

ABORDAGEM INSTITUCIONAL E POLÍTICO-TERRITORIAL DAS REGIONALIZAÇÕES DA SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA

Antonio Angelo Martins da Fonseca¹

Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Salvador, BA, Brasil



Enviado em 11 maio, 2023 | Aceito em 4 dez. 2023

Resumo: As relevâncias das instituições e dos contextos territoriais como possibilidades teóricas e empíricas para os estudos da Geografia Política norteiam a abordagem institucional e político-territorial adotada neste artigo, e reacende a pertinência das pesquisas em torno da formação, da organização e da dinâmica de espaços políticos nas suas diversas escalas, especialmente em ambientes federativos. Em sintonia com isso, objetiva-se, neste artigo, apresentar e analisar a trajetória das Regionalizações da Saúde na Bahia, focando na predisposição histórico-geográfica do Governo, nos percalços que se impuseram, nos avanços que foram alcançados e nos desafios que vêm sendo enfrentados. Trata-se de recorrentes inovações institucionais voltadas à regionalização da saúde originadas em 1925 e que continuam até os dias atuais com nuances centralizadoras/descentralizadoras atinentes aos específicos contextos territoriais.

Palavras-chave: Instituição, contexto territorial, abordagem institucional e político-territorial, regionalização da saúde, Bahia.

INSTITUTIONAL AND POLITICAL-TERRITORIAL APPROACH TO HEALTH REGIONALIZATIONS IN THE STATE OF BAHIA

Abstract: The affinity of institutions and territorial contexts as theoretical and empirical possibilities for Political Geography studies guide the institutional and political-territorial approach adopted in this article and rekindles the pertinence of research on the formation, organization and dynamics of political spaces in their various scales, especially in federative environments. In line with this, the objective of this article is to present and analyze the trajectory of health regionalizations in Bahia, focusing on the historical-geographical predisposition of the government, the mishaps that have been imposed, the advances that have been achieved and the challenges that have been faced. These are recurrent institutional innovations aimed at the health regionalization, which originated in 1925 and continue to the present day with centralizing/decentralizing nuances related to specific territorial contexts.

Keywords: Institution, territorial context, institutional and political-territorial approach, health regionalization, Bahia.

ENFOQUE INSTITUCIONAL Y POLÍTICO-TERRITORIAL DE LAS REGIONALIZACIONES DE SALUD EN EL ESTADO DE BAHIA

Resumen: La relevancia de las instituciones y los contextos territoriales como posibilidades teóricas y empíricas para los estudios de Geografía Política orienta el enfoque institucional y político-territorial adoptado en este artículo y reaviva la relevancia de la investigación sobre la formación, organización y dinámica de los espacios políticos en sus diferentes escalas, especialmente en entornos federativos. En esa línea, el objetivo de este artículo es presentar y analizar la trayectoria de la Regionalización de la Salud en Bahia, centrándose en la predisposición histórico-geográfica del gobierno, los retrocesos impuestos, los avances alcanzados y los desafíos que se han enfrentado. Se trata de innovaciones institucionales recurrentes encaminadas a la regionalización de la Salud originadas en 1925 y continúan hasta la actualidad con matices centralizadores/descentralizadores relacionados con contextos territoriales específicos.

Palabras-clave: Institución, contexto territorial, enfoque institucional y político-territorial, regionalización de la salud, Bahia.

Introdução

A trajetória institucional da Regionalização da Saúde no Estado da Bahia se apresenta como um processo dinâmico e motivador de constantes recomposições de arranjos institucionais e de recortes regionais que expressam os contextos político-territoriais da Bahia pautados na centralização e na descentralização. Em contextos mais centralizados e verticalizados, os arranjos institucionais guiaram as regionalizações para atender às estratégias de desconcentração das atividades administrativas de saúde e não contemplavam os interesses territorialmente localizados, sobretudo locais e regionais; enquanto que, em contextos descentralizados mais recentes, os arranjos institucionais têm mobilizado estratégias de regionalização mais participativas e com maior cooperação e coordenação entre os sujeitos e entre entes federados, visando à oferta e distribuição de serviços de saúde de forma mais equitativa pelo território baiano. Mas, sejam quais forem as regionalizações e os seus escopos – desconcentração de serviços e centralização das decisões, descentralização de decisões e de serviços com cooperação e coordenação –, a sua relevância analítica, em termos institucional e político-territorial, deve ser sempre instigada e visibilizada, haja vista expressar as predisposições e as estratégias dos Estados em recortar o território para melhor dominar e governar.

Trata-se de relações entre Estado e território que evidenciam a importância das instituições e dos contextos territoriais como possibilidades teóricas e empíricas para os estudos da Geografia Política. Em meio a essas relações, ganhou visibilidade analítica a sobreposição recente da Regionalização da Saúde na Bahia, resultante de ações estratégicas institucionais e político-territoriais coordenadas oriundas das escalas federal e estadual, com vistas à expansão e distribuição equitativa dos serviços de saúde pelos municípios. Em termos políticos, estamos tratando de entrelaçamentos de arranjos político-territoriais geradores de uma configuração em forma de camadas territoriais sobrepostas, porque, entre elas, transitam variados agentes públicos com motivações e interesses políticos que podem gerar tensão e conflitos, mas, também, cooperação territorial.

Essas camadas regionais são os resultados mais recentes de uma longa trajetória institucional de regionalizações cujas origens estão fincadas no ano de 1925. À luz desse contexto, o objetivo deste artigo é apresentar e analisar essa trajetória focando na predisposição histórico-geográfica do Governo da Bahia em regionalizar os serviços de saúde, nos percalços que se impuseram, nos avanços que foram alcançados e nos desafios que vêm sendo enfrentados. Para tanto, este texto está dividido em três partes mais a introdução e as considerações finais. Na introdução, está exposta a contextualização dos temas e os objetivos do artigo. Na parte 1, são discutidas as possibilidades analíticas envolvendo as relações entre instituição e território, realçando os arranjos institucionais e suas concernentes tramas políticas; na parte 2, são apresentadas a gênese, a evolução e os percalços das Regionalizações da Saúde no Estado da Bahia, compreendendo o período que se estende de 1925 a 2006; na terceira parte, o foco de análise se concentra nos avanços e desafios das camadas regionais, expressão material dos arranjos institucionais e político-territoriais que foram criados entre 2007 e os dias atuais, os quais também estão inseridos os Consórcios de Saúde. Nas considerações finais, é apresentada uma síntese com pequenos sugestões visando ao aprimoramento dos arranjos institucionais na Bahia.

Instituição e território

A primeira parte deste artigo se inicia fazendo referência ao economista português José Reis – que, por sinal, tem grande sensibilidade geográfica – porque, ao visibilizar a importância da rotina,

das regras, dos costumes, das normas de conduta, das convenções e dos hábitos para a Teoria Econômica Institucional, cravou a seguinte frase na introdução do seu livro “Ensaio de economia impura”, publicado em 2007: as instituições contam.

A princípio, a afirmação em tela poderia não suscitar grandes debates dentro da Geografia, tendo em vista envolver uma discussão disciplinar específica que tomou corpo inclusive dentro da economia institucional. Mas, para os geógrafos institucionalistas², representa uma discussão central, haja vista que se trata de condicionantes, de “constrangimentos” institucionais adquiridos historicamente em meio a processos coletivos de convivência social, cultural e política inerentes a contextos territoriais que podem interferir e até mesmo condicionar o desempenho de uma gestão governamental ou de políticas públicas tanto “para frente quanto para trás”. A essa espessura institucional juntam-se a base material do território e, conseqüentemente, a formação de um denso entrelaçamento e a fixação de relações político-territoriais duradouras e com grande força de inércia, apesar de serem dinâmicas porque operam em meio a tramas políticas, econômicas e institucionais reticulares oriundas das mais diversas escalas geográficas.

Originadas espontaneamente ou formalmente, no âmbito social ou estatal, as instituições são consideradas guias para a vida diária pois apontam caminhos a seguir e dão forma às diversas interações sociais (FONSECA, 2006). Por conta disso, a emergência de estudos e pesquisas sobre instituições justificam-se em razão de seu potencial para a diminuição das incertezas, para a facilitação e promoção da cooperação e da coordenação entre atores territorialmente localizados, no intuito de conduzir a sociedade ao desenvolvimento diante de um mundo complexo e desigual e em constantes tensão, contingência e transformação.

Via de regra, os novos institucionalistas na Economia, na Sociologia, na Ciência Política e na Geografia têm considerado as instituições como análogas às *regras de um jogo competitivo* (NORTH, 1990)³. Mesmo que esse entendimento possa não ser suficiente como ponto de chegada, expressa um importante ponto de partida conceitual ao revelar que “jogos competitivos” também pautam a convivência coletiva de atores em seus contextos territoriais por meio de relações de poder e opressão, e de conflitos de naturezas diversas envolvendo competição e cooperação, centralização e descentralização, vínculos verticais e horizontais, consensos e dissensos, justiça e injustiça. Em meio a isso, as regras institucionais se impõem como horizontes possíveis para que a convivência coletiva seja garantida e que a promoção da cooperação e da coordenação entre atores sejam estimuladas.

Como ponto de chegada, mas sem perder de vista a partida, as instituições representam formas de regulação das atividades humanas e de convivência coletiva, mecanismos de decisão e ação que objetivam alcançar propósitos (PUTNAM, 1996). Correspondem a mecanismos imateriais, todavia, parte deles precisa se materializar no território para efetivar a sua função regulatória, em forma de

² Neste artigo utiliza-se a denominação geógrafo institucionalista para fazer referência aos geógrafos que vêm utilizando ou utilizaram a Teoria das Instituições como baliza principal nas reflexões sobre as dinâmicas territoriais e espaciais. Apesar dos riscos de gerar rotulações e de cercear outras abordagens teóricas utilizadas pelos autores, serão apresentadas aqui algumas referências apenas com o objetivo de servir como ponto de partida para o leitor interessado na abordagem institucional, sobretudo no campo da Geografia Política. Ressalto aqui os nomes de Amin (1999); Amin e Thrift (1994); Castro (2003; 2005); Ferrão (2014); Fonseca (2006; 2020; 2010), Fonseca e Vieira (2008); Fonseca e Rodrigues (2021), Gomes (2002); Nunes e Sanfelici (2018); O’Neill (2004); Storper (1990; 1994b; 1997).

³ Neste artigo, não se objetiva retomar o desenvolvimento de uma discussão exaustiva sobre a gênese, os significados e as tendências dos estudos institucionalistas, inclusive na Geografia. Serão abordados apenas os pontos de partida institucionais necessários para subsidiar os encaminhamentos teóricos e conceituais. Para uma visão mais abrangente e com exemplos de aplicações das abordagens institucionais vinculadas ao território, sugere-se, de antemão, a seguinte lista de leitura: Fonseca (2006), Fonseca e Vieira (2008); Fonseca; Silva (2010), Putnam (1996), Storper (1990; 1994a; 1994b), Benko (1996), Théret (2000), Hall e Taylor (1996), Nunes e Sanfelici (2018).

organizações (BAREMBLITT, 1998). Sob tal perspectiva, as organizações podem ser assim definidas: "(...) formas materiais, muito variadas, que compreendem desde um grande complexo organizacional como um ministério: Ministério da Educação, Ministério da Justiça, Ministério da Fazenda etc., até um pequeno estabelecimento" (BAREMBLITT, 1998, p. 29), como escola, quartel, convento, hospital, policlínica de saúde.

Esses mecanismos imateriais podem ser formais e informais, conforme North (1990). As instituições formais envolvem regras políticas e judiciais, regras econômicas e contratos, e as informais abarcam códigos de conduta, rotinas, normas de comportamento e convenções, adquiridas e transmitidas socialmente como componentes da herança cultural de uma sociedade. Nessa lógica, são formados arranjos institucionais formais e informais, multivariados e multiescalares, mobilizados como "fios condutores" seguros nos processos de tomada de decisão e de execução de ações, inclusive associadas às políticas públicas e privadas.

As abordagens institucionalistas que privilegiam as regras formais buscam identificar e analisar a compatibilidade e a adequação desses arranjos com as formas de governar; as abordagens mais centradas nos fatores socioeconômicos atentam a comprovações de que estes podem ser determinantes para a democracia e para o desempenho das instituições; e as abordagens balizadas nos fatores socioculturais, por sua vez, também reivindicam a primazia desses referidos fatores como fundamentais para o bom desempenho governamental (PUTNAM, 1996). Tais abordagens se complementam, potencializam a importância das instituições e, também, dão grande visibilidade às diferenças territoriais, uma vez que o desempenho de arranjos institucionais está diretamente relacionado aos contextos territoriais nos quais foram configurados e reconfigurados no decorrer do tempo histórico, como aponta o estudo de Putnam (1996).

Ao acompanhar e analisar a institucionalização de governos regionais na Itália por um período de aproximadamente 20 anos, o referido autor identificou que o desigual desempenho institucional entre as regiões do Norte e do Sul da Itália estava diretamente associado aos contextos socioculturais, aos arranjos informais que foram germinados e solidificados historicamente a ponto de moldar os comportamentos dos atores. Para o autor, o Norte da Itália obteve melhor desempenho devido à comunidade cívica, ou seja, a um contexto territorial constituído de vínculos horizontais de reciprocidade e cooperação, de padrões de engajamento, de participação cívica e de solidariedade social da população que foram mobilizados para superar os variados problemas que os afetavam. Em contrapartida, no Sul da Itália, em decorrência da herança histórica pautada em vínculos verticais que se caracterizam pela ausência de participação, de transparência e de autonomia regional, e pela predominância de relações políticas centralizadas, clientelistas e absolutistas, o desempenho institucional não foi favorável.

Apesar do viés determinista, a abordagem de Putnam (1996) oferece contribuições empíricas e metodológicas importantes para a Geografia Política, uma vez que dá grande visibilidade a estudos comparativos baseados em instituições político-territoriais e ratifica a importância dos contextos territoriais, particularmente, dos vínculos de poder político horizontais e verticais para o exercício da governança territorial e para o desempenho das políticas públicas.

Para Acemoglu e Robinson (2022), a junção entre as lógicas políticas, sociais e culturais não é necessariamente consistente para explicar a inovação tecnológica, a desigualdade e a pobreza no mundo. Para eles, o ponto de partida analítico está na natureza histórica das instituições políticas formais e informais. Como o poder é distribuído pela sociedade, como e onde as decisões ocorrem, quem são os responsáveis pelas tomadas de decisões e por que determinados sujeitos tomam as decisões, são algumas questões centrais que visibilizam os processos políticos e que devem ser considerados na sua dimensão histórica, mas, também, nas suas especificidades internas.

Da parte da Geografia Política de matriz institucional, trata-se de processos territorialmente localizados, inerentes a contextos territoriais, que são criadores de ambiências institucionais e, corolariamente, de específicos arranjos (FIANI, 2013)⁴ que expressam o enraizamento (LOTTA; FAVARETO, 2016) local/regional e que detêm potencial tanto para o sucesso quanto para o fracasso em relação ao desempenho das políticas.

Vislumbra-se, no entanto, que em meio ao ambiente federativo como o brasileiro – no qual a coordenação e a cooperação são contempladas desde a Constituição de 1988 – ocorra a mobilização desses ativos federativos e que prevaleçam políticas bem-sucedidas via coordenações verticais induzidas pelo governo central, mas com o aval e atuação de demais escalas de ações políticas territoriais. Também, via cooperações horizontais, envolvendo arranjos institucionais constituídos de pactuações territoriais locais e regionais, com a permeabilidade de participação de agentes e de atores nos processos de decisão e de ação em torno de projetos e de políticas públicas (GRIN; ABRUCIO, 2018; ABRUCIO, 2010; ABRUCIO; SANO, 2013).

O fato é que na esteira dos desdobramentos da abordagem institucional, os estudos e pesquisas sobre arranjos político-institucionais vêm se ampliando no Brasil. No geral, trata-se de estudos pautados nas diversas arrumações, estruturas institucionais (FONSECA; RODRIGUES, 2021) que norteiam as decisões, ações, financiamento e execução das políticas públicas governamentais, e subsidiam capacidades governativas (SANTOS, 1996) ao imprimir mecanismos de governabilidade, coordenações, cooperações e participações sociais, de formas vertical e horizontal, diante do Estado Federativo brasileiro. Essas recomposições e reconfigurações dos arranjos estão inerentemente vinculadas ao contexto territorial, constitutivo de embates, relações de poder e de opressão envolvendo os diversos agentes e atores.

O somatório de tudo isso, conforme Rodrigues e Moscarelli (2015) e Nunes e Sanfelici (2018), é o desvelamento de uma nova pauta na agenda da Geografia Política brasileira expressa via ampliação de debates e pesquisas acerca de arranjos político-territoriais como consórcios, comitês, conselhos, fóruns, colegiados territoriais, comissões, associações que escapam das tradicionais abordagens pautadas na fixidez dos recortes político-administrativos locais e estaduais. Ademais, essas estruturas não só potencializam a pertinência da extensão territorial através do alargamento das relações entre localidades, como também visibilizam e ratificam o papel das conexões, especificamente de redes políticas (LIMA, 2019), que entremeiam as relações nos territórios. Para este autor, os arranjos expressam a “corporificação territorial” de estratégias genética e estrutural, ou seja, de redes políticas.

Trata-se agora de investigações e debates em torno de recortes mais porosos, de novas pulsações territoriais ritmadas por relações conflituosas, embates, dissensos e reticularidades que, ao final, tendem a convergir para decisões e ações políticas pactuadas em forma de cooperação territorial, ou seja, da “conformação de arranjos político-territoriais voltados para ampliar o acesso a direitos, a partir do compartilhamento de recursos materiais, humanos, técnicos e informacionais, em recortes territoriais particulares” (NUNES; SANFELICI, 2018, p. 25).

O aporte destes ativos teóricos e conceituais apresentados nos leva de volta ao início deste item do texto para complementar a afirmação de Reis (2007). Com os devidos cuidados, para evitar

⁴ Ambiente institucional e arranjos específicos foram utilizadas aqui como referência ao trabalho de Fiani (2013) somente com ponto de partida para estabelecer as duas escalas de grandeza envolvendo as dimensões institucionais. Para Fiani, o ambiente institucional refere-se a regras mais gerais, básicas, de caráter político, sociais e legais que norteiam os sistemas político e econômico; o arranjo institucional comporta regras mais específicas que coordenam um conjunto de atividades econômicas. Apesar de estarem mais vinculadas à economia institucional, penso que essas duas escalas também são operacionais nas análises institucionalistas da Geografia Política pois ratificam a importância dos contextos territoriais e das diversas estruturas governativas que são geradas a partir desses contextos.

a sacralização de conceitos e o determinismo institucional e territorial, creio que também é possível cravar a seguinte afirmação: o contexto territorial conta.

Ao fim e ao cabo, instituição e território contam e, quando analisados conjuntamente, apresentam-se como uma alternativa teórica e metodológica consistente e condizente com as diferenciações geográficas no tempo e no espaço. Isso porque a valorização do contexto endógeno-institucional do território (FONSECA, 2006; NUNES; SANFELICI, 2018) – sem perder de vista os tangenciamentos multifatoriais e reticulares oriundos exogenamente – amplia a pluralidade explicativa das complexidades dos territórios, inclusive das estratégias de regionalização adotadas pelos Estados, seja na escala nacional, seja nas escalas subnacionais. Para este artigo, todas as atenções estão voltadas para a trajetória das Regionalizações da Saúde no Estado da Bahia, que vai da década de 1920 até os dias atuais com a conformação de camadas regionais.

A gênese e a evolução das Regionalizações da Saúde no Estado da Bahia (1925 a 2006)

O embrião da regionalização da saúde, conduzida e instituída pelo Governo do Estado da Bahia, remete à Lei n.º 1.811, de 29 de julho de 1925, que propôs desconcentrar os serviços de saúde com a instalação de subdiretorias sanitárias, tomando como referência espacial os centros urbanos mais importantes do Estado (ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973). Posteriores inovações institucionais indicavam ações no mesmo sentido da regionalização, como a Portaria n.º 730, de 1942, que criou 10 regiões sanitárias no interior do Estado, durante o governo de Landolfo Alves de Almeida, entre 28 de março de 1938 e 24 de novembro de 1942 (GAUDENZI, 1979); e o Decreto n.º 134, de 17 de dezembro de 1948, instituído durante o governo de Octávio Mangabeira, entre 10 de abril de 1947 e 7 de abril de 1951, que criou oito distritos sanitários objetivando ajustar a divisão espacial anterior para atender à expansão das atividades e da infraestrutura de saúde em direção ao interior da Bahia (MOLESINI; MATTOS, 2015). Contudo, não foram capazes de corrigir as desigualdades relacionadas à distribuição de serviços, sobretudo de saúde, pelo território baiano.

Foram iniciativas que aconteceram de forma desarticulada e sem coordenação, centralizadas, verticais e sem canais abertos de diálogos com a sociedade (ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973; GAUDENZI, 1979; GUIMARÃES, 1983). Significa dizer que, mesmo com a predisposição estatal em “regionalizar” os serviços a partir de 1925, a centralização política e a concentração de serviços em Salvador delinearão as estratégias político-territoriais dos Governos da Bahia durante a primeira metade do século XX, contribuindo para a ampliação das disparidades locais e regionais, uma vez que Salvador continuou concentrando a maior parte dos serviços de saúde, enquanto as demais cidades do Estado ficaram extremamente dependentes dos serviços oferecidos pela capital.

Ademais, havia ainda a ausência de um planejamento global/regional integrado, no qual a Saúde e, especificamente, a regionalização fossem partes constitutivas de uma perspectiva de desenvolvimento intersetorial, horizontal e com equidade territorial, já que, até a década de 1950, a Bahia possuía um arranjo espacial rarefeito, em que os espaços regionais do Oeste, do Sul e do Norte do Estado se mantinham dispersos e fragilmente integrados a Salvador, devido à carência de infraestruturas ferroviária e rodoviária (OLIVEIRA, 1951).

Para mudar essa organização espacial, era necessária, segundo Oliveira (1951), a instalação de uma nova capital no interior do Estado, localizada no “miolo territorial” da Bahia. Seria uma capital moderna, central, equidistante das outras regiões, à altura da importância da Bahia, que poderia gerar novos processos de regionalização e, conseqüentemente, novas centralidades e interações espaciais. Ou seja, seria uma metrópole assumindo a função regional de fato, função essa que Salvador tinha dificuldade de exercer devido ao seu relativo isolamento espacial.

Com base em Santos (1956), Salvador expressava, na década de 1950, uma organização espacial macrocefálica no contexto da rede urbana, e a irradiação das suas funções pelo território baiano não ocorria de forma eficiente e em sua plenitude. Tratava-se de uma “geografia injusta” (GOTTMANN, 1966), em função da grande desigualdade territorial e da concentração da maior parte das riquezas e da população na capital.

Essa organização espacial injusta foi ratificada por Milton Santos em um estudo sobre a Regionalização da Bahia em 1958, intitulado Zonas de Influência Urbana. Considerado como um estudo pioneiro para o Brasil (XAVIER; SILVA, 1973), o autor sublinha a desigualdade espacial e propõe a divisão do Estado da Bahia em nove regiões urbanas, tomando como base metodológica as respostas de questionários aplicados nos municípios sobre a situação do comércio de abastecimento entre os centros maiores e menores. Já em 1959, o mesmo autor, ao analisar a organização regional de Salvador, comparou o entorno da capital a um deserto. Em outras palavras, a centralização político-governamental com viés oligárquico e clientelista e organização espacial rarefeita, dispersa e desarticulada, caminhavam juntas e atingiam, até mesmo, o entorno regional da capital do Estado.

Esse contexto territorial pode não ter sido determinante para uma efetiva política de regionalização descentralizada da Saúde no Estado até a década de 1950, entretanto contribuiu para isso na medida em que havia carência de um ambiente institucional (FIANI, 2013) favorável e de estratégias governamentais de planejamento/desenvolvimento regional coordenadas e cooperadas envolvendo o Governo Estadual e os governos locais. Combinada a isso, também houve maior valorização da capital para a implantação de políticas públicas e para investimentos, o que reproduziu e ratificou a organização macrocefálica.

Contudo, ainda no final da década de 1950, novas estratégias de planejamento e de desenvolvimento, nas quais o setor de saúde era parte constitutiva, começaram a dar os seus primeiros passos na Bahia por intermédio do governo de Antônio Balbino de Carvalho Filho, entre 7 de abril de 1955 e 7 de abril de 1959, no contexto da criação da Comissão de Planejamento Econômico (CPE), em 1955, e do seu Plano de Desenvolvimento da Bahia (PLANDEB), e da criação da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene), em 1959 (MOLESINI, 2011). Tais mudanças inauguraram um novo período de modernização na Bahia, motivado pela exploração do petróleo e, posteriormente, pela industrialização – implantação do Centro Industrial de Aratu, em 1966; do Centro Industrial de Subaé (CIS), no município de Feira de Santana, em 1970; e do Polo Petroquímico de Camaçari, em 1978 –, crescimento da população, expansão urbana e melhoria da malha rodoviária, que contribuíram para a busca pela integração de Salvador aos mercados estadual e nacional, bem como para a maior expansão e desconcentração de serviços para outras cidades do Estado.

Na esteira dessa modernização, foi criado um novo ambiente institucional e de incentivos à regionalização da saúde que foram impulsionados durante a gestão do governador Antônio Lomanto Júnior, entre 7 de abril de 1963 e 7 de abril de 1967, como o Decreto n.º 19.151, de 2 de abril de 1964, que instituiu a divisão do território baiano em nove Regiões de Saúde; a Portaria nº 96, de 19 de março de 1965, que regulamentou as funções das chefias dessas regiões; e, sobretudo, a Reforma Administrativa do Estado da Bahia, através da Lei n.º 2.321, de 11 de abril de 1966 (ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973; GUIMARÃES, 1983; MOLESINI, 2011; SANTOS, 2018).

Conforme destacado por Xavier e Silva (1973), a Reforma Administrativa do Estado da Bahia, particularmente, valorizou elementos espaciais como prioritários na busca pela eficiência e pela descentralização administrativa. Para tanto, foi elaborado um estudo em parceria com a Universidade Federal da Bahia (UFBA), envolvendo o Instituto de Serviço Público (ISP) e o Laboratório de

Geomorfologia e Estudos Regionais⁵, sob a orientação da geógrafa Lysia Bernardes, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no intuito de:

Identificar cidades que, devido ao seu comércio inter e intrarregional e, também, graças à sua infraestrutura básica (sistemas de transportes e de comunicação), exercessem o papel de centros regionais, sendo, assim, capazes de abrigar funções administrativas, agrupando em torno de si uma periferia definida, maximizando, dessa forma, a eficiência do processo, maximizando, dessa forma, a eficácia do processo (XAVIER; SILVA, 1973, p. 16).

O resultado foi a divisão da Bahia em 21 Regiões Administrativas com os seus respectivos Centros Executivos Regionais (CER), localizadas em cidades consideradas grandes, intermediárias e em formação. Contudo, alegou-se não haver condições para a instalação, de maneira imediata, das propostas de regionalização e dos 21 centros executivos recomendados pela Lei n.º 2.321. No caso específico dos serviços de saúde, as principais dificuldades para a institucionalização dessa proposta de regionalização foram as seguintes:

Deficiência quantitativa de pessoal, falta de treinamento adequado, desconhecimento de técnicas administrativas mais modernas, inexistência de um manual de normas técnicas, inexistência de uma padronização de unidades sanitárias, a não descentralização das outras secretarias do Estado, a política salarial sem atrativos, os precários meios de comunicação e de transportes, a realidade sociocultural de certas comunidades etc. (GAUDENZI, 1979, p. 12).

Diante das dificuldades supracitadas, a alternativa consistiu em dividir o território baiano em macrorregiões, cada uma com um centro executivo localizado nas cidades mais relevantes da Bahia, em conformidade com o estudo que serviu como base espacial para a Reforma Administrativa de 1966 (ARAUJO; FERREIRA; NERY, 1973). Ainda que a Bahia tenha experimentado um novo contexto de modernização após o final da década de 1950, essa proposta, assim como outras complementares e instituídas durante o governo de Luiz Viana Filho, entre 1967 e 1971, não representaram um processo de descentralização com maior autonomia regional, mas a indicação de uma desconcentração de atividades técnicas (GAUDENZI, 1979; GUIMARÃES, 1983).

Havia carência de conexão e de sintonia entre o emergente ambiente institucional e mecanismos mais coordenativos e cooperativos (ABRUCIO, 2010) advindos dos arranjos político-territoriais criados. Em termos político-territoriais, tratava-se de um contexto com frágeis ou inexistentes relações intergovernamentais verticais – entre os Governos Federal, Estadual e Municipal – e horizontais – entre municípios – com vistas à instauração e desenvolvimento integrados de políticas públicas.

Se a modernização da Bahia não esteve associada à descentralização administrativa com autonomia e com vínculos mais cooperativos, tampouco esteve a uma desconcentração abrangente de saúde e de riqueza pelo território. Considerando o contexto das políticas modernizadoras implantadas naquele período, Silva e Fonseca (2008, p. 6) apontaram para a seguinte situação:

Se, por um lado, esta política modernizadora permitiu a transição de uma economia agrário-exportadora para uma outra de base urbano-industrial, por outro lado, não foi capaz de engendrar uma efetiva política territorial capaz de gerar maior integração e fortalecimento dos centros urbanos baianos. Por conta disso, foi mantida e construída uma nova e extrema desigualdade regional e local entre o entorno metropolitano de Salvador, que concentrava modernas indústrias, serviços e infraestrutura, e o interior do Estado, não totalmente integrado com Salvador e voltado, na sua maior parte, ao desenvolvimento do comércio, da agricultura e da pecuária, em moldes tradicionais.

⁵ Os trabalhos no Laboratório de Geomorfologia e Estudos Regionais tiveram início em 1959, na Universidade Federal da Bahia, sob a liderança do geógrafo Milton Santos e com a colaboração de outros geógrafos, como Jean Tricart, da Universidade de Strasbourg, na França (VASCONCELOS, 2020).

Durante o governo de Antônio Carlos Peixoto de Magalhães (ACM)⁶, entre 1971 e 1975, uma nova proposta de Regionalização Administrativa para o Estado da Bahia foi instituída por meio da Lei n.º 3.104, de 1973, que resultou de um convênio envolvendo a Secretaria de Planejamento, Ciência e Tecnologia do Estado da Bahia (SEPLANTEC) e o Departamento de Geografia da UFBA, em 1972, com vistas a revisar a divisão administrativa instituída pela Lei n.º 2.321, de 11 de abril de 1966, a qual ainda estava em vigor. Com ACM, a tendência centralizadora, despótica e clientelista é aguçada e passa a verberar qualquer iniciativa horizontalizada baseada na autonomia e na participação social nas decisões governamentais. A forma de governar de ACM, segundo Neto (2000), resulta da síntese entre elitismo e populismo, matrizes políticas conservadoras que prevaleceram no contexto da ordem oligárquica e clientelista da Bahia em meados do século XX. Fruto dessa síntese, o Carlismo preservou – da parte do elitismo – o liberalismo, a tradição aristocrática e o discurso paroquial, de tendência regionalista – comum no discurso de ACM quando em referência à Bahia e à baianidade –, e, da parte do populismo, a própria tradição populista e a ideia de político carismático – voluntarioso e demiúrgico –; de ambas, preservou a prática despótica.

A base para essa nova regionalização foram os estudos realizados por Milton Santos, em 1958, quanto às Zonas de Influência Urbana; às Regiões Administrativas do Estado da Bahia, elaboradas pelo Instituto de Serviço Público (ISP) e pelo Laboratório de Geomorfologia e Estudos Regionais, em 1966; e os estudos sobre Centralidade e Regiões Funcionais Urbanas, realizados pelo IBGE/IBG em 1968 e em 1972, respectivamente. Tratava-se de uma proposta fundamentada em regiões de cunho funcional, baseada na hierarquização da centralidade urbana (SOARES, 1973) que definiu 17 Regiões Administrativas, com igual número de centros urbanos e mais 25 subcentros, com base nas seguintes proposições:

Funcionalidade sobre o espaço, perspectivas de desenvolvimento, viabilidade do transporte interno, dinamismo urbano dos centros, importância dos centros sub-regionais de acordo com a política administrativa definida pelas diversas Secretarias do Estado, adequação de acomodação dos sistemas administrativos vigentes, percepção das regiões econômicas, teoricamente viáveis para execução de programas de desenvolvimento (SOARES, 1973, p. 86).

Nas 17 Regiões Administrativas passariam a funcionar, posteriormente, as Diretorias Regionais de Saúde (Dires), centros de gestão regional, isto é, um “[...] polo técnico-administrativo relativamente autônomo ligado ao nível central, de onde deveriam receber, periodicamente, supervisão e controle” (GAUDENZI, 1979, p. 13). No entanto, conforme Guimarães (1983, p. 89), as Dires “(...) aparecem apenas como órgãos receptores de programas elaborados e definidos em outros níveis do sistema”, ratificando uma tendência de organização centralizada, vertical e fragmentada em relação à decisão e à implantação de programas voltados à saúde nas regiões.

Alguns avanços rumo à regionalização descentralizada da saúde, ainda que fugazes, ocorreram durante o governo de Roberto Figueira Santos, entre 15 de março de 1975 e 15 de março de 1979, com a adoção de medidas que faziam referência à assistência à saúde via participação comunitária e ações simplificadas no contexto da implantação dos programas de extensão de cobertura de ações básicas. Foram reconfigurações institucionais induzidas pelo Ministério da Saúde por meio da “incorporação dos princípios da medicina comunitária na rede de serviços de saúde do Estado” (MOLESINI, 2011, p. 89).

Conforme Molesini (2011), com o segundo mandato de ACM, entre 15 de março de 1979 e 15 de março de 1983, a adoção de medidas administrativas centralizadoras promoveu um desmonte de toda a estrutura institucional de saúde e fez retroceder as tendências de planejamento e regionalização mais descentralizadas recém-experimentadas e que operavam no setor durante o

⁶ Antônio Carlos Peixoto de Magalhães é conhecido como ACM, em correspondência às iniciais do seu nome.

mandato do Governo Roberto Santos. Esse perfil centralizador, excludente e verticalizado, presente desde o primeiro mandato de ACM, estendeu-se durante os anos posteriores, mas com menor intensidade, na gestão do governador João Durval Carneiro, entre 1983 e 1987, que pertencia ao mesmo grupo político de ACM. Na realidade, ACM recentralizou as iniciativas descentralizadoras do governo anterior antes mesmo de sua consolidação.

De forma geral, pode-se afirmar que, até o final do Governo João Durval Carneiro, em 1987, houve a prevalência de vínculos de poder político verticalizados (PUTNAM, 1996) como fundamentos da gestão do território baiano. Como se trata de contextos mais centralizados, clientelistas, às vezes autoritários, pouco transparentes e sem a participação efetiva dos diversos setores da sociedade e dos territórios na elaboração e execução das políticas públicas (FONSECA, 2006), havia muitas limitações para o exercício da descentralização, da cooperação horizontal e da governança territorial. As normativas voltadas à regionalização, propostas e executadas advindas desse contexto institucional e político-territorial, mesmo apresentando importantes princípios de diferenciação e de funcionalidade espacial, intencionavam o atendimento à desconcentração administrativa de determinados serviços, e não uma regionalização com descentralização e com cooperação horizontal. Operava-se, assim, sem significativas mudanças, a tendência histórica da organização do espaço baiano, segundo a qual a pouca integração entre os centros urbanos, a persistência das desigualdades regionais e locais e a maior concentração de bens e serviços em Salvador evidenciaram as suas principais características (FONSECA, 2006; SILVA; FONSECA, 2008).

Em meados da década de 1980, o Brasil viveu grande efervescência social e política devido ao fim da Ditadura Militar e à transição para a Democracia, com grandes mobilizações, por exemplo, as organizadas pelo Movimento da Reforma Sanitária, em prol de um sistema de saúde descentralizado, democrático, universal, equitativo e integralizado (TEIXEIRA *et al.*, 1993; ÁVILA, 2013). Além disso, ocorreu a posse, em 1985, do primeiro presidente civil após 20 anos de Ditadura Militar; as eleições, em 1986, para os governos dos Estados; a realização, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada por Ávila (2013) como marco histórico para a Saúde Pública brasileira; e a institucionalização dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) – uma ponte para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) – nos Estados brasileiros, também em 1986 (TEIXEIRA *et al.*, 1993).

Os primeiros efeitos político-administrativos mais efetivos da redemocratização na Bahia, os quais guardam um liame com a descentralização da saúde, aconteceram durante o breve governo de Waldir Pires, entre 1987 e 1988, eleito por uma coalizão de partidos políticos de oposição (PMDB, PDT, PCB e PCdoB)⁷ ao Grupo Carlista. O Carlismo refere-se à prática política desenvolvida por ACM, e seu grupo político, desde sua posse no governo de Salvador, entre 1967 e 1970, cuja influência, posteriormente, expandiu-se pelo interior da Bahia.

Para Molesini (2011, p. 164), com a vitória de Waldir Pires e a adoção do seu “Programa de 100 dias”, assim como pela presença de representante do Movimento da Reforma Sanitária⁸ assumindo a Secretaria de Saúde da Bahia, a assinatura do convênio para a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), visando desenvolver a Reforma Sanitária descentralizada no Estado, e a abertura de diálogo com os diversos setores da sociedade inauguraram “[...] as condições para ‘acertar o passo com a democracia’, pelo menos na Saúde”, no Estado da Bahia. Nesse sentido,

⁷ Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB); Partido Democrático Trabalhista (PDT); Partido Comunista Brasileiro (PCB); Partido Comunista do Brasil (PC do B).

⁸ A indicação do médico Luiz Umberto Ferraz para o cargo de Secretário Estadual de Saúde da Bahia foi realizada pelo Movimento da Reforma Sanitária, durante o governo de Waldir Pires (MOLESINI, 2011). Luiz Umberto foi eleito deputado estadual pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), no período de 1983-1987, e reeleito constituinte pelo PMDB, de 1987-1991. Também foi professor do Departamento de Psiquiatria da FAMEB-UFBA (1969 e 1995) e do mestrado em Saúde Comunitária da UFBA (1975-1982).

as medidas descentralizadoras então adotadas abarcavam a criação dos Distritos Sanitários no território baiano, a municipalização e a implantação de unidades gestoras (PAIM, 1989). Para Santos e Assis (2016, p. 406), no que diz respeito aos Distritos Sanitários, o:

[...] desenho proposto englobava 104 Distritos Sanitários, com integração (centros de saúde e hospitais públicos ou contratados) de serviços em territórios específicos em toda Bahia, abarcando uma população de 50 a 200 mil habitantes (mesma cidade ou entre municípios), compondo-se com uma Dires, na perspectiva de uma rede descentralizada administrativamente e integrada distritalmente para oferta de serviços.

Entretanto, a falta de recursos e a morosidade da reforma administrativa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia fizeram com que a proposta dos Distritos Sanitários não se consolidasse como indicado pelas normativas (MOLESINI; MATTOS, 2016). Os resultados também não foram os esperados no que concerne à municipalização, visto que poucos municípios da Bahia assinaram o termo de adesão aos critérios de organização dos Conselhos Municipais de Saúde, paritário e deliberativo, a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) e sua aprovação por este mesmo Conselho. No conjunto das 366 localidades baianas da época, somente 42 municípios assinaram a adesão. Entre os percalços identificados para os limitados resultados, estão a falta de coordenação no processo de descentralização e as resistências políticas à municipalização por parte de prefeitos – porque essa inovação institucional estimulava a participação social nas decisões – e por parte do governador – devido à maior autonomia que seria adquirida pelos governos locais (MOLESINI, 2011). Tratava-se de constrangimentos institucionais resistentes construídos historicamente na Bahia, que perpassam os séculos e que até hoje ainda reverberam negativamente, mesmo com menor intensidade, em contextos territoriais – locais e regionais – do Estado.

Também apresentando resultados limitados, a instalação de unidades gestoras nas Dires, no intuito de gerar certa autonomia às instâncias regionais e unidades de serviços, enfrentou impasses políticos e técnico-administrativos na estrutura burocrática do governo, favorecendo a centralização das decisões (MOLESINI, 2011). A rigor, os variados percalços identificados durante o governo de Waldir Pires limitaram as iniciativas descentralizadoras e regionalizadas da saúde, fazendo com que a centralização prevalecesse na condução dessas políticas, o que dificultou e atrasou a implantação da Reforma Sanitária na Bahia.

Esse enfraquecimento das políticas descentralizadoras e regionalizadas da saúde aumentou ainda mais entre 1989 e 1990, durante o governo de Nilo Coelho (1989-1990), que substituiu Waldir Pires no momento que este renunciou ao cargo de governador para concorrer às eleições presidenciais de 1989, como vice-presidente na chapa de Ulysses Silveira Guimarães, do PMDB. Tudo isso aconteceu em um importante momento para o Sistema de Saúde, que envolveu a criação institucional do SUS – com a promulgação da Constituição de 1988 – e sua gradativa implementação, bem como os ajustes a partir de 1990, com as Normas Operacionais Básicas/NOB 91, que geraram a denominada “municipalização tutelada” e novos localismos no território brasileiro (FONSECA; RODRIGUES, 2001).

Com efeito, a implementação do SUS na Bahia ocorreu tardiamente, possivelmente em decorrência do modo de governar típico de ACM, que assumiu o terceiro mandato de governador entre 1991-1994. Nesse viés, Ávila (2013, p. 2012) defende que esse:

[...] modo de governar através de um processo de cooptação transformista preocupava-se em manter o conservadorismo político, impedindo que formas ampliadas de gestão fossem implantadas, uma vez que poderiam ameaçar a continuidade do Carlismo, com caráter monocrático e concentrador.

Em outras palavras, significou o represamento de iniciativas mais horizontalizadas, descentralizadas e regionalizadas, que apontavam para a governança territorial, cujas tentativas tiveram início durante o curto governo de Waldir Pires. Com o retorno de ACM, a força da inércia institucional dos vínculos de poder político verticalizados foi valorizada, encontrando respaldo nas políticas centralizadoras adotadas em relação ao SUS durante o governo do presidente Collor de Mello, entre 1990 e 1992. Isso levou ao atraso na implantação do SUS na Bahia, processo que só começou a ser realizado, mesmo que de forma incipiente, em 1993, com o próprio ACM. Em 1995, esse processo viveu uma fase de impulsionamento, tomando fôlego em 1996 com a NOB 96, durante o governo de Paulo Souto, entre 1995-1998. Para Ávila (2013, p. 160), o:

[...] Governo Paulo Souto representou continuidade em relação ao governo anterior, mantendo no poder o mesmo bloco governista. Entretanto, representou também mudanças na forma de fazer política no Estado. Manteve a lógica Carlista, mas divergiu do modelo populista de seu antecessor, imprimindo uma gestão pautada em resultados e em uma administração arrojada e baseada na gestão privada.

Esse novo modelo de gestão modernizadora imprimiu na Bahia uma agressiva política de ajuste fiscal, que envolveu o enxugamento da máquina estatal, a privatização de empresas, a instalação de obras de infraestrutura e a concessão de incentivos fiscais para empresas, em sintonia com as propostas de reforma do Estado brasileiro, apresentada durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC). No caso da Política de Saúde, segundo destacam Molesini e Mattos (2016), não houve novas iniciativas de regionalização objetivando a descentralização com autonomia de órgãos de saúde nesse período, tendência que continuou durante a gestão do governador César Augusto Rabello Borges, entre 1999 e 2002. Contudo, foram adotadas algumas ações para o fortalecimento da municipalização da saúde, induzidas pela normativa federal, a NOB 96, visto que a municipalização predominou nas estratégias elaboradas para a implantação e expansão do SUS durante a década de 1990. Entre as ações adotadas, os referidos autores enfatizam o apoio do Governo do Estado, via equipes técnicas das Dires, na elaboração de Planos Municipais de Saúde e na criação de Conselhos Municipais e de Secretarias Municipais de Saúde.

Se a década de 1990 foi de municipalização, a de 2000 – até os dias atuais – foi de regionalização no direcionamento das políticas de expansão e aperfeiçoamento do SUS (FONSECA; RODRIGUES, 2001). Após 2001, com a institucionalização da Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS 2001/02 (NOAS 01/02), as estratégias de regionalização induzidas e estimuladas pelo Governo Federal – via Ministério da Saúde – passaram a ser adotadas nos Estados brasileiros, o que propiciou a abertura de possibilidades concretas de cooperação territorial (NUNES; SANFELICI, 2018) e de governança territorial descentralizada e interescalar, sobretudo na escala regional, através da formação de arranjos político-institucionais. Talvez por isso as mudanças tenham começado a acontecer na Bahia ainda na Gestão Paulo Ganem Souto, que retornou ao governo entre 2003 e 2006, pois a NOAS 01/02 condicionou o repasse de verbas federais destinadas ao financiamento do SUS à elaboração dos seguintes instrumentos normativos de planejamento e gestão: (a) elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI); (b) Plano Diretor de Regionalização (PDR); e (c) Plano Diretor de Investimento (PDI).

Em 2003, por meio desses instrumentos instituídos, foram acionados o cumprimento de metas fiscais e financeiras, a elaboração de plano de recursos e a regionalização da saúde com a hierarquização de ações e de serviços. Isso permitiu, por sua vez, que o Estado da Bahia fosse habilitado para a gestão plena do Sistema Estadual de Saúde. Nesse mesmo ano, com o PDR, o território baiano foi dividido em 7 Macrorregiões e 32 Microrregiões de Saúde, tendo como cidade-

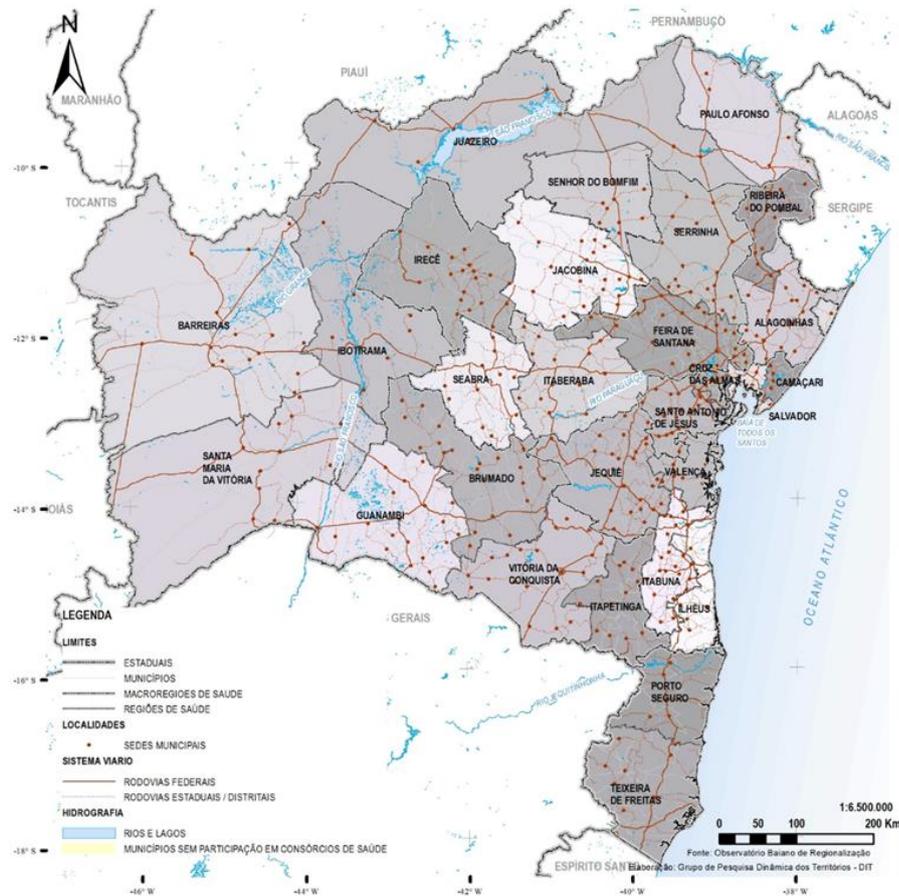
polo as sedes das Dires. Em 2007, o PDR sofreu alterações e o número de macrorregiões passou para 9, enquanto as microrregiões foram reduzidas para 28 (SANTOS; SANTOS; PAIVA, 2020).

Nesse novo ambiente institucional, duas divisões regionais na Bahia passaram a conviver paralelamente, conforme Molesini e Mattos (2016): (i) a da Dires, criada na década de 1980 e que se manteve como escala de desconcentração da Secretaria de Saúde da Bahia, executando “[...] atividades gerenciais junto aos entes municipais, trabalhando com ações de auxílio técnico, monitoramento e avaliação de programas em territórios regionais” (SANTOS; SANTOS; PAIVA, 2020, p. 4); e (ii) as Macro e Microrregiões de Saúde do SUS, que almejavam a descentralização intergovernamental. Na realidade, tratava-se de três recortes regionais na Bahia, porque sob as macros estavam as microrregiões. A macrorregião era um espaço ampliado, que compunha duas ou mais Regiões de Saúde e pretendia garantir a governança territorial ascendente nessas escalas regionais, envolvendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

As camadas territoriais de saúde (2007 até os dias atuais)

Em 2006, o governador Paulo Ganem Souto perdeu as eleições para o candidato do Partido dos Trabalhadores (PT), Jaques Wagner, eleito por uma ampla coligação partidária progressista. Encerravam-se os 16 anos consecutivos da Gestão Carlista na Bahia. No primeiro mandato do governo de Jaques Wagner (2007-2010), começaram a ser instaladas balizas mais consistentes na direção de uma regionalização de saúde descentralizada e com governança territorial, sobretudo induzidas via Pacto pela Saúde, um acordo interfederativo promovido e coordenado pelo Governo Federal. A partir de então, vários projetos começaram a ser desenvolvidos, como a institucionalização da Superintendência de Regulação dos Sistemas de Atenção à Saúde (Suregs) e da Coordenação de Projetos Especiais (Cope); as ações de capacitação, com conteúdo para regionalização, reformulação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e reformulação da Programação Pactuada Integrada (PPI); a criação dos Colegiados de Gestão Microrregional (CGMR) em forma de arranjos político-institucionais de governança regional voltados à deliberação das pactuações interfederativas; e a sobreposição da divisão regional proposta na reformulação do PDR às divisões regionais das 31 Dires, gerando 28 Microrregiões e nove Macrorregiões de Saúde (MOLESINI; MATTOS, 2016). Em 2011, seguindo determinações do Ministério da Saúde e o Decreto n.º 7.508/2011, também foram instituídas na Bahia as Comissões Intergestores Regionais (CIR) nas 28 Regiões de Saúde, como passaram a ser denominadas as Microrregiões de Saúde (MAPA 1).

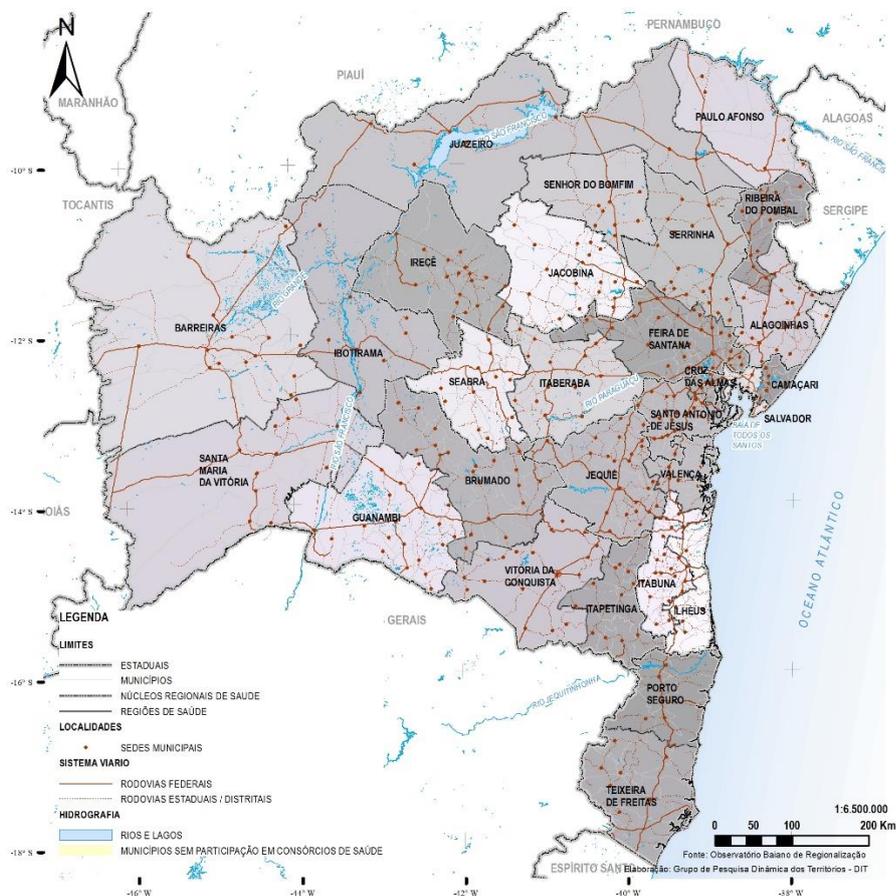
Mapa 1 – Regiões de Saúde da Bahia - 2022



Essas novas capacidades governativas instaladas na Bahia foram influenciadas por um ambiente político-institucional nacional mais favorável para o governo de Jaques Wagner, a saber: o alinhamento político com o Presidente da República, Luís Inácio Lula da Silva, também do PT, e a institucionalização do Pacto pela Saúde em 2006, que deu mais ênfase à regionalização como uma estratégia espacial para o planejamento e a governança do SUS com cooperação territorial. No final do segundo mandato de Jaques Wagner (2011-2014), foi instituída uma nova estrutura organizacional de administração pública estadual, por meio da Lei n.º 13.204, de 11 de dezembro de 2014, que gerou mudanças em diversas secretarias e órgãos públicos.

Em relação à regionalização da saúde, a grande mudança diz respeito à extinção das 31 Dires e à institucionalização, como substitutas, de nove Núcleos Regionais de Saúde (NRS), que coincidiram com a delimitação espacial das nove Macrorregiões de Saúde presentes no PDR de 2007. Os núcleos são os seguintes: NRS Nordeste – em Alagoinhas; NRS Oeste – em Barreiras; NRS Sul – em Ilhéus; NRS Centro Leste – em Feira de Santana; NRS Centro Norte – em Jacobina; NRS Norte – em Juazeiro; NRS Leste – em Salvador; NRS Extremo Sul – em Teixeira de Freitas; e NRS Sudoeste – em Vitória da Conquista (MAPA 2).

Mapa 2 – Núcleos Regionais de Saúde da Bahia 2022



O processo de extinção das 31 Dires e a substituição pelos NRS começaram a ocorrer no primeiro mandato do governador Rui Costa, também do PT, entre 2015 e 2018, e foi rodeado de grandes críticas e repercussões na mídia, em sindicatos, no meio universitário, entre os servidores da saúde e no meio político, porque se tratava da extinção de um importante órgão que prestava apoio institucional aos municípios.

Os NRSs representam instâncias regionais desconcentradas de saúde, com escritórios e servidores instalados em um município – sobretudo na principal cidade da região –, de onde são desenvolvidas as atividades de gestão, cujas diversas atribuições incluem a Regulação e a Vigilância Sanitária, além das ações voltadas à Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, à Central de Aquisições e Contratações da Saúde e à Corregedoria da Saúde, contribuindo para o fortalecimento da gestão junto aos municípios (BAHIA, 2019). Nessa configuração, o coordenador geral de cada NRS exerce suas atividades gerenciais com apoio de um assistente administrativo, nomeado pelo Governo Estadual. Em anos alternados, o coordenador do NRS também é coordenador da Comissão Intergestores Regional (CIR) de Regiões de Saúde, que são importantes arranjos político-territoriais de governança compartilhada de Saúde vinculadas ao SUS (FONSECA; RODRIGUES, 2021).

Conviveram no Estado da Bahia, até o final do Governo Jaques Wagner, três camadas regionais sobrepostas ligadas à saúde: (i) a de desconcentração administrativa da Dires que foi extinta e substituída pelos NRSs através de ações político-territoriais vinculadas ao Governo Estadual; (ii) a de descentralização intergovernamental de saúde do SUS, relacionada às Macrorregiões de Saúde⁹, criadas e induzidas pelo Governo Federal, via Ministério da Saúde, por intermédio da NOAS 2002, que também indicou a criação do Plano Diretor de Regionalização (PDR); e, sob essas duas camadas sobrepostas do SUS, (iii) as 28 Regiões de Saúde, com suas Comissões Intergestoras Regionais (CIR). Entretanto, apesar da inserção de vínculos mais horizontalizados na forma de fazer política e de se relacionar com a sociedade, não se pode afirmar que a instalação de uma regionalização mais descentralizada e com governança tenha sido alcançada.

Na realidade, abriu-se espaço para essa direção, que vem sendo seguida e ampliada desde 2015 com o início do governo de Rui Costa, também vinculado ao PT, por meio da institucionalização de arranjos político-territoriais em forma de Consórcios Públicos Interfederativos de Saúde (CPIS), subsidiada e estimulada pelo artigo 241 da Constituição Federal de 1988 e pela Lei Federal n.º 11.107, de 6 de abril de 2005, regulamentada em 2007 pelo Governo Federal com o Decreto n.º 6.017. Essas estruturas vêm sendo complementadas com a instalação de Policlínicas Regionais de Saúde. Juntando tudo, estamos diante de um arranjo institucional e político-territorial de cunho associativo com potencial para nortear capacidades governativas (SANTOS, 1996) e, em conjunto com as CIR e as demais camadas regionais de saúde, imprimir novas composições territoriais com conteúdos cooperativos, horizontais, porosos e permeáveis à participação de agentes e atores, e o acesso amplo aos serviços de saúde.

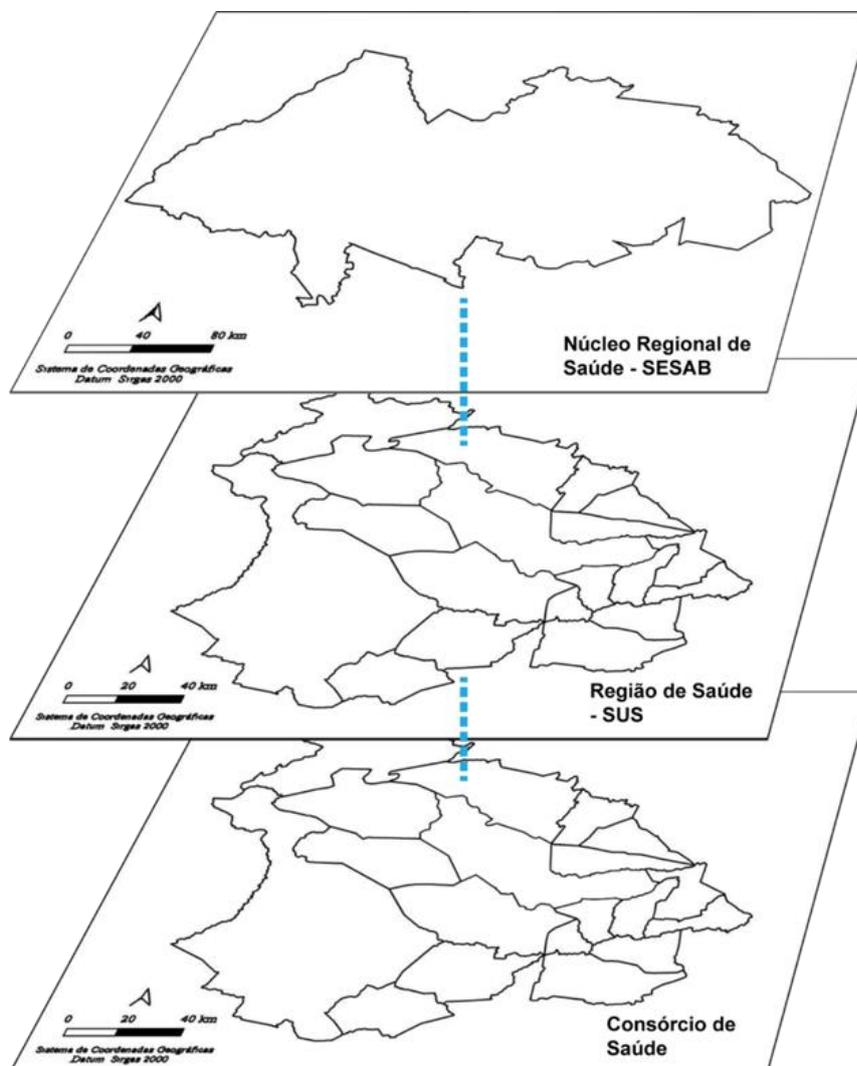
Institucionalmente, os Consórcios de Saúde são importantes arranjos de descentralização federativa, de planejamento e de governança territorial, pois podem complementar as regionalizações anteriores, subsidiar as pactuações entre os municípios e ampliar a cooperação governativa entre os municípios, as regiões e o Estado em relação à organização e à oferta dos serviços de saúde. Até o momento, foram implantados 23 Consórcios, com delimitações territoriais de abrangência regional que, em determinadas situações, não coincidem com as definições das Regiões de Saúde (MAPA 3).

⁹ No Estado da Bahia, as Macrorregiões de Saúde - base espacial de planejamento do Ministério da Saúde - coincidem em tamanho e se misturam com os Núcleos Regionais de Saúde (NRSs) - escala de desconcentração administrativa de saúde. Contudo, nas estratégias políticas de saúde operadas pelo Governo do Estado são os NRSs que vêm adquirindo maior atuação e visibilidade espacial.

Consórcios de Saúde, também voltados à descentralização interfederativa, porém instituídos por meio da parceria entre o Governo Estadual e os governos municipais.

São, na realidade, recomposições territoriais inovadoras e permeáveis que destoam das tradicionais regionalizações e que parecem assinalar a “dissolução” das antigas regiões e a gradativa superposição e justaposição de novos recortes territoriais, com formatos mais colaborativos, descentralizados e inclusivos. Disponibilidade de transportes e menores distâncias percorridas pelo paciente; maior diversidade de exames e menor tempo de espera para que sejam realizados; gradativa disponibilidade de especializações médicas disponíveis; maior participação e colaboração entre os municípios nas decisões são alguns dos principais resultados alcançados.

Figura 1 – Camadas Territoriais de Saúde – Bahia 2022



Mas a “dissolução” das antigas regiões é apenas aparente porque, sob essas camadas territoriais, ainda persiste uma organização espacial macrocefálica de Salvador e de sua região metropolitana – decorrente da industrialização concentrada, da infraestrutura e da recente expansão do setor de serviços atrelado ao turismo – em relação aos outros lugares e regiões, como os localizados no “miolo territorial” do Bahia. Os crescimentos demográfico e econômico apresentados

por alguns centros urbanos localizados nos limites territoriais da Bahia, como Barreiras e Luís Eduardo Magalhães, no Oeste, Juazeiro, no Norte, Ilhéus e Itabuna, no Sul, e Eunápolis, Porto Seguro e Teixeira de Freitas, no extremo Sul, ainda não são suficientes para uma reversão dessa organização. Junta-se a isso a inexistência de uma densa rede urbana de centros acima de 100.000 habitantes que facilite a acessibilidade e a maior integração com Salvador e com a Região Metropolitana (SILVA; SILVA, 2014).

Essa organização espacial tem grande força de inércia e resulta, em parte, de relações seculares entre Estado e território pautadas em ações institucionais e político-territoriais demasiado centralizadas, sem coordenações e cooperações horizontais envolvendo o Governo do Estado e os governos municipais. Refere-se a vínculos de poder político verticalizados, avessos a práticas descentralizadoras e inclusivas e que estão associados ao contexto territorial (PUTNAM, 1996; REIS, 2007) e a natureza histórica das instituições políticas formais e informais (ACEMOGLU; ROBINSON, 2022).

As novas recomposições territoriais que vêm sendo experimentadas no setor da saúde soam como um alento, pois, ao mesmo tempo em que apontam para uma governança com a equidade territorial em relação à distribuição e ao acesso aos serviços de saúde, também podem ser adotadas como modelo para outras políticas públicas estatais, fazendo com que os antigos e persistentes constrangimentos institucionais oriundos das tradicionais relações políticas verticalizados entre Estado e municípios sejam superados.

Enquanto isso não ocorre a contento, ajustes e adaptações institucionais e político-territorial vêm sendo incrementados para o enfrentamento de desafios antigos e atuais de diversas ordens, que afetam a organização, o funcionamento e a distribuição dos serviços de saúde. Os principais desafios que irão ser apresentados aqui foram identificados sobretudo por autores como Molesini *et al.* (2010), Santos e Giovanella (2014), Albuquerque *et al.* (2018) e Santos (2018). São eles: a falta de conhecimento sobre o SUS por parte de gestores e conselheiros de saúde; a alta rotatividade de gestores de saúde nos municípios, o que compromete a continuidade das ações; o individualismo e a competição entre alguns municípios, impondo limites à governança territorial; as desigualdades entre os municípios, o que afeta a pactuação de serviços de saúde; a insuficiência de recursos financeiros transferidos dos Governos Estadual e Federal; a subordinação das Regiões de Saúde e Consórcios à lógica dos interesses privados e clientelistas; a ausência de controle social por parte dos Conselhos Municipais de Saúde; e a carência de maior número de especialidades médicas nos consórcios.

Em suma, espera-se que o novo governador do Estado da Bahia, Jerônimo Rodrigues, que tomou posse em 2023 e que também é do quadro do Partido dos Trabalhadores (PT), intensifique as ações do governo anterior destinadas à descentralização dos serviços de saúde pelas regiões. Nessa seara, o apoio do Governo Federal, devido ao alinhamento político-partidário, será de fundamental importância.

Considerações finais

Ao somar tudo o que foi apresentado, fica a constatação de que houve uma predisposição histórico-geográfica dos governos estaduais da Bahia em instituir regionalizações voltadas aos serviços de saúde. Desde o primeiro embrião da regionalização da saúde até os dias atuais, conformou-se uma trajetória de quase um século marcada por recomposições, percalços e avanços que ajudaram a revelar a inércia dinâmica das instituições e dos contextos territoriais.

O resultado alcançado com esta trajetória é a experimentação de um emaranhado de normativas e de recortes regionais justapostos e sobrepostos que vêm dando visibilidade a uma “nova vida regional” na Bahia, com pulsações, contiguidades, participações e cooperações municipais

instigadas pelos arranjos político-territoriais vinculados ao setor de saúde. Não se trata aqui de um paraíso regional, de um mundo de sonhos e fantasias, até porque é prenhe de conflitos, de embates, de jogo de interesse e de desafios antigos e atuais de diversas ordens.

Trata-se, na realidade, de novas possibilidades governativas do território que foram abertas e que devem ser aproveitadas, incorporadas e ajustadas por agentes e atores da Bahia no exercício cotidiano da política. Isso porque, paralela a esta “nova vida regional” convive outra, a “velha vida regional” com históricas injustiças sociais e territoriais que ainda não foram dissolvidas. Ou seja, é uma espécie de “universo regional paralelo” no qual justiça e injustiça coexistem e caminham juntas, mas com grande vantagem para a última.

Em meio aos ajustes e às adaptações já propostos e que precisam ser inseridos nos arranjos institucionais e político-territoriais, soma-se aqui mais dois com o objetivo de enfrentar este universo paralelo: em primeiro lugar, é necessário que haja o alargamento das cooperações horizontais, no moldes apresentados por Abrucio (2010) e Grin e Abrucio (2018), através da inserção de outros setores, de outras políticas públicas, e da conexão entre eles e o território, objetivando a intersetorialidade dentro das regiões. Ou seja, de forma planejada e coordenada pelo Estado, buscar-se-ia a integração entre as diversas políticas públicas e programas na qual a de saúde seria a referência, o ponto de partida experiencial; paralelo a isso é necessário, em segundo lugar, inserir a participação social nos fóruns de decisão e ação, inclusive nas atuais Comissões Intergestores Regionais (CIR) e nos Consórcios de Saúde, até porque é inexistente até o momento. A presença de mais atores sociais alarga a governança e cimenta a coesão regional em torno de interesses comuns.

É difícil prever se estes ajustes e adaptações serão incrementados nas políticas públicas e se os resultados serão positivos. No entanto, há uma ambiência institucional favorável nesse sentido e há a incorporação desses arranjos institucionais e político-territoriais na vida cotidiana da população das regiões de saúde. Com essa força de inércia institucional e político-territorial, os arranjos tendem muito mais a serem fortalecidos e ampliados do que dissolvidos.

Resta-nos agora o aprofundamento analítico de cada uma destes arranjos e das regionalizações, o acompanhamento empírico das recentes camadas territoriais e a realização de pesquisas comparativas sobre as temáticas que vêm sendo adotadas em outras unidades federativas do Brasil.

Referências

- ABRUCIO, F (2010). Coordenação e cooperação no federalismo brasileiro: avanços e desafios. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Estados, instituições e democracia: república. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, livro 9, v. 1, p. 177-212. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5802-livro09estadoinstituicoesedemocraciavol1.pdf>>. Acesso em: 09 dez, 2021.
- ABRUCIO, Fernando Luiz; SANO, Hironobu (2013). O Federalismo Brasileiro e o Associativismo Territorial: um mapa da situação atual. In: GARCIA, Luciana de Oliveira; OLIVEIRA, Nelcilândia Pereira; ANTERO, Samuel A. (Orgs.). Associativismo Intergovernamental: experiências brasileiras. Fundação Instituto para o Fortalecimento das Capacidades Institucionais – IFCI/Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento – AECID/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG/Editora IABS, Brasília-DF, Brasil, p. 91 a 135. Disponível em: <<https://www.terrabrasil.org.br/ecotecadigital/images/abook/pdf/1sem2015/fevereiro/Fev.15.12.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2021.
- ACEMOGLU, D; ROBINSON, J (2022). Por que as nações fracassam: as origens do poder, da prosperidade e da pobreza. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca.
- ALBUQUERQUE, M. V *et al.* (2018). Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 23, p. 3151-3161. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/yH7nBfShn6BVnJKWQBtbQMp/?lang=pt>>. Acesso em: 25 de nov. 2020.
- AMIN, A. (1999). An institutionalist perspective on regional economic development. *International journal of urban and regional research*, 23, no. 2, pp. 365-378.
- AMIN, A.; THRIFT, N. (1994). *Globalization, institutions, and regional development in Europe*. Oxford: Oxford University Press.
- ARAÚJO, J.; FERREIRA, E. S. M.; NERY, G. C (1973). Regionalização dos serviços de saúde pública: a experiência do Estado da Bahia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 1-19.
- ÁVILA, H. D. D (2013). *A construção do SUS na Bahia: uma história da sua implementação – 1986 a 2006*. 238 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), Universidade Federal da Bahia.
- BAHIA (2019). Governo do Estado da Bahia. Secretaria da Saúde. *Consórcios de Saúde da Bahia*. Salvador. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/consorcios>> Acesso em: 10 abril. 2020
- BAREMBLITT, G (1998). *Compêndio de análise institucional e outras correntes*. 4a ed. Rio de Janeiro: Record: Rosas dos Tempos.
- BENKO, G (1996). *Economia, espaço e globalização na aurora do século XXI*. São Paulo: Hucitec.
- CASTRO, I. E. (2003). Instituições e cidadania no território nordestino. In: *Encontro Estadual de Estudantes de Geografia do Ceará*, XVI, 2003. Limoeiro do Norte. Resumos... Limoeiro do Norte, p. 1-12.
- CASTRO, I. E (2005). *Geografia e Política: território, escalas de ação e instituições*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- FERRÃO, J. (2014). *O ordenamento do território como política pública*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- FIANI, R. (2013). Arranjos institucionais e desenvolvimento: o papel da coordenação em estruturas híbridas. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1.815). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/971/1/TD_1815.pdf. Acesso em: 10 de jul.
- FONSECA, A. A. M (2006). *Instituição e desenvolvimento territorial: a desempenho municipal após a descentralização*. Feira de Santana: UEFS.
- FONSECA, A. A. M (2020). Localismo, desempenho institucional e (in)justiça territorial. *Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía*, v. 29, p. 473-492, 2020. Disponível em: <<https://revistas.unal.edu.co/index.php/rcg/article/view/77242>>. Acesso em: 15 nov. 2021.
- FONSECA, A. A. M.; RODRIGUES (2021), J. N. Trajetória institucional e governança no Sistema Único de Saúde (SUS): uma abordagem político-territorial. In: OLIVEIRA, M. P; HAESBAERT, R; RODRIGUES,

- J. N. *Ordenamento Territorial urbano-regional: territórios e políticas*. 1ed. Rio de Janeiro: Consequência, v. 01, p. 199-226
- FONSECA, A. A. M; VIEIRA, V. S (2008). Os impactos das inovações Institucionais no processo de Promoção Econômica: o Marketing Territorial no Município de Luís Eduardo Magalhães/Bahia. *Geografia*, Rio Claro, v. 33, p. 351-364.
- FONSECA, A. A. M; SILVA, O. R (2010). O processo de emancipação municipal e o desempenho institucional dos municípios baianos de Barrocas e Luís Eduardo Magalhães. In: MENEZES, A. M. F.; CAMPOS, M. F. H.; CAVALCANTI, V. R. S. (Org.). *Políticas Públicas e desenvolvimento regional: múltiplos olhares*. 1ed. Salvador: EDUNEB, v. 1, p. 149-179.
- GAUDENZI, T. F. B (1979). Proposta de regionalização dos serviços de saúde no Estado da Bahia. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, 6 (1/4), 7 - 40, jan/dez.
- GOMES, P. C. C (2002). *A condição urbana*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- GOTTMANN, J (1996). *Essais sur l'aménagement de l'espace habité*. Paris: Mouton.
- GRIN, E. J; ABRUCIO, F. L (2018). Quando nem todas as rotas de cooperação intergovernamental levam ao mesmo caminho: arranjos federativos no Brasil para promover capacidades estatais municipais. *Rev. Serv. Público*, n. 69, edição especial Repensando o Estado Brasileiro, p. 85-122, dez. Disponível em: https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/21321/1/FC_Quando%20nem%20todas%20as%20rotas%20de%20coopera%3%a7%3%a3o%20intergovernamental%20levam%20ao%20mesmo%20caminho_215304.pdf. Acesso em: 17 nov. 2021.
- GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa (1983). *Os impasses da modernização em saúde: o caso da regionalização*. 1983. 180 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) -Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- HALL, A; TAYLOR, R. C. R (1996). political Science and the three new institutionalisms. *Political Science*, v. 44, n. 5, p. 936-957, dec.
- LIMA, I (2019). Pensar a governança territorial: entre a extensão e a compreensão do conceito. In: DINIZ, M. B.; BARBOSA, J. (orgs.). *Governança territorial na Amazônia: possibilidades e desafios em uma agenda democrática*. Belém: Paka-Tatu, p. 19-40.
- LOTTA, Gabriela; FAVARETO, Arilson (2016). Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. *Rev. Sociol. Polit.*, v. 24, n. 57, p. 49-65, mar. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsocp/a/6PNRfxxr9CBqBMBHK58b6Hx/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 mar.
- LUI, L; SCHABBACH, L. M; NORA, C. R. D (2020). Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais. *Ciência @ Saúde Coletiva*, v. 25, n. 12, p. 5065-5074. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/SwygWF8DTW4DsfzK4mdtzkw/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 10 de abr. 2020
- MOLESINI, J. A. *et al* (2010). Programação pactuada integrada e gestão compartilhada do SUS. *Revista baiana de Saúde Pública*, v.34, n.3, p.623-638, jul./set.
- MOLESINI, J. A. O (2011). *Reforma sanitária na Bahia: um lugar na história*. 2011. 268 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.
- MOLESINI, J. A. MATTOS, O; H. N. R (2016). Regionalização do Sistema Único de Saúde da Bahia. *Bahia Anál. Dados*, Salvador, v. 26, n. 2, p. 287-307, jul./dez.
- NETO, P. F. D (2000). Caminhos e atalhos: autonomia política, governabilidade e governança em Salvador. In: IVO, A. (Org.). *O poder da cidade: limites da governança urbana*. Salvador: EDUFBA, p. 51-83.
- NUNES, J; SANFELICI, D (2018). Ambiente institucional e diversidade territorial: considerações para uma agenda de pesquisa. *GEOgraphia*, vol. 20, n. 44, p. 18 - 35, set./dez. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/geographia/article/view/27555>>. Acesso em: 25 abr. 2021.
- NORTH, D. (1990). *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge. Cambridge University Press.
- OLIVEIRA, A. M (1951). O Estado da Bahia e sua futura capital. *Revista Brasileira de Municípios*, v. 4, n. 15, p. 359-361, jul./set.

- O'NEILL, M. M. V. C (2004). *As bases territoriais institucionais: novas configurações no espaço nordestino*. Tese de Doutorado. 2004. 295 f. Programa de Pós Graduação Geografia). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- PAIM, J. S (1989). A gestão do SUDS no Estado da Bahia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 365-375, out./dez.
- PUTNAM, R. D (1996). *Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: fundação Getúlio Vargas
- REIS, J (2007). *Ensaio de economia impura*. Coimbra: Edições Almedina.
- RODRIGUES, J. N.; MOSCARELLI, F (2015) Os desafios do pacto federativo e da gestão territorial compartilhada na condução das políticas públicas brasileiras. *GeoTextos*, v. 11, n. 1, p. 139-166, jul. 2015.
- SANTOS, A. M (2018). *Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado*. Salvador: EDUFBA.
- SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M (2017). A. Processo de regionalização da saúde na Bahia: aspectos político-institucionais e modelagem dos territórios sanitários. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*, v. 13, n. 2, p. 400-422, mai-ago. Disponível: <<https://www.rbgdr.net/revista/index.php/rbgdr/article/view/3002/618>>. Acesso em: 26 abr. 2020
- SANTOS, A. M; GIOVANELLA, L (2014). Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista Saúde Pública*, v. 48, n. 4, p. 622-631. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/fPbZYg5dFrmkHdLTDgrbpzm/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- SANTOS, A. M; SANTOS, F. R. F; PAIVA, J. A. C (2020). Processo de regionalização na Bahia, Brasil: desafios para inovação organizacional. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*; 19. Disponível em: <<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.prbb>>. Acesso em: 15 abr, 2021
- SANTOS, M (1956). O papel metropolitano da cidade do Salvador. *Revista Brasileira de Municípios*, n. 35/36, p. 185-190, jul./dez.
- SANTOS, M (1958). Zonas de influência comercial no Estado da Bahia. In: SANTOS, M; TRICART, J. *Estudo da Geografia da Bahia*. Salvador: UFBA, p. 27-50
- SANTOS, M (1959). Salvador e o deserto. *Revista Brasileira de Municípios*, v. 12, n. 47/48, p. 127-128, jul./dez.
- SANTOS, M. H. C (1997). Governabilidade, Governança e Capacidades Governativas: algumas notas. Brasília: MARE/ENAP.
- SILVA, S. C. B. M; FONSECA, A. A. M (2008). Políticas Territoriais de Integração e Fortalecimento Urbano e Regional para o Estado da Bahia. *RDE. Revista de Desenvolvimento Econômico*, v. 17, p. 15-17.
- SILVA, S. B. M; SILVA, B. C.N; SILVA, M. P (2014). A Região Metropolitana de Salvador na rede urbana brasileira e sua configuração interna. *Scripta Nova*, v. XVIII, n. 479, p. 1 - 15, jun. Disponível em: <A Região Metropolitana de Salvador na rede urbana brasileira e sua configuração interna (ub.edu)>. Acesso: 26 de mai. 2022.
- SOARES, D (1973). Proposição de regionalização administrativa para o Estado da Bahia. In: BAHIA. *Projeto de regionalização administrativa para o Estado da Bahia*. Salvador: Secretaria do Planejamento, Ciência e Tecnologia, v. 1, p. 79 a 99.
- STORPER, M (1990). A industrialização e a questão regional no Terceiro Mundo. In: VALLADARES, L; PRETECEILLE, E. (Org.). *Reestruturação urbana: tendências e desafios*. São Paulo: Nobel/IUPERJ, p. 120-147.
- STORPER, M (1994a). Territorialização numa economia global. Possibilidades de desenvolvimento tecnológico, comercial e regional em economias subdesenvolvidas. In: LAVINAS, L. et al. (Org.). *Integração, região e regionalismo*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, p. 13-26
- STORPER, M (1994b). Desenvolvimento territorial na economia global do aprendizado: o desafio dos países em desenvolvimento. In: RIBEIRO, L. C. Q; JUNIOR, O. A. S. *Globalização, fragmentação e reforma urbana: o futuro das cidades brasileiras em crise*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p. 23-64.
- STORPER, M. (1997). *The regional world*. New York: The Guilford Press.

- TEIXEIRA, C. F. et al (1993). O Contexto Político-Administrativo da Implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 79-84, jan/mar
- THÉRET, B (2000). Institutions et institutionalismes. Vers une convergence de conceptions de l'institution? In: TALLARD, M. et al. (Dir.). *Inovations institutionnelles et territoires*. Paris: L'Harmattan.
- VASCONCELOS, P. A (2020). *O universo conceitual de Milton Santos*. Curitiba: CRV.
- XAVIER, E. A; SILVA, S. C. B. M (1973). Análise das proposições precedentes de regionalização na Bahia. In: *BAHIA. Projeto de regionalização administrativa para o Estado da Bahia*. Salvador: Secretaria do Planejamento, Ciência e Tecnologia, v. 1, p. 11 a 51.