



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA

LAIANE DA PAIXÃO SILVA

A “MACRORREGIÃO” INTERESTADUAL DE SAÚDE DO VALE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO: UMA ABORDAGEM INSTITUCIONAL E POLÍTICO-TERRITORIAL

SALVADOR

2025

LAIANE DA PAIXÃO SILVA

A “MACRORREGIÃO” INTERESTADUAL DE SAÚDE DO VALE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO: UMA ABORDAGEM INSTITUCIONAL E POLÍTICO-TERRITORIAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Instituto de Geociências da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharela em Geografia.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Angelo Martins da Fonseca

SALVADOR

2025

LAIANE DA PAIXÃO SILVA

A 'MACRORREGIÃO' INTERESTADUAL DE SAÚDE DO VALE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO: UMA ABORDAGEM INSTITUCIONAL E POLÍTICO-TERRITORIAL.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Geografia da Universidade Federal da Bahia como pré-requisito para a obtenção do Título de Bacharel em Geografia pela seguinte banca examinadora:

Documento assinado digitalmente
 ANTONIO ANGELO MARTINS DA FONSECA
Data: 05/02/2025 09:33:28-0300
Verifique em <https://validar.i5.gov.br>

Prof. Dr. Antonio Angelo Martins da Fonseca
Orientador – UFBA

Documento assinado digitalmente
 ALCIDES DOS SANTOS CALDAS
Data: 05/02/2025 09:33:40-0300
Verifique em <https://validar.i5.gov.br>

Prof. Dr. Alcides dos Santos Caldas
UFBA

Documento assinado digitalmente
 ERON BISPO DE SOUZA
Data: 08/02/2025 16:55:15-0300
Verifique em <https://validar.i5.gov.br>

ME. Eron Bispo de Souza
UFBA

As águas sempre estão em movimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, Roque e Laise, que me permitiram crescer sabendo o preço de escolher, enquanto me amam e apoiam incondicionalmente.

À Dona Dengo, que partiu analfabeta, mas me ensinou que a educação vai muito além das instituições. É também para ela e para Seu Vicente que dedico minhas maiores saudades.

À Tia Gilda, que abriu as portas da Universidade Pública para minha família paterna e se tornou uma grande pesquisadora.

Agradeço também à Tia Dil, que me ama como uma filha e tantas vezes me abrigou em seus aposentos quando precisei ir para São Paulo atrás do meu sonho.

Não poderia deixar de citar os meus orixás: Osun, Nla e Ogun, que me ergueram tantas vezes que desisti de mim.

Agradeço, ainda, ao meu orientador, Prof. Dr. Angelo Fonseca, que sempre busca o melhor em mim. Sou agraciada pela família do Grupo de Pesquisa Dinâmica dos Territórios – DIT, esta que me recebeu de braços abertos.

Na margem do São Francisco, nasceu a beleza
E a natureza ela conservou
Jesus abençoou com sua mão divina
Pra não morrer de saudade, vou voltar pra Petrolina
Jesus abençoou com sua mão divina
Pra não morrer de saudade, vou voltar pra Petrolina

Do outro lado do rio tem uma cidade
Que em minha mocidade eu visitava todo dia
Atravessava a ponte ai que alegria
Chegava em Juazeiro, Juazeiro da Bahia
Atravessava a ponte ai que alegria
Chegava em Juazeiro, Juazeiro da Bahia

VALENÇA, Alceu. *Juazeiro-Petrolina*. [Faixa 3]. *Cavalo de Pau*. Sony Music, 1982.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Sistematização dos principais fatos até a formação da agenda de implementação.....	32
Figura 2. Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco.....	37
Figura 3. Configuração espacial.....	44
Figura 4. Macrorregião de Saúde Norte (BA).....	45
Figura 5. Macrorregião de Vale do São Francisco e Araripe.....	46
Figura 6. População (2022).....	47
Figura 7. Tipologia Municipal.....	49
Figura 8. Evolução Quantitativa dos Estabelecimentos de Saúde na Macro Norte (BA).....	53
Figura 9. Evolução Quantitativa dos Estabelecimentos de Saúde no Macro Vale Médio do São Francisco e Araripe (PE).....	54
Figura 10. Malha Rodoviária e Disposição de Hospitais.....	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. As Regras Institucionais de Regionalização e as Respectivas Definições de Região – 2001 a 2011.....	22
Quadro 2. Níveis de atenção estabelecidos pelo Pacto pela Saúde (2006).....	33
Quadro 3. Organização Regional da MIS.....	34
Quadro 4. Descrição das etapas presenciais.....	38
Quadro 5. Matriz conceitual para a tipologia municipal rural-urbana.....	50
Quadro 6. Estabelecimentos.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÔNIMOS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ANA – Agência Nacional de Águas

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIR – Conselho Intergestores Regionais de Saúde

COSEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CRIE – Comissão de Co-Gestão da Região Interestadual de Saúde

CRIL – Central de Regulação Interestadual de Leitos

DIT – Grupo de Pesquisa Dinâmica dos Territórios

EAS – Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

EPS – Educação Permanente em Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MIS – Macrorregião Interestadual de Saúde

MP – Ministério Público

MS – Ministério da Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PDI – Plano Diretor de Investimento

PES– Plano Estadual de Saúde

PPI – Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde

QGIS – Sistema de Informação Geográfica de Código Aberto

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SADT – Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

SUS – Sistema Único de Saúde

TFD – Tratamento Fora do Domicílio

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UNIVASF – Universidade Federal do Vale do São Francisco

RESUMO

A regionalização da saúde no Brasil é uma estratégia essencial para garantir o acesso equitativo aos serviços e reduzir desigualdades dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, sua implementação interestadual enfrenta desafios estruturais e administrativos, especialmente no que se refere à governança e à articulação entre diferentes esferas de governo. Nesse contexto, a Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco (MIS), formada pelos estados da Bahia e Pernambuco, destaca-se como um modelo inovador de cooperação federativa. Este estudo investiga sua criação, desenvolvimento e governança, analisando os impactos na organização dos serviços de saúde e os desafios enfrentados em sua consolidação. A pesquisa adota uma abordagem institucional e político-territorial, utilizando métodos quali-quantitativos, com levantamento bibliográfico, análise de documentos institucionais e produção cartográfica. A metodologia incluiu a consulta a repositórios acadêmicos, legislações e planos estaduais de saúde, além da elaboração de mapas que possibilitam uma melhor compreensão da estrutura territorial da MIS e da distribuição dos serviços de saúde na região. Os resultados indicam que a MIS representa um avanço significativo na regionalização da saúde, pois fortalece a cooperação interestadual e aprimora a distribuição de serviços, especialmente os de média e alta complexidade. A formalização da Rede PEBA, precursora da macrorregião, consolidou mecanismos importantes de governança, como a Comissão de Co-Gestão da Região Interestadual de Saúde (CRIE) e a Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL). Essas estruturas foram essenciais para organizar os fluxos de atendimento, garantindo maior eficiência no encaminhamento de pacientes e na alocação de recursos.

Palavras-chave: Instituição; Regionalização; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Health regionalization in Brazil is a key strategy to ensure equitable access to services and reduce inequalities within the Unified Health System (SUS). However, its interstate implementation faces structural and administrative challenges, particularly regarding governance and coordination between different levels of government. In this context, the Interstate Health Macroregion of Vale do Médio São Francisco (MIS), formed between the states of Bahia and Pernambuco, stands out as an innovative model of federative cooperation. This study investigates its creation, development, and governance, analyzing its impacts on the organization of health services and the challenges faced in its consolidation. The research adopts an institutional and political-territorial approach, employing both qualitative and quantitative methods, including bibliographic research, institutional document analysis, and cartographic production. The methodology involved consulting academic repositories, legislation, and state health plans, as well as developing maps to enhance the understanding of the MIS territorial structure and the distribution of health services in the region. The results indicate that MIS represents a significant advancement in health regionalization by strengthening interstate cooperation and improving the distribution of services, particularly in medium- and high-complexity care. The formalization of the Rede PEBA, a precursor to the macroregion, established key governance mechanisms, such as the Interstate Health Region Co-Management Commission (CRIE) and the Interstate Bed Regulation Center (CRIL). These structures have been essential for organizing patient flow and ensuring greater efficiency in referrals and resource allocation.

Keywords: Institution; Regionalization; Unified Health System (SUS).

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
OBJETIVOS.....	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
METODOLOGIA.....	14
CAPÍTULO 1. ABORDAGEM INSTITUCIONAL E POLÍTICO-TERRITORIAL APLICADA A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	19
TRAJETÓRIA DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL.....	19
ABORDAGENS INSTITUCIONAL E POLÍTICO-TERRITORIAL.....	25
O ARREMATE.....	28
CAPÍTULO 2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO E GOVERNANÇA TERRITORIAL DA MACRORREGIÃO INTERESTADUAL DE SAÚDE DO VALE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO.....	30
HISTÓRICO DA CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO.....	31
A GOVERNANÇA REGIONAL E A MACRORREGIÃO INTERESTADUAL DE SAÚDE... 36	
A MACRORREGIÃO INTERESTADUAL DE SAÚDE NOS PLANOS ESTADUAIS ATUAIS DOS ESTADOS CIRCUNSCRITOS.....	40
CAPÍTULO 3. A CARACTERIZAÇÃO GEOGRÁFICA DA MIS.....	42
3. 1. PRECEDENTE HISTÓRICO.....	42
3.2. DESCRIÇÃO TERRITORIAL.....	43
3.2.1. Limites e Configuração Espacial.....	44
3.2.2. Distribuição Populacional.....	46
3.3. TIPOLOGIA MUNICIPAL.....	48
3.4. INFRAESTRUTURA DE SAÚDE.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS.....	58

INTRODUÇÃO

A regionalização da saúde no Brasil é uma das estratégias fundamentais para promover o acesso equitativo aos serviços de saúde e reduzir as desigualdades territoriais. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a formação de macrorregiões interestaduais, como a Macrorregião Interestadual de Saúde Do Vale Do Médio São Francisco, anteriormente denominada Rede PEBA (Pernambuco-Bahia), apresenta desafios e oportunidades únicas. A governança territorial e a articulação institucional são aspectos centrais para a consolidação dessa macrorregião, especialmente considerando suas peculiaridades geográficas, socioeconômicas e políticas.

A análise da MIS é relevante devido à sua complexidade territorial e à importância estratégica para o SUS. A articulação entre estados e municípios é essencial para garantir a resolutividade dos serviços e minimizar os impactos das desigualdades regionais. Essa pesquisa também contribui para o entendimento de processos de governança territorial em regiões interestaduais e pode subsidiar políticas públicas mais eficientes.

Embora a regionalização da saúde no Brasil seja um princípio organizativo do SUS, a implementação interestadual ainda enfrenta desafios relacionados à governança, integração de fluxos e disparidades regionais. Nesse contexto, a MIS representa uma experiência inovadora, mas pouco estudada em termos de eficácia institucional e territorial, o que nos leva às seguintes questões:

- Como nasceu e se desenvolveu a instituição político-territorial denominada Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco?
- Como ocorre a governança territorial nesta região?

Dito isto, o presente estudo está organizado da seguinte forma:

- O primeiro capítulo aborda a perspectiva institucional e político-territorial aplicada à regionalização da saúde, explorando teorias sobre institucionalização e governança, além de conceitos e definições fundamentais. O capítulo também apresenta a trajetória das

normas e decretos institucionais fundamentais para o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde atual;

- O segundo capítulo apresenta o histórico de criação e desenvolvimento da Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco e sua estrutura e organização;
- O terceiro capítulo traz uma caracterização geográfica da MIS.

Por fim, as considerações finais refletirão sobre os principais achados e suas implicações, seguidas das referências.

OBJETIVOS

O estudo busca identificar a gênese e o desenvolvimento institucional da Macrorregião Interestadual do Vale do Médio São Francisco, pactuada entre os estados da Bahia e Pernambuco, a partir de uma abordagem institucional e político-territorial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para alcançar esse objetivo geral, os objetivos específicos incluem:

1. Caracterizar geograficamente a Macrorregião Interestadual do Vale do Médio São Francisco,
2. Identificar os agentes e atores responsáveis pela criação da macrorregião;
3. Analisar a governança territorial entre os municípios adscritos.

METODOLOGIA

O estudo adotará o método indutivo, com procedimentos históricos e observacionais e uma abordagem quali-quantitativa. Fundamentado nesta linha de reflexão, os procedimentos metodológicos adotados nesta pesquisa envolvem:

- 1. Levantamentos bibliográficos em diversas fontes**

Para compreender a implantação e a trajetória institucional da Macrorregião Interestadual do Vale do Médio São Francisco e seus antecedentes em cada estado, foram consultadas palavras-chave como "regionalização da saúde", "Geografia da Saúde" e "Sistema Único de Saúde" nos seguintes bancos de teses e repositórios: CAPES, Scielo e UFBA. Essa busca visava encontrar publicações relacionadas à temática, em forma de artigo em livros, em sites e em outras fontes.

- Revistas especializadas de Geografia e, especificamente, de Geografia da Saúde, como a Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde - Hygeia. A revista Hygeia é uma publicação física e eletrônica vinculada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Seu foco é a divulgação da produção acadêmica e científica relacionada à Geografia médica e da saúde.
- Site da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), devido à sua importância para o estabelecimento do campo da saúde coletiva no Brasil e sua luta pelo acesso democrático e institucionalmente garantido à saúde. A ABRASCO realiza análises e/ou melhorias de políticas, formação de cidadãos e organizações, fomento à participação cidadã, defesa de direitos, melhoria de eficiência do Estado e mobilização da sociedade, de acordo com informações do portal da Controladoria-Geral da União (2023).
- Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). O COSEMS é um colegiado vinculado às Secretarias Municipais de Saúde, composto pelos gestores municipais de saúde de cada estado do país. O CONASEMS é reconhecido por instâncias federais e tem como finalidade auxiliar os municípios na formulação de estratégias voltadas ao aperfeiçoamento de seus sistemas de saúde, por meio do intercâmbio de informações e da cooperação técnica (CONASEMS, 2023).

- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), uma organização privada sem fins lucrativos que reúne os Secretários de Estado da Saúde e seus substitutos legais. Esses secretários são responsáveis pela gestão oficial das Secretarias de Saúde nos estados e no Distrito Federal. O Conass foi importante para o levantamento das informações principais do trabalho, pois consultou-se seu acervo que continha os Planos Estaduais de Saúde mais recentes disponibilizados por cada unidade federativa, especialmente aqueles não encontrados nas Secretarias Estaduais de Saúde.
- O Observatório Baiano de Regionalização foi de suma importância, pois fornece informações completas sobre os municípios baianos e suas respectivas regiões e macrorregiões. Trata-se de um site oficial que reúne importantes informações sobre a organização territorial e a gestão da saúde no estado da Bahia.

2. Procedimentos cartográficos

As informações antes de transformadas em mapas, foram organizadas e tabuladas, formando planilhas, contendo a quantidade e a nomenclatura de cada microrregião, região e macrorregião, com os municípios correspondentes a cada estado. Para realizar o mapeamento das diversas regionalizações adotadas, foi necessário aperfeiçoar a cartografia por meio de cursos e orientações para o uso do software livre QGIS. As informações coletadas anteriormente de cada unidade federativa foram convertidas em *shapefiles* das diversas divisões regionais existentes no território brasileiro, encontrados no site oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e em outros portais públicos, como o da Agência Nacional das Águas (ANA). Os *shapes* de cada unidade federativa, juntamente com sua malha municipal, foram baixados e tornados editáveis. Em suas tabelas de atributos, foram adicionadas informações sobre a organização da saúde em cada estado por meio da criação de novos campos, como "REGIAO_SAU", "MACROREG" e "MICROREG". Após a incorporação dos dados necessários, as feições correspondentes a cada microrregião, região e macrorregião foram selecionadas por meio de equações e mescladas utilizando comandos, formando assim a divisão regional da saúde de cada estado. O mapa final foi composto pela junção de cada um dos *shapes* estaduais para permitir análises mais minuciosas, não apenas em escalas macro.

3. Levantamento de informações e dados sobre os equipamentos de saúde na página do DataSUS, no novo censo do IBGE e nas páginas das secretarias de saúde

Os dados levantados foram extraídos principalmente do SIDRA, Sistema IBGE de Recuperação Automática, que é um banco de tabelas estatísticas que disponibiliza informações de variadas pesquisas realizadas pelo órgão, inclusive o Censo. Elencaram-se os dados disponíveis até a presente data de entrega do relatório, sendo eles: de população, densidade demográfica e taxa de crescimento geométrico. O DataSUS é o departamento de informática do Sistema Único de Saúde, que, segundo o site oficial, tem o objetivo de disponibilizar informações que podem apoiar análises respaldadas na condição sanitária, embasar decisões fundamentadas em evidências e auxiliar no desenvolvimento de programas de ações em saúde, nele, foram extraídas informações quantitativas e qualitativas referentes aos estabelecimentos de saúde da macrorregião.

4. Leitura, sistematização e interpretação dos resultados

De posse de todo o material (levantamento bibliográfico e procedimentos cartográficos) a etapa seguinte foi a de realizar a sistematização e leitura de normas, decretos e reformas institucionais que modificaram e reajustaram a implantação e adaptação do SUS em território nacional. Entre as regras institucionais e decretos mais importantes para a pesquisa estão as Normas Operacionais Básicas (NOBs), as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), o Pacto pela Saúde e o Decreto 7.508 de 2011. Os termos "região" e "regionalização" foram destacados em cada um desses documentos para identificar as mudanças ao longo do tempo e as incongruências no processo adotado posteriormente nos Planos Diretores de Regionalização das unidades federativas.

Consultas em sites como o do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde foram realizadas para obter as normativas instituídas pelos governos federal e estaduais durante a trajetória das regionalizações do SUS. Além disso, foram analisados os Planos Diretores de Saúde de cada estado, pois esses documentos contêm informações sobre normativas e conceitos.

Os Planos Estaduais de Saúde mais recentes encontrados foram selecionados e analisados para compreender a justificativa de cada regionalização adotada.

CAPÍTULO 1. ABORDAGEM INSTITUCIONAL E POLÍTICO-TERRITORIAL APLICADA A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

O capítulo busca compreender como a abordagem institucional e político-territorial influencia os processos de regionalização da saúde no Brasil. O objetivo central é analisar as relações entre as instituições e o território na construção e implementação da regionalização da saúde, identificando como essas dimensões contribuem para alcançar os princípios organizativos do SUS.

O tema é relevante para os estudos em saúde, geografia e políticas públicas, pois aborda um dos maiores desafios da política de saúde no Brasil: a superação das desigualdades regionais e a construção de um sistema eficiente e equitativo. Além disso, compreender as influências institucionais e territoriais pode contribuir para o aperfeiçoamento das estratégias de regionalização e subsidiar o planejamento de políticas públicas mais inclusivas.

Fundamentado nesta linha de reflexão, os procedimentos metodológicos adotados neste capítulo envolvem o levantamento bibliográfico sobre as temáticas (dissertações, teses, artigos científicos) e a análise das normativas publicadas pelo Ministério da Saúde durante o período. Destaca-se também, a identificação e análise do processo de institucionalização da Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio Rio São Francisco.

Este capítulo está organizado em três seções principais, além desta introdução. A primeira seção apresenta a trajetória institucional do SUS, através das normas e decretos. A segunda seção aborda a relação institucional e político-territorial. A terceira seção apresenta as considerações finais, sintetizando e abordando a importância da discussão para o desenvolvimento das políticas de saúde.

TRAJETÓRIA DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

A descentralização política e territorial promovida pela Constituição Federal de 1988 foi um marco na reorganização do sistema de saúde brasileiro, ao transferir aos municípios a responsabilidade pela gestão dos serviços. Esse processo, conhecido como localismo, atribuiu aos municípios um papel central na organização e gestão territorial (FONSECA, 2006; 2013).

Contudo, apesar do avanço, intensificou desigualdades devido às disparidades técnicas, administrativas e infraestruturais, além de estimular a competição por recursos federais.

Fonseca e Rodrigues (2021) destacam que, isoladamente, os municípios não conseguiam atender às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS), o que levou à concepção da regionalização como estratégia integrada de gestão. Institucionalizada pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001/02), a regionalização visou distribuir serviços de maneira equitativa e reduzir desigualdades regionais, alinhando os princípios do SUS — universalidade, integralidade e equidade — às condições demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas de cada área.

A implementação da regionalização reflete a interdependência entre instituições e território, dimensões que influenciam diretamente a eficácia das políticas públicas de saúde. A trajetória do SUS ilustra como as escolhas institucionais moldaram o sistema atual. Antes de sua criação, sob a gestão do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), apenas trabalhadores formais e seus dependentes tinham acesso aos serviços, excluindo grande parte da população. Na década de 1980, cerca de 45% dos brasileiros estavam desassistidos, recorrendo a alternativas privadas ou filantrópicas, muitas vezes inacessíveis (Fonseca, 2006). Esse cenário resultou em altas taxas de mortalidade e morbidade, sobretudo entre os mais vulneráveis.

Com a criação do SUS, princípios como universalidade, equidade e integralidade passaram a ser assegurados constitucionalmente (Artigo 196). No entanto, a descentralização expôs desigualdades estruturais, especialmente em pequenos municípios do Norte e Nordeste, que enfrentaram desafios técnicos e financeiros para implementar o sistema (FONSECA e RODRIGUES, 2021).

Nesse cenário, a regionalização surgiu como solução para os limites do localismo. A NOAS 2001/02 estabeleceu diretrizes para o planejamento integrado e a distribuição equitativa dos serviços de saúde. Apesar dos avanços, sua implementação enfrentou obstáculos, como a competição por recursos e a ausência de infraestrutura institucional adequada em muitas regiões. Como observa Castro (2003), a distribuição desigual de recursos e instituições no território

brasileiro compromete o acesso igualitário aos direitos sociais, tornando a cidadania um fenômeno territorialmente desigual.

A análise da regionalização da saúde no Brasil revela um processo complexo, influenciado por contextos históricos, institucionais e territoriais, que moldaram o Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua concepção. Este sistema, fundado sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade, enfrenta desafios intrínsecos ao seu desenvolvimento, decorrentes das desigualdades regionais e da fragmentação administrativa inerentes à organização político-territorial do país.

O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil teve um marco decisivo na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que consolidou os princípios da Reforma Sanitária. A Constituição Federal de 1988 transformou essas ideias em direito constitucional, estabelecendo o SUS como modelo integrado e descentralizado. No entanto, a implementação inicial nos anos 1990 ocorreu em um contexto de globalização neoliberal, que acentuou desigualdades econômicas e sociais. Conforme Albuquerque (2013), as políticas neoliberais aumentaram as dificuldades para estados e municípios na gestão de serviços de saúde, comprometendo a equidade no acesso e dificultando o fortalecimento do SUS.

A estruturação do SUS foi amplamente influenciada pela abordagem municipalista, que conferiu aos municípios um papel central na prestação de serviços de saúde. Embora isso tenha promovido avanços na descentralização, resultou em disparidades significativas, especialmente na oferta de serviços de média e alta complexidade, refletindo desigualdades econômicas e institucionais entre diferentes regiões (Fonseca e Rodrigues, 2021). A regionalização emergiu como resposta a esses desafios, buscando reorganizar a gestão e ampliar o acesso aos serviços.

No quadro 1 é possível identificar que desde 2001 a regionalização passou a fazer parte das estratégias de expansão e organização do SUS, superando a fase localista (municipalista) que pautou as estratégias do referido sistema de saúde durante a década de 1990. Trata-se de uma estratégia político-institucional e espacial que objetiva estimular os laços de cooperação e

coordenação federativa (local, regional, estadual e nacional) e de governança regional, na qual os Conselhos Intergestores Regionais de Saúde (CIR) exercem importância central.

Quadro 1. As Regras Institucionais de Regionalização e as Respectivas Definições de Região – 2001 a 2011

	NOAS 01/2001	NOAS 02/2002	Pacto pela Saúde (2006)	Decreto 7.508/11
Regionalização	"[...] estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade."	"[...] estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade."	"[...] uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. "	
Instrumentos	Plano Diretor de Regionalização – PDR e o Plano Diretor de Investimento – PDI	Plano Diretor de Regionalização – PDR e o Plano Diretor de Investimento – PDI	Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI	Região de Saúde, Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, Portas de Entrada, Comissões Intergestores, Mapa da Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Serviços Especiais de Acesso Aberto e Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica.
PDR	"[...] instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. Cabe às Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, sua submissão à aprovação	"[...] instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção."	"[...] deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos."	

	da Comissão Intergestores Bipartite - CIB e do Conselho Estadual de Saúde – CES e o encaminhamento ao Ministério da Saúde."			
Região	"base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais."	"base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais."	"[...]são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território."	"[...]espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. [...] instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30."

Elaboração: Laiane Paixão (2022)

As Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) desempenharam papéis fundamentais no fortalecimento da regionalização. As NOAS 01/2001 e 02/2002, por exemplo, foram cruciais para estruturar redes de serviços de saúde e reduzir a fragmentação gerada pela municipalização excessiva (LIMA, 2010). Instrumentos como o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) e o Plano Diretor de Investimento

(PDI) forneceram diretrizes para o planejamento e a execução de ações regionalizadas, promovendo a integração das redes de saúde.

O Pacto pela Saúde, instituído em 2006, introduziu mecanismos de pactuação, como a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que aprimoraram a alocação de recursos financeiros e fortaleceram a cooperação entre os níveis federal, estadual e municipal. Além disso, o Decreto nº 7.508/2011 reforçou a divisão regional articulada entre estados e municípios, consolidando a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) como fóruns centrais para negociações intergovernamentais.

Do ponto de vista territorial, o Brasil apresenta desafios únicos devido às suas dimensões continentais e desigualdades regionais. Áreas urbanas e rurais possuem demandas distintas, exigindo políticas adaptadas às suas realidades socioeconômicas e geográficas. A Portaria nº 1.631/2015 trouxe avanços significativos nesse sentido, ao flexibilizar critérios de planejamento e integrar o Mapa da Saúde ao processo decisório. Essa norma reconheceu a necessidade de ajustar parâmetros às condições epidemiológicas e demográficas locais, promovendo maior equidade no acesso.

A Resolução de Consolidação CIT nº 1/2021 estabelece diretrizes para a cooperação interestadual no SUS, especialmente no que diz respeito à organização das regiões de saúde e ao planejamento regional integrado. O documento prevê a formação de regiões de saúde interestaduais, compostas por municípios limítrofes de diferentes estados, que devem ser instituídas por meio de atos conjuntos dos respectivos governos estaduais, em articulação com os municípios envolvidos. Objetiva-se a integração entre a organização, o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde, garantindo maior eficiência no atendimento à população.

Nesses casos, a coordenação das atividades deve ser compartilhada entre os estados, com a atuação das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) e dos Comitês Executivos de Governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para que a conformação dessas macrorregiões seja viável, a população mínima atendida deve ser de 700 mil habitantes, com exceção da Região

Norte, onde o mínimo é de 500 mil habitantes. Em casos excepcionais, onde for necessária a criação de uma macrorregião com população entre 500 mil e 700 mil habitantes em outras regiões do país, a CIB deve apresentar justificativa para análise da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

No entanto, o papel das instituições vai além da implementação normativa. Conforme Fonseca (2023), instituições eficientes são essenciais para estruturar as interações políticas e econômicas, bem como para promover a equidade territorial. O autor ressalta que a ausência de mecanismos robustos de controle e a fragmentação administrativa aumentam os custos de transação e prejudicam a alocação eficaz de recursos. A estrutura institucional, portanto, influencia diretamente a dinâmica da regionalização e a eficácia das políticas de saúde.

ABORDAGENS INSTITUCIONAL E POLÍTICO-TERRITORIAL

Fonseca (2023) cita a indissociabilidade da existência humana e a interação com as instituições. O autor cita que, desde o nascimento até a morte, os indivíduos estão cercados por um conjunto de regras, formais ou informais, que moldam suas interações e comportamentos sociais. Essas regras são adquiridas através do processo de socialização e estabelecem normas que influenciam as atividades diárias (FONSECA, 2023)

As instituições têm funcionalidade, elas ajudam na difusão da informação, na fiscalização do cumprimento de leis e na resolução de conflitos, permitindo um funcionamento mais eficiente das relações sociais e econômicas (FONSECA, 2023). Estas também oferecem uma perspectiva útil para entender a regionalização da saúde.

Putnam (1996) argumenta que as instituições são moldadas por trajetórias históricas e sociais específicas, que influenciam sua forma e funcionamento futuros. A ideia de "comunidade cívica" ocupa uma posição central de sua análise, justificando como regiões com alto capital social, caracterizado por redes de confiança, reciprocidade e associações cívicas, têm maior capacidade de formar instituições eficazes e responsivas (PUTNAM, 1996)

As escolhas institucionais passadas criam condições para decisões futuras, formando um ciclo no qual decisões históricas condicionam as possibilidades de evolução institucional (PUTNAM, 1996). Para Putnam, isso é exemplificado no contexto italiano, em que tradições medievais e estruturas locais influenciaram a adaptação das regiões aos novos governos criados em 1970. A partir dessa experiência, é sublinhada a importância do ambiente social na formação e desempenho das instituições.

Nota-se que uma mesma estrutura institucional pode funcionar de maneira radicalmente diferente em contextos distintos: por exemplo, as diferenças econômicas e culturais entre regiões como Emilia-Romagna (norte industrializado) e Puglia (sul rural) resultaram em desempenhos institucionais marcadamente diferentes, apesar de terem governos regionais com estruturas formalmente idênticas (PUTNAM, 1996).

O autor constata que, a longo prazo, essas características cívicas, presentes desde o período medieval, influenciaram profundamente a eficácia dos governos regionais contemporâneos. Conservando assim fortes tradições de engajamento cívico e solidariedade no Norte, em contraste com as regiões do Sul, que herdaram tradições clientelistas e fragmentação social (PUTNAM, 1996).

Essa inter-relação entre instituições e território também é explorada por Castro (2003), que destaca como as condições materiais e simbólicas variam entre diferentes localidades, impactando a implementação de políticas públicas. Pequenos municípios, especialmente no Norte e Nordeste, possuem infraestrutura institucional limitada, o que compromete sua capacidade de oferecer serviços básicos. Em contrapartida, regiões como o Sul apresentam maior densidade institucional, o que lhes permite superar desafios estruturais e garantir maior acesso aos direitos sociais.

No Brasil, essas disparidades ficaram evidentes entre os municípios, após ganharem maior relevância após a descentralização promovida pela Constituição de 1988. Essa mudança ampliou as atribuições das prefeituras na implementação de políticas públicas. No entanto, pequenos municípios frequentemente enfrentam limitações econômicas e estruturais, o que compromete sua capacidade de garantir direitos sociais (CASTRO, 2003, p. 17-18). Dito isto, a

autora afirma que a existência e a atuação dos conselhos municipais de políticas sociais são utilizadas como indicadores da capacidade institucional local.

A autora ressalta o papel dos conselhos municipais instituídos pela Constituição de 1988, que funcionam como instrumentos de controle social e participação cidadã. Observa-se que a densidade e o funcionamento efetivo desses conselhos variam significativamente entre as regiões brasileiras: enquanto a Região Sul apresenta maior densidade de conselhos em bom funcionamento, as regiões Norte e Nordeste enfrentam dificuldades na implementação e manutenção desses órgãos, evidenciando uma disparidade regional significativa (CASTRO, 2003, p. 20-21).

Castro (2003) enriquece o contexto institucional, ao enfatizar como as condições institucionais e as desigualdades espaciais afetam o acesso e o exercício dos direitos sociais e políticos. A autora destaca que a igualdade de direitos assegurada pela isonomia legal não é suficiente para garantir o acesso efetivo. O território se torna um mediador crítico, pois a presença (ou ausência) de infraestrutura institucional define as possibilidades concretas de exercício da cidadania (CASTRO, 2003, p. 9-12).

A análise de Castro demonstra que fatores como alfabetização, urbanização e densidade institucional influenciam a capacidade de exercício da cidadania. No entanto, mesmo em regiões menos urbanizadas, como o Sul, observa-se que a densidade institucional pode compensar outros déficits, garantindo melhores condições de participação social e acesso a direitos (CASTRO, 2003, p. 22-24).

A regionalização do SUS, embora seja uma política em operação em todo o Brasil, apresenta variações de desempenho que refletem as disparidades regionais e institucionais do país. Enquanto regiões mais desenvolvidas conseguem implementar redes de saúde de forma mais eficaz, outras enfrentam dificuldades significativas devido à falta de recursos e à fragilidade institucional.

Nesse sentido, a regionalização pode ser entendida não apenas como uma estratégia técnica, mas também como uma tentativa de reorganizar o território e as relações institucionais para promover maior equidade no acesso à saúde. Portanto, a efetividade das políticas de

regionalização da saúde depende da interação dinâmica entre instituições e território. Investimentos em capacitação técnica, fortalecimento das instituições locais e promoção de cooperação regional são fundamentais para superar as desigualdades estruturais e garantir o direito à saúde para todos.

Apesar de a história impor limitações às mudanças institucionais, Putnam (1996) também reconhece o potencial transformador de reformas bem planejadas. Ele sugere que mudanças institucionais podem modificar práticas de governança, mas que os desempenhos dependem da interação entre os novos arranjos e os contextos sociais e culturais nos quais estão inseridos (p. 26, 186-190).

Conforme argumenta Putnam (1996), reformas institucionais só são eficazes quando estão enraizadas em contextos sociais favoráveis, o que exige uma abordagem integrada que leve em conta tanto as especificidades históricas quanto as particularidades territoriais de cada região. Dessa forma, a regionalização pode se tornar um instrumento potente para reduzir desigualdades e promover a justiça territorial no Brasil.

O ARREIMATE

A regionalização enfrenta desafios relacionados às influências institucionais e territoriais, que condicionam seu desempenho. Instituições moldadas por trajetórias históricas e características político-territoriais impactam diretamente a eficácia das políticas de saúde, exigindo uma análise que integre essas dimensões.

Sendo assim, a abordagem político-territorial da saúde destaca a importância de estratégias integradas, que considerem as especificidades regionais e promovam a cooperação interinstitucional. Essa abordagem, segundo Lotta e Vaz (2014), é essencial em um país marcado pela diversidade de atores e interesses. A regionalização, ao articular políticas públicas com as características dos territórios, contribui para a superação das desigualdades estruturais e fortalece o SUS como modelo universal e inclusivo.

Considera-se que se destacam os principais achados e reflexões sobre o processo de regionalização da saúde no Brasil. A análise evidenciou que o Sistema Único de Saúde (SUS),

embora seja uma conquista inegável no campo das políticas públicas, enfrenta desafios significativos para sua consolidação plena, especialmente no que diz respeito às disparidades regionais, à complexidade institucional e ao fortalecimento da governança territorial.

Um dos pontos centrais é a relevância das normativas como as Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), que desempenharam um papel fundamental na descentralização e na organização dos serviços de saúde no país. Contudo, a fragmentação decorrente do municipalismo inicial ainda se reflete em desigualdades na oferta de serviços e na distribuição de recursos, dificultando a universalidade e a equidade que o SUS busca alcançar. As diferenças socioeconômicas e institucionais entre as regiões intensificam esses desafios, criando barreiras que demandam respostas políticas e institucionais mais integradas e territorializadas.

Nesse contexto, o papel das instituições é evidenciado como central para o sucesso das políticas de saúde. Instituições eficientes são fundamentais para a governança, pois criam o ambiente necessário para o planejamento territorializado e para a equidade na implementação das ações de saúde. A ausência de mecanismos robustos de monitoramento, avaliação e controle das políticas públicas eleva os custos de transação e compromete a efetividade das estratégias regionais.

As implicações políticas e territoriais desse cenário sugerem a necessidade de um fortalecimento institucional que priorize a redução das desigualdades regionais. A promoção de pactos interinstitucionais entre os níveis federal, estadual e municipal é essencial, assim como a ampliação dos investimentos em infraestrutura e recursos humanos em saúde, com atenção especial às regiões de maior vulnerabilidade social. O planejamento territorializado deve ser aprofundado, permitindo que as especificidades locais sejam consideradas na formulação e execução das políticas. Adicionalmente, uma revisão dos critérios de alocação de recursos financeiros pode favorecer maior equilíbrio territorial e reforçar o princípio da equidade.

CAPÍTULO 2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO E GOVERNANÇA TERRITORIAL DA MACRORREGIÃO INTERESTADUAL DE SAÚDE DO VALE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO

A formação de uma macrorregião de saúde interestadual entre a Bahia e Pernambuco reflete a busca por soluções conjuntas para desafios estruturais enfrentados por regiões fronteiriças. Essa iniciativa é especialmente relevante para atender populações que vivem em áreas distantes dos centros urbanos e que frequentemente encontram barreiras no acesso a serviços de saúde especializados. Nesse contexto, a Rede PEBA (Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco) se destaca por implementar mecanismos de governança e regulação que promovem maior integração e eficiência no atendimento à saúde.

Para analisar a criação e a trajetória institucional da Rede PEBA, foram consultados documentos acadêmicos, como artigos e teses, nos repositórios CAPES, Scielo e UFBA. Dados estatísticos do SIDRA e da Plataforma Geográfica Interativa do IBGE forneceram suporte para análises detalhadas de variáveis como densidade populacional, crescimento demográfico e indicadores econômicos. Essas informações foram organizadas em tabelas e mapas georreferenciados, utilizando o software QGIS.

Os mapas foram elaborados com shapefiles oficiais obtidos no site do IBGE e em portais públicos, como o da Agência Nacional de Águas (ANA). Esses dados permitiram a integração de informações regionais, gerando representações gráficas das divisões regionais de saúde de cada estado, com campos específicos como "REGIAO_SAU", "MACROREG" e "MICROREG". Tais análises foram fundamentais para entender as conexões territoriais entre os municípios e a organização da Rede PEBA..

Entre os diferenciais da Rede PEBA estão a Comissão de Co-Gestão da Região Interestadual de Saúde (CRIE) e a Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL). A CRIE funciona como um espaço de governança interestadual que privilegia a instância colegiada de pactuação entre gestores, facilitando a tomada de decisões estratégicas e compartilhadas. Já a CRIL desempenha um papel essencial na regulação do acesso a urgências e emergências, selecionando e direcionando pacientes para unidades de referência, sempre em consonância com as diretrizes pactuadas pela CRIE.

A governança territorial na PEBA é, portanto, um modelo colaborativo que envolve diferentes agentes e atores. Destacam-se, entre eles, as secretarias estaduais de saúde da Bahia e Pernambuco, gestores municipais, consórcios intermunicipais de saúde, e hospitais regionais, que trabalham de forma integrada para garantir a qualidade dos serviços. Além disso, a participação da sociedade civil, por meio de conselhos de saúde, contribui para o controle social e a transparência no processo.

A criação da macrorregião de saúde também evidencia a importância da cooperação entre os municípios adscritos, que compartilham desafios comuns, como distâncias geográficas, insuficiência de infraestrutura e a necessidade de especialidades médicas. Por meio da CRIE e da CRIL, esses municípios conseguem otimizar recursos, reduzir deslocamentos desnecessários e melhorar os tempos de resposta às emergências.

Apesar dos avanços, a governança da Rede PEBA enfrentou desafios, como barreiras burocráticas decorrentes de legislações estaduais distintas e a necessidade de maior investimento em infraestrutura e transporte sanitário. Ainda assim, os resultados alcançados, como a ampliação do acesso a serviços de saúde especializados e o fortalecimento da cooperação interestadual, reforçam a relevância desse modelo como uma solução eficaz para os problemas das populações fronteiriças.

A Rede PEBA, ao promover uma cultura de colaboração entre estados e municípios, consolida-se como uma cooperação interestadual e referência de governança territorial no Brasil, demonstrando que a articulação conjunta é um caminho viável e necessário para a superação de desigualdades e a garantia do direito à saúde.

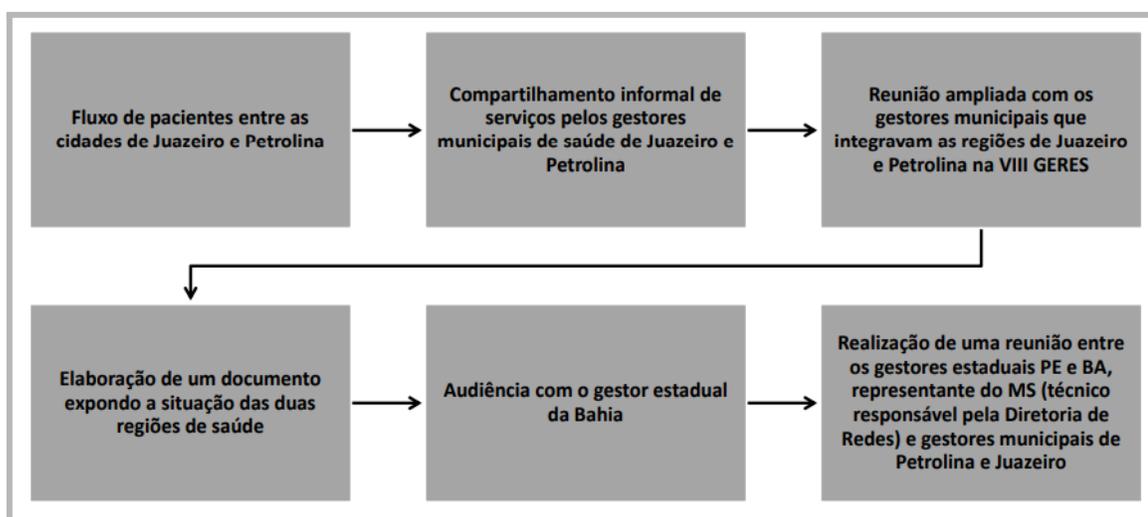
HISTÓRICO DA CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

A geografia tem um papel fundamental no desenvolvimento de políticas públicas, pois influencia diretamente a distribuição de recursos, infraestrutura e populações. Rodrigues e Filho (2023) destacam que a relação entre geografia e políticas públicas é essencial para o planejamento e a execução eficaz de medidas voltadas ao bem-estar social. Nesse contexto, a criação da Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco – Rede PEBA

representa um marco na regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), combinando pioneirismo na pactuação interestadual com avanços na gestão e regulação em saúde.

Segundo Pereira e Viana (2019), as mudanças no processo de habilitação com o Pacto pela Saúde (2006), a redefinição de responsabilidades e fortalecimento da co-gestão, o alinhamento político entre os governos federal e estadual e a prioridade atribuída à saúde nas agendas governamentais nos anos iniciais forneceram contexto político, técnico e institucional favorável para a discussão referente a regionalização interestadual em 2008. A concessão de fatores levaram a formação da agenda de implementação, sistematizada pelas autoras na Figura 1:

Figura 1. Sistematização dos principais fatos até a formação da agenda de implementação



Fonte: Pereira e Viana (2019).

O Pacto pela Saúde também expressa no significado de região a cooperação entre estados e municípios ao caracterizar o termo como "[...]recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais [...]" (Pacto pela Saúde, 2006), que nas NOAS, destina à Secretaria de Estado da Saúde a divisão administrativa das regiões, apesar de elencar a relação entre municípios entre os critérios. O federalismo cooperativo é observável no significado de regionalização, que nas NOAS é marcado pela hierarquização, enquanto no Pacto pela Saúde é valorizada a “descentralização das ações e

serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores” (Pacto pela Saúde, 2006), flexibilizando suas atuações e favorecendo novas pactuações.

Também no Pacto pela Saúde (2006) fica instituído as obrigações de cada recorte regional (Quadro 2), que é citado de forma resumida no Relatório Regional: Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde No Brasil (2017):

Quadro 2. Níveis de atenção estabelecidos pelo Pacto pela Saúde (2006)

Município	Atenção Básica resolutive.
Regional I	Atenção ambulatorial, hospitalar e SADT de média complexidade, correspondendo ao menor nível de complexidade para o SAMU regional.
Regional II	Atenção ambulatorial, hospitalar e SADT de média complexidade, corresponde ao primeiro nível de referência para alguns serviços de alta complexidade (TRS, raio X contrastado, tomografia, endoscopia, UTI/UCI adulto e neonatal)
Macrorregional	Principal nível de referência para alta complexidade (patologia especializada, densitometria óssea, ressonância, radiologia intervencionista, hemodinâmica, eletromiografia, colonoscopia, histeroscopia, cardiologia, reabilitação física, saúde visual, hemoterapia, unidade de isolamento e UTI infantil);
Macrorregião interestadual	Agrega macrorregiões de saúde pertencentes a mais de um estado da federação, sendo referência para alta complexidade (oncologia, neurocirurgia, traumatologia-ortopedia, cirurgia cardiovascular pediátrica, broncoscopia, angiografia, cintilografia, UTI para queimados).

Fonte: Relatório Regional: Pesquisa Política, Planejamento E Gestão Das Regiões E Redes De Atenção À Saúde No Brasil (2017)

Conforme divulgado pela Assessoria de Comunicação Social da Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (SESAB) em 2009, a Rede PEBA foi estruturada como a primeira Região Interestadual de Saúde no Brasil. Ampliando sua abrangência territorial, o processo iniciou-se com a publicação da Portaria Ministerial nº 1.989/2008, que estabeleceu um grupo de trabalho formado por representantes do Ministério da Saúde (MS), das Secretarias de Estado de

Pernambuco e Bahia, das Secretarias de Saúde de Petrolina, Salgueiro, Ouricuri, Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim, além da UNIVASF(PEREIRA e VIANA, 2019).

Em 2009, a Diretoria de Redes do MS lançou um edital para contratação de consultoria técnica visando apoiar as gestões estaduais na elaboração do diagnóstico da rede, sendo o IMIP a organização vencedora, com uma equipe de consultores familiarizados com a realidade de Pernambuco e da região (PEREIRA e VIANA, 2019). Serviços de alta complexidade foram centralizados nas cidades de Juazeiro (BA) e Petrolina (PE), formando uma rede de atenção que conecta municípios para facilitar o acesso a atendimentos especializados.

Em publicação da Assessoria de Comunicação Social da Secretaria Estadual da Saúde, a SESAB, foi divulgado em 2009 a “criação da primeira Região Interestadual de Saúde, se estabelece uma rede articulada de atenção à saúde”. Formando assim a Rede PEBA (**Quadro 3**):

Quadro 3. Organização Regional da MIS

Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco			
Estado	Macrorregião	Região	Municípios
BA	Norte	Juazeiro	Campo Alegre De Lourdes, Canudos, Casa Nova, Curaçá, Juazeiro, Pilão Arcado, Remanso, Sento Sé, Sobradinho E Uauá.
		Paulo Afonso	Abaré, Chorochó, Glória, Jeremoabo, Macururé, Paulo Afonso, Pedro Alexandre, Rodelas, Santa Brígida
		Senhor do Bonfim	Andorinha, Antônio Gonçalves, Campo Formoso, Filadélfia, Itiúba, Jaguarari, Pindobaçu, Ponto Novo e Senhor Do Bonfim.
PE	Vale do São Francisco e Araripe	Salgueiro	Belém de São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova e Verdejante
		Petrolina	Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina e Santa Maria da Boa Vista
		Ouricuri	Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade e Moreilândia

2 estados	2 macrorregiões	6 regiões	53 municípios
-----------	-----------------	-----------	---------------

Fonte: PES-BA, 2024; PES-PE, 2024.

Segundo o Relatório Regional: Pesquisa Política, Planejamento E Gestão Das Regiões E Redes De Atenção À Saúde No Brasil (2017), foram realizados fóruns macrorregionais, sendo 3 deles realizados ao longo do processo, para a criação do projeto que tinha como objetivos específicos:

- Definir a instância de cogestão da macrorregião interestadual;
- Elaborar diagnóstico de saúde, identificando os principais problemas da região;
- Implementar as linhas de cuidado e atenção priorizada no Pacto pela Saúde;
- Fortalecer a atenção básica;
- Redimensionar o SADT;
- Estabelecer nova modelagem da atenção hospitalar e especializada;
- Elaborar PPI da macrorregião;
- Elaborar PDI para macrorregião;
- Desenvolver mecanismos macrorregionais para integrar a regulação;
- Fortalecer os colegiados de gestão regionais. (RELATÓRIO REGIONAL: PESQUISA POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DAS REGIÕES E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL (2017))

A governança territorial é essencial no processo de criação e gestão da Rede PEBA. Segundo Dallabrida (2015), trata-se de um modelo colaborativo que envolve deliberações entre agentes estatais, representantes da sociedade civil, centros de pesquisa e setor empresarial. Essa abordagem promove relações horizontais e participativas, essenciais para o sucesso de políticas públicas que visam à harmonização de objetivos em territórios complexos.

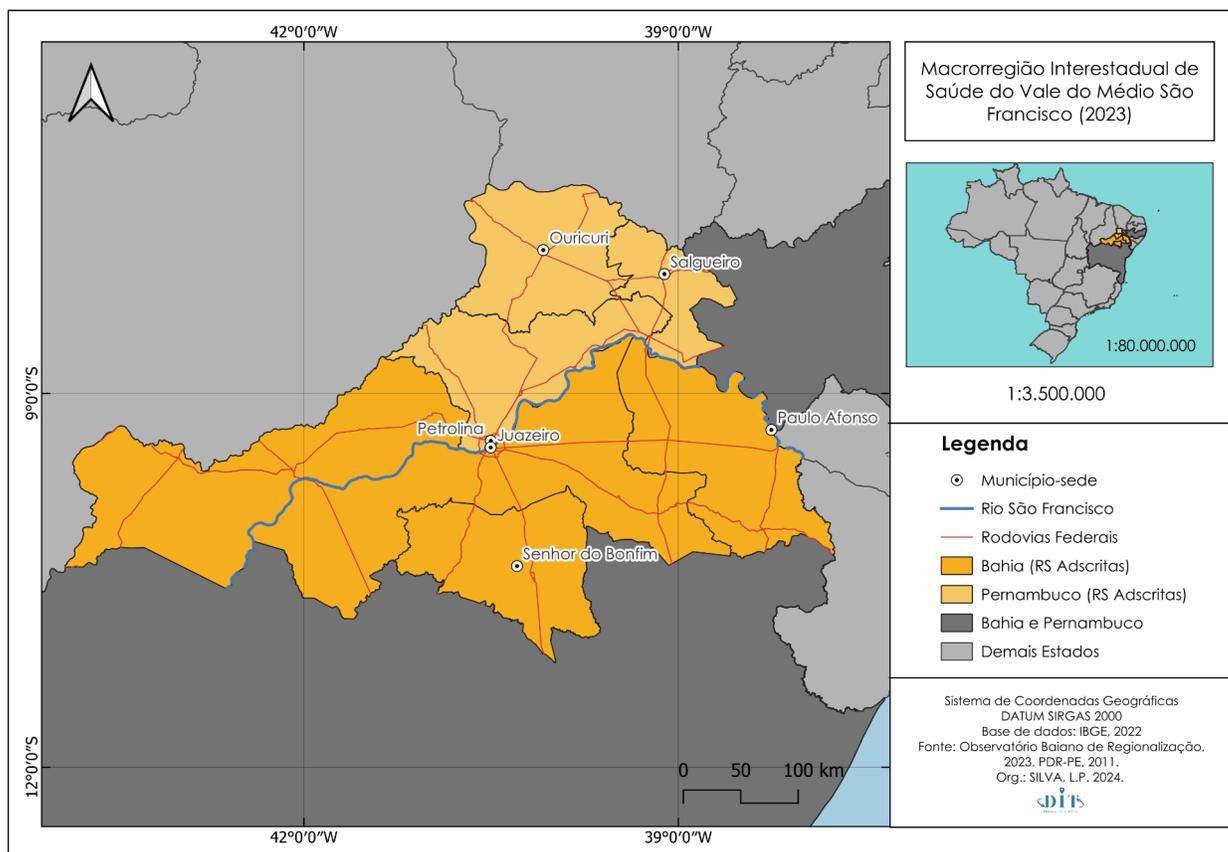
No entanto, o processo de criação da Rede PEBA enfrentou desafios significativos. De acordo com Viana et al. (2018), a implementação de redes regionais exige liderança institucional, engajamento de profissionais de saúde e maior participação dos usuários no processo decisório. Além disso, foi necessário lidar com barreiras estruturais, como a disparidade de recursos entre os estados e a informalidade anterior no acesso aos serviços de saúde.

A Rede PEBA se consolida como um exemplo bem-sucedido de regionalização da saúde no Brasil, integrando esforços interestaduais para superar desafios estruturais e garantir o acesso a serviços de alta complexidade. A experiência, conforme destacada no Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco (2011), demonstra o impacto positivo da articulação regional, formalizando práticas que antes eram realizadas de forma informal e fragmentada.

A GOVERNANÇA REGIONAL E A MACRORREGIÃO INTERESTADUAL DE SAÚDE

A Rede PEBA (Pernambuco e Bahia), foi reconhecida recentemente como Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco – Pernambuco Bahia – PEBA em 21 de setembro de 2023, durante a 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), realizada na sede da Opas/OMS, em Brasília. Obtendo assim a seguinte configuração regional **(Figura 2)**:

Figura 2. Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco



Fonte: Laiane Paixão (2024).

A macrorregião possui diferenciais que imprimem um destaque nas áreas de governança, com a Comissão de Co-Gestão da Região Interestadual de Saúde (CRIE), e regulação, com a Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL). A CRIE é tida como um espaço de governança interestadual, que privilegia a instância colegiada de pactuação entre gestores. Já a CRIL é o serviço de regulação ao acesso das urgências e emergências, em comunhão com a CRIE, que os seleciona e direciona para unidades de referência.

Segundo o Subprojeto Regional QualiSUS-Rede (2012), o fortalecimento da governança regional, por meio da implementação do Decreto n. 7.508/2011, foi discutido em eventos organizados pelo COSEMS/PE, além dos Congressos Estaduais do COSEMS. Destaca-se também a atuação do Colegiado Regional Interestadual (CRIE), que realiza reuniões bimestrais

para discutir e deliberar pautas regionais, cujas decisões são encaminhadas às CIB/Bahia e CIB/Pernambuco para aprovação e publicação (Subprojeto Regional QualiSUS-Rede, 2012).

Entre 2016 e 2019, a rede de saúde enfrentou estagnação devido à ausência de reuniões regulares da Comissão Regional Intergestores (CRIE), o que prejudicou a governança, gerando impactos diretos na prestação de serviços, especialmente em ortopedia, deixando usuários desassistidos (Fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde: documento norteador de planejamento macrorregional: macrorregião interestadual de saúde do Vale do Médio São Francisco - Pernambuco e Bahia-Peba, 2020). Esse contexto levou à intervenção do Ministério Público, que convocou gestores para audiências públicas, recomendando a retomada das reuniões e outras medidas para reverter a crise. Apesar das dificuldades, isso também gerou mobilização e esforços dos gestores municipais e outros atores para fortalecer a rede.

O caso evidencia como a ausência de governança e planejamento pode comprometer diretamente a funcionalidade e a efetividade de uma rede de serviços essenciais, como a saúde. De acordo com Fonseca (2023), as instituições são dinâmicas e podem mudar ao longo do tempo, influenciadas por diversos fatores, incluindo mudanças políticas, econômicas e sociais. O autor também afirma que elas podem ser moldadas pela história, conflitos e consenso, envolvendo diversos agentes sociais na busca constante por soluções para problemas de coordenação específicos. A convocação do MP demonstra a importância de mecanismos de controle externo para exigir responsabilidades e corrigir falhas em políticas públicas.

A retomada das reuniões e outras medidas para reverter a crise culminou na execução da seguinte agenda (**Quadro 4**):

Quadro 4. Descrição das etapas presenciais

Oficina de Pactuação		
Local	Data	Descrição
Juazeiro (BA)	10 de setembro de 2019	Tinha como objetivo apresentar o projeto aos gestores municipais e estaduais, assinar os termos de compromisso para participação no projeto e indicar interlocutores municipais para representar as cidades no

		desenvolvimento das atividades. Teve como resultado: a alta adesão e esperança por parte dos gestores quanto à consolidação formal da região interestadual e a pactuação para alternar os encontros entre Juazeiro (BA) e Petrolina (PE).
Oficinas de Alinhamento Conceitual e Metodológico		
Local	Data	Descrição
Brasília (DF)	19 e 20 de setembro de 2019	Apresentação da Rede de Atenção à Saúde PEBA pelas equipes do COSEMS de PE e BA; Pactuação de um plano de trabalho inicial e definição de visitas aos municípios; Uso de metodologias ativas para promover engajamento e reflexões práticas.
São Paulo (SP)	24 de outubro de 2019	Visualização dos desafios iniciais do projeto e estratégias para superá-los; Troca de experiências com outras macrorregiões participantes do projeto.
Brasília (DF)	6 de fevereiro de 2020	Revisão das atividades da primeira oficina macrorregional. Início da Educação Permanente em Saúde (EPS), visando qualificação contínua das equipes locais.
São Paulo (SP)	11 e 12 de março de 2020	Desenvolvimento de estratégias pedagógicas para lidar com macroproblemas; Simulações práticas para construção de fluxogramas terapêuticos; Planejamento de atividades futuras nas regiões.
Primeira Oficina Macrorregional		
Local	Data	Descrição

Petrolina (PE)	23 e 24 de janeiro de 2020	Foi marcada pela participação de mais de 100 profissionais, incluindo representantes de secretarias estaduais, COSEMS, CRIL, DSEI, gestores municipais e outros; com o intuito de realizar a análise situacional da saúde na macrorregião PEBA com base em dados secundários. Também foi realizado o levantamento e agrupamento de problemas de saúde prioritários em núcleos de sentido, além de discussões em grupos para priorização dos macroproblemas (não finalizada devido ao tempo limitado). Dado o prosseguimento das etapas, foram identificados 16 macroproblemas de saúde e 6 problemas de rede.
----------------	----------------------------	---

Fonte: Fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde: documento norteador de planejamento macrorregional: macrorregião interestadual de saúde do Vale do Médio São Francisco - Pernambuco e Bahia-Peba, 2020

Segundo o documento, a partir de março de 2020, foram necessárias adaptações devido à Pandemia de COVID-19, o que gerou a suspensão das atividades presenciais e o oferecimento de oficinas e reuniões remotas. A consolidação do Documento norteador com diretrizes e metodologias para planejamento foi um importante reforço na governança interestadual para atender às necessidades regionais, voltando os holofotes para a fortalecimento da atenção primária como porta de entrada para o SUS e o reconhecimento da importância do Projeto PEBA para a consolidação de uma região interestadual integrada, inspirando outras futuras pactuações pelo Brasil.

A MACRORREGIÃO INTERESTADUAL DE SAÚDE NOS PLANOS ESTADUAIS ATUAIS DOS ESTADOS CIRCUNSCRITOS

No que consta no Plano Estadual de Saúde do Estado da Bahia (2024), em território nacional, destaca-se a existência de apenas uma Central de Regulação Interestadual de Leitões, localizada em Juazeiro, na Bahia. Essa central regula a macrorregião de saúde Norte da Bahia e a IV macrorregião de Pernambuco, funcionando por meio de pactuações estabelecidas entre os dois

estados. (PES-BA 2024, p. 185) Imprimindo mais uma vez, o pioneirismo do projeto iniciado pela Carta do Vale Médio São Francisco (2009).

Também com base no plano, a atenção domiciliar é desenvolvida desde 2008, atualmente, abrange os 417 municípios baianos, bem como os municípios pernambucanos que integram a Rede Interestadual Pernambuco/Bahia. O que demonstra o fortalecimento da pactuação entre os dois estados. O Programa de Atenção Domiciliar, criado com base na Portaria Estadual nº 1.669, de 28 de junho de 2008, foi reformulado e tornou-se o Programa Melhor em Casa, com o objetivo de otimizar a taxa de ocupação dos leitos nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) e promover a desospitalização. (PES-BA, 2024, p. 187)

Entre os objetivos de saúde do estado baiano, consta o auxílio financeiro para pacientes que solicitam Tratamento Fora do Domicílio (TFD) Interestadual, ampliando a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para além dos limites estaduais, isto, tendo em vista a ampliação do percentual dos pacientes regulados em até 72h para 90%. (PES-BA, 2024, p. 256)

O Plano Estadual de Saúde de Pernambuco (2024) destaca o pioneirismo do projeto que gerou a Rede PEBA e, conseqüentemente, a MIS. Um dos desafios enfrentados é a ausência de um número exato de leitos exclusivos para a rede, já que a Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL) não regula os leitos diretamente, mas o acesso a eles, devido à superlotação nas unidades de referência (PES-PE, 2024, p. 171-172)

Segundo o documento, o projeto foi delineado em três eixos principais para fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS). O primeiro eixo previa a expansão da Estratégia de Saúde da Família, estipulando que os municípios deveriam alcançar uma cobertura populacional mínima de 60%. O segundo eixo focava na estruturação da rede de atenção, priorizando a organização do atendimento materno-infantil, o acolhimento das urgências, a criação de um observatório sobre a APS na região e o fortalecimento do papel da APS na atenção às urgências. Por fim, o terceiro eixo tratava da qualificação do cuidado, buscando aprimorar a qualidade do atendimento oferecido à população. (PES-PE, 2024, p. 172)

CAPÍTULO 3. A CARACTERIZAÇÃO GEOGRÁFICA DA MIS

3. 1. PRECEDENTE HISTÓRICO

A ocupação da região onde atualmente se encontram Petrolina e Juazeiro remonta ao período colonial, com uma forte influência das missões franciscanas que atuaram na catequese e na ocupação do médio São Francisco, na qual os frades capuchinhos franceses desempenharam um papel crucial (VIANA et al., 2017, p. 8). O dossiê afirma que essa etapa inicial foi marcada pela agricultura, pesca e criação de caprinos, especialmente nas margens do São Francisco, onde a travessia entre os dois lados foi facilitada .

O Vale Médio do São Francisco se destaca como um grande centro produtor de frutas tropicais e vinhos, o que atrai investimentos e gera empregos (Codevasf, 2024). Essa dinamização econômica cria uma interdependência entre as cidades, onde a produção e a oferta de trabalho em Petrolina influenciam a população e a economia de Juazeiro. A construção de rodovias, a inauguração da Ponte Presidente Dutra em 1954 e outros mecanismos de irrigação facilitaram o fluxo de pessoas e mercadorias entre as cidades (VIANA et al., 2017). Isso não apenas fortaleceu a economia local, mas também promoveu uma nova organização territorial .

A separação geográfica entre residências e locais de trabalho, bem como a especulação imobiliária, levam a um movimento pendular de trabalhadores que se deslocam entre as duas cidades. Petrolina atrai migrantes de Juazeiro, contribuindo para a interligação dos núcleos urbanos.

A interdependência econômica entre Juazeiro e Petrolina se intensificou ao longo do século XX. Especialmente a partir da década de 1960, quando os grupos políticos promoveram investimentos significativos que beneficiaram ambos municípios (VIANA et al., 2017). Projetos como o asfaltamento da rodovia ligando Juazeiro a Salvador traziam diretamente impactos positivos para Petrolina, incentivando o comércio e a mobilidade regional .

A construção da Usina Hidrelétrica de Sobradinho na década de 1970 foi um marco importante para o desenvolvimento de Juazeiro, proporcionando vantagens econômicas, sociais e estruturais. Essa obra não apenas gerou empregos durante a construção, mas também incentivou a fruticultura irrigada no Vale do Médio São Francisco, consolidando a região como um polo do agronegócio que atraiu investimentos nacionais e internacionais (VIANA et al., 2017, p. 8). O crescimento econômico de Juazeiro teve reflexos diretos em Petrolina, que se tornou um parceiro estratégico no desenvolvimento agrícola.

A formalização e a institucionalização da saúde entre os municípios são aspectos das notáveis relações entre Juazeiro e Petrolina. Desde a criação da Rede PEBA, que integra serviços de saúde entre os dois estados, tem havido um esforço contínuo para melhorar o acesso e a qualidade do atendimento. A rede inclui a interação entre serviços de saúde de ambos os municípios, refletindo a necessidade de um sistema de saúde mais integrado e colaborativo .

Esses esforços enfrentaram desafios, como a necessidade de uma governança mais forte e decisiva, a fim de resolver problemas reais da população, como as desigualdades no acesso a cuidados de saúde de qualidade. A governança da saúde, anterior à institucionalização e reconhecimento federal, foi criticada como frágil, com a necessidade de um fortalecimento das redes de atenção à saúde (VIANA et. al., 2017, p. 46).

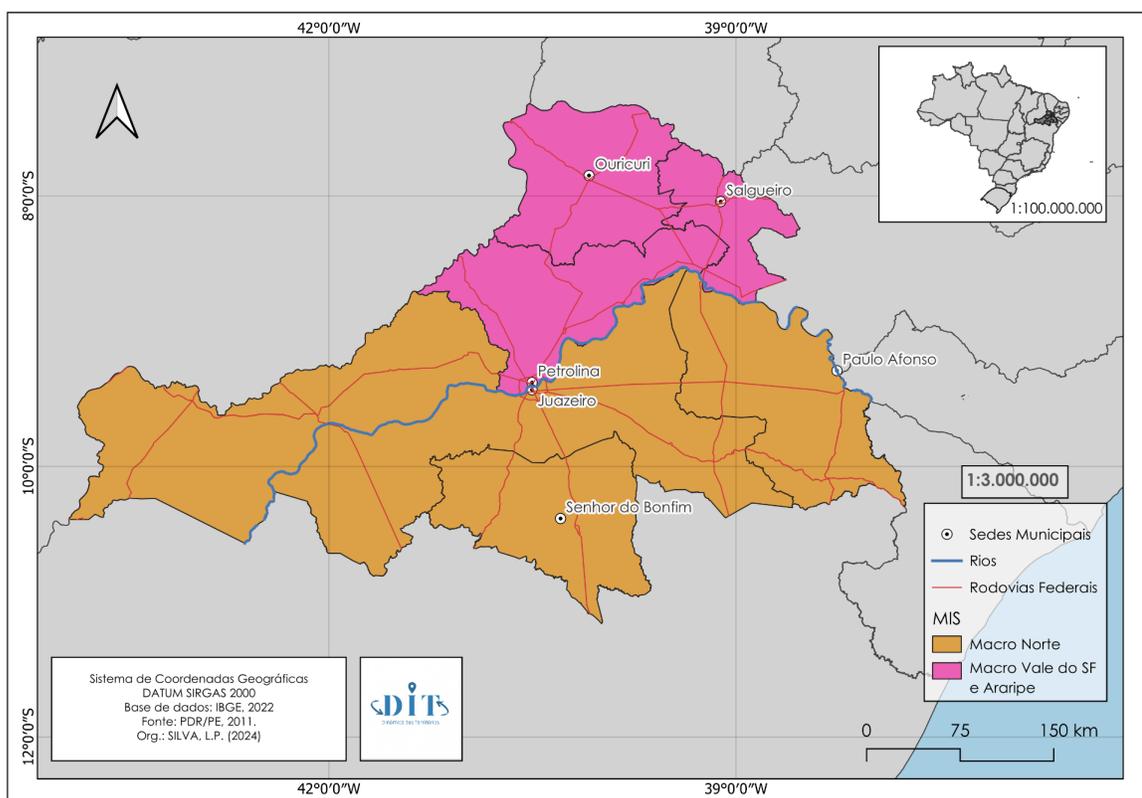
Nos dias atuais, a relação entre Juazeiro e Petrolina continua a evoluir, com foco em uma governança mais robusta e na implementação de políticas que busquem não apenas a melhoria dos serviços de saúde, mas também a consolidação de objetivos comuns em termos de desenvolvimento regional (VIANA et al., 2017). A proximidade e a cooperação podem gerar um impacto significativo em áreas como saúde, educação e infraestrutura, levando em conta a interdependência histórica e social das duas cidades.

3.2. DESCRIÇÃO TERRITORIAL

3.2.1. Limites e Configuração Espacial

A Macrorregião Interestadual De Saúde Do Vale Do Médio São Francisco é composta por 53 municípios (Quadro 3), dividindo-os: 28 deles pertencentes ao estado da Bahia, e 24 ao território pernambucano. Os municípios baianos estão localizados na Macrorregião de Saúde Norte do estado, enquanto os municípios de Pernambuco são adscritos na Macro Vale do São Francisco e Araripe, como consta na Figura 3:

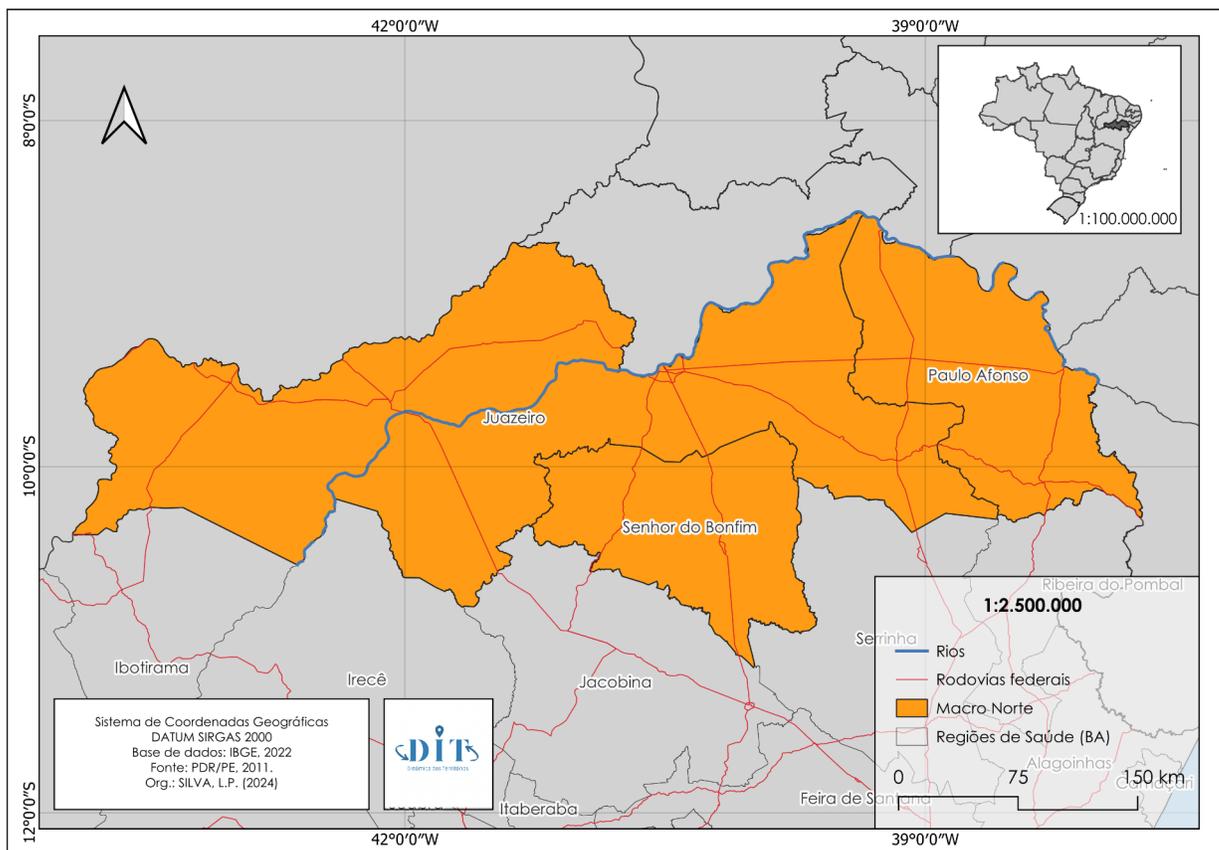
Figura 3. Configuração espacial



Fonte: Laiane Paixão (2024)

O estado da Bahia possui uma divisão que privilegia 28 regiões e 9 macrorregiões de saúde. A Macrorregião de Saúde Norte (Figura 4), segundo o Observatório Baiano de Regionalização, é composta por três regiões de saúde, nomeadas pelas suas sedes municipais: Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim.

Figura 4. Macrorregião de Saúde Norte (BA)

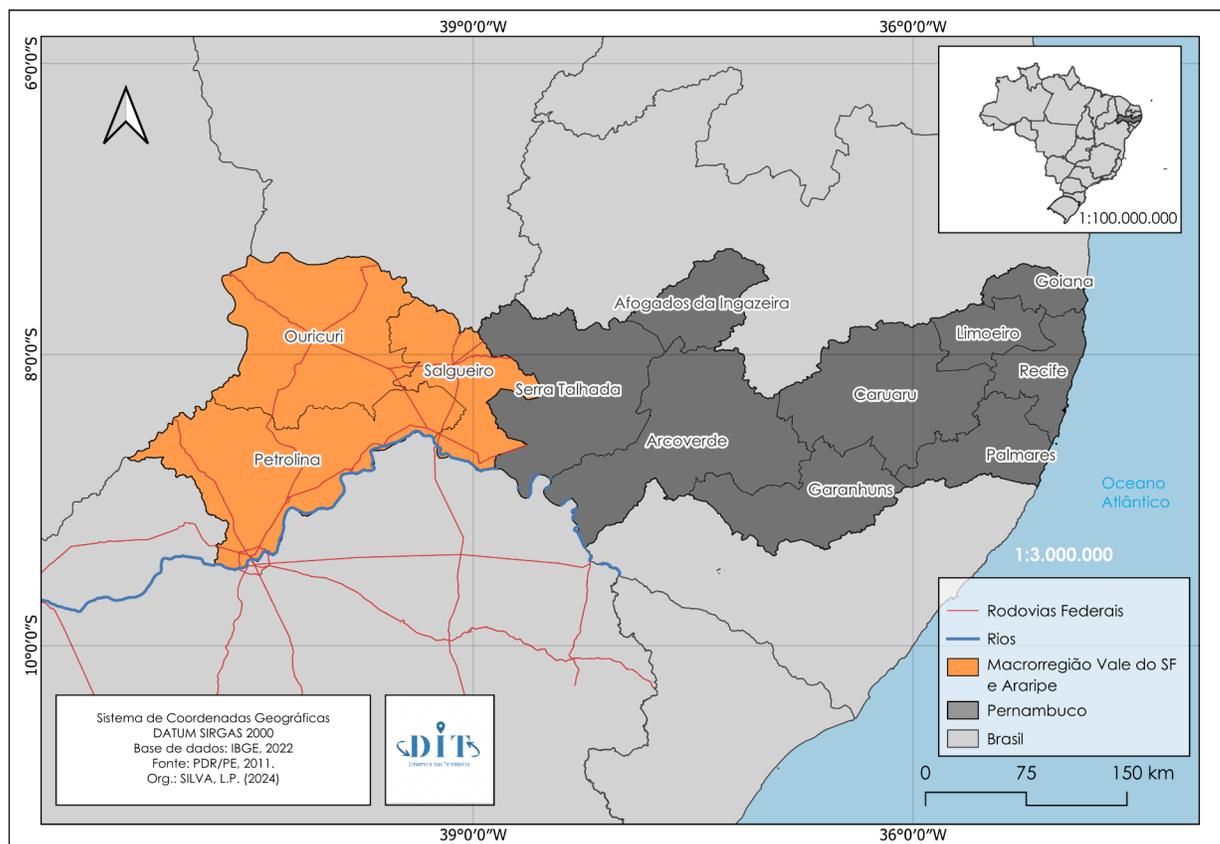


Fonte: Laiane Paixão (2024)

Pernambuco possui em sua configuração regional 04 Macrorregiões, 12 Regiões e 11 Microrregiões de saúde (PES-PE, 2024). Dentre os estados da Região Nordeste que possui 116 regiões, 32 macrorregiões e 11 microrregiões, o estado de Pernambuco é o único que utiliza o conceito de microrregião. Segundo o Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco (2011), é a “base territorial de planejamento da atenção primária com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade constituída por municípios contíguos integrantes de uma Região de Saúde” tendo como vista oferecer serviços de tecnologia não oferecidos pela região de saúde.

A Macrorregião de Vale do São Francisco e Araripe (Figura 5) também é composta por três regiões de saúde, nomeadas pelas suas sedes municipais: Ouricuri, Petrolina e Salgueiro.

Figura 5. Macrorregião de Vale do São Francisco e Araripe

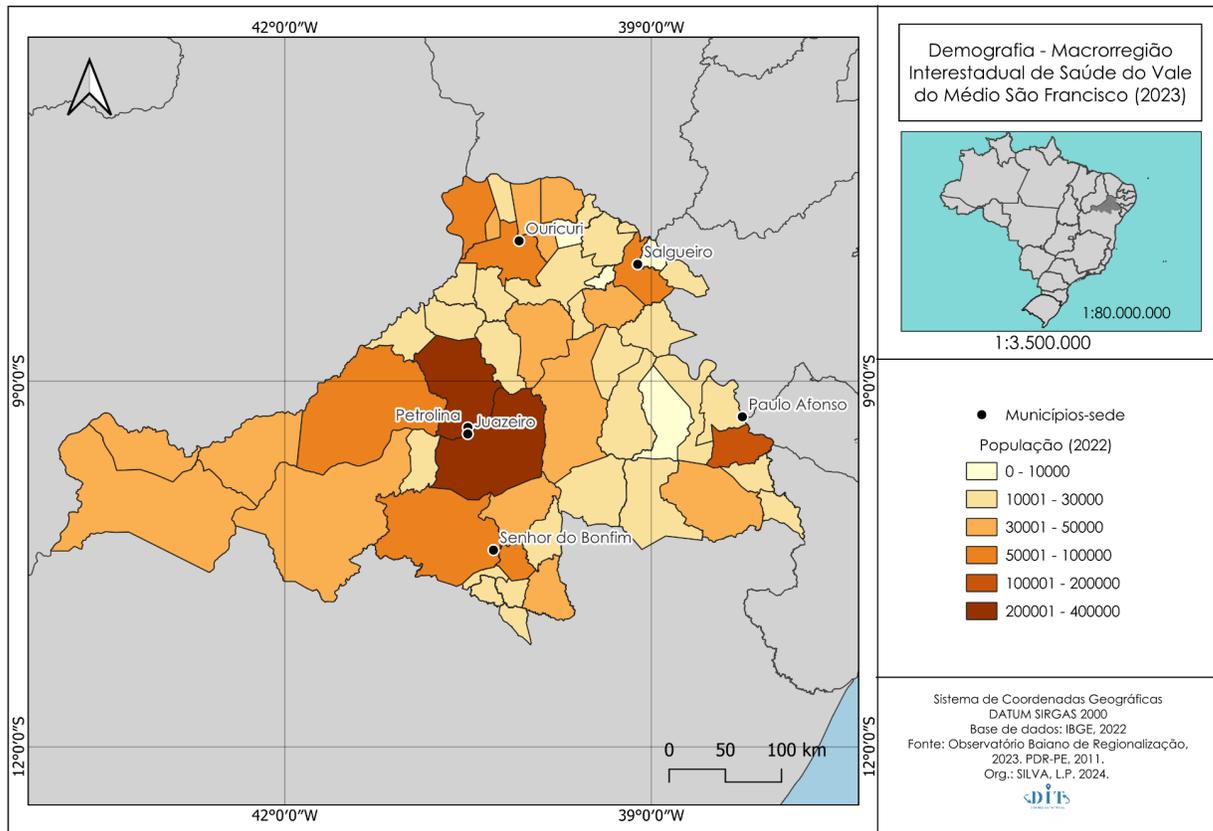


Elaboração: Laiane Paixão (2024)

3.2.2. Distribuição Populacional

A macrorregião interestadual possui 2.097.672 habitantes (IBGE, 2022), estes distribuídos numa área de 130.932,985 km². Observa-se na Figura 10 que os municípios mais populosos incluem Petrolina (PE), com 386.791 habitantes, Juazeiro (BA), com 237.821, e Paulo Afonso (BA), com 112.870. Esses municípios se destacam como importantes pólos urbanos e econômicos na região, especialmente Petrolina e Juazeiro, que formam uma área integrada de grande relevância. Por outro lado, municípios como Granito (PE), com 6.967 habitantes, e Macururé (BA), com 7.256, apresentam populações significativamente menores, evidenciando o perfil rural e a baixa densidade dessas áreas.

Figura 6. População (2022)



Fonte: Laiane Paixão (2025)

Em termos de densidade demográfica, os maiores índices são encontrados em Petrolina (84,79 hab./km²), Paulo Afonso (73,08 hab./km²) e Orocó (157,43 hab./km²). Esses valores refletem a concentração populacional em áreas urbanas e em zonas de produção agrícola intensiva. Já os municípios de Pilão Arcado (BA), com 3,05 hab./km², e Macururé (BA), com 2,85 hab./km², têm as menores densidades, característica típica de regiões com baixa ocupação e infraestrutura limitada.

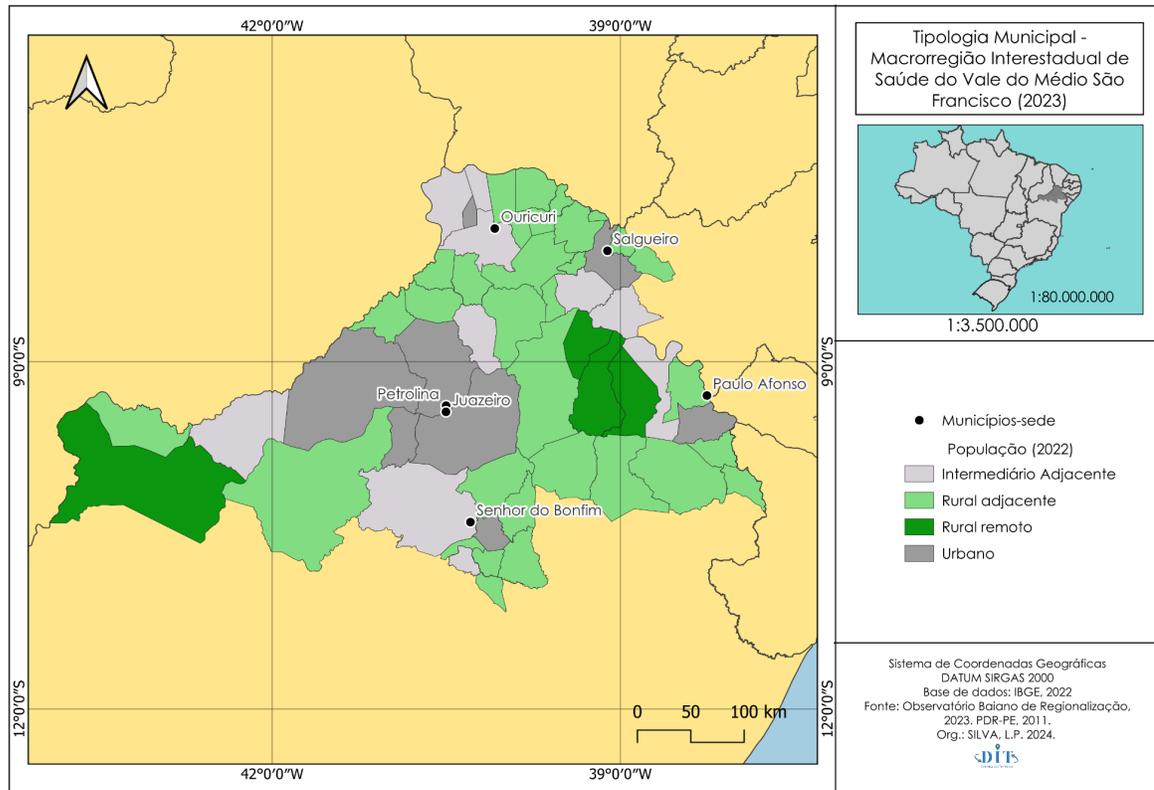
Quanto às taxas de crescimento populacional, Petrolina lidera com 2,31%, demonstrando seu papel como centro em expansão econômica e urbana. Outros municípios que também apresentam crescimento expressivo incluem Rodelas (2,08%) e Ponto Novo (1,21%), sugerindo melhorias em infraestrutura e oportunidades locais. Em contrapartida, alguns

municípios enfrentam declínio populacional, como Pedro Alexandre (-1,23%) e Macururé (-0,83%), reflexo de migração para áreas urbanas e falta de dinamismo econômico.

3.3. TIPOLOGIA MUNICIPAL

A maior parte da população está localizada em municípios caracterizados como Rurais Adjacentes (Figura 7), com base na publicação *Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação* (IBGE, 2017), que classificou os municípios brasileiros em cinco: urbano, intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente e rural remoto. A classificação municipal foi adotada pelo Ministério da Saúde, primariamente, como “proposta para o novo financiamento da atenção básica, bem como para definição de critério para alocação do provimento médico”, como apontado pelo endereço digital do CONASEMS. O que indica uma reavaliação, já que estão sendo analisados outros critérios para a compreensão da dinâmica urbana e rural a partir dos dados mais recentes coletados pelo Censo de 2022.

Figura 7. Tipologia Municipal



Fonte: Laiane Paixão (2024)

A classificação utilizada na publicação do IBGE, utiliza de duas variáveis para definir os municípios brasileiros: primeiro, por localização, podendo ser remotos ou adjacentes, e segundo, por ocupação, sendo classificados como rurais, intermediários ou urbanos. Os municípios que estão a uma distância relativa acima da média nacional em relação aos principais centros urbanos (metrópole, capital regional, centro sub-regional) são classificados como remotos, enquanto os cuja distância em relação aos principais centros urbanos é igual ou inferior à média nacional são classificados como adjacentes (IBGE, 2017).

A tipologia de classificação de municípios como rurais, intermediários ou urbanos, é baseada no percentual de distribuição populacional nas faixas em áreas de ocupação densa, como confere-se abaixo (Quadro 5).

Quadro 5. Matriz conceitual para a tipologia municipal rural-urbana

Faixas de população total em áreas de ocupação densa	Distribuição percentual da população em áreas de ocupação densa			
	Maior que 75%	50 a 75%	25 e 50%	Menor que 25%
Unidades Populacionais com mais de 50 000 habitantes em área de ocupação densa	Predominantemente urbano			
Unidades populacionais que possuem entre 25 000 e 50 000 habitantes em área de ocupação densa	Predominantemente urbano	Predominantemente urbano	Intermediário	Predominantemente rural
Unidades populacionais que possuem entre 10 000 e 25 000 habitantes em área de ocupação densa	Predominantemente urbano	Intermediário	Predominantemente rural	Predominantemente rural
Unidades populacionais que possuem entre 3 000 e 10 000 habitantes em área de ocupação densa	Intermediário	Predominantemente rural	Predominantemente rural	Predominantemente rural
Unidades populacionais com menos de 3 000 habitantes em área de ocupação densa	Predominantemente rural			

Fonte: IBGE, 2017.

3.4. INFRAESTRUTURA DE SAÚDE

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2024) em seu endereço virtual, conceitua o estabelecimentos de saúde como local, fixo ou móvel, de caráter público ou privado, destinado à realização de ações e serviços de saúde por indivíduos ou entidades, contando com responsável técnico, equipe qualificada e infraestrutura adequada à sua finalidade. Dito isto, foram elencados para análise da evolução quantitativa na territorialidade da MIS:

- Posto de Saúde
- Centro de Saúde/Unidade Basica
- Policlínica
- Hospital Geral
- Hospital Especializado
- Unidade Mista
- Pronto Socorro Geral
- Pronto Socorro Especializado
- Consultório Isolado
- Clinica/Centro De Especialidade

- Unidade Movei Terrestre
- Farmácia
- Unidade Movei de Nivel Pre-Hospitalar na area de urgencia
- Unidade De Vigilância em Saúde

Conforme o que consta no endereço virtual do DataSUS, cada estabelecimento tem uma finalidade, como descrito no Quadro 6:

Quadro 6. Estabelecimentos

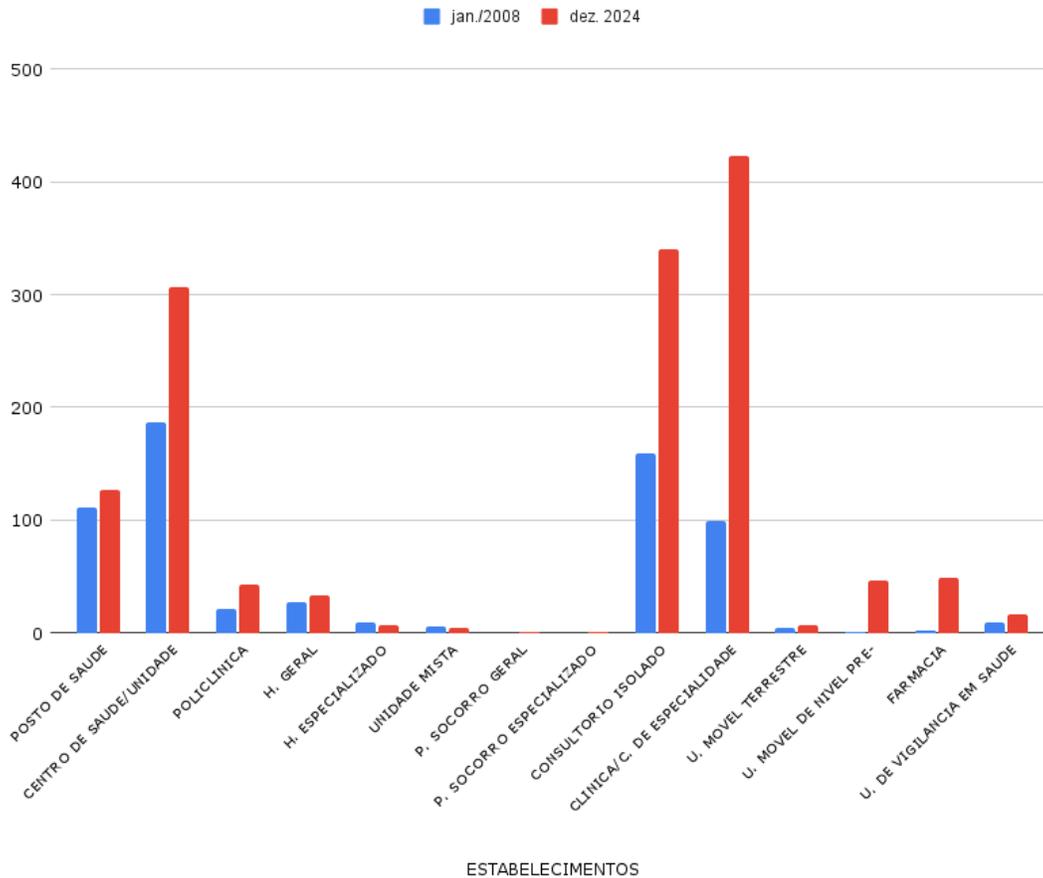
Posto de Saúde	Unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico.
Centro de Saúde/Unidade Basica	Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 Horas.
Policlínica	Unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 Horas.
Hospital Geral	Hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de SADT de média complexidade. Podendo Ter ou não SIPAC.
Hospital Especializado	Hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência e SADT. Podendo Ter ou não SIPAC Geralmente de referência regional, macro regional ou estadual.
Unidade Mista	Unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista. Pode dispor de urgência/emergência e SADT básico ou de rotina. Geralmente nível hierárquico 5.
Pronto Socorro Geral	Unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento

	imediatamente. Podendo ter ou não internação.
Pronto Socorro Especializado	Unidade destinada à prestação de assistência em uma ou mais especialidades, a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato.
Consultório Isolado	sala isolada destinada à prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais de saúde de nível superior.
Clinica/Centro De Especialidade	Clínica Especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência. (Centro Psicossocial/Reabilitação etc..)
Unidade Movel Terrestre	Veículo automotor equipado, especificamente, para prestação de atendimento ao paciente.
Unidade Movel de Nível Pre-Hospitalar na Área de Urgência	Veículo terrestre, aéreo ou hidroviário destinado a prestar atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar a paciente vítima de agravos a sua saúde.(PTMS/GM 824, de 24/Jun/1999).
Farmácia	Estabelecimento de saúde isolado em que é feita a dispensação de medicamentos básicos/essenciais (Programa Farmácia Popular) ou medicamentos excepcionais / alto custo previstos na Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
Unidade De Vigilância em Saúde	É o estabelecimento isolado que realiza trabalho de campo a partir de casos notificados e seus contatos, tendo como objetivos: identificar fontes e modo de transmissão; grupos expostos a maior risco; fatores determinantes; confirmar o diagnóstico e determinar as principais características epidemiológicas, orientando medidas de prevenção e controle a fim de impedir a ocorrência de novos eventos e/ou o estabelecimento de saúde isolado responsável pela execução de um conjunto de ações, capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Fonte: Ministério da Saúde, através de tabela alterada de conformidade com a Portaria nº 115 de 19 de Maio de 2003, Portaria nº745 de 13 de dezembro de 2004, Portaria nº 333 de 23 de junho de 2005 e Portaria nº 717 de 28 de setembro de 2006.

O gráfico compara a evolução dos estabelecimentos de saúde entre janeiro de 2008 e dezembro de 2024 na Macro Norte, localizada no estado da Bahia. Observa-se um aumento em diversas categorias, evidenciando a expansão e diversificação da infraestrutura de saúde ao longo desse período:

Figura 8. Evolução Quantitativa dos Estabelecimentos de Saúde na Macro Norte (BA).



Fonte: DataSUS, 2024.

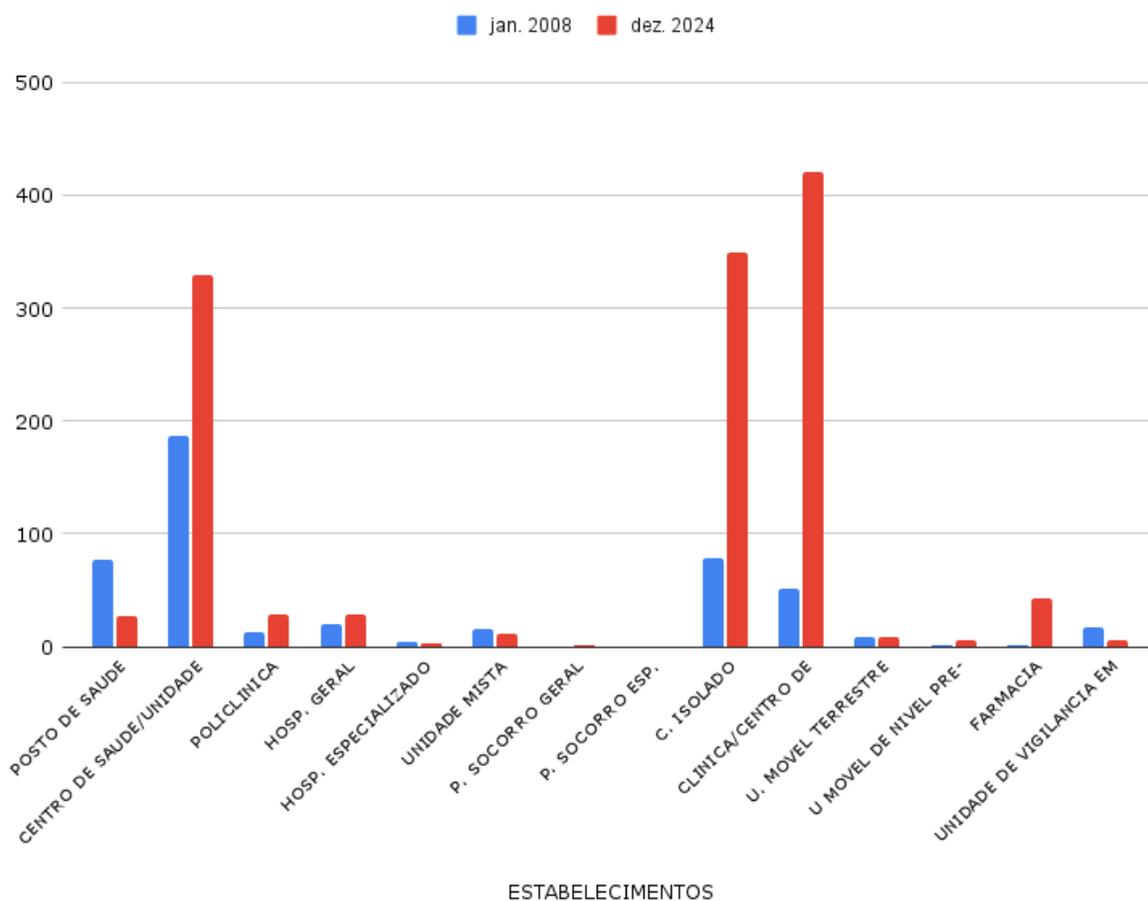
Um dos destaques é o crescimento do número de policlínicas, que ocupam uma posição central na oferta de serviços especializados. O aumento das unidades móveis terrestres também chama atenção, indicando uma estratégia para descentralizar o atendimento e garantir acesso a localidades mais distantes. Os postos de saúde mantiveram um crescimento moderado, enquanto houve maior variação no número de consultórios isolados e clínicas especializadas, sugerindo destaque nessas categorias.

Outro avanço relevante ocorreu no número de farmácias, que cresceu consideravelmente, fortalecendo a assistência farmacêutica. Essa ampliação geral reflete um

esforço contínuo para ampliar e diversificar os serviços de saúde, visando atender melhor às necessidades da população.

Na macrorregião Vale Médio do São Francisco e Araripe (PE), destaca-se um grande aumento no número de centros de saúde, clínicas/centros de especialidade e consultórios isolados em 2024, enquanto houve redução na quantidade de postos de saúde. Outros tipos de estabelecimentos, como hospitais gerais, unidades móveis terrestres e farmácias, apresentaram variações menores ao longo do período.

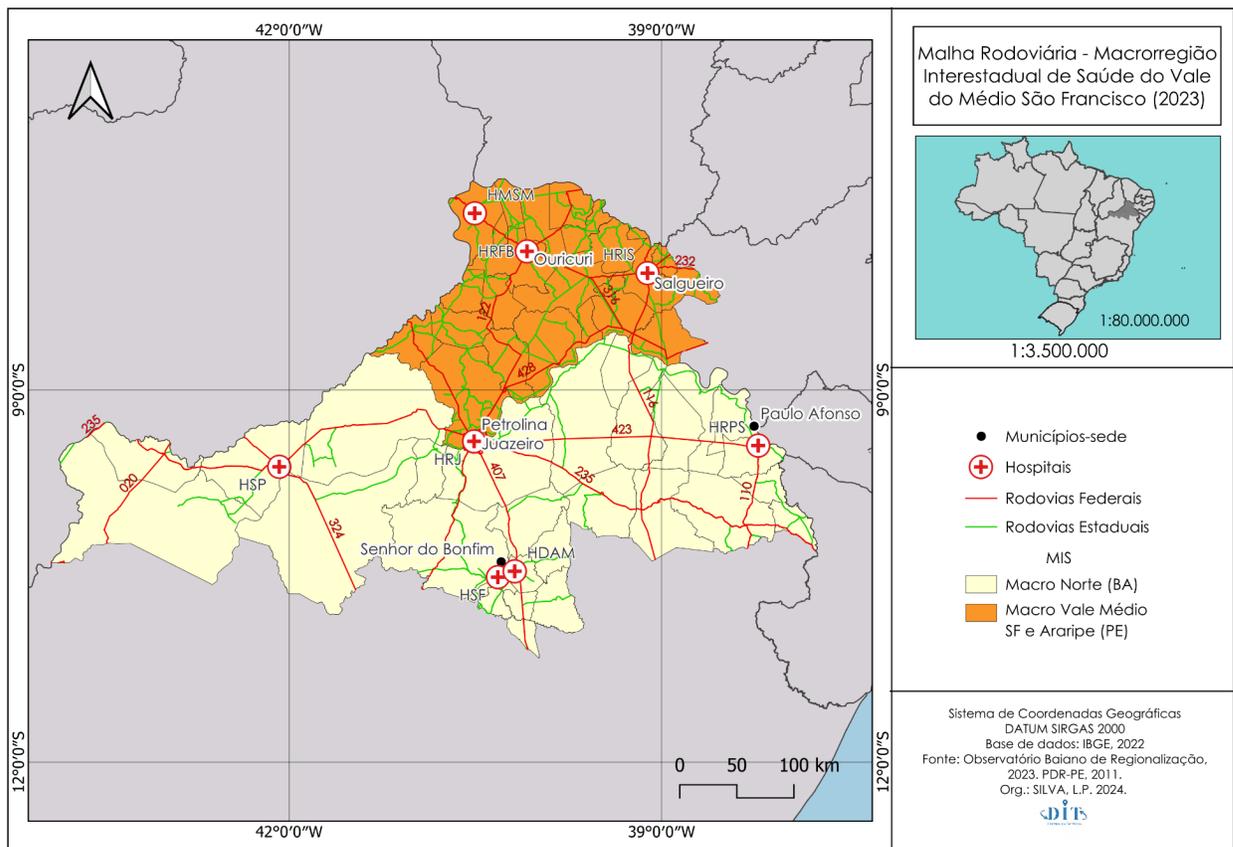
Figura 9. Evolução Quantitativa dos Estabelecimentos de Saúde no Macro Vale Médio do São Francisco e Araripe (PE).



Fonte: DataSUS, 2024.

A macrorregião conta com 209 leitos de UTI distribuídos por 11 unidades. São elas: O Instituto Memorial do Vale, o PSSF e outros 8 hospitais dispostos na área (Figura 10). Na porção pernambucana, estão localizados: Hospital Regional Inácio de Sá (HRIS), Hospital Regional Fernando Bezerra (HRFB) e Hospital e Maternidade Santa Maria (HMSM). Na Macro Norte baiana, encontram-se o Hospital São Pedro (HSP), o Hospital Regional de Juazeiro (HRJ), o Hospital Dom Antonio Monteiro (HDAM) e o Hospital Regional de Paulo Afonso (HRPA) e o Hospital São Francisco.

Figura 10. Malha Rodoviária e Disposição de Hospitais



Fonte: Laiane Paixão, 2024.

Destaca-se no mapa, a construção da malha rodoviária da macrorregião, com base em dados vetoriais do Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (2025),

possibilitando a montagem da logística territorial das principais vias de acesso na macrorregião. Desta forma, é possível construir os diversos fluxos de pacientes existentes na região.

Na Bahia, as rodovias mais relevantes incluem a BR-235, que conecta Juazeiro a cidades como Remanso e Sobradinho, a BR-116, que liga Canudos a várias cidades baianas, e a BA-210, que interliga Canudos e Uauá. Outras importantes são a BR-407, que liga Senhor do Bonfim a municípios como Andorinha e Jaguarari, a BR-324, que conecta Campo Formoso a outras cidades baianas, e a BA-131, que passa por Senhor do Bonfim e Jaguarari.

Em Pernambuco, as principais rodovias incluem a BR-116, que liga Paulo Afonso a diversas cidades pernambucanas, a BR-407, que conecta Paulo Afonso a outras regiões de Pernambuco, e a PE-425, que interliga cidades como Chorrochó e Glória. A BR-232 é fundamental para o transporte entre municípios como Salgueiro e outras cidades pernambucanas, e a BR-428, que conecta Petrolina a Afrânio e Dormentes. A BR-316 e a PE-425 também são essenciais para a logística entre cidades do sertão pernambucano, como Araripina e Ouricuri.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regionalização da saúde no Brasil, especialmente no contexto da Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco, revela a complexidade da articulação entre diferentes esferas de governo e a necessidade de estratégias bem estruturadas para garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde. O estudo evidenciou que a governança territorial e a cooperação interinstitucional são elementos centrais para o sucesso da regionalização, permitindo uma melhor organização dos fluxos assistenciais e a otimização dos recursos disponíveis.

A criação da Rede PEBA e sua institucionalização como Macrorregião Interestadual representam um avanço significativo para a saúde pública, sendo um modelo pioneiro no país. No entanto, desafios persistem, como a necessidade de maior investimento em infraestrutura, aprimoramento da regulação dos serviços e superação de barreiras burocráticas entre os estados envolvidos. Além disso, a efetividade da macrorregião depende de um comprometimento contínuo dos gestores, do fortalecimento dos colegiados regionais e da participação ativa da sociedade civil no monitoramento das políticas de saúde.

Diante disso, futuras pesquisas podem aprofundar a análise sobre a eficácia da governança interestadual, os impactos da regionalização na qualidade dos serviços de saúde e as percepções dos usuários sobre a acessibilidade e resolutividade do atendimento. Também se faz necessário investigar como as tecnologias da informação podem contribuir para a integração das redes de atenção e para o aprimoramento da regulação dos leitos e procedimentos especializados.

Por fim, este estudo reforça a importância da regionalização como estratégia para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) e reduzir desigualdades territoriais. A experiência da Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco demonstra que a cooperação entre estados pode ser uma solução viável e necessária para atender às demandas das populações fronteiriças, garantindo o direito universal à saúde e promovendo maior equidade no acesso aos serviços.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V. de. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros.** 2013. 290f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-01042014-114150/publico/MarianaVercesi deAlbuquerque.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-01042014-114150/publico/MarianaVercesi%20deAlbuquerque.pdf). Acesso em: 14 mar. 2023.

ARRETCHE, M. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil.** Rio de Janeiro: FGV Editora; Editora Fiocruz, 2012.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Plano Estadual de Saúde (PES) 2024-2027.** Salvador: Sesab, 2023. 407 p.

BISCARDE, D. G. S. **Gestão regional do SUS nas regiões metropolitanas de salvador e de fortaleza: instâncias, processos de pactuação e relações de poder.** 2016. 299 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21631/1/TESE%20DANIELA%20BISCARDE.2016.pdf> f. Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde 2006: consolidação do SUS e suas diretrizes operacionais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Subprojeto Regional QualiSUS-Rede: Região Interestadual Pernambuco-Bahia**. Tecnologia da Informação: uma proposta de integração da rede de saúde do Vale do Médio São Francisco. Juazeiro-Petrolina, maio 2012.

CARVALHO, M. A. **Regionalização e justiça territorial nas políticas da região de saúde de Salvador**. Dissertação (Mestre em Geografia Urbana e Regional) - Instituto de Geociências (IGEO), Universidade Federal da Bahia (UFBA), [S. l.], 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/36741/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20FINAL-MARLISON.pdf>. Acesso em: 5 set. 2023.

CASTRO, I. E. de. **Instituições e Território: Possibilidades e Limites ao Exercício da Cidadania**. 2024. Disponível em: <http://www.observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal9/Geografiasocioeconomica/Geografiaespacial/02.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2024.

DALLABRIDA, V. R. **Território e governança territorial, patrimônio e desenvolvimento territorial: estrutura, processo, forma e função na dinâmica territorial do desenvolvimento**. Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional, [S. l.], v. 16, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.rbgdr.net/revista/index.php/rbgdr/article/view/5395>. Acesso em: 29 jan. 2025.

DOMINGUES, R. A. **A perspectiva institucional e a geografia econômica**. Mercator (Fortaleza. Online), v. 14, p. 7-19, 2015.

FARIAS, C. S. da S.; SOUZA, R. L. S. P. de; BARROS, M. J. F. de; SOUZA, L. N. de. **The urban conurbation in the cities of Juazeiro and Petrolina: historicity and formal work**. Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 12, p. e275111234437, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i12.34437. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34437>. Acesso em: 29 jan. 2025.

FIANI, R. **Arranjos institucionais e desenvolvimento: o papel da coordenação em estruturas híbridas.** Texto para Discussão, No. 1815, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, 2013.

FONSECA, A. A. M. **Instituição e justiça territorial como possibilidade de análise na agenda da geografia política.** In: Daniel A. de Azevedo; Ricardo Nogueira. (Org.). Geografia política: base conceitual e diversidade temática. 1 ed. Rio de Janeiro: Terra, 2023, v. 1, p. 301-331.

FONSECA, A. A. M.; RODRIGUES, 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. (ORGs). Ordenamento territorial urbano regional. Rio de Janeiro: Consequência, 2021, p. 199 – 226.

FONSECA, A. A. M. **Instituição e justiça territorial como possibilidade de análise na agenda da geografia política.** Geografia política: base conceitual e diversidade temática, [S. l.], 2023.

LOTTA, G. S.; VAZ, J. C. **Arranjos Institucionais de Políticas Públicas: aprendizados a partir de casos do Brasil.** Revista do Serviço Público, v. 66, p. 171-194, 2015.

LIMA, C. A. S. **Análise do processo de implementação das normas operacionais da assistência à saúde.** 2010. 95 f. Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10360>. Acesso em: 17 mar. 2023.

LIMA, N. T. et al. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 504 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde: documento norteador**

de planejamento macrorregional: macrorregião interestadual de saúde do Vale do Médio São Francisco - Pernambuco e Bahia (PEBA). Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 142 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/1996.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 144 p.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. **Plano Estadual de Saúde (PES) 2024-2027.** Recife: SES-PE, 2023. Aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco (Resolução CES nº 913 de 05 de dezembro de 2023).

PUTNAM, Robert D. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna.** Tradução de Luiz Alberto Machado. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

RODRIGUES, Juliana Nunes; FILHO, Guilherme Félix Machado. **Políticas públicas e geografia: dos modelos político-institucionais para o problema da interação sociedade-estado-espço.** Geografia política: base conceitual e diversidade temática, [S. l.], 2023.

SILVA, J. R. da. **Instituições, Territórios e Desenvolvimento Local: Delineamento Metodológico.** 2024. Disponível em: <https://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/ageteo/article/download/1374/2064/10103>. Acesso em: 24 dez. 2024.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. **Dossiê: Petrolina-Juazeiro – A Região.** Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Maio de 2017.