría de Estado de Salud de Rio Grande do Sul, por el Ministerio de Salud y por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística.

Palabras clave: Políticas Públicas. Pandemia de COVID-19. Território. Região del Alto Jacuí

Abstract: The article presents a reflection on the implementation of public policies and their relationship with the different territories, highlighting the particularities and constraints that affect the results of policies at the local level. Taking as an empirical reference the context of expansion and diffusion of Covid-19 in the Alto Jacuí Region, located in the northwest of Rio Grande do Sul (RS), Brazil, we sought to analyze how the different social and economic dynamics existing in this territory (size of municipalities, regional centrality, economic activities, transport routes) as well as the organization and infrastructure related to the health area (regionalization of services, supply of hospital beds and intensive care units, availability of specialized professionals) produced local constraints to the forms coping with the Covid-19 pandemic and its expansion. The data on which the analyzes were based were captured on the Coronavirus Portal of RS, made available by the State Secretary of Health of Rio Grande do Sul, by the Ministry of Health and by the Brazilian Institute of Geography and Statistics.

Keywords: Public Policy. Covid-19 pandemic. Territory. Alto Jacuí Region

1 Introdução

A pandemia da Covid-19 iniciou-se na China, na cidade de Wuhan, província de Hubei, em 31 de dezembro de 2019, espalhando-se rapidamente pelo mundo. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou tratar-se de uma Emergência de Saúde Pública

de Importância Internacional (ESPII). Por sua vez, o Governo Brasileiro declarou estado de emergência de saúde pública em 04 de fevereiro de 2020 e, no dia 13 do mesmo mês, lançou o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo COVID-19.

Entre algumas das características da doença, está o seu alto percentual de mortes por infectados, o fato de ser assintomática em significativo universo da população e a gravidade da doença entre grupos considerados mais vulneráveis, tais como idosos e pessoas que apresentam comorbidades devido a doenças prévias como diabetes, câncer, doenças respiratórias crônicas, doenças cardiovasculares, entre outras.

Desde o período do seu surgimento, a doença demonstrou-se altamente letal, principalmente porque inexistiam vacinas e havia um grande desconhecimento a respeito das mutações do vírus, formas de contágio, período de incubação e tratamentos. Nos casos graves de Covid-19, os doentes necessitavam de cuidados intensivos permanentes, com a utilização de equipamentos hospitalares, leitos e equipes de profissionais de saúde especializados. Considerando que a taxa de incidência da doença cresceu de forma geométrica, ocorreu a exaustão da capacidade do sistema de saúde, sobretudo naqueles países e regiões que já sofriam a mitigação dos recursos financeiros ao longo dos anos, o que acabou por comprometer a compra de insumos e a continuidade dos serviços públicos de saúde. A pandemia, de forma trágica, escancarou as desigualdades prévias existentes, pois demonstrou que os efeitos produzidos pela contaminação do novo coronavírus não foram os mesmos em todos os locais e dentre os diferentes grupos sociais. Neste sentido, os condicionantes do território, advindos das situações particulares construídas ao longo da sua formação, constituem elementos fundamentais para que se possa compreender os efeitos desiguais produzidos pela pandemia, muito embora no Brasil tenhamos políticas públicas que visam assegurar o direito universal à saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Refletir sobre a relação entre políticas públicas e território, sobretudo sobre as suas condições de implementação em um momento de crise sanitária produzida pela pandemia da Covid-19, parece ser extremamente oportuno para reafirmar a importância da presença do Estado (nos seus diferentes níveis) como agente fundamental na provisão e coordenação das políticas públicas de forma a garantir o acesso universal da população à saúde e à manutenção da vida.

No artigo foi analisado algumas variáveis e características que ilustram a expansão da Covid-19 na Região do Alto Jacuí, localizada no noroeste do Rio Grande do Sul. Cabe mencionar que esse estudo apresenta resultados consolidados no período de abril de 2020 a maio de 2021. A opção por esse período justifica-se pelo fato dele representar uma maior dinâmica e intensidade na difusão da Covid-19 na região, além de possibilitar estudos comparativos para com outros territórios, considerando as mesmas variáveis estudadas. Os dados que embasaram as análises foram capturados no Portal Coronavírus no RS, disponibilizados pela Secretária Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística. Há outros dados cumulativos que poderão ser futuramente integrados a novas análises do território, a fim de aprofundar o entendimento sobre a expansão e difusão do contágio no Alto Jacuí.

O artigo encontra-se estruturado em três seções, além desta introdução e dos comentários finais. Na primeira seção, discute-se a relação entre território e a implementação de políticas públicas, evidenciando o caráter relacional do território e sua importância para os resultados alcançados pelas diferentes políticas. Na segunda seção, aborda-se a estruturação da Política de Saúde no Brasil, com ênfase no SUS, demonstrando como a política de saúde atuou no enfrentamento à Covid-19. Por fim, na terceira seção, descreve-se as características e as dinâmicas socioeconômicas da Região do Alto Jacuí, a sua infraestrutura de serviços e profissionais de saúde, relacionando-as com a forma como ocorreu a difusão da Covid-19 nesse território.

1 O território no processo de implementação das políticas públicas

Um dos principais desafios dos estudos sobre implementação de políticas públicas, desde o seu início, nos anos de 1970, até os dias atuais, é compreender porque as políticas apresentam efeitos tão díspares nos territórios onde são realizadas, apesar de seu planejamento e regulamentação ser feito geralmente de forma padronizada, buscando controlar todos os possíveis desvios de rota. Nesse sentido, Lotta e Pavez (2010, p. 111) afirmam que,

Embora a formulação e o desenho de uma política explicitem regras universais ou procedimentos técnicos passíveis de se aplicar regularmente, observam-se, frequentemente, resultados não necessariamente previsíveis ou homogêneos durante o processo que perpassa a formulação e a implementação.

A busca pela compreensão dos fatores que explicariam o caráter heterogêneo e contingente nos efeitos das políticas públicas tem levado os autores, principalmente aqueles que buscam compreender o processo de implementação a partir de uma abordagem *bottom-up* acerca do processo de implementação, a produzirem estudos focados no poder de discricionariedade dos agentes implementadores e nos constrangimentos institucionais e organizacionais do contexto de implementação (regras, normas, estrutura organizacional, recursos, etc). Além disso, o papel das ideias, valores e concepções de mundo que explicariam a forma de apropriação das políticas e sua execução pelos agentes também têm sido crescentemente valorizados nessas análises. Nesse sentido, a implementação seria definida “[...] pela interação entre atores no interior dos ambientes institucionais e relacionais presentes nas comunidades políticas”. (LOTTA, 2008, p. 4)

No entanto, os condicionamentos produzidos pelos territórios, ou seja, o caráter ativo que este cumpre na compreensão acerca de como são produzidos em um certo espaço as dinâmicas e processos que influenciam nos resultados das políticas públicas, ainda aparecem secundarizados em várias análises sobre a implementação de políticas públicas. Nestes, o

território aparece apenas como um espaço- receptáculo, como um local passivo sobre o qual a política deveria incidir.

No intuito de colaborar para a construção de novas abordagens e instrumentos analíticos que superem essa visão estática do território, alguns autores têm desenvolvido propostas que buscam tratar o território a partir de uma perspectiva relacional, articulando os condicionamentos externos (determinações de caráter macroestrutural e sistêmicas) às instituições, estruturas e atores internos, fruto da sua conformação histórica particular (REIS, 2005; 2015; FAVARETO et al., 2015). Nessas análises, o território é considerado como um elemento ativo e definidor das dinâmicas e déficits que nele se produzem. De acordo com Reis (2005, p. 59), o território é “[...] expressão e produto das interações que os atores protagonizam. O território, nestas circunstâncias, é proximidade, atores, interações. E é também um elemento crucial da matriz de relações que define a morfologia do poder nas sociedades contemporâneas”. Com base nessa perspectiva, Reis (2005; 2015) irá afirmar que os resultados dos processos que ocorrem nos territórios serão sempre contingenciais, pois dependem tanto das trajetórias institucionais e redes que os atores construíram ao longo do tempo nesses espaços quanto da forma como se encontra inserido em uma ordem mais ampla. Ou seja, o resultado não pode ser predeterminado, embora possamos identificar algumas tendências como sendo mais prováveis do que outras. Também Favareto et al. (2015) têm desenvolvido, nos últimos anos, uma abordagem que busca dar conta deste caráter relacional do território. Na perspectiva dos autores, as configurações territoriais, forjadas ao longo do processo de formação e desenvolvimento dos territórios, são cruciais para a compreensão dos processos que estes experimentam no presente. Por isso se faz necessário empreender estudos que busquem, a partir de investigações de caráter sincrônico e diacrônico, compreender como se constituíram os padrões de organização social e as formas de dominação que estruturam as relações, disputas e posições dos atores nesses espaços no tempo presente.

A seguir, apresentamos uma retomada do processo de formação do Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltando a sua trajetória, princípios e dilemas atuais.

2 A formação e o desenvolvimento do SUS: avanços e desafios do presente

O debate internacional na atualidade, sob a perspectiva das políticas de saúde, encontra-se concentrado nos parâmetros epidemiológicos da Covid-19 e nos impactos da pandemia, a curto e médio prazo, sobre a economia e a saúde das populações. As condições pelas quais os diferentes países e regiões puderam fazer frente à situação pandêmica apresentaram-se muito desiguais, tanto em relação aos condicionantes econômicos e políticos, em termos mais amplos, como no tocante à forma de estruturação dos seus sistemas de saúde. A seguir, examinaremos como se deu a formação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e de que forma a sua estrutura hoje apresenta condições de responder às necessidades da população.

O Brasil possui um sistema de saúde marcado por contradições e embates entre diferentes projetos políticos. De um lado, o projeto da Reforma Sanitária que resultou na universalidade do direito à saúde e foi oficializado com a Constituição Federal de 1988 e, de outro, o projeto de reforma do Estado de influência neoliberal, voltado às políticas de austeridade fiscal.

No momento em que o SUS completa 30 anos de atuação no país, em meio a avanços e retrocessos, se faz necessário destacar elementos que remontam sua história e propósito. A construção do SUS foi destacada por dois momentos fundamentais conforme Minayo (2001). O primeiro refere à militância técnico-política e intelectual pela constitucionalização e o segundo momento se refere à gestão da implementação. De forma que não se pode considerar um momento sem pensar e referir ao outro. Os dois “se interpenetram e se diferenciam” (MINAYO, 2001, p, 30). A política de saúde no Brasil foi idealizada ainda na década de 1970, por um grupo de lideranças políticas, lideranças populares e lideranças de movimentos sociais que atuaram como uma representação que conforme Paim (2018) por um lado, estava vinculada à uma crítica aos limites do movimento ideológicos da Medicina Preventiva e, de outra forma, buscavam uma alternativa para a crise da saúde durante a ditadura (1964-1985). Foi um movimento que tinha o compromisso com a defesa do direito universal à saúde e que buscou articular as práticas ideológicas, política e social voltadas à mudança das relações sociais para o enfrentamento da crise da saúde (fiscal, de legitimidade social e de gestão dos serviços) e conhecido como movimento pela democratização da saúde (PAIM, 2018).

Estas lideranças além de atuarem na articulação interna do movimento, também ocuparam um espaço de protagonismo na discussão e na definição de pressupostos, de princípios, de ideais a partir dos quais foi sendo formatado um novo sistema de saúde para e no País (PAIM, 2018; DOWBOR, 2009). Pensando em uma Reforma Sanitária levantaram propostas com princípios e proposições políticas que registraram e apresentaram no Congresso Nacional em fins de 1979 sendo retomada e ampliada na 8ª Conferência nacional de Saúde em 1986. A partir desta Conferência, a Reforma Sanitária passa a se configurar como um projeto. Ou seja, como um conjunto de políticas articuladas, como parte de uma totalidade de mudanças (AROUCA, 1975) que formalizados em seu relatório final fizeram parte da Constituição Federal (1988) institucionalizando a saúde como um direito universal e um dever de Estado (Art. 196). A Constituição Federal incorporou conceitos, princípios e diretrizes vinculados ao movimento pela Reforma Sanitária, cujas questões sociais e a construção democrática da política abriram espaço para a valorização da saúde coletiva, passando a considerar as determinações sociais da população no planejamento da política de saúde. Ou seja, a saúde não foi mais considerada apenas como o estado de ausência da doença. A partir disso, o SUS passou a garantir o direito à saúde de forma gratuita e universal, financiada com recursos provenientes da União, dos estados e municípios. (BRASIL, 1988).

Ainda como resultado deste processo histórico, a Constituição Federal afirmou outras configurações de gestão das políticas públicas, como a tomada de decisão da descentralização

político-administrativa. Esse processo elevou a interação entre governo e sociedade civil, o reconhecimento de direitos sociais e a abertura de espaços públicos para a participação da sociedade, fortalecendo a transferência de serviços, responsabilidades, poder e recursos financeiros a estados e, principalmente, aos municípios. Permitiu a estes implementar um conjunto diversificado de inovação na gestão, mesmo em um contexto político e econômico desfavorável (TEIXEIRA, 2011).

Embora a formulação e a regulação das políticas públicas de saúde se mantenham centralizadas na União, a partir da implantação do SUS, novas relações entre instituições nacionais, regionais e municipais (públicas ou privadas) surgiram para a resolução dos problemas da população brasileira, consagrando alguns princípios fundamentais, tais como: a universalidade, a equidade, a integralidade, a participação social, a hierarquização e a regionalização, (BRASIL, 1990). A construção desse processo se deu de forma lenta e irregular, sendo que a responsabilização do poder público como condutor das ações de saúde ganhou força a partir de propostas baseadas no perfil epidemiológico, na regionalização e hierarquização dos serviços públicos e privados, na valorização das atividades básicas, na garantia de referência e contra referência e na descentralização do processo de planejamento e administração (DUARTE et al, 2015).

Do ponto de vista organizacional, a principal estratégia foi baseada no fortalecimento da regionalização e na constituição de redes regionalizadas de atenção à saúde, buscando diminuir a fragmentação histórica do sistema e promover o uso adequado dos recursos e o cuidado horizontal. As redes constituem “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). Segundo Mendes (2015), as redes são formadas pelos serviços de saúde que definem as linhas de cuidado através do compartilhamento de estruturas e recursos com diversos graus de densidade tecnológica, visto que diferentes populações dos municípios integram uma região de saúde (MENDES, 2011). Para o autor, esta organização é primordial para celebrar os pactos federativos pautados na cooperação e na solidariedade, garantindo, assim, o acesso universal e integral da atenção à saúde.

O princípio da regionalização passou a ser efetivado por meio da criação das regiões de saúde na década de 2000, com a instituição de pactos intergovernamentais que pudessem trazer respostas às demandas crescentes dos cidadãos por serviços de saúde mais resolutivos e de melhor qualidade. Nessa direção, foi criado um conjunto de leis e de portarias determinando regras e mecanismos desse processo em todo o território nacional, que engloba, além da Constituição Federal, as Leis Orgânicas da Saúde n. 8.080 e n. 8.142, ambas de 1990, as Normas Operacionais Básicas de 1993 e de 1996; as Normas Operacionais de Assistência à Saúde

(01/2001 e 01/2002)¹; o Pacto pela Saúde de 2006 e, mais recentemente, o Decreto 7.508, de 2011, que regulamentou a Lei n. 8.080.

Após ter sido definido o processo de regionalização como uma estratégia de oferta dos serviços à população, o Ministério da Saúde direcionou aos Governos Estaduais a tarefa de, com a participação dos municípios e a aprovação dos Conselhos Estaduais de Saúde, desenvolverem e implantarem seus Planos Diretores de Regionalização (PDR)², com encaminhamento ao Ministério da Saúde.

O Decreto 7.508/2011 buscou garantir uma sintonia nacional, uma unicidade organizativa e uma coesão entre os pensamentos dos gestores da saúde pública brasileira. Trata de alguns temas, em especial, daqueles que dizem respeito à organização e ao funcionamento administrativo sanitário do SUS, assentados na regionalização e hierarquização dos serviços. Este decreto define a região como “um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados”. (BRASIL, Decreto nº 7.508/2011, Art.2º). Tem como finalidade a integração, a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. A organização da rede de atenção à saúde exige a definição da Região de Saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e da sua população, e no estabelecimento de ações e serviços ofertados nos territórios.

O Estado do Rio Grande do Sul, na área de saúde, está constituído atualmente em trinta (30) regiões de saúde aglutinadas em sete 7 macrorregiões de saúde, as quais correspondem ao espaço regional ampliado, voltado à operacionalização da governança da rede de atenção à saúde. O planejamento estratégico da gestão estadual do SUS envolve a construção de estratégias, percepções e valores compartilhados (MENDES, 2011). Esta governança tem sido entendida no âmbito do SUS como um mecanismo de tomada de decisões, a partir da discussão e pactuação de objetivos e procedimentos comuns entre as três esferas federativas de gestão. Consiste em um processo de planejamento em que cada esfera possui suas responsabilidades quanto aos instrumentos de gestão, articulando-se de forma integrada e cooperada, contemplando necessidades e realidades regionais (MENDES, 2011). É preciso, igualmente, levar em conta a garantia do acesso a todos os níveis de atenção com resolubilidade e racionalização dos recursos, dentro de uma base territorial de planejamento (CONASEMS, 2019). Essa forma de organização no território tem sido a base para as análises da situação de saúde, refletindo os avanços do processo de trabalho da Secretaria Estadual de Saúde - SES/RS nos últimos anos. Os estudos partem das Regiões de Saúde, visando explicitar as diferenças regionais encontradas no estado e viabilizar a construção de políticas de saúde com equidade.

¹ As Normas Operacionais Básicas e de Assistência são instrumentos formulados para disciplinar o processo de implementação do SUS, definindo estratégias que orientam a operacionalidade do sistema.

² Instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e região, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006).

O processo de regionalização e a hierarquização devem ser considerados como instrumentos para alcançar os princípios fundamentais do SUS, levando em consideração os riscos populacionais diferenciados e o equilíbrio na distribuição de recursos aos diversos pontos de atenção à saúde. Tem-se, portanto, o desafio de transformar uma insuficiente rede de serviços em um sistema de saúde capaz de enfrentar a nova situação epidemiológica e demográfica e suas necessidades de saúde. (CONASEMS, 2019).

Entretanto, o SUS que possibilitou todo este aporte institucional expresso em estabelecimentos, equipamentos e tecnologias, trazendo avanços significativos ao sistema de vigilância em saúde, a assistência farmacêutica, aos programas de imunização, entre tantos outros, entrou em crise (PAIM, 2018). Segundo Paim (2018), o Estado brasileiro que possui a obrigação moral e constitucional de propor políticas públicas não conseguiu assegurar condições objetivas de sustentabilidade econômica científico-tecnológica do SUS, para coordenar ações emergenciais adequadas e enfrenta hoje os impasses para a mudança dos modelos de atenção e das práticas de saúde comprometendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Percebe-se um retrocesso ao modelo biomédico hegemônico, centrado mais na doença que na saúde, com abandono da prevenção ou promoção de saúde. Há também um retrocesso na aplicação de investimentos, o que compromete a vigência da concepção de seguridade social e facilita o processo de privatização da saúde. Sobretudo com a aprovação da Emenda Constitucional-95/2016, o subfinanciamento do SUS se constitucionalizou, solidificando as dificuldades acumuladas em 30 anos. Esses problemas são agravados no contexto da pandemia da Covid-19, quando a necessidade de investimento público na criação de unidades de acolhimento, leitos de UTI e proteção dos trabalhadores da saúde torna-se indispensável ao enfrentamento da doença.

Neste contexto, coloca-se em xeque a capacidade dos serviços de porta de entrada do SUS, os recursos para a compras de equipamentos de proteção individual (EPI), como aliar uma escuta mais próxima e humanizada e ainda como dar continuidade às condições de atendimentos à saúde dos usuários crônicos e a própria configuração das redes (MOROSSINI, 2020). Além de medidas sanitárias e epidemiológicas, estratégias de proteção social de amplo espectro são necessárias, principalmente aquelas de natureza econômica, aprovadas pelo Congresso Nacional, mas que somente o executivo federal pode realizar. Este é um momento para se refletir sobre o cenário político e econômico atual, pensar na importância de se fortalecer o Sistema de Saúde em todos os seus níveis e lutar por um aumento considerável no aporte de recursos públicos para o financiamento do SUS. Caso contrário, a política macroeconômica de austeridade fiscal do governo brasileiro adotada a partir de 2017 irá comprometer ainda mais a retomada do crescimento econômico e ampliará as desigualdades sociais do território. A próxima seção irá descrever as características sociodemográficas e econômicas da Região do Alto Jacuí, a sua infraestrutura em termos de programas e serviços de saúde (instituições, leitos, profissionais

especializados, etc.), relacionando esses fatores à forma como se deu a expansão da Covid-19 na Região.

3 A Região do Alto Jacuí (RAJ) e a evolução da covid-19 no território regional

A Região do Alto Jacuí³ é formada por quatorze municípios, sendo eles: Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Incra, Colorado, Cruz Alta, Fortaleza dos Valos, Ibirubá, Lagoa dos Três Cantos, Não-Me-Toque, Quinze de Novembro, Saldanha Marinho, Salto do Jacuí, Santa Bárbara do Sul, Selbach e Tapera. Essa Região integra, para fins de planejamento das ações governamentais e orçamentárias do Estado do RS, a Região Funcional de Planejamento 8⁴. Sua extensão territorial perfaz 6.893,76 km², com uma distribuição heterogênea entre seus municípios, sendo que o de maior extensão possui 1.360,4 km² (Cruz Alta), ao passo que o menor atinge somente 138,6 km² (Lagoa dos Três Cantos).

A população total da Região do Alto Jacuí era estimada, em 2021, em 154.373 habitantes. Faz-se importante ressaltar que, dentre os quatorze municípios que integram a Região, 12 possuem até 20.000 habitantes, ou seja, são municípios de pequeno porte (IBGE, 2021). A posição de centralidade regional (institucional, populacional e econômica) é ocupada pelo município de Cruz Alta, com 59.561 habitantes, que concentra vários serviços públicos e privados especializados em diferentes setores, tais como educação, saúde e segurança. Isto gera um fluxo contínuos de habitantes dos demais municípios do Alto Jacuí em relação a Cruz Alta e, às vezes, até de municípios de outras regiões, visto que alguns desses serviços especializados estão atrelados a áreas geográficas que excedem a dos quatorze municípios analisados. Cabe destacar, ainda, a proximidade desses municípios em relação a Cruz Alta. Em média ficam distantes cerca de 70,5 Km, sendo que o mais próximo fica a 42 Km e o mais distante a 100 Km, o que de certa forma favorece o fluxo diário de pessoas em busca dos serviços especializados. Beneficiados pela centralidade de Cruz Alta, os habitantes da região utilizam-se dos seguintes eixos rodoviários para se deslocarem: BR – 377 (Boa Vista do Cadeado); BR - 377 – RS – 223 e RS – 402 (Colorado); BR – 377 – BR 481 (Boa Vista do Incra); BR – 377 – RS – 223 (Fortaleza dos Valos); BR – 377 – BR-158 – RS – 223 (Ibirubá); BR – 377 – RS – 223 (Lagoa dos Três Cantos); BR – 377 – RS – 223 – RS – 332 (Não Me Toque); BR – 377 – RS – 223 – VRS – 324 (Quinze de Novembro); BR – 377 –

³ A regionalização utilizada nesse artigo corresponde a região do Conselho Regional do Alto Jacuí (Corede Alto Jacuí), criado em 1991. Os Conselhos Regionais de Desenvolvimento (COREDEs) são arranjos institucionais formados por diversos segmentos representativos das comunidades regionais que atuam no planejamento e na fiscalização das ações do Governo Estadual do Rio Grande do Sul. Existem hoje 28 COREDEs atuando no estado.

⁴ As regiões funcionais foram propostas pelo Estudo de Desenvolvimento Regional e Logística do Rio Grande do Sul (Rumos 2015). As conclusões e propostas desse estudo estão sintetizadas em cinco volumes, contemplando as nove regiões funcionais, as quais foram concebidas para agregar as temáticas regionais para fins de planejamento das ações governamentais no orçamento do Estado e no Plano Plurianual. Disponível em: <https://planejamento.rs.gov.br/rumos-2015>. Acesso em: 17 nov. 2021.

(Saldanha Marinho); BR – 377 – BR – 481 (Salto do Jacuí); BR – 377 – BR – 158 – BR – 285 – RS – 508 (Santa Bárbara do Sul); BR – 377 – RS – 223 (Selbach); BR – 377 – RS – 223 (Tapera).

A RAJ também se destaca como uma das principais regiões produtoras agrícolas do Rio Grande do Sul, com ênfase na produção de soja, trigo e milho, realizada através da agricultura extensiva e mecanizada. O setor agrícola está estruturado de forma centralizada e concentrada no capital, não possibilitando uma significativa diversificação produtiva.

O Valor Adicionado Bruto (VAB) da RAJ, em 2019, foi de R\$ 8,9 bilhões, estruturado pelas atividades econômicas da agropecuária (23%), indústria (16%) e serviços (60%), o que evidencia a concentração das atividades econômicas da região na agropecuária e nos serviços.

Embora se observe a presença de um eixo industrial entre os municípios de Não-Me-Toque, Ibirubá e Cruz Alta, voltado para o segmento de máquinas e implementos agrícolas, a atividade industrial não é muito significativa em comparação as demais. A exceção está no município de Salto do Jacuí, o qual se destaca no conjunto da região em relação à atividade econômica industrial, representando 34% da respectiva atividade (IBGE, 2021).

A seguir, iremos expor alguns dados relacionados à infraestrutura de saúde na RAJ, a fim de aludir a capacidade de resposta ou reação do território regional frente à contaminação pela Covid-19. Os dados têm como base o mês de maio de 2021 e foram obtidos por meio de consulta ao DATASUS (2021).

Inicialmente examinaremos a distribuição de leitos⁵ hospitalares e o número de unidades de terapia intensiva (UTIs) existentes na RAJ, por município, posto que essas duas estruturas físicas são as mais demandadas em uma situação pandêmica, pois objetivam atender os doentes em estado grave.

A região possuía, no total, 566 leitos hospitalares, com distribuição desigual entre os municípios, segundo diferentes aspectos. Desse total, a rede privada de saúde absorvia 200 leitos, o que representava 35%, enquanto o Sistema Único de Saúde (SUS) dispunha de 366 leitos, ou seja, 65%. Deste total de leitos há uma classificação entre cirúrgicos (119), clínicos (274), obstétricos (55), pediátricos (51), outras especialidades (25), hospital dia (0) e complementar (42). Esta última classificação é a que abrange as UTIs, sendo que dos 42 leitos complementares, somente 28 são habilitados pelo SUS e 20 são direcionados a atender pacientes internados devido a Covid-19, os quais estão concentrados no município de Cruz Alta em dois hospitais, sendo que apenas um está habilitado como estabelecimento de atendimento do SUS. A RAJ computa ao todo 11 hospitais gerais, mas os municípios de Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Ingra, Colorado e Lagoa dos Três Cantos não contam com esse tipo de estabelecimento.

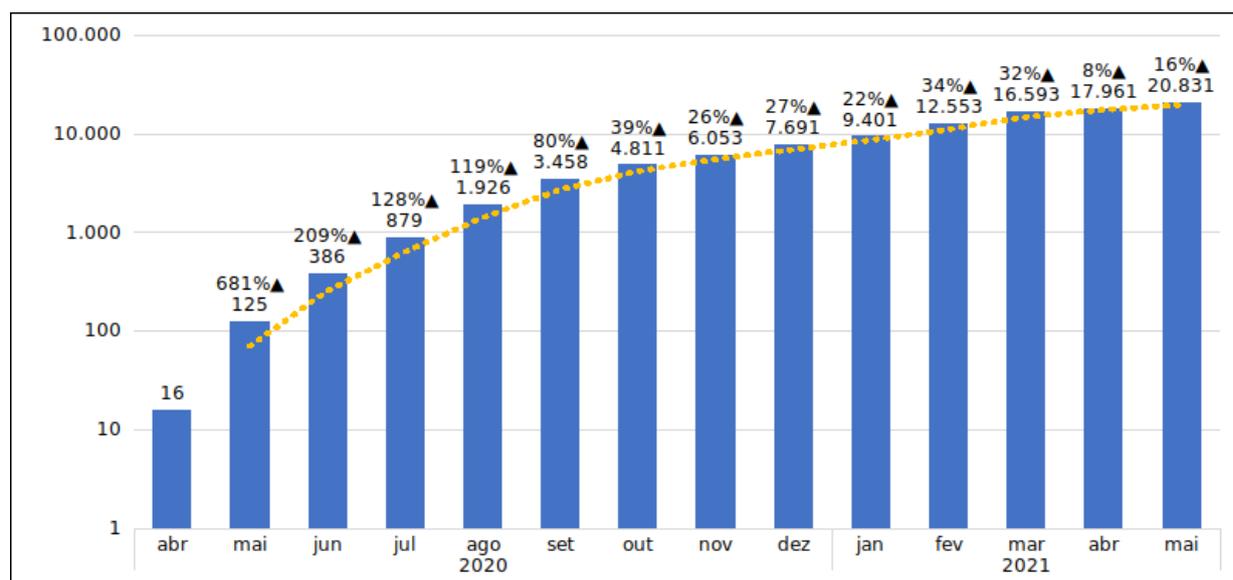
⁵Para mais informações quanto ao registro de leitos e principais conceitos, consultar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/Principais_Conceitos. Acesso em: 28 nov. 2021.

Em relação aos equipamentos disponíveis, da mesma forma como ocorre com os leitos, também há uma classificação em grandes grupos, como por exemplo, equipamentos de audiologia, de diagnóstico por imagem, de infraestrutura, de odontologia, de manutenção da vida, entre outros. Nos limitaremos a apresentar a resultante apurada dos equipamentos para manutenção da vida, uma vez que nesse grupo encontra-se os reanimadores pulmonares/AMBU e respiradores/ventiladores, equipamentos de grande demanda em na pandemia da Covid-19. A região possui 127 reanimadores pulmonares/AMBU, sendo que 88 pertencem ao SUS. Dentre os 52 respiradores/ventiladores, 33 são do SUS, enquanto a rede privada completa o total de equipamentos com 39 reanimadores e 19 respiradores.

Outro aspecto intimamente ligado a infraestrutura diz respeito as ocupações especializadas. Neste caso, a pesquisa priorizou a mensuração de três tipos de profissionais que protagonizam a emergência no enfrentamento a pandemia da Covid-19, sendo eles médicos pneumologistas (4), médicos infectologistas (1) e enfermeiros (205), essa sistematização estarrecedora computa o total desses profissionais especializados da região. É bem verdade que existem outros profissionais deslocados ao atendimento da linha de frente da pandemia na região, conforme se verifica em diferentes publicações locais, entretanto chama a atenção a carência existente na região de profissionais especializados, mesmo que estivéssemos tratando de um momento que antecederesse ao atual.

A análise da evolução da Covid-19 na Região do Alto Jacuí considerou o período de quatorze meses (abril/2020 a maio/2021), ao longo dos quais pode-se observar a ampliação progressiva da doença.

No Gráfico 1 consta a evolução acumulada do número de contágio de Covid-19 na região, assim como a variação percentual entre os meses e a média móvel do período. A trajetória de ocorrência dos casos apresenta constância crescente, com níveis de casos elevados, desde agosto de 2020, aproximando-se de dois mil casos (1.926), e passados quatro meses a contaminação da região já ultrapassava os sete mil casos (7.691), tendência crescente que se manteve até o final do período analisado, totalizando a expressivo número de 20.831 pessoas contaminadas. Em relação ao ritmo, apesar de não ser uniforme sempre se comportou de forma positiva, com maior intensidade entre abril e setembro de 2020. Posteriormente ocorreu um relativo arrefecimento no contágio, mas em um nível elevado de casos, apesar da tendência sugerida pela média móvel de estabilização.

Gráfico 1 – Evolução acumulada do contágio Covid-19 – Alto Jacuí

Fonte: elaborado pelos autores, com base no Painel Coronavírus RS.

Ao espacializar o total de casos de Covid-19 no território regional, tendo como mês de referência maio de 2021, verifica-se (na Tabela 1) o total de contágio por número absoluto de ocorrências nos municípios, salientando-se os municípios de Cruz Alta (7.631), Ibirubá (4.212), Não-Me-Toque (2.328), Tapera (1.348) e Santa Bárbara do Sul (1.113). Esses cinco municípios concentram 75% da população da Região do Alto Jacuí e os três primeiros formam o eixo industrial existente. Em relação a evolução relativa à população municipal, percebe-se que os contágios acometeram tanto municípios pequenos - Colorado (15,93%), Lagoa dos Três Cantos (15,52%), e Quinze de Novembro (14,04%) - quanto os maiores, como, Ibirubá (20,57%) e Santa Bárbara do Sul (14,25%).

Tabela 1 – Total do contágio Covid-19 por nº absoluto e relativo à população municipal - RAJ

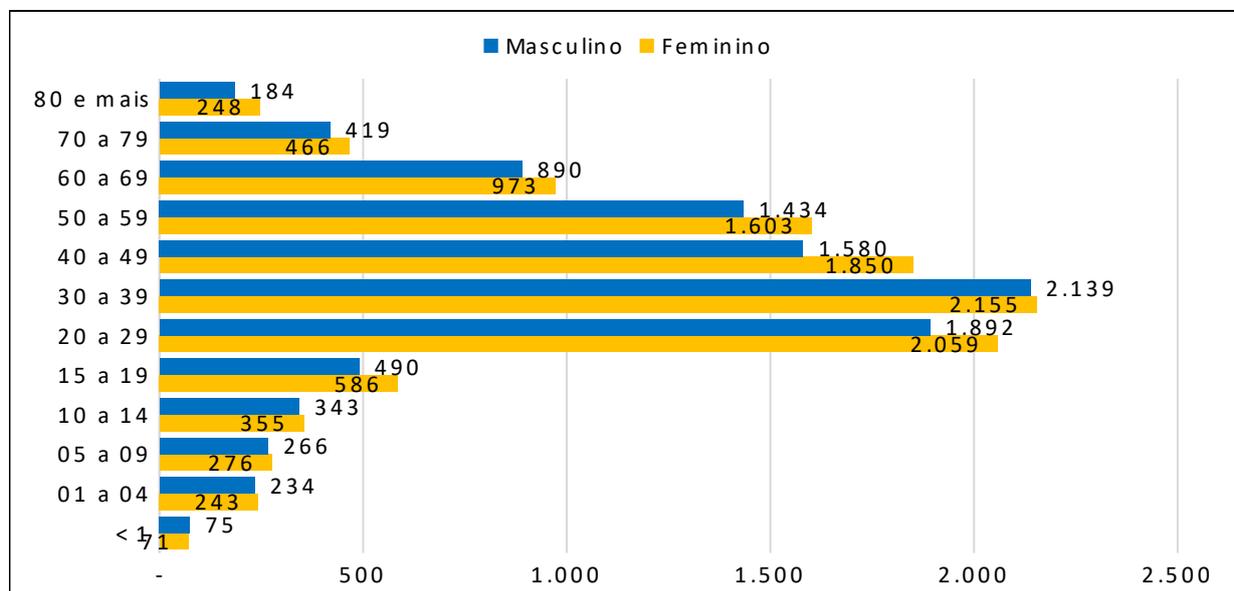
Classificação	Município	Contágio	Município	Contágio/pop. (%)
1º	CRUZ ALTA	7.631	IBIRUBÁ	20,57%
2º	IBIRUBÁ	4.212	COLORADO	15,93%
3º	NÃO-ME-TOQUE	2.328	LAGOA DOS TRÊS CANTOS	15,52%
4º	TAPERA	1.348	SANTA BÁRBARA DO SUL	14,25%
5º	SANTA BÁRBARA DO SUL	1.113	QUINZE DE NOVEMBRO	14,04%
6º	SALTO DO JACUÍ	965	FORTALEZA DOS VALOS	13,31%
7º	SELBACH	660	NÃO-ME-TOQUE	13,02%
8º	FORTALEZA DOS VALOS	566	SELBACH	12,91%
9º	QUINZE DE NOVEMBRO	535	CRUZ ALTA	12,81%

10º	COLORADO	492	TAPERA	12,75%
11º	SALDANHA MARINHO	319	SALDANHA MARINHO	12,29%
12º	BOA VISTA DO INCRA	249	BOA VISTA DO INCRA	9,47%
13º	LAGOA DOS TRÊS CANTOS	249	SALTO DO JACUÍ	7,71%
14º	BOA VISTA DO CADEADO	164	BOA VISTA DO CADEADO	6,65%

Fonte: elaborado pelos autores, com base no Painel Coronavírus RS.

O Gráfico 2 consolida a ocorrência de contágio por faixa etária e sexo, a estratificação por idade demonstra substancial concentração dos casos entre as faixas etárias de (20 a 29 anos) até (60 a 69 anos), totalizando mais de dezesseis mil casos (16.575), o que correspondendo a (80%) dos casos da região. Em relação a evolução por sexo, a maior incidência ocorreu no sexo feminino (10.885) ao passo que no sexo masculino foi acometido (9.946) casos, em termos percentuais a distribuição resulta em (52%) e (48%) respectivamente. Ainda, é possível estabelecer análise a partir do total de casos estratificados entre as populações considerando, jovem (0 a 14 anos), idade ativa (15 a 59 anos) e idoso (60 anos e mais), o que resulta em (9%), (76%) e (15%) respectivamente.

Gráfico 2 – Evolução acumulada do contágio Covid-19 por faixa etária e sexo – Alto Jacuí

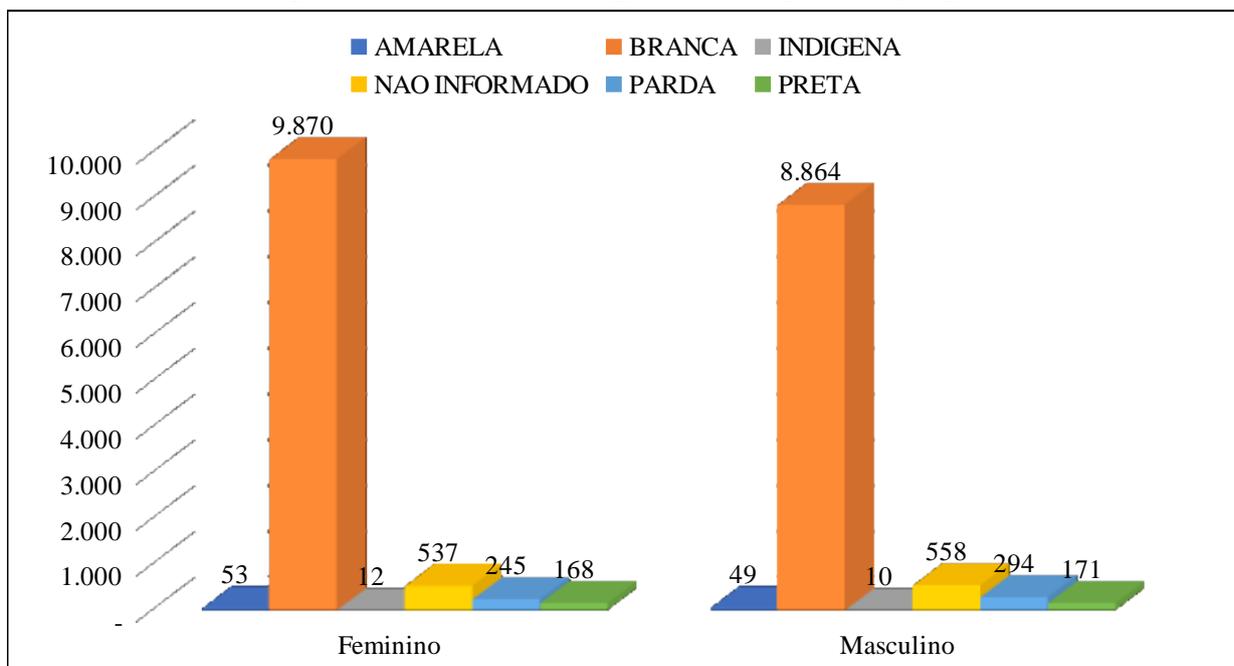


Fonte: elaborado pelos autores, com base no Painel Coronavírus RS.

Outra dimensão da evolução do contágio importante a ser observada na região é a por sexo, raça e cor, perspectiva que está sintetizada no Gráfico 3, onde preponderantemente a incidência ocorre em pessoas declaradas brancas, independente do sexo, porém o que chama a atenção foi a incidência em indígenas, acometidos em um total de 22 casos, haja vista que se

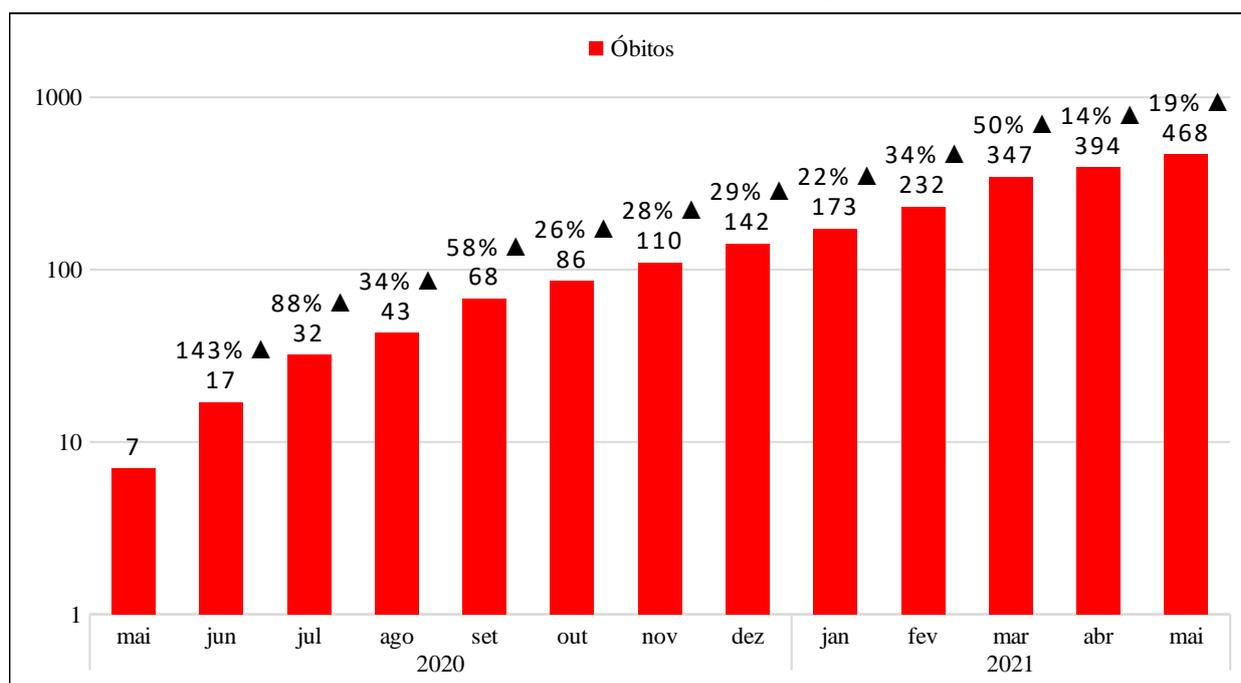
trata de uma população exposta a um grau de risco mais elevado, visto seus costumes e até mesmo as condições de frágil inserção na sociedade, que os submetem a maior exposição sem as condições de distanciamento sugeridas por especialistas da saúde. Também há um número significativo de pessoas que não se declararam ou não foi computada a raça e cor.

Gráfico 3 – Evolução acumulada do contágio Covid-19 por sexo, raça e cor – Alto Jacuí



Fonte: elaborado pelo autor, com base no Painel Coronavírus RS.

Em relação a evolução acumulada dos óbitos decorrentes da pandemia da Covid-19 na RAJ, o Gráfico 4 ilustra a trágica trajetória ao longo dos meses analisados. As perdas humanas foram sendo contabilizadas logo após um mês dos primeiros registros de contágio no Alto Jacuí, aumentando o número de vítimas à medida em que o contágio também se expandia, ou seja, esse comportamento mostra uma relação direta entre contágio e óbitos. Em maio de 2020, foram registrados 7 óbitos) e, em novembro de 2020, ou seja, apenas seis meses após os registros das primeiras vítimas por Covid-19, os registros perfaziam mais de cem óbitos (110). O mórbido ritmo medido mostrou-se irregular, com variações maiores em alguns meses e menores em outros. Ao longo de todo o período analisado, entre maio de 2020 e maio de 2021, foram 468 vidas perdidas.

Gráfico 4 – Evolução acumulada de óbitos por contágio Covid-19 – Alto Jacuí

Fonte: elaborado pelos autores, com base no Painel Coronavírus RS.

A Tabela 2 classifica em ordem, os municípios com maiores perdas humanas em números absolutos, bem como por taxa de letalidade⁶, é possível identificar a partir da classificação que municípios com o maior número de óbitos, necessariamente não são os que apresentam maior taxa de letalidade, por certo há muitas razões para explicar essa dinâmica tão desigual no território, variáveis como fatores sociais, culturais, econômicos e principalmente a forma com que cada município respondeu a crise sanitária.

Tabela 2 – Total de óbitos de Covid-19 por nº absoluto e taxa de letalidade por município – RAJ

Classificação	Município	Óbitos	Município	Letalidade
1º	CRUZ ALTA	186	SANTA BÁRBARA DO SUL	3,59%
2º	IBIRUBÁ	72	SELBACH	3,18%
3º	NÃO-ME-TOQUE	47	SALDANHA MARINHO	3,13%
4º	SANTA BÁRBARA DO SUL	40	TAPERA	2,74%
5º	TAPERA	37	COLORADO	2,44%
6º	SELBACH	21	CRUZ ALTA	2,44%

⁶ Conforme a Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, trata-se da proporção entre o número de mortes de pessoas confirmadas e o número total de casos notificados confirmados. Fonte: Disponível em: <<https://ti.saude.rs.gov.br/covid19/sobre>>. Acesso em 29 set. 2021.

7º	SALTO DO JACUÍ	14	NÃO-ME-TOQUE	2,02%
8º	COLORADO	12	LAGOA DOS TRÊS CANTOS	2,01%
9º	QUINZE DE NOVENBRO	10	QUINZE DE NOVENBRO	1,87%
10º	SALDANHA MARINHO	10	IBIRUBÁ	1,71%
11º	FORTALEZA DOS VALOS	8	BOA VISTA DO INCRA	1,61%
12º	LAGOA DOS TRÊS CANTOS	5	SALTO DO JACUÍ	1,45%
13º	BOA VISTA DO INCRA	4	FORTALEZA DOS VALOS	1,41%
14º	BOA VISTA DO CADEADO	2	BOA VISTA DO CADEADO	1,22%

Fonte: elaborado pelos autores, com base no Painel Coronavírus RS.

Através da apuração da incidência⁷ de casos e mortalidade⁸ por 100 mil habitantes, métrica utilizada para minimizar os efeitos proporcionais, ou seja, em municípios que apresentam população com tamanhos diferentes, buscamos complementar as perspectivas anteriores. Na Tabela 3 os cinco municípios que apresentaram maior fragilidade, com uma maior incidência de casos foram Ibirubá (20.572), Colorado (15.933), Lagoa dos Três Cantos (15.933), Santa Bárbara do Sul (14.245) e Quinze de Novembro (14.042). Em termos de mortalidade, dentre os cinco primeiros municípios com maior incidência, somente Santa Bárbara do Sul (512) e Ibirubá (352) figuram nas primeiras colocações em relação às mortes por 100 mil habitantes.

Tabela 3 – Incidência e Mortalidade de Covid-19 por 100 mil habitantes por município – RAJ

Classificação	Município	Incidência/100 mil hab.	Município	Mortalidade/100 mil hab.
1º	IBIRUBÁ	20.572	SANTA BÁRBARA DO SUL	512
2º	COLORADO	15.933	SELBACH	411
3º	LAGOA DOS TRÊS CANTOS	15.524	COLORADO	389
4º	SANTA BÁRBARA DO SUL	14.245	SALDANHA MARINHO	385
5º	QUINZE DE NOVENBRO	14.042	IBIRUBÁ	352
6º	FORTALEZA DOS VALOS	13.311	TAPERA	350
7º	NÃO-ME-TOQUE	13.016	CRUZ ALTA	312
8º	SELBACH	12.906	LAGOA DOS TRÊS CANTOS	312

⁷ Conforme a Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, trata-se do número de casos confirmados em residentes por 100 mil habitantes (população total residente estimada). Fonte: Disponível em: <<https://ti.saude.rs.gov.br/covid19/sobre>>. Acesso em 29 set. 2021.

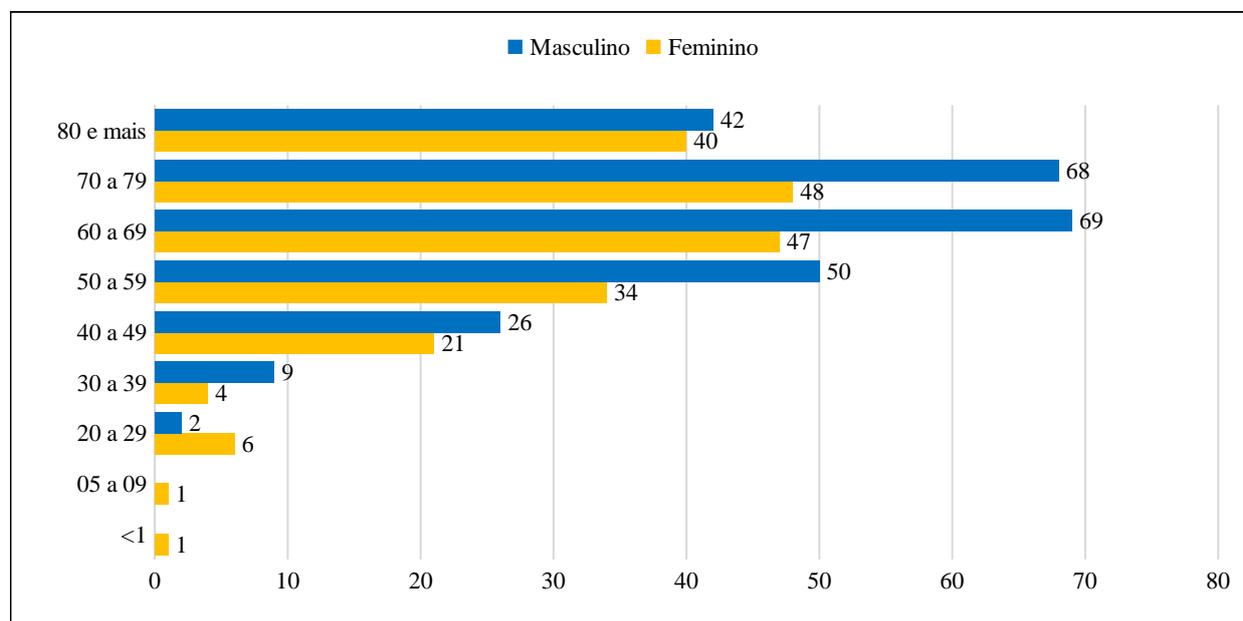
⁸ Conforme a Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, trata-se do número de óbitos confirmados em residentes por 100 mil habitantes (população total residente estimada). Fonte: Disponível em: <<https://ti.saude.rs.gov.br/covid19/sobre>>. Acesso em 29 set. 2021.

9º	CRUZ ALTA	12.812	NÃO-ME-TOQUE	263
10º	TAPERA	12.754	QUINZE DE NOVEMBRO	262
11º	SALDANHA MARINHO	12.288	FORTALEZA DOS VALOS	188
12º	BOA VISTA DO INCRA	9.475	BOA VISTA DO INCRA	152
13º	SALTO DO JACUÍ	7.713	SALTO DO JACUÍ	112
14º	BOA VISTA DO CADEADO	6.650	BOA VISTA DO CADEADO	81

Fonte: elaborado pelo autor, com base no Painel Coronavírus RS.

Ao estratificar as vítimas de Covid-19 por faixa etária e sexo, através do Gráfico 5, pode-se verificar que há uma concentração de 95% das mortes nas faixas etárias entre 40 a 49 anos e 80 e mais anos, com predomínio de perdas masculinas (266), ao passo que as perdas femininas resultaram em 202 óbitos, correspondendo de forma percentual a 57% e 43%, respectivamente. A exceção do predomínio masculino ocorreu nas faixas etárias <1 anos e 05 a 09 anos, as quais não registraram nenhum óbito desse gênero, bem como entre 20 a 29 anos, que registrou um maior número de perdas femininas.

Gráfico 5 – Evolução acumulada de óbitos por contágio Covid-19 por faixa etária e sexo – RAJ



Fonte: elaborado pelos autores, com base no Painel Coronavírus RS.

4 Considerações finais

A difusão global da pandemia da Covid-19 desnudou as mazelas e desigualdades existentes entre os países, regiões e grupos sociais. Os impactos dessa circulação, embora com diferentes resultados espaciais e sociais de dispersão, reafirmam a necessidade da perenidade

de políticas públicas preventivas que atendam as diferentes dinâmicas sociais e econômicas existentes nos distintos territórios.

Especificamente em relação a Região do Alto Jacuí, constituída majoritariamente por municípios pequenos e que possui como referência (institucional, populacional e econômica) o município de Cruz Alta, o qual concentra a oferta de serviços públicos e privados especializados, pôde-se observar que o fluxo contínuo de habitantes de toda a região para esse município acabou por ser um fator potencial da difusão do vírus, considerando a configuração de sua rede urbana regional através das suas principais rodovias de acesso. A infraestrutura de saúde, composta por hospitais, leitos hospitalares, unidades de terapia intensiva, entre outros elementos extremamente demandados no enfrentamento à pandemia, apresenta uma distribuição desigual no território analisado, tanto em relação aos municípios, como em relação ao seu pertencimento a rede privada ou pública e a sua quantidade. Os equipamentos disponíveis estão aquém das necessidades da região, assim como também ocorre com a mão de obra especializada, embora a pesquisa tenha identificado que um deslocamento de profissionais de outras regiões para atender a demanda da RAJ nas ações de enfrentamento à pandemia.

O maior número de contágios na RAJ concentrou-se em cinco municípios, sendo que destes, três (Cruz Alta, Ibirubá e Não Me Toque) formam o eixo industrial da região. Por outro lado, a evolução relativa à população total se fez sentir tanto nos pequenos como nos maiores municípios. Faz-se necessário destacar que os pequenos municípios, por se encontrarem localizados nas regiões mais distantes do município de Cruz Alta, o qual concentra grande parte dos serviços de saúde, foram os mais afetados.

Em termos de faixa etária, 80% dos casos concentraram-se nas faixas etárias entre 20 e 29 anos e entre 60 e 69 anos. Quanto a representação por sexo, 52% dos casos identificados foram de mulheres e 48% de homens. Em relação à classificação por idade, 76% dos casos estão na faixa considerada como população em idade ativa (15 a 59 anos). Esses dados indicam que as pessoas que estabeleceram fluxos de deslocamentos em função de trabalho, estudo, compras etc, muitas vezes privadas do isolamento recomendado em função de suas frágeis condições econômicas e de estrutura física e sanitária, foram as acometidas com maior intensidade pela doença. Da mesma forma, chama atenção a maior incidência entre as mulheres.

Em relação a raça e cor, independentemente do sexo, na RAJ houve uma prevalência maior de casos entre as pessoas declaradas brancas. O destaque negativo ficou por conta do acometimento de indígenas (22 casos), pois trata-se de uma população exposta a um grau de risco mais elevado, considerando seus costumes e sua frágil inserção social. Um número considerável de pessoas não se declarou ou não teve identificada a sua raça e cor.

A evolução de óbitos se deu logo após um mês dos primeiros registros de contágio e mostrou-se diretamente relacionada a evolução do contágio, embora o ritmo medido demostre irregularidades, comportamento que aparentou ser uma tendência dessa doença em suas diferentes dimensões analisadas. Outras evidencias que emergiram das análises sobre os óbitos

dizem respeito a taxa de letalidade, a qual se mostrou ser mais significativa em municípios onde o número absoluto de óbitos foi menor, assim como a taxa de mortalidade que difere dos municípios com maior prevalência. Essas informações precisam ser analisadas de forma conjunta, entretanto, ambas reafirmam a fragilidade dos pequenos municípios distantes de sua referência regional. Quando observado os óbitos por faixa etária e sexo, constata-se a concentração de 95% das mortes nas faixas etárias entre 40 e 49 anos e 80 e mais anos, sendo que o acometimento de homens 57% foi mais significativo do que o das mulheres 43%.

De forma trágica, a pandemia agravou a situação de precariedade econômica e social vivida por uma parcela significativa da população brasileira, fruto da histórica desigualdade do país, da crise econômica e política que emergiu a partir de 2015-16 e do desmantelamento das políticas sociais nos últimos anos. O país ocupa hoje a 2ª posição no ranking internacional referente ao número absoluto de mortes por Covid-19, atrás dos Estados Unidos.

Por fim, a pandemia também oportunizou a volta de algumas questões ao debate público, por exemplo, o papel fundamental de coordenação das políticas públicas realizado pelo Estado, sobretudo pelo Governo Executivo Federal, e a necessidade de implementação de políticas públicas condizentes com as demandas dos diferentes territórios e segmentos sociais, sob pena de comprometer a vida e o bem-estar da população.

Referências

- BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº7. 508, de 28 de junho de 2011**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional Presidência da República, Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, 1988.
- BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde, Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. 1990a Brasília-DF.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010 Brasília-DF
- CONASEMS, CNSMS, **Regionalização da saúde: posicionamento e orientações**. 2019 Brasília, DF. https://www.conasems.org.br/orientacao_ao_gestor/rede-conasems-cosems-lanca-documento-para-a-regionalizacao-da-saude/ acesso em 20/06/2020.
- DOWBOR, M. Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. **Lua Nova**, São Paulo, 78: 185-222, 2009.
- SCOREL, S, História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 323-364.

FAVARETO et al. Territórios importam – Bases conceituais para uma abordagem relacional do desenvolvimento das regiões rurais ou interioranas no Brasil. **Revista em Gestão, Inovação e Sustentabilidade** – Brasília, v. 1, n. 1, p. 14-46, dez. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de dados do IBGE. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sistema agregador de informações do IBGE sobre os municípios e estados do Brasil**. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/> >. Acesso em: 01 dez. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **ContaSatélite de Saúde: Brasil 2010 - 2017**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9056-conta-satelite-de-saude.html?t=resultados>>. Acesso em: 26 junho 2020.

LIMA, L. e DASCENZI, L. **Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas**. Revista de Sociologia e Política, v. 21, n. 48: 101-110, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n48/a06v21n48.pdf>

LOTTA, G.; PAVEZ, T. R. Agentes de implementação: mediação, dinâmicas e estruturas relacionais. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 15, n. 56, p. 109-125, 2010.

MENDES, A. N. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeiro**. São Paulo: Hucitec, 2011.

MINAYO, M.C.S. Sobre a complexidade da implementação do SUS (prefácio). In: SILVA, S.F. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo. Hucitec, 2001.

MOROSINI, L. Heróis de carne e osso. **RADIS**, Rio de Janeiro, n. 213, p. 18-19, jun. 2020

PAIM, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2018, v.23, n.6, p.1723-1728.

REIS, J. Uma epistemologia do território. **Estudos Sociedade e Agricultura**. FAPERJ, v. 13, n. 1, p. 51-74, 2005.

REIS, J. **Território e políticas do território: a interpretação e a ação**. **Finisterra**, v. 50, n. 100, p. 107-122, 2015. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/finisterra/article/view/7868>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Coordenação e Planejamento. Departamento de Estudos Econômicos e Sociais e Planejamento Estratégico. **Rumos 2015: estudo sobre desenvolvimento regional e logística de transportes no Rio Grande do Sul/ SCP-DEPLAN; DCAPET**. Porto Alegre: SCP, 2006. Disponível em: <<https://planejamento.rs.gov.br/rumos-2015>>. Acesso em: 17 nov. 2021.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE – **Painel Coronavírus no Rio Grande do Sul**. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<https://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>>. Acesso em: 21 jun. 2021.

SES – Secretária da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul apresenta informações gerais sobre o COVID-19. Disponível em: <<https://coronavirus.rs.gov.br/inicial>>. Acesso em 09 set. 2020.

SILVA, A.C; BATISTA, J.H.S; SANTOS, W.C.M. Desmonte e sucateamento do SUS: o ataque neoliberal à política de saúde no Brasil. **ANAIS**. 7º Seminário frente nacional contra a privatização da saúde 27 a 29 de outubro de 2017.

SILVA, S. F . Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo de construção. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p. 38-46, jan./abr. 2009

SINDIFARS – Sindicato dos Farmacêuticos do Rio Grande do Sul. **“Você vai deixar o SUS perder mais R\$ 35 bilhões em 2021? Assine a petição”**. Disponível em: <http://sindifars.com.br/2020/08/27/>. Acesso em: 20 de setembro de 2020.

TEIXEIRA, S.M.F. *et al.* Impactos da Descentralização do SUS sobre o Processo de Modernização dos Governos Locais. **Contabilidade, Gestão e Governança** – Brasília, v. 14, n. 3, p. 100-119, set./dez. 2011.

Sobre o autor:

Vinicius de Camargo Machado

Mestre em Administração pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC e doutorando em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. E-mail: viniciusdecamargomachado@gmail.com

Cláudia Tirelli

Doutora e mestre em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS; Pós-doutorado pela Universidad Complutense de Madrid – Espanha; docente no PPG em Desenvolvimento Regional e no Departamento de Ciências, Humanidades e Educação na Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. E-mail: ctirelli@unisc.br

Maria Raquel Steyer

Mestre e doutoranda em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. E-mail: raquel.steyer@gmail.com