

CAPÍTULO 4

GOVERNANÇA E REGULAÇÃO REGIONAL DO SUS

Ana Meira¹

Geralda Carvalho²

Pedro Ivo Freitas de Carvalho Yin³

Marília Louvison⁴

Oswaldo Tanaka⁵

1. Prof.^a Dr.^a do Departamento de Saúde Coletiva da FCMSCSP e Prof.^a Dr.^a da Faculdade Sírio-Libanês. CV disponível em: <http://lattes.cnpq.br/9450635053764704>

2. Mestranda em Saúde Pública da FSP/USP. <http://lattes.cnpq.br/6427216719324183>

3. Doutorando Saúde Pública da FSP/USP. <http://lattes.cnpq.br/5452735582988500>

4. Prof.^a Dr.^a do Departamento de Política, Gestão e Saúde – FSP/USP. CV disponível em: <http://lattes.cnpq.br/4532645395293280>

5. Prof. Sênior da FSP/USP. CV disponível em: <http://lattes.cnpq.br/7688948402243193>

1. INTRODUÇÃO

A governança e a regulação Regional no SUS são produzidas a partir de inúmeras linhas conceituais e metodológicas, podendo ser abordadas por várias dimensões: tais como o sistema de saúde, a atenção à saúde e o acesso à assistência; e a partir das dimensões territoriais: macrorregião, região, municípios, territórios de abrangência de unidades de atenção primária. A governança garante a construção e a sustentabilidade da rede de serviços de saúde, propiciando a efetivação das dimensões do cuidado: profissional, organizacional e sistêmica¹.

Para introduzir esse tema, é importante alinhar e delimitar o que entendemos por princípios, diretrizes e dispositivos de uma política pública, mais especificamente do SUS. Isso porque quando falamos de governança e regulação regional é importante indagar o que é, para que e para quem? Segundo Matta², os princípios do SUS são os alicerces da política ao mesmo tempo que representam valores e preceitos. É estruturante ao mesmo tempo que é ético-político, ou seja, orienta as ações e as políticas. As diretrizes são rumos, rotas estratégicas que organizam o SUS. Apontam caminhos para que os princípios possam ser atingidos. As diretrizes são dinâmicas, podem ser modificadas conforme o contexto, ao contrário dos princípios, que são mais perenes. Já os dispositivos são arranjos concretos, materiais ou imateriais, que podem catalisar processos para que os princípios e as diretrizes do SUS se concretizem no cotidiano de gestão e do trabalho².

Ao tomar a descentralização como princípio, trabalhamos a regionalização como diretriz articulada com a municipalização. Com o tempo, os limites dos municípios de ofertarem serviços que pudessem garantir a integralidade do cuidado, devido à insuficiência de oferta e de regulação de serviços de distintas densidades tecnológicas necessárias para a completude do cuidado em saúde, foram ficando mais claros.

A regionalização foi se consolidando como uma importante diretriz do SUS para a descentralização, e muito mais fortemente a partir dos anos 2000, quando as normativas do Ministério da Saúde priorizaram a região como escala de planejamento federativo governamental dos estados, implantando instrumentos de planejamento e gestão, de abrangência regional; além de definir critérios para a definição das Regiões de Saúde (RS), bem como de espaços de pactuações e cogestão, com o intuito de integrar redes cooperativas de atenção que se articulassem em todos os níveis de complexidade³⁻⁶.

Arelada a essas relações interfederativas e intergovernamentais, consideradas alicerces do SUS, e, especialmente, a partir do movimento de descentralização das ações e serviços de saúde, destaque-se o desafio do equilíbrio e da cooperação dessas relações, por vezes conflituosas e competitivas. Nesse contexto, vem à tona o debate

acerca da prática de gestão por meio da governança, considerada por muitos autores mais abrangente do que as práticas de governo e governabilidade, pois envolve também mecanismos informais não governamentais, assim como a participação da sociedade e de organizações diversas⁷.

É importante problematizar o desafio de produzir arranjos de fortalecimento de uma governança regional que tenha como efeito o aprimoramento do processo de regulação regional, e que a regulação em saúde possa ser dispositivo de articulação de redes de atenção, bem como de processos de planejamento regionais que possibilitem a descentralização das ofertas de saúde e o acesso ao cuidado integral e em tempo oportuno para o enfrentando das iniquidades regionais. Para além de trazer ao debate a importância do fortalecimento de uma prática eficiente de governança de políticas públicas; sabemos que lidamos com uma realidade brasileira marcada por desigualdades regionais importantes e por grandes desafios que se colocam ao avanço da gestão do SUS em todo o território.

2. DESAFIOS PARA A GOVERNANÇA E REGULAÇÃO NOS PROCESSOS DE REGIONALIZAÇÃO

A regionalização como diretriz do SUS foi constituída com base em uma ação que favorecesse a solidariedade e a cooperação entre as autoridades sanitárias dos entes federados. Por intermédio dela, foi colocado na agenda dessas autoridades um pacto intergovernamental, ou seja, os gestores das três esferas federativas (União, estados e municípios) passaram a pactuar responsabilidades nos campos da gestão, da atenção e do cuidado à saúde, com o objetivo de superar as lacunas de acesso enfrentadas com a descentralização⁵.

A partir dos anos 2000, a descentralização ganhou destaque no sentido de fortalecimento das RS, contribuindo para o diálogo da regionalização. Mais recentemente, esse processo ganhou impulso com a promulgação do Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990, no que diz respeito ao planejamento à assistência à saúde e à articulação federativa na organização do SUS^{3,8}. O modelo político jurídico e administrativo do SUS necessita discutir a adoção no âmbito da gestão pública, de novos paradigmas capazes de garantir governança, interação e integração das ações e serviços de saúde de todos os entes federativos nas redes de saúde⁹.

Nesse sentido, e tendo em vista que a oferta de ações e serviços do SUS deveria ser organizada com base na criação de RS, a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu diretrizes para organização das RAS no âmbito do SUS, com o objetivo estratégico de concretizar as RS articuladas para superação da fragmentação

histórica do cuidado, através de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas e naturezas jurídicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado¹⁰.

O Decreto nº 7.508/2011 define um novo instrumento para formalização de acordo de colaboração entre os entes federados, o Contrato Organizativo da Ação Pública (Coap), a ser assinado pelos prefeitos e secretários municipais de saúde da região; pelo governador e secretário estadual de saúde, e pelo Ministro da Saúde. O Coap é identificado como a possibilidade de promover a interlocução entre os responsáveis envolvidos na identificação e na solução dos problemas de saúde, considerando as diferentes culturas e os distintos atores no território a inovadora governança regional³.

O Decreto nº 7.508/2011, que complementou a Lei nº 8.080/90, propôs uma reestruturação na descentralização dos serviços de saúde. Isso significou que os serviços continuaram a ser oferecidos em diferentes níveis de complexidade, em áreas específicas e para grupos específicos de pessoas. No entanto, a ideia central é de que a oferta de ações e serviços do SUS fosse organizada com base na criação de RS, conforme mencionado na Portaria nº 4.279/2010 citada acima⁸.

É inegável a importância que esse decreto teve para o fortalecimento da estratégia de regionalização em todo o país. No entanto, para isso, levantou-se a necessidade de construir um sistema com base na cooperação e na solidariedade dos entes federados, fortalecendo suas relações, como forma de organizar redes regionalizadas que pudessem efetivar o cuidado integral de saúde, com acesso garantido e em tempo oportuno^{11,12}.

A integralidade da atenção está atrelada a um modelo de gestão que materialize o SUS como uma Rede Regionalizada de Saúde no cotidiano da gestão e dos serviços, pois:

A integralidade da assistência não se esgota em um município, estado ou região, e sim numa rede interfederativa, de caráter municipal, estadual e interestadual. Essa rede é composta pelo conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde municipais, estaduais e federais que conforma o SUS nacional, cabendo a todos garantir, de forma articulada, a saúde pública [...] Por isso, uma rede de serviços intermunicipal e interestadual dará conta de manter um conjunto integrado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade, capaz de garantir o direito à saúde^{9 (p. 105)}.

O desafio da universalidade com resolutividade, por meio da garantia do princípio da integralidade e da descentralização com transferência do poder decisório para as esferas subnacionais, fortalecendo-as, ganha força na agenda da saúde por meio do processo de regionalização. Confere-se, então, nova perspectiva para o processo de descentralização, ampliando-o para além da municipalização da saúde, fortalecendo a

regionalização das ofertas dos serviços de saúde como importante mecanismo de garantia da qualidade do acesso¹³.

No entanto, o processo de regionalização e suas diferentes normativas, políticas e dispositivos ainda não garantiram o acesso equânime ao cuidado integral e em tempo oportuno para toda a população brasileira, reforçando que população não é uma categoria universal e homogênea, mas representa uma diversidade étnica/racial, cultural e socioeconômica atravessada por um forte componente territorial. As iniquidades macrorregionais e regionais têm um aspecto histórico que, ao longo do processo de industrialização, produziu um desenvolvimento regional e urbano que concentrou poder político/administrativo e a centralização dos agentes e das atividades econômicas em alguns polos privilegiados^{14,15}.

Segundo Oliveira¹⁶, a maior capacidade instalada do SUS coincide com a organização dos polos mais dinâmicos da economia, que representam as cidades com mais de 100 mil habitantes, que além de apresentar mais capacidade de economia de escala, também concentram a maior parte do financiamento em saúde¹⁶. Sendo assim, como pensar na equidade do acesso em saúde se considerarmos que atualmente, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE), o Brasil tem mais de 5,5 mil municípios, sendo que 41 deles têm mais de 500 mil habitantes? Essa faixa concentra 58,8 milhões de pessoas. Outras 278 cidades têm entre 100 mil e 500 mil moradores. Ou seja, cerca de 5% das cidades brasileiras concentram mais da metade da população, enquanto em torno dois terços dos municípios no Brasil têm menos de 20 mil habitantes, representando aproximadamente 12% da população brasileira¹⁷.

Para Oliveira¹⁶, a descentralização deveria ser vista como um processo heterogêneo e inovador, construído de forma diferenciada de acordo com as características regionais e intrarregionais, em virtude do seu desenvolvimento, porte e sociodiversidade. Esses instrumentos, enquanto indutores dos processos de descentralização e constituintes de uma agenda de governança regional, não levam em conta a amplitude dos problemas e as especificidades próprias das características das regiões, impondo fórmulas e condicionantes inadequadas às realidades locais¹⁶.

A partir dessa constatação, podemos identificar inúmeros limites, mas principalmente o limite dos processos de governança por causa da disparidade de poder político e administrativo entre os entes federados. A regulação não está fora desse processo de fragilidade da governança regional e seus limites. Governança e regulação regional são indissociáveis, e refletir sobre elas é pensar em como produzir novas formas de descentralização do SUS, em que o fortalecimento da regionalização e suas respectivas RAS possam ser dispositivos de enfrentamentos das iniquidades de acesso e assistenciais.

3. COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS E REGULAÇÃO REGIONAL ENQUANTO DISPOSITIVOS DE GOVERNANÇA

O termo governança ganhou força a partir das transformações do papel do Estado, que, principalmente a partir da década de 1980, perdeu centralidade na formulação, execução e gestão das políticas públicas ao transitar do paradigma clássico da administração pública weberiana para a nova gestão pública¹⁸. O termo passou a ser usado para descrever e explicar processos relacionados com o exercício de poder e de tomada de decisão, em uma sociedade complexa e policêntrica na qual as políticas começaram a ser produzidas sob a influência de conjuntos mais amplos de atores e instituições. Assim, governança também está relacionada com a emergência de novas organizações e atores, não apenas os governamentais, mas também os agentes privados, as comunidades profissionais e os movimentos sociais, com capacidade para conduzir as políticas públicas¹⁹⁻²¹.

No campo da política pública em saúde, entre as diversas produções pesquisadas, é consenso que a governança se torna um conceito pertinente. Isso porque a política de saúde é caracterizada pela presença de diversos atores, interesses e lógicas, muitas vezes antagônicos, como a mercantil e a corporativa, que frequentemente concorrem e disputam com a lógica pública do direito à saúde. Outra característica importante é o desenho institucional e administrativo do SUS, cujos princípios e diretrizes, como a descentralização e a complementariedade do sistema por meio da participação da iniciativa privada, convocam mecanismos de governança. Estes são dados pela organização do SUS: a relação tripartite entre entes federados, o que exige uma série de processos contratuais, incluindo repartição financeira; a contratação de serviços e compra de insumos, o que inclui empresas privadas com e sem fins lucrativos; a autonomia relativa dos prestadores; a influência de entidades profissionais com suas agendas corporativas; e a participação de inúmeros grupos e movimentos sociais. Tudo isso atravessado por um importante componente que é o da governança regional.

Ao pesquisarmos referências que trabalham com o tema governança em saúde, encontramos muitas publicações sobre governança regional e seus arranjos. Majoritariamente, esses trabalhos põem em análise o funcionamento das Comissões Intergestores Regionais (CIR)²⁰⁻²². A CIR se coloca como uma instância de governança regional que visa à tomada de decisão compartilhada, baseada na interdependência e na cooperação, com protagonismo de todos os gestores regionais. Entretanto, fatores como a fragmentação da estrutura de assistência à saúde e a incipiente capacidade de operar

na lógica do cuidado vão de encontro às possibilidades de coordenação da rede regional, dificultando o acesso integral às ações e serviços de saúde²³. Além disso, se a CIR não trazer o conjunto de atores políticos e suas intenções para a roda de pactuações a que se propõe, ora perderá potência e possibilidades, ora se transformará em um instrumento burocrático e com processos pouco sustentáveis¹⁵.

Outra fragilidade encontrada é o papel incipiente do estado, em alguns espaços ausentes dessas discussões, acarretando maior responsabilidade dos municípios na condução de políticas e ações em busca do fortalecimento regional. No estudo de Meira et al.²⁴, notou-se o grande papel dos municípios nas ações de enfrentamento da pandemia e a união destes, fortalecendo o papel da regionalização e ampliando a importância da governança em saúde, além do que esse momento vivido teve ganho na legitimidade das direções regionais, que puderam sair fortalecidas exercendo a função de coordenação regional de fato.

Elencando todos esses fatores, há de se pensar em como a regulação em saúde se insere nesse contexto, especialmente, na garantia do acesso e da oferta de serviços. Por isso, é importante entender a dinâmica de provisão desse acesso, além do deslocamento dos pacientes até os serviços de saúde, buscando garantir o cuidado integral, principalmente ao compreender que as características geográficas e políticas, bem como o desenho das RAS, se configuram como determinantes do território macrorregional¹¹.

A formação das macrorregiões no Brasil é recente e passa por mudanças ao longo desse tempo. Nesse sentido, uma experiência de organização regional foi proposta pelo estado de São Paulo ao instituir as Redes Regionais de Assistência à Saúde (RRAS), ainda em 2011 (Deliberação Comissão Intergestores Bipartite – CIB nº 36/2011), compostas por serviços de várias densidades tecnológicas articulados entre si, cujo objetivo principal seria promover a integralidade da atenção à saúde.

Na sequência da aprovação da CIB nº 36/2011, foi aprovada a Deliberação CIB nº 6/2012, com as Diretrizes para a Regulação da Assistência no estado de São Paulo, direcionada para a Regulação de Acesso ou Assistencial. O documento reconhece que a estruturação das redes de saúde e o planejamento das ações em muitas regiões são inadequados, desarticulados ou incompletos, o que dificulta o acesso da população a determinados serviços de saúde. Por isso, a organização da regulação estadual pretendia tornar o acesso aos serviços de saúde mais justo, equitativo e adaptado às necessidades da população e ao potencial do sistema de saúde, assegurando prontidão, qualidade e eficiência. Prevvia, também, Centrais de Regulação de abrangência municipal e/ou regional nas seguintes modalidades: Urgência, Internações, de Consultas e de Serviços de Apoio diagnóstico e terapêutico. Se regional, sugeria reunir as ofertas municipais

e estaduais em uma única central, seguindo os protocolos estabelecidos, organizando referências e a transição do cuidado entre os serviços de diferentes complexidades.

Apesar dos esforços envidados pela CIB/SP, o Complexo Regulador da RRAS, no estado de São Paulo, não se concretizou. Atualmente, funciona de forma centralizada sob gestão estadual por meio de Organização Social de Saúde (OSS) que regula as vagas disponíveis nos serviços estaduais presentes nas RS. A Cross é acionada quando os recursos municipais se esgotam – por intermédio do Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo (Siresp), cada serviço de saúde solicitante, estadual ou municipal, consegue visualizar os serviços hospitalares de urgência disponíveis em sua RRAS. O Siresp também disponibiliza o agendamento de consultas e procedimentos especializados nos serviços sob gestão estadual, orientado por protocolos de acesso.

Dessa forma, alguns desafios se colocam na regulação regional proposta para o estado de São Paulo. Constata-se que a maioria das RRAS não consegue garantir a integralidade do cuidado; a prática acentuada da “vaga zero”, por exemplo, poderia induzir oportunamente a ampliação da capacidade das redes ou a implementação de novos serviços, o que não acontece. O planejamento regional previsto não se concretiza na medida em que decisões individuais se sobrepõem aos pressupostos da política de regulação do sistema de saúde regional. Nesse sentido, operacionalizar a regulação regional requer estratégias de gestão das listas de espera dos municípios que compõem a RRAS, refletindo que, ao tentar unificar as demandas, haveria a possibilidade de maior resolutividade e equidade no acesso. Para isso, seria necessário reconhecer os processos de microrregulação assistencial a partir das unidades de atenção primária que assumiriam seu papel de coordenadoras do cuidado e ordenadoras da RAS.

Essas fragilidades não são exclusivas do estado de São Paulo. Em estudo de Viana et al.²⁵, a regionalização em nosso país consiste em ações isoladas, ligadas à criação de serviços específicos, no lugar de se configurar como um espaço de planejamento regional focalizado na formação de redes e sistemas de cuidados integrados. Para tanto, configura-se como um processo frágil que impõe diversos fracassos às tentativas de implementação de uma regulação regionalizada²⁵.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada vez mais, faz-se necessário ampliar o debate de regionalização e planejamento em saúde, fortalecer os princípios do SUS, reafirmar o direito constitucional de acesso à saúde e em todas as suas necessidades. Nesse intuito, lança-se o desafio de aprimoramento dos espaços de decisões, orientados pelas necessidades de saúde da população, com o objetivo de fortalecer as ações e os serviços de saúde, garantindo o

acesso do usuário de maneira equânime e integral e implementando, gradativamente mais, as RAS como forma de implementar e estruturar as RS, passo fundamental para efetivação da regionalização.

Dois pontos essenciais podem ser levantados ao se referir a essa questão: o fortalecimento das RS e a importância do papel da regulação no acesso dos usuários aos serviços e equipamentos de saúde das RS. No sentido de organização desse processo, foi constituída a CIR, como forma de o fortalecimento das decisões e estruturação das RAS, sendo um espaço deliberativo, ocupado por gestores municipais de saúde, que oportunizam o papel da governança regional, visando discutir questões de saúde e elaborar ações e estratégias que busquem minimizar a fragmentação da atenção, aprimorando a organização das ofertas de vagas e serviços de saúde.

Para tanto, seria de grande importância a regulação assumir seu papel na racionalidade dos fluxos de pacientes nessas RS, assim como para além delas, principalmente, encontrando soluções harmônicas que aprimorassem esses desenhos regionais, otimizando a distribuição de serviços e ampliando o acesso, além de minimizar as desigualdades em saúde. Atualmente, há de se levantar o desafio da implantação de um Complexo Regulador regional, que poderia facilitar o processo de definição de referências regionais e distribuição dos recursos assistenciais de forma regionalizada, articulada e hierarquizada. No entanto, ainda, se nota um papel incipiente ou até mesmo inexistente dessa regulação regional, ficando esta muito restrita aos municípios e estados, como citado no caso da Cross²⁶.

Referências

1. Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(37):589-99. DOI: [10.1590/S1414-32832011000200021](https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021)
2. Matta GC. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: Matta GC, Pontes ALM, organizadores. *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ; 2007. p. 61-80. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3).
3. Ribeiro PT, Tanaka OU, Denis J-L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(4):1075-84. DOI: [10.1590/1413-81232017224.28102016](https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28102016)

4. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União. 2002 fev 28.
5. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. 2006 fev 23.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa, Coordenação-Geral de Cooperação Interfederativa. Tabela com a composição das regiões de saúde (atualizada em 24/05/2016) – Evolução das Regiões de Saúde – Brasil 2007 a 2016 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde: 2016 [citado 2016 jul 4]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1033-s-gep-raiz/dai-raiz/cgci/cgci-l1/14145-regionalizacao>
7. Aciole GG. Redes interfederativas de saúde: um arranjo assistencial instituinte ou uma nova estratégia gerencial? Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(3):1681-3. DOI: [10.1590/S1413-81232011000300003](https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300003)
8. Presidência da República (BR). 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. 2011 jun 29.
9. Santos L, Andrade LOM. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas-SP: Saberes editora, 2009.
10. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2010 dez 31
11. Guerra DM, Louvison MCP, Chioro A, Viana ALD. Índice de Dependência Regional e Macrorregional: uma contribuição ao processo de regionalização do SUS. Saúde Debate. 2023;47(138):431-43. DOI: [10.1590/0103-1104202313805](https://doi.org/10.1590/0103-1104202313805)
12. Hartz e Contandriopoulos, 2004. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZsrBLQhvJHk7dXPwqHjhPkG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 18 de novembro de 2024
13. LIMA, Luciana Dias de et al . Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. Cad. Saúde Pública 2019; 35 Sup 2

14. Santos M, Silveira ML. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro/São Paulo: Record; 2001. 471p
15. Louvison M. Regionalização dos sistemas de saúde como resposta às desigualdades territoriais: um debate necessário. Cad Saúde Pública. 2019;35:e00116019. DOI: [10.1590/0102-311X00116019](https://doi.org/10.1590/0102-311X00116019)
16. Oliveira PTR. Desigualdade Regional e o Território da Saúde na Amazônia. Belém: EDUFPA; 2008. v. 1000. 248p.
17. Bacelar WKA. análise da pequena cidade sob o ponto de vista político-administrativo. In: Dias PC, Santos J. Cidades médias e pequenas: contradições, mudanças e permanências nos espaços urbanos. 94. ed. Salvador: SEI; 2012. v. 1000. 238p.
18. Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. Cad Saúde Pública. 2006;22:S35-45. DOI: [10.1590/S0102-311X2006001300013](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001300013)
19. Almeida JDL. História do Brasil. Brasília: FUNAG; 2013. 595p.
20. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG. Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. Novos Caminhos, n. 8. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. [local desconhecido]: Região e Redes; 2016.
21. Fleury S, Ouverney ASM, Kronemberger TS, Zani FB. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2010;28(6):446-55.
22. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG, Melo ECP, Oliveira EXG, Carvalho MS, et al. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. Cad Saúde Pública. 2019;35:e00094618. DOI: [10.1590/0102-311X00094618](https://doi.org/10.1590/0102-311X00094618)
23. Silva BRV, Sobral Neto JP, Leal EMM. Governança regional da Rede Cegonha: um estudo de caso da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco. In: Gurgel Junior GD, Pacheco HF, Oliveira SRA, Santos FAZ, organizadores. Mecanismos de governança e regulação pública no SUS – Programa Rede Cegonha: experiências e desafios institucionais Recife: Ed. UFPE; 2021. p. 18-45.
24. Meira ALP, Godoi LPS, Ibañez N, Viana ALD, Louvison MCP. Gestão regional no enfrentamento à pandemia da Covid-19: estudo de casos em São Paulo. Saúde Debate. 2023;47(138):418-30. DOI: [10.1590/0103-1104202313804](https://doi.org/10.1590/0103-1104202313804)
25. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS, et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. Saude Soc. 2015;24(2):413-22. DOI: [10.1590/S0104-12902015000200002](https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200002)

26. Meira ALP. Acesso à saúde e as desigualdades regionais: um olhar para regulação. Radar Ibê [Internet], 2022 mar 29 [citado 2024 set 4]. Disponível em: <https://radar.ibegesp.org.br/acesso-a-saude-e-as-desigualdades-regionais-um-olhar-para-regulacao/>