

Relatório Técnico nº6/2023

Competências Interfederativas e Regionalização

O Relatório Técnico da Agenda Mais SUS é uma iniciativa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), da Umane e do Instituto Veredas, que integram as ações da “Agenda Mais SUS: Evidências e Caminhos para Fortalecer a Saúde Pública no Brasil”. A Agenda tem o objetivo de contribuir com o debate público subsidiando os poderes Executivo e Legislativo a partir de documentos para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Acesse: www.agendamaisus.org.br.

Resumo

O Brasil tem como forma de exercício do poder político o **modelo de Estado federado**, no qual o poder se divide entre os entes federativos, gerando, assim, unidades autônomas de governo. A forma federada de Estado está prevista na Constituição Federal (1988), através de seu artigo primeiro: “formada pela união indissolúvel dos Estados, Municípios e do Distrito Federal”. Dessa forma, **a descentralização do poder é concretizada no campo operacional, através da repartição de competências**, que consiste em traçar os poderes de cada ente territorial da Federação, fixando suas atribuições e delimitando sua área de atuação. [1]

A **saúde** é uma dimensão que **diz respeito aos três níveis da federação**. Observando o quadro de competências definido pela Constituição de 1988, é possível perceber uma **hipertrofia do poder central**, tanto nos aspectos normativos, quanto na condução das políticas públicas, em especial no setor da saúde. O fato de os estados e municípios serem dependentes de repasses da União e estarem condicionados a cumprir requisitos pré-estabelecidos pela esfera federal aponta para um federalismo centrípeto apesar do desejo expresso de cooperação e ampliação de autonomia das unidades subnacionais.

- O enfraquecimento do papel dos estados, em particular após os anos 1990, levou ao desenvolvimento de **programas e serviços de saúde municipais desprovidos de coordenação regional, com sérios prejuízos para racionalização de equipamentos, instalações, esforços e recursos em saúde**. [1]
- Na **saúde suplementar**, observa-se que não há margem para mecanismos cooperativos entre entes federados na atuação sobre planos privados de assistência à saúde. Assim, **uma vez afastada a ingerência das unidades subnacionais, a regulação desse mercado acaba por ser pouco sensível às desigualdades regionais**. As informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) dão conta de que os planos de saúde são predominantes na região Sudeste, com 44,8% da concentração de beneficiários no estado de São Paulo, e 37,7%, no estado do Rio de Janeiro. Isso é forte indicativo que a regulação setorial tende a transpor a realidade daquela região para o restante do país, o que aponta para uma iniquidade na condução do processo regulatório. [1]

- Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as **relações intergovernamentais sofreram progressivas transformações**, a fim de caminhar na direção de uma melhor cooperação e coordenação entre os três níveis de governo. Em 2016, com a **Emenda Constitucional nº95**, os investimentos em saúde sofreram uma drástica limitação, o que ocasionou uma demanda por menor regulamentação da União e alteração na forma de repasse dos recursos federais. De acordo com a discussão proposta pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), o congelamento da aplicação mínima em saúde parece apontar para uma transferência de responsabilidades da União para os estados e municípios, mas diferentemente da descentralização feita nos anos 1990, expressa um baixo comprometimento da esfera federal para a garantia do acesso universal e gratuito à saúde no Brasil. **As consequências que se arriscam com esta medida são de perda de efetividade do sistema, aumento de competição e fragmentação, crescimento de desigualdade de acesso à saúde e redução de capacidade de coordenação do sistema.** [2]
- Estados e municípios seguem muito dependentes dos recursos provenientes da União, limitando significativamente a autonomia dos mesmos. **A efetividade da rede interfederativa enfrenta desafios: desigualdade estrutural e inter e intra regional; entes federativos com baixa capacidade técnica e com rede precária de serviços; esse cenário faz com que a descentralização contribua para aumentar e fragmentação e desigualdades; ausência de estratégias nacionais capazes de agir sobre as deficiências preexistentes.** [4]
- Sem a construção de redes regionalizadas, a descentralização desconsiderou o papel das esferas estaduais de governo, acentuando as atribuições dos municípios na provisão de serviços. No que tange os resultados positivos do processo de municipalização, como a ampliação do acesso à saúde, incorporação de práticas inovadoras em gestão e assistência à saúde e a incorporação de novos atores para a sustentabilidade política e financeira do setor, ainda permanecem entraves relativos à intensa fragmentação e à desorganização dos serviços de saúde devido a existência de diversos sistemas locais isolados. [5]
- Na medida em que amplia a autonomia, o processo de municipalização política, administrativa, tributária e financeira tensiona o arranjo federativo, em especial quando não há correspondência entre poderes, atribuições e recursos. **A existência de discrepâncias decorrentes da tradição e trajetória centralizadora, as profundas desigualdades regionais, a indefinição legal das competências compartilhadas somada à elevada concentração de recursos na esfera federal são fatores que dificultam a construção de uma unidade por meio de pactos federativos.** [4]

As evidências encontradas abordam pouco detalhadamente os mecanismos de governança e financiamento da cooperação interfederativa e da regionalização. Não parecem haver maiores incentivos financeiros ou estrutura institucional de expansão de capacidades para a regionalização, em especial a capacidade dos municípios de induzir um planejamento ascendente. Também não há mecanismos para enfrentar a grande rotatividade nos diferentes níveis de gestão e como esse fenômeno afeta a programação.

É nítido que a maior parte dos municípios não possui escala para operar a saúde, sendo a regionalização uma das opções viáveis para tornar a atenção à saúde sustentável nos territórios. Na [opinião de especialistas](#), o desenho geral da regionalização no Brasil, com 450 microrregiões de saúde e 118 macrorregiões, funciona bem, **mas depende de uma alocação racional de recursos, em especial**

de emendas parlamentares, para que equipamentos e insumos respeitem a lógica e os fluxos das regiões. Parece ser mais fluída a cooperação entre estados ou entre estados e municípios do que entre municípios, inclusive pelo poder indutor dos estados em termos de recursos e diretrizes.

As regiões de saúde “vivas” frequentemente ultrapassam divisões entre territórios, com fluxos que se estabelecem a partir de relações sociais entre populações e serviços, mas esse fenômeno ainda não está bem representado. Apesar de promissores, ainda há pouca evidência sobre os consórcios.

- A **coordenação federativa** é um elemento-chave para alcançar o equilíbrio entre autonomia e interdependência dos governos e para mitigar os conflitos existentes entre eles, favorecendo uma lógica de cooperação.” [5]
- Existem recursos essenciais para a formulação e execução de políticas públicas de saúde, como as ferramentas de monitoramento e avaliação, que oferecem subsídios para que gestores de todas as esferas de governo possam otimizar o desempenho da política e o comprometimento compartilhado. O **Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)** foi construído e pactuado em reunião tripartite justamente com esse objetivo, o de avaliar o SUS através de uma aferição contextualizada do desempenho do sistema quanto ao acesso e à efetividade da Atenção Básica e das Atensões Ambulatorial, Hospitalar e Urgências e Emergências. [6]

A coordenação interfederativa de políticas é possibilitada por diversos mecanismos, alguns surgem de forma recorrente na literatura sobre o tema:

1. A divisão de responsabilidades e funções gestoras entre as autoridades governamentais no contexto do marco regulatório do SUS;
2. as entidades representativas, as instâncias e os instrumentos de pactuação federativa no SUS (negociação, decisões compartilhadas e formalização de compromissos entre os gestores);
3. o sistema de partilha de recursos financeiros na saúde.

Zelar pela saúde é uma das competências comuns da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, mas compete à União, aos estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre a “proteção e defesa da saúde”. Porém, com a **pandemia da Covid-19**, foi possível constatar que, apesar da existência de um modelo de descentralização, houve um movimento de **centralização de poder na esfera federal, desencadeando um cenário de desequilíbrio federativo**, no qual o governo federal buscou exclusividade na gestão da pandemia. [7]

O Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) desenvolveu uma pesquisa chamada **Novo Federalismo no Brasil? Tensões em Tempos de Pandemia de Covid-19**, que concluiu que o “modelo constitucional de **federalismo**, definido como cláusula pétrea na Constituição Federal de 1988 e caracterizado pela autonomia dos entes federados – União, estados e municípios – e pela responsabilidade compartilhada na articulação de políticas públicas em prol da saúde, assistência e combate à pobreza, assim como na defesa da democracia, foi **substituído por um padrão de confrontação**, que contribuiu para aumentar os riscos sanitários e produzir constantes ameaças à democracia em plena pandemia”. [8]

- Os resultados da pesquisa apontam para **limitações das estratégias utilizadas pelos governadores no enfrentamento da pandemia**. Uma delas foi a **ausência de articulação da Atenção Básica com a Vigilância**, a fim de fortalecer o programa de Saúde da Família, com ênfase em medidas de isola-

mento e prevenção. Sobre os comitês de crise, um ponto central que foi observado na análise dos comitês estaduais é que **as entidades da sociedade civil muitas vezes não estavam presentes, com predominância da burocracia e do empresariado**. A pandemia colocou em relevo a questão federativa, que não pode ser resolvida com autoritarismo e centralização, mas com aprofundamento do modelo federativo. [8]

- O pesquisador cita a **criação do comitê científico do Nordeste, que articulou vários subcomitês**, incluindo a participação de universidades e institutos de pesquisa, para estabelecer protocolos clínicos, incentivar discussões de inovação e pesquisa, criando uma espécie de grande rede de conhecimento, formulação e divulgação de informação ao longo da pandemia. Também é ressaltado o **papel dos consórcios na compra coletiva de medicamentos e equipamentos de proteção, fortalecendo a coordenação conjunta dos estados e dos municípios e aumentando seu poder de compra**. Apesar das dificuldades da pandemia, **o federalismo foi capaz de criar inovações que podem torná-lo mais robusto no médio e longo prazo**. Muitas dessas inovações foram desenvolvidas através de consórcios interestaduais, a exemplo do consórcio do Nordeste. [8]

No que tange o **contexto epidemiológico**, existem desigualdades relevantes entre as macrorregiões brasileiras, relacionadas com diferenças de perfil demográfico, condições socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde e prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Essa realidade desigual faz com que parte das regiões de saúde sofram com insuficiências na oferta de serviços e entraves na articulação dos serviços que atendem DCNT. [9]

A construção de regiões e redes de saúde também é atingida pela baixa capacidade de oferta e disponibilidade de infraestrutura, recursos, serviços e ações. A análise da disponibilidade de recursos pela Atenção Primária à Saúde (APS), evidencia a carência estrutural de equipamentos, insumos e profissionais, negligenciando o cuidado da população. Além disso, há um baixo nível de profissionais da medicina fixos nos locais estudados, criando uma dependência desses profissionais de outras regiões. [9]

O **financiamento alinhado com a política de regionalização figura como uma estratégia relevante**, visto o esgotamento dos municípios, a pouca racionalidade sistêmica e equitativa no gasto estadual e o subfinanciamento federal. Outro impasse diz das **assimetrias federativas e do baixo desenvolvimento de relações intergovernamentais entre as instâncias de planejamento, negociação e deliberação**. Mesmo já existindo diversas instâncias para essa pactuação, ainda não foram superados os conflitos enfrentados na busca pelo fortalecimento de um sistema integrado. Estudos indicam para a **ausência de protagonismo regional na articulação dos serviços da APS municipal e da rede especializada regional, e apontam que o fortalecimento dos estados e respectivas instâncias regionais, somado ao envolvimento dos municípios poderia proporcionar um melhor arranjo de governança regional do SUS**. [9]

- A **contratualização e o empresariamento** no setor saúde colocam em relevo o desafio de envolver outros agentes relevantes para a consolidação das redes regionalizadas de saúde considerando as relações público-privadas. Há também a demanda de criação de uma **agenda política convergente**, visando uma liderança institucional, a ser exercida pelos estados, com maior participação de profissionais da saúde e sociedade civil no processo de criação e gestão de regiões e redes de saúde. [9]

- De acordo com Viana e Iozzi (2019), pesquisas recentes apontam (1) para o pouco impacto das políticas da primeira fase de regionalização, seja no que concerne o desenvolvimento das redes regionais, ou a implantação do instrumento de pactuação – Coap; e (2) para o crescimento do processo de contratação indireta para a gestão de equipamentos regionais em todo período, com destaque ainda maior para o período mais recente. [9]
- **O ponto mais delicado do processo de regionalização aparece entre APS e especialidades, pois ambas são operadas por instituições diversas:** a primeira com base no município e, a segunda, na região, porém, com pouca interferência de atores regionais (estruturas regionais das SES), tanto nos seus desenhos de prestação quanto no estabelecimento de iniciativas com objetivo de incrementar a integração. **No Brasil, a APS ainda é pensada no espaço municipal e não há iniciativas de uma ação conjunta de municípios visando otimização de suas redes, economias de escala e definição dos fluxos dos pacientes entre municípios.** Enfim, falta uma integração da rede de APS e dessa com outros serviços, buscando melhor atenção e menor custo. Outro problema complexo, desafiador e recorrente hoje, que dificulta a integração, é o **enorme mosaico de instituições presentes nas regiões, sob a forma de contratos, convênios e contratos de gestão, operados por municípios e estados.** [9]
- Em 2021, a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostrou que em **40% das cidades brasileiras os pacientes da atenção básica têm de fazer exames em outros municípios.** A proporção era maior nos municípios de até 5.000 habitantes, atingindo 58,6%. [10]
- 58,6% dos municípios referenciam usuários da atenção básica para internação fora, sendo que, em municípios de até 5 mil habitantes, esse percentual atingiu 83,4%. [10]
- Os consórcios intermunicipais ocuparam uma posição estratégica na estrutura organizacional da política de regionalização do SUS em Pernambuco, permitindo o desenvolvimento de serviços de saúde de forma cooperada entre os entes federados. **Na perspectiva de gestores, os consórcios intermunicipais possibilitaram o fortalecimento da regionalização dos serviços de saúde; a ampliação de oferta e cogestão de serviços de saúde; a absorção de experiências exitosas e a necessidade da indução estadual das políticas regionais de saúde.** Estudos adicionais são necessários no que diz respeito ao impacto dos indicadores de saúde em escala regional. [11]
- Há algumas experiências de iniciativas de constituição de redes regionalizadas já em curso no Brasil:
 - Um estudo de caso na Bahia, em que foi realizado um estudo comparativo de indicadores, ao olhar para a taxa de mortalidade por 100 mil habitantes, identificou-se que locais onde há maior vulnerabilidade social tiveram menor taxa de mortalidade, mesmo que tivessem menor capacidade instalada. Ao entrevistar os gestores desses locais, foram identificadas ações que levaram a esse resultado: intervenções precoces, grande abrangência intersetorial, expansão da capacidade de resposta do SUS, reforma no laboratório, maior número de leitos, mudanças administrativas, melhoria dos sistemas de informação, **integração dos sistemas**, inovações institucionais, **parcerias entre estados e municípios, com a sociedade, com o legislativo, consórcios por regiões de saúde.** Houve uma ampliação de uma “capacidade cívica”.

- As redes temáticas, apesar de ainda estarem em construção, já são muito interessantes. Não se pode pensar nas redes temáticas de forma dissociada da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Algumas questões de saúde possuem uma legitimidade própria, que unem muitas entidades (por exemplo, o câncer) e criam fluxos culturais/naturais.

RECOMENDAÇÕES

- Uma pesquisa de revisão sistemática indicou que a colaboração interinstitucional entre serviços de saúde locais e agências governamentais locais não apresenta evidências suficientes sobre efeitos significativos em desfechos de saúde como mortalidade, mudanças de estilo de vida, e manejo de doenças crônicas. **[11]**
- Segundo uma pesquisa de revisão sistemática, há evidências fracas de que a coordenação de informações entre agências e serviços de saúde em crises humanitárias contribui para a melhoria da provisão em saúde. Modalidades de coordenação onde há um consórcio de organizações que atuam no mesmo tema sendo gerido por uma diretriz comum parecem contribuir para a ampliação do acesso aos serviços de saúde. **[12]**
- Um novo modelo de governança interfederativa deve ser desenvolvido. A expansão do SUS foi possível devido ao papel fundamental dos municípios na entrega dos cuidados com a saúde. No entanto, a descentralização tem municípios tecnicamente sobrecarregados com insuficiência de recursos e capacidade. As novas formas de organização são necessárias para melhorar a coordenação dos cuidados de saúde em um nível regional, com um novo pacto federal entre federais, governos estaduais e municipais para promover um equilíbrio de poder, papéis e responsabilidades pela gestão regional de redes de cuidados com a saúde. Esta estrutura de governança deve também considerar transferências intergovernamentais de equalização para reduzir as disparidades entre os municípios. **[13]**

Passo a passo de elaboração de um Plano Regional Integrado

- Elaboração da análise da situação de saúde;
- Identificação das necessidades em saúde, considerando a capacidade instalada, os vazios assistenciais e fluxos de acesso;
- Definição de prioridades sanitárias: diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;
- Organização dos pontos de atenção da RAS;
- Elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde;
- Definição de investimentos necessários.

(CONASS. Regionalização da saúde: posicionamento e orientações, 2019. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1102472/cartilha-regionalizacao_web-1.pdf)

- Uma cooperação federativa territorial e a promoção de capacidades estatais subnacionais podem construir instrumentos políticos institucionais que assegurem a presença dos interesses territoriais na produção cooperativa de políticas. As experiências nacionais de consórcios públicos na área da saúde já mostraram alguma vitalidade para a diminuição das desigualdades de acesso e para a construção de decisões e intervenções mais democráticas, mas são ainda pouco conhecidas. Seus condicionantes e formas de operação carecem ainda de estudos mais aprofundados. [9]
- Através de escalas espaciais, com base no fluxo de pacientes (origem e destino das interações realizadas em nível municipal no Brasil em 2016), um algoritmo identificou os agrupamentos mais comuns. Em um fluxo sem restrições espaciais, seriam 29 comunidades no país, 64 comunidades quando respeitados os limites das grandes regiões e 164 comunidades, considerando os deslocamentos apenas dentro dos estados. Os resultados demonstram a **importância de regiões historicamente constituídas, desconsiderando limites administrativos, para a efetivação do acesso a serviços de saúde**. Também revelam a aderência aos limites administrativos em muitas Unidades da Federação, demonstrando a relevância dessa escala espacial no contexto do acesso às interações. [14]
- Há desafios nas dificuldades dos gestores frente às articulações entre os serviços públicos e privados, as pactuações intermunicipais, na falta de engajamento dos profissionais de saúde na qualificação da gestão, no subfinanciamento crônico do SUS e no pouco uso dos instrumentos de gestão pública. Nesse sentido, os avanços destacados para regionalização estão relacionados ao consórcio intermunicipal, a atuação proativa das instâncias colegiadas de tomada de decisão e a realização de atividades de educação permanente que fortalecem as relações entre os atores regionais. [15]

Metodologia

Este relatório técnico foi elaborado na etapa de levantamento de evidências para elaboração da [Agenda Mais SUS](#). As buscas foram realizadas por meio de revisão rápida em repositórios científicos e de literatura cinzenta (relatórios de organismos internacionais, governos e organizações da sociedade civil) entre julho e agosto de 2021. Dados-chave foram atualizados em maio de 2023. Em cada um desses repositórios, foram realizadas: a) exploração e pré-seleção; b) leitura dos sumários executivos e resumos com extração das principais informações (título do documento, autoria, ano de publicação, link e principais achados); e c) consolidação de bullet points sobre o tema. Após o primeiro esboço, foram incluídos documentos sugeridos pela equipe revisora.

Organizações

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Idealização e Revisão) - Miguel Lago, Rudi Rocha, Arthur Aguillar, Agatha Eleone, Dayana Rosa, Helena Ciorra, Jéssica Remédios, Maria Cristina Franceschini, Maria Letícia Machado, Renato Tasca e Rebeca Freitas (Coordenadora-Geral do Projeto).

Umane (Idealização e Revisão) - Thaís Junqueira e Evelyn Santos.

Instituto Veredas (Busca e síntese de evidências) - Laura Boeira, Carolina Beidacki, Renata Penalva, Bruno Graebin e Victória Menin.

Normatização, Comunicação e Design

Danilo Castro - Instituto Veredas; Helena Rocha - Diagramação; Natasha Mastrangelo - IEPS

Sugestão de citação

IEPS; UMANE; INSTITUTO VEREDAS. Competências inerfederativas e Regionalização. Rio de Janeiro: IEPS, 2023.

Conheça a Agenda Mais SUS: www.agendamaisus.org.br

Referências

- [1] IBAM, Revista de administração municipal; 2016 - Disponível em <http://www.ibam-biblioteca.org.br/biblivre3/DigitalMedia-Controller?id=MjQwMDpyYW0yODgucGRm>
- [2] IPEA; Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação; 2018 - Disponível em: https://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2399.pdf
- [3] DWECK, E.; MORETTI, B. ; MELO, M. F. G. C. Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas. Cadernos do desenvolvimento; 2021. - Disponível em: <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/559>
- [4] Fleury; Pandemia, contradições e inovações no federalismo brasileiro; 2020 - Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1179>
- [5] Lima, LD; A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil; 2013. - Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kijw/pdf/noronha-9788581100173-05.pdf>
- [6] Coordenação-Geral de Cooperação Interfederativa; Diretrizes para o apoio integrado à gestão interfederativa do SUS; 2013 - Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/240606/>
- [7] Silva, C. dos S., Teixeira, M. F., & Silva, C. A. de M.; Federalismo cooperativo: reflexos na saúde pública; 2021 - Disponível em: <https://revistas.unoeste.br/index.php/cs/article/view/3981>
- [8] CONASS; Novo Federalismo no Brasil? Tensões em Tempos de Pandemia de COVID-19, é tema de pesquisa da Fiocruz.; 2021 - Disponível em: <https://www.conass.org.br/novo-federalismo-no-brasil-tensoes-em-tempos-de-pandemia-de-covid-19-e-tema-de-pesquisa-da-fiocruz/>
- [9] Viana; Iozzi. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil, 2019 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Q3YCMVdQG83vHbHKSxDPXp/?lang=pt>
- [10] IBGE. Perfil dos municípios brasileiros: 2021. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. - Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101985.pdf>
- [11] Hayes et al. Collaboration between local health and local government agencies for health improvement. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2012 - Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23076937/>
- [12] Akl et al. Effectiveness of mechanisms and models of coordination between organizations, agencies and bodies providing or financing health services in humanitarian crises: A systematic review; 2015 - Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26332670/>
- [13] Castro et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future, 2019 - Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext)
- [14] Xavier et al. As Regiões de Saúde no Brasil segundo intenações: método para apoio na regionalização de saúde, 2019 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WrQKVdTbbJ8NfBvvYhkfn6d/?lang=pt>
- [15] Ferreira et al. Formação de gestores como estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde, 2018 - Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231285/28718>