

FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO

**ROBERTA FONSECA SAMPAIO**

OS DESAFIOS DA REGIONALIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO  
DA REDE DE AÇÕES E SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: a  
experiência da Bahia

SÃO PAULO

2020

ROBERTA FONSECA SAMPAIO

OS DESAFIOS DA REGIONALIZAÇÃO COMO  
ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DA REDE DE  
AÇÕES E SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE: a experiência da Bahia

Dissertação apresentada ao curso Maestría  
Estado, Gobierno y Políticas Públicas da  
Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais  
e Fundação Perseu Abramo, como parte dos  
requisitos necessários à obtenção do título de  
Magíster en Estado, Gobierno y Políticas  
Públicas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sonia Maria Fleury Teixeira

São Paulo

2020

## Ficha Catalográfica

SAMPAIO, Roberta Fonseca

Os desafios da Regionalização como estratégia de organização da rede de ações e serviços de Sistema Único de Saúde: a experiência da Bahia. Roberta Fonseca Sampaio. São Paulo: FLACSO/FPA, 2020

98 f.:il

Dissertação (Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas), Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, ano.

ROBERTA FONSECA SAMPAIO

Os desafios da Regionalização como estratégia de organização da rede de ações e serviços de Sistema Único de Saúde: a experiência da Bahia

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Aprovada em 30/01/2020

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sonia Maria Fleury Teixeira  
FLACSO Brasil/FPA

---

Prof.<sup>o</sup> Dr. Assis Mafort Ouverney  
Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Esther Dweck  
Instituto de Economia da UFRJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Luíza Matos de Oliveira (suplente)  
FLACSO Brasil

## DEDICATÓRIA

### **Pesadelo**

Maurício Tapajós e Paulo Cesar Pinheiro

Quando o muro separa uma ponte une  
Se a vingança encara o remorso pune  
Você vem me agarra, alguém vem me solta  
Você vai na marra, ela um dia volta

E se a força é tua ela um dia é nossa  
Olha o muro, olha a ponte, olhe o dia de ontem chegando  
Que medo você tem de nós, olha aí

Você corta um verso, eu escrevo outro  
Você me prende vivo, eu escapo morto

De repente olha eu de novo

Perturbando a paz, exigindo troco  
Vamos por aí eu e meu cachorro  
Olha um verso, olha o outro  
Olha o velho, olha o moço chegando  
Que medo você tem de nós, olha aí

O muro caiu, olha a ponte  
Da liberdade guardiã  
O braço do Cristo, horizonte  
Abraça o dia de amanhã

**Essa dissertação é dedicada a todas as pessoas que lutam e sonham. Pela liberdade completa do Presidente e companheiro Lula, símbolo da democracia brasileira.**

## AGRADECIMENTOS

Todo final de um ciclo é uma despedida. Me despeço do Mestrado muito feliz, pela conquista e pelas etapas cumpridas. Fechar um ciclo também é uma alegria! Esse caminhar de muitos aprendizados e oportunidades, só foi possível se realizar com a contribuição de muitas pessoas.

Quando a cabeça está no lugar, o coração tranquilo, as coisas se ajeitam. Agradeço sempre e para sempre as boas energias que me acompanham. A força das Águas e das Matas, aos Caboclos e Inquices. A nossa Mãe Lembamuxi e o Tatá Juninho, obrigada!

Outra parte me ajudou pelo exemplo e parceria para tudo, sempre. Agradeço então aos meus Pais, Maria e Beto e a minha irmã, Bela, maiores incentivadores e exemplos por suas histórias de vida, parceria e amor. A Tia Arlete, que ao longo da minha vida toda sempre esteve presente como grande exemplo e incentivo. Agradeço de todo coração.

Meus filhos, Lua e Omin. Para eles e por eles me arrisquei nessa jornada. Educamos também pelo exemplo, e desejo ser um bom exemplo de vida para eles sempre. Durante todo esse fazer no Mestrado, com certeza, eles foram os que mais sentiram a minha ausência e cansaço. Mas não faltou amor e parceria. Ganhei muitos abraços e beijinhos apertados, banho de mar para acalmar a alma, caminhadas em silêncio para pensar, água gelada para refrescar as ideias, cartinhas e recadinhos dentro dos meus livros e textos e músicas novas, calmantes e felizes e até a revisão do "Abstract". Sou uma privilegiada por tê-los ao meu lado e no meu coração.

A Gabriel, companheiro de vida, jornada e amor, agradeço pelo apoio e cuidado com as crianças, pelos finais de semana dedicados e pelo silêncio nos momentos necessários. Não teria sido possível sem o seu apoio e parceria. A Bete, avó do meu filho, agradeço o incentivo e apoio.

Sou uma militante em essência, e compreendo a importância da militância em diversas áreas da vida. Defendo que sem a militância inquieta e transformadora, a roda da história teria outra conformação. A inquietude me acompanha (Graças!) e quando olho para as pessoas que me inspiram, olho com os olhos da admiração. Sempre admirei os defensores/as da Reforma Sanitária Brasileira, e pude conviver com vários deles. E tive um presente em ter como minha orientadora uma das maiores construtoras desse movimento, a Prof.<sup>a</sup> Sonia Fleury. De imediato me senti impactada, até um pouco temerosa, mas quem ganha um presente deve aproveitar. Li mais, me inspirei mais, refleti mais. É um orgulho imenso tê-la nesse período me acompanhando.

Compartilho aqui também o agradecimento aos meus Professores/as do coração, aqueles que formaram a minha base de defesa do SUS: Prof. Jairnilson Paim, Prof. Maurício

Barreto, Prof.<sup>a</sup> Estela Aquino, Prof.<sup>a</sup> Greice Menezes e Prof.<sup>a</sup> Rosana Aquino. As Professoras Ana Luíza Vilasbôas e Heloniza Costa, incentivadoras e cuidadoras, meu maior respeito e amor. De longe ou de perto, conto sempre com elas.

Minhas amigas da Residência do ISC/UFBA Júlia Costa e Sandra Garrido, agradeço o apoio nas leituras, nas ajudas tecnológicas, no incentivo. Sempre fomos um trio!

A Kaly e Fabya, irmãs de alma, agradeço as boas energias, vibrações e bons pensamentos!

Aos meus companheiros e companheiras do PT, fazer esse Mestrado foi parte da minha formação política. E quando uma de nós se movimenta, incentiva a outra e o outro. Agradeço o incentivo, Valmir Assunção, Dani Ferreira, Brena Pinto, Luana Soares, Beth do MST, Liu do MST, Lucinha do MST, Jorge Solla... e tantas outras e outros.

A equipe da Casa Civil do Governo da Bahia, meus agradecimentos pela paciência e colaboração. Ao Secretário Bruno Dauster, por sua história de vida e empenho no fazer cotidiano, sem dúvida, é um ser de muita inspiração. A toda a minha equipe de trabalho: Narrúbia e Luan (por tudo!), Layla, Ana Paula, Helga, Eracy, Maurício, César, Almerico, André, Neli, Sérgio, Ronald, Marco Aurélio, Teresa, Amanda, Fernanda, Tiago e Eliene, por todas as ajudas, em todas as horas. A Roberta Fagundes, pela revisão e pelo cuidado.

A equipe da Secretaria de Saúde da Bahia, Secretário Fabio Vilas Boas, Cristiano Soster e Joana Molesini, pelas contribuições e incentivo. A Armando Castro e Jackson Conceição da Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia, pelo apoio no desenvolvimento estatístico dessa pesquisa.

Ao Mestrado Flacso / Fundação Perseu Abramo, uma experiência de formação e compartilhamento de alegrias, tristezas, cansaços, militância e vidas. Passamos por esse Mestrado num momento conturbado do país, e estar ao lado de pessoas comprometidas com as mudanças e enfrentamentos foi acolhedor. Tivemos Professores/as inspiradores: Cléo Tibiriçá, Willian Nozak, Esther Dweck, Miriam Belchior, Fernando Haddad, Saloma Salomão, Ermínia Maricato, Carminha Carpintero, Tatau Godinho, Jacqueline Teixeira, Alexandre Guerra e Ana Luíza Matos. Agradeço também Esther Leblanc e Andrea Azevedo, pela compreensão e apoio. A toda equipe da Fundação Perseu Abramo, da coordenação, portaria e serviços gerais. E pelo café delicioso!

Aos meus colegas do Mestrado, que felicidade foi ter encontrado vocês, por tantas experiências e oportunidades de acolhimento que tivemos. Pelas aulas juntos, pelos almoços e jantares coletivos e colaborativos, pelos textos compartilhados, leituras e ajudas. Sempre nos ajudamos, torcemos pelo crescimento do outro/a! Estaremos sempre juntos/as! Até breve companheiras/os!

## **LISTA DE SIGLAS**

AIS – Ações Integradas de Saúde  
ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde  
BVS – Biblioteca Virtual de Saúde  
CEF - 88 – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988  
CERS – Centros Executivos Regionais de Saúde  
CGMR – Colegiados de Gestão Microrregional  
CGR – Colegiados de Gestão Regional  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CIR – Comissão Intergestores Regional  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
COAP – Contrato Organizativo de Atenção Pública  
CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira  
DIREs – Diretoria Regional de Saúde  
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DRU – Desvinculação de Receita de União  
DS – Distrito Sanitário  
EC-29 – Emenda Constitucional 29  
EC-95 – Emenda Constitucional 95  
FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador  
FNS – Fundo Nacional de Saúde  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDAS – Indicador de Demanda Assistencial de Saúde  
MS – Ministério da Saúde  
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
NRS – Núcleo Regional de Saúde  
PAB – Piso Assistencial Básico  
PDI – Plano Diretor de Investimento  
PDR – Plano Diretor de Regionalização  
PEC – Proposta de Emenda à Constituição  
PES – Plano Estadual de Saúde  
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento



PIB – Produto Interno Bruto  
PPI – Programação Pactuada Integrada  
PSF – Programa de Saúde da Família  
RAS – Regiões Assistenciais de Saúde  
RCB – Receita Corrente Bruta  
RCL – Receita Corrente Líquida  
RSB – Reforma Sanitária Brasileira  
SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde

## **LISTA DE FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS**

## FIGURA

Figura 1 – Mapa das Macrorregiões de Saúde do Estado da Bahia (pag. 36)

## QUADROS

Quadro 1 – Matriz de análise (pag. 46)

## GRÁFICOS

Gráfico 1 – Demanda Assistência em Saúde por Região Assistencial de Saúde, Bahia 2019 (pag. 59)

Gráfico 2 – Taxa de cobertura do PSF por Região Assistencial de Saúde, Bahia 2019 (pag. 60)

Gráfico 3 – Taxa de gastos per capita com Atenção Básica por Região Assistencial de Saúde, Bahia 2019 (pag. 61)

Gráfico 4 – Taxa de gastos per capita com assistência hospitalar e ambulatorial por Região Assistencial de Saúde, Bahia 2019 (pag. 62)

Gráfico 5 – Taxa de equipamentos de saúde do SUS disponíveis por Região Assistencial de Saúde, Bahia 2019 (pag. 63)

Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, São Paulo, 2019.

## RESUMO

A gestão das regiões de saúde está inserida em um contexto repleto de complexas relações de poder, tensionada pelos atores envolvidos no processo. A diversidade territorial e os diferentes processos de regionalização no Brasil apontam para a necessidade de respostas sobre a gestão regional. Este estudo analisou a experiência do Estado da Bahia na condução do processo de regionalização das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 1960 a 2019, com o objetivo de demonstrar como os arranjos institucionais e políticos influenciam na conformação da descentralização/regionalização. Como metodologia foi desenvolvida uma matriz de análise a partir da dimensão do arranjo político e institucional, utilizando três categorias: capacidade de organização da CIR, enfrentamento às desigualdades regionais e dinâmica política. Para analisar as desigualdades, optou-se em construir um indicador sintético denominado Indicador de Demanda Assistencial em Saúde. Foram pesquisados documentos oficiais, livros, teses, dissertações e artigos. Além de entrevistas presenciais e levantamento de dados estatísticos. Foi possível perceber que a descentralização/regionalização é um processo antigo na Bahia, sobretudo em função da extensão territorial do estado e capacidade institucional da Secretaria. No entanto, a implantação de serviços ocorreu de forma concentrada nas cidades maiores, sobretudo em decorrência das diferenças interregionais, grande número de municípios pequenos e dependentes dos recursos federal e estadual. Sobre a análise das categorias foi possível perceber que o estado assumiu o papel de prestador de serviços, em detrimento do seu papel coordenador da política de regionalização. A organização e funcionamento das CIR, embora em funcionamento e com programações de agendas e com participações dos municípios, esbarra no distanciamento da gestão estadual dos municípios, demonstrando uma fragilidade regional. A inserção dos consórcios públicos no processo regional necessita de reflexões sobre sua atuação em um contexto complexo. As distintas realidades municipais, destaca-se a importância do financiamento do SUS no processo de regionalização e aponta para a necessidade de aprofundamento de pesquisas sobre o financiamento regional. Sobre as desigualdades regionais, foi possível identificar a existência de 3 RAS consideradas menos assistidas pelos serviços e ações de saúde, sendo as de Ribeira do Pombal, Camaçari e Valença. A melhor assistida foi a de Barreiras. A análise das assimetrias regionais é fundamental para um planejamento mais focado na realidade do estado. Sobre a dinâmica política, a trajetória da Bahia na implantação das políticas de saúde foi marcada por enfrentamentos políticos e institucionais e embora haja evidências de melhoras, o fisiologismo ainda se apresenta. O cenário atual brasileiro aponta para a importância de uma agenda de pesquisa sobre o processo de organização do SUS a luz do projeto defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

**Palavras-chave:** Regionalização; Federalismo; Financiamento; Desigualdade em Saúde

SAMPAIO, Roberta Fonseca. The challenges of Regionalization as a strategy of organization of the actions and services network of the Unified Health System: the Bahia experience. 96 f. 2019. Dissertation (State Magister, Government and Public Policy), Latin American Faculty of

## ABSTRACT

The management of health regions is inserted in a context full of complex power relations, tensioned by the actors involved in the process. Territorial diversity and the different regionalization processes in Brazil point to the need for answers on regional management. This study analyzed the experience of the State of Bahia in conducting the process of regionalization of the actions and services of the Unified Health System (SUS) from 1960 to 2019, with the aim of demonstrating how institutional and political arrangements influence the shaping of decentralization. / regionalization. As a methodology, an analysis matrix was developed based on the dimension of the political and institutional arrangement, using three categories: organizational capacity of the CIR, coping with regional inequalities and political dynamics. To analyze inequalities, it was decided to build a synthetic indicator called Health Care Demand Indicator. Official documents, books, theses, dissertations and articles were searched. In addition to face-to-face interviews and statistical data collection. It was possible to realize that decentralization / regionalization is an old process in Bahia, mainly due to the territorial extension of the state and institutional capacity of the Secretariat. However, the implementation of services occurred in a concentrated way in the larger cities, mainly due to interregional differences, large number of small municipalities dependent on federal and state resources. Regarding the analysis of the categories, it was possible to notice that the state assumed the role of service provider, in detriment of its coordinating role of the regionalization policy. The organization and functioning of the CIRs, although in operation and with schedule of agendas and with participation of the municipalities, bumps in the distance of the state management of the municipalities, demonstrating a regional fragility. The insertion of public consortia in the regional process needs reflections on their performance in a complex context. The different municipal realities highlight the importance of SUS funding in the regionalization process and points to the need for further research on regional financing. Regarding regional inequalities, it was possible to identify the existence of 3 RAS considered less assisted by health services and actions, namely Ribeira do Pombal, Camaçari and Valença. The best assisted was Barreiras. The analysis of regional asymmetries is fundamental for a planning more focused on the state reality. Regarding the political dynamics, Bahia's trajectory in the implementation of health policies was marked by political and institutional confrontations and although there is evidence of improvement, the physiologism still presents itself. The current Brazilian scenario points to the importance of a research agenda on the SUS organization process considering the project advocated by the Brazilian Health Reform Movement.

**Keywords:** Regionalization; Federalism; Financing; Health Inequality.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2. ELEMENTOS PARA COMPREENSÃO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE DESCENTRALIZAÇÃO.....</b>	<b>21</b>
2.1 O processo de descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil.....	21
2.2 Componentes estratégicos da regionalização da saúde.....	28
<b>3. TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NA BAHIA.....</b>	<b>34</b>
3.1 Características gerais do Estado da Bahia.....	34
3.2 Política de saúde na Bahia: 1960 a 2005.....	36
3.3 Regionalização no contexto atual: 2005 a 2019.....	39
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>43</b>
4.1 Objetivos.....	43
4.2 Desenho da investigação.....	44
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>48</b>
5.1 Governança regional a partir da atuação da Comissão Intergestores Regional.....	49
5.2 Enfrentamento às desigualdades regionais em saúde.....	56
5.3 Dinâmica política a partir do federalismo brasileiro.....	63
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>68</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>76</b>

<b>APÊNDICES</b> .....	<b>87</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>92</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O erro do intelectual consiste em acreditar que se possa saber sem compreender e, principalmente, sem sentir e estar apaixonado, isto é, em acreditar que o intelectual possa ser o intelectual mesmo quando distinto do povo-nação, ou seja, sem sentir as paixões elementares do povo, compreendendo-as e, portanto, explicando-as e justificando-as em determinada situação histórica, bem como relacionando-as dialeticamente com as leis da história, como uma concepção do mundo superior, científica e coerentemente elaborada, com o “saber”; não se faz política-história sem esta paixão, isto é, sem esta conexão sentimental entre intelectuais e povo-nação (GRAMSCI, 1999, p.222)

As mudanças nos padrões demográficos e epidemiológicos das populações, bem como as diferentes conjunturas política, econômica, social e ideológica dos momentos históricos impõem o debate e a efetivação de propostas de organização de serviços de saúde, com o objetivo de atender as necessidades e problemas de saúde populacionais. Tais propostas também demandam mudanças na gestão dos sistemas de saúde, refinando as sensibilidades das fronteiras entre as dimensões técnico-organizativa e política.

Nesse aspecto as preocupações com a fragmentação na atenção e a organização das redes não são recentes, sendo identificadas propostas de sistemas descentralizados e com redes regionais desde o relatório de Dawson, na década de 20. Algumas experiências internacionais (Inglaterra, Espanha, Canadá, Itália e Alemanha) de descentralização foram construídas articuladas com o processo de regionalização e com o fortalecimento de autoridades locais (SILVA, 2011; LIMA, *et al*, 2012).

Na América Latina e no Brasil, percebe-se o descompasso entre a descentralização e a regionalização, o que torna evidente que as características específicas dos diferentes sistemas são dependentes da

conjuntura histórica e das condições política e socioeconômicas de cada país, bem como dos diferentes graus de interesse político (OPAS, 2010).

No Brasil, a organização do sistema de saúde de forma descentralizada é proposição inserida na pauta do movimento pela Reforma Sanitária. Contudo, na dinâmica da descentralização, a regionalização deixou de ser o eixo estrutural, somente retornando ao centro do debate nos anos 2000. A percepção frente a concentração espacial de serviços de maior complexidade, as diferenças de porte populacional e condições político-institucionais dos municípios demonstram a necessidade de conformar arranjos regionalizados de serviços de saúde que extrapolem os limites geográficos e administrativos (SILVA, 2011; LIMA *et al*, 2012).

Embora fazendo parte do arcabouço jurídico-normativo do Sistema Único de Saúde (SUS), a regionalização prevista na Constituição Federal do Brasil de 1988 (CF 88) e na Lei 8080/90, não foi impulsionada ao longo da primeira década de existência do SUS. Mesmo considerando que a construção do SUS tenha reduzido a segmentação na saúde ao unir os serviços de competência da União, estados, municípios e da assistência médica previdenciária do antigo Inamps, ajudando na melhoria do acesso, não é uma tarefa fácil compreender como o processo de descentralização se afastou da regionalização até o ano 2000.

Para isso, é importante observar a trajetória das normatizações do SUS de modo a compreender os processos de descentralização e regionalização, tendo em vista a conjuntura existente em cada período. Na década de 90, a descentralização foi marcada pela prioridade na municipalização, alavancadas pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996. Nesse período, foram criados os instrumentos com o objetivo de estabelecer as relações intergovernamentais, tais como as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), determinantes para a implementação do SUS. A União direcionou as suas competências para atuar como regulador e financiador, impondo modelos e padrões descontextualizados, em sua maioria, que foram induzidos por meio de portarias e transferências intergovernamentais. O processo de transferência



visou exclusivamente os municípios, e os estados tiveram a sua atuação reduzida a provisão direta de serviços e apresentaram dificuldades em assumir a sua competência de planejamento e coordenação regional (BISCARDE, 2016; OUVENEY, FLEURY, 2017).

Desta forma, identifica-se que o modelo adotado na década de 90 para o processo de descentralização consistia em expandir a participação dos municípios, com a União assumindo o papel de indutor dos programas, com menor participação dos estados na provisão dos serviços e com baixa capacidade de coordenação regional. Esse modelo se afastava do projeto originário do movimento sanitário (OUVENEY, FLEURY, 2017).

Nos anos 2000, a regionalização foi retomada com mais ênfase, sendo definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 como uma estratégia para hierarquizar serviços, com destaque para a assistência à saúde, visando a conformação de sistemas de atenção resolutivos, assim como o fortalecimento de unidades gestoras do SUS. No entanto, a sua implementação a partir das realidades estaduais e municipais, mesmo com as necessidades postas, não ocorreu de forma imediata. Em 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde, a regionalização foi assumida, no plano discursivo, como eixo estruturante e orientador da descentralização e dos processos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

Um marco recente na política de saúde foi a publicação do decreto 7508/2011, que regulamenta a Lei 8080/90 e dispõe sobre a organização do SUS a partir de regiões e redes assistenciais. Define região de saúde como um espaço geográfico contínuo, sendo constituído por grupos de municípios limítrofes com vistas a integrar a organização, planejamento e oferta de ações e serviços, com o objetivo de fortalecer a regionalização (BRASIL, 2011).

A descentralização das ações e serviços de saúde focada na municipalização apresenta um avanço inegável que se traduz na expansão da atenção básica. No entanto, diversos outros problemas precisam ser enfrentados, como a melhoria da resolutividade da atenção primária, a cobertura assistencial da média e alta complexidade, entre outros. Outro

avanço reconhecido foi a possibilidade de relação do sistema de saúde com a realidade social, política e administrativa do país, e com as especificidades municipais e regionais (ASSIS, *et al*, 2009).

A análise do processo de consolidação do SUS revela problemas insuficientemente resolvidos como a baixa quantidade de redes regionalizadas de ações e serviços, com mecanismos de referência e contrarreferência ineficientes, impactando na hierarquização de serviços, na resolutividade e efetividade da atenção básica, levando à sobrecarga das demais instâncias, persistindo a seletividade, iniquidade e comprometimento da acessibilidade dos usuários. O avanço na cobertura da atenção básica, não se configurou em um crescimento paralelo das atenções secundária e terciária, nem na capacidade de articulação entre os municípios para o atendimento das necessidades de saúde integral. Essas fragilidades comprometem o SUS e, por consequência, qualquer arranjo organizativo que se pretenda construir (PAIM, 2008; PAIM *et al*, 2011).

Com essa conjuntura, a descentralização, numa perspectiva regionalizada, tem sido considerada fundamental para a efetivação dos princípios do SUS. Para isso, é importante associar a regionalização com a coordenação e a cooperação solidárias, a fim de diminuir as desigualdades regionais e a fragmentação dos serviços. As bases normativas já foram estabelecidas, mas considera-se que o maior desafio do SUS é político, pois problemas como o financiamento, a articulação público-privada e as desigualdades não serão resolvidas unicamente na esfera técnica (PAIM, *et al*, 2011; VIANA, *et al*, 2018).

Diante dos desafios da solidariedade e da cooperação, a gestão regional defronta-se com dilemas que extrapolam a dimensão técnica, tendo em vista os arranjos políticos que permeiam o processo. Importa dizer que a gestão regional, a partir do Decreto nº 7508/2011 é responsabilidade dos estados brasileiros. No entanto, estamos diante de um paradoxo diante da autonomia administrativa e financeira dos entes federados, ao mesmo tempo interdependentes no que se refere à implementação regional de políticas de saúde, já que necessitam de cooperação intergovernamental. Portanto, a

gestão regional torna-se necessária para articular todo o processo de negociação (SANTOS, 2011).

O aperfeiçoamento das redes regionalizadas de serviços, nos territórios de saúde, é um processo estratégico para a regionalização do SUS, mas que necessita de uma gestão regional eficiente. Desta forma, a gestão regional configura-se num grande desafio dado que o federalismo brasileiro não contempla a região como uma unidade, mas como um espaço a ser construído mediante acordos e articulações, em um amplo e complexo processo político que necessita de concessões de alguns entes, com o objetivo de superar interesses particulares em função do coletivo, tarefa que enfrenta a tradição brasileira dominada por negociações particularistas. Além disso, é preciso considerar a existência das desigualdades regionais entre os entes federados, o que também dificulta os processos de negociação e pactuação (SILVA, 2011; ARRETCHE, 2012).

O decreto 7508/2011 estabelece a Comissão Intergestores Regional (CIR) como um espaço de gestão regional, coordenado pelo estado e composto pelos municípios. É uma instância considerada fundamental para o processo de tomada de decisão e condução política, com o objetivo de fortalecer e efetivar a implantação das redes regionalizadas de serviços de saúde. A gestão regional requer a construção de relações federativas pautadas por complexos processos de negociação e tomada de decisão, com envolvimento de diversos atores e entes federativos autônomos que estabelecem, ao mesmo tempo, relações de interdependência, sendo importante analisar os espaços Intergestores, a conformação das redes e regiões, bem como processo de financiamento e pactuações. Essa arquitetura do processo de regionalização, associada a todas as análises já desenvolvidas sobre o processo de implementação do SUS, é o tema/objeto de pesquisa deste estudo (BRASIL, 2011).

Considerando que o sistema de saúde brasileiro é universal, mas a sua implementação ocorre nos estados e municípios, a pesquisa local torna-se importante dada a possibilidade de apresentar cenários que ajudam a entender os processos vivenciados em sua realidade. Portanto o foco desta

dissertação é apresentar o processo de regionalização no Estado da Bahia, discutindo o papel do estado na consolidação dos princípios e diretrizes da política de saúde, marcado pela multiplicidade e desigualdades socioeconômicas e impactado pelo modelo federalista brasileiro. Justifica-se o desenvolvimento desse trabalho em algumas questões. Em que pese os resultados positivos da estratégia de descentralização da saúde nos anos de 1990, que definiu os municípios brasileiros como entes responsáveis pela provisão de serviços em seus territórios e pela organização dos sistemas municipais, persistem problemas relativos à iniquidade na oferta e no acesso, a fragmentação e desorganização dos serviços no SUS. A permanência desses fatores se deve, entre outros motivos, ao fato da existência dos problemas de saúde e suas complexas soluções extrapolarem os limites administrativos e a governabilidade das instâncias municipais, e necessitarem da participação dos gestores estaduais no planejamento e consolidação de sistemas regionais de saúde. Para isso, são necessárias estratégias voltadas para a coordenação e ações e serviços de saúde nos territórios.

O modelo de organização dos serviços e ações de saúde deve garantir o acesso e a qualidade dos serviços ofertados à população e, a estruturação com ênfase na regionalização tem sido considerada um instrumento importante para a universalização, ou seja, para que o acesso aos serviços seja garantido, diminuindo as desigualdades. Durante os 30 anos do SUS, muitos estudos e pesquisas foram desenvolvidas garantindo um contínuo processo de avaliação da efetivação da política pública. Entre os achados, foi possível identificar que o sistema de saúde brasileiro não se implementou de uma mesma maneira no conjunto dos municípios e estados brasileiros. É nesse cenário que se considera importante analisar os diferentes arranjos institucionais e políticos do processo de regionalização de ações e serviços de saúde como forma de colaborar com o campo de estudos de saúde coletiva, espaço de pesquisa das políticas públicas sociais, utilizando a experiência do estado da Bahia, de modo a analisar como está sendo implantada a regionalização da saúde, considerando a experiência governamental, os arranjos institucionais e políticos envolvidos nesse processo, a partir de duas questões norteadoras:

1. As condições institucionais moldadas no arranjo federativo brasileiro e pelo próprio processo nacional da descentralização do SUS, consolidados no pós-1988, nas dimensões organizacional, financeira e política, interferem na atuação da instância estadual na regionalização do sistema de saúde.
2. A configuração das ações e serviços de saúde no âmbito estadual e a condução da política de saúde pelo estado podem interferir nos efeitos do processo da regionalização.

Para responder as questões de investigação apresentadas, fez-se necessário analisar o processo de descentralização e regionalização no Estado da Bahia, campo deste estudo, por sua configuração histórico-política e importância na trajetória política do país e do nordeste, ao perfil e porte dos municípios (número elevado de municípios de pequeno porte), à sua diversidade social e econômica e a capacidade institucional acumulada, particularmente, no que diz respeito à descentralização e regionalização do SUS.

Pode-se afirmar, desta forma, que a Bahia representa um valioso observatório para análise de limites e possibilidades na atuação da esfera estadual na condução do processo de regionalização no contexto federativo brasileiro. A escolha do período de 2007 a 2019 diz respeito a um período de priorização das ações desenvolvidas no âmbito da descentralização para a implementação da regionalização. A análise dos arranjos institucionais e políticos, utilizando a pesquisa qualitativa, foi a metodologia adotada para responder as questões norteadoras.

Após a contextualização do objeto deste estudo, bem como as exposições das justificativas e relevância do seu desenvolvimento, apresentada nessa introdução, a dissertação se estrutura em 5 capítulos. Para apresentar os elementos de contexto histórico-político a partir de conteúdos presentes na literatura científica e análise documental, foram preparados dois capítulos. Desta forma, o capítulo 2 apresenta os elementos para compreensão da regionalização, a partir dos processos de descentralização das ações e serviços do Brasil e os seus componentes estratégicos. E o capítulo 3 aborda a trajetória das políticas de saúde na Bahia do período de 1960 a 2019. No

capítulo 4 serão descritos os objetivos, geral e específicos e o desenho metodológico de investigação deste estudo. No capítulo 5 serão expostos e analisados os resultados da pesquisa a partir das três dimensões estudadas: governança regional a partir da atuação da Comissão Intergestores Regional; enfrentamento às desigualdades regionais em saúde e dinâmica política a partir do federalismo brasileiro. E no capítulo 6 serão feitas as considerações finais acerca do estudo.

## **2. ELEMENTOS PARA COMPREENSÃO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE DESCENTRALIZAÇÃO**

### **2.1. O processo de descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil**

No Brasil a saúde pública cumpriu importante função no processo de modernização social, assim como aconteceu nos países industrializados. Além de

conter as epidemias, coube ao sistema de saúde garantir a produtividade do trabalho e a ordem social. Considerando a política de saúde como uma política social, que está direcionada para a reprodução dos indivíduos e das coletividades, é um dos direitos inerentes à condição de cidadania. Diante dessa relação, a política de saúde está sujeita a múltiplos determinantes, muitas vezes contraditórios. É possível, portanto, identificar que a política de saúde no Brasil vem sendo formulada em sintonia com a estruturação do capitalismo no território nacional, sofrendo interferências importantes no processo de estruturação do modelo de proteção social (DUARTE *et al*, 2015; FLEURY, OUVRENEY, 2012).

A CF-88 inseriu a concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência, incorporando as proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RBS) e reconhecendo o direito do indivíduo e da coletividade à saúde e o dever do Estado de oferecê-la, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais. A CF-88 estabelece a saúde como um direito social, que deve ser garantido a toda população que estiver em solo brasileiro, por meio de políticas sociais e econômicas que garantam o acesso universal e igualitário a todas as ações e serviços para sua proteção, promoção e recuperação, assumindo, desta forma, uma concepção ampliada de saúde enquanto produção social (BRASIL, 1988; SANTOS, 2018).

O sistema de saúde brasileiro pode ser apresentado a partir de duas dimensões, sendo a dimensão política, uma competência de Estado, e a dimensão organizacional, como um sistema de saúde. Como uma política de Estado, organiza-se em princípios e diretrizes que são seus alicerces estruturantes e se fundamenta em uma concepção ampliada e em uma perspectiva universalista do direito à saúde. Uma característica determinante na constituição do SUS, foi a participação das forças populares e sociais que, na luta pela construção da democracia brasileira, se organizaram no movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, desta forma ajudando a estruturar o modelo de política de saúde existente no Brasil a partir de 1988, e caminhando ao lado da política de saúde durante todo o seu processo de implementação (TEIXEIRA, *et al*, 2014).

O princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem o alicerce jurídico da construção do SUS está demonstrado no artigo 196 da CF-88 (BRASIL, 1988), que afirma:

A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Esse arcabouço jurídico é composto por princípios, que são considerados valores, pelas diretrizes estratégicas e por um conjunto de leis e normas. Os princípios finalísticos da universalidade, igualdade e integralidade da atenção expressam a natureza do sistema que se pretende construir e conformar. As diretrizes estratégicas dizem respeito às formas organizativas e operacionais que apontam como deve ser construído o sistema pretendido. Essas diretrizes são a descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (TEIXEIRA, *et al*, 2014).

A universalidade é um ideal a ser alcançado, um desafio. Para que o SUS seja universal é necessário ampliar a cobertura de ações e serviços, tornando-os acessíveis a toda população, o que só é possível com a eliminação das barreiras econômicas e socioculturais. O reconhecimento das desigualdades econômicas e sociais interage com o princípio da igualdade que, para ser justo, requer a equidade, significando o atendimento necessário para cada pessoa, respeitando suas diversidades. A contribuição que o sistema de saúde pode oferecer para superação das desigualdades é redistribuir e redefinir a oferta de ações e serviços, de modo que haja prioridade a grupos sociais cujas condições de vida e saúde sejam mais precárias.

A busca da equidade se articula com a integralidade que diz respeito ao conjunto de ações voltadas para a promoção, prevenção de riscos e agravos e assistência aos pacientes. Considera-se a integralidade um atributo do modelo de atenção à saúde, sendo que um padrão de saúde integral necessita atender as diferentes necessidades da população, dispondo de serviços que atendam desde a promoção até a reabilitação das condições de saúde.



No entanto, ao longo da trajetória de implementação dos princípios e diretrizes, o caminho se mostrou heterogêneo e transcorreu em compassos diferentes, imprimindo diversos desafios à gestão do SUS, sendo alguns mais visíveis, como a descentralização e a universalidade; outros, ainda distantes, como o controle social e a integralidade (GIOVANELLA, *et al*, 2002).

Dentre as diretrizes descritas, apresentamos a **descentralização** como a transferência de autoridade e poder decisório do âmbito nacional para as outras esferas de governo, com divisão da responsabilidade de gestão. Desta forma, a descentralização é uma estratégia para melhorar a efetividade da gestão pública (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

No Brasil, a descentralização, entendida como um fenômeno global, ganhou força a partir da década de 1990 e, nas políticas do setor saúde, a partir do processo de redemocratização. Esse movimento provocou a ampliação da cobertura e assim, a melhoria do acesso da população aos serviços – e que foram melhor organizados - e ações de saúde, além de viabilizar a incorporação de novos atores no controle social, reforçando a responsabilidade de cada ente subnacional (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

No entanto, a descentralização esbarra em alguns desafios importantes, sendo os mais destacados o financiamento e capacidade de gestão dos distintos níveis de governo, bem como a permeabilidade das instituições de saúde à democracia, produzindo constrangimentos que diminuem a capacidade de consolidação dos demais princípios e diretrizes do SUS, cujo modelo federativo é trino e sem vinculação hierárquica entre eles (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Desta forma, pode-se identificar, no âmbito da organização do SUS, a existência de dois períodos dentro dos ciclos políticos, sendo compreendidos de 1990 a 2000 o primeiro, e de 2000 até dos dias atuais, o segundo. O primeiro ciclo caracteriza-se pela prioridade na descentralização para os entes subnacionais, com ênfase nos municípios. O segundo, trata do processo de constituição de Regiões de Saúde ou da regionalização, e das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (VIANA *et al*, 2018).

Assim, é possível verificar que a descentralização da política de saúde brasileira concebeu um sistema específico, onde a responsabilidade pela gestão e organização local é do município, que é a menor instância formal federativa. A organização tríplice com autonomia das esferas de governo, tornou mais complexa a construção do sistema de saúde por meio da descentralização, mesmo considerando que a experiência brasileira, a partir do federalismo cooperativo, tenha sido uma experiência peculiar. O pacto federativo e a organização do SUS com base no município vem apresentando problemas na resolutividade do sistema de saúde. Os pequenos municípios dependem do repasse federal para financiar sua estrutura e quase todos já superaram ou atingiram o limite constitucional de gastos definidos pela Emenda Constitucional 29 de 2000 (EC29) (RIBEIRO, *et al*, 2018).

Entretanto, é importante salientar que a descentralização por si só não é capaz de viabilizar os princípios e diretrizes do SUS, criando até efeitos controversos, pois, de um lado, responde ao valor ético-político a partir da divisão de poder e ampliação dos canais de participação social. Por outro lado, pode produzir um sistema autárquico, gerando a fragmentação do sistema com municípios com baixa capacidade de integração e de solidariedade (RIBEIRO, *et al*, 2018; CAMPOS, 2006; MIRANDA *et al*, 2017).

As diferenças entre os municípios por densidade demográfica, perfil epidemiológico, políticas e administrativas, econômicas e sociais, evidenciam um conjunto de problemas que ultrapassam o território local, pois, o alcance da integralidade depende da articulação dos sistemas de atenção em redes regionais. Com efeito, expõe a necessidade de articulações intermunicipais que possibilitem o surgimento de novas formas de relação entre Estado e sociedade, colocando no centro da discussão pública os alicerces da estrutura de poder, organização e gestão das instituições vigentes. Pode-se identificar que o gerenciamento da descentralização se deu por uma ação política articulada nos três planos da federação, sendo que a definição das atribuições operacionais no âmbito nacional passou a ser realizada por negociações diretas entre representantes da União, Estados e municípios por meio da CIT e, na esfera estadual, com a CIB com a participação do Estado e dos municípios, além das instâncias participativas dos conselhos e das conferências (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

Assim, se configura a necessidade de conformação de arranjos regionalizados de atenção à saúde que não se restringem aos seus limites administrativos. Admitindo múltiplos partícipes, a regionalização é um processo político, condicionado pelas relações estabelecidas entre diferentes atores sociais (governos, organizações, cidadãos) no mesmo espaço geográfico (VIANA *et al*, 2018; SANTOS, 2018).

Tal reconhecimento foi traduzido na Lei 8080/90 como uma das diretrizes organizacionais do SUS – a regionalização, e foi sendo atualizado, mas não necessariamente priorizado, a cada nova Norma Operacional Básica, entre avanços e contradições. Dessa forma, as NOB regularam e orientaram a descentralização, permitindo uma aproximação com a regionalização (BRASIL, 1990).

A regionalização da estrutura e funcionamento da saúde vem sendo defendida como uma estratégia necessária, que possibilitaria unir os entes federados para delimitar o campo de atuação e organizar as referências de serviços por conta de suas responsabilidades sanitárias, tecnológicas e financeiras, de forma a viabilizar o SUS como um sistema integral, universal e igualitário. Ou seja, regular e direcionar o fluxo de procedimentos e de pessoas dentro de um espaço territorial delimitado, o que significa possibilitar melhorias do acesso aos serviços e o uso racional dos recursos, tendo como consequência o atendimento mais integral das necessidades de saúde da população. Desta forma, considera-se **regionalização** a organização de um processo técnico-político relacionado à definição de recortes espaciais, articulando municípios limítrofes em busca da construção de uma rede para fins de planejamento, organização e gestão dos serviços de saúde, para garantir o atendimento da população (SANTOS, 2017; LIMA, 2014; MOREIRA *et al*, 2017; VIANA *et al*, 2017).

Portanto, os atrasos da regionalização no SUS diminuíram a capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, amplificando disputas por recursos entre os municípios, ao invés de organizar uma rede cooperativa. A falta de planejamento regional para as estratégias de descentralização, acirrou as desigualdades entre os entes subnacionais, fragilizou o papel das esferas estaduais, resultando em muitos sistemas locais isolados, muitos sem a capacidade de gestão do cuidado em todas

as dimensões necessárias para viabilizar a integralidade (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

Somente nos anos 2000 foram estabelecidas as estratégias de normatização para constituição de redes regionalizadas de saúde por meio da Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde, reintroduzindo o tema da regionalização na agenda dos gestores do SUS, e resgatando o papel dos Estados na condução desse processo. Contudo, manteve as prioridades da população, em cada município, como organizadores da oferta de serviços de referência, na lógica da territorialidade (GIOVANELLA, *et al*, 2002).

Uma das ferramentas propostas pela NOAS foi o Plano Diretor de Regionalização (PDR), sob responsabilidade do gestor estadual, para coordenação do processo de regionalização em cada unidade federativa. O objetivo era viabilizar o acesso das pessoas aos serviços de saúde em qualquer nível de atenção, com possibilidade de atendimento no município de residência ou mediante programações intermunicipais. Além do PDR, foram propostos o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a própria Programação Pactuada Integrada (PPI) como instrumentos para operacionalizar a regionalização. Contudo, embora tenha estimulado o planejamento regional na esfera estadual, a norma foi criticada pela excessiva normatização, o que gerou dificuldades para implementar a gestão do cuidado nas redes, além de não ter superado a competição entre os municípios (VIANA *et al*, 2017).

Em cenários concretos, estudos sobre a regionalização evidenciam as dificuldades na consolidação de uma instância regional diante da insuficiência de financiamento, das frágeis políticas da gestão do trabalho e de estrangimentos na oferta de serviços e nos tempos de espera. Neste contexto, estão incluídos a influência e interferência do setor privado no SUS em todo o processo de regionalização e o conflito e disputa entre gestores, comprometendo a cooperação intermunicipal para integração dos serviços. Essas pesquisas revelam que implementação da regionalização tem sido complexa, alternando avanços e retrocessos (LOPES, 2010).

Com o intuito de superar esses limites, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 399 GM, de 22 de fevereiro de 2006, que contempla as diretrizes do Pacto pela Saúde (pela Vida, Gestão e em defesa do SUS), onde sugere novas bases de

negociação para o financiamento, definição de responsabilidades, metas sanitárias e compromisso com as três esferas de gestão do SUS. O documento propôs mudanças significativas para a execução do SUS, retomando a regionalização como estratégia prioritária nas políticas de gestão do cuidado nos territórios e atualizando os instrumentos apresentados na NOAS (PDR, PDI e PPI), substituindo o processo de habilitação por adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão. Constituiu, ainda, espaços regionais de planejamento representados pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR), considerados como a grande inovação instituída pelo Pacto pela Saúde, constituindo-se como espaço de cogestão no âmbito regional, com regras definidas para a negociação contínua entre os municípios e o Estado, e, de certa maneira, preenchendo o vazio de governança regional (BRASIL, 2006; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

Em 2010 foi publicada a portaria ministerial nº 4279 que estabeleceu diretrizes para implantação das Redes de Atenção à Saúde e, em 2011, foi publicado o decreto 7508, apresentando uma nova política de incentivo aos municípios e Estados para a celebração do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). O COAP se propunha a normatizar as relações entre os serviços de saúde das 438 regiões de saúde do Brasil, com o objetivo de consolidar o processo de regionalização e descentralização do SUS. Moreira *et al* (2017) desenvolveram uma pesquisa sobre a adesão do COAP identificando a falta de novos recursos como o principal obstáculo.

A trajetória da regionalização no Brasil demonstra que, com o protagonismo adquirido pelas instâncias estaduais a partir do Pacto pela Saúde e toda a diversidade territorial identificada, não é possível pensar em um único modelo para a regionalização no país. É preciso encontrar formas de lidar efetivamente com a diversidade de contextos e espaços existentes, inclusive considerando as características federativas. Sob regimes democráticos, as unidades federativas possuem poder decisório, sobretudo financeiro e político, embora é importante ser considerado que a maioria dos municípios esteja totalmente dependente dos repasses financeiros da União, o que se torna um paradoxo com a autonomia de decisão, embora esses recursos estejam condicionados à adoção de políticas específicas. E ainda, os processos de implantação de sistemas alicerçados em princípios igualitários, descentralizados e regionalizados com o SUS, são lentos e

negociados. É preciso reconhecer as experiências brasileiras, as positivas e as negativas, a fim de caminhar no processo de regionalização (VIANA, 2011).

## **2.2. Componentes estratégicos da regionalização da saúde**

O SUS, em sua dimensão organizacional, como um sistema de saúde, pode ser considerado como um conjunto de partes inter-relacionadas e interdependentes com um objetivo comum a atingir. Os sistemas de saúde possuem características comuns como a forma de organização, instituições responsáveis por determinadas áreas, rede de serviços e financiamento. No entanto, os sistemas não funcionam da mesma forma em todos os países e nem em um mesmo país, dadas as condições sociais, econômicas, políticas e culturais (LOBATO; GIOVANELLA, 2014).

A regionalização, como estratégia de organização do sistema de saúde brasileiro, sofre as influências do contexto social sob o qual se encontra organizado, assim como aconteceu com o processo de descentralização das ações de saúde nos anos 90. A experiência internacional mostra que, na América Latina, a descentralização e a regionalização foram conduzidas com graus variados de articulação. A descentralização assumiu maior destaque como estratégia de organização dos serviços e contribuiu para uma fragmentação dos sistemas de saúde. Esse descompasso se assemelha com o caso brasileiro, onde a descentralização do SUS nos anos 90 refletiu projetos econômicos e sociais com ideologias e finalidades distintas, ou seja, o SUS como um projeto democratizante e o projeto liberal com a tarefa de desresponsabilizar o Estado dos compromissos com a provisão de direitos sociais (OPAS, 2010).

O processo de descentralização esteve interligado com o desenho federativo brasileiro proposto na CEF-88, onde as relações verticais foram priorizadas e o poder decisório foi transferido junto com as responsabilidades gestoras e recursos financeiros da União para Estados e, principalmente, para os municípios. Mesmo considerando o poder concentrador fiscal e legislativo, houve a implantação de um modelo organizativo em que milhares de municípios brasileiros adquiriram uma atuação abrangente no campo da

saúde. Porém, a fragilidade do planejamento regional das estratégias de descentralização comprometeu a adequação às variadas realidades brasileiras (LIMA, *et al*, 2012).

A partir dos anos 2000, quando a regionalização ganhou prioridade, o Estado brasileiro foi dividido em regiões de saúde, como forma de organizar as ações e os serviços. Como um processo técnico e político condicionado pela capacidade de oferta de serviços e financiamento, a regionalização envolve **o desenvolvimento do planejamento, coordenação, regulação e financiamento de uma rede de serviços no território, bem como a integração de diversos campos da atenção à saúde.**

Referenciado pelo Decreto 7508, em 2011, o Brasil foi dividido em 438 regiões de saúde, como estratégia de organização político-territorial. As regiões constituem-se como base territorial para o planejamento das redes de atenção à saúde, que possuem distintas densidades tecnológicas e capacidades de oferta de ações e serviços. É uma categoria de análise da geografia, com diferentes formas e conteúdos regionais, a cada momento histórico. Essas regiões são espaços, portanto, onde acontece na prática o complexo processo de negociação com fins a regionalização (MOREIRA *et al*, 2017; LIMA, *et al*, 2012).

As redes podem ser entendidas como um sistema de interpelações que tem sido concebido no âmbito de diferentes projetos e políticas, sobretudo naqueles que envolvem questões complexas e recursos financeiros limitados. Além disso pressupõem a interação e conjuntos de interesses de várias ordens entre os diversos atores, incluindo agentes públicos e privados, locais e extra locais. As redes passaram a ser portadoras de uma nova lógica de gestão e organização dos serviços de saúde e facilitadoras da integração ou do processo de territorialização (FLEURY; OUVRENEY, 2007; VIANA, *et al*, 2018).

Um dos principais componentes da regionalização, importante para o processo de organização é o **planejamento regional do SUS** que tem como responsabilidade identificar a capacidade de governança para a inclusão, nesse processo, de todos os prestadores estatais e privados e das lideranças

profissionais. A coordenação regional precisa ser liderada pelos estados da federação. Muitos desafios precisam ser encarados pela coordenação regional, dentre eles entender que a tríade indissolúvel, universalidade/integralidade/igualdade deve ser o parâmetro para a garantia do acesso aos serviços e ações de saúde.

Unir os entes federativos em uma determinada região para delimitar o seu campo de atuação, organizar as referências de serviços dadas as suas complexidades sanitárias, tecnológicas e financeiras, é fundamental para a viabilidade do sistema de saúde integral, universal e gratuito. Essa interação é regional, sob coordenação dos estados em acordo com os municípios, conforme consta no Decreto nº 7508/2011, que aborda sobre as características mínimas que uma região deve conter (SANTOS, 2011).

O Decreto 7508/2011 determina que as CIR, instâncias regionais sob responsabilidade estadual para efeitos administrativos e operacionais, devem pactuar aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, bem como as diretrizes gerais sobre as Regiões de Saúde, no que se refere aos limites geográficos, referência e contrarreferência e aspectos sobre a integração de ações. Também está responsável pela organização das redes de atenção, em relação à gestão e integração de ações e serviços. E, ainda, pactuar as responsabilidades dos entes federativos que compõem a Rede de Atenção à Saúde, de acordo com porte demográfico e desenvolvimento econômico financeiro, estabelecendo responsabilidades individuais e solidárias (BRASIL, 2011).

Para tanto, a prática do planejamento estratégico precisa ser recuperada, por meio da elaboração de planos estadual e regional, com atividades e metas de curto, médio e longo prazo, combinado com os municípios. Assim, poderá ser capaz de definir diretrizes para um modelo de atenção a ser adotado no território, conduzindo para a construção de redes assistenciais de acordo com a capacidade de cada ente federativo.

Um segundo desafio é **transformar a insuficiente rede de serviços de saúde para a integração das ações**, antes voltada para o atendimento de condições agudas e à saúde materno-infantil, em um sistema que consiga



enfrentar a nova condição epidemiológica da sociedade brasileira, com altos índices de doenças crônicas. Para orientar esse desafio é fundamental entender que os percursos terapêuticos dos usuários não seguem a lógica das pactuações e normatizações estabelecidas no planejamento das ações e serviços de saúde. As trajetórias dos pacientes são determinadas pela lógica dos serviços, portanto quanto mais desorganizada e mais pulverizada estiver a rede de serviços, mais fragmentado estará o itinerário terapêutico. Os usuários buscam e criam maneiras de acessarem os serviços de saúde, articulando fluxos de sobrevivência que respondam as suas demandas reais ou simbólicas. Esse entendimento deve pautar o processo de regulação das ações e serviços dentro de uma região, organizando as necessidades para outras ofertas que não estejam resolvidas dentro de uma mesma região (VIANA, *et al*, 2018; FAUSTO *et al*, 2007).

O terceiro desafio, que é a **coordenação da regulação das ações e serviços** dentro da RAS, precisa compreender que, para garantir a integralidade da saúde das pessoas, há a necessidade de articulação de um conjunto integrado e complexo de atos sanitários de promoção, prevenção e reabilitação, o que não é possível ser resolvido por um único ente. Essa inviabilidade se dá pelas enormes diferenças demográficas, geográficas e socioeconômicas dos municípios. Portanto, o que a princípio parece apenas um ato administrativo, se não houver uma grande pactuação, interlocução e integração, torna-se o grande gargalo da gestão regional, pois ao longo do processo de descentralização, através da municipalização, os municípios construíram suas próprias formas de condução para cumprimento das necessidades de cada população, muitas vezes sem uma colaboração solidária, e com muita competição, sobretudo financeira.

Enfim, o último desafio é o **financiamento das RAS**. Assegurar um financiamento adequado que possibilite a garantia do direito à saúde prevista na CF-88 tem sido um dos maiores desafios do SUS. O gasto total em saúde no Brasil atingiu 9,7% do Produto Interno Bruto (PIB), sendo que 48,2% deste gasto foi com ações e serviços públicos. No entanto, a maioria dos gastos com saúde seguem sendo privados: pagamentos de planos de saúde e medicamentos. O crônico subfinanciamento é identificado desde que o seu

mandamento constitucional não foi acompanhado de mecanismos que garantissem, do ponto de vista econômico, seus princípios. Importa registrar que o percentual mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social destinado ao SUS, nunca foi cumprido (REIS, *et al*, 2016).

A crise foi intensificada em 1993 quando foi decretado estado de calamidade pública e recursos de empréstimo do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) foram solicitados. Neste ano, medidas de ajustes fiscais foram tomadas e criou-se o regime de emergência, hoje denominado Desvinculação de Receitas da União (DRU) que retira recursos de outros fundos para cobrir despesas. Em 1996, como uma tentativa de superar a crise de financiamento, foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) que serviria para abastecer o Fundo Nacional de Saúde (FNS). Vingou de 1997 até 2007, quando foi extinta. Durante a sua vigência, a CPMF serviu mais para garantir o fluxo estável de financiamento do que para ampliar recursos da saúde como era prevista (REIS *et al*, 2016).

Em 2000 foi promulgada a Emenda Constitucional 29 (EC 29), depois de inúmeras tentativas com outras propostas. A EC 29, muito esperada, indica a responsabilidade de Estados e municípios vinculando o financiamento à sua receita tributária, ficando obrigados a aplicar 12% e 15%, respectivamente. Quanto a União, até a aprovação da lei que deveria regulamentar a EC 29, o cálculo utilizaria o valor executado no ano anterior, acrescido de 5% no primeiro ano (2000) e corrigido pela variação nominal do PIB de 2001 a 2004. No entanto, não vinculou um percentual da receita ou do PIB que deveria ser responsabilidade da União. Além dos percentuais, a EC 29 definiu que o montante mínimo seria aplicado nas ASPS, sendo a sigla para Ações e Serviços Públicos de Saúde. No entanto, só a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, definiu em seu art. 3º quais despesas podem ser consideradas em ASPS para efeito da apuração de recursos mínimos pelos entes da Federação (PIOLA *et al*, 2016; REIS *et al*, 2016).

A EC 29 foi o marco mais importante para garantir a mudança no gasto com ações e serviços de saúde, pois conseguiu elevar a participação de Estados e municípios no financiamento da saúde. No entanto, apesar da

ampliação dos gastos não houve redução das desigualdades regionais (PIOLA, *et al*, 2016).

Em 2012, na tentativa de vincular o percentual da Receita Corrente Bruta para a Saúde dos recursos da União, o Movimento Saúde + 10, ação do Movimento de Reforma Sanitária, colheu assinaturas e apresentou um Projeto de Lei de iniciativa popular em defesa da alocação em ASPS de 10% da Receita Corrente Bruta (RCB). Cerca de 1,9 milhão de assinaturas foram colhidas, o que possibilitou a tramitação do PLP nº 321/2013. No entanto, a regra de alocação foi alterada, a partir de um montante da Receita Corrente Líquida (RCL), escalonada em alguns anos, aprovada durante a discussão da Proposta de Emenda à Constituição – PEC 358/2013, conhecida como Orçamento Impositivo, que obriga a União a executar recursos de emendas parlamentares. A PEC foi aprovada, resultando na EC 86/2015 (VIEIRA, 2016).

Em agosto de 2016, o Governo Federal, ainda em transição, encaminhou a PEC 241/2016, que limitaria os gastos públicos por até 20 anos. A PEC 241 se transformou na EC 95 e foi aprovada em todas as instâncias em dezembro de 2016. Assim, o orçamento do Ministério da Saúde, por duas décadas, será reajustado apenas pela apuração da inflação medida no ano anterior. Atualmente o Brasil investe 3,8% do PIB de recursos públicos na saúde. Ao longo dos 20 anos o percentual deve cair para 1% do PIB. Pois a EC 95/2016 alterou o mínimo constitucional que deve ser aplicado pela União para ASPS, comprometendo fortemente a universalidade do sistema.

Esse detalhamento sobre a importância do financiamento no SUS, serve para demonstrar que, embora o Decreto 7508/2011 aponte que as RAS serão referência para as transferências de recursos para os entes subnacionais, o dilema do subfinanciamento continua atual e mais acirrado. Sem dúvida, é uma pauta que precisa de aprofundamento para compreender os dilemas da regionalização das ações e serviços de saúde.

### **3. TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NA BAHIA**

#### **3.1. Características gerais do Estado da Bahia**

A Bahia está localizada na região Nordeste do Brasil, sendo o quinto estado em extensão territorial, com 564.692,669 km<sup>2</sup>, ocupando 6,63% da área geográfica brasileira, com uma população estimada de 15.344.447 residentes em 2017, representando 7,4% do total de habitantes do país. Com esta extensão territorial, o Estado possui uma densidade demográfica de 26,9 habitantes por km<sup>2</sup>. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) alcança uma média de 0,660, o que coloca o estado em 22º lugar no ranking nacional de desenvolvimento do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD-2010).

O último censo populacional de 2010 (IBGE) demonstra que a distribuição da população dentre os 417 municípios é bastante heterogênea,

com áreas densamente povoadas, como a Região Metropolitana de Salvador e áreas menos povoadas, como a região do extremo sul. Dentre os municípios, a maioria (57%) possui menos de 20 mil habitantes. Mais de 7.470.167 milhões de habitantes (50,4%) estão concentrados nas 35 maiores cidades baianas, o que corresponde a 8,4% dos 417 municípios. Além disso, o Estado vem aumentando a taxa de urbanização no decorrer dos anos, acompanhando a tendência brasileira. No entanto, ainda apresenta a maior concentração de imóveis rurais do país.

Nos últimos 15 anos, o número de filhos por mulher passou de 2,5 para 1,74, o que demonstra o declínio das taxas de crescimento populacional. Esse recuo pode ser explicado por um conjunto de fatores que passa pela melhoria das condições de vida e de saúde, com redução de mortalidade, sobretudo a infantil para menores de um ano, bem como redução das taxas de fecundidade. A transição demográfica, que se apresenta com elevação da expectativa de vida e consequente mudança na estrutura etária, também pode ser percebida com o crescimento da população com mais de 60 anos, o que tem sido um padrão no País.

Sobre as condições de saúde no Estado da Bahia, tem-se as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como as principais causas de adoecimento e morte, ainda que as doenças infecciosas e parasitárias permaneçam com importantes índices, e ainda, soma-se a esse quadro os agravos decorrentes da violência e acidentes. Esse perfil de morbimortalidade aponta para a necessidade de investimentos numa ampla rede assistencial e de serviços de saúde com a integração de estabelecimentos com diferentes densidades tecnológicas (IBGE, 2019).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) para a Saúde de 2015, divide o espaço geográfico do estado, com 417 municípios, em 09 macrorregiões de saúde e define uma subdivisão interna dentre as 9 macrorregiões, em 28 Regiões Assistenciais de Saúde (BAHIA, 2016):

1. Macrorregião de Saúde Norte – formado por 28 municípios, total de 1.099.545 habitantes, com sede do Núcleo Regional de Saúde (NRS) na cidade de Juazeiro.

2. Macrorregião de Saúde Centro-Leste – formado por 72 municípios, total de 2.263.626 habitantes, com sede do NRS na cidade de Feira de Santana.
3. Macrorregião de Saúde Centro-Norte – formado por 38 municípios, total de 826.099 habitantes, com sede do NRS na cidade de Jacobina.
4. Macrorregião de Saúde Extremo-Sul – formado por 21 municípios, total de 833.307 habitantes, com sede do NRS na cidade de Teixeira de Freitas.
5. Macrorregião de Saúde Leste – formado por 48 municípios, total de 4.763.189 habitantes, com sede do NRS na cidade de Salvador.
6. Macrorregião de Saúde Nordeste – formado por 33 municípios, total de 876.085 habitantes, com sede do NRS na cidade de Alagoinhas.
7. Macrorregião de Saúde Oeste – formado por 37 municípios, total de 959.610 habitantes, com sede do NRS na cidade de Barreiras.
8. Macrorregião de Saúde Sudoeste – formado por 73 municípios, total de 1.812.416 habitantes, com sede do NRS na cidade de Vitória da Conquista.
9. Macrorregião de Saúde Sul – formado por 67 municípios, total de 1.692.494 habitantes, com sede do NRS na cidade de Ilhéus.

Figura 1 – Mapa das macrorregiões de saúde do Estado da Bahia



Fonte: PDR/Sesab, 2020.

### 3.2. Políticas de saúde na Bahia: 1960 a 2005

Na Bahia, a descentralização e a regionalização das ações da Secretaria de Saúde, antes Secretaria de Saúde Pública da Bahia, se organizaram a partir da Lei 2.321 de 1966 e com a Reforma Administrativa do Estado da Bahia, no mesmo ano que dividiu o território baiano em 21 regiões administrativas. Em 1967, com a publicação do Decreto 20356, houve a regulamentação para instalação de Centros Executivos Regionais de Saúde (CERS) em cada uma dessas regiões, antes existente apenas um em Salvador, para municípios com maior densidade populacional e com serviços de saúde instalados. No entanto, entraves políticos e técnicos dificultaram a instalação dos CERS, o que provocou a publicação do Decreto nº 21589/1969, que aprovou o regulamento dos Centros e autorizou a instalação de mais 5 CERS (além dos 8 existentes), ampliando o processo de regionalização, considerada como uma desconcentração administrativa no Estado. Essa experiência evidenciou as vantagens da regionalização dos

serviços de saúde, mas também chamou atenção para os desafios inerentes ao seu processo de planejamento (ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973).

Nos anos 80, diversas iniciativas governamentais se encontraram com as linhas gerais da proposta do SUS, e então estratégias de reorganização do sistema, como as Ações Integradas de Saúde (AIS), foram consideradas “estratégias-ponte” para a construção da viabilidade político-institucional, financeira e técnica-organizativa do SUS. Em 1987, com a mudança da correlação de forças políticas ao nível estadual pós eleição de 1986, foram criados os Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) em todos os estados da federação e, também, na Bahia. Importa dizer que a Bahia foi o primeiro estado a assinar o convênio SUDS e incorporou em sua estratégia de implementação a reorganização dos serviços a partir da criação dos Distritos Sanitários (DS) e a implantação das regiões administrativas, que foram denominadas de Diretorias Regionais de Saúde (DIRES). Em 1987 foram criadas 27, com meta de ampliação para 30 (PAIM, 1986; TEIXEIRA, *et al*, 1993).

A proposta de descentralização da gestão da saúde surge como um componente da política estadual de saúde desde o Plano de 100 dias (1986). Foi materializada na delimitação e na organização dos Distritos Sanitários (DS), que se constituíram como unidade de planejamento e gestão local de saúde. A ideia de dividir o estado em áreas consideradas como Distrito Sanitário constava nos documentos aprovados na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que apontava a prioridade para a descentralização e para o comando único da saúde, e também no documento da Comissão da Reforma Sanitária, em 1986, além do plano estadual no projeto de instalação do SUDS-Ba e no “Plano dos 100 Dias (1988). No entanto, o processo de distritalização enfrentou dificuldades técnicas e políticas, em parte por conta do funcionamento da própria Sesab e, também no plano federal, a partir de 1989 com uma intensa “campanha contra o SUDS”, reforçada pela imprensa (TEIXEIRA, *et al*, 1993).

Os esforços visando a descentralização da gestão do SUDS-BA seguiram três caminhos: a distritalização, a municipalização e a implantação de unidades gestoras. A distritalização foi concebida como uma tática para implementar o projeto da Reforma Sanitária Brasileira que, apesar das dificuldades, conseguiu apresentar



uma política de saúde radicalmente oposta ao que vinha sendo implementado no Estado (PAIM, 1989).

A experiência com a implantação do projeto SUDS abriu os caminhos para a implantação do SUS em todo o país. No entanto, também na Bahia, a conjuntura encontrava-se desfavorável, pois se apresentava uma reforma restritiva do Estado e estreitamento das políticas sociais. Nesse contexto, o Ministério da Saúde estabeleceu como estratégia a publicação de normas operacionais como forma de impulsionar a implantação da política de saúde (COELHO; PAIM, 2005).

A Norma Operacional Básica de 1993 (NOB 93) foi considerada uma vitória do movimento municipalista, pois criou fóruns interfederativos de negociação, flexibilizou o processo de organização e possibilitou formas diferenciadas de financiamento com os critérios de condição técnica e operativa de gestão – parcial, semiplena e plena. Na Bahia, foi criada a CIB de forma paritária e com representações da Sesab e dos municípios, com a tarefa de estabelecer os processos de negociação e decisões consensuadas (SOLLA, 2006; BAHIA, 2007).

Embora a instalação da CIB tivesse o objetivo de mediar o processo de negociação da Sesab com os municípios, estudos sobre o período de 1993 a 1998 demonstrou que os conflitos e boicotes nos trâmites de habilitação e na distribuição de recursos, comprometeram a implantação da NOB 93 e não estimularam a efetiva descentralização, o que foi demonstrado com a identificação de que nenhum município baiano assumiu a gestão semiplena e apenas a metade tenha se habilitado na gestão parcial. A ausência do protagonismo da gestão estadual, aliada a partidarização na relação (com/entre) intergestores, marcou o processo de descentralização na Bahia (GUIMARÃES, 2003; SOLLA, 2010).

A partir das experiências municipais em todo o País com a demarcação pelos municípios da assunção da plena responsabilidade sobre a gestão do sistema de saúde e não apenas da prestação de serviços, foi publicada a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), que simplificou as modalidades de gestão municipal para dois níveis – plena da Atenção Básica

e plena do Sistema Municipal. Embora com críticas sobre a competência dos pequenos municípios em assumirem a gestão plena do seu sistema, a norma apresentava mudanças que favoreceram a gestão municipal, como a transferência automática e direta de recursos – fundo nacional ao fundo municipal; Piso Assistencial Básico (PAB) com incentivo diferenciado para o Programa Saúde da Família (PSF); e a Programação Pactuada Integrada, direcionando a integração entre sistemas intermunicipais a partir da regionalização. Essas novas regras possibilitaram que a Bahia saísse do quadro de um dos estados mais atrasados para um dos mais avançados no processo de habilitação (SANTOS, 2018; GUIMARÃES, 2003).

As profundas assimetrias identificadas entre os municípios a partir da análise da implementação da NOB 96, bem como o grande número de municípios de pequeno porte, inviabilizava não só a consolidação da gestão plena municipal, mas demonstrava a necessidade de um planejamento territorial e a organização das redes intermunicipais em espaços regionais. Além disso as normas editadas na década de 90 não colaboraram para uma integração horizontal entre os entes federados. Nesse contexto, o Ministério da Saúde editou as NOAS 2001 e 2002 estabelecendo as diretrizes para o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços e atualizando os critérios de habilitação dos estados (gestão avançada e gestão plena do sistema estadual) e dos municípios (gestão plena da Atenção Básica ampliada e gestão plena do sistema municipal). Além disso, apresentou a necessidade da elaboração do Plano Diretor de Regionalização pela gestão estadual. Em 2003, a Bahia assumiu a gestão plena, o que permitiu uma maior autonomia para a condução do sistema estadual de saúde e a partir da elaboração do primeiro PDR, dividiu o território baiano em 6 macrorregiões de saúde e 21 microrregiões (FLEURY; OUVENEY, 2007; BAHIA, 2012).

### **3.3. Regionalização na Bahia no contexto atual: 2005 a 2019**

A regionalização da rede assistencial de serviços de saúde no Brasil é um dos princípios estruturantes do SUS e ganhou destaque a partir da publicação das

NOAS e depois com o Pacto pela Saúde, em 2006. Caracteriza-se pela integração de redes de atenção à saúde de âmbito municipal em redes de atenção de âmbito micro e macrorregional, o que provoca um aumento de complexidade na gestão das redes integradas pois deve conciliar diversos interesses de diferentes municípios. Mas deve buscar a construção de um modelo solidário e cooperativo no financiamento e na prestação dos serviços de saúde.

O Pacto pela Saúde definiu algumas mudanças no processo de financiamento compartilhado no SUS, organizando os recursos destinados às ações e serviços de saúde em forma de blocos de financiamento, além de substituir o processo de habilitação conforme NOB e NOAS, por adesão voluntária a partir de um modelo de contratualização denominado Termo de Compromisso de Gestão, entre as três esferas de governo. O governo da Bahia aderiu ao Pacto de Gestão por meio da Portaria nº 2581 de 2007 (BAHIA, 2012).

Nesse cenário é importante contextualizar que a Bahia vivenciou uma alteração na gestão do Governo Estadual depois de 16 anos consecutivos sob comando de núcleo conservador, denominado de “Carlismo”. A gestão presente em 2006 se posicionava de forma contrária a adesão ao Pacto pela Saúde. Na medida que o novo governo com posições progressistas assumia em 2007 (Gestão Jaques Wagner, do PT), houve uma reconfiguração na atuação para a implementação do processo de regionalização, como a atualização do PDR e ações para implantação dos Colegiados de Gestão Microrregional (CGMR).

O Plano Estadual de Saúde (PES) de 2008-2011, apresenta as diretrizes prioritárias para a consolidação do SUS na Bahia, e dentre elas constava a implantação da regionalização solidária da atenção à saúde. Para isso, o PDR de 2004 foi revisto em 2007, quando o território foi organizado em 9 macrorregiões e 28 regiões assistenciais de saúde. Apresenta, ainda, o desafio de superar os grandes vazios assistenciais presentes nas regiões de saúde (BAHIA, 2014).

A imagem da distribuição dos serviços de saúde nas macrorregiões apontava para uma importante concentração na macrorregião Leste, onde se encontra Salvador e a sua Região Metropolitana. Ao mesmo tempo, as macrorregiões Centre-Norte, Extremo Sul, Nordeste, Norte e Oeste apresentavam as menores concentrações (BAHIA, 2014).

O desafio da distribuição equânime dos serviços foi um dos objetivos que a adesão ao Pacto pela Saúde enfrentou (e ainda enfrenta), a partir do estabelecimento das novas relações cooperativas entre os entes federativos. Assim, dos 417 municípios baianos, 347 estavam sob gestão estadual do sistema de saúde e 70, 17% do total de municípios, assumiram o comando único do sistema de saúde. Essa relação cooperativa entre os municípios estava sob responsabilidade das CGMR, atualmente Comissão Intergestores Regional (CIR) distribuídos entre as 28 regiões de saúde que se encontram dentro das 09 macrorregiões, conforme o PDR.

Acerca dos órgãos colegiados envolvidos no processo de regionalização, as 28 CIR passaram a ser responsáveis, entre outras funções, em avaliar os pleitos de adesão ao Pacto de Gestão encaminhados pelos municípios. As CIR são instâncias colegiadas, de natureza permanente e caráter deliberativo. São compostos por secretários/as municipais de saúde e um representante da Sesab. Grande parte é coordenada, em revezamento, por secretários/as municipais (VIANA; LIMA, 2010; BAHIA, 2012).

No final de 2014, a partir da Lei Estadual nº 13.204 de 2014, que modificou a estrutura organizacional da administração pública do poder Executivo Estadual que extinguiu secretarias e órgãos do Estado, houve uma redefinição da Sesab sobre a desconcentração administrativa. As 31 Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) foram extintas para o surgimento dos 09 Núcleos Regionais de Saúde (NRS), abrangendo os territórios das Macrorregiões de Saúde, conforme o PDR. Os NRS têm suas responsabilidades descritas para o acompanhamento das atividades de regulação e de vigilância sanitária (BAHIA, 2014).

Em 2015, a Bahia apresentou a proposta de implantação dos Consórcios Interfederativos de Saúde, com o objetivo de descentralizar as ações e serviços de saúde com caráter regional, com a participação de municípios e do Estado, a partir da publicação da Lei 13374 daquele ano. Essa forma de associar as esferas de governo foi normatizada pela Lei Federal nº 11107/2005, regulamentada pela Decreto nº 6107/2007 que, no caso da saúde precisa ter alinhamento com as políticas e diretrizes do SUS. O desenvolvimento de ações conjuntas regionalizadas deve ter como abrangência o atual Plano Diretor de Regionalização de 2015, que

manteve a divisão do espaço geográfico do Estado em 28 RAS e 09 macrorregiões de saúde (BAHIA, 2015; BAHIA, 2016).

A proposta de implantação de consórcios municipais e de consórcios interfederativos entre Estados e municípios, podem ser considerados uma forma de descentralizar as ações e serviços, enquanto solução organizacional para garantir que as necessidades de coordenação e integração entre os entes federativos sejam efetivadas. Considera-se que os principais benefícios dos consórcios são o ganho de escala na prestação de serviços, a racionalidade de processos e de despesas, a realização de ações e projetos conjuntos que seriam difíceis de efetivação de forma isolada (FLEXA; BARBASTEFANO, 2020).

Pode-se considerar que a formação dos consórcios possibilita a cobertura dos vazios assistenciais de média complexidade e melhoria da resolutividade da Atenção Básica por meio da oferta de consultas de diversas especialidades médicas e da realização de exames de imagem e outros em policlínicas. As policlínicas de saúde, equipamentos de média complexidade, estão em processo de instalação nas áreas de abrangência das 28 RAS do Estado da Bahia. Já foram criados 18 consórcios interfederativos e já foram entregues 12 policlínicas regionais. Mais 07 estão em construção, sendo 02 em Salvador. O desafio é a manutenção da cooperação institucional entre os municípios com a participação das CIR, e a consolidação do processo de regionalização das ações e serviços de saúde.

Durante os 30 anos do SUS, muitos estudos e pesquisas foram desenvolvidas de forma a garantir um contínuo processo de avaliação da implementação da política pública. Assim, foi possível demonstrar que o SUS não se implementou de uma mesma maneira no conjunto dos municípios e estados brasileiros. É nesse cenário que se considera importante analisar os diferentes arranjos institucionais e políticos do processo de regionalização de ações e serviços de saúde como forma de colaborar com o campo de estudos de saúde coletiva como um espaço de pesquisa das políticas públicas sociais, utilizando a experiência do Estado da Bahia de modo a analisar de que forma a regionalização tem sido implantada, considerando a experiência institucional, os recursos disponíveis, os arranjos institucionais e os interesses políticos envolvidos nesse processo.

#### 4. METODOLOGIA

A regionalização das ações e serviços de saúde, é fundamental para a organização do SUS a partir da tríade universalidade/integralidade/igualdade. Esse modelo de organização deve garantir o acesso e a qualidade dos serviços ofertados à população. Atingir esse objetivo fundamental para o sistema universal de saúde, requer o rompimento de enormes problemas administrativos, políticos, sociais e culturais.

Durante os 30 anos do SUS, muitos estudos e pesquisas foram desenvolvidas de forma a garantir um contínuo processo de avaliação da implementação da política pública em seus mais variados aspectos. Desta forma, foi possível demonstrar que o SUS não se implementou de uma mesma maneira no conjunto dos municípios e estados brasileiros. A identificação dessas assimetrias torna-se necessária para colaborar com um planejamento cada vez mais próximo da realidade local.

A pesquisa desenvolvida sobre a trajetória de implantação da regionalização no Estado da Bahia parte da compreensão que pesquisar o espaço onde se configuram as dificuldades e facilidades pode colaborar, em conjunto com mais estudos de saúde coletiva, como um espaço de pesquisa das políticas públicas, para um aperfeiçoamento do modelo de organização do SUS, enquanto uma política social complexa e impactada por diferentes contextos.

É nesse cenário que se considera importante analisar os diferentes arranjos institucionais e políticos do processo de regionalização de ações e serviços de saúde, utilizando a experiência da Bahia a fim de analisar de que

forma a regionalização da saúde tem sido implantada, considerando a experiência realizada e os interesses políticos envolvidos nesse processo.

#### **4.1. Objetivos**

Geral:

- Analisar os processos que conduziram a regionalização da saúde no Estado na Bahia de 2007 a 2019.

Objetivos específicos:

- Identificar estudos sobre as experiências e processos da regionalização das ações e serviços de saúde na Bahia;
- Analisar as etapas de implementação da regionalização do sistema de saúde do Estado da Bahia;
- Caracterizar os arranjos institucionais e os processos políticos da regionalização de saúde no Estado da Bahia.

#### **4.2. Desenho da investigação**

Para analisar os arranjos institucionais e políticos do processo de regionalização da saúde no Estado na Bahia de 2007 a 2018, utilizou-se a pesquisa qualitativa por examinar uma política de mercado cunho social, portanto um contexto complexo. Segundo Robert Yin, a pesquisa qualitativa possui a capacidade de representar visões e perspectivas dos seus participantes e ainda representar os significados conferidos aos fatos da vida real das pessoas (YIN, 2016).

Para tanto, as etapas desenvolvidas, embora estejam descritas em ordem, não foram realizadas sequencialmente.

1. Revisão da bibliografia nacional e estadual sobre os temas políticas de saúde, descentralização, desigualdades, federalismo, financiamento e regionalização da saúde, para a definição do escopo da pesquisa. Para isso, foram analisados decretos, portarias, documentos e publicações do Ministério da Saúde e, também, da Secretaria de Saúde da Bahia, bem como consultas a sites de pesquisas de artigos como *Scielo*, Medline, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), livros e teses.
2. Entrevistas: uso de dados primários a partir das entrevistas realizadas com gestores. Foram feitas 04 entrevistas, com personalidades selecionadas de acordo com a posição administrativa no âmbito estadual, municipal e regional no momento da realização da pesquisa. Foram realizadas entrevistas não estruturadas, ou seja, que não sigam um roteiro pré-elaborado, rígido, e que não foram conduzidas pela entrevistadora de forma a levar o entrevistado a formular uma resposta que venha ao encontro de uma suposição teórica prévia. A entrevista não estruturada favorece a emergência de narrativas. Os trechos resultantes desta conversa/questionamento a serem posteriormente selecionados para análise caracterizam-se como momentos em que os elementos de interesse da pesquisadora forem de evidente importância na construção narrativa do entrevistado (BASTOS, 2013).
3. Dados estatísticos: dados secundários extraídos do Censo Demográfico de 2010 e as estimativas populacionais da PNAD de 2017 e 2018, ambos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e os bancos de dados do Sistema Único de Saúde disponíveis no DATASUS. A partir dos dados levantados, foi construído um indicador sintético para medir as desigualdades regionais de saúde (IBGE, 2010).

A matriz de análise desenvolvida para a compreensão da dimensão do arranjo institucional e político contém três categorias: capacidade organizacional da CIR, enfrentamento às desigualdades regionais e dinâmica política e, para cada categoria, foram construídas as variáveis, indicadores e fonte de verificação, conforme apresentado no quadro 1.



Quadro 1: Matriz de Análise

DIMENSÃO	CATEGORIA	VARIÁVEIS	INDICADORES	FONTES DE VERIFICAÇÃO
Arranjo político e institucional	Capacidade organizacional da CIR	Estrutura organizacional	Existência de regimento interno da Comissão Intergestores Regional (CIR)	Pesquisa em documentos oficiais e entrevistas.
			Local de funcionamento das agendas da CIR	
			Composição da CIR e presidência	
		Dinâmica de funcionamento	Existência de reuniões deliberativas permanentes das CIR	
			Frequência e composição nas reuniões	
			Responsável pela convocação das reuniões	
			Cumprimento das resoluções aprovadas nas reuniões	
	Financiamento	Recursos distribuídos regionalmente a partir das resoluções da CIR	Pesquisa em base de dados do SUS	
	Enfrentamento as desigualdades regionais	Cobertura de programas estratégicos	Percentual de cobertura de Equipes de Saúde da Família por região de saúde	Pesquisa em base de dados do SUS
			Percentual de cobertura dos leitos hospitalares por região de saúde	Pesquisa em base de dados do SUS
			Distribuição regional dos estabelecimentos de saúde	Pesquisa em base de dados do SUS
	Dinâmica política	Pacto federativo	Nível de cooperação na definição da Programação Pactuada Integrada (PPI)	Entrevistas
			Articulação entre os níveis de governo	Entrevistas
		Relação das forças políticas	Coalização dos partidos no governo	Entrevistas
Nível de afinidade com o governo estadual			Entrevistas	
Identificação de atores que apoiam o governo estadual			Entrevistas	
Identificação de atores que fazem oposição ao governo estadual	Entrevistas			

Para analisar a **capacidade organizacional**, foram construídas as variáveis: estrutura organizacional da CIR, dinâmica de funcionamento e financiamento, e para cada uma das variáveis, foram criados indicadores. Para a coleta de informações foram utilizadas as entrevistas presenciais e não estruturadas, leitura e análise das atas das CIR de 2013 até 2019, e do regimento de funcionamento das CIR, bem como das portarias e resoluções da CIB de 2013 a 2019. A análise das atas das reuniões das 28 CIR não demonstraram os conflitos no processo de pactuação dos serviços e, dessa forma, foi necessário verificar por amostragem as atas das reuniões da CIB. No entanto, a descrição das atas apresentou apenas a decisão final das reuniões. Sobre a variável financiamento, não foram identificadas, nas atas, informações sobre a partilha, mas o processo de negociação para a PPI. Foram coletadas ainda, informações na estrutura da gestão estadual e nas entrevistas.

Sobre a análise da categoria **enfrentamento às desigualdades regionais**, foram analisados os principais indicadores de saúde, bem como a cobertura de programas estratégicos, para cada região. Foi criado um indicador sintético baseado em parâmetros clássicos de oferta e demandas de serviços. A análise estatística atribuiu pesos a cada indicador, levando em consideração a melhor e a pior situação, havendo assim uma padronização. Quanto mais próximo de 1 demonstra haver menos desigualdade regional; e quanto mais distante de 1, mais desigual. A demanda para o levantamento das desigualdades regionais foi solicitada pela autora e desenvolvido pela Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI) da Secretaria de Planejamento (Nota técnica disponibilizada no Apêndice).

Sobre a **dinâmica política**, foram criadas as variáveis para o pacto federativo e relação das forças políticas e, entre eles, indicadores. Foram realizadas as entrevistas com os gestores e levantamento de estudos sobre o tema na Bahia.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A implementação da regionalização de ações e serviços requer distribuição de poder, criação de espaços de discussão entre os diferentes entes federados e, também, parceria para a elaboração de estratégias de planejamento para integração dos serviços, regulação da assistência, coordenação do cuidado e financiamento. Para que essas ações sejam desenvolvidas, é fundamental que haja uma articulação a partir de uma governança cooperativa organizada pelas instâncias regionais (SILVA JÚNIOR, *et al*, 2015).

Nesse aspecto, torna-se fundamental entender o funcionamento da governança regional a partir dos arranjos institucionais e políticos. E, para isso, foram utilizadas as categorias que tratam da capacidade organizacional das CIR, enfrentamento às desigualdades e dinâmica política, selecionadas para discussão desse estudo. A fragmentação da assistência e da oferta do cuidado integral com saúde demonstram a necessidade de construção de um território sanitário regional, orgânico e com cooperação entre os municípios.

Assim, a ênfase deste capítulo é apresentar elementos que ajudem a compreender a governança a partir da análise da existência e funcionamento das instâncias regionais, e no caso deste estudo, o foco de discussão serão as CIR, por conta de sua responsabilidade no processo de pactuação, cooperação e fortalecimento regional. E, ainda, é responsável pela demarcação do papel do estado como ente responsável pela coordenação.

Será abordada uma questão fundamental e bastante discutida no âmbito do SUS, que é o financiamento para organização e funcionamento das ações e serviços. Para isso, será utilizado como prioridade na análise, o processo de pactuação financeira regional, tendo como ambiente de pesquisa as 28 RAS da Bahia e o arranjo nacional do financiamento do SUS.

Partimos da compreensão que o território brasileiro é marcado por profundas desigualdades regionais decorrentes de heranças históricas que demarcam os usos e as conformações sociais, políticas e econômicas. Neste cenário, foram identificados e analisados os indicadores de saúde com objetivos de apresentar as assimetrias das 28 regiões assistenciais da Bahia.

Finalmente, será apresentada a dinâmica política a partir do federalismo brasileiro, e como essa questão impacta o processo da regionalização na Bahia.

### **5.1. Governança regional a partir da atuação da Comissão Intergestores Regional**

A regionalização é uma diretriz do sistema nacional de saúde que deve se organizar para ampliar acesso e diminuir desigualdades, baseados nos princípios da universalidade e equidade. Deve viabilizar de forma cooperativa a distribuição dos diferentes serviços e recursos necessários para cumprir a finalidade de garantir acesso de forma integral a toda população. Para isso, a governança regional, componente de uma rede regionalizada, é entendida como o processo de participação e negociação entre sujeitos com diferentes graus de autonomia e inserção. O Decreto 7508 de 2011 define, assim, o

papel da Comissão Intergestores Regional (CIR) como instância responsável por essa tarefa. Desta forma, as CIR são instâncias deliberativas compostas por representantes do estado e de todos os secretários municipais de saúde de uma região assistencial. Diferentes estudos têm discutido a institucionalidade, representatividade e dinâmica da composição das CIR, como instâncias de governança regional (SANTOS, A.M., GIOVANELLA, L., 2014; ASSIS, *et al*, 2009; MEDEIROS, 2013).

A análise das atas e das entrevistas demonstra que a composição das 28 CIR na Bahia é coerente com a composição indicada no Decreto 7508/2011, com a presidência sendo exercida por secretários municipais e/ou coordenador do Núcleo Regional de Saúde (NRS), que estão presentes nas 09 macrorregiões. Em geral, o coordenador do NRS exerce a função de coordenador adjunto das CIR, devendo acompanhar 2 a 3 CIR. Pois, depois da reforma administrativa de dezembro de 2014, as estruturas regionais, antes em 30, foram reduzidas para 09. Embora a acumulação de poder possa ser vista como necessária, a redução das competências da instância regional aliada com a necessidade de aprofundamento do planejamento, demonstra que essa é uma questão importante para futura análise, embora este estudo não pretenda aprofundar.

[...] quanto aos Núcleos, acho que perderam a capacidade de articulação e de decisão com os municípios com essa nova configuração (antes DARES).

E-03

A análise das atas das reuniões das 28 CIR, de 2013 a 2019, possibilitou identificar que todas as comissões possuíam regimento interno, que é um documento norteador para o seu funcionamento. As agendas das comissões acontecem em geral na sede do NRS ou em estruturas estaduais presentes nas cidades. No entanto, houve registros de reuniões itinerantes, podendo acontecer, de forma alternada, em todas as cidades que compõem a RAS.

Sobre a dinâmica de funcionamento das CIR, foi possível identificar que todas as Comissões possuem um calendário de reuniões estabelecido, mas que nem sempre são cumpridas as datas programadas, podendo ter intervalos de até 03 meses sem registro de agenda. Na ampla maioria, as reuniões foram coordenadas e convocadas pela secretaria executiva responsável naquele momento. Existe uma boa frequência de membros dos municípios componentes da RAS da representação do Estado e da coordenação do NRS. Além disso, percebe-se que convidados dos municípios e do Estado sempre estão presentes para participarem ou fazerem apresentações sobre projetos de interesse comum. A representação estadual nas CIR com maiores complexidades de pauta, como a CIR de Salvador, teve um papel de coordenação na maior parte das reuniões. Com os consórcios públicos instituídos e as policlínicas em funcionamento, a coordenação das policlínicas tem participado para ajudar no levantamento de demandas de atendimento de saúde que poderão se configurar em mutirões para redução do tempo de espera.

Com os consórcios, os diretores das policlínicas apresentam relatórios e levantam com os secretários de saúde as prioridades para fazer atendimento extra (mutirões nas policlínicas). E-03

Foi constatado que a Programação Pactuada Integrada (PPI) é a pauta mais debatida e citada nos documentos lidos, assim como as ofertas da média complexidade. E, no caso de existência de municípios que sejam comando único do SUS, que possuem competência regional, como são os casos de Feira de Santana, Salvador e Vitória da Conquista, os registros apontam para a necessidade de encaminhamentos de deliberações por serviços não ofertados ou temas que necessitam de maior debate, para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Embora a CIR seja uma instância deliberativa, todos os conflitos não possíveis de pactuação foram encaminhados para outra instância de decisão, como é o caso da CIB.

[...] Não existe votação, o que caracteriza, conforme avalio, decisões mais democráticas. Divergir quanto a uma proposta, que pode levar a um

dissenso na CIB, a depender do tamanho e da força política do gestor municipal, pouco gestores (de município pequeno) ousam fazer dissenso, se colocar contrário a uma decisão na CIB, quando a proposta atende a interesses do gestor estadual. E-04

Os municípios adquiriram importância entre os entes responsáveis pela execução das políticas públicas e implementação das mudanças pretendidas para a reorganização do sistema de saúde brasileiro, mas carregam uma crônica condição de dependência financeira, técnica e política das outras esferas de governo. Embora a regionalização e as normatizações propostas e implementadas tenham o objetivo de colaborar com a ampliação do acesso e garantir a integralidade, as condições econômicas não se alteraram, e o subfinanciamento se acirrou (GUIMARÃES, 2003).

Os mecanismos de financiamento são condicionantes importantes no alcance dos sistemas de saúde, seja no que diz respeito ao acesso da população e, também em relação à amplitude do elenco de serviços disponibilizados. Ainda que muitos estudos tenham se debruçado sobre a análise do financiamento, são poucos que abordam o tema em contextos regionais (VIANA, *et al*, 2006; LEVI, SCATENA, 2011).

A estratégia de regionalização do SUS está organizada em movimentos de pactuação entre gestores municipais e estaduais com o objetivo de organizar o acesso da população em determinado território a uma rede específica de serviços de saúde. O processo de pactuação não necessariamente tem implicações financeiras, já que os acertos envolvem a disponibilização dos serviços, mas há um acordo de compartilhamento de recursos pelos diferentes entes (LEVI, SCATENA, 2011).

A análise dos depoimentos e documentos possibilitou a percepção que a única cooperação financeira formal existente entre os municípios é a PPI. Destaca-se a realização de pactuações para oferta de consultas médicas, exames e internações. No entanto, há evidências de pactuações informais, fora da PPI, estabelecidas a partir das relações entre os municípios. E ainda, a descrição das atas impossibilitou a identificação de conflitos no processo de pactuação, o que demandou a análise de forma amostral das atas das

reuniões da CIB. Embora sejam documentos importantes para a memória das agendas e encaminhamentos, há uma preferência por registrar apenas a informação burocrática da decisão final, que impossibilita identificar os processos de pactuação e negociação.

A PPI é um importante instrumento, pois permite ao gestor organizar as ações de saúde da população, diminuindo as impossibilidades quanto à prestação de serviço e contribuindo para a redução de desigualdades financeiras, administrativas e técnicas que são um desafio para a proposta da integralidade. Pode ser considerada como um dos principais instrumentos para o compartilhamento das decisões no âmbito da saúde. No entanto, embora a PPI seja um importante elemento de cooperação financeira, é necessário pensar formas de parcerias que não sejam apenas baseadas em cooperações, visto que nem sempre as pactuações são implementadas conforme programadas. Além disso, estudo realizado sobre a distribuição de recursos federais na Bahia demonstrou que há uma concentração em poucos municípios de grande porte que oferecem a maior parte dos serviços hospitalares, evidenciando uma importante desigualdade regional (MOLESINI, 2011; TELES, *et al*, 2016).

[...] devido ao subfinanciamento e, acredito, pela fragilidade da organização da rede de assistência nos territórios microrregionais, que ocorrem devido aos poucos recursos, desqualificação técnica de boa parte dos gestores por interesses políticos e ausência do apoio técnico, tem impactado significante na melhoria da assistência. Então, só os municípios maiores, polo de microrregião, pela sua capacidade técnica instalada recebem a maior parte dos recursos, e esses recursos não são suficientes para atender a população vinculada (pactuada) a ela, evidentemente esses municípios polo vão priorizar a população que está em seu território, e os municípios pactuados acabam ficando desassistidos, mesmo com a responsabilidade de prestar serviços a esses municípios pactuados cujo compromisso são assumidos através da PPI. E-04

Neste sentido, o consórcio público de saúde pode ser um instrumento de cooperação interessante, pois tem o objetivo de colaborar para reduzir as dificuldades na capacidade de oferta de serviços por parte dos municípios



que o integram. No caso da Bahia, a instituição dos consórcios interfederativos de saúde foi planejada para estabelecer uma nova forma de cooperação entre os municípios e estado, incluindo aporte financeiro para o custeio de serviços.

A característica principal dos consórcios públicos na Bahia é a inclusão do órgão estadual na composição, tornando o consórcio interfederativo. As experiências no Brasil são de consórcios municipais. Na pactuação bipartite dos consórcios na Bahia, o governo estadual aporta 40% do custeio e os 60% são rateados pelos municípios. A injeção de dinheiro novo do governo estadual através do consórcio não fazia parte da partilha tripartite financeira. Portanto há um aporte de dinheiro novo. E-02

Com a instituição dos consórcios, optou-se por assegurar os atendimentos e serviços da média complexidade do sistema de saúde baiano, identificado como um vazio assistencial que comprometia a resolutividade da atenção básica. Esse problema foi identificado também em estudo realizado pelo Ministério da Saúde entre 2001 e 2002, onde apontou que o apoio diagnóstico para atenção especializada tem sido insuficiente para garantir a continuidade da atenção à população. Além desse estudo, pesquisa de 2010 sobre o acesso a serviços de média complexidade na cidade de São Paulo, corrobora o mesmo achado. A necessidade de atendimento dos vazios assistenciais e financiamento foi identificada em outro depoimento (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

[...] dotar nas macrorregiões da Bahia com serviços de referência de média e alta complexidade, assumindo parcerias também com as filantrópicas que tinham um caráter regional e com os municípios. E organizando planejamento para ofertas ainda mais específicas como é o caso da hemodiálise. Assim foram feitas a PPI, a reprogramação de recursos, a partir do plano estadual de saúde, aprovado em 2008. E-01

A construção das policlínicas é um incentivador na formação dos consórcios interfederativos de saúde. Estão atuando dentro de uma conformação de 01 consórcio formado em cada RAS. O Governo da Bahia assume a construção total e toda a equipagem, e os consórcios junto com o Estado, assumem o custeio, com 60% e 40%, respectivamente. Esse aporte financeiro não estava previsto no rateio dos custos da saúde para os municípios, portanto, pode ser considerado como um aporte novo.

A criação dos consórcios traz alguns benefícios. O primeiro dele é sobre o aumento de financiamento do governo do estado no custeio das policlínicas, diminuindo o peso sobre o tesouro municipal. E-02

A atual gestão (Governador Rui Costa<sup>1</sup>) deu um salto importante na regionalização com a implantação das policlínicas e dos consórcios interfederativos de saúde. Todas as policlínicas inauguradas, são 9 até agora, todas elas não recebem recursos federais. Todas são custeadas com os recursos dos estados e dos municípios. Todos os novos hospitais, que estavam engatilhados desde a gestão de Wagner<sup>2</sup>, também não estão recebendo recursos do MS. E-01

A crise do subfinanciamento do SUS tende a se acirrar no contexto político atual. A regionalização das ações e serviços não aportou recursos novos, mas ajudou a organizar a rede de serviços e com a PPI, instrumento de pactuação, evitou a corrida dos municípios para garantirem o atendimento da população assistida nos serviços disponíveis. No entanto, a aprovação da EC-95, e as demais mudanças no sistema previdenciário e social, provocará uma crise na manutenção dos serviços e comprometerá a ampliação de novos.

---

1

Governador Rui Costa (PT) assumiu o Governo da Bahia em 2015 até 2018. Foi reeleito para a gestão de 2019 a 2022.

2

Governador Jaques Wagner (PT) eleito para a gestão 2007 a 2010 e foi reeleito 2011 a 2014.

[...] Não está em jogo a expansão dos serviços regionalizados, o que está em jogo é a manutenção dos serviços de saúde que estão sendo mantidos com recursos exclusivos do Estado e/ou dos municípios. E-01

[...] Se começar a colocar a lupa, não há somente a redução do financiamento com a EC95, mas mudança das diretrizes políticas, estratégicas e assistenciais, como a saúde mental, atenção básica, assistência farmacêutica. Estamos vivendo um cenário de perdas de direitos, de retrocesso, de redução do financiamento a partir da EC 95, o impacto é muito ruim. E se vermos as outras políticas que vão refletir na saúde, com o impacto das perdas dos direitos trabalhistas, das perdas com a reforma da previdência... E-01

[...] tivemos a publicação da EC 95 que colocou um limite dos gastos da união, congelando o orçamento a partir de 2016. O descasamento entre a inflação da saúde e do orçamento tende a se agravar fortemente a partir do próximo ano e se não for derrubada, enxergaremos um processo de desfinanciamento do SUS, com o fechamento de serviços de saúde, como unidades de saúde da família, coisas que já estamos vendo. Mas que tenderá a se agravar. E-02

O financiamento do SUS nas três esferas de governo constitui um pano de fundo no processo de regionalização, pois as estratégias concretas para sua efetivação têm implicações financeiras, dependentes do processo de negociação e pactuação para o compartilhamento entre os entes. A base de sustentação financeira do SUS é determinante para o processo de regionalização. Esse processo demarca um ambiente de negociações políticas, não podendo ser reduzido à esfera técnica (BISCARDE, 2016; LEVI, SCATENA, 2011).

Em síntese, a análise dos achados da categoria capacidade organizacional da CIR pesquisados, utilizando as variáveis estrutura organizacional, dinâmica de funcionamento e financiamento, possibilitou identificar que as CIR são existentes nas 28 RAS da Bahia e contam com agenda de reuniões mensais nas cidades pólo ou sede do NRS, mas

frequentemente acontecem reuniões itinerantes nas cidades componentes da RAS, com uma boa frequência de participantes, inclusive com a coordenação da policlínica regional. Os secretários municipais e os coordenadores dos NRS assumem a coordenação da CIR. A principal pauta das reuniões é a PPI, embora nem sempre as pactuações são cumpridas, geralmente por uma deficiência na rede assistencial dos municípios que não conseguem cumprir o volume acordado para a sua própria população.

O financiamento é um dos temas mais debatidos no SUS, mas há que se destacar que o contexto regional carece de instrumentos para análise. De um modo geral, a única cooperação financeira formal existente entre os municípios é a PPI, embora nem sempre as metas pactuadas sejam cumpridas. Uma das principais causas tem sido o subfinanciamento do sistema de saúde e a dificuldade dos municípios em atenderem a população de seu próprio município.

A formação dos consórcios interfederativos de saúde teve como elemento incentivador a implantação das policlínicas regionais, e o aporte financeiro aplicado pelo Estado, não previsto na pactuação tripartite, deve ser considerado um aporte financeiro novo.

## **5.2. Enfrentamento às desigualdades regionais em saúde (reescrito e gráficos refeitos)**

As desigualdades em saúde são um problema global, que afligem as populações dos países mais pobres, mas também dos mais ricos, e cuja persistência considera-se um dos maiores desafios no campo da saúde, sendo as soluções necessárias e importantes. Desigualdades referem-se àquelas diferenças percebíveis e mensuráveis existentes nas condições de saúde, que podem estar aos acentuados desníveis no acesso, cura ou reabilitação (BARRETO, 2017).

No campo da saúde, as desigualdades tornam-se visíveis seja nas condições de saúde dos diferentes grupos, seja nos níveis de riscos à saúde

e no acesso diferenciado aos recursos disponíveis no sistema. Essas desigualdades geram distintas possibilidades de usufruir dos avanços científicos e tecnológicos ocorridos na área, e a diferentes chances de exposição aos fatores que determinam a saúde e a doença e ainda, as diferentes formas de adoecer e morrer (BARRETO, 2017).

Dessa forma, parte-se da compreensão que o território brasileiro é marcado por profundas desigualdades regionais decorrentes de heranças históricas que demarcam os usos e as conformações sociais, políticas e econômicas. Ao longo da trajetória de implementação do SUS, as desigualdades regionais em saúde, expostas no documento Pacto pela Saúde, têm sido objeto de preocupação e de construção de possibilidades de enfrentamento, sendo uma delas, a implantação da regionalização (BRASIL, 2006).

No Brasil, a regionalização se apresenta de forma complexa, por conta da sua dimensão continental, número de usuários, desigualdades e diversidades territoriais. Além disso, a multiplicidade de agentes públicos e privados, envolvidos na condução da prestação de serviços, evidencia ainda mais essa complexidade (DOURADO, ELIAS, 2011).

Compreende-se que a regionalização pode interferir positivamente na universalidade do acesso à saúde, pois permite o planejamento e a organização dos serviços da rede de atenção. No entanto, as diversidades e as imensas desigualdades no Brasil, aliadas ao modelo federativo que condiciona a gestão regional, evidenciam que esse processo é um tanto complexo.

Nesse cenário de desenvolvimento socioeconômico, a análise dos indicadores de saúde que tratam da demanda e da oferta e a complexidade das ações e serviços no contexto regional, podem ser consideradas estruturantes para a identificação das assimetrias e dificuldades para realização efetiva do processo de regionalização. Enxergar as assimetrias territoriais pode colaborar para um melhor planejamento com vistas a integralidade das ações locais e universais. Em geral, a configuração

territorial do SUS expressa e reproduz as desigualdades regionais no Brasil (VIANA, *et al*, 2017; ALBUQUERQUE, *et al*, 2017).

A Bahia está dividida em 09 macrorregiões de saúde e dentre as macrorregiões, dividem-se as 28 Regiões Assistenciais (antes denominada de microrregiões de saúde). Com o objetivo de identificar as diferenças e semelhanças entre as RAS, foram pesquisados indicadores de oferta e demanda de serviços a partir desse recorte.

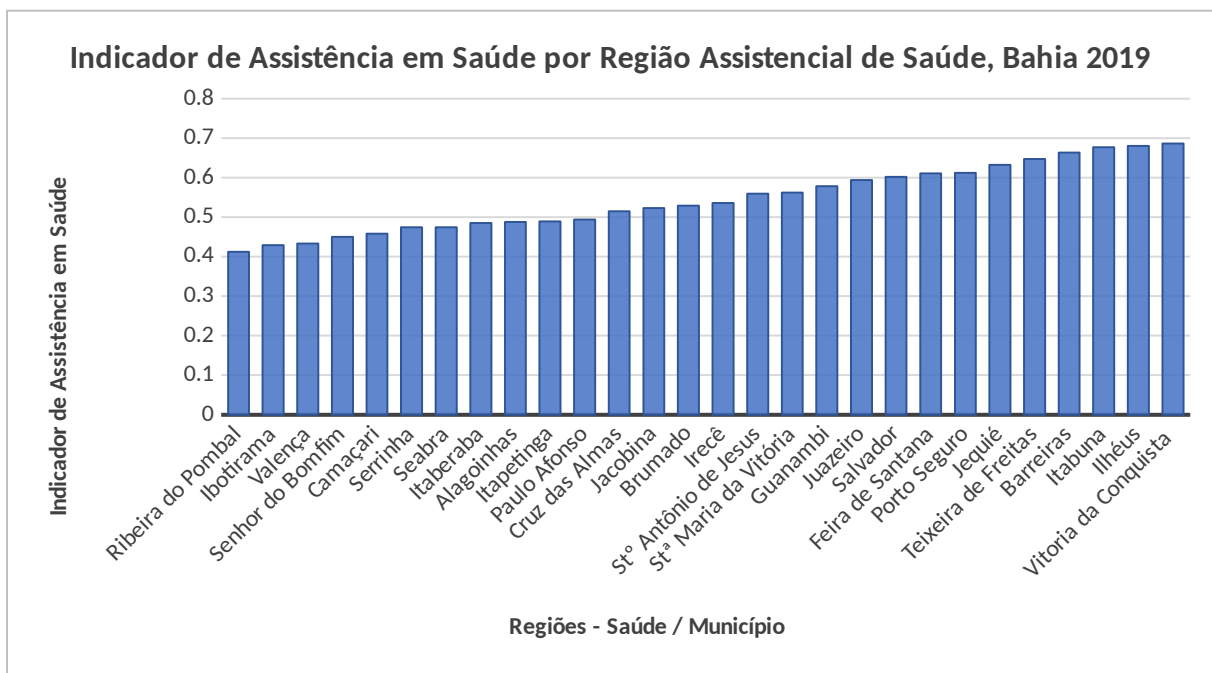
Desta forma, foram analisados os principais indicadores de saúde, bem como a cobertura de programas estratégicos, para cada região. A fim de melhor identificar as assimetrias regionais, foi criado um indicador sintético baseado em índices clássicos de oferta e demanda de serviços. A elaboração do indicador foi uma demanda da autora deste estudo e realizada pela Superintendência de Estudos Sociais e Econômicos (SEI) do Governo da Bahia. A análise estatística escolhida atribuiu pesos a cada indicador, levando em consideração a melhor e a pior situação, havendo assim uma padronização.

Entendendo que a avaliação dos fatores que descrevem o perfil de saúde de uma população de uma região pelo grau de complexidade, deve ser realizada sob uma perspectiva multidimensional. A elaboração de indicadores constitui uma ferramenta para acompanhar as transformações da assistência em saúde no decorrer do tempo.

O indicador sintético, apresentado como Indicador de Demanda Assistencial em Saúde – IDAS, foi resultado da agregação de um conjunto de 14 indicadores, descritos a seguir: Índice de densidade demográfica, índice de imunização e as taxas de cobertura vacinal, de mortalidade infantil, de mortalidade materna, de médicos no SUS, de enfermeiros no SUS, de cobertura populacional por ESF, de equipamentos de saúde disponíveis no SUS, de internações hospitalares, de leitos no SUS, de leitos com UTI no SUS, de cobertura de planos de saúde privados, de gastos per capita com atenção básica e de gastos per capita em assistência hospitalar e ambulatorial no SUS.

Cada índice por região é obtido a partir da razão da diferença entre o valor observado na região de saúde (coeficiente) e valor menos desejado (menor valor da série) e a diferença do valor mais desejado (meta estabelecida para o indicador) e o valor menos desejado. O resultado do Indicador de Demanda Assistencial em Saúde é obtido através da média aritmética dos 14 índices da região, que aponta a posição relativa deste IDAS, de forma que quanto mais próximo a 1, melhor o nível de assistência em saúde na região.

**Gráfico 1 – Demanda Assistencial em Saúde por Região Assistencial de Saúde, Bahia 2019.**



A análise do indicador de assistência demonstra que 11 RAS estão abaixo do valor de 0,5, o que equivale dizer que podem ser consideradas muito precárias. Nenhuma região se aproxima do valor 1, sendo as mais próximas, as RAS de Itabuna (0,67), Ilhéus (0,68) e Vitória da Conquista (0,69). As três RAS menos assistidas são Ribeira do Pombal, Camaçari e Valença enquanto a RAS com o melhor resultado referente a demanda assistencial em saúde foi Barreiras.

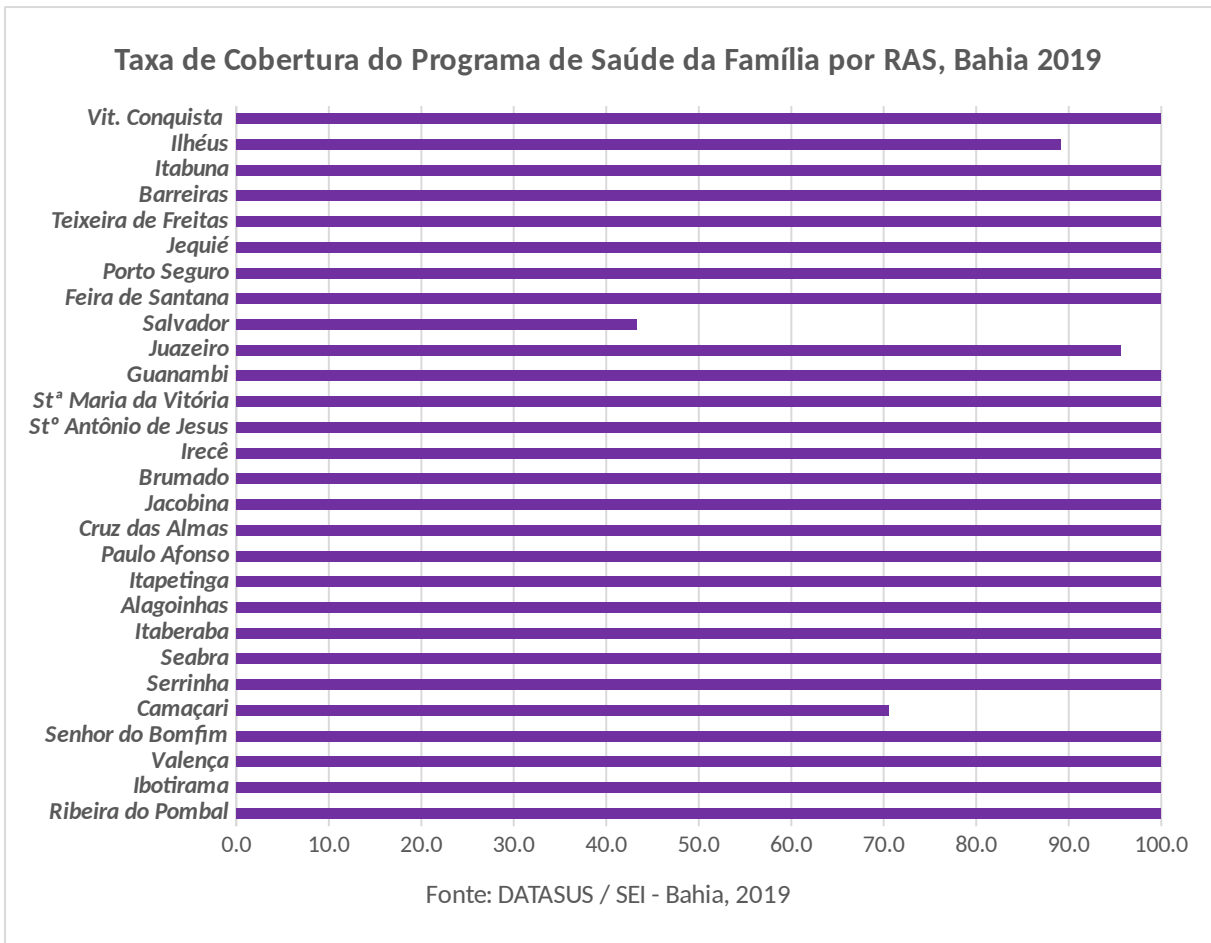
As desigualdades regionais demonstradas a partir do indicador de demanda assistencial em saúde apontam para a necessidade de análises específicas por cada uma das RAS na Bahia, pois nenhum estudo sobre esse tema foi identificado na literatura atual.

Na primeira década de implantação do SUS, a distribuição espacial dos serviços de saúde acompanhou a tendência de desconcentração e uma persistente desigualdade que marcaram o processo de globalização. Equipamentos de média e alta complexidade mantiveram-se concentrados nas cidades maiores, capitais e metrópoles e em poucos polos regionais. Esse cenário se apresenta na Bahia como identificado no indicador de assistência.

A análise da implantação dos programas especiais na Bahia, onde se encontra o Programa de Saúde da Família (PSF), pode ser evidenciada quando observamos isoladamente os indicadores de taxa de cobertura de PSF e a taxa de gastos per capita em atenção básica (gráficos 2 e 3).

**Gráfico 2 – Taxa de cobertura do Programa de Saúde da Família por Região Assistencial de Saúde, Bahia 2019.**



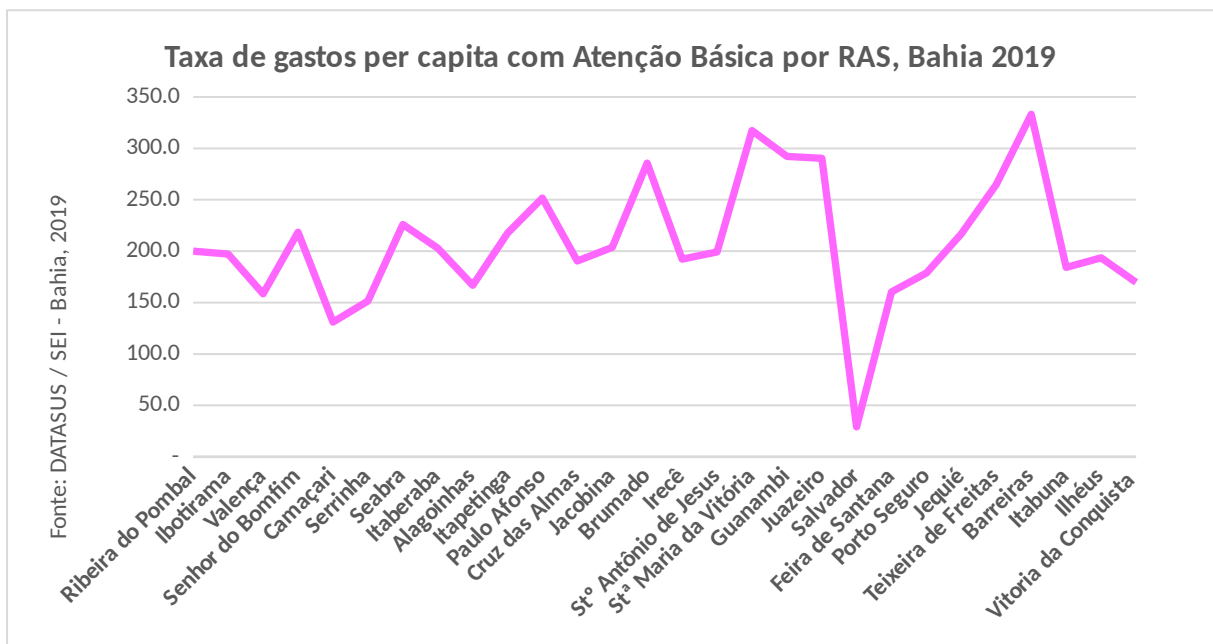


Como está demonstrado no gráfico 2, a RAS de Salvador (taxa de 43% de cobertura de PSF) apresenta o pior indicador regional. A baixa cobertura da RAS é responsabilidade da baixa cobertura de Salvador, que apresenta uma das piores coberturas de PSF do Brasil. Isso impacta também na baixa cobertura de Atenção Básica. No entanto, a maioria das RAS apresenta uma cobertura de 100%, evidenciando a prioridade da gestão municipal em implantar os serviços que são de suas responsabilidades. Esse cenário também é percebido no País ao identificar que houve uma expansão significativa do PSF nas regiões mais pobres e maiores limitações de implantação nas regiões metropolitanas, portanto mais ricas e com maiores densidades populacionais (ALBUQUERQUE, *et al*, 2017).

Quando analisado o indicador de gasto per capita na atenção básica fica evidenciada a assimetria entre regiões, embora seja um dos melhores indicadores regionais, como encontra-se apresentado no gráfico 3. A RAS de

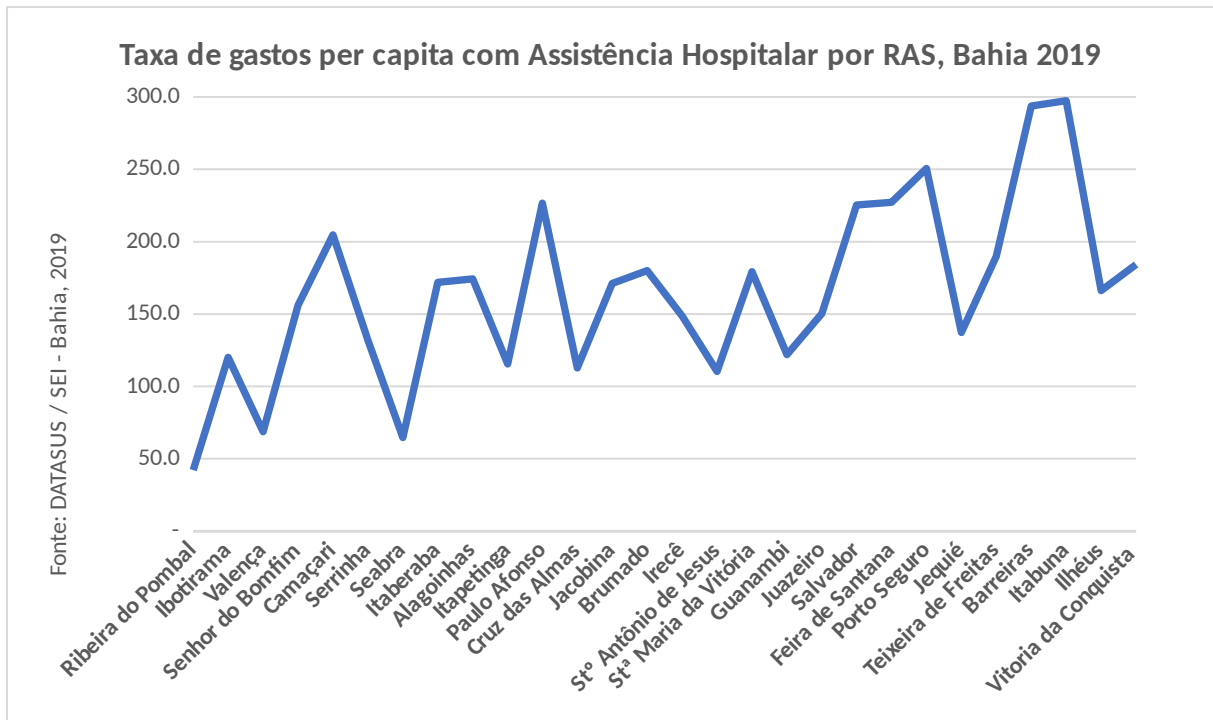
Salvador, assim como no indicador de cobertura de PSF apresenta o pior desempenho. A efetivação do Programa de Saúde da Família tem sido apoiada por um conjunto de incentivos financeiros oriundos do governo federal e repassados a estados e municípios.

**Gráfico 3 – Taxa de gastos per capita com Atenção Básica por Regiões Assistenciais de Saúde, Bahia 2019.**



O aumento da cobertura da atenção básica não foi seguido do aumento do número de leitos e do gasto com assistência hospitalar. O indicador de gasto per capita em assistência hospitalar e ambulatorial por RAS, demonstra ainda mais as diferenças regionais e aponta para vazios assistenciais no âmbito da média e alta complexidade, como apontado no gráfico 4.

**Gráfico 4 – Taxa de gastos per capita com assistência hospitalar e ambulatorial por Região Assistencial de Saúde, Bahia 2019.**



As RAS de Barreiras e Itabuna apontam as melhores taxas de gastos e a RAS de Ribeira do Pombal a pior taxa. A dificuldade na distribuição dos equipamentos também pode ser percebida nas entrevistas realizadas.

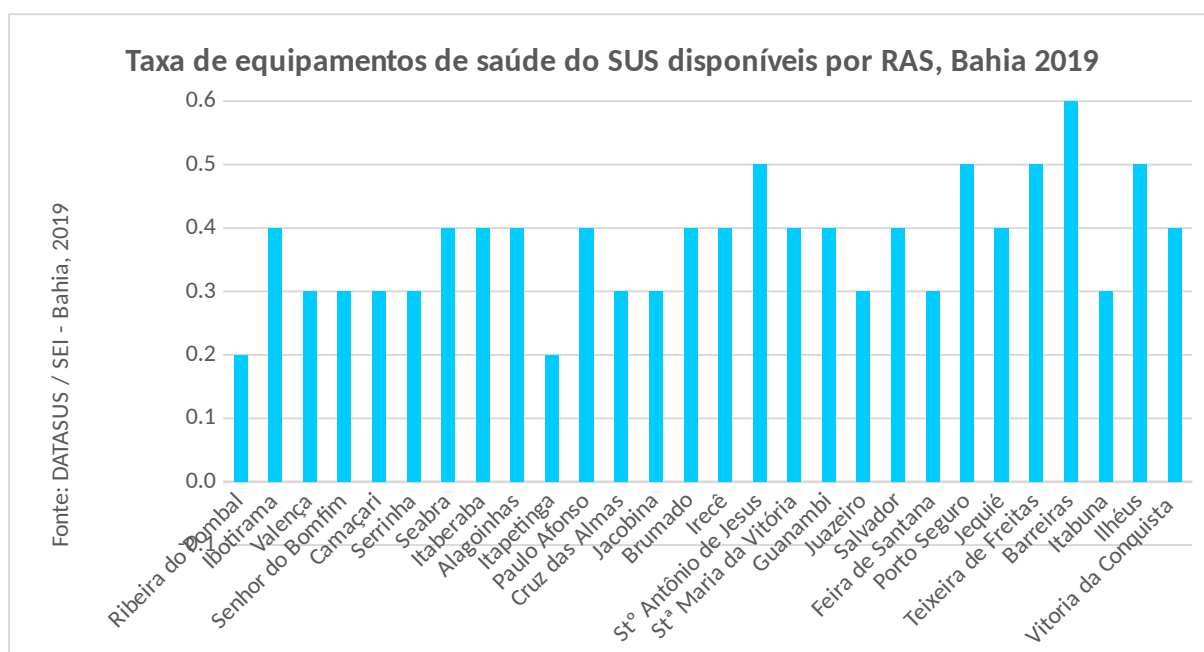
Em 2007, o paciente que infartasse no interior da Bahia não tinha nenhum serviço nem público e nem particular que pudessem proceder no atendimento. Neurocirurgia e Oncologia só tinham atendimento em Itabuna e Salvador. E – 01

[...] o centro da Bahia, a Chapada Diamantina, não tinha nenhum serviço de referência, assim como o Recôncavo, o Extremo Sul. O Oeste tinha acabado de inaugurar um hospital de referência. Fomos tentando dotar as macrorregiões da Bahia com serviços de referência de média e alta complexidade, assumindo parcerias também com as filantrópicas que tinham um caráter regional e com os municípios. E organizando o planejamento para ofertas ainda mais específicas como é o caso da hemodiálise. Assim foram feitas a PPI, a reprogramação de recursos, a partir do Plano Estadual de Saúde, aprovado em 2008. E – 01

[...] existe uma grande assimetria na atenção hospitalar. Houve um equívoco de política pública na Bahia que estimulou, ao longo das últimas décadas, a proliferação de hospitais de pequeno porte, estruturas hospitalares ineficientes, pouco resolutivas, caras, fazendo com que a Bahia seja o estado com o maior número de hospitais de pequeno porte. Essas unidades, hoje, permanecem ociosas, variando de 40 a 60% o percentual de leitos vazios, consumindo recursos sem produção. Por outro lado, temos hospitais do Estado também pouco resolutivos. Hospitais de médio porte com cerca de 100 a 150 leitos que também não atendem à demanda da região. E - 02

O vazio assistencial pode ser ainda apresentado a partir da análise do indicador de equipamentos disponíveis no SUS. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica. Os equipamentos que compõem a rede de média e alta complexidade, de forma agregada, compõem o indicador apresentado no gráfico 5.

**Gráfico 5 – Taxa de equipamentos de saúde do SUS disponíveis do Região Assistencial de Saúde, Bahia 2019.**



A análise do indicador indica a permanência da concentração de equipamentos de média e alta complexidade em regiões onde se localizam as grandes cidades o que provoca grandes deslocamentos para obtenção de determinados serviços. Demonstra uma necessidade de desconcentração maior dos serviços de saúde e um planejamento mais focado nessa redução.

Em resumo, a análise dos indicadores de oferta e demanda de assistência à saúde, organizados no indicador sintético de assistência, demonstra que todas as 28 RAS apresentam um quadro de desigualdade considerável. Tendo 11 RAS que estão abaixo do valor de 0,5, o que se considera muito precárias. Nenhuma região se aproxima do valor 1, sendo as mais próximas, as RAS de Itabuna (0,67), Ilhéus (0,68) e Vitória da Conquista (0,69). Esse quadro de posição das RAS vem se mantendo o que demonstram os indicadores individualmente, como as taxas de cobertura do Programa Saúde da Família e de gastos com a Atenção Básica, que são as melhores coberturas, principalmente nas RAS que agregam os menores municípios. As piores coberturas estão na Região Metropolitana e na Capital, corroborando com estudos que demonstram que esse perfil da Bahia se assemelha com o do Brasil.

O aumento da cobertura da atenção básica não foi seguido do aumento do número de leitos e do gasto com assistência hospitalar, que também se configura um padrão brasileiro. Utilizamos o indicador de gasto per capita em assistência hospitalar e ambulatorial por RAS, para demonstrar ainda mais as diferenças regionais e identificar os vazios assistenciais no âmbito da média e alta complexidade. Para complementar, analisamos o indicador de equipamentos disponíveis no SUS que demonstra a permanência de concentração de equipamentos de média e alta complexidade em regiões onde se localizam as grandes cidades.

A análise das assimetrias das regiões de saúde é fundamental para a realização de um planejamento mais focado na realidade baiana. É sem dúvida um desafio importante para o sistema.

### 5.3. Dinâmica política a partir do federalismo brasileiro (foi reescrito)

A descentralização político-administrativa do sistema de saúde foi uma das bandeiras do Movimento pela Reforma Sanitária. O princípio da descentralização também foi incorporado às outras políticas sociais inseridas na CEF-88, em especial, educação e assistência social, que, junto com a saúde, constituíram as bases de um estado de proteção social. Ao contrário, as políticas econômicas que são responsáveis pelos recursos que sustentam as políticas sociais, mantiveram-se centralizadas no governo federal, construindo uma complexa economia política, submetendo os recursos das políticas sociais às decisões econômico-financeiras do governo central (MOREIRA, *et al*, 2017).

No entanto, embora a descentralização possa ter fortalecido a democracia e o federalismo no Brasil ao incorporar os vários centros de poder às cenas política e decisória, a existência de fatores econômicos e políticos influenciando seus resultados deve ser admitida, na medida em que a descentralização, assim como o sistema federativo, não ocorre num vazio político, econômico e social (GUIMARÃES, 2003).

Um dado relevante para o sistema federativo foi que de 1990 a 2016 houve um importante crescimento no número de municípios (de 4.491 para 5.570), o que em termos políticos representa a entrada no jogo federativo de um número significativo de entes subnacionais com autonomia política, porém em sua maioria, sem capacidade financeira. Essa expansão, aliada às dificuldades de gestão e de condições de implantação de políticas sociais e econômicas, fez com que grande parte dos municípios fosse dependente do governo federal do ponto de vista financeiro e, também na criação e implementação de políticas públicas. Esse perfil de municípios dependentes dos recursos federais é identificado na Bahia (MOREIRA, *et al*, 2017; HOCHMAN, 2013).

É neste contexto que a regionalização do SUS se apresenta como importante estratégia para o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, pois

cria a possibilidade de articular municípios limítrofes para a construção de uma rede de saúde que possa atender ao conjunto de sua população, distribuindo custos e investimentos, com metas comuns. No entanto, é preciso reconhecer que a regionalização reflete os temas políticos associados à descentralização territorial e a própria municipalização (MOREIRA, *et al*, 2017).

As relações entre entes federados no âmbito das políticas de saúde têm sido um tema central e recorrente nas análises sobre a implantação e o futuro do SUS. Os desafios da coordenação federativa e da cooperação foram atualizados pelas normas operacionais, pelos consorciamentos e regionalizações, com a implantação das comissões paritárias, pelas contratualizações e pactuações. Essas estratégias tiveram inseridas em seus objetivos a mediação de conflitos e as disputas políticas entre os municípios (HOCHMAN, 2013).

No caso da Bahia, a trajetória da implantação das políticas de saúde foi marcada por enfrentamentos políticos institucionais, desde a formação do SUDS onde ocorreram dificuldades no processo de instituição do projeto a partir dos processos de cooperação e posições políticas de dirigentes das antigas DARES, setores tecnocráticos e a imprensa.

Na Bahia, assim como em todo Brasil, a implantação do SUS aconteceu em um momento de conjuntura desfavorável, com a previsão de uma reforma restritiva do Estado e redução das políticas sociais. Várias normatizações foram criadas pelo governo Federal ao longo do processo de implantação (NOB 91, NOB 92, NOB 93, NOAS 2001 e NOAS 2002). A NOB 93, pode ser considerada uma vitória do movimento municipalista pois criou fóruns de negociação, de pactuação e de flexibilidade no processo de organização. Criou-se a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), espaço fundamental de articulação entre os gestores estadual e municipais. O período de 1993-1998 foi analisado e, neste estudo, destacaram-se os conflitos relacionados aos boicotes e favorecimentos ao processo de descentralização e habilitação, a distribuição de recursos e bens do estado para municípios a partir da bandeira partidária e/ou sem critérios técnicos (GUIMARÃES, 2003).

Tais achados convergem com análises de outros estudos sobre a realidade baiana. O fato da implementação do SUS na Bahia ter ocorrido tardiamente, pode ser atribuído ao modo de gerir a política, especialmente com o tipo de governo que dominou o Estado e os municípios durante anos, modelo sustentado pela autocracia burguesa local. O modo de governar por meio de um processo de cooptação, preocupou-se em manter o conservadorismo político, impedindo que formas ampliadas de gestão fossem implantadas, uma vez que poderiam ameaçar a continuidade do “Carlismo”<sup>3</sup> com caráter monocrático e concentrador (ÁVILA, 2006).

Estudo mais recente que trata da gestão da saúde nas regiões metropolitanas de Salvador e Fortaleza, apontou as interferências políticas a partir de duas perspectivas: primeiro, de forma negativa quando associa as interferências partidárias e eleitorais com mecanismos de trocas de emendas parlamentares. E, do ponto de vista positivo, associa a uma maior concretização de ideias e mobilização de interesses. Mais além, identifica que mesmo com a gestão oposta ao grupo político anterior e apesar dos esforços, as mudanças operadas na Sesab, sob um novo e oposto modelo àquele conservador, não foi suficiente para romper com as práticas fisiologistas. No entanto, identifica o esforço institucional para reduzir tais práticas. Essa percepção também é identificada em trecho de entrevista realizada (BISCARDE, 2016).

No processo de regionalização, planejamento e organização dos recursos a identidade partidária não foi uma barreira para o processo de parceria. A mudança da cultura política do Estado é a marca mais forte do Governo, reconhecida por aliados e opositores. E - 01

Compreende-se que a implementação de políticas descentralizadoras, que envolve redistribuição de poder com novos atores em cena negociando e

---

3

Carlismo - configura-se como um período histórico da política baiana onde esteve a frente o político conservador António Carlos Magalhães (ACM) que governou a Bahia de forma autocrática e constituiu um modo de governar baseado no fisiologismo e perseguições políticas.



participando do processo de decisão, é, em si, um espaço gerador de conflitos. Contudo, os conflitos adquirem especificidades a depender do contexto histórico, social, cultural e econômico em que essa redistribuição opera. Nesse sentido, os processos de descentralização de políticas públicas podem, por exemplo, reforçar ou não os princípios da separação de competências, da autonomia e da participação dos níveis de governo. O que está em jogo, portanto, não é a isenção política, mas sim o grau de poder que cada uma das unidades de governo tenha em seu território, para decidir e atuar de forma autônoma sem comprometer os objetivos comuns da Federação e o grau de autonomia política e de participação de cada uma delas nas decisões nacionais (GUIMARÃES, 2003).

Portanto, a mediação dos conflitos deve ser parte fundamental das competências do estado no processo de regionalização. O setor da saúde não se organiza necessariamente para resolver problemas os seus problemas específicos, mas também para realizar o cálculo político do equilíbrio das perdas e ganhos de seus dirigentes e forças políticas. As formas de organização de arranjos de cooperação e solidariedade pode ajudar nesse equilíbrio.

Com o consórcio, os municípios passam a enxergar a região e não apenas o município. Enxergando a região, eles enxergam um número maior de pessoas e começam a entender que não há justificativa para haver serviços em todos os municípios. Temos regiões com 10 municípios e com 10 hospitais. Quando você começa a enxergar o conjunto de municípios como um ente separado, vê que é possível ter um equipamento de alta complexidade que sirva a todos os 10 ou 20 municípios e não 10 ou 20 estruturas ineficientes em cada município. É uma mudança de paradigma, uma mudança na forma dos municípios enxergarem o sistema de saúde. Também é uma forma de mudança de paradigma político, porque os prefeitos passam a se relacionar como sócios de uma corporação e não mais como adversários. E – 02

Em resumo, o modelo federativo brasileiro aliado com a concentração dos recursos financeiros para implementação do SUS no governo central constrói uma complexa economia política, submetendo os recursos das

políticas sociais às decisões econômico-financeiras do governo federal. E a descentralização embora considerada como um processo democratizante, assim como o sistema federativo, não ocorre num vazio político, econômico e social.

Na Bahia, a trajetória de implantação do SUS foi marcada por conflitos políticos e institucionais desde o SUDS. E considera-se que a implantação tardia do SUS pode ser atribuído ao modo de gerir a política, implementada especialmente com o tipo de governo que dominou o Estado e os municípios durante anos, que utilizava o modo de cooptação para manter o conservadorismo político. Esse modo fisiologista se apresenta como uma marca em vários momentos do SUS e, mesmo que em declínio com a ascensão de um governo progressista é possível ainda ser identificado, como percebido em vários estudos ao longo da história do SUS na Bahia. No entanto, é fundamental afirmar que não é razoável desejar uma isenção política, em detrimento de uma organização apenas técnica como muitos estudos tendem a sugerir. Os conflitos necessitam, portanto de uma mediação, sendo competência dada aos estados organizar arranjos mais cooperativos e solidários.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebi que só quero pesquisar o que me dê esperança. Temos que pesquisar não só o que permite denunciar, mas o que permite transformar, mesmo que em pequena medida. Eu sempre recorro a uma teoria não escrita brasileira, a teoria das brechas, segundo a qual todo muro, por mais maciço que pareça, tem sempre uma brecha que alguém pode aumentar para derrubá-lo.

Martín - Barbero (2009, p. 15)

A compreensão dos limites e possibilidades para a construção de sistemas regionais sob a condução do gestor estadual, a partir dos dilemas federativos é o tema deste estudo. A partir das experiências internacionais na construção de sistemas nacionais de saúde, admite-se, como pressuposto, a importância da esfera estadual na condução do processo de regionalização do SUS. A partir disso, cabe retomar as duas questões norteadoras apresentadas: as condições institucionais moldadas no arranjo federativo brasileiro e pelo próprio processo nacional da descentralização do SUS, consolidados no pós-1988, nas dimensões organizacional, financeira e política, interferem na atuação da instância estadual na regionalização do

sistema de saúde, complementada por uma compreensão que a configuração das ações e serviços de saúde no âmbito estadual e a condução da política de saúde pelo estado podem interferir nos efeitos do processo da regionalização.

O estudo foi desenvolvido a partir da análise sobre o processo de regionalização do Estado da Bahia, configurando-se uma experiência concreta, com o objetivo de discutir como os arranjos institucionais e políticos influenciam na forma como se configurou a descentralização/regionalização das ações e serviços.

Para tanto, foi desenvolvida uma matriz de análise a partir da dimensão do arranjo político e institucional, utilizando três categorias: capacidade de organização da CIR, enfrentamento às desigualdades regionais e dinâmica política. Para cada categoria, foram construídos variáveis, indicadores e fontes de verificação. Para avaliar a capacidade de organização das 28 CIR foram criadas as variáveis, estrutura organizacional, dinâmica de funcionamento e financiamento. E para medir a variável foram utilizados 8 indicadores. Para a categoria enfrentamento às desigualdades regionais, criou-se a variável de cobertura dos programas estratégicos, medida a partir de 3 indicadores. Para a categoria dinâmica política, as variáveis criadas foram pacto federativo e coalisão das forças políticas, para serem avaliados a partir de 6 indicadores. As fontes de verificação foram pesquisas em artigos, dissertações, teses, livros, documentos oficiais, atas, entrevistas presenciais e dados estatísticos. Para a pesquisa sobre o enfrentamento às desigualdades regionais, optou-se por criar um indicador sintético denominado Indicador de Demanda Assistencial à Saúde (IDAS) com o propósito de identificar as assimetrias regionais.

Este estudo se debruçou sobre duas diretrizes estratégicas do SUS, a descentralização de ações e serviços de saúde e a regionalização como estratégia de organização. As diretrizes dizem respeito às formas organizativas e operacionais que apontam como deve ser construído o sistema que se pretende implantar. Além da descentralização e regionalização, considera-se como diretriz a hierarquização e participação social. Entende-se que a contribuição que o sistema de saúde pode oferecer

para superação das desigualdades é a redistribuição e redefinição da oferta de ações e serviços, de modo que haja uma priorização a grupos sociais cujas condições de vida e saúde sejam mais precárias.

Desta forma, foi possível identificar que a descentralização da política de saúde brasileira concebeu um sistema específico, onde o município, menor instância formal federativa, assume a responsabilidade de gestão e organização do sistema. A organização com autonomia das três esferas de governo, tornou mais complexa a construção do sistema de saúde por meio da descentralização. No entanto, o pacto federativo tal como se apresenta, e a organização do SUS com base no município vem apresentando problemas na resolutividade do sistema de saúde, ultrapassando os limites municipais. É nesse contexto que se apresenta a necessidade de organização de um sistema que alcance a integralidade, mas que depende da articulação dos sistemas de atenção em redes regionais.

O atual panorama do processo de regionalização e da gestão regional do SUS na Bahia apresenta características da trajetória e particularidades históricas desenvolvidas pelo estado, considerando os aspectos político-institucional e do movimento sanitário. No entanto, há desafios que se inserem no âmbito do processo de regionalização, sobretudo nas dimensões política e estrutural, como as relações federativas e o financiamento, ambos relacionados com as características do federalismo brasileiro.

A análise desenvolvida para a compreensão da dimensão do arranjo institucional e político, a partir das categorias de capacidade organizacional da CIR, enfrentamento às desigualdades regionais e dinâmica política possibilitou identificar a preponderância do papel do estado da Bahia como prestador de serviços, em detrimento do seu papel coordenador da política de regionalização do SUS. Esse modelo de gestão, fruto de uma decisão política, impacta diretamente na forma como as políticas de saúde são organizadas nas regiões.

Assim, ao analisar o funcionamento das CIR, embora todas estejam em funcionamento, com atuação regional e agendas de reuniões com programações mensais, com coordenação assumida pelos secretários municipais de saúde e participação da coordenação estadual executadas pelos núcleos regionais,

identifica-se um distanciamento entre a gestão estadual e as CIR. Essa dificuldade pode ser evidenciada após a reforma administrativa de 2014, onde as antigas DIRES foram substituídas pelos NRS e reduzidas de 30 para 09. Essa nova configuração regional, pensada para o enxugamento da máquina administrativa, tornou mais distante a gestão estadual dos municípios, configurando-se desta forma, em uma fragilidade da gestão regional.

Para o funcionamento da regionalização é fundamental que os estados assumam a coordenação regional com a tarefa de conduzir a articulação política do processo, além do apoio técnico e financeiro aos municípios. Além disso, evidenciamos a importância de uma relação de parceria e cooperação solidária entre os entes municipal e estadual na tomada de decisões e na implementação de mudanças no sistema de saúde regional. Sem essa aproximação cooperativa, com planejamento e gestão, a complexa relação regional não conseguirá ser implementada.

Considera-se importante destacar o papel do financiamento do SUS nas três esferas de governo, que se constitui como um pano de fundo no processo de regionalização, pois as estratégias concretas para sua efetivação têm implicações financeiras, dependentes do processo de negociação e pactuação para o compartilhamento dos entes. Portanto, a base de sustentação financeira do SUS é determinante para o processo de regionalização. Este estudo confirmou a necessidade de aprofundamento de pesquisas que colaborem com a discussão do financiamento regional, elemento determinante para compreensão dos processos de conformação do ente regional. O Estado da Bahia apostou na constituição dos consórcios públicos de saúde para cumprir dois objetivos, quais sejam: a articulação dos municípios consorciados para a garantia do funcionamento das policlínicas de saúde, implantadas para atenderem a um vazio assistencial da média complexidade e o gerenciamento dos recursos financeiros aportados pelos municípios e pelo estado para o custeio, com responsabilidades compartilhadas. Os consórcios públicos têm sido considerados instâncias alternativas de cooperação para implantação e funcionamento de serviços de referência regionais. No entanto, a existência de mais uma instância diante da fragilidade da gestão regional pode gerar mais conflitos intra e interregionais,

evidenciando a necessidade de análises mais aprofundadas sobre essa configuração.

No campo da saúde, as desigualdades tornam-se visíveis seja nas condições dos diferentes grupos, seja nos níveis de riscos à saúde, seja no acesso diferenciado aos recursos disponíveis no sistema de saúde. As desigualdades regionais demonstradas a partir do indicador de demanda assistencial em saúde apontam para a necessidade de análises específicas para cada uma das RAS na Bahia, pois nenhum estudo sobre esse tema foi identificado na literatura atual.

Entende-se que as desigualdades em saúde são um problema global, cuja persistência considera-se um dos maiores problemas neste campo. Considera-se que a regionalização pode interferir positivamente na universalidade do acesso à saúde, pois permite o planejamento e a organização dos serviços da rede de atenção. Este estudo utilizou a análise de indicadores de saúde individuais e, também na construção de um indicador sintético a fim de demonstrar as assimetrias regionais. O principal achado a partir do indicador sintético de demanda assistencial de saúde aponta para a existência de 03 RAS consideradas menos assistidas pelos serviços e ações de saúde, sendo Ribeira do Pombal, Camaçari e Valença. Enquanto a RAS com o melhor resultado referente a demanda assistencial em saúde foi Barreiras. A análise das assimetrias das regiões é fundamental para a realização de um planejamento mais focado na realidade baiana.

De forma fragmentada, as políticas públicas incentivaram a integração de territórios, incorporando novos lugares, atividades, regulação, levando a configuração de regiões mais ou menos concentradas, densas e competitivas e interdependentes. Essa forma de organizar os espaços produtivos também provocou um aumento das desigualdades socioespaciais, que permaneceram associadas à concentração de poder em determinados grupos e à infraestrutura e riqueza em determinados lugares e atividades. Em geral, a configuração territorial do SUS expressa e reproduz as desigualdades regionais do Brasil (ALBUQUERQUE, *et al*, 2017).

Uma das mais importantes características da sociedade brasileira é a desigualdade social que se apresenta de muitas maneiras. Pode se expressar a partir da desigualdade de renda e de acesso a bens e serviços básicos e no desenvolvimento regional. A oferta de bens e serviços gratuitos à população, especialmente educação e saúde, funcionam como redistribuição material de renda (DWECK, *et al*, 2018).

No campo da saúde, estas desigualdades se configuram seja nas desiguais condições de saúde, seja nos riscos e no acesso diferenciado aos recursos disponíveis. Compreende-se que grande parte das desigualdades observadas no campo da saúde está relacionada com as observadas em outros planos da vida social. Da mesma forma que as desigualdades sociais, as da saúde têm persistido em todos os países independente do grau de desenvolvimento alcançado, demonstrando as raízes históricas e estruturais deste problema (BARRETO, 2017).

A relevância deste debate se apresenta na compreensão dos determinantes das condições de saúde. Dois argumentos são apresentados. A compreensão fundada no desenvolvimento das ciências biológicas explica que os mecanismos de doenças e seus enfrentamentos estão relacionados ao conhecimento da biologia humana. As tecnologias de prevenção, diagnóstico, cura e reabilitação disponíveis, base do sistema de saúde moderno, servem para responder as demandas de saúde da população. O outro argumento defende que as alterações do contexto político, social, cultural, ambiental ou comportamental afetam as condições de saúde das pessoas e do coletivo. As duas explicações coexistem no contexto brasileiro, com um crescimento expressivo nas ciências biomédicas, da responsabilização individual pelas condições de saúde e expansão dos serviços médicos cada vez mais tecnológicos (BARRETO, 2017).

No entanto a persistência das desigualdades, evidencia que o enfrentamento às desigualdades nas condições de saúde, não se combate apenas com a oferta de serviços e ações, mas na construção de políticas públicas quem compreendam o contexto social e ambiental de uma determinada localidade, estabelecendo prioridades para o que mais precisam.



A universalidade do SUS está diretamente atrelada ao enfrentamento dos determinantes sociais, afirmando, desta forma, que as ações de combate às desigualdades não deve ser apenas uma tarefa setorial.

Portanto, não é possível finalizar esta pesquisa sem confirmar que a política de saúde no Brasil, formulada e estruturada a partir do capitalismo, sofre interferências importantes no processo de estruturação do modelo de proteção social. Neste ano que o SUS completa 30 anos encontra-se em ameaça de existência, comprometendo o direito à saúde de milhares de pessoas. Como exemplo, dados de uma pesquisa recente apontam que o efeito da recessão econômica e o impacto nas despesas com saúde e proteção social estão associados ao aumento da mortalidade de adultos, majoritariamente da raça negra e mista, do sexo masculino, com idades entre 30 a 59 anos. O estudo aponta que mesmo na recessão, onde os governos tiveram maiores gastos sociais o impacto na mortalidade foi menor, demonstrando importância das políticas sociais, inclusive em contextos recessivos. Portanto, é possível demonstrar a relação direta das condições políticas e sociais com a vida concreta das pessoas (HONE, *et al*, 2019).

Sobre a dinâmica política, é importante mostrar que o modelo federativo brasileiro aliado com a concentração dos recursos financeiros para implementação do SUS no governo central constrói uma complexa economia política, submetendo os recursos das políticas sociais às decisões econômico-financeiras do governo federal. Essa configuração impacta na forma como estados e municípios se comportam na implementação de uma política pública, nesse caso a de saúde. Dessa forma, é necessário apresentar como a descentralização de ações e serviços de saúde, em nível local, se comporta diante do modelo federativo brasileiro. Assim, embora a descentralização possa ter fortalecido a democracia e o federalismo no Brasil, bem como o sistema federativo, não ocorre num vazio político, econômico e social. Por consequência, a regionalização reflete os temas políticos associados à descentralização territorial e a própria municipalização.

No caso da Bahia, a trajetória da implantação das políticas de saúde foi marcada por enfrentamentos políticos institucionais desde a formação do SUDS. No contexto atual, apesar dos esforços as mudanças operadas na

Sesab, não foram suficientes para romper com as práticas fisiologistas, embora haja evidências do esforço institucional para reduzi-las, evidenciada na reforma administrativa de 2015 que reduziu a quantidade de estruturas regionais e remodelou o seu funcionamento.

No entanto, há que se destacar a preocupação que muitos estudos apresentam sobre a organização do sistema de saúde apenas numa perspectiva técnica, sem compreender que o sistema de saúde se insere em contexto de vida real. A expectativa não é a isenção política, mas sim o grau de poder que cada uma das unidades de governo tenha em seu território, para decidir e atuar de forma autônoma sem comprometer os objetivos comuns e individuais. O setor saúde não se organiza exclusivamente para resolver seus problemas específicos, mas também para realizar o cálculo político do equilíbrio das perdas e ganhos de seus dirigentes e de suas forças políticas. Sem dúvida, esse equilíbrio é um desafio constante.

Este estudo, mediante uso de uma metodologia qualitativa sobre o processo de regionalização no Estado da Bahia, confirma as semelhanças com as experiências brasileiras. Estamos cientes dos limites no recorte apresentado aqui, entre eles, a falta de uma análise comparativa entre estados. Ainda, seria importante ter uma maior abrangência de entrevistas com coordenadores regionais e secretários municipais, bem como ampliar a análise sobre a dinâmica política por conta da sua complexidade. No entanto, demonstra a necessidade de aprofundamento de estudos sobre cenários estaduais na implementação da regionalização do SUS.

Contudo, apesar destas limitações apresentadas, considera-se que este estudo pode contribuir para a implementação da regionalização no estado da Bahia, apontando para a necessidade de enfrentamento dos determinantes sociais que impactam diretamente nas condições de vida população. A organização do sistema de saúde em regiões permite uma maior aproximação e direcionalidade das políticas públicas a partir das realidades concretas. Para isso, é fundamental que o estado assuma o seu papel coordenador do processo de planejamento e organização dos serviços, que se configura numa atuação que inclua o atual papel desenvolvido pelo

estado, que é o de fornecedor de serviços e tecnologias, mas que não seja restrito a apenas essa função.

O processo de regionalização esbarra também na necessidade de desenvolver mecanismos que enfrente a municipalização autárquica, a necessidade de participação da sociedade civil na instância regional e a fragmentação do sistema. Além disso, temos o desafio político, onde se encontra o atual desfinanciamento do sistema, baseado na política de austeridade fiscal.

Considera-se que o sistema de saúde brasileiro pode ser apresentado a partir de duas dimensões, sendo a dimensão política, como uma competência de Estado, e a dimensão organizacional, como um sistema de saúde. Uma característica determinante na constituição do SUS, foi a participação das forças populares e sociais que, na luta pela democracia brasileira, se organizaram no movimento pela Reforma Sanitária, e ajudaram a construir o modelo de política de saúde atual. Apresentar o SUS como fruto da luta social é fundamental para a convocação de sua defesa no atual contexto político brasileiro (TEIXEIRA, *et al*, 2014).

A imagem – objetivo da descentralização do SUS, defendida de forma majoritária pelo movimento sanitário, onde a União se concentraria nas políticas estratégicas; os estados, no planejamento e na coordenação regional; e os municípios estariam encarregados da programação, da gestão, do financiamento e da regulação do sistema de saúde em seus respectivos territórios; continua sendo o modelo almejado. Essa afirmação apresenta, portanto, a necessidade de uma nova conformação do Movimento Sanitário na defesa do projeto de saúde, sobretudo no atual contexto. Desta forma, é importante consolidar uma agenda de pesquisa que se debruce sobre o processo de organização do sistema de saúde a luz do projeto defendido pelo Movimento Sanitário, sem perder de vista, os desafios políticos, sociais e econômicos existentes no âmbito da sociedade e, portanto, nas políticas públicas.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, M.V., VIANA, A.L.D., LIMA, L.D., FERREIRA, M.P., FUSARO, E.R., IOZZI, F.L. **Desigualdades regionais em saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (4): 1055-1064, 2017.

ARAÚJO, P.F., 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.

ARRETCHE, M. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 232 p., 2012.

ASSIS, E. *et al.* **Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional**. *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.1, 2009.

ÁVILA, H.D.D. **A construção do SUS na Bahia: uma história da sua implementação – 1986 – 2006. 2013** (Tese de Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

BAHIA. **Plano Estadual de Saúde 2019-2019**. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Salvador, v.40, sup.3, out./dez., 2016.

BAHIA. Casa Civil. **Lei n. 13.374 de 22 de setembro de 2015. Disciplina a participação do Estado da Bahia nos consórcios interfederativos de saúde**, nos termos da Lei Federal nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Salvador, 2015.

BAHIA, Casa Civil. Lei n. 13.204 de 19 de dezembro de 2014. **Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências**. Salvador, 2014.

BAHIA. **Plano de Desenvolvimento Regional (PDR)**. Revista Baiana de Saúde Pública, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Salvador, v.36, n.3, jul./set., 2012.

BAHIA, Secretaria de Saúde. **Resolução CIB 145/2007**. Aprova a nova proposta do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite do Estado da Bahia. Salvador, 2007.

BARRETO, M.L. **Desigualdades em saúde: uma perspectiva global**. Ciência & Saúde Coletiva, 22(7): 2097-2108, 2017.

BASTOS, L.C., SANTOS, W.S. (org.). **A entrevista na pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro: Quartet: Faperj, 2013.

BISCARDE, D.G.S. **Gestão regional do SUS nas regiões metropolitanas de Salvador e Fortaleza: instâncias, processos de pactuação e relações de poder** (Tese do doutorado), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2016.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS. Coleção para entender a gestão do SUS**. 1ª ed, v.13. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa**. Série Pactos pela Saúde. V.3. 40 pg. Brasília: 2006.

BRASIL. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao\\_compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_compilado.htm). 1998.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Anais Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. P. 381-389.

CAMPOS, G.W.S. **Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil**. In: FLEURY, S. (Organizadora). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006. Pag. 417-442.

COELHO, T.C.B., PAIM, J.S. **Processo decisório e prática de gestão: dirigindo a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p. 1373-1382, set./out., 2005.

DOURADO, D.A., ELIAS, P.E.M. **Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro**. Revista de Saúde Pública, v. 45, n. 1, p. 204-2011, 2011.

DUARTE, I.S., PESSOTO, U.C., GUIMARÃES, R.B., HEIMANN, L.S., CARVALHEIRO, J.R., CORTIZO, C.T., RIBEIRO, E.A.W. **Regionalização da Saúde no Brasil: uma perspectiva de análise**. Saúde e Sociedade, v. 24, n. 2., p.472-485, 2015.

DWECK, E., SILVEIRA, F.G., ROSSI, P. **Austeridade e desigualdade social no Brasil**. In: Economia para poucos: Impactos sociais na austeridade e alternativas para o Brasil. São Paulo: Autonomia Literária, 2018. Pag. 32-56.

FAUSTO, M.C.R., CAMPOS, E.M.S, ALMEIDA, P.F., MEDINA, M.G., GIOVANELLA, L., BOUSQUAT, A., CARNEIRO, A., JERÔNIMO, A.S., ALELUIA, I.R.S., BORGES, G.A., MOTA, P.H.S. **Itinerários terapêuticos de pacientes com acidente vascular encefálico: fragmentação do cuidado em uma rede regionalizada de saúde**. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*: S63 – S72 (supl. 1), 2017.

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

FLEXA, R.G.C., BARBASTEFANO, R.G. **Consórcios públicos de saúde: uma revisão de literatura**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1): 325-338, 2020.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Sistemas municipais de saúde e diretrizes da integralidade da atenção: critérios para avaliação**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. 494 p. V.1.

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

GUIMARÃES, L; GIOVANELLA, L. **Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil**. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v.16, n.4, p.238-288. Out. 2004.

HOCHMAN, G. **Saúde Pública e Federalismo: desafios da Reforma Sanitária na Primeira República**. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C.A.P. Federalismo e políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2013. p. 303-328.

HONE, T. et al. **Effect of economic recession and impact of health and social protection expenditures on adult mortality: a longitudinal analysis of 5565 Brazilian municipalities**. Lancet 2019, v. 7, p. 1575-1583.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **IBGE Estados**. 2010. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: maio de 2019.

LEVCOVITZ, E. LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. **Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, v.6, n.2, p.269-291, 2001.

LEVI, M.L., SCATENA, J.H.G. **Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização**. In: VIANA, A.L.D., LIMA, L.D. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 81 – 113.

LIMA, L.D. **A regionalização pode contribuir para o avanço do SUS?** Informe ENSP, 2014.



LIMA, L.D. *et al.* **Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7): 1903-1914, 2012.

LOBATO, L.V.C., GIOVANELLA, L. **Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica.** In: GIOVANELLA, L. *et al* (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil.* 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, p. 89-120.

LOPES, C.M.N. **Regionalização em saúde: o caso de uma microrregião no Ceará (1998-2002 e 2007-2009).** 2010. 239 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

MÁRTIN-BARBERO, Jesús. Jesus Martín-Barbero: as formas mestiças da mídia. *Revista Pesquisa Fapesp*, São Paulo, n. 163, 2009. Disponível em: <http://revistapesquisa.fapesp.br/2009/09/01/as-formas-mesticas-da-midia/>. Acesso em: 01 de out. de 2019.

MEDEIROS, C.R.G. **Redes de Atenção em Saúde: o dilema dos pequenos municípios. Porto Alegre, 2013.** 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** *Ciências de Saúde Coletiva*, 15 (5): 2297 – 2305, 2010.

MIRANDA, G.M.D., MENDES, A..CG., SILVA, A.L.A. **O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro.** *Saúde e Sociedade.* São Paulo, v.26, n. 2, p. 329-335. 2017.

MOREIRA, M.R., RIBEIRO, J.M., OUVENEY, A.M. **Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (4): 1097-1108, 2017.

MOLESINI, J.A.O. **A reforma sanitária na Bahia: um lugar na história (1987 a 1989).** Salvador, 2011. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. **O Sistema Único de Saúde – SUS.** In: GIOVANELLA, L. et al (organizadora). *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. P. 435-472.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). ***Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas.*** Washington DC: Organización Panamericana de La Salud, 2010.

OUVENEY, A.M., FLEURY, S. **Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista.** *Revista de Administração Pública.* Rio de Janeiro 51 (6): 1085-1103, 2017.

PAIM, J.S. **A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS).** *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(10), p. 1927-1953, out, 2013.

PAIM, J.S. *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** *Saúde no Brasil.* The Lancet, p. 11-31, 2011.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas**. In: MATTA, G.C.; LIMA, J.C.F. (org.). Estado, sociedade e formação profissional em saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 91-122, 2008.

PAIM, J.S. **A Gestão do SUDS no Estado da Bahia**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 5 (4): 365 – 375, out/dez, 1989.

PAIM, J.S. **As AIS: por que não dois passos atrás?** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2: 167-183, 1986.

PIOLA, S.F, FRANÇA, J.R.M, NUNES, A. **Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 21 (2): 411-421, 2016.

REIS, A.A.C., SÓTER, A.P.M., FURTADO, L.A.C., PEREIRA, S.S.S. **Reflexões para uma construção de uma regionalização viva**. Ciência & Saúde Coletiva, 22 (4): 1045-1054, 2017.

REIS, A.A.C, SÓTER, A.P.M, FURTADO, L.A.C, PEREIRA, S.S.S. **Tudo a temer: financiamento, relação público privado e o futuro do SUS**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v.40, N. especial, p. 122-135, 2016.

RIBEIRO, J.M., MOREIRA, M.R., OUVENEY, A.M., PINTO, L.F., SILVA, C.M.F.P. **Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais**. Ciência & Saúde Coletiva, 23 (6): 1777-1789, 2018.

SANTOS, A.M. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração e à coordenação do cuidado**. Salvador: Edufba, 2018

SANTOS, G.W.S. **Estratégias para Consolidação do SUS e do direito à saúde.** Ensaio e diálogos em Saúde Coletiva. n. 3, 36-40, nov. 2016.

SANTOS, L. **Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizacional-sistêmico do SUS.** Ciência & Saúde Coletiva, 22 (4): 1281-1289, 2017.

SANTOS, L., CAMPOS, G.W.S. **SUS Brasil: a região de saúde como caminho.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SANTOS, A.M.S, GIOVANELLA, L. **Governança regional: estratégias e disputas para a gestão em saúde.** Revista de Saúde Pública, 48 (4), p. 622-631, 2014.

SANTOS, L. ANDRADE, L.O.M. **Redes Interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 1671-1680, 2011.

SILVA, S.F. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil).** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p.2753-2762, 2011.

SILVA JUNIOR, A.G. et al. **Regionalização e Integralidade e produção de cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família: pontos para o debate.** In: ALMEIDA, P.F.; SANTOS, A.M.; SOUZA, M.K.G (org.). Atenção Primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 65-88.

SOLLA, J.J.S.P. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS: avaliação da implantação do sistema municipal de saúde em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008.** São Paulo: Hucitec, 2010.

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

SOUZA, M.F.M, MALTA, D.C., FRANÇA, E.B., BARRETO, M.L. **Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 23(6): 1737-1750, 2018.

SPEDEO, S.M., PINTO, N.R.D, TANAKA, O.Y. **O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 (3), p.953-972, 2010.

TELES, A.S., COELHO, T.C.B., FERREIRA, M.P.S. **Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia**. Saúde Sociedade, São Paulo, v.25, n.3, p.786-799, 2016.

TEIXEIRA, C.F., SOUZA, L.E.P.F., PAIM, J.S. **Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira**. In: PAIM, J.S.; ALMEIDAFILHO, N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 1º ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

TEIXEIRA, C.F., PAIM, J.S., ARAÚJO, E.C., FORMIGLI, V.L.A; COSTA, H.G.O. **O contexto político-administrativo da implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia**. Caderno de Saúde Pública, v.9, n.1, p.79-84, 1993.

VIANA, A.L.A, BOUSQUAT, A., MELO, G.A., FILHO, A.D.N., MEDINA, M.G. **Regionalização e Redes de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, n. 23 (6): 1791-1798, 2018.

VIANA, A.L.D., FERREIRA, M.P., CUTRIM, M.A.B., FUSARO, E.R., SOUZA, M.R., MOURÃO, L., CHANCHARULO, A.P., MOTA, P.H.S. **Política de Regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil**. Novos Caminhos, n. 15, 2017.

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

VIANA, A.L.D., LIMA, L.D., FERREIRA, M.P. **Condicionantes estruturais da regionalização em saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2317-2326, ago. 2010.

VIEIRA, F.S. **Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 187-1999, 2016.

YIN, R.K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.



Faculdade  
Latino-Americana de  
Ciências Sociais  
Sede Brasil

## APÊNCIDES

### Apêndice 1 - Termo de consentimento

**Brasília (DF) - Sede:** SAIS Área 2-A, s/n,  
1º andar, sala 120. CEP: 70610-900  
(+55 61) 3703-2540 / (+55 61) 2020-3390

**Rio de Janeiro (RJ):** São Francisco Xavier, 524,  
Bloco F, sala 12.111. CEP: 20550-013  
(+55 21) 2334-0890

**São Paulo (SP):** Avenida Ipiranga, 1.071,  
Sala 608, República. CEP: 01039-903  
(+55 11) 3229-2995/ (+55 11) 3105-0781

flacsobr@flacso.org.br - www.flacso.org.br

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Concordo em participar, como voluntário, do estudo que tem como pesquisador responsável o(a) pós-graduando(a) Roberta Fonseca Sampaio, do curso de Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, que pode ser contatado pelo e-mail [robertasampaio@gmail.com](mailto:robertasampaio@gmail.com) e pelos telefones (71) 99688-4996. O estudo conforme foi informado pelo pesquisador refere-se à produção de pesquisa de dissertação, cujo tema e objetivo é **A regionalização como estratégia de organização da rede de ações e serviços do Sistema Único de Saúde: a experiência da Bahia**. Minha participação consistirá em conceder uma entrevista que será gravada e transcrita para fins acadêmicos. Os dados obtidos não serão divulgados, assegurando assim minha privacidade, a não ser com prévia autorização, e será preservado o anonimato dos participantes, salvo quando estabelecido outro acordo com minha anuência. O pós-graduando providenciará uma cópia da transcrição da entrevista para meu conhecimento. Além disso, sei que posso abandonar minha participação na pesquisa quando quiser e que não receberei nenhum pagamento por esta participação.

---

Assinatura

São Paulo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019



## Apêndice 2 – Roteiro das Entrevistas

### ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SOBRE REGIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA BAHIA

Prezado/a Secretário/a e/ou coordenador/as regional, a realização dessa entrevista tem por objetivo recolher informações sobre a organização do processo de regionalização da saúde na Bahia a partir do funcionamento das Comissões Intergestores Regional – CIR e da gestão estadual da saúde.

Entrevista livre e gravada.

#### INFORMAÇÕES PESSOAIS

1. Nome completo
2. Idade
3. Sexo
4. Estado civil

#### TRAJETÓRIA PROFISSIONAL:

Conte um pouco da sua trajetória profissional e o que mais lhe preparou para a função que exerce (eu) hoje.

1. Formação profissional;
2. Atuação profissional em área de gestão da saúde;
3. No SUS, em quais áreas atuou;
4. Ocupação em área de direção de órgão público;
5. Já ocupou anteriormente cargo de Secretário/a de saúde.

#### TRAJETÓRIA POLÍTICA:

E sobre a sua trajetória política? Vem de alguma tradição política? De onde?

1. Filiação a algum partido político. Qual, mudanças e tempo;
2. Candidatura a algum cargo público. Qual, tempo;

3. Atuação em associações e movimentos sociais. Qual, tempo.

#### ARRANJO POLÍTICO E INSTITUCIONAL:

Para ajudar na identificação dos arranjos políticos e institucionais, conseguiria falar sobre a importância da regionalização da saúde na cobertura assistencial dos programas estratégicos?

#### COBERTURA DE PROGRAMAS ESTRATÉGICOS:

1. Como acontece a relação com os municípios, instâncias de pactuação, negociação e acompanhamento?
2. Como se dá a relação das 28 Comissões Intergestores Regionais com os Núcleos e com os consórcios?
3. Relação da atenção básica com os demais níveis de atenção da saúde
4. Utilização dos indicadores epidemiológicos e assistenciais no planejamento de saúde da região

#### PACTO FEDERATIVO

1. Participação em alguma estratégia de pactuação de regionalização de serviços;
2. Nível de cooperação durante a pactuação da PPI – Programação Pactuada Integrada;
3. Articulação entre os níveis de governo;
4. Funcionamento da negociação para pactuação;
5. Relação da CIR com os Núcleos regionais;
6. Relação da CIR com os consórcios interfederativos de saúde.

#### FINANCIAMENTO:

1. A divisão por regiões de saúde influenciou a melhorar o financiamento das ações e serviços de saúde?
2. Há alguma pactuação dos critérios de divisão dos recursos financeiros por cidades e regiões?
3. Origem dos recursos financeiros para funcionamento das ações e serviços regionais;
4. A CIR regula algum tipo de distribuição de recursos financeiros?

#### COALISÃO DAS FORÇAS POLÍTICAS

1. Coalização dos partidos no governo;

2. Nível de afinidade com o governo estadual;
3. Identificação de atores que apoiam o governo estadual;
4. Identificação de atores que fazem oposição ao governo estadual;
5. Estratégias de negociação.

### **Apêndice 3 – Perfil dos Entrevistados**

Entrevistado 1 – Secretário de Saúde do Governo da Bahia de 2007 a 2013; Deputado Federal do PT da Bahia

Entrevistado 2 – Secretário de Saúde do Governo da Bahia de 2015 até o presente momento

Entrevistado 3 – Coordenadora de Regionalização da Saúde na Secretaria de Saúde do Governo da Bahia

Entrevistado 4 – Coordenadora da Comissão Intergestores Regional e Secretária de Saúde de um município de médio porte da Bahia

## ANEXO

## **Anexo 1 – Note técnica e estatística sobre o Indicador de Assistência em Saúde**

### **1. Introdução**

Este trabalho é um resultado da solicitação de Roberta Sampaio para avaliar os vazios assistenciais na área de saúde com cooperação técnica científica da Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia – SEI / Seplan pelos Economistas Armando Affonso de Castro Neto e Jackson Santos da Conceição.

Seu objetivo principal é desenvolver uma metodologia estatística para construção de um indicador sintético para avaliar os possíveis vazios assistenciais de saúde considerando as 28 Regiões de Saúde do Estado 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, Senhor do Bonfim, Serrinha, Teixeira de Freitas, Valença e Vitória da Conquista).

### **2. Metodologia**

A avaliação dos fatores que descrevem o perfil de saúde da população de uma região é uma tarefa complexa e deve ser realizada sob uma perspectiva multidimensional, de modo que permita a implementação de estratégias que integrem a erradicação da não assistência em saúde. Desta forma, a elaboração de indicadores constitui uma ferramenta para acompanhar as transformações da assistência em saúde ocorridas no decorrer do tempo.

O indicador proposto, denominado Indicador de Demanda Assistencial

em Saúde – IDAS, é resultado da agregação de um conjunto de 14 índices descritos a seguir: Índice de Densidade Demográfica – IDEN, Índice de Imunizações – IIMU, Índice de Mortalidade Infantil – IMORT, Índice de Mortalidade Materna – IMORTM, Índice de Cobertura de Médicos do SUS – IMED, Índice de Cobertura de Enfermeiros do SUS – IENF, Índice de Cobertura de Equipe de PSF – IPSF, Índice de Cobertura de Equipamentos disponíveis no SUS – IEQUIP, Índice de Internações Hospitalares no SUS – IINT, Índice de Leitos Hospitalares no SUS – ILEIT, Índice de Leitos Hospitalares com UTI no SUS – ILEITU, Índice de Cobertura de Planos de Assistência à Saúde Privada – IPLAN, Índice de Gasto com Assistência Básica – IGAB e Índice de Gasto com Assistência Hospitalar e Ambulatorial – IGHA.

Cada índice é obtido a partir da relação entre a razão da diferença entre o valor observado na região de saúde (coeficiente) e o valor menos desejado (menor valor da série) e a diferença do valor mais desejado (meta estabelecida para o indicador) e o valor menos desejado. Desta forma, os índices que compõem o IDAS são representados por meio da seguinte expressão:

$$I_{i,j} = \frac{\text{coeficiente} - \text{menos desejado}}{\text{mais desejado} - \text{menos desejado}},$$

onde que  $I_{i,j}$  denota o índice  $i$ , para a  $j$ -ésima Região de Saúde, com  $j = 1, 2, \dots, 28$ .

As metas foram estipuladas conforme indicação de organismos nacionais e internacionais como o Ministério da Saúde; Whorld Health Organization – WHO e Child Mortality Estimates – CME e para os que não tinham metas referenciadas foi utilizado o maior valor do coeficiente obtido no ano investigado.

O resultado do Indicador de Demanda Assistencial em Saúde é obtido através da média aritmética dos 14 índices da região  $j$ , que aponta a posição relativa deste no IDAS, de tal forma que quanto mais próximo de 1, melhor o nível de assistência em saúde da região. A Tabela 1, representada a seguir, mostra a estrutura dos índices que representam o IDAS, bem como as metas utilizadas.

Tabela 1 - Índices e metas utilizados na composição do IDAS.

Índice	Coeficiente	Metas	
		Menos desejado	Mais desejado
IDEN	Densidade Demográfica (hab/km <sup>2</sup> )	1159,5	5,9
IIMU	Cobertura de imunizações (em %)	34,8	90,3
IMORT	Taxa de mortalidade infantil para menores de 1 ano (por mil nasc. vivos)	21,0	7,0
IMORTM	Taxa de mortalidade materna (por 100 mil nasc. vivos)	197,5	0,0
IMED	Taxa de médicos no SUS (por mil habitantes)	0,0	2,5
IENF	Taxa de enfermeiros no SUS (por mil habitantes)	0,0	2,0
IPSF	Taxa de cobertura populacional de equipes de PSF (em %)	43,3	100,0
IEQUIP	Taxa de equipamentos disponíveis no SUS (por mil habitantes)	0,2	0,6
IINT	Taxa de internações hosp. no SUS (por mil habitantes)	21,8	72,8
ILEIT	Taxa de leitos hosp. no SUS (por mil habitantes)	0,8	2,2
ILEITU	Taxa de leitos hosp com UTI no SUS (por 10 mil habitantes)	0,0	1,9
IPLAN	Taxa de cobertura de planos de assistência a saúde privada (em %)	0,7	26,8
IGAB	Taxa de gasto com Atenção Básica (per capita)	28,9	333,0
IGHA	Taxa de gasto com Assistência Hospitalar e Ambulatorial (per capita)	42,1	297,3

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

Elaboração COPESP / DIPEQ / SEI

### 3. Resultados

Na Tabela 2 são descritos os resultados dos índices que compõem o IDAS bem como o próprio Indicador de Demanda Assistencial em Saúde. Da análise da Tabela 2, podemos observar que as 3 regiões de saúde menos assistida são Ribeira do Pombal, Camaçari e Valença enquanto que a região com o melhor resultado referente a demanda assistencial em saúde foi Barreiras.

Tabela 2- Valores obtidos pelos índices que compõem o IDAS.

Região de Saúde	IDEN	IIMU	IMORT	IMORT	IMED	IENF	IPSF	IEQUIP	IINT	ILEIT	ILEITO	IPLAN	IGAB	IGHA	IDAS
Ribeira do Pombal	0,973	0,624	0,176	1,000	0,348	0,469	1,000	0,000	0,422	0,317	0,115	0,014	0,563	0,000	0,430
Camaçari	0,828	0,353	0,334	0,830	0,806	0,461	0,479	0,376	0,000	0,000	0,068	0,604	0,336	0,637	0,437
Valença	0,959	0,532	0,582	0,674	0,431	0,409	1,000	0,280	0,454	0,235	0,000	0,043	0,427	0,104	0,438
Senhor do Bonfim	0,988	0,492	0,320	0,435	0,545	0,458	1,000	0,170	0,308	0,307	0,000	0,189	0,623	0,446	0,449
Alagoinhas	0,966	0,305	0,381	0,636	0,528	0,467	1,000	0,495	0,149	0,215	0,098	0,227	0,454	0,518	0,460
Serrinha	0,978	0,530	0,422	0,881	0,471	0,460	1,000	0,259	0,407	0,466	0,000	0,066	0,403	0,352	0,478
Itapetinga	0,987	0,442	0,200	0,478	0,518	0,496	1,000	0,141	0,757	0,551	0,192	0,068	0,621	0,288	0,481
Paulo Afonso	0,994	0,499	0,448	0,600	0,527	0,522	1,000	0,512	0,137	0,077	0,000	0,147	0,733	0,723	0,494
Itaberaba	0,993	0,567	0,493	0,000	0,508	0,406	1,000	0,580	0,562	0,689	0,000	0,042	0,572	0,508	0,494
Seabra	0,994	0,667	0,000	0,574	0,550	0,453	1,000	0,390	1,000	0,564	0,000	0,043	0,648	0,088	0,498
Ibotirama	1,000	1,000	0,181	0,660	0,374	0,493	1,000	0,478	0,651	0,308	0,000	0,000	0,554	0,305	0,500
Cruz das Almas	0,877	0,543	0,484	0,843	0,682	0,558	1,000	0,343	0,478	0,412	0,179	0,093	0,531	0,277	0,521
Juazeiro	0,998	0,068	0,376	0,839	0,613	0,494	0,923	0,297	0,554	0,452	0,308	0,251	0,860	0,424	0,533
Irece	0,991	0,586	0,306	0,525	0,829	0,517	1,000	0,541	0,427	0,726	0,256	0,023	0,537	0,418	0,549
Jacobina	0,990	0,802	0,470	0,813	0,554	0,471	1,000	0,341	0,739	0,609	0,000	0,065	0,575	0,506	0,567
Santo Antônio de Jesus	0,957	0,573	0,286	0,565	0,787	0,563	1,000	0,621	0,729	0,615	0,340	0,101	0,561	0,268	0,569
Brumado	0,990	0,887	0,473	0,902	0,599	0,605	1,000	0,412	0,426	0,435	0,000	0,065	0,845	0,540	0,584
Feira de Santana	0,945	0,411	0,534	0,716	1,000	0,640	1,000	0,382	0,383	0,388	0,364	0,459	0,432	0,725	0,599
Salvador	0,000	0,500	0,417	0,735	1,000	1,000	0,000	0,495	0,836	0,723	1,000	1,000	0,000	0,718	0,602
Guanambi	0,991	0,675	0,415	0,728	0,740	0,600	1,000	0,501	0,585	0,751	0,232	0,040	0,865	0,312	0,603
Ilhéus	0,969	0,000	0,356	0,768	1,000	0,667	0,808	0,767	0,632	0,916	0,279	0,325	0,541	0,486	0,608
Santa Maria da Vitória	1,000	0,841	0,636	0,773	0,700	0,516	1,000	0,435	0,623	0,510	0,000	0,034	0,948	0,537	0,611
Porto Seguro	0,978	0,617	0,567	0,846	0,781	0,666	1,000	0,735	0,498	0,272	0,209	0,318	0,493	0,817	0,628
Jequié	0,982	0,528	0,490	0,638	0,830	0,771	1,000	0,460	0,838	1,000	0,262	0,114	0,618	0,373	0,636
Teixeira de Freitas	0,984	0,517	0,695	0,707	0,825	0,570	1,000	0,720	0,577	0,593	0,258	0,290	0,776	0,579	0,649
Vitoria da Conquista	0,980	0,283	0,628	0,840	1,000	0,626	1,000	0,517	0,894	0,652	0,452	0,273	0,463	0,557	0,655
Itabuna	0,954	0,545	0,215	0,770	1,000	0,725	1,000	0,301	0,756	0,882	0,540	0,370	0,510	1,000	0,683
Barreiras	1,000	0,814	0,455	0,728	0,830	0,652	1,000	1,000	0,558	0,451	0,278	0,162	1,000	0,986	0,708

Fonte: Elaboração COPESP / DIPEQ / SEI

## Referências Bibliográficas

SEI. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. **Índice de performance econômico e social dos municípios baianos**. [recurso eletrônico] / v. 1 (2014 - ) - Salvador : SEI, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report: working together for health**. Geneva: WHO; 2006.