



Octubre 2017 - ISSN: 1988-7833

A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: CONTRIBUIÇÕES PARA REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS

Maria Silva Gomes

Mestranda em Planejamento Urbano e Regional
pela Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP).
São José dos Campos, SP, Brasil. marah.silva34@gmail.com

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Maria Silva Gomes, (2017): "A regionalização da saúde no Brasil: contribuições para redução das desigualdades sociais", Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, (octubre-diciembre 2017). En línea:
<http://www.eumed.net/rev/cccss/2017/04/regionalizacao-saude-brasil.html>

RESUMO

O artigo objetiva avaliar o processo de regionalização da saúde no Brasil, verificando as suas principais contribuições para a redução das desigualdades sociais. A regionalização consiste em um segmento técnico-político que está vinculada de modo espacial para contribuir com o planejamento na constituição e administração de redes de intervenções e serviços de saúde assim como em resposta aos problemas sociais, a partir da integração de diferentes campos da atenção à saúde e a articulação de políticas econômicas e sociais voltadas para o desenvolvimento e a redução das desigualdades regionais. Portanto, diante das tendências atuais de mudanças das desigualdades regionais em saúde no Brasil, os resultados para a proteção social são incertos e dependem da centralidade conferida às políticas sociais de caráter universal no modelo desenvolvimento a ser construído para as próximas décadas.

Palavras-chave: Processo de Regionalização, Políticas de Saúde, Desenvolvimento, Desigualdades Sociais, Brasil.

ABSTRACT

THE REGIONALIZATION OF HEALTH IN BRAZIL: CONTRIBUTIONS TO REDUCE SOCIAL INEQUALITIES

The article aims to evaluate the process of regionalization of health in Brazil, verifying its main contributions to the reduction of social inequalities. Regionalization consists of a technical-political segment that is spatially linked to contribute to planning in the constitution and administration of networks of health interventions and services and as a response to social problems, from the integration of different fields of attention Health and the articulation of economic and social policies aimed at the development and reduction of regional inequalities. Therefore, given the current trends of changes in regional health inequalities in Brazil, the results for social protection are uncertain and depend on the centrality given to social policies of universal character in the development model to be built for the coming decades.

Keywords: Regionalization Process, Health Policies, Development, Social Inequalities, Brazil.

RESUMEN

LA REGIONALIZACIÓN DE LA SALUD EN BRASIL: CONTRIBUCIONES PARA REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES

El artículo objetiva evaluar el proceso de regionalización de la salud en Brasil, verificando sus principales contribuciones para la reducción de las desigualdades sociales. La regionalización consiste en un segmento técnico-político que está vinculado de modo espacial para contribuir con la planificación en la constitución y administración de redes de intervenciones y servicios de salud así como en respuesta a los problemas sociales, a partir de la integración de diferentes campos de la región atención a la salud y la articulación de políticas económicas y sociales orientadas al desarrollo y la reducción de las desigualdades regionales. Por lo tanto, frente a las tendencias actuales de cambios de las desigualdades regionales en salud en Brasil, los resultados para la protección social son infortunados y dependen de la centralidad conferida a las políticas sociales de carácter universal en el modelo de desarrollo a ser construido para las próxi-décadas.

Palabras clave: Proceso de Regionalización, Políticas de Salud, Desarrollo, Desigualdades Sociales, Brasil.

1 INTRODUÇÃO

A regionalização consiste em um segmento técnico-político que está vinculada de forma espacial para contribuir com o planejamento na constituição e administração de redes de intervenções e serviços de saúde. A descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) é de grande relevância para a garantia de eficiência nos de serviços públicos de saúde. No entanto, não alcançou efetividades na exclusão das desigualdades regionais presentes no acesso e uso dos gastos públicos em saúde, além de não conduzir à integração de serviços de saúde (LIMA et al., 2012).

O SUS é apontado como uma referência no que diz respeito aos serviços de saúde. O SUS está disponível em todo o território nacional, é utilizado de forma individual ou coletiva, sendo de caráter regular e circunstancial. A atuação dos serviços públicos de saúde constitui uma rede regionalizada e hierarquizada, formando um sistema único, conduzido conforme as diretrizes, descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (MELLO et al., 2017; GOMES, 2016).

A regionalização se constituía como uma estratégia de organização racional de ações do Estado, objetivando a inclusão das atividades preventivas, curativas e de reabilitação, assim como integrava um conjunto de propostas em debates na sociedade em conveniência de uma reforma setorial que excedessem as desigualdades causadas pelo modelo histórico brasileiro de ação estatal, construído através do regime autoritário. Dessa forma, no final dos anos 1990 os governos federais preferiam a institucionalização e o fortalecimento da organização descentralizada dos estados e dos municípios. Somente no final de 2000 que a regulação da regionalização obteve prioridade na agenda política no controle nacional do SUS (RIBEIRO, 2015; GOMES et al., 2015).

Assim, a regionalização adquire relevância apenas na virada dos anos 2000, na edição da Norma Operacional de Assistência a Saúde em 2001, reconhecendo que o processo de regionalização terá que favorecer uma racionalidade de planejamento integrado, incluindo os fundamentos de territorialidade no reconhecimento de preferências, a intervenção de sistemas funcionais de saúde. Assegurando a promoção dos cidadãos a todas as ações e serviços fundamentais para solução dos problemas de saúde (VIANA et al., 2010; GOMES et al., 2016).

Segundo Lima et al., (2012) as desigualdades regionais no Brasil são consideradas um impasse persistente, mesmo sendo alvo de políticas públicas há anos. Os serviços de saúde são gravemente comprometidos com as desigualdades regionais e o SUS não oferece atenção igual para todos, dificultando o acesso equitativo, uma vez que o sistema é falho.

Para Ribeiro (2015), o desenvolvimento regional objetiva intervir positivamente no acesso à saúde, uma vez que faz parte de uma análise dos princípios sociais de saúde, como este se sobrepõe no território, contribui com a organização dos serviços integrando-se de forma abrangente, além de inserir várias áreas de atenção à saúde.

No intuito de contribuir com as análises do processo de regionalização assistencial da saúde, este artigo objetiva avaliar o processo de regionalização da saúde no Brasil, verificando as suas principais contribuições para a redução das desigualdades sociais.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico com abordagem descritiva e de tendência temporal, cujos dados foram obtidos no banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Este estudo envolve apenas dados de domínio público que não identificam os participantes da pesquisa, portanto não necessita de aprovação do comitê de ética em pesquisa.

Foram coletados dados dos indicadores socioeconômicos, a oferta e a complexidade de serviços de saúde entre os anos de 2000 a 2017, levando em consideração o crescimento populacional, a distribuição de renda, número de médicos por 1000 (mil) habitantes, número de leitos, internações e os segurados de planos de saúde. A escolha do período de 2000 a 2017 justifica-se por ser em 2000 o ano em que se intensificaram as políticas de regionalização da saúde.

A extração de dados foi feita por uma pessoa, com um formulário padrão e posteriormente foram analisados por outra pessoa. Os dados foram sumarizados em tabelas, organizados de forma quantitativa e analisados utilizando-se a estatística descritiva com a construção de tabelas com médias. As tabelas foram usadas com o objetivo de traçar tendências temporais, distinguir os indicadores socioeconômicos, a oferta e complexidade dos serviços.

3 RESULTADOS

Dentre os indicadores analisados (Tabela 1), constatou-se que a região Sudeste apresentou o maior crescimento populacional, já a região Centro-Oeste apresentou a maior taxa de distribuição igualitária de renda. Quanto à análise da oferta e complexidades dos serviços de saúde, a região Sudeste possui os melhores indicadores, apresentando uma distribuição de 259,080 médicos por 1000 (mil) habitantes e o maior número de leitos.

No que concerne ao número de internação hospitalar destaca-se a região Sul, sendo o número de leitos inferior à demanda. O maior número de segurados por planos de saúde foi apresentado na região Sudeste e o menor na região Norte, logo seguido por Nordeste.

TABELA 1: Indicadores utilizados na construção da pesquisa.

Características demográficas e saúde	Indicadores
Indicadores socioeconômicos	Crescimento populacional
	Renda domiciliar per capita
Oferta e complexidade dos serviços de saúde	Número de leitos por 1.000 habitantes
	Número de médicos por 1.000 habitantes
	Segurados de planos de saúde
	Internações de alta complexidade no SUS

Fonte: Dados do IBGE.

Evidenciou-se na população brasileira uma taxa de crescimento anual de 1,0% no período de 2005 a 2015, segundo IBGE. A avaliação da distribuição da população no Território Nacional pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2015) mostrou que a região Sudeste apresenta o maior quantitativo de habitantes, seguido por Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste (Tabela 2).

TABELA 2: Indicadores socioeconômicos de 2000 a 2017.

Desenvolvimento Socioeconômico	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Crescimento populacional	8,6%	27,6%	41,9%	14,3%	7,6%
Índice de Gini da distribuição do rendimento mensal das pessoas de 15 anos ou mais de idade	0,473	0,484	0,477	0,450	0,498

Fonte: Dados do IBGE.

Considera-se que o Índice de Gini da distribuição do rendimento mensal das pessoas de 15 anos ou mais de idade mostra que as regiões com maior concentração de renda no ano de 2015 são: Centro-Oeste, região Nordeste, a região Sudeste, região Norte e com número mais baixo a região Sul. Os dados do IBGE apontam para uma queda no ano de 2015, que provocou impactos expressivos na atividade econômica do país.

TABELA 3: Indicadores correlacionados com a oferta e complexidade dos serviços de saúde dos anos de 2000 a 2017.

Oferta e complexidade dos serviços de saúde	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Número de médicos por 1.000 habitantes	21.309	84.630	259.080	71.473	38.925
Número de leitos por 1.000 habitantes	1,84	2,02	2,35	2,65	2,32
Internações de alta complexidade no SUS	5,8	5,6	5,7	7,5	7,4
Segurados de planos de saúde	13,3	15,5	36,9	32,8	30,4

Fonte: Dados do IBGE.

O número de médicos por 1000 habitantes apresenta uma grande desigualdade dentre as regiões brasileiras. No ano de 2016 o número de médicos por 1000 habitantes apresentou crescimento comparado com os anos anteriores, a região Sudeste foi a que apresentou maior número de médicos por 1000 habitantes com a região com menor número foi a região Norte, a região Centro-Oeste também apresentou um baixo quantitativo da relação médico-número de paciente, quanto a regiões Nordeste e Sul apresentaram números parecidos.

No que se refere ao número de leitos por 1000 habitantes no ano 2011 a região Sul foi a que se destacou e a que continua apresentando os piores resultados foram as regiões Norte e Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram números parecidos.

O desempenho da esfera pública nas internações de alta complexidade no SUS foi mais abrangente nas Regiões Sul e Centro-Oeste, e as com menor número foram Nordeste e Norte, a região Sudeste apresentou um número parecido com a região Norte e Nordeste.

No resultado da análise quanto ao número de segurado por plano de saúde evidencia-se que a região que aparece com maior crescimento no ano de 2013 foi à região Sudeste, exibindo o maior número de beneficiários do plano de saúde, as regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram números parecidos e as regiões com menor número de beneficiários de planos de saúde foram Norte e Nordeste (respectivamente).

4 DISCUSSÃO

Os estudos realizados a partir dos indicadores sociais permitem estabelecer o conhecimento da realidade brasileira, especialmente, para medir a qualidade de vida, o estado de bem-estar social, a concretização de direitos humanos/sociais e a promoção de serviços. As regiões que alcançam os valores mais elevados de indicadores de desenvolvimento socioeconômico concentram-se nos municípios mais urbanizados, populosos, industrializados e eficientes economicamente. O indicador de oferta e complexidade dos serviços de saúde correlaciona-se com a diversidade dos serviços realizados nas regiões, os mais elevados valores nesse fator assinalam maior oferta e complexidade do sistema de saúde do país (VIANA et al., 2015; GOMES et al., 2016).

No início de 1980 o governo brasileiro elaborou estratégias para integrar a assistência aos serviços de saúde, em meio à transformação democrática do Brasil. A partir das novas mudanças postas pelos Estados brasileiros, a regionalização passou por transformações que contribuíram para instituir um sistema nacional de saúde. A principal estratégia da regionalização era a organização eficiente do Estado na prestação de serviços de saúde. A regionalização tinha como objetivo integrar atividades preventivas, curativas e de reabilitação, a partir da junção entre o governo federal, estadual e municipal (RIBEIRO, 2015).

De acordo com Mello et al., (2017) a regionalização dos serviços de saúde vem ocupando o centro de debate da reorganização do SUS nas últimas décadas. Como pauta das discussões estão a Norma Operacional da Assistência a Saúde, Pacto pela Saúde e o Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. A política regional é fortalecida pela divisão territorial que é organizado por um conjunto de ações e serviços de saúde em um sistema que atua apenas em bases municipais.

A Norma Operacional Básica fundamenta-se, na integralização do poder público municipal. Os poderes públicos estaduais e federais são geralmente corresponsáveis, com autoridade na ausência do poder municipal. A partir do momento em que poder municipal assume a responsabilidade de administrar os serviços de saúde, estará propenso a algumas dificuldades, tais como: falta de equipamentos de média e alta complexidade, dificuldades infraestruturais e deficiência de pessoal qualificado (ALBUQUERQUE et al., 2017).

Nas áreas interestaduais, é frequente que a rede de serviços de saúde precise se estabelecer com unidades situadas em dois lados da demarcação político-administrativa. Portanto, para o aperfeiçoamento do processo de descentralização, é preciso ampliar a ênfase na regionalização e na equidade, contribuindo com a organização de sistemas de saúde operacionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob a responsabilidade da coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde (MELLO et al., 2017)

Em decorrência de vários debates, em dezembro de 2000 o Conselho Nacional de Saúde divulgou um movimento de adesão à proposta de regionalização da saúde e uma autorização constituindo aberturas para o processo. Ainda no mesmo mês, a Comissão Intergestores Tripartite consentiu o primeiro esboço de regulamentação da regionalização da assistência à saúde, apresentado pelo Ministério da Saúde, oficializada por meio da Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, no Diário Oficial de 29 de janeiro de 2001, como a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001 – NOAS-SUS 01/01 (ALBUQUERQUE et al., 2017).

Analisando o art. 198 da Constituição Federal de 1988, que dispõe sobre as ações e serviços públicos de saúde, de modo a complementar a portaria Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002. A NOAS expande as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, coloca a regionalização como mecanismo de hierarquização dos serviços de saúde, intensifica o princípio da equidade, institui ferramentas para a consolidação de competências de gestão do SUS e provém a atualização dos critérios de capacitação de estados e municípios (VIANA et al., 2015).

O Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, pactuaram interesses entre os três gestores do SUS. Os três gestores do SUS têm como princípios a diversidade, preza a as diversificações regionais, reforça a organização das regiões sanitárias, institui mecanismos de cogestão e planejamento regional, valoriza a macrofunção de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (GADELHA et al., 2011).

A instituição do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão contribuem para a materialização de contratos entre os três níveis de poder do SUS e para as reformas institucionais atuais, promovendo inovações na administração dos serviços em prol de se obter mais efetividade e eficiência na execução, do mesmo modo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (LIMA et al., 2012).

O Decreto 7508/11 compete, dentre diversas atribuições, a determinação constitucional de que o SUS precisa ser desenvolvido por uma rede regionalizada e hierarquizada e que suas regiões de saúde, precisam constituir-se para oferecer, no mínimo, ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde, apontando a complementariedade entre essas ações para assegurar, minimamente, um cuidado integral em período adequado (VIANA et al., 2015).

Para Duarte et al. (2015), é importante pensar na política regional de forma adequada a uma realidade que integre distinções histórico culturais do desenvolvimento de gestão contribuindo para a ampliação do SUS de forma igualitária. Com tudo se faz necessário o aperfeiçoamento do planejamento e as práticas de fiscalização e avaliação. E assim a prática social, a regionalização de um sistema de saúde possui dimensão técnica, política, econômica e ideológica que envolve distintos atores que vivem nestes espaços.

4.1 Desenvolvimento regional/territorial

O crescimento populacional e econômico, a oferta e complexidade dos serviços de saúde são condicionantes fundamentais para serem trabalhadas em prol do desenvolvimento eficaz das regiões de saúde no Brasil. As regiões brasileiras apresentam diversidades territorial, econômico, social e cultural. Essas características regionais distintas devem ser levadas em conta para que se possa estabelecer um sistema de saúde que integre todas as demandas respeitando o princípio da equidade. As desigualdades regionais são frutos do contexto histórico que ainda dificultam a adequação das políticas sociais e econômicas do país (VIANA et al., 2015).

A política pública responsável pelo ordenamento territorial em busca de melhorar a distribuição dos espaços é institucionalizada pelo planejamento estatal com a Carta Europeia de Ordenamento Territorial de 1983, entendido como instrumento de redução das desigualdades regionais, organização equitativa do espaço, melhor distribuição das atividades econômicas, proteção ambiental e promoção da qualidade de vida. O documento ressalta a importância de se elaborarem conceitos e princípios comuns, a partir da cooperação entre estados e regiões (DUARTE et al., 2015; GOMES; LAGO, 2016).

O desenvolvimento das políticas na esfera regional sustenta uma semelhança com a estrutura teórica acadêmica inclusa nas ciências humanas. As considerações discutidas pela geografia e a conceituação de região e território auxilia nas práticas de planejamento público. Os estudos sobre a Política Nacional de Desenvolvimento Regional são de extrema relevância por que trazem novos conceitos de desenvolvimento. Uma das considerações mais discutidas é a questão territorial, abordado em alguns momentos como essência do debate regional nos documentos da política (TOPPAN, 2014).

A formulação de estratégias e programas de extensão regional é relevante no conhecimento do processo saúde-doença, pois possibilita a diferenciação do território nacional e as especificidades de cada lugar. Para isso, é essencial a compreensão da região como recorte de um território mais vasto do que o território sanitário (RIBEIRO, 2015; SILVA et al., 2016).

As desigualdades regionais sempre foram foco de preocupação do governo e de debates sobre o modo de intervenção pública. Diferentes visões sobre os processos, fatores e mecanismos envolvidos em suas origens e permanências embasam as variadas estratégias governamentais postas em marcha a partir da segunda metade do século passado. Nos últimos anos, contudo, elas estão intensamente sendo discutidas por teóricos, apresentando suas marcas na diminuição ou moderação das progressivas desigualdades regionais (SILVEIRA FILHO et al., 2016).

O desenvolvimento das novas diretrizes e princípios que orientaram a constituição de uma nova política regional em campo nacional arrastaram-se aproximadamente um ano inteiro, até sua definição na Conferência Nacional de Desenvolvimento Regional em 2013. Novamente conduzida pelo Ministério da Integração e enriquecida com o acúmulo de discussões da Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR), o anterior Governo Federal procurou expandir a participação política convocando os diversos segmentos da sociedade para debater os caminhos de uma nova política governamental em suas unidades federativas. Dentro do Ministério, a Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR) foi o órgão responsável por monitorar esse debate (TOPPAN, 2014).

Os estudos em busca de novos modelos de desenvolvimento mais característicos de cada região são importantes no território nacional, primeiro por que partem de uma análise que destaca a insustentabilidade, em prazo extenso, de processos de crescimento econômico e de desenvolvimento desiguais e suas consequências ao desempenho das nações. Segundo por que o componente ético-político acrescenta a importância de se enfrentar as desigualdades na atualidade, pois consequentemente elas ocasionam uma limitação de oportunidade humana (GALVANESE, 2015).

Em um país como o Brasil com distinções regionais, é necessário que os estudos reconheçam o dever central da saúde nos conceitos de desenvolvimento, sobretudo no que se refere à medida territorial. As contribuições teóricas recentes trouxeram à luz a integração da saúde ao conceito de desenvolvimento, sendo um dos fatores determinantes das condições de vida e bem-estar. Entretanto, seria um reducionismo indesejável restringir a relação entre saúde e desenvolvimento a esta vertente do capital humano, uma vez que diversas são as relações entre os referidos campos (GADELHA, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de regionalização de saúde conseguiu melhorias no decorrer dos anos, desde 2000 com a edição da Norma Operacional de Assistência a Saúde, que incluiu os fundamentos de territorialidade, favoreceu um planejamento que refletisse sobre as condições existentes e tratasse estratégias de ação para superar as desigualdades e alcançar eficiência nos serviços de saúde. Há pouco tempo foi criado o Decreto 7.508, que veio para intensificar alguns conceitos já apresentados pela Lei Orgânica da Saúde (LOA), onde o decreto prioriza a política regional fortalecida pela divisão territorial.

A partir das análises demográficas e de saúde, consta-se que existe uma grande diferença econômica nas regiões e isso consequentemente afeta os serviços de saúde, fazendo com que as pessoas migrem de suas regiões de origem para buscar serviços que demandam alta complexidade em outras regiões. Dessa forma, os municípios assumem uma responsabilidade que não estão preparados.

Com tudo, o processo de regionalização passou por várias modificações e até o momento continua passando por vários desafios, consequentes das diversidades das regiões brasileiras. Dessa forma, a política regional é um instrumento que pode ser usado para minimizar as deficiências do sistema público, uma vez que a valorização da política regional como um espaço de inovação irá superar a política burocrática e clientelista.

Referências

- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi, et. al. **Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017.
- DUARTE, Ligia Schiavon, et al. **Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise**, *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p.472-485, 2015.
- GADELHA, Carlos Augusto Grabois, et al. **Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, v. 6, p. 3003-3016, 2011.
- GALVANESE, Carolina Simões. **Estratégias e instrumentos de redução das desigualdades regionais: um breve levantamento das políticas regionais em marcha na última década**. *Revista Política e Planejamento Regional*, v. 2, n. 1, p. 39-54, 2015.
- GOMES, Raimundo Nonato Silva, et al. **Physical and functional evaluation of vaccination rooms from the public municipal network of Caxias-MA**. *J. Res.: Fundam. Care. Online*, v. 8, n. 1, p. 3793-3802, 2016.
- GOMES, Raimundo Nonato Silva, et al. **Physical and infrastructure conditions of dressing rooms**. *J Nurs UFPE on line.*, v. 10, n. 9, p. 3329-3334, 2015.
- GOMES, Raimundo Nonato Silva; LAGO, Eliana Campelo. **Oral health care in brazil: current panorama**. *ReonFacema*, v. 2, n. 3, p. 247-251, 2016.
- GOMES, Raimundo Nonato Silva. **Políticas de saúde pública no brasil: contexto histórico**. *Rev. Augustus*, v. 21, n. 42, p. 127-136, 2016.
- LIMA, Luciana Dias, et. al. **Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n.11, p. 2881-2892, 2012.
- MELLO, Guilherme Arantes, et. al. **O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017.
- RIBEIRO, Patrícia Tavares. **Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da república federativa do Brasil**. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 403-412, 2015.
- SILVA, Bruna Pontes, et al. **Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2899-2906, 2016.
- SILVEIRA FILHO, Roberto Moreira, et al. **Ações da comissão intergestores regional para gestão compartilhada de serviços especializados no sistema único de saúde**. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, p. 853-878, 2016.
- TOPPAN, Ricardo Nagliati. **A nova política nacional de desenvolvimento regional e os novos caminhos para a gestão do território**. *Saúde e Sociedade*, v.1, n. 1, p. 740-751, 2014.
- VIANA, Ana Luiza D'Ávila, et al. **Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil**. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015.