

A REGIONALIZAÇÃO DO SUS E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL: FUNDAMENTOS JURÍDICOS, FRAGMENTAÇÕES E CAMINHOS PARA A EFETIVIDADE DO CONTROLE SOCIAL

Jordão Horácio da Silva Lima ¹

Maio/2026

I - INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 instituiu um marco jurídico e institucional para a proteção do direito à saúde ao estabelecer que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas voltadas à redução dos riscos de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (Brasil, 1988).

A partir desse fundamento constitucional, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), organizado segundo princípios estruturantes como universalidade, integralidade da assistência, equidade na distribuição dos recursos, descentralização administrativa e participação social. Conforme observa Paim (2015), o SUS constitui um projeto político e social que busca assegurar a efetivação do direito à saúde por meio da construção de um sistema público universal e democrático.

A participação social representa um dos pilares institucionais do SUS, sendo operacionalizada principalmente por meio das Conferências de Saúde e dos

¹ Doutor em Saúde Global e Sustentabilidade (USP). Mestre em Saúde Global e Diplomacia da Saúde (Fiocruz). Especialista em Direito Internacional (UFG). Graduação em Direito (UFG) e Relações Internacionais (PUC/GO). Advogado e membro da Comissão de Direito da Saúde da OAB/GO. Professor Titular da Faculdade Evangélica Raízes de Direito e da Universidade Estadual de Goiás (UEG). Professor da Pós-Graduação do Instituto de Pós-Graduação (IPOG), do Instituto Goiano de Direito (IGD), e da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR). Membro Associado e Diretor Regional para a Região Centro-Oeste do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA). Membro da Comissão Nacional de Direito Médico da Associação Brasileira de Advogados (ABA). Vice-presidente da Comissão Regional de Direito Médico do Centro-Oeste da Associação Brasileira de Advogados (ABA). Membro do Instituto Miguel Kfourí Neto (IMNK) de Direito Médico e da Saúde. Membro do Grupo de Pesquisa e Estudos em Direitos Coletivos da UEG. Membro da Associação Lusófona do Direito da Saúde (ALDIS). Desde 2025 é Chefe da Advocacia Setorial da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia/Goia.

Conselhos de Saúde, previstos na Lei nº 8.142/1990. Esses órgãos colegiados possuem caráter permanente e deliberativo, sendo responsáveis por acompanhar, fiscalizar e deliberar sobre as políticas públicas de saúde em cada esfera de governo (Brasil, 1990).

Entretanto, o desenvolvimento institucional do SUS tem sido marcado por processos contínuos de reorganização administrativa e territorial do sistema de saúde, especialmente a partir da implementação de políticas de regionalização da assistência.

A regionalização constitui estratégia essencial para integrar serviços de diferentes níveis de complexidade e organizar redes de atenção à saúde capazes de garantir continuidade do cuidado à população. Esse processo foi inicialmente consolidado pelo Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990 e estabeleceu diretrizes para a organização das regiões de saúde.

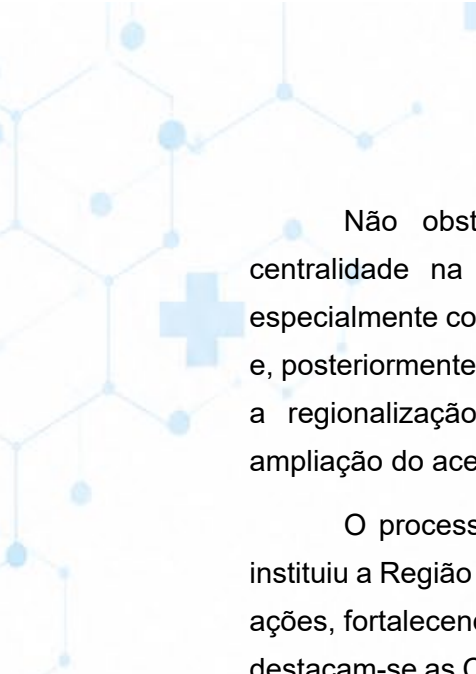
Mais recentemente, a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite nº 01, de 30 de março de 2021, reforçou e atualizou essas diretrizes ao estabelecer parâmetros para a organização das redes de ações e serviços de saúde e para o fortalecimento da governança regional do SUS.

Nesse cenário, observa-se um descompasso institucional entre a escala regional da gestão do sistema de saúde e a estrutura predominantemente municipal do controle social exercido pelos Conselhos de Saúde.

Diante dessa realidade, torna-se necessário discutir a importância da regionalização da atuação dos Conselhos Municipais de Saúde como estratégia para fortalecer a participação popular e aprimorar os mecanismos democráticos de governança do SUS.

II – BREVES CONSIDERAÇÕES ACERCA DA REGIONALIZAÇÃO NO ÂMBITO DO SUS

A regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto princípio organizativo consagrado no art. 198 da Constituição Federal de 1988, configura-se como diretriz estruturante para a organização territorial das ações e serviços de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada. Trata-se de fundamento jurídico e organizacional que orienta a construção de um sistema integrado, equitativo e universal, voltado à garantia do direito à saúde (Shimizu *et al.*, 2021).



Não obstante sua previsão constitucional, a regionalização adquiriu centralidade na política pública de saúde apenas a partir dos anos 2000, especialmente com a edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) e, posteriormente, com o Pacto pela Saúde de 2006. Esses instrumentos reforçaram a regionalização como estratégia para integração dos sistemas municipais, ampliação do acesso e redução das desigualdades regionais (Shimizu *et al.*, 2021).

O processo foi aprofundado com a edição do Decreto nº 7.508/2011, que instituiu a Região de Saúde como espaço territorial de planejamento e execução das ações, fortalecendo os mecanismos de governança interfederativa. Nesse contexto, destacam-se as Comissões Intergestores Regionais (CIR) e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) como instrumentos centrais de pactuação e coordenação (Welz *et al.*, 2025).

A Lei Complementar nº 141/2012, por sua vez, consolidou mecanismos de financiamento e planejamento regional, permitindo maior flexibilidade na gestão de recursos entre entes federados e estabelecendo o planejamento ascendente como diretriz estruturante. Tal arcabouço normativo reforça o caráter cooperativo e solidário do federalismo sanitário brasileiro.

Sob a perspectiva teórica, a regionalização deve ser compreendida como processo político complexo, que envolve redistribuição de poder, articulação entre atores institucionais e construção de mecanismos de governança colaborativa. Nesse sentido, transcende a dimensão técnico-administrativa, incorporando elementos sociais, econômicos e territoriais (Gadelha *et al.*, 2011).

Todavia, a experiência brasileira evidencia que esse processo tem sido marcado por significativa fragmentação, decorrente tanto das especificidades do pacto federativo quanto de escolhas normativas e operacionais que se distanciaram do modelo constitucional de rede única. A ausência de sincronia entre descentralização, municipalização e regionalização contribuiu para a desarticulação do sistema (Shimizu *et al.*, 2021).

A adoção, a partir de 2010, do modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS) intensificou essa fragmentação ao instituir uma lógica de organização por redes temáticas. Embora concebido como estratégia de integração assistencial, esse modelo resultou na sobreposição de múltiplas formas de regionalização sobre um mesmo território. As redes temáticas — como saúde materno-infantil, saúde mental, doenças crônicas, atenção à pessoa com deficiência e urgência e emergência —

passaram a estruturar o sistema de forma segmentada. Tal configuração dificultou a construção de uma rede orgânica e integrada, conforme previsto no texto constitucional (Welz *et al.*, 2025; Santos *et al.*, 2025).

A fragmentação é agravada pela dificuldade de integração de componentes transversais, como a assistência farmacêutica e a vigilância em saúde, comprometendo a integralidade do cuidado. Além disso, a priorização de determinadas redes por gestores locais gera duplicidade de serviços e ineficiência alocativa.

Outro elemento crítico refere-se à coexistência de duas lógicas de territorialização: uma no âmbito municipal, baseada em áreas adscritas e organização da Atenção Primária, e outra no âmbito regional, estruturada por redes temáticas sem delimitação territorial equivalente. Essa dualidade compromete a coerência do planejamento e a continuidade do cuidado (Shimizu *et al.*, 2021).

No campo da gestão, observa-se a fragmentação dos instrumentos de planejamento. Enquanto os municípios utilizam instrumentos vinculados ao ciclo orçamentário (PPA, LDO e LOA), as regiões operam com Planos de Ação Regional (PAR) e Planos Regionais Integrados (PRI), frequentemente desarticulados e sem garantia de financiamento (Welz *et al.*, 2025).

Essa dissociação entre planejamento e financiamento compromete a efetividade da regionalização, dificultando a implementação de políticas integradas e a consolidação de redes assistenciais resolutivas. Ademais, evidencia-se um descompasso entre o desenho territorial e os instrumentos de gestão disponíveis.

Do ponto de vista normativo, verifica-se uma tensão entre o conceito constitucional de rede única e a evolução infralegal que passou a adotar a noção de múltiplas redes. Embora diplomas como a Lei nº 8.080/1990 e o Decreto nº 7.508/2011 reafirmem a unidade da rede, a prática administrativa tem seguido lógica pluralizada.

No âmbito da governança, as Comissões Intergestores Regionais (CIR) emergem como espaços estratégicos de pactuação e decisão, com forte participação dos gestores municipais. Contudo, a participação dos estados e da União ainda se mostra limitada, muitas vezes restrita a atuação normativa e pouco articulada.

No que se refere ao acesso aos serviços, observa-se maior consolidação na Atenção Primária, vigilância em saúde e urgência e emergência. Entretanto,

persistem importantes lacunas na oferta de serviços especializados e de saúde mental, evidenciando desigualdades regionais estruturais (Welz *et al.*, 2025).

A oferta de serviços de média e alta complexidade permanece concentrada em centros urbanos mais desenvolvidos, impondo barreiras geográficas e financeiras ao acesso. Essa concentração reforça a dependência de fluxos intermunicipais e sobrecarrega regiões-polo (Santos *et al.*, 2024).

Adicionalmente, o financiamento da regionalização apresenta-se como um dos principais entraves, marcado por subfinanciamento estrutural e crescente dependência de emendas parlamentares. Tal dinâmica contribui para a fragmentação do planejamento e para a alocação pouco racional de recursos (Leal *et al.*, 2025).

A governança regional também é impactada por fatores institucionais, como limitações da capacidade estatal dos entes subnacionais e interferências de órgãos de controle, que nem sempre consideram as especificidades das políticas públicas de saúde.

Apesar dos avanços institucionais, como a consolidação das CIR e a ampliação da cooperação interfederativa, a regionalização no SUS ainda enfrenta desafios significativos para sua efetivação plena. A persistência de desigualdades territoriais e a fragmentação do sistema indicam a necessidade de aprimoramento contínuo.

Verifica-se, portanto, que a regionalização no Brasil permanece como processo em construção, marcado por avanços e contradições. A superação desses desafios requer o resgate do modelo constitucional de rede única regionalizada e hierarquizada, com fortalecimento da governança, integração dos instrumentos de planejamento e financiamento, e ampliação da participação social, de modo a garantir maior equidade e integralidade no acesso à saúde.

A participação social, nesse contexto, ainda revela-se incipiente, com baixa inserção de usuários e conselhos de saúde nos processos de planejamento regional. Tal fragilidade compromete a legitimidade democrática da regionalização e sua aderência às necessidades da população, como ver-se-á a seguir.

III - PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA REGIONALIZAÇÃO DO SUS: FUNDAMENTOS JURÍDICOS, LIMITAÇÕES PRÁTICAS E IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO EM SAÚDE

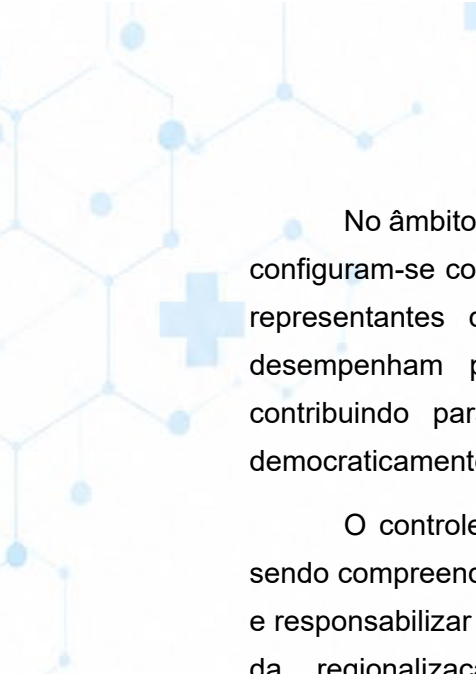
A organização da vida em sociedade e a gestão dos interesses coletivos constituem objeto central das ciências sociais, políticas e jurídicas, revelando múltiplas formas históricas de estruturação estatal e de administração pública. Nesse contexto, a regionalização das políticas públicas, especialmente no campo da saúde, deve ser compreendida como processo complexo que articula dimensões institucionais, territoriais e democráticas, tendo na participação social um de seus principais fundamentos de legitimidade e efetividade.

A participação social, enquanto categoria analítica, apresenta-se como elemento indissociável da democracia e da construção do Estado Democrático de Direito, sendo essencial para a conformação de arranjos institucionais capazes de assegurar a influência da população sobre decisões que impactam coletivamente o território. No âmbito da regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), essa dimensão assume centralidade, uma vez que a organização territorial demanda a articulação entre interesses locais, regionais e nacionais (Fernandes *et al.*, 2025).

A constituição histórica do SUS está intrinsecamente vinculada ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que, desde a década de 1970, já defendia a ampliação da participação popular como elemento estruturante da política de saúde. Tal processo foi intensificado com a redemocratização na década de 1980, consolidando a participação social como pilar essencial da governança sanitária.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da Lei nº 8.142/1990, a participação da comunidade foi institucionalizada como diretriz organizativa do SUS, adquirindo densidade normativa e jurídica. Nesse cenário, a regionalização passa a incorporar a participação social como componente estruturante, de modo que a organização das redes de atenção à saúde reflita as necessidades e demandas da população nos diferentes territórios.

Importa destacar que a participação social transcende a noção estrita de participação da comunidade, abrangendo múltiplas formas de interação entre sociedade e Estado. Essa amplitude conceitual é particularmente relevante para a regionalização, pois evidencia a necessidade de mecanismos diversificados de escuta, deliberação e controle capazes de sustentar a construção de redes regionalizadas e hierarquizadas (Moura *et al.*, 2025).



No âmbito institucional, os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde configuram-se como principais espaços de participação e controle social, reunindo representantes do poder público, trabalhadores e usuários. Tais instâncias desempenham papel estratégico na definição de prioridades e diretrizes, contribuindo para uma regionalização que seja simultaneamente técnica e democraticamente orientada.

O controle social, nesse contexto, assume significado específico no SUS, sendo compreendido como a capacidade da sociedade civil de fiscalizar, influenciar e responsabilizar o poder público. Essa concepção reforça a dimensão democrática da regionalização, ao assegurar maior transparência, *accountability* e responsividade na gestão das políticas de saúde.

Sob essa perspectiva, a regionalização não se limita a um arranjo técnico-administrativo, mas configura-se como processo político que exige interação contínua entre gestores, trabalhadores e usuários. A efetividade das regiões de saúde depende, portanto, da qualidade e da densidade dos mecanismos participativos que as sustentam.

Entretanto, a literatura evidencia que, apesar do robusto arcabouço normativo, a participação social enfrenta limitações práticas significativas. Entre elas, destaca-se a dependência da denominada “vontade política” dos gestores, que condiciona a incorporação das deliberações dos espaços participativos nos instrumentos de planejamento regional (Fernandes *et al.*, 2025).

A ausência de articulação efetiva entre planejamento e controle social constitui um dos principais entraves à regionalização. A dissociação entre as deliberações das conferências de saúde e instrumentos como planos plurianuais, planos de saúde e planos regionais compromete a capacidade de influência da sociedade na organização territorial do SUS.

Apesar da previsão legal e institucional desses mecanismos participativos, diversos estudos apontam que a efetividade do controle social no SUS ainda enfrenta limitações estruturais, institucionais e sociopolíticas (Gomes; Orfão, 2021). O conceito de controle social, entendido como a participação da população na formulação, implementação e fiscalização das políticas públicas, representa um processo histórico relativamente recente no Brasil e ainda em consolidação. Em teoria, os Conselhos e Conferências de Saúde funcionam como arenas públicas de

debate e deliberação, possibilitando a corresponsabilização entre Estado e sociedade civil.

Na prática, entretanto, observa-se que muitos desses espaços não alcançam plenamente o potencial democrático previsto na legislação. Problemas como baixa participação de conselheiros — especialmente representantes do segmento de usuários —, desconhecimento das atribuições institucionais, dificuldades de capacitação técnica e centralização de informações por parte de gestores e profissionais de saúde comprometem a qualidade da participação. Além disso, fatores como medo de represálias, pressões políticas nas decisões deliberativas e escassez de processos de educação permanente limitam a autonomia e a capacidade crítica dos representantes sociais, enfraquecendo a atuação dos órgãos colegiados (Gomes; Orfão, 2021).

A complexidade dos instrumentos de gestão e planejamento também se apresenta como obstáculo à participação qualificada. A dificuldade de compreensão de relatórios, indicadores e peças orçamentárias limita a atuação dos conselheiros e compromete a qualidade das decisões no âmbito da regionalização.

Nesse sentido, a insuficiência de capacitação técnica e política dos conselheiros emerge como fator crítico. A ausência de formação continuada dificulta o exercício pleno das funções de controle social, reduzindo a autonomia dos participantes e fragilizando a governança regional hierarquizadas (Moura *et al.*, 2025).

Outro aspecto relevante refere-se à representatividade nos espaços participativos. A baixa rotatividade de membros e a limitada diversidade de segmentos sociais comprometem a pluralidade de vozes, essencial para a construção de uma regionalização equitativa e sensível às desigualdades territoriais.

A assimetria de conhecimentos entre os diferentes segmentos representados nos conselhos agrava esse cenário. A predominância de atores com maior domínio técnico tende a concentrar o poder decisório, dificultando a efetiva participação dos usuários e comprometendo o caráter democrático das deliberações.

Tal problemática é intensificada pela utilização recorrente de linguagem técnica e especializada, fenômeno denominado hipercodificação, que restringe a compreensão dos conteúdos debatidos e limita o engajamento de segmentos menos

familiarizados com o jargão técnico, dificultando a democratização dos processos decisórios (Fernandes *et al.*, 2025).

No que concerne à transparência, verifica-se que a publicização das decisões e deliberações ainda é insuficiente. A ausência de mecanismos eficazes de divulgação reduz o acesso da população às informações e enfraquece o controle social sobre a implementação das políticas regionalizadas (Araújo *et al.* 2023).

As desigualdades estruturais entre as regiões brasileiras também impactam diretamente a participação social. A insuficiência de infraestrutura, especialmente no acesso às tecnologias digitais, limita a comunicação, o engajamento e a capacidade de mobilização social nos territórios (Araújo *et al.* 2023).

Nesse contexto, a tecnopolítica emerge como elemento relevante, ao evidenciar o papel das tecnologias na mediação das relações participativas. Embora o uso de ferramentas digitais amplie as possibilidades de interação, também revela novas formas de exclusão, especialmente em regiões com baixa inclusão digital (Fernandes *et al.*, 2025). A experiência da pandemia de COVID-19 evidenciou tanto o potencial quanto os limites dessas tecnologias, ao mesmo tempo em que ampliou o uso de plataformas virtuais e expôs desigualdades no acesso e na participação, impactando diretamente os processos de controle social e regionalização.

Diante desses desafios, iniciativas de capacitação e formação em monitoramento e avaliação mostram-se estratégicas para o fortalecimento do controle social. A qualificação dos conselheiros contribui para reduzir assimetrias de conhecimento, ampliar a autonomia e fortalecer a incidência nos processos de planejamento regional.

Por fim, conclui-se que a regionalização do SUS permanece condicionada à consolidação de práticas efetivas de participação e controle social. A construção de redes regionalizadas e hierarquizadas exige não apenas arranjos institucionais adequados, mas também o fortalecimento contínuo da democracia participativa, como condição essencial para a efetividade, equidade e legitimidade das políticas públicas de saúde no Brasil.

IV - REGIONALIZAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS: A EXPERIÊNCIA INOVADORA DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA

Verificou-se que a fragmentação do sistema de saúde, decorrente da sobreposição de redes temáticas e da coexistência de múltiplas lógicas de territorialização, dificulta a construção de uma rede regionalizada e hierarquizada, conforme preconizado pelo texto constitucional. Essa fragmentação impacta diretamente a capacidade de atuação dos conselhos de saúde.

Outro fator crítico observado refere-se às assimetrias de conhecimento técnico entre os membros dos conselhos, que tendem a concentrar o poder decisório em atores mais especializados, limitando a participação efetiva dos usuários. A utilização de linguagem técnica excessiva — fenômeno da hipercodificação — agrava esse cenário, restringindo a democratização do debate.

De mais a mais, a baixa representatividade e a reduzida diversidade de atores sociais nos espaços participativos comprometem a pluralidade de vozes, elemento essencial para a construção de políticas equitativas e sensíveis às desigualdades territoriais. Soma-se a isso a insuficiência de mecanismos de transparência e publicização das decisões.

Diante desse cenário, torna-se imprescindível repensar os modelos tradicionais de controle social, incorporando novas estratégias que permitam sua atuação em escala regional. É nesse ponto que se insere a proposta de regionalização dos Conselhos Municipais de Saúde, como forma de alinhar o controle social à lógica territorial da gestão do SUS.

A experiência do Estado da Bahia, por meio do “Plano de Atuação Regionalizada do Conselho Estadual de Saúde”, representa uma iniciativa inovadora nesse sentido. O projeto, desenvolvido em parceria com o Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA) e a OPAS/OMS, propõe uma atuação descentralizada e articulada entre o Conselho Estadual e os Conselhos Municipais.

Tal iniciativa tem como objetivo fortalecer a participação social e ampliar a capacidade de atuação dos conselhos nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação das políticas de saúde, promovendo uma integração efetiva entre as diferentes instâncias de controle social.

A metodologia adotada, baseada em diagnóstico participativo, oficinas regionais e construção coletiva de propostas, evidencia a importância de processos formativos e dialógicos para o fortalecimento da governança democrática. As oficinas macrorregionais, em especial, desempenharam papel estratégico na capacitação dos conselheiros e na identificação de desafios concretos.

Os resultados preliminares indicam avanços significativos na compreensão dos conselheiros sobre a regionalização, bem como no fortalecimento da articulação interfederativa e na construção de uma identidade regional entre os atores envolvidos. Destaca-se, ainda, a criação de instrumentos inovadores, como a plataforma digital de apoio à atuação dos conselhos.

Não obstante, o diagnóstico revelou obstáculos importantes, como deficiências conceituais, dificuldades na compreensão dos instrumentos de gestão e confusão quanto aos papéis institucionais dos diferentes atores. Tais desafios reforçam a necessidade de investimentos contínuos em educação permanente.

A proposta de regionalização do controle social, portanto, não se limita a uma reconfiguração institucional, mas implica a construção de novas práticas políticas e pedagógicas, capazes de promover maior integração entre sociedade e Estado. Trata-se de um processo que exige mudança cultural e fortalecimento das capacidades institucionais.

Sob o ponto de vista metodológico, a experiência baiana demonstra a relevância da articulação entre diagnóstico empírico e normatividade jurídica, permitindo a construção de soluções aderentes à realidade territorial e juridicamente fundamentadas.

Nesse sentido, a regionalização dos conselhos de saúde configura-se como estratégia promissora para superar a fragmentação do controle social e ampliar sua efetividade na governança do SUS. Ao alinhar a escala de atuação dos conselhos à escala da gestão, promove-se maior coerência institucional.

Por fim, conclui-se que a consolidação de um modelo regionalizado de controle social constitui condição essencial para o fortalecimento da democracia participativa no SUS. A experiência da Bahia aponta caminhos inovadores e replicáveis, contribuindo para o aprimoramento das políticas públicas de saúde no Brasil.

Assim, a regionalização dos Conselhos de Saúde, articulada sob a coordenação dos Conselhos Estaduais, apresenta-se como alternativa viável e necessária para assegurar maior efetividade, equidade e legitimidade à gestão do sistema de saúde, reafirmando o papel da participação social como eixo estruturante do Estado Democrático de Direito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, B. de O.; NASCIMENTO, M. A. A. do; ARAÚJO, M. de O.; JULIANO, I. A. Atuação do controle social para a garantia do acesso à saúde como direito. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 23, n. 7, e12746, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e12746.2023>. Acesso em: 20 mar. 2026.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 mar. 2026.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 20 mar. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 mar. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 20 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 1, de 30 de março de 2021. Estabelece diretrizes para a regionalização e organização das redes de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 mar. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 20 mar. 2026.

CARVALHO, Gilson. Participação da comunidade na gestão do SUS. São Paulo: Hucitec, 2013.

FERNANDES, F. M. B. et al. Desafios metodológicos e tecnopolíticos da participação e controle social em saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 34, n. 4, e240528pt, 2025.

FLEURY, Sonia. *Democracia, descentralização e desenvolvimento*. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

GADELHA, C. A. G.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 3003–3016, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600038>. Acesso em: 20 mar. 2026.

GOMES, J. F. de F.; ORFÃO, N. H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 131, p. 1199–1213, 2021.

INSTITUTO DE DIREITO SANITÁRIO APLICADO (IDISA). Relatório técnico parcial: Projeto Plano de Atuação Regionalizada do Conselho Estadual de Saúde da Bahia. Carta Acordo SCON2025-00138. Salvador: IDISA, 2025. Relatório referente ao período de 01 out. a 31 dez. 2025.

LEAL, J. G. R. P.; LIMA, L. D. de; BERTHOLINI, F. Mapeando escolhas: emendas parlamentares e alocação de recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS) em tempos de impositividade. *Revista Brasileira de Ciência Política*, v. 44, e289431, 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: OPAS, 2011.

MOURA, Marília Jacqueline Ferreira de et al. O papel do controle social no SUS para uma gestão de qualidade: uma revisão integrativa. *Revista Ciência Plural*, v. 11, n. 3, p. 1–16, 2025. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/40736>. Acesso em: 20 mar. 2026.

PAIM, Jairnilson. *Reforma sanitária brasileira*. Salvador: EDUFBA, 2008.

PAIM, Jairnilson. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

SANTOS, Adriano Maia dos et al. Dinâmica da regionalização e repercussões dos vazios assistenciais na comercialização da saúde em municípios rurais remotos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 40, n. 8, e00194523, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT194523>. Acesso em: 20 mar. 2026.

SANTOS, Daiane Cordeiro dos et al. Trajetória assistencial em uma rede interestadual de saúde: desafios para garantia do cuidado e o necessário fortalecimento da regionalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 29,

e250213, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.250213>. Acesso em: 20 mar. 2026.

SHIMIZU, H. E. et al. Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 3385–3396, 2021.

WELZ, L. et al. Da regionalização territorial às redes temáticas: quais as repercussões para a responsabilidade sanitária e o modelo de regionalização da atenção no SUS? *SciELO Preprints*, 2025. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.12270. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/12270>. Acesso em: 20 mar. 2026.