



PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA BAHIA: ASPECTOS POLÍTICOS-INSTITUCIONAIS E MODELAGEM DOS TERRITÓRIOS SANITÁRIOS

Adriano Maia dos Santos¹
Marluce Maria Araújo Assis²

Resumo

Trata-se de uma revisão sistemática sobre o processo de regionalização nas políticas de saúde na Bahia. As principais fontes de informação foram documentos institucionais e artigos científicos que abordam essa temática nas últimas três décadas. Buscou-se abordar desde a desconcentração administrativa dos anos sessenta até o período mais recente na vigência do Pacto pela Saúde para compreensão da modelagem dos territórios sanitários. Apontam-se, também, os aspectos políticos-institucionais e as articulações entre os atores, que culminaram com a definição das atuais Regiões de Saúde. O processo de regionalização na Bahia é carreado de avanços e retrocessos, mas delinea um aprendizado institucional que merece ser conhecido e revisitado para identificação e, sobretudo, para não perder de vista a historicidade desse processo e suas implicações nas políticas atuais.

Palavras-chave: Regionalização; Planejamento em saúde; Sistema Único de Saúde; Integração de sistemas; Sistemas de saúde

Recebimento: 19/10/2015 • Aceite: 25/11/2016

¹ Doutor em Saúde Pública pela Fiocruz. Professor da Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, BA, Brasil. E-mail: maiaufba@ufba.br

² Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil. E-mail: marluce.assis@pq.cnpq.br

HEALTH REGIONALISATION PROCESS IN BAHIA STATE, BRAZIL: INSTITUTIONAL AND POLITICAL ASPECTS AND HEALTH TERRITORY MODELLING

Abstract

This was a systematic review on the health policy regionalisation process in Bahia. The main information sources were institutional documents and scientific papers addressing this topic over the past thirty years. It endeavoured to span from the administrative desconcentration of the 1960s through to the more recent Pact for Health period in order to understand how health territories have been modelled. It also points to institutional policy aspects and the interrelations among actors that culminated in the establishment of the present-day Health Regions. In Bahia health regionalisation has been marked by advances and setbacks, but frames an institutional learning process that deserves to be more widely known and revisited in order to identify – and most importantly not to lose sight of – the historicity of the process and its implications for present policies.

Keywords: Regional health planning; Health planning; Unified Health System; Systems integration; Health systems

Introdução

A regionalização na saúde, no Brasil, é uma estratégia organizativa respaldada nas diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) que se traduz pela necessidade de formar redes de atenção à saúde nos diversos espaços geográficos da federação (LIMA; VIANA, 2011). Trata-se, portanto, de um complexo processo político (ÁQUILAS et al., 2015), pois envolve diferentes sujeitos sociais com interesses, muitas vezes, conflitantes, com graus variados de governabilidade e distintos recursos (simbólico, técnico ou financeiro). Assim, para além do espaço físico-geográfico, os dirigentes sanitários necessitam pactuar estratégias para uma governança regional (SANTOS; GIOVANELLA, 2014), de modo a responder às inúmeras necessidades de saúde individuais e coletivas da população, num determinado território, por meio de planejamento integrado, gestão colegiada e financiamento solidário em uma rede assistencial para produção do cuidado.

Segundo Mello e Viana (2012), no Brasil, o conceito de regionalização torna-se orgânico a partir de 1968, quando surgiu a ideia de integração nas áreas de administração e planejamento, tornando-se comum encontrar o conceito nos projetos de reorganização sanitária a partir da década de 1970. Todavia, percebe-se um lapso de tempo até sua priorização nas políticas de organização do SUS, posto que somente no início dos anos 2000 foram estabelecidas as estratégias de normatização para constituição de redes regionalizadas de saúde, por meio da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), reatualizando o tema regionalização na agenda dos gestores do SUS, além de resgatar o papel dos estados na condução desse processo (LIMA et al., 2010; VIANA et al., 2008).

Nessa direção, Mendes (2010) sistematiza os elementos organizativos para conformação de redes assistenciais e afirma que a população é o elemento central à rede, portanto, suas necessidades socio sanitárias devem ser conhecidas e mapeadas na forma de territórios sanitários (território-processo). Por sua vez, a estrutura operacional, segundo elemento das redes, é representada por cinco componentes: 1) Atenção Primária à Saúde (o centro de comunicação); 2) outros níveis de densidade tecnológica (secundário e terciário); 3) os sistemas de apoio; 4) os sistemas logísticos; e 5) sistema de governança. Por fim, segundo o autor, o modelo de atenção, terceiro elemento, é a racionalidade sistêmica que estampa a modelagem da rede, incidindo e sendo incidida dialeticamente nos/pelos seguintes planos: político, ideológico e cognitivo-tecnológico.

De maneira instigante, Campos (2000) amplia o conceito de redes e afirma que o desafio de pensar redes é concebê-la como espaço de produção coletiva, no sentido de admitir que se trata da gestão do trabalho em equipe e que, portanto, desdobra-se na produção de coisas (bens de uso) e pessoas (rede de relações). Nessa perspectiva, pensar em redes de cuidado à saúde requer abrir-se para gestões democráticas (cogestões), o que implica algumas funções básicas:

[...] uma clássica, de administrar e planejar processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso; outra de caráter político, a cogestão como uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições; e ainda uma pedagógica e terapêutica. A capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a construção de sujeitos (CAMPOS, 2000, p.14).

Num cenário concreto, Silva e Gomes (2013; 2014) analisam como tem sido operada a regionalização em alguns municípios do Estado de São Paulo, apontam os desafios a serem superados na construção de redes regionais e destacam: capacidade de articulação entre os diferentes sujeitos e interesses envolvidos; criação de mecanismos que potencializem a solidariedade e a cooperação entre os entes federados; e a presença mais efetiva da esfera estadual, buscando o consenso para amenizar os conflitos, em defesa de interesses comuns das instituições e dos sujeitos participantes. Também em territórios regionais, Almeida, Santos e Souza (2015) analisam e discutem os desafios e as possibilidades de integração de serviços em regiões de saúde, na Bahia, e as estratégias empreendidas para responder ao princípio constitucional da integralidade à saúde.

O presente estudo apresenta uma análise da regionalização da saúde, tomando como cenário de discussão, o Estado da Bahia. Por meio de documentos governamentais e revisão bibliográfica, procura-se traçar os principais marcadores políticos-institucionais que culminaram na atual modelagem dos seus territórios sanitários.

Metodologia

Trata-se de uma análise documental (PIMENTEL, 2001) e revisão sistemática (CASTRO, 2001), utilizando-se métodos padronizados para identificar, selecionar e analisar criticamente dados oriundos de investigações científicas. Utilizaram-se dados de

produções (artigos e teses/dissertações) disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A BVS congrega fontes de informação de inúmeras outras bases das ciências da saúde (LILACS, IBICS, MEDLINE, Cochrane, SciELO), sendo, portanto, adequada para revisões sistemáticas. Na pesquisa em foco, houve restrição de bases, pois o idioma eleito foi o português, por conta de tema inerente ao sistema de saúde brasileiro.

Na base de dados, elegeu-se o recurso de metapesquisa, optando-se pelo “método de pesquisa integrado” a partir dos termos: (a) “regionalização saúde” AND “Bahia”; (b) “municipalização saúde” AND “Bahia”; e (c) “descentralização saúde” AND “Bahia”.

Foram identificadas 119 referências (selecionadas em abril de 2015). Para refinar a coleta, foram utilizados os filtros: 1) texto completo; e 2) idioma português. Foram excluídos textos não disponíveis na íntegra e identificaram-se 46 referências. Procedeu-se com a leitura dos títulos e resumos, desconsiderando-se artigos que não atendiam à temática em foco e artigos duplicados, perfazendo nove artigos.

A análise consistiu numa etapa exploratória com o levantamento dos artigos relacionados ao objetivo da pesquisa que, após seleção, compreendeu produções das últimas quatro décadas (1973-2014). O material selecionado foi organizado por meio de uma leitura panorâmica, seguida por uma leitura integral para identificar os principais argumentos nos textos. Por fim, organizou-se o material coletado que passou por uma classificação de cunho analítico e foram complementados por documentos institucionais de acesso público da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (12 documentos) e outros artigos recentes que tratam da regionalização e/ou organização de serviços na Bahia, mas que não foram contemplados na busca sistematizada pela BVS (12 referências incorporadas). A amostra final foi composta por 33 referências .

As produções selecionadas foram agrupadas em duas categorias, observando que um mesmo texto pode compor mais de uma categoria: 1) Da desconcentração administrativa ao protagonismo dos Distritos Sanitários; e 2) Da habilitação “cartorial” à pactuação “voluntária”. Com base nas categorias definidas, conformou-se a discussão dos diferentes estudos para evidenciar o estado do conhecimento, as questões mais relevantes e as lacunas sobre o processo de regionalização na Bahia.

Resultados e discussão:

Da desconcentração administrativa ao protagonismo dos Distritos Sanitários

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

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

Nessa seara, Teixeira et al. (1993) ressaltam que, até final dos anos oitenta, não existia uma política de regionalização territorial-populacional na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), embora reconheçam alguns elementos normativos que apontavam para essa direção e que advinham da experiência dos anos 60-70 com a Reforma Administrativa do Estado e criação dos CERS. Esses autores destacam que a criação das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), na década de 1980, no âmbito da SESAB, e o protagonismo da Bahia, ao ser o primeiro Estado a assinar o convênio do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), foram medidas impulsionadas por questões nacionais (movimento pela municipalização, descentralização e democratização da saúde) e internas (governo estadual de perfil democrático, com eleição direta). Nesse sentido, por circunstâncias específicas da situação baiana, o projeto de governo, “além das propostas gerais relativas ao financiamento, gestão e desenvolvimento da infraestrutura da rede pública de serviços, incorporou como

estratégia de reorganização dos serviços a criação dos Distritos Sanitários (DS)” (TEIXEIRA et al., 1993, p.2).

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

experiência da Bahia com o processo de descentralização não esgota a compreensão do SUS como resultado de uma reforma administrativa, mas estende o seu alcance à realização de uma ‘reforma assistencial’. Esta implica a adoção de critérios organizacionais e operativos que supõem a racionalização do atendimento à demanda e busca a reorganização da oferta de serviços, de acordo com as necessidades e problemas das populações carentes que vivem, trabalham, adoecem e morrem no território dos Distritos Sanitários (TEIXEIRA et al., 1993, p.83).

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

O fortalecimento do convênio SUDS na Bahia, também, avançou com a indução para que os municípios organizassem seus

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

Na Bahia, assim como em todo o Brasil, a implantação do SUS, nos anos noventa, aconteceu imersa numa conjuntura desfavorável, pois as forças hegemônicas apontavam para reforma restritiva do Estado (redução de funções) e estreitamento das políticas sociais (COELHO, 2005; SOARES, 2002). Por sua vez, as diferentes normas operacionais (NOB 91, NOB 92, NOB 93, NOB 96, NOAS 2001 e NOAS 2002) foram estratégias de indução, do Ministério da Saúde, às formas de gestão, provisão e financiamento de estados e municípios, ainda que “estes termos contrariassem aspectos das leis nacionais reguladoras do sistema e as normas editadas (por meio de portarias) inibissem fortemente a liberdade dos estados e municípios para dispor sobre seus planos de saúde, de acordo com sua realidade local e regional” (SANTOS; ANDRADE, 2007, p.27).

A NOB 93, por exemplo, é considerada uma vitória do movimento municipalista, pois criou fóruns interfederativos de negociação e pactuação e assegurou flexibilidade no processo de organização e formas diferenciadas de financiamento por condição técnica e operativa de gestão (parcial, semiplena e plena), estabelecendo graus crescentes de descentralização do SUS (SOLLA, 2006). Nesse momento, na Bahia, cria-se a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) como fórum de articulação entre os gestores estadual e municipal, sendo composta de forma paritária e constituída por representação do estado (indicados pela SESAB) e do município (indicados pelo COSEMS) e com decisões tomadas por consenso. A CIB é uma instância de caráter informativo, consultivo e deliberativo, sendo instituída, na Bahia, pela Portaria nº 2.094, de 1993 (BAHIA, 2007).

Em relação à CIB, na Bahia, ainda que se constitua um palco privilegiado de negociações entre gestores, as prioridades sanitárias eram capitaneadas por interesses políticos, muitas vezes, em detrimento das necessidades da população. O período de 1993-1998 foi

analisado e, no referido estudo, destacam-se os conflitos relacionados a boicotes e/ou favorecimentos ao processo de descentralização e habilitação, além da distribuição de recursos e bens do estado para os municípios, vinculados à bandeira partidária e/ou sem critérios técnicos (GUIMARÃES, 2003).

Tais práticas comprometeram o processo de implantação da NOB 93 no estado, pois a SESAB, na época, não estimulou o processo de descentralização e nenhum município assumiu a gestão semiplena. Somente cerca da metade habilitou-se na gestão incipiente, soma-se a isso o fato de que, até 1998, não havia descentralização das autorizações de internação hospitalar (AIH) para qualquer município (SOLLA, 2010). Para esse autor, “a descentralização do SUS na Bahia foi marcada pela ausência de estímulo estadual ao processo e intensa partidização na relação intergestores” (p.125).

Por outro lado, o acúmulo de experiências, em diferentes partes do Brasil, deflagrou a luta por plena responsabilidade do ente público municipal sobre a gestão do sistema de saúde e não somente sobre a prestação de serviços e, com a NOB 96, simplificou-se as modalidades de gestão municipal em dois níveis (plena da atenção básica e plena do sistema municipal), além de consolidar o processo de descentralização do SUS. Essa norma operacional engendrou dispositivos importantes que fortaleceram a gestão municipal: 1) transferência automática e direta de recursos financeiros (fundo nacional ao fundo municipal de saúde); 2) Piso Assistencial Básico (PAB) com diferencial para incentivo à Saúde da Família e outros programas; 3) Programação Pactuada e Integrada (PPI), apontando para necessidade de integração de sistemas intermunicipais (regionalização). Porém, uma das críticas à NOB 96 é que “impediu a possibilidade de municípios de pequeno porte de assumirem a gestão plena de seu sistema municipal, pois essa condição só era admissível se o ente federativo tivesse todos os serviços necessários ao atendimento de sua população” (SANTOS; ANDRADE, p.65).

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

o estado da Bahia, em particular, sai da situação do mais atrasado em termos do número de municípios habilitados para um dos mais avançados, [...]. Até o ano de 1996,

apenas 25 municípios dos 415 existentes no estado, no período, estavam habilitados a gestores do SUS. No período de 1997 e 1998, esse número passou para 351 municípios” (GUIMARÃES, 2003, p.18).

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

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

Paralelamente às iniciativas das gestões municipais, o Ministério da Saúde edita as NOAS 2001 e 2002, estabelecendo diretrizes para o processo de regionalização como estratégia para hierarquização dos serviços de saúde (interdependência municipal), fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualização dos critérios de habilitação de estados (gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual) e municípios (gestão plena da atenção básica ampliada e gestão plena do sistema municipal). Além disso, é com a NOAS que se estabelece a necessidade de elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR), pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), para um planejamento integrado em territórios micro e macrorregionais. Para atender a essa demanda, em 2001, a SESAB, por meio da Superintendência da Gestão Descentralizada de Saúde (SUDESC), assumiu a responsabilidade de

coordenar, em consonância com a CIB, a elaboração do primeiro PDR da Bahia, tendo como divisão territorial seis macrorregiões e 31 microrregiões (BAHIA, 2012a) e, em 2003, o Estado assume a Gestão Plena, que “permitiu ao gestor estadual maior autonomia para a condução do sistema estadual de saúde e, além disso, de modo particular, alterou a forma de participação do Ministério da Saúde no financiamento do SUS” (BAHIA, 2012a, p.46).

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

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

Da habilitação “cartorial” à pactuação “voluntária”

A regionalização da rede assistencial de serviços de saúde, no Brasil, é um princípio estruturante do Sistema Único de Saúde, contudo, ganha maior destaque na agenda política no início dos anos 2000 com a NOAS e, mais recentemente, com a publicação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006). Ressalta-se, ainda, que o processo de

regionalização seguiu diferentes caminhos e distintos ritmos, conforme os contextos e seus condicionantes institucionais e políticos nas unidades federadas.

A regionalização, no Brasil, caracteriza-se pela integração de redes de atenção à saúde de âmbito municipal, em redes de atenção à saúde de âmbito micro e macrorregional. Por conseguinte, tal modelagem aumenta a complexidade na gestão de redes integradas para produção do cuidado, porquanto deve conciliar interesses conflitantes de diferentes municípios, respeitando a sua autonomia política, financeira e administrativa, ao mesmo tempo em que deve buscar a construção de um modelo solidário e cooperativo no financiamento e na prestação dos serviços de saúde. Além disso, “envolvem jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos que possuem interesses e projetos frequentemente divergentes na disputa política” (VIANA; LIMA, 2011, p.15).

O Pacto pela Saúde definiu algumas mudanças no financiamento compartilhado no SUS, organizando os recursos destinados às ações e serviços de saúde na forma de blocos de financiamento, bem como a substituição do processo ‘cartorial’ de habilitação (conforme NOB e NOAS) por adesão ‘voluntária’ para um modelo de contratualização (Termo de Compromisso de Gestão) entre os gestores das três esferas de governo. Nesse aspecto, o governo da Bahia firmou a adesão estadual ao Pacto de Gestão por meio da Portaria 2.581, de 2007 (BAHIA, 2012a).

Em relação ao Pacto pela Saúde, houve, na Bahia, um hiato entre o movimento desencadeado pelo Ministério da Saúde e a sua implantação no Estado. Um ponto a ser considerado é que, em 2006, aconteceram eleições para governadores e, no caso da Bahia, houve mudança de governo, após dezesseis anos de gestão do chamado núcleo conservador. Nessa perspectiva, em 2006, a gestão estadual colocava-se contrária a assinatura do Pacto, numa perspectiva mais de oposição à União do que técnica, embora, o município de Barra do Choça, na região de saúde de Vitória da Conquista, tenha sido o único do Estado a fazer a adesão, mas sem grandes efeitos práticos. Na medida em que o novo governo assumia, em 2007, houve uma série de ações relacionadas à regionalização, como a atualização do desenho do PDR, reconfiguração das micro e macrorregiões de saúde e movimentos para implantação dos Colegiados de Gestão Microrregional (CGMR). Os CGMR foram estabelecidos pela Portaria/GM-MS 399 de 22/02/2006, que trata da regionalização e seus pressupostos (BRASIL, 2006). Por sua vez, a elaboração do regimento interno, na Bahia, deu-se

em 2007, sendo instituídos por Resolução CIB 143, de 09/10/2007. Contudo, o início do processo de implantação dos CGMR deu-se, apenas, em maio 2008 (BAHIA, 2010).

O Plano Estadual de Saúde (PES) – 2008/2011 – destaca as seis diretrizes que constituem a agenda de governo para consolidação do SUS na Bahia: a) regionalização solidária da atenção à saúde; b) gestão do trabalho e da educação permanente em saúde; c) intersetorialidade e transversalidade nas ações; d) valorização do trabalhador do SUS; e) comunicação e diálogo com os parceiros e a sociedade; f) resolubilidade e satisfação do usuário do SUS (BAHIA, 2009).

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

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

De acordo com o PES 2008-2011 (BAHIA, 2009), existe uma distribuição irregular de serviços nas macrorregiões: a macrorregião Leste é a que apresenta maior concentração de serviços em saúde. Por outro lado, observa-se que as macrorregiões Centro-Norte, Extremo Sul, Nordeste, Norte e Oeste são as regiões de saúde que apresentam menor concentração.

O atual desenho do PDR baseou-se nos conceitos de economia de escala e de escopo aplicados às microrregiões e aos respectivos municípios de referência, na capacidade de investimento do estado, na sustentabilidade econômica dos municípios de referência, nas distâncias e trajetos de deslocamentos dos usuários (acesso), na capacidade instalada pública (unidades assistenciais, leitos totais e leitos de UTI). Entre os critérios utilizados para o desenho das regiões de saúde, ressaltam-se os aspectos relacionados à distribuição populacional e ao acesso viário, sendo adotados parâmetros para adequação às diversas realidades regionais do Estado (BAHIA, 2009).

Com a adesão ao Pacto pela Saúde, novas relações de cooperação têm se estabelecido entre os entes federativos. Nessa perspectiva, dos 417 municípios baianos, 347 estão sob Gestão Estadual do Sistema de Saúde, representando 83% do total e 70 municípios, representando os 17% restantes, assumiram o Comando Único do sistema de saúde local (comprometeram-se com a gestão plena do sistema de saúde no seu território). Ressalta-se que, no Estado da Bahia, 269 municípios assinaram o Pacto pela Saúde (BAHIA, 2012a).

Todavia, Vasconcellos (2013) revela a problemática no financiamento da atenção básica nos municípios baianos, também, no período do Pacto pela Saúde e destaca que não basta a transferência de recursos, sendo necessário o incremento do aporte financeiro atrelado à pactuação de metas para alocação nos municípios. De maneira convergente, Molesini et al. (2010) sinalizam para a problemática no financiamento, destacando, sobretudo, a Programação Pactuada Integrada (PPI). Ambos os estudos sinalizam que mesmo no contexto de regionalização, os instrumentos de gestão não incentivam o planejamento compartilhado, nem induziam ao compromisso de construção de redes regionais com serviços integrados. Tais temas foram evidenciados recentemente (ALMEIDA; SANTOS; SOUZA, 2015). Além disso, o subfinanciamento do SUS tem levado os gestores a um contrassenso dentro da política de regionalização, pois precisam fortalecer as ações conjuntas e solidárias, porém, os escassos recursos financeiros estimulam a competição entre os municípios para garantia de uma oferta sempre contingenciada (SANTOS, 2013).

Para o processo de 'regionalização viva', ou seja, processo permanente de negociação entre os municípios e o estado, existe uma série de instâncias de debate e pactuação. Entre as instâncias, tem-se a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) que tem caráter deliberativo e foi instituída na Bahia pela Portaria de nº 2.094 de 21/06/93 (BAHIA, 2007b), o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia

(COSEMS), os Colegiados de Gestão Microrregional (CGMR), que começaram a ser implantados no final de 2007, substituindo as antigas CIB macrorregionais (CIB Macro) (VIANA; LIMA, 2010) e o Conselho Estadual de Representantes Regionais (CONER) (estrutura de representação regional do COSEMS). Com a implantação dos CGMR, desde 2007, as CIB macrorregionais deixaram de funcionar, abrindo espaço para os CGMR (VIANA; LIMA, 2010). Em 2012, a Resolução CIB nº 275, de 17 de agosto, aprovou as Regiões de Saúde (BAHIA, 2012b) do Estado da Bahia e a instituição das Comissões de Intergestores Regionais (CIR), de forma a atualizar os CGMR e estar em sintonia com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011).

As CIR correspondem ao desenho programático assistencial do PDR, que define as 28 Regiões de Saúde da Bahia: Alagoinhas, Barreiras, Brumado, Camaçari, Cruz das Almas, Feira de Santana, Guanambi, Ibotirama, Ilhéus, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Juazeiro, Paulo Afonso, Porto Seguro, Ribeira do Pombal, Salvador, Santa Maria da Vitória, Santo Antônio de Jesus, Seabra, Serrinha, Senhor do Bonfim, Teixeira de Freitas, Valença e Vitória da Conquista. As CIR estão instaladas nas sedes das DIRES, órgãos descentralizados da SESAB, fazendo-se a ressalva que para as Regiões de Saúde com abrangência de mais de uma DIRES, a CIR fica instalada na sede da DIRES, situada no município sede da Região de Saúde, de acordo com o PDR vigente (BAHIA, 2013).

Trata-se de instância colegiada, de natureza permanente e de caráter deliberativo sobre as competências definidas dentro do território regional, a partir de decisões tomadas por consenso, dentro do conjunto dos municípios correspondentes às Regiões de Saúde estabelecidas pelo PDR e de caráter consultivo para a CIB quando se referir às questões que envolvam outras regiões/macrorregiões do Estado (BAHIA, 2007b).

Acerca do funcionamento dos órgãos colegiados envolvidos com a regionalização no estado da Bahia, Viana e Lima (VIANA; LIMA, 2010) sintetizam que os CGMR (hoje CIR) passaram a ser responsáveis, entre outros, pela avaliação dos pleitos de adesão ao Pacto de Gestão encaminhados pelos municípios pertencentes à região de referência após aprovação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), havendo, ainda, o esforço para adesão em 'bloco de municípios'.

Pesquisas empíricas recentes têm explorado o funcionamento de algumas CIR (SANTOS, 2013; SANTOS; ALMEIDA, 2015) e a governança regional (SANTOS; GIOVANELLA, 2014), na Bahia, e

trazem evidências sobre a institucionalidade, representatividade e dinâmica dos sujeitos que compõem as reuniões, revelando, inclusive, o atravessamento político-partidário nas questões sanitárias. Além disso, houve esforço para compreensão da organização das redes de atenção à saúde, especialmente para análise da integração de serviços e coordenação do cuidado pela APS (ALMEIDA; SANTOS, SOUZA, 2015).

Com efeito, a regionalização da atenção à saúde, na Bahia, aparece como uma das diretrizes estratégicas, como compromisso e objetivo específico na agenda de governo no PES 2008-2011 (BAHIA, 2009), sendo reafirmada no PES 2012-2015 (BAHIA, 2012a). Por fim, neste artigo, foram selecionadas algumas características da regionalização na Bahia, por meio do relatório de pesquisa de Viana e Lima (VIANA; LIMA, 2010, p.36) que detalham e tipificam o processo de regionalização em saúde no Estado, entre 2007 a 2009:

- **Orientação:** 1) gerencial – com preocupação em organizar o sistema, modernizar a gestão e fortalecer os mecanismos de planejamento em âmbito regional, aumentar a capacidade regulatória dos agentes públicos e formalizar a contratualização entre gestores e prestadores; 2) democrática-participativa – valorização das instâncias colegiadas de pactuação em âmbito estadual e regional, com o objetivo de fortalecer a cooperação entre os entes governamentais na resolução de problemas de saúde; 3) equidade – preocupação em ampliar a oferta em regiões com maiores necessidades; 4) desenvolvimentismo – priorização da saúde e da territorialidade no modelo de desenvolvimento do governo estadual e tentativas de articulação entre áreas e de fortalecimento do enfoque regional no planejamento governamental;
- **Objeto:** organização de redes e fluxos; ampliação da capacidade instalada e regiões de saúde;
- **Atores:** governamentais (governador e secretaria estadual de saúde; prefeitos e secretários municipais de saúde, particularmente os municípios polos; MS; DIRES; COSEMS e CIB);
- **Estratégias:** criação de novas instâncias de pactuação e coordenação regional (CGMR/CIR) e fortalecimento das DIRES. Revisão e criação de novos instrumentos organizativos e gerenciais;
- **Governança da regionalização, ainda, indefinida:** CIR implantadas com funcionamento variável entre as regiões de saúde e DIRES em processo de readequação de seu papel; relações intergovernamentais sem um padrão predominante e dificuldade na coordenação regional, com fragilidade do COSEMS; importante papel da CIB, e alguns indicativos de mudança com a implantação das CIR,

mas com fluxos em construção, com influência marcante de algumas organizações profissionais médicas;

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

Considerações finais

Ressalta-se que, apesar dos avanços, o atual PDR da Bahia tem inspiração na Reforma Administrativa do Estado da Bahia, na década de sessenta, que dividiu o Estado em 21 macrorregiões administrativas (regiões geoeconômicas). O desenho das Regiões de Saúde, apesar de atual, nem sempre corresponde aos fluxos reais dos usuários em busca dos serviços de saúde, trazendo problemas às tentativas de racionalidade de pactuação e regulação intermunicipal. As DIRES, por exemplo, são heranças dos Centros Executivos Regionais de Saúde (dos anos sessenta), seguem a distribuição territorial dos anos oitenta. Os movimentos para readequá-las ou redistribuí-las conforme desenho e dinâmica atual do PDR são tímidos e insuficientes, essencialmente pelo grau de envolvimento político-partidária de muitos dos seus dirigentes.

Pode-se considerar que as DIRES refletem as ambiguidades do processo de regionalização burocrático e verticalizado, uma vez que a regionalização não nasce de demandas dos poderes locais, ou seja, avança por indução financeira e por mecanismos de habilitação por adesão às normas operacionais. Nesse ínterim, a relação das DIRES com os municípios não logrou acúmulo político e técnico para conduzir processos de planejamento compartilhado.

Em dezembro de 2014, de maneira ambígua, foi publicada a Lei Estadual Nº 13.204 que dentre outras modificações na estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual, determina a extinção das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) e a criação dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS). Os NRS, em substituição às DIRES, terão como finalidade acompanhar as atividades de regulação e de vigilância sanitária, bem como as ações relativas à Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, à Central de Aquisições e Contratações da Saúde e à Corregedoria da Saúde, contribuindo para o fortalecimento da gestão junto aos Municípios (BAHIA, 2014). A reforma administrativa em curso, na Bahia, tem sido encarada como um enxugamento da ‘máquina pública’ para diminuição de gastos, em detrimento do processo de fortalecimento e aperfeiçoamento da regionalização. Entre outras coisas, as DIRES desenvolviam ou poderiam desenvolver um vigoroso apoio institucional aos municípios nas regiões de saúde (SANTOS, 2013; PINHEIRO; JESUS, 2014; ALMEIDA; SANTOS, 2015), ou seja, os NRS precisarão responder a uma demanda de fortalecimento das redes regionais de saúde.

Ainda assim, há criativos movimentos na busca de modelagens sanitárias que respondam uma governança regional com vista à conformação de uma rede de atenção à saúde integrada e compartilhada entre os municípios em cada Região de Saúde. Nesse sentido, o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), proposto tem Decreto nº 7.508, tem como objetivo a organização e a integração das ações e dos serviços, em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. Para tanto, foram desenvolvidos Seminários na CIB para operacionalização da implantação do COAP, oficinas de trabalho, rodas de conversa, além da implementação do Observatório Baiano de Regionalização – ferramenta de acompanhamento dos 28 CIR –, realização de Encontros Estaduais de Regionalização da Saúde e de Mostras de Experiências dos CGMR/CIR, bem como apoio virtual e GeoPortal de informação em saúde para dinamizar a troca de informação entre gestores e, também, como espaço educativo.

Por fim, há limite no modo de organização dos serviços e na forma de planejar a disponibilidade de vagas centrada em parâmetros populacionais gerais ou em séries históricas, operados por meio da PPI convencional, que atrela a quantidade de procedimentos ofertados por diferentes gestores aos tetos financeiros, geralmente, insuficientes, por conta do subfinanciamento e pela defasagem da Tabela Unificada do SUS, que não acompanha os valores praticados no mercado e atrapalha

a capacidade de negociação entre gestor público e prestador privado, independente do tipo de gestão dos serviços de saúde. Tais questões atentam à necessidade de fortalecimento das regiões de saúde e suas instâncias representativas em direção a uma governança regional que preze pelo direito à saúde pública e universal.

Referências

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

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

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

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

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

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

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

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

BAHIA. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Salvador: SESAB/CES, 2012a.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

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

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

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

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

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

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

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

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

SILVA, E. C; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Saúde e Sociedade**, v.22, n.4, p. 1106-1116, 2013.

SILVA, E. C; GOMES, M. H. A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Saúde e Sociedade**, v.23, n.4, p.1383-1196, 2014.

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

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

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

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; ARAÚJO, E. C.; FORMIGLI, V. L. A.; COSTA, H. G. O contexto político-administrativo da implantação de

Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.9, n.1, p.79-84, 1993.

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

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

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

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

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