

Vazios legais e responsabilidade sanitária na regionalização do Sistema Único de Saúde: do desenho territorial às redes temáticas

Legal gaps and health responsibility in the regionalization of the Unified Health System: From territorial design to thematic networks

Vacios legales y responsabilidad sanitaria en la regionalización del Sistema Único de Salud: del diseño territorial a las redes temáticas

Lilian Welz¹, Adelyne Maria Mendes Pereira², Maria Lucia Frizon Rizzotto³, Fernanda de Freitas Mendonça¹

DOI: 10.1590/2358-2898202615011343P

RESUMO O objetivo do estudo foi analisar do ponto de vista normativo o processo de regionalização no sistema de saúde brasileiro. Trata-se de um estudo documental que reuniu cinco normativas legais e dez infralegais publicadas entre 1988 e 2023. Como documentos complementares, foram analisadas as Políticas Nacionais de Atenção Básica, Especializada e Hospitalar. Buscou-se extrair as seguintes informações: ano, normativa, tipo de normativa, conceito de rede, desenho e organização territorial, sendo possível identificar três fases no processo de regionalização: A primeira (1988- 2010) é marcada pelo conceito de regionalização enquanto preceito constitucional e organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS); a segunda (2010-2017) é de transição, com mudanças no conceito de regionalização e não espelhamento entre as normas legais e infralegais; a terceira fase (2017-2023) é a consolidação das normas infralegais e de instrumentalização da regionalização, onde o Planejamento Regional Integrado passa a ser apenas um produto formal sem consequências diretas no processo de regionalização. Como resultado, observa-se um vazio legal e conceitual no SUS pela fragmentação do território em redes temáticas; pela não compreensão da responsabilidade sanitária dos hospitais; pela separação entre desenho regional e planejamento em saúde e pelo aumento expressivo do número de instrumentos de planejamento. Conclui-se que não há espelhamento entre as normas legais e infralegais, recomenda-se a revisão das normativas legais, visando a efetiva regionalização do SUS.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Regionalização da saúde. Níveis de atenção à saúde. Integralidade em saúde.

ABSTRACT The objective of this study was to analyze, from a normative point of view, the regionalization process in the Brazilian health system. This is a documentary study that gathered five legal and ten infra-legal regulations published between 1988 and 2023. As complementary documents, the National Policies for Primary Care, Specialized Care, and Hospital Care were analyzed. The following information was extracted: year, regulation, type of regulation, concept of network, territorial design and organization, making it possible to identify three phases in the regionalization process: The first (1988-2010) is marked by the concept of regionalization as a constitutional and organizational precept of the Brazilian Unified Health System (SUS); the second (2010-2017) is a transition phase, with changes in the concept of regionalization and a lack of mirroring between legal and infra-legal norms; The third phase (2017-2023) is the consolidation of sub-legal norms and the instrumentalization of regionalization, where Integrated Regional Planning becomes merely a formal product without direct consequences in the regionalization process. As a result, a legal and conceptual void is observed in the SUS due to the fragmentation of the territory into thematic networks; the lack of understanding of the health responsibility of hospitals; the separation between regional design and health planning; and the significant increase in the number of planning instruments. It is concluded that there is no mirroring between legal and sub-legal norms, and a review of legal regulations is recommended, aiming at the effective regionalization of the SUS.

KEYWORDS Unified Health System. Regionalization of health planning. Levels of health care. Integrality in health.

RESUMEN El objetivo de este estudio fue analizar el proceso de regionalización en el sistema de salud brasileño desde un punto de vista normativo. Este es un estudio documental que reunió cinco regulaciones legales y diez infralegales publicadas entre 1988 y 2023. Como documentos complementarios, se analizaron las Políticas Nacionales de Atención Primaria, Atención Especializada y Atención Hospitalaria. Se extrajo la siguiente información: año, regulación, tipo de regulación, concepto de red, diseño territorial y organización, lo que permitió identificar tres fases en el proceso de regionalización: La primera (1988-2010) está marcada por el concepto de regionalización como un precepto constitucional y organizativo del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS); la segunda (2010-2017) es una fase de transición, con cambios en el concepto de regionalización y una falta de reflejo entre las normas legales e infralegales; La tercera fase (2017-2023) se caracteriza por la consolidación de las normas sublegales y la instrumentalización de la regionalización, donde la Planificación Regional Integrada se convierte en un mero producto formal sin consecuencias directas en el proceso regionalizador. Como resultado, se observa un vacío jurídico y conceptual en el SUS debido a la fragmentación del territorio en redes temáticas; la falta de comprensión de la responsabilidad sanitaria de los hospitales; la separación entre el diseño regional y la planificación sanitaria; y el aumento significativo del número de instrumentos de planificación. Se concluye que no existe correspondencia entre las normas legales y sublegales, y se recomienda una revisión de la normativa legal con el fin de lograr una regionalización efectiva del SUS.

PALABRAS CLAVE Sistema Unificado de Salud. Regionalización de la salud. Niveles de atención sanitaria. Integralidad en salud.

¹Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.
lilianwelz@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

Introdução

A regionalização enquanto princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS), é uma prática de territorialização regional, com reorientação territorial em áreas sanitárias agrupando municípios de acordo com a proximidade geográfica, porte populacional, estrutura de serviços de saúde e características culturais, econômicas e políticas. A forma racional de organização da territorialização da saúde no SUS deve oferecer acesso e cuidados em saúde de acordo com a complexidade dos problemas de saúde, em uma lógica de que, quanto maior for a incorporação de tecnologias duras, maior a concentração destes serviços de forma regionalizada e inversamente, quanto maior a necessidade de tecnologias leves, maior a concentração destes serviços em nível local. Tanto o âmbito local como o regional compõem a totalidade que é a Região de Saúde na sua capacidade de promover a qualidade e a integralidade do cuidado¹.

A regionalização do SUS deriva dos modelos de saúde europeus que tiveram como base a organização territorial a partir do Relatório Dawson de 1920, adotado como modelo para o sistema inglês após a I Guerra Mundial. O referido relatório continua atual pela sua clareza e relevância, especialmente no que se refere a necessidade de coordenação entre a saúde preventiva e curativa em uma estrutura organizada nos níveis primário, secundário e terciário. A primeira definição de Região de Saúde, ou de área de saúde, como consta do Relatório Dawson, é utilizada até hoje no modelo europeu e deve conter: Serviços Domiciliares, Centros de Saúde Primários, Centros de Saúde Secundários, Hospitais, Serviços Suplementares (em especial para serviços de saúde mental, centros ortopédicos, hospitais para certas doenças infecciosas e centros de recuperação) e a necessidade de referência de um Hospital Docente com escola de medicina para uma população de cerca de dois milhões de pessoas¹.

O Relatório Dawson constata que a “organização da medicina se mostrou inadequada

e não torna os benefícios do conhecimento médico devidamente acessíveis à população”, abordando a “deficiência organizacional”, que havia se tornado “mais evidente com a expansão do conhecimento e a crescente convicção de que é necessário disponibilizar a todos os cidadãos os melhores meios para manter a saúde e curar doenças”¹⁽²⁾, o que implica em uma forte vinculação entre os níveis de atenção: os hospitais têm seus centros de saúde de referência e os centros de saúde tem a sua população de referência e assim, pela organização dos níveis primário, secundário e terciários, constitui-se uma área de saúde.

No Brasil, a descentralização dos serviços de saúde a partir da formação do SUS pela Constituição Federal (CF) de 1988 acontece desalojada do processo de regionalização e construção de áreas sanitárias, com base de referência em hospitais territorializados. Sejam universitários ou não, não se territorializa os hospitais a partir de um determinado número de Unidades Básicas de Saúde (UBS), como no modelo europeu, e opta-se, no Brasil, por uma organização regional via redes temáticas, ao invés da estruturação da rede única/orgânica do SUS. Somente a partir dos anos 2000, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) 01/2001 define a regionalização como um processo que “deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal”⁹⁽²⁾, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. Entretanto, a noção de territorialidade da microrregião à macrorregião, trazida pela Noas, muda conforme as publicações das normativas legais e infralegais³.

Desta forma, no Brasil, o processo de descentralização/municipalização da década de 1990 não caminhou *pari passu* com a

regionalização do SUS a partir da década de 2000, o que foi agravado como descompasso das publicações das políticas nacionais estruturantes que representam a rede única/orgânica do SUS: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Especializada (PNAE) e Hospitalar (PNHOSP), ampliando os desafios do combate às desigualdades regionais e da fragmentação das ações em saúde.

O artigo tem como objetivo analisar do ponto de vista normativo o processo de regionalização no sistema de saúde brasileiro. Para isso investiga a prática da regionalização no Brasil e seus desenhos regionais produzidos à luz da responsabilidade sanitária territorial e traz reflexões sobre a regionalização e suas respectivas fases ao longo de três décadas de construção do SUS, tendo como base desde a Constituição Federal de 1988 até a Resolução de Consolidação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 01/2021.

Metodologia

Como método, utilizou-se da pesquisa documental com a análise da legislação estruturante do SUS, onde foram analisadas toda a legislação publicada sobre regionalização de 1988 a 2025. Os documentos foram selecionados

utilizando como critério as normativas legais e infralegais relacionadas à gestão e regionalização do SUS de 1988 a 2023. A partir do estabelecimento dos critérios, procedeu-se à busca em diferentes sítios eletrônicos: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Sistema de Legislação da Saúde (SLEGIS) e Portal da Legislação do Planalto. O que se procurou em cada normativa foram os conceitos de rede de saúde, seus respectivos instrumentos de planejamento e qual desenho de regionalização estava sendo proposto. Como resultado, analisaram-se cinco normativas legais e dez infralegais, consideradas o núcleo central das normativas do SUS. Como documentos complementares, foram analisadas as políticas estruturantes do SUS, compreendidas como as políticas que definem os níveis primários, secundários e terciários no SUS: Política Nacional de Atenção Básica (2006, 2011 e 2017), Especializada (2023) e Hospitalar (2013). Para a análise dos documentos, buscou-se extrair as seguintes informações: ano, tipo de normativa, conceito de rede, desenho territorial e organização territorial. Considerando que os documentos analisados são de acesso público, foi dispensada a submissão ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos. No *quadro 1*, seguem as normativas legais e infralegais analisadas.

Quadro 1. Normativas legais e infralegais de acordo com o ano de publicação e tipo de normativa. Brasil, 2025

ANO	NORMATIVA	TIPO
1988	Constituição Federal ²	Norma Legal
1990	Lei Orgânica nº 8080/90 ³	Norma Legal
	Lei Orgânica nº 8142/90 ⁴	Norma Legal
1991	Norma Operacional Básica (NOB 91) ⁵	Norma Infralegal
1992	Norma Operacional Básica (NOB 92) ⁶	Norma Infralegal
1993	Norma Operacional Básica (NOB 93) ⁷	Norma Infralegal
1996	Norma Operacional Básica (NOB 96) ⁸	Norma Infralegal
2001	Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) ⁹	Norma Infralegal
2002	Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) ¹⁰	Norma Infralegal
2006	Pacto pela Saúde ¹¹	Norma Infralegal
	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ¹²	Política Estruturante do SUS/Norma Infralegal

Quadro 1. Normativas legais e infralegais de acordo com o ano de publicação e tipo de normativa. Brasil, 2025

ANO	NORMATIVA	TIPO
2011	Decreto nº 7.508/2011 ¹³	Norma Infralegal
	Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011 ¹⁴	Norma Legal
	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ¹⁵	Política Estruturante do SUS/Norma Infralegal
2012	Lei Complementar nº 141/2012 ¹⁶	Norma Legal
2013	Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) ¹⁹	Política Estruturante do SUS/Norma Infralegal
2017	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ²⁰	Política Estruturante do SUS/Norma Infralegal
	Portaria de Consolidação sobre as Redes do SUS nº 03/2017 ²¹	Norma Infralegal
2021	Resolução de Consolidação CIT nº 1/2021 ²⁵	Norma Infralegal
2023	Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES) ²⁶	Política Estruturante do SUS/Norma Infralegal

Fonte: elaboração própria, 2025.

Resultados e discussão

Considerando desde Constituição Federal de 1988 até a Resolução de Consolidação da CIT nº 01/2021 – analisando o núcleo das normativas do SUS e da regionalização como princípio organizativo do sistema – observa-se que há um distanciamento teórico e prático da compreensão constitucional do que é a rede regionalizada e hierarquizada do SUS. A definição de regionalização como rede única/orgânica regionalizada e hierarquizada está presente na Constituição Federal de 1988, na Lei nº 8.080 de 1990, na Noas de 2002, no Pacto pela Saúde (2006), no Decreto Presidencial nº 7.508 de 2011 e na Lei nº 141 de 2012. No entanto, na Portaria de Consolidação das Redes

nº 03/2017 e na Resolução de Consolidação CIT nº 01/2021 – normas infralegais que orientam a regionalização na atualidade, embora se fundamentem na compreensão de uma rede regionalizada e hierarquizada, o conceito muda para Redes de Atenção à Saúde, em alusão às diversas redes temáticas propostas pelo Ministério da Saúde (MS). A regionalização deixa de ser pensada e executada por meio de níveis de complexidade (primário, secundário e terciário) e executados em suas respectivas políticas nacionais estruturantes (PNAB, PNAES e PNHOSP) e passa a ser operacionalizada por meio de redes temáticas de atenção com Planos de Ação Regionais (PAR) e macrorregionais de saúde²⁻²¹. No *quadro 2*, encontram-se os principais destaques das normativas analisadas.

Quadro 2. Organização e desenho territorial nas normativas legais e infralegais do SUS e as mudanças conceituais ao longo do tempo. Brasil, 2025

Nº	Normativa legal e infralegal	Organização territorial e tipos de instrumentos de planejamento	Desenho territorial e conceitos de regionalização
01	CF 88 ²	Planos Plurianuais (PPA) Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) Lei Orçamentária Anual (LOA)	As ações e serviços públicos de saúde integram uma Rede regionalizada e hierarquizada. Concepção de rede única/orgânica regionalizada e hierarquizada.
02	Lei nº 8.080/90 ³	Planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual; Planejamento ascendente; Planos de Saúde.	Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; Concepção de regionalização como princípio organizativo do SUS. Concepção de rede única/orgânica regionalizada e hierarquizada.
03	NOAS/2001 e 2002 ^{9,10}	Plano Diretor de Regionalização (PDR); Plano Diretor de Investimentos (PDI); Programação Pactuada e Integrada (PPI); Planejamento Integrado.	Concepção de regionalização por áreas territoriais desde os módulos assistenciais – microrregiões – regiões até as macrorregiões de saúde. Redes hierarquizadas; Redes de referência especializadas em áreas específicas; Referências intermunicipais; Referências para outros estados; Regionalização estadual; Espaço de organização territorial perpassa desde Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde - representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para qualificação na assistência à saúde até os módulos assistenciais; microrregiões, região e macrorregião de saúde: Macrorregião de Saúde; Região de Saúde; Microrregiões de Saúde; Módulos Assistenciais; Municípios Sede de módulos assistenciais (GPSM ou GPABA); Município-Polo (GPSM ou GPAB-A).
04	Pacto pela Saúde (2006) ¹²	Pacto pela Vida – Compromissos Sanitários (Saúde do Idoso, Câncer de Colo de Útero e Mama, Mortalidade Materna e Infantil, Doenças emergentes e endemias, promoção da Saúde e Atenção Básica), compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira; Pacto em Defesa do SUS – Financiamento Público da Saúde como prioridade, participação e mobilização social, Compromisso com a consolidação dos fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS. Pacto de Gestão – Definição clara das competências dos entes federados, Compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde. Territorialização da saúde como base para organização dos sistemas Programação Pactuada e Integrada (PPI) Termo de Compromisso de Gestão (TCG) Colegiados de Gestão Regional (CGR) Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.	Regionalização com territorialização da saúde como base para organização dos sistemas. Gestão com termo de compromisso assinados pelos gestores. Espaço regional como locus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal. Publicação da 1ª PNAB/2006 e PNPS alinhadas ao Pacto.

Quadro 2. Organização e desenho territorial nas normativas legais e infralegais do SUS e as mudanças conceituais ao longo do tempo. Brasil, 2025

Nº	Normativa legal e infralegal	Organização territorial e tipos de instrumentos de planejamento	Desenho territorial e conceitos de regionalização
05	Portaria De Consolidação nº 03/2017 ²¹ OBS: A Portaria da Rede de Atenção à Saúde (Portaria 4279/2010) foi republicada a partir da PRC nº 3/2017 que consolida as normas sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS).	Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI) Colegiado de Gestão Regional (CGR) Planos de Ação Regional (PAR) Planos de Ação Estadual (PAE) Linhas de Cuidado (LC) Plano Regional Integrado (PRI) Algumas redes temáticas têm PAR por macrorregião de saúde como a Rede de Urgência e Emergência, Rede Alyne e Pessoa com deficiência. Já a Rede de Saúde Mental tem PAR regional.	Regionalização por Redes de Atenção (RAS), redes temáticas. Mudança no conceito da compreensão do território sanitário a partir de 2010. Compreensão de RAS em: temáticas, de serviços e de pesquisa: 1. Redes temáticas: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Doenças Crônicas, Atenção Psicossocial e Pessoas com Deficiências. 2. Rede de Serviços de Saúde: Redes Estaduais de assistência ao Idoso e de assistência aos queimados; Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast); Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (Rebracim); Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (Retsus); Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (Regesus) e Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats). 3. Rede de Pesquisa: Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde (RNPS); Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde (RNPPS); Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) em Hospitais de Ensino; Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPPC); Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares (RNPDC); Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC); Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPDN); Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC); Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas (Renezika); Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) e Políticas Informadas por Evidências (EVIDENCE-INFORMED POLICY NETWORK – EVIPNET).
06	Decreto nº 7.508/2011 ¹³	Região de Saúde; Regiões de Saúde Interestaduais; Mapa da Saúde Portas de Entrada Plano de Saúde Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – Renases Contrato Organizativo da Ação Pública (Coap) Rede Regionalizada e Hierarquizada – Rede de Atenção à Saúde Planejamento Ascendente e Integrado Acordo de Colaboração entre os entes Definição dos espaços deliberativos do SUS: CIR, CIB e CIT.	Regionalização por Redes de Atenção (RAS), redes temáticas, tendo a Região de Saúde seu espaço de desenho territorial. O Decreto regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e traz a definição de Região de Saúde em seu Art. 2º: I - Região de Saúde - 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 Não há a definição das microrregiões e macrorregiões. Região de Saúde é o espaço do desenho territorial onde as redes de atenção como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, devem garantir a integralidade da assistência à saúde. Debate importante sobre as portas de entrada do SUS. É visto como uma forma de efetivação do Pacto pela Saúde, mas não segue a territorialização da saúde proposta pelo pacto.

Quadro 2. Organização e desenho territorial nas normativas legais e infralegais do SUS e as mudanças conceituais ao longo do tempo. Brasil, 2025

Nº	Normativa legal e infralegal	Organização territorial e tipos de instrumentos de planejamento	Desenho territorial e conceitos de regionalização
07	Lei nº 141/2012 ¹⁶	Desigualdades Regionais Critérios de Rateio para subsidiar o financiamento das Regiões de Saúde Definição do que são Ações e Serviços de Saúde (ASPS) Enfoque nos Instrumentos de Gestão: Planos de Saúde (PS), Programação de Saúde (PAS) e Relatórios de Gestão (RAG). Ênfase no Planejamento e Controle Social e nos tempos de elaboração dos instrumentos de planejamento; Infrações aos entes que não cumprirem os regramentos da Lei; Plano e Metas Regionais como a base para promover a equidade inter-regional e interestadual. Plano Integrado e Indicadores de Saúde como forma de monitoramento dos recursos.	Desenho territorial é a Região de Saúde. Não traz os espaços de microrregião e macrorregião de saúde. O conceito de regionalização que permeia a Lei nº 141 é como forma de diminuir as desigualdades regionais. Não trata de redes de atenção/temáticas especificamente. Ênfase no planejamento com o controle social. Possibilidade de os Consórcios de Saúde atuarem como fundos intermunicipais e interestaduais e promover a articulação necessária para a organização regional; Critérios de rateio para financiamento da saúde e definição dos recursos mínimos a serem aplicados pelos entes federados;
08	Resolução de Consolidação CIT nº 01/2021 ²⁵	Rede de Ações e Serviços de Saúde Plano Regional Integrado Governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS) Comitês Executivos de Gestão das RAS Macrorregiões de Saúde Programação das Ações e Serviços de Saúde – PGASS Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – Renases Espaço Regional Ampliado Regiões de Saúde Interestaduais	Regionalização por Redes de Atenção (redes temáticas) onde o desenho territorial é a macrorregião de saúde. A definição de Região de Saúde se confunde com a definição da macrorregião. Não há discussão do desenho territorial micro. Operacionalização da regionalização via Proadi, tendo o PRI como um produto. Debate importante sobre o fechamento da rede na macrorregião, mas sem discussão dos espaços micros.

Fonte: elaboração própria, 2025.

A compreensão do conceito é o primeiro desafio da regionalização do SUS. Há uma distância entre o Art. 198 da Constituição Federal (CF), que diz “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”² de base territorial, e a opção por uma regionalização por redes temáticas a partir de 2010, com a publicação da norma infralegal Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010,

que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, posteriormente incorporada na Portaria de Consolidação nº 03/2017²¹. Neste processo de mudanças conceituais, de formas de regionalizar e de seus respectivos instrumentos de planejamento e gestão, foi possível identificar três fases do processo de regionalização no Brasil (*quadro 3*).

Quadro 3. Fases da regionalização no Brasil e seus respectivos conceitos de regionalização, 2025

	Normativas	Características da regionalização
Fase Legal de concepção regional territorial (1988-2010)	CF 88 Lei 8080/90 NOB 91,92, 93 e 96 NOAS 2001 e 2002 Pacto pela Saúde 2006 PNAB 2006	Fase em que prevaleceu as normativas legais do SUS e o conceito de regionalização por áreas territoriais em uma rede regionalizada e hierarquizada consolidadas em normas legais e infralegais. Concepção de Rede regionalizada e hierarquizada. Territorialização da saúde como base para organização dos sistemas e gestão. Concepção de Regionalização como princípio organizativo do SUS com instrumentos de planejamento e investimento com previsão financeira (Programação Pactuada Integrada – PPI; Plano Diretor de Investimentos – PDI; Plano Diretor de Regionalização e Investimento – PDRI; Plano Quinquenal do Ministério da Saúde de investimentos na rede). Colegiado de Gestão Regional (CGR) como espaço de pactuação regional; Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no âmbito estadual e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no âmbito federal. Concepção de Regionalização por áreas territoriais desde os módulos assistenciais – microrregiões – regiões até as macrorregiões de saúde, com Municípios Sede de módulos assistenciais (GPSM ou GPABA) e Município-Polo (GPSM ou GPAB-A). A mesma lógica de territorialização municipal segue na territorialização regional, ou seja, há organização de áreas de responsabilidades sanitárias com população adstrita, com uma única lógica de desenho territorial que deve ser refletida no seu planejamento em saúde. Há o desenho territorial do micro ao macro, mas o sistema não constrói a responsabilidade sanitária da AE e AH, ficando esta competência de forma clara apenas na APS. Desenhos regionais influenciados pelo Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) na média complexidade permanecem.
Fase de transição com mudanças na compreensão de regionalizar (2010 – 2017)	Portaria Redes nº 4279/2010 (PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 03/2017) Decreto Presidencial 7508/2011 Lei Nº 12.466/2011 PNAB 2011 Lei 141/2012 PNHOSP 2013 – Portaria nº 3390/2013 e Portaria de Contratualização dos hospitais 3410 ambas de 30 de dezembro de 2013. Resolução CIT 23/2017 PNAB 2017	Definição de regionalização em uma rede regionalizada e hierarquizada consolidadas em normas legais e organização prática do território por redes temáticas em normas infralegais. Perda das dimensões de microrregião e macrorregião de saúde presente na Noas/2001 e 2002 com separação entre desenho regional e planejamento em saúde. Contrato Organizativo da Ação Pública (Coap) não possui segmento nas regiões de saúde conforme o Decreto 7508/2011 previa. Não espelhamento entre as normas legais e infralegais do SUS. Definição de planejamento regional nas normativas legais (Lei nº 141/2012) e de planejamento macrorregional nas normativas infralegais (Resolução CIT 01/2021). Citado também como Espaço Regional Ampliado com plano regional da macrorregião de saúde resultante do PRI. Comissão Bipartite Regional (CIR) como espaço de pactuação regional; Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no âmbito estadual e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no âmbito federal. Portaria de contratualização dos hospitais publicada no mesmo dia da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e foco das discussões em relação a atenção hospitalar permanece no âmbito da contratualização do SUS e da necessidade de inserção e monitoramento de metas quantitativas e qualitativas, sem discussão da responsabilidade sanitária e população adscrita da MAC no SUS. Não revisão da LC 141/2011 prevista a cada cinco anos e regionalização do SUS segue conduzida via Portarias do MS e Resoluções da CIT. Surgimento de novos instrumentos de Planejamento como os Planos de Ação Regionais (PAR) para cada Rede Temática. Para a rede temática da materno e infantil, rede dos crônicos e rede da pessoa com deficiência, os PAR têm dimensão macrorregional, já para a rede de saúde mental, o PAR tem dimensão regional.

Quadro 3. Fases da regionalização no Brasil e seus respectivos conceitos de regionalização, 2025

	Normativas	Características da regionalização
Fase de Consolidação Das Normativas Infralegais e de vazio legal no SUS (2017 – 2023)	PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO DAS REDES nº 03/2017 Resolução CIT 23/2017 Resolução CIT 37/2018 Resolução CIT 44/2019 RESOLUÇÃO DE CONSOLIDAÇÃO CIT/2021 PNAES 2023	Regionalização por Redes de Atenção/ Redes temáticas. Novo instrumento de planejamento surge, o Planejamento Regional Integrado (PRI) e Resolução CIT 44/2019 revoga o Coap do Decreto 7508/2011, mas sem possibilidade de revogação do decreto como um todo. Regionalização regida por normas infralegais com o conceito de regionalização via Redes de Atenção em seis etapas do PRI: Análise da Situação de Saúde, definição de prioridades, organização dos pontos de atenção, elaboração da programação das ações e serviços de saúde, definição dos investimentos necessários e avaliação e monitoramento. Processo conduzido nos estados por meio de projetos do MS com os Hospitais vinculados ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS). Compreensão do PRI como um método de planejamento macrorregional a ser desenvolvido pelos estados e um produto a ser entregue ao MS. PRI segue como um instrumento de planejamento sem recursos financeiros previstos com deslocamento para os recursos financeiros via habilitações nos PARs para cada rede temática. Retorno da macrorregião de saúde nas Resoluções da CIT, mas sem discussão dos espaços de microrregiões de saúde presente na Noas/2002, dificultando a regionalização por áreas sanitárias dentro da região de saúde pela reorganização dos serviços de média complexidade nos municípios de pequeno porte. A dimensão de território macro é resgatada como o lugar de fechamento das redes de atenção e seu início seria a APS. Enfraquecimento do debate sobre a organização de serviços intermunicipais fora do âmbito do município sede da região de saúde. Duas lógicas de regionalização e de instrumentos de gestão são resultadas deste processo: uma para os municípios (divisão de microáreas e áreas e planejamento atrelado ao ciclo dos instrumentos de gestão (PAS – PMS – RAG) e outra para a região e macrorregião de saúde (organização das redes temáticas e planejamento atrelado aos PAR de cada respectiva rede). PRI não se consolida como a soma e síntese dos PAR e não está presente de forma sistematizada enquanto ciclo de planejamento nos Planos Estaduais de Saúde, havendo um esforço dos gestores do SUS na compatibilização dos inúmeros instrumentos. Regionalização sem desenho territorial dos espaços micro ao macro: Não se regionaliza por população adscrita e adstrita em cada território: microrregional – regional – macrorregional via Políticas de Saúde: AB, AE e AH com responsabilidades sanitárias dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Vazio legal pela não revisão da 141/2012 e condução do SUS por normas infralegais. Fortalecimento da CIT com as publicações de suas Resoluções não se traduz na atualização necessária das normativas legais no sistema único de saúde.

Fonte: elaboração própria, 2025.

Na sequência, são discutidas cada uma destas fases, destacando sua temporalidade e os atos normativos que lhe deram suporte.

Fase legal de concepção regional territorial

A primeira fase vai de 1988 a 2010 e corresponde às normativas: Constituição Federal de 1988, Lei nº 8.080 de 1990, Normas Operacionais Básicas (NOB 91, 92, 93 e 96), Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas 2001 e 2002) e Pacto pela Saúde (2006) alinhada à publicação da primeira PNAB (2006). É uma fase de compreensão da regionalização na sua concepção constitucional de rede única/orgânica, qual seja, a rede regionalizada e hierarquizada via normativas legais, seguindo o modelo europeu de desenho regional nas prerrogativas de serviços de saúde de responsabilidade sanitária de base territorial proposto no Relatório Dawson, ainda que voltada apenas para a Atenção Primária à Saúde (APS) essa competência no Brasil.

Nesta primeira fase, há o conceito de regionalização como princípio organizativo do SUS, de regionalização por áreas territoriais, os módulos assistenciais – microrregiões – as regiões e as macrorregiões de saúde, em uma territorialização da saúde como base para organização do sistema e da gestão. A mesma lógica de territorialização municipal segue na regional, ou seja, há organização de áreas de responsabilidades sanitárias com população adstrita, com uma única lógica de desenho territorial que deve ser refletida no planejamento em saúde^{2-11,21}. É um momento de grande expansão da atenção básica no País com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1994. Neste período, a municipalização do SUS avança *pari passu* com o aumento do poder dos prestadores de serviços e da organização público-privada e não há definição de território de responsabilidade sanitária e população adscrita para a Atenção Especializada (AE) no Brasil. Os instrumentos de gestão a serem utilizados perpassam

instrumentos de planejamento vinculados a recursos financeiros, como a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI), e o espaço de pactuação regional ainda está em processo de organização, é o denominado Colegiado de Gestão Regional (CGR)⁹⁻¹¹.

Fase de transição com mudanças na compreensão de regionalizar

A segunda fase, de 2010 a 2017, é marcada pela publicação da Portaria das Redes nº 4279/2010, posteriormente incorporada na Portaria de Consolidação nº 03/2017. Neste período, além da Portaria nº 4279/2010, há a publicação do Decreto nº 7508/2011, da Lei Complementar nº 141/2011, da PNAB 2017 e da Resolução CIT nº 23/2017 (inserida na Resolução de Consolidação da CIT nº 01/2021)^{13,20-22}. É uma fase de transição de conceitos e de não espelhamento das normativas legais e infralegais, com distanciamento da concepção constitucional de rede única/orgânica regionalizada e hierarquizada nas normas legais para uma concepção de redes temáticas nas normas infralegais.

Nesta fase surgem duas lógicas de desenho e organização territorial: territorialização do município em áreas e microáreas e organização regional em redes temáticas com abandono da territorialização regional em áreas sanitárias ou microrregiões de saúde. Novos instrumentos de planejamento surgem no âmbito regional, como os PAR para cada rede temática. Assim, tem-se dois desenhos regionais, um de territorialização em áreas para os municípios e outro para a região e macrorregião em redes temáticas. São duas lógicas de organização territorial com instrumentos de gestão distintos, primeiro, os Planos Municipais de Saúde (PMS) atrelados à Lei Orçamentária Anual (LOA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Planos Plurianuais (PPA) no ciclo orçamentário e, segundo, para a região/macrorregião, PAR temáticos que visam habilitação de serviços pelo âmbito federal. Não há unidade no

raciocínio da construção do planejamento ascendente do SUS e, na prática, complexifica a comunicação entre os instrumentos de planejamento existentes. Dentro de cada plano há lógicas diferentes de compreender o território, ainda não alinhadas. Ou seja, nesta fase há uma separação do que é fundamental da regionalização: a sinergia entre desenho regional e planejamento em saúde, dado que é a partir do desenho territorial que se produzem planos e não o contrário. A separação entre desenho regional e planejamento em saúde resulta em aumento da complexidade da forma de se regionalizar no Brasil, por haver lógicas distintas de organização territorial, burocratizando a regionalização do SUS e tirando o foco dos atores do SUS do essencial, da organização da rede única/orgânica, pelo fortalecimento de seus níveis de atenção em suas respectivas políticas estruturantes de saúde (PNAB – PNAE – PNHOSP e uma possível Política Nacional de Atenção às Urgências – PNAU)^{13,22,23}.

Nesta lógica de criação das redes temáticas e não organização de áreas no território regional, perdeu-se o espaço territorial microrregional presente nas Noas 2001 e 2002, em um país com mais de 70% dos municípios com menos de 20 mil habitantes. Somadas às dificuldades da municipalização autárquica, aumentam-se as dificuldades dos municípios pequenos em se organizarem e se juntarem em áreas sanitárias de uma escala e escopo mínimos na Atenção Hospitalar (AH). Passa-se a discutir o espaço macrorregional, onde as redes temáticas devem fazer o seu ‘fechamento’, sem discutir o microrregional, o ascendente em áreas sanitárias organizadas e com definição de territórios de responsabilidade sanitária dos serviços, tanto da APS, como da AE e AH^{9,10}. A título de exemplo, desde 2012, os municípios do Paraná tentam reorganizar-se em microrregiões de saúde, pela junção de 5 a 6 municípios com menos de 10 mil habitantes, e dar mais acesso e qualidade aos usuários com uma reorganização de Hospitais de Pequeno Porte para Hospitais de Médio Porte e enfrentam inúmeros problemas dado que a PNHOSP de

2013 não foi implementada e nem atualizada, a PNAES não adentra para a organização da AH e a microrregião de saúde não consta nas normativas atuais²⁷.

Mesmo no âmbito das redes temáticas, há confusão de conceitos de rede temática e Linhas de Produção do Cuidado (LPC)²⁸, o que prejudica ainda mais a discussão da programação orçamentária das redes temáticas. A LPC é o itinerário do usuário na rede de atenção e articula recursos e práticas dos serviços de saúde por meio de diretrizes clínicas, assistenciais e de fluxos ao longo do ciclo da vida, organizando o cuidado nos diferentes pontos de atenção e, portanto, a LPC será sempre específica e para determinada condição de saúde. Em um desenho basilar de um sistema universal de saúde na hierarquização do cuidado entre a APS, AE, AH e Atenção às Urgências, as LPC é que deveriam ser temáticas, como as linhas de produção do cuidado da saúde materno-infantil, da saúde mental, da hipertensão arterial, da diabetes etc. As LPC propiciam melhores cuidados em saúde porque definem fluxos assistenciais, protocolos de atenção e programação de exames necessários para as necessidades específicas da condição de saúde analisada. São linhas pactuadas entre os gestores e perpassam a rede única/orgânica. O problema acontece na prática da regionalização do SUS quando neste processo ocorre o contrário: ao invés das LPC perpassarem a rede única/orgânica, embasadas em suas políticas estruturantes (PNAB, PNAES, PNHOSP), é a rede orgânica que perpassa as redes temáticas. Ou seja, se organizam pontos de atenção da saúde materno-infantil, pontos de atenção da saúde mental, pontos de atenção de urgência e emergência, sem definir os pontos de atenção da AE ambulatorial e hospitalar e a vinculação destes com suas respectivas UBS.

Somados aos desafios do descompasso temporal da municipalização (1990) e regionalização no SUS (2000), há o descompasso temporal de publicação das políticas estruturantes, com dezessete anos de distância entre a primeira PNAB de 2006 e a primeira PNAES

de 2023 e inúmeros arranjos intermunicipais neste íterim para responder às demandas da média e alta complexidade. Não regionalizar via rede única/orgânica do SUS e a opção pela regionalização via redes temáticas é causa significativa da fragmentação do cuidado no SUS.

Neste período, os espaços de pactuação: Comissão Intergestores Regional (CIR), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Estadual e Comissão Intergestores Tripartite Nacional se fortalecem pelo Decreto nº 7.508 e pela Lei 12.446, ambos de 2011, e o CGR é identificado legalmente como CIR^{13,14}. O Contrato Organizativo da Ação Pública (Coap) nasce e morre neste mesmo período e apenas os estados do Ceará e Mato Grosso do Sul formalizam o documento²⁹.

O ano de 2017 ainda merece um olhar mais acurado: a revisão da Lei Complementar 141/2012, que deveria ocorrer a cada cinco anos conforme cita a própria lei, não ocorre em 2017 e, ao invés de revisá-la, iniciam-se publicações via Resolução CIT, revogando o Coap e inserindo o Planejamento Regional Integrado (PRI), assim, as normativas infralegais ganham mais espaços de discussão nos espaços deliberativos do SUS do que as normativas legais. Neste ano, são publicadas a nova PNAB e Portarias de Consolidação (Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, 2, 3, 4, 5 e 6/2017), esta última em um esforço do MS em consolidar as normativas infralegais do SUS.

Ainda em 2017, tem-se início a Rede Conasems-Cosems e o apoio institucional dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) como braços fortes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) nos territórios regionais em todo o País³⁰. Esta segunda fase é marcada por um período de definição de regionalização em uma rede regionalizada e hierarquizada em normas legais e organização prática do território regional por redes temáticas em normas infralegais, onde se perde a dimensão das microrregiões e das macrorregiões já dispostas na Noas 2002¹². Neste mesmo ano, a Resolução da CIT nº 23/2017 de 17 de agosto iniciou a

discussão das Regiões de Saúde Interestaduais como um “espaço regional” que garanta acessibilidade e sustentabilidade operacional²².

Os instrumentos de gestão a serem empregados se convertem em ferramentas de planejamento desvinculadas de recursos financeiros, como se a disponibilidade de recursos financeiros não fosse essencial para qualquer planejamento que se deseje implementar. A discussão sobre a PPI e o Plano Diretor de Regionalização (PDR) perde força, e os PAR de cada rede temática se tornam fonte de recursos financeiros regionais via habilitações do MS. Paralelamente, os espaços de pactuação regional se consolidam e são denominados de CIR, CIB e CIT conforme o Decreto nº 7.508/2011 e a Lei nº 12.466/2011^{13,14,21,31}.

Fase de consolidação das normativas infralegais e vazio legal no SUS

A terceira fase, inicia-se em 2017 e vai até os dias atuais. Com início a partir da Resolução da CIT nº 23/2017, se amplia nas Resolução CIT nº 37/2018, Resolução nº 44/2019 e Resolução de Consolidação nº 01/2021, que estabelecem diretrizes e critérios para a regionalização e o PRI, visando a organização das Redes Temáticas de Atenção à Saúde²⁸. Esta fase é marcada por um período em que as normativas infralegais se sobrepõem às normativas legais e há uma instrumentalização da regionalização, ou seja, há mudanças não apenas no conceito de regionalização, mas também na estrutura hierárquica normativa, o que dificulta as necessárias revisões e as garantias de atualizações legais. A partir de 2017, a regionalização é conduzida via normativas infralegais por meio de resoluções da CIT e consolidadas por Redes Temáticas, com resgate do território macrorregional da Noas/2002, mas ainda sem a discussão do espaço microrregional. O PRI se transforma em um método para se regionalizar em seis etapas e um produto a ser entregue pelos estados ao Ministério da Saúde, com condução do processo via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do

SUS (Proadi-SUS). Segundo o documento ‘Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado’, as etapas do PRI seriam:

- a) Elaboração da análise da situação de saúde: Identificação das necessidades de saúde, Identificação da capacidade instalada e dos vazios assistenciais e Identificação dos fluxos de acesso b) Definição de prioridades sanitárias: diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução; c) Organização dos pontos de atenção da RAS; d) Elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde; e) Definição dos investimentos necessários³¹⁽⁸⁻⁹⁾.

Importante salientar que as etapas do PRI suscitaram importantes debates nos territórios, mas o descolamento entre o desenho regional e o planejamento em saúde se aprofunda e as necessidades de saúde locais são invisibilizadas pela necessidade de escolha de uma rede temática prioritária a ser seguida pelos estados durante as etapas. Nesta fase, o tempo de organização de um território regional se torna imensurável porque, a partir da organização do território regional por meio de uma rede temática prioritária a cada vez, como é a orientação, para uma população específica, impede-se a análise da totalidade do território e da população adstrita por níveis de atenção (primário, secundário e terciário) e fragmentam-se as ações de forma expressiva.

O PRI propiciou discussões sobre metodologia de planejamento e vem criando processos organizados de análise de situação de saúde e construção coletiva de diretrizes, objetivos, metas e indicadores de saúde, mas avançou pouco porque não possui o poder das habilitações de leitos e serviços dos PAR e é essencialmente organizado por Redes Temáticas Prioritárias sem clareza da programação financeira em saúde, mesmo para essas populações específicas já delimitadas. O PRI é voltado para o planejamento das macrorregiões de saúde, ancorado na Resolução de Consolidação da CIT nº 01/2021, mas entra em conflito com, primeiro, a definição de território na normal

legal vigente (a Lei Complementar nº 141/2021) e, segundo, com o conceito de planejamento regional e não macrorregional^{22,31,32}.

O PRI nasce frágil por não possuir financiamento e não advém da territorialização da região/macrorregião de saúde. É considerado um instrumento de planejamento de pactuação entre os entes, mas não um instrumento de gestão, ainda que deva estar inserido nos Planos Municipais e Estaduais e fazer parte de sua construção. Os PAR, organizados para a solicitação de habilitação de serviços pelo âmbito federal, são construídos de acordo com cada rede temática de forma regional ou macrorregional. A Rede Alyne, a Rede de Urgência e Emergência e a Rede da Pessoa com Deficiência são organizadas por meio de planos de ação macrorregional e a Rede de Saúde Mental, via planos de ação regionais. A soma dos PAR deve estar sintetizada no PRI e este no Plano Estadual de Saúde (PES), mas o PAR e PRI não fazem parte dos instrumentos de gestão do ciclo orçamentário (Planos de Saúde, Programação Anual de Saúde – PAS e Relatórios Anuais de Gestão – RAG).

Conforme citado acima, a Lei Complementar nº 141/2012, última norma legal publicada, deveria estar na sua 3ª revisão, se revista a cada cinco anos como versa a própria lei, tendo na regionalização uma forma de diminuir as desigualdades regionais, base da regionalização dos sistemas universais de saúde^{2,16}. Em caso de conflito entre normas, a norma superior prevalece e, neste caso, vale a Lei Complementar nº 141/2012, ainda que não revista³³. Com este dado, o SUS está em um vazio legal desde a publicação da Lei Complementar nº 141/2012 e do não espelhamento entre as normativas legais e infralegais, somados à não interconexão das suas políticas estruturantes.

O desenho regional volta a ser discutido em como irá compor os instrumentos de gestão (PMS, PES e PNS), suas respectivas PAS e RAG e há uma imensa dificuldade dos gestores estaduais e municipais em associar desenho regional e planejamento em saúde pelo descolamento entre ambos na última década.

Há uma dissociação entre planejamento e programação/orçamentação, financiamento e gestão com um PRI sem recursos financeiros e não imbricado aos instrumentos da administração pública: Plano Plurianual, LOA, LDO.

É, portanto, uma fase de consolidação da separação entre desenho regional e planejamento, com instrumentos novos pactuados sem recursos financeiros definidos, com um fortalecimento da CIT nas publicações de Resoluções que não se traduz no fortalecimento das normativas legais do sistema; com duas lógicas de organização territorial, uma municipal e outra regional/macrorregional e, portanto, duas lógicas de regionalização: áreas territoriais e redes temáticas; com excesso de instrumentos de gestão e planejamento que não produzem responsabilidade sanitária e competências definidas nem aos entes federados, nem aos serviços de saúde da média complexidade.

A definição de áreas sanitárias de responsabilidade, bem como as competências dos entes federados e competências territoriais dos serviços de saúde primários, secundários e terciários, é condição básica para a organização de um sistema universal de saúde. Observa-se nesta fase uma inversão: não é o território e seu desenho territorial regional/macrorregional a base do planejamento, mas o instrumento de planejamento em si, o PRI, e seu método de aplicação como base de planejamento. Esta inversão dificulta a compatibilização dos instrumentos de gestão e a construção efetiva de planejamento em saúde em um país que se utiliza de lógicas diferentes para seus territórios sanitários. Ainda que a região e a macrorregião de saúde não sejam entes federados, a definição das áreas sanitárias e a responsabilidade sanitária de todos os níveis de saúde, da atenção primária à terciária, é essencial para a regionalização^{1,2,34,35}.

Como síntese dessas fases, há mudanças significativas na construção do desenho territorial e sua organização a partir de 2010. Estas diferentes concepções geram diferentes formas de compreender a regionalização do SUS. Ou seja, há uma falta de alinhamento

conceitual e de espelhamento entre as normas legais e infralegais, com mudança no conceito de regionalização territorial para redes temáticas; discussão da macrorregião sem discussão da microrregião e desenho de território ascendente; conflito entre os conceitos de região em norma legal (Lei nº 141/2012) e macrorregião em norma infralegal (Resolução de Consolidação CIT 01/2021); criação de novos instrumentos de gestão como os PAR para cada rede temática com recursos atrelados a habilitações via MS e PRI, sem previsão de financiamento como o PDI ou o Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI) da Noas (2001/2002). Como resultado, há uma fragmentação dos serviços de saúde, a condução do SUS por normas infralegais e não alinhamento conceitual sobre a regionalização entre os entes federativos.

Há um claro distanciamento, ao longo dos anos, do conceito constitucional de regionalização por territorialização em áreas de responsabilidade sanitária para regionalização por redes temáticas, sem a discussão necessária entre desenho regional ascendente, planejamento em saúde com previsão orçamentária e responsabilidade sanitária da AH, conforme postuladas pelo Relatório Dawson, na vinculação dos Hospitais aos seus respectivos Centros de Saúde (1920). A AH deve ter responsabilidade direta com a APS, compreendendo que o conceito de hierarquização está no âmbito das diferentes densidades tecnológicas, da organização hierárquica da complexidade da atenção do cuidado e não a uma valoração maior ou menor entre os níveis^{1,35-40}, onde a responsabilidade sanitária dos hospitais ampliaria a ordenação da rede e coordenação do cuidado pela APS.

Considerações finais

O que é o hierarquizado da CF de 1988 e qual o problema em se regionalizar por redes temáticas? O problema são as redes temáticas, elas desorganizaram a regionalização? As redes

temáticas, importantes para o aumento do número dos serviços de saúde no País, também são a resposta de uma regionalização sem responsabilidade sanitária dos hospitais, sem a devida discussão da AE e AH no Brasil.

A compreensão do conceito de rede é o primeiro desafio da regionalização neste momento, porque a constituição trata de uma rede única/orgânica regionalizada e hierarquizada composta pelos serviços da APS, pelos serviços da AE, da AH e pela Atenção de Urgência e Emergência, perpassados pelas ações de vigilância em saúde e assistência farmacêutica.

A exemplo de outros países com sistemas universais de saúde, a rede regionalizada e hierarquizada proposta pelo Relatório Dawson, no Brasil, se refere a políticas estruturantes da rede: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2006, PNAB 2011, PNAB 2017), a Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES 2023), a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP 2013) e a um necessário resgate da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU 2003), com clareza nos pontos de atenção e transporte sanitário de urgência/emergência e integração com as demais políticas. A PNAU, publicada pela Portaria nº 1863/2003 de 29 de setembro, foi revogada pela Portaria 1600/2011 de 07 de julho, que, segundo a própria portaria, reformula a PNAU e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS³⁷. Este fato coaduna com os achados do artigo, que aponta que há uma mudança de conceito na definição de rede a partir de 2010, com a publicação da Portaria nº 4279/2010 de 30 de dezembro. Observou-se que há mudanças significativas no conceito, nas formas e nos instrumentos de regionalização durante este período.

A proposta do Relatório Dawson não se referia às redes temáticas de atenção como seu primeiro desenho, a exemplo da Rede Materno Infantil, Rede de Crônicos, Rede da Pessoa com Deficiência, Rede de Saúde Mental e Rede de Urgência e Emergência, citando as principais redes temáticas discutidas no Brasil, porque isto produz duplicidade de serviços e

fragmentação do cuidado em saúde. Salienta-se que o descompasso na publicação das políticas da rede única/orgânica do SUS – com uma década de distanciamento da PNHOSP para a PNAE ou da publicação de três PNAB para uma PNAE com dezessete anos de espaçamento entre elas, ou ainda, a publicação de políticas nacionais sem implementação concreta, com recursos financeiros, monitoramento, avaliação e revisão da própria política como a PNHOSP de 2013 – estimula uma regionalização fragmentada por redes temáticas e de não construção de áreas sanitárias com as competências dos níveis de atenção definidos e estruturados.

A PNHOSP de 2013 não elucida as tipologias hospitalares no Brasil e não organiza a rede hospitalar com os necessários hospitais de médio porte; não promove a discussão sobre a relação público-privada na assistência hospitalar e, principalmente, não aborda a responsabilidade sanitária na assistência hospitalar em territórios adstritos e adscritos, deixando essa responsabilidade exclusivamente para a PNAB. Ainda que deva ser ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, a PNAB necessita de uma PNAE e de uma PNHOSP integradas, planejadas e financiadas, onde perpassam linhas de cuidados com programações específicas, e não via Redes Temáticas articuladas, porque este processo complexifica e amarra a regionalização que em essência é simples.

O modelo americano analisado por Kuschner & Chorny³⁵, onde a responsabilidade sanitária não deriva de base territorial, mas de afiliação voluntária a um serviço regulado pelo mercado na tentativa de se organizar o “cuidado integrado”, faz sentido com base em linhas específicas de cuidado ou rede temática. Contudo, essa lógica já não funciona em sistemas universais de saúde, onde a organização da rede regionalizada e hierarquizada é a sua forma de organização mais racional em custo-benefício e primordialmente na ampliação do acesso e diminuição de desigualdades. A reprodução do modelo americano de organização do sistema por linhas de cuidado integrado no Brasil, sem

definição e interconexão dos espaços micro (definido e esquecido na Noas 2002) ao macro (definido na Resolução de Consolidação CIT nº 01/2021), somado à indefinição da responsabilidade sanitária territorial com população adscrita e adstrita em todos os níveis de atenção, gera mais entraves ao processo de regionalização do que a produção de cuidado integrado desejada.

Ao não estabelecer áreas de saúde que incluam serviços de APS, AE e AH, orientados pela rede única/orgânica do SUS e permeados por linhas de cuidado temáticas, não se consegue entender claramente a territorialização regional e a demanda por serviços intermediários, como os Hospitais de Médio Porte, resultante da união de municípios menores em áreas sanitárias intermediárias ascendentes/microrregiões que se conectam do micro ao macro. Em um país onde mais de 70% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes, a discussão da responsabilidade sanitária dos hospitais pela construção de áreas sanitárias intermediárias é um dos caminhos para a qualificação do cuidado e reorganização territorial dos processos de municipalização descolados da regionalização. Trata-se do equilíbrio entre a autonomia dos entes municipais e a responsabilidade sanitária regional a ser construída no Brasil.

Assim como o Coap, o PRI até o momento foi finalizado em poucos estados e sem programação financeira definida. A descontinuidade dos processos legais mostra a necessidade de uma Política Nacional de Regionalização alinhada às normas legais para longo prazo, com planos regionais associados a Planos de Investimentos também a longo prazo e com base nas projeções da população acima de 65 anos de idade.

Considera-se que a PNAB, a PNAE, a PNHOSP e uma possível PNAU precisam estar articuladas em cada Região de Saúde em uma lógica de construção ascendente de áreas de responsabilidade sanitárias adscritas e adstritas tanto para a APS como para a AE e AH, sistematizadas em desenhos territoriais: microrregião, região e macrorregião de saúde para a construção ascendente e intermediária dos serviços.

Nos falta o intermediário, o filtro, a rede única/orgânica do SUS, a construção de áreas sanitárias com responsabilidade sanitária dos serviços em seus respectivos desenhos territoriais para todos os níveis de atenção e não somente para a atenção primária, *paripassu* a uma legislação correspondente e revisada à medida da expansão do conhecimento como já nos advertia o Relatório Dawson de 1920.

Agradecimentos

Agradecemos ao Departamento de Gestão Federativa e Participativa (DGIP) do MS pelas contribuições nos debates sobre o PRI no País.

Contribuições de autoria

Welz L (0009-0003-1806-6710) é responsável pelas ideias, escrita, organização e revisão do texto. Pereira AMM (0000-0002-2497-9861) é responsável pelo apoio na revisão do texto, nas sugestões de leituras e no debate sobre regionalização. Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362) é responsável pela escrita e revisão do texto. Mendonça FF (0000-0002-3532-5070) é responsável pela escrita e revisão do texto. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines [Internet]. Washington: OPAS; 1964 [acesso em 2025 jan 22]. Disponível em: <https://ohs.coc.fiocruz.br/wp-content/uploads/2024/02/Informe-Dawson-1964-OPAS.pdf>
2. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2016 [acesso em 2023 set 22]. 496 p. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/outras-normativas/constituicaoefederal.pdf>
3. Presidência da República (BR). 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 [Internet]. Brasília, DF; 1990 [acesso em 2023 ago 23]; Seção 1:18055. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
4. Presidência da República (BR). 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 [Internet]. Brasília, DF; 1990 [acesso em 2024 out 30]; Seção 1:25694. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm
5. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991. Cria a Norma Operacional Básica do SUS 01/1991 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1991 [acesso em 2023 set 22]. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992. Cria a Norma Operacional Básica do SUS 01/1992 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1992 [acesso em 2025 jan 30]. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/1993 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1993 [acesso em 2025 jan 29]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_09.pdf
8. Ministério da Saúde (BR). Norma Operacional Básica do SUS 01/1996 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1996 [acesso em 2025 jan 29]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001 [acesso em 2025 jan 30]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002 [acesso em 2024 nov 14]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html
11. Ministério da Saúde (BR). 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 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2024 dez 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2026 mar 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf

13. 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 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2011 [acesso em 2025 jan 3]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf
14. Presidência da República (BR). Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições [Internet]. Brasília, DF; 2011 [acesso em 2025 jan 25]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2026 mar 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
16. Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF; 2012 [acesso em 2024 dez 15]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm
17. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e proposições metodológicas para a elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2025 jan 6]. Disponível em: [https://cvs.saude.sp.gov.br/up/Orienta%20PGASS%20\(Anvisa_COAP\)%2024mai13.pdf](https://cvs.saude.sp.gov.br/up/Orienta%20PGASS%20(Anvisa_COAP)%2024mai13.pdf)
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2013 [acesso em 2025 maio 7]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2025 abr 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
20. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2026 mar 20]; Seção I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2017 [acesso em 2024 dez 15]; Seção I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html
22. Comissão Intergestores Tripartite (BR). Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2017 [acesso em 2025 fev 3]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html
23. Comissão Intergestores Tripartite (BR). Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o pro-

- cesso de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2018 [acesso em 2025 fev 3]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html
24. Comissão Intergestores Tripartite (BR). Resolução nº 44, de 25 de abril de 2019. Define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2019 [acesso em 2025 fev 3]; Seção I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2019/res0044_20_05_2019.html
25. Comissão Intergestores Tripartite (BR). Resolução de Consolidação nº 1, de 30 de março de 2021. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF; 2021 [acesso em 2024 out 14]; Seção I. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2021/resolucao-consolidacao-cit-01-2021.pdf/view>
26. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2025 abr 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html
27. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha de cuidado materno infantil do Paraná: referências da atenção ambulatorial especializada e hospitalar [Internet]. Curitiba: SESA; 2022 [acesso em 2026 mar 20]. p. 28-44. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/linha_gui_mi_gestacao_8a_ed_em_28.03.22.pdf
28. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc saúde coletiva. 2010;15(5):2297-305. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
29. Ouverney AM, Ribeiro JM, Moreira MR. O COAP e a regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(4):1193-207. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03002017>
30. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Hospital Alemão Oswaldo Cruz; Beneficência Portuguesa de São Paulo. Projeto formação rede colaborativa para fortalecimento da gestão municipal do SUS: triênio 2021-2023: subsídios históricos, teóricos e conceituais para pactuação de diretrizes da institucionalização do apoio [Internet]. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2025 maio 9]. 87 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto-formacao-rede-colaborativa-fortalecimento.pdf>
31. Comissão Intergestores Tripartite (BR). Orientações tripartites para o Planejamento Regional Integrado [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2025 fev 3]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes.tripartite_planejamento_regional_integrado.pdf
32. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia de apoio à gestão estadual [Internet]. Brasília, DF: CONASS; 2024 [acesso em 2024 set 25]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamento-regional-integrado/>
33. Normas Legais. Guia sobre a hierarquia das leis [Internet]. 2025 [acesso em 2025 jan 20]. Disponível em: <https://www.normaslegais.com.br/guia/hierarquia-das-leis-no-brasil.htm>
34. Pereira AMM, Lima LD, Machado CV, et al. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. Saúde Debate. 2015;39(Esp):11-27. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005410>
35. Kuschmir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciênc saúde coletiva. 2010;15(5):2307-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>

36. Mello GA, Demarzo M, Viana ALD'Ávila. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2019;26(4):1139-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400006>
37. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2025 out 14]; Seção I:1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
38. Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(4):1291-310. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>
39. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(10):4769-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>
40. Bissacotti AP, Gules AM, Blümke AC. Territorialização em saúde: conceitos, etapas e estratégias de identificação. *Hygeia* [Internet]. 2019 out 23 [acesso em 2025 maio 9];15(32):41-53. Disponível em: <https://seer.ufrj.br/index.php/hygeia/article/view/47115>

Recebido em 19/03/2025

Aprovado em 03/06/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Leonardo Vidal Mattos, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0343170437330734>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4800-0010>, e-mail: leonardomattos@iesc.ufrj.br