

Estado da publicação: O preprint não foi submetido para publicação

Da Regionalização Territorial às Redes Temáticas: quais as repercussões para a responsabilidade sanitária e o modelo de regionalização da atenção no SUS?

Lilian Welz, Fernanda de Freitas Mendonça, Adelyne Maria Mendes Pereira, Maria Lúcia Frizon Rizzotto

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.12270>

Submetido em: 2025-06-15

Postado em: 2025-07-04 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Título completo

Da Regionalização Territorial às Redes Temáticas: quais as repercussões para a responsabilidade sanitária e o modelo de regionalização da atenção no SUS?

De la Regionalización Territorial a las Redes Temáticas: ¿cuáles son las repercusiones para la responsabilidad en salud y el modelo de regionalización de la atención en el SUS?

From Territorial Regionalization to Thematic Networks: what are the repercussions for health responsibility and the regionalization model of care in the SUS?

Título resumido

Crítica às redes temáticas e ao desenho territorial.

Área de concentração: Políticas públicas e planejamento em saúde

Palavras-chave: Regionalização, Desenho territorial, Redes de Atenção, Hospitais.

Informações sobre financiamento: não há financiamento.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um:

Lilian Welz, Universidade Estadual de Londrina, Avenida Robert Kock, 60, Vila Operária, Londrina-PR. CEP 86038-350 - Tel: (44) 9 9986-0233, lilianwelz@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1806-6710>, é responsável pela escrita e organização do texto.

Fernanda de Freitas Mendonça, Universidade Estadual de Londrina, Avenida Robert Kock, 60, Vila Operária, Londrina-PR. CEP 86038-350 - Tel: (43) 3371-2398, fernanda0683@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3532-5070>, é responsável pelo apoio na revisão do texto.

Adelyne Maria Mendes Pereira, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21041-210 - Tel: (21) 2598-2525, adelyne.mendes@fiocruz.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2497-9861>, é responsável pelo apoio na revisão do texto, nas sugestões de leituras e no debate sobre regionalização.

Maria Lúcia Frizon Rizzotto, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Rua Mato Grosso 1519, ap 801, Cascavel - PR, CEP 85812-020 - (45) 999730876, marialuciarizzotto@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3152-1362>, é responsável pelo apoio na revisão do texto.

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 10 infralegais, estruturantes do SUS, de 1988 a 2023. Como documentos complementares, foram analisadas as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB), Especializada (PNAE) e Hospitalar (PNHOSP). Buscou-se extrair as seguintes informações: ano, normativa, tipo de normativa, conceito de rede, desenho territorial e organização territorial, sendo possível identificar três fases no processo de regionalização: A primeira fase é marcada pelo conceito de regionalização enquanto preceito constitucional e organizativo do SUS; a segunda fase é de transição, de não espelhamento entre as normativas legais e infralegais do SUS e mudanças no conceito de regionalização territorial para redes temáticas; a terceira fase é a consolidação das normas infralegais do SUS e da instrumentalização da Regionalização, onde o Planejamento Regional Integrado (PRI) passa a ser um método de planejamento. Como resultado, há 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 no SUS. Conclui-se que não há espelhamento entre as normativas legais e infralegais na concepção de regionalização e recomenda-se um novo marco legal no SUS, no qual as áreas territoriais e as redes temáticas sejam reorganizadas à luz do conceito constitucional e dos preceitos territoriais do Relatório Dawson.

Palavras-chave: Regionalização, Desenho territorial, Redes de Atenção, Hospitais.

Resumen

El objetivo del estudio fue analizar el proceso de regionalización en el sistema de salud brasileño desde un punto de vista normativo. Se trata de un estudio documental que reunió cinco normativas legales y diez infralegales, estructurantes del SUS, en el período de 1988 a 2023. Como documentos complementarios, se analizaron las Políticas Nacionales de Atención Primaria (PNAB), Atención Especializada (PNAE) y Atención Hospitalaria (PNHOSP). Se buscó extraer la siguiente información: año, regulación, tipo de regulación, concepto de red, diseño territorial y ordenamiento territorial, permitiendo identificar tres fases en el proceso de regionalización: La primera fase está marcada por el concepto de regionalización como precepto constitucional y organizativo del SUS; la segunda fase es una fase de transición, sin reflejo entre las normativas legales y sublegales del SUS y cambios en el concepto de regionalización territorial para las redes temáticas; La tercera fase es la consolidación de las normas sub-legales del SUS y la instrumentalización de la Regionalización, donde la Planificación Regional Integrada (PRI) se convierte en un método de planificación. Como resultado, existe un vacío jurídico y conceptual en el SUS debido a la fragmentación del territorio en redes temáticas; por la falta de comprensión de la responsabilidad sanitaria de los hospitales; por la separación entre el diseño regional y la planificación de la salud y por el aumento significativo del número de instrumentos de planificación en el SUS. Se concluye que no hay reflejo entre normativa legal y sublegal en la concepción de la regionalización y se recomienda un nuevo marco legal en el SUS, en el que los espacios territoriales y redes temáticas sean reorganizados a la luz de la concepción constitucional y de los preceptos territoriales del Informe Dawson.

Palabras clave: Regionalización, Diseño territorial, Redes de Atención, Hospitales.

Abstract

The objective of this study was to analyze the regionalization process in the Brazilian health system from a normative point of view. This is a documentary study that brought together five legal and ten infra-legal regulations that structure the SUS from 1988 to 2023. As complementary documents, the National Policies for Primary Care (PNAB), Specialized Care (PNAE) and Hospital Care (PNHOSP) were analyzed. The following information was extracted: year, regulation, type of regulation, network concept, territorial design and territorial organization, and it was possible to identify three phases in the regionalization process: The first phase is marked by the concept of regionalization as a constitutional and organizational precept of the SUS; the second phase is a transitional phase, with no mirroring between the legal and sub-legal regulations of the SUS and changes in the concept of territorial regionalization for thematic networks; the third phase is the consolidation of the sub-legal regulations of the SUS and the instrumentalization of Regionalization, where Integrated Regional Planning (IRP) becomes a planning method. As a result, there is a legal and conceptual void 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 in the SUS. It is concluded that there is no mirroring between the legal and sub-legal regulations in the concept of regionalization and a new legal framework is recommended in the SUS, in which the territorial areas and thematic networks are reorganized in light of the constitutional concept and the territorial precepts of the Dawson Report.

Key words: Regionalization, Territorial design, Attention Networks, Hospitals.

INTRODUÇÃO

A Regionalização, ou melhor, a organização do território regional é uma prática não necessariamente complexa, contudo, no Brasil, observa-se uma fragmentação desse processo tornando-o mais custoso do que foi em outros países também com sistemas universais de saúde. Obviamente que se tem no Brasil singularidades federativas, como o processo de descentralização/municipalização não paripassu com a regionalização do SUS e desafios complexos de desigualdades sociais, mas o caminho metodológico e político adotado pelo processo de regionalização no Brasil se distanciando do princípio constitucional e organizativo do Art. 198 onde “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” de base territorial ao optar 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 03/2017, se somam as nossos desafios federativos e avultam a fragmentação dos serviços de saúde ².

Ou seja, criou-se pelo menos cinco formas de regionalizar o território regional que é único: a regionalização da materno-infantil, da saúde mental, dos crônicos, da pessoa com deficiência, da urgência e emergência, com dificuldades de inserir temáticas transversais como a assistência farmacêutica e da vigilância em saúde nas diversas redes. A Rede Única Regionalizada e Hierarquizada da Constituição Federal deve ser compreendida pela atenção primária, atenção especializada, atenção hospitalar e atenção de urgência e emergência em suas respectivas políticas nacionais. Além desta primeira fragmentação, os estados que priorizam a organização de uma rede temática por vez com uma ideia de maior clareza em seus planejamentos, focalizando suas ações em uma determinada rede temática, produz uma segunda fragmentação onde não se avalia escala e escopo necessárias para qualidade do cuidado com duplicidade de serviços para o mesmo fim, ainda que em municípios diferentes, mas dentro de uma mesma região e mesmo que algumas redes temáticas tenham serviços específicos. Ao optar por regionalizar via redes temáticas e dentro destas a escolha de uma rede prioritária se produz tantas exclusões, que não se regionaliza.

A linha de raciocínio das redes temáticas, proposta por Mendes (2011)³⁰, foi reproduzida por todos os entes federados: o “modelo conceitual das Redes de Atenção à Saúde (RAS) foi proposto como paradigma para organização do SUS no Brasil na última década e adotado tanto pelo Ministério da Saúde como por gestores estaduais e municipais de saúde como política

pública” (35, p.4774). O proposto é a crítica aos sistemas hierarquizados sem comunicação efetiva dos pontos de atenção, fragmentados e orientados para assistência às condições agudas, mas ao compreender o desenho territorial via redes temáticas se produz exatamente o que se critica. Ao definir as RAS como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, afastando-se da concepção constitucional de Rede Única Regionalizada e Hierarquizada, causa-se dificuldades na compreensão basilar da regionalização que é a territorialização do território regional pelo melhor acesso da população a uma rede orgânica/hierarquizada de serviços de saúde na mesma lógica da territorialização por áreas sanitárias que se faz nos municípios e amplamente discutida pelos trabalhadores do SUS. Tem-se então duas lógicas de organização territorial no Brasil: uma para os municípios e outra para a região/macrorregião. Estas duas lógicas também impactam em diferentes instrumentos de planejamento em saúde.

Para os municípios segue-se a territorialização do território municipal, com definição de áreas e microáreas, população adstrita e adscrita e oferta específica de serviços de saúde para todas as linhas de cuidado ofertadas dentro do seu escopo de atuação e com mapas estratégicos de visualização das áreas sanitárias delimitadas como tarefa constante da gestão municipal. “Um dos fundamentos da ESF é a Atenção Básica territorializada, construída sobre uma base territorial espacialmente delimitada e seguindo o modelo de adstrição da clientela” (1, p.05). Já para a região e macrorregião de saúde não se usa a mesma lógica de áreas sanitárias e não há territorialização da atenção hospitalar e do território regional como um todo por consequência, construídas na mesma lógica da organização municipal pela soma de municípios (ou soma de territórios sanitários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) como nos países com sistemas universais de saúde e onde a região é um ente federado) e seus territórios de responsabilidade sanitária das UBS e dos Hospitais de forma ascendente com população adscrita para ambos e não somente para a Atenção Primária em Saúde (APS). A definição de Mendes (2011)³⁰, em Território-distrito (território administrativo assistencial); Território-área (área de atuação das equipes de saúde) e Território microárea (subdivisão do território-área, corresponde à área de atuação de um Agente Comunitário em Saúde) é muito usada e significativa para a APS, mas não territorializa o território para além do município¹. Falta-nos nomear os espaços territoriais regionais, ou seja, as áreas sanitárias hospitalares com suas respectivas UBS adscritas, bem como o resgate das microrregiões em saúde esquecido na NOAS 2001 pela soma de municípios pequenos em uma discussão da microrregião à macrorregião em saúde não clara nas normativas legais e infralegais como analisaremos. Segundo Gadelha et al. (2011, p.3004), a saúde é “estruturante da ocupação territorial” e considera que não se desenvolveu em âmbito nacional, um “enfoque

territorial/regional para o desenho de políticas de saúde, o que tem comprometido o atendimento das múltiplas realidades que se apresentam no território, assim como a superação, ou mesmo a mitigação, das desigualdades nele observadas”²⁵. Não se possui uma perspectiva territorial como estratégia nacional de regionalização, com critérios estratégicos somados à descentralização do sistema e se restringe a organização da rede de serviço em uma racionalidade administrativa nas despesas e da garantia do acesso, sem a incorporação de uma lógica territorial mais abrangente. “Há um equilíbrio ainda a ser alcançado entre a descentralização dos serviços de saúde e a concentração tanto nos níveis intermediários, micro ou mesorregionais, quanto nos centrais, macrorregionais ou nacionais” (25, p.3009).

Ao se ter dois desenhos regionais, um de territorialização para os municípios em áreas e outro para a região e macrorregião em redes temáticas e duas lógicas de organização territorial com instrumentos de gestão distintos, com planos municipais atrelados a Lei Orçamentária Anual (LOA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Planos Plurianuais (PPA) no ciclo orçamentário e para a região/macrorregião Planos de Ação Regional (PARs) temáticos que visam habilitação de serviços pelo âmbito federal e Plano Regional Integrado (PRI) que em tese seria a soma dos PARs e sintetizado no Plano Estadual de Saúde (PES), não há unidade no raciocínio da construção do planejamento ascendente do SUS e na prática, fica complexa a comunicação entre os instrumentos de gestão: Plano Municipal de Saúde, Plano Regional Integrado (PRI) e Plano Estadual de Saúde. Dentro de cada plano há lógicas diferentes de compreender o território ainda não alinhadas e pacificadas, o que faz com que a regionalização seja fragmentada, desnecessariamente complexa no Brasil e considerada como “um eterno recomeço”, porque no Brasil se dissociou o desenho regional de instrumentos de planejamento, não estando por exemplo o PRI nos Planos Estaduais ou ainda, um PRI sem previsão de recursos financeiros. Há mudanças profundas no conceito, nas formas e nos instrumentos de regionalizar desde a Constituição Federal/1988 à Resolução de Consolidação CIT 01/2021.

Com o propósito de sair deste ciclo, este artigo traz algumas reflexões sobre a regionalização e suas respectivas fases ao longo de três décadas de construção do SUS. A análise se concentra na compreensão da prática da regionalização, do ato de regionalizar e seus desenhos regionais produzidos à luz da responsabilidade sanitária territorial.

METODOLOGIA

Como método, utilizou-se da pesquisa documental com a análise da legislação estruturante do SUS, onde se partiu de uma amostra conveniente e fundamental na gestão do SUS nos seus principais atos normativos. 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 a busca em diferentes sítios eletrônicos: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - <https://bvsmms.saude.gov.br/>, Saúde Legis - <https://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml> e publicações de legislação pelo Planalto - <https://www4.planalto.gov.br/legislacao>. 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, analisou-se cinco normativas legais e 10 infralegais, consideradas o núcleo estruturante das normativas do SUS. Como documentos complementares, foram analisadas as Políticas Nacionais de Atenção Básica, Especializada e Hospitalar. Para a análise dos documentos buscou-se extrair as seguintes informações: ano, tipo de normativa, conceito de rede, desenho territorial e organização territorial (Quadro 2). 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 abaixo, segue as normativas legais e infralegais analisadas por ano, normativa, tipo e link de acesso e nos anexos 1 e 2 há quadros com mais detalhes sobre a análise dos documentos.

Quadro 1. Normativas Legais e infralegais analisadas, 2025.

ANO	NORMATIVA	TIPO	LINK DE ACESSO
1988	Constituição Federal	Norma Legal	Fonte: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/outras-normativas/constituicaofederal.pdf
1990	Lei Orgânica 8080/90	Norma Legal	Fonte: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
1990	Lei Orgânica 8142/90	Norma Legal	Fonte: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
1991	Norma Operacional Básica (NOB 91)	Norma Infralegal	Fonte: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf
1992	Norma Operacional Básica (NOB 92)	Norma Infralegal	Fonte: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf
1993	Norma Operacional Básica (NOB 93)	Norma Infralegal	Fonte: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html
1996	Norma Operacional Básica (NOB 96)	Norma Infralegal	Fonte: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf

2001	Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)	Norma Infralegal	Portaria GM/MS 95, de 26 de janeiro de 2001 Fonte: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html
2002	Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)	Norma Infralegal	Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 Fonte: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf
2006	Pacto pela Saúde	Norma Infralegal	Portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006 Fonte: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
2011	Decreto 7508/2011	Norma Infralegal	Fonte: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf
2011	Lei Nº 12.466, de 24 de agosto de 2011	Norma Legal	Fonte: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2011/lei-12466-24-agosto-2011-611339-publicacaooriginal-133478-pl.html
2012	Lei Complementar 141/2012	Norma Legal	Fonte: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm
2017	PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO 03/2017	Norma Infralegal	Fonte: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html
2021	Resolução de Consolidação CIT nº1/2021	Norma Infralegal	Fonte: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2021/rsc0001_02_06_2021.html

Fonte: elaboração própria, 2025.

RESULTADOS

A compreensão do conceito de rede é o primeiro desafio da regionalização neste momento, porque a constituição trata de uma rede regionalizada e hierarquizada que se denomina neste estudo de rede orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede regionalizada e hierarquizada é composta pelos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS), pelos serviços da Atenção Especializada (AE), da Atenção Hospitalar (AH) e pela Atenção de Urgência e Emergência (AUE) 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 pensada pelo Relatório Dawson de 1920 se referiria ao Brasil como pontos 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 uma necessária Política Nacional de Urgência e Emergência (PNUE), com clareza nos pontos de atenção e transporte sanitário de urgência/emergência e integração com as demais políticas. O relatório Dawson não se referiria

às redes temáticas de atenção vigentes atualmente como seu primeiro desenho: 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, porque isto produziria duplicidade de serviços e fragmentação do cuidado em saúde. Salienta-se que o descompasso na publicação das políticas da rede orgânica/hierarquizada do SUS, com uma década de distanciamento da PNHOSP para a PNAE por exemplo ou da publicação de três PNABs para uma PNAE com dezessete anos de espaçamento entre elas, estimula uma regionalização por redes temáticas e mudança de paradigma na forma de se regionalizar no Brasil. Também a publicação de políticas nacionais sem implementação concreta, com recursos financeiros, monitoramento, avaliação e revisão da própria política como a PNHOSP de 2013, pelo não enfrentamento e organização de uma média complexidade majoritariamente privada e que não produz responsabilidade sanitária na atenção hospitalar com território adstrito e adscrito, ficando essa responsabilidade apenas na PNAB. A PNAB necessita de uma PNAE e de uma PNHOSP integradas, planejadas e financiadas, onde linhas de cuidados com programações específicas perpassam e não via Redes Temáticas articuladas, porque este processo complexifica e amarra a regionalização que em essência é simples.

Partindo da Constituição Federal de 1988 às Resoluções da CIT a partir de 2017, em uma análise do núcleo duro 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 do SUS como uma rede única, no singular, Rede Regionalizada e Hierarquizada está presente na Constituição Federal de 1988, na Lei nº 8080 de 1990, na Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2002 (NOAS 2002), no Pacto pela Saúde (2006), no Decreto Presidencial nº 7.508 de 2011 e na Lei nº 141 de 2012. Contudo, na Portaria de Consolidação das Redes nº 03/2017 e na Resolução de Consolidação nº 01 da CIT de 2021, normas infralegais que orientam a regionalização atualmente, ainda que tenha como pano de fundo a compreensão de uma rede regionalizada e hierarquizada, o conceito possui uma outra compreensão e passa-se para o plural, Redes de Atenção à Saúde (RAS) em alusão às diversas redes temáticas do MS^{02 – 17, 22}.

No quadro abaixo, avaliamos os conceitos vigentes que estão ganhando vida no território para que de forma visual tenhamos um panorama dos conceitos produzidos ao longo dos 34 anos de SUS e que tipo de regionalização os diferentes conceitos produzem no território em seus desenhos e organização territorial. As demais legislações analisadas que constam na metodologia e que não constam no quadro abaixo, estão no quadro síntese do Anexo 1.

Quadro 2. Quadro síntese das principais legislações vigentes (legais e infralegais) analisadas e suas respectivas organização e desenho territorial em ordem de publicação.

Nº	Normativa Legal e Infralegal	Organização Territorial e tipos de Instrumentos de Planejamento	Desenho Territorial e Conceitos de Regionalização
01	CF 88	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 regionalizada e hierarquizada.
02	LEI nº 8080/90	Planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (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 regionalizada e hierarquizada.
03	NOAS/2001 e 2002	Plano Diretor de Regionalização (PDR); Plano Diretor de Investimentos; 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)	Pacto pela Vida – Compromissos Sanitários (Saúde do Idoso, Câncer de	Regionalização por territorialização da saúde como base para organização dos sistemas.

		<p>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;</p> <p>Pacto em Defesa do SUS – Financiamento Público da Saúde como prioridade, participação e mobilização social,</p> <p>compromisso com a consolidação dos fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS.</p> <p>Pacto de Gestão - Definição clara das competências dos entes federados,</p> <p>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.</p> <p>Territorialização da saúde como base para organização dos sistemas</p> <p>Programação Pactuada e Integrada (PPI)</p> <p>Termo de Compromisso de Gestão (TCG)</p> <p>Colegiados de Gestão Regional (CGR)</p> <p>Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.</p>	<p>Gestão com Termo de Compromisso assinados pelos gestores.</p> <p>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.</p> <p>Publicação da 1º PNAB/2006 e PNPS alinhadas ao Pacto.</p>
05	<p>PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO n° 03/2017</p> <p>OBS: A Portaria da Rede de Atenção à Saúde (Portaria 4279/2010) foi republicada a partir da PRC n° 3/2017 que consolida as normas sobre as Redes de</p>	<p>Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI)</p> <p>Colegiado de Gestão Regional (CGR)</p> <p>Planos de Ação Regional (PAR)</p> <p>Planos de Ação Estadual (PAE)</p> <p>Linhas de Cuidado (LC)</p> <p>Plano Regional Integrado (PRI)</p> <p>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.</p>	<p>Regionalização por Redes de Atenção (RAS), redes temáticas. Mudança no conceito da compreensão do território sanitário a partir de 2010. Compreensão de Redes de atenção em: temáticas, de serviços e de pesquisa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Redes Temáticas: Rede Cegonha, RUE, 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

	Atenção à Saúde.		<p>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).</p> <p>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).</p>
06	DECRETO nº 7508/2011	<p>Região de Saúde;</p> <p>Regiões de Saúde Interestaduais;</p> <p>Mapa da Saúde</p> <p>Portas de Entrada</p> <p>Plano de Saúde</p> <p>Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES</p> <p>Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP)</p> <p>Rede Regionalizada e Hierarquizada – Rede de Atenção à Saúde</p> <p>Planejamento Ascendente e Integrado</p> <p>Acordo de Colaboração entre os entes</p> <p>Definição dos espaços deliberativos do SUS: CIR, CIB e CIT.</p>	<p>Regionalização por Redes de Atenção (RAS), redes temáticas, tendo a região de saúde seu espaço de desenho territorial.</p> <p>O Decreto regulamenta a Lei 8080/1990 e traz a definição de Região de Saúde em seu Art. 2º:</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
07	LEI nº 141/2012	<p>Desigualdades Regionais</p> <p>Crerios de Rateio para subsidiar o financiamento das regiões de saúde</p> <p>Definição do que são Ações e Serviços de Saúde (ASPS)</p> <p>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</p>	<p>Desenho territorial é a Região de saúde. Não traz os espaços de microrregião e macrorregião de saúde.</p> <p>O conceito de Regionalização que permeia a Lei 141 é como forma de diminuir as desigualdades regionais. Não trata de redes de atenção/temáticas especificamente.</p> <p>Ênfase no Planejamento com o Controle Social.</p> <p>Possibilidade dos Consórcios de Saúde atuarem como fundos intermunicipais e interestaduais e promover a articulação necessária para a organização regional;</p>

		<p>elaboração dos instrumentos de planejamento;</p> <p>Infrações aos entes que não cumprirem os regramentos da Lei;</p> <p>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.</p>	<p>Critérios de Rateio para financiamento da Saúde e definição dos Recursos Mínimos a serem aplicados pelos entes federados;</p>
08	RESOLUÇÃO CIT n° 01/2021	<p>Rede de Ações e Serviços de Saúde</p> <p>Plano Regional Integrado</p> <p>Governança das Redes de Atenção à Saúde</p> <p>Comitês Executivos de Gestão das RAS</p> <p>Macrorregiões de Saúde</p> <p>Programação das Ações e Serviços de Saúde - PGASS</p> <p>Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES</p> <p>Espaço Regional Ampliado</p> <p>Regiões de Saúde Interestaduais</p>	<p>Regionalização por Redes de Atenção (redes temáticas) e 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.</p> <p>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.</p>

Fonte: Elaboração própria.

A partir da análise documental foi possível identificar três fases do processo de regionalização no Brasil (Quadro 2). Na sequência, são apresentadas cada uma destas fases destacando sua temporalidade, atos normativos que lhe deram suporte e as principais características do processo de regionalização.

Fase Legal de concepção regional territorial

A primeira fase vai de 1988 a 2010 e corresponde às normativas: Constituição Federal de 1988, Lei n° 8080 de 1990, Norma Operacional Básicas (NOBs 91, 92, 93 e 96), Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001 e 2002), Pacto pela Saúde (2006) e Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (inserida na portaria n° 03 de consolidação de 2017). É uma fase de compreensão da regionalização na sua concepção constitucional de rede regionalizada e hierarquizada via normativas legais seguindo o modelo europeu de desenho regional nas prerrogativas serviços de saúde com base territorial e responsabilidade sanitária do Relatório Dawson. Nesta primeira fase há o conceito de regionalização como princípio organizativo do

SUS, de regionalização por áreas territoriais desde os módulos assistenciais – microrregiões – regiões até as macrorregiões de saúde em uma territorialização da saúde como base para organização dos sistemas e gestão. 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 ^{2-11,17}.

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 média complexidade em saúde 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 em processo de organização, é o denominado Colegiado de Gestão Regional (CGR) ^{10,11}.

Fase de transição com mudanças na compreensão de regionalizar

A segunda fase, de 2010 - 2017, é marcada pela publicação da Portaria nº de Consolidação das Redes, com destaque para a Portaria 4279/2010, pelo Decreto 7508/2011, pela Lei Complementar 141/2011, pela PNAB 2017 e pela Resolução CIT 23/2017 (inserida na Resolução de Consolidação da CIT nº01/2021). É uma fase de não espelhamento das normativas legais e infralegais, com distanciamento da concepção constitucional de Rede Única regionalizada e hierarquizada nas normas legais para uma concepção de redes temáticas nas normas infralegais. Compreende-se como um período de transição de conceitos e de não espelhamento entre as normativas legais e infralegais. Nesta fase surgem duas lógicas de desenho e organização territorial: territorialização do município em áreas e microáreas e não territorialização regional em áreas sanitárias ou microrregiões de saúde. A organização do território regional se dá por redes temáticas e novos instrumentos de planejamento surgem no âmbito regional como os Planos de Ação Regionais (PARs) para cada Rede Temática. Nesta fase há uma separação do que é fundamental da regionalização: a sinergia entre desenho regional e planejamento em saúde porque é a partir do desenho territorial que se produz planos e não planos que devem caber em territórios. A separação entre desenho regional e planejamento em saúde resulta em aumento da complexidade da forma de 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^{12-18,22}.

Nesta lógica da criação das redes temáticas e não organização de áreas no território regional ainda se perdeu o espaço territorial microrregional presente nas NOAS 2001 e 2002 em um país com mais de 80% dos municípios com menos de 20 mil habitantes. Somados às dificuldades da municipalização autárquica, aumenta-se as dificuldades dos municípios pequenos em se organizarem e se juntarem em áreas sanitárias de uma escala e escopo mínimos na atenção especializada e hospitalar. 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 atenção básica, como da especializada e atenção hospitalar^{9,10}.

Mesmo no âmbito das redes temáticas, há confusão nos conceitos de Redes Temáticas e Linhas de Cuidado (LC), o que prejudica ainda mais a discussão da programação orçamentária de cada rede temática. A Linha de Cuidado é o itinerário do usuário na rede de atenção e articula recursos e práticas dos serviços de saúde, através de diretrizes clínicas, assistenciais e de fluxos ao longo do ciclo da vida deste usuário e também para determinadas patologias para nortear os processos entre os serviços de saúde e os diferentes pontos de atenção. Em um desenho basilar de um sistema universal de saúde na hierarquização do cuidado entre a atenção primária, atenção especializada, atenção hospitalar e atenção de urgência e emergência, as linhas de cuidado são temáticas, como linhas de cuidado da materno-infantil, da saúde mental, da hipertensão, da diabetes, das doenças raras, etc.. Elas propiciam melhores cuidados em saúde porque definem fluxos assistenciais, protocolos de atenção e programação de exames necessários para cada necessidade de saúde específica. São linhas pactuadas entre os gestores e perpassam a rede única³⁰.

Neste período, os espaços de pactuação: Comissão Intergestores Regional (CIR), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Estadual e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) Nacional se fortalecem pelo Decreto 7.508 e pela Lei 12.446 ambos de 2011 e o Colegiado de Gestão Regional (CGR) é identificado legalmente como CIR^{12,13}. O Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) inicia e morre neste mesmo período e apenas os estados do Ceará e Mato Grosso do Sul formalizam o documento³³. O ano de 2017 ainda merece um olhar mais acurado: A revisão da LC 141/2012 que deveria ocorrer a cada cinco anos, não ocorre em 2017 e ao invés de revisá-la, iniciam-se publicações via resolução CIT com PRI, e as normas infralegais ganham mais espaços de discussão que nos espaços deliberativos do SUS do que as normas legais. Em

2017, é publicada a nova PNAB e Portarias de Consolidação são publicadas (Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, 2, 3, 4, 5 e 6/2017) 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 COSEMS como braços fortes do CONASEMS nos territórios regionais em todo o país. A Rede CONASEMS-COSEMS é um marco importante para a regionalização, porque a figura do apoiador institucional dos COSEMS nasce com a prerrogativa de apoiar a regionalização do SUS e fortalecer os espaços de governança¹⁹. 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 2002¹⁰. A resolução da CIT nº 23/2017 de 17 de agosto inicia a discussão das regiões de saúde em mais de um estado como um “espaço regional” que garanta acessibilidade e sustentabilidade operacional¹⁸.

A concepção de Mendes (2010)³⁰ com forte influência nacional, compreende as RAS como “organizações poliárquicas de conjunto de serviços de saúde” com coordenação pela atenção primária à saúde, contribuiu para o crescimento das redes temáticas e aumento do número de estabelecimentos de saúde no país, mas também para distorções nos territórios sobre o conceito e significado constitucional de uma rede regionalizada e hierarquizada construídas por meio de políticas nacionais (PNAB, PNAE, PNHOSP e uma necessária PNUE).

Os instrumentos de gestão a serem utilizados se transformam em instrumentos de planejamento desvinculados de recursos financeiros, como se os recursos financeiros não fossem condições *sine qua non* para qualquer teoria e prática de planejamento que se pretenda ser executado; a discussão da Programação Pactuada Integrada (PPI) e do Plano Diretor de Investimentos (PDI) se enfraquecem e os Planos de Ação Regionais (PARs) de cada rede temática surgem como a possibilidade de recursos financeiro regionais e dão lugar a estes instrumentos em forma de financiamento por habilitações do MS. Paralelamente os espaços de pactuação regional se consolidam e são denominados de CIR, CIB e CIT conforme Decreto 7508/2011 e Lei 12.466/2011^{12,13,17}.

Fase de consolidação das normativas infralegais

A fase 3 inicia-se em 2017 e vai até os dias atuais. Com início a partir da Resolução da CIT nº 23/2017, se amplia nas Resoluções CIT nº 37/2018, Resolução nº 44/2019 e Resolução de Consolidação nº 01/2021, estabelecem diretrizes e critérios para a Regionalização e o Planejamento Regional Integrado (PRI) do Sistema Único de Saúde (SUS), visando a organização da Rede de Atenção à Saúde (CONASS, 2025). Esta fase é marcada por um período onde as normativas infralegais se sobrepõem às normativas legais e há uma instrumentalização da regionalização. A partir de 2017, a regionalização é conduzida via normativas infralegais via resoluções da CIT e consolidadas por redes temáticas de atenção, com resgate do território macrorregional da NOAS/2002, mas sem a discussão do espaço microrregional. O Planejamento Regional Integrado (PRI) se transforma em um método para se regionalizar em seis etapas e um produto a ser entregue pelos estados, 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 necessários ^(23, p.08-09).

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 por vez para uma população específica, não se analisa a totalidade da população adstrita e fragmenta-se as ações.

O PRI é voltado para a organização das macrorregiões de saúde ancorado na Resolução de Consolidação da CIT nº01/2021 com conceito de planejamento no âmbito da macrorregião de saúde e entra em conflito com o conceito de região de saúde na norma legal vigente, a LC nº141/2012 com o conceito de planejamento regional ²²⁻²⁴. A Lei Complementar 141/2012, última norma legal publicada no SUS, estaria caminhando para a sua 3ª revisão neste momento tendo na regionalização uma forma de diminuir as desigualdades regionais, base da regionalização dos sistemas universais de saúde ^{2, 14}.

O desenho regional volta a ser discutido em como irá compor os instrumentos de gestão (Plano Municipal de Saúde, Plano Estadual de Saúde e Plano Nacional de Saúde, suas respectivas programações anuais (PAS) e relatórios de gestão (RAG)) e há uma imensa dificuldade dos gestores em associar desenho regional e planejamento pelo deslocamento entre ambos na última década. Há uma dissociação entre planejamento e programação/orçamentação, financiamento e gestão com o PRI sem recursos financeiros e não imbricado aos instrumentos de gestão no seu ciclo de planejamento orçamentário Planos Plurianuais (PPA), Lei Orçamentária Anual (LOA) e Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). O PRI não possui financiamento e não advém da territorialização da saúde, é considerado um instrumento de planejamento de pactuação entre os entes, mas não um instrumento de gestão formal como os Planos de Saúde (PS), PAS e RAG, mas deve estar inserido nos instrumentos de gestão e fazer parte de sua construção.

O PRI causou grandes debates nos estados na 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 dos PARs e é essencialmente organizado por Redes Temáticas Prioritárias sem clareza da programação financeira em saúde mesmo para as populações específicas já delimitadas. É uma fase de consolidação da separação entre desenho regional e planejamento, com instrumentos novos pactuados sem recursos financeiros definidos, com duas lógicas de organização territorial (municipal e regional) e, portanto, duas lógicas de regionalização (áreas territoriais e redes temáticas) com excesso de instrumentos de gestão e planejamento que não produzem responsabilidade sanitária nem aos entes federados, nem aos serviços de saúde ^{17, 22-24}.

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. É o desenho territorial a base do planejamento, não o instrumento de planejamento em si como o PRI. É muito difícil a compatibilização dos instrumentos de gestão e a construção efetiva de planejamento ascendente conforme as normas do SUS preconizadas atualmente 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 serviços é essencial para a regionalização ^{32,34}.

Conforme observado no Quadro 2 acima, 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 141/2012) e macrorregião em norma infralegal (Resolução de Consolidação CIT 01/2021) e criação de novos instrumentos de gestão como os Planos de Ação (PAR) com recursos atrelados a habilitações via MS e o Plano Regional Integrado (PRI) sem previsão de financiamento como o PDI ou o PDRI.

Em caso de conflito entre normas, a norma superior prevalece ³¹ e neste caso, vale a Lei Complementar nº 141/2011, que deveria ser revista a cada cinco anos como versa a constituição para leis complementares, ou seja, o SUS está em um vazio legal desde a publicação LC 141/2012 e não espelhamento entre as normativas legais e infralegais. A grande característica é a fragmentação dos serviços de saúde, a condução do SUS por normas infralegais e não alinhamento conceitual sobre a regionalização no país. No processo de construção deste vazio legal está uma mudança de paradigma sobre regionalização no Brasil a partir de 2010 pelas diferentes lógicas de desenho territorial citadas e diversos instrumentos de planejamento que não trabalham em ciclos de organização e com recursos financeiros. Há um claro distanciamento ao longo dos anos do conceito constitucional de regionalização por territorialização em áreas de responsabilidade sanitárias para regionalização por redes temáticas sem a discussão necessária entre desenho regional ascendente, planejamento em saúde com previsão financeira e responsabilidade sanitária da atenção hospitalar conforme postuladas pelo Relatório Dawson (1920).

DISCUSSÃO

A lógica das redes temáticas, 14 anos depois de sua implementação via publicação de normas infralegais, tendo como marco neste estudo a Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 inserida posteriormente na chamada portaria das redes via Portaria de Consolidação nº03/2017 e somadas às resoluções da CIT também a partir de 2017, mostram-se insuficiente para gerar tal resultado e construir áreas de responsabilidade sanitárias organizadas ^{17,18,20,21}. Estas duas concepções áreas territoriais x redes temáticas criam formas diferentes de regionalizar, de organizar o território regional e de consequentes instrumentos de planejamento e há a necessidade

de um novo marco legal em que estes dois conceitos sejam reconduzidos e organizados à luz do SUS instituinte e com alinhamento entre as normas legais e infralegais do SUS.

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 são a resposta de uma regionalização sem responsabilidade sanitária dos hospitais no Brasil. Em uma leitura atenta do Relatório Dawson (RD) de 1920, observa-se que a atenção hospitalar tem responsabilidade direta com a APS e não há contraposição entre atenção primária e hospitalar e o conceito de hierarquização está compreendido no âmbito das diferentes densidades tecnológicas, no âmbito da organização hierárquica da complexidade da atenção do cuidado e não a uma valoração maior ou menor entre os níveis^{26,29}. A hierarquização do SUS é um princípio organizativo que prevê a organização sistêmica em níveis crescentes de complexidade tecnológica, da Atenção Primária em Saúde (APS) à Média e Alta Complexidade (MAC). Ou seja, no RD, o primeiro nível de atenção e a assistência hospitalar atuam de forma imbricada e a responsabilidade sanitária dos hospitais no desenho territorial é maior do que a prática do SUS foi desenvolvendo. Os hospitais têm a mesma responsabilidade sanitária com os usuários que a APS, ainda que em nível de complexidade diferente. O primeiro nível seria responsável pelo acesso de toda a população aos meios diagnósticos e aos serviços especializados/hospitalares e estes, organizados pela soma das demandas dos Centro de Saúde Primários e Secundários de Saúde, atuam no território sanitário ou área sanitária com papéis educativos importantes, população de responsabilidade cadastrada e referenciada e de coordenação do cuidado junto à APS, fortalecendo a APS como ordenadora e coordenadora do cuidado^(32, 26, p.2309).

Procedimentos de alta complexidade podem ser mais fáceis de serem executados do que a construção de autonomia de sujeitos e transformações de comunidades em ambientes saudáveis, mas mesmo assim, a hierarquização no SUS não deve ser confundida: nos países que seguiram o Relatório Dawson (1920), a organização do atendimento de um hospital é baseada no número de Centros de Saúde em que ele terá responsabilidade sanitária, em uma regionalização por territorialização da saúde em áreas sanitárias com hierarquia de complexidade e trabalho indissociável da APS e AH, tendo a AH também seu território adscrito. Há responsabilidade sanitária também na atenção hospitalar e atenção especializada e os hospitais de ensino têm papel fundamental na vinculação territorial e na organização ensino-serviço, atuando como um balizador do cuidado por sua capacidade de análise territorial. O afastamento da atenção hospitalar filantrópica e privada como herança do Instituto Nacional de Assistência Médica da

Previdência Social (INAMPS) da responsabilidade sanitária com o território, afastou também os hospitais de ensino e tem-se repercussões na fragmentação ensino-serviço até aos dias de hoje ³².

A hierarquização do relatório Dawson (1920) é base para a regionalização dos primeiros sistemas universais de saúde europeus e pôde-se observar *in loco* que o Relatório Dawson na Europa em relação ao seu desenho territorial foi aplicado de forma diferente do que no Brasil. Ainda que se busque no Brasil uma hierarquia de escala e escopo para os serviços de grande densidade tecnológica por meio de redes temáticas, a fragmentação produzida por elas nos leva justamente ao contrário. No modelo europeu, a Região de Saúde é dividida basicamente em áreas sanitárias, zonas e microáreas das Equipes de Saúde. As áreas sanitárias são compostas pela APS, AE, AH intermediária com Hospitais de Médio Porte que são referências tanto ascendentes como descendentes para o Hospital de maior complexidade no território e Atenção de U/E. As zonas são compostas pelo conjunto da população de referência de um Centro de Saúde e as microáreas são a população de referência de uma equipe de APS. A junção das áreas sanitárias forma a região de saúde, onde o hospital de referência de alta complexidade da região possui uma rede de hospitais intermediários nas áreas sanitárias, vinculadas a seus respectivos Centros de Saúde. Ainda que a regionalização por redes temáticas no Brasil tenha sido importante no sentido de gerar e ampliar estabelecimentos de saúde nos territórios que careciam de mais serviços e de diversificação de ações, a regionalização hierarquizada do RD e da CF 88 não se dá por esta via ³⁴.

A concepção de Mendes (2010)³⁰ com forte influência nacional na sua compreensão da RAS como organizações poliárquicas de conjunto de serviços de saúde, ainda que de grande relevância para a construção das redes temáticas nos cuidados na materno-infantil e dos crônicos por exemplo, produziu distorções nos territórios sobre o conceito e significado constitucional de uma rede regionalizada e hierarquizada construídas por meio de políticas nacionais orgânicas. Somado a esta concepção, a ideia de que por ser o Brasil uma federação trina, com autonomia dos entes municipais, estaduais e nacionais, diferentemente dos países europeus onde a região é um ente federado, a opção de se organizar os serviços por redes temáticas e seguir o modelo americano (Modelo da Kaiser Permanente para o cuidado das condições crônicas) e não o europeu em áreas sanitárias, seria mais viável. Aqui tem-se dois debates fundamentais: a regionalização em sistema universais de saúde não se dá por redes temáticas e o problema da Regionalização atualmente não é a municipalização do SUS - que se organizou na década de 1990 descolada da descentralização e é responsável pelo início da fragmentação da atenção - mas uma regionalização descentralizada até os municípios sem ter feito os enfrentamentos necessários

na sua atenção hospitalar após a extinção do INAMPS com hospitais sem responsabilidade sanitária de território que os sistemas universais de saúde necessitam e exclusão da organização territorial entre municípios, as microrregiões de saúde das normas legais e infralegais do SUS.

No caso do modelo americano analisado por Kuschnir & Chorny (2010)²⁶, onde a responsabilidade sanitária não deriva de base territorial, mas de afiliação voluntária a um serviço regulado pelo mercado, a tentativa de se organizar o “cuidado integrado” com base em linhas específicas de cuidado ou rede temática faz muito sentido, ao contrário dos 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 dos espaços micro ao macro e definição das competências em termos de responsabilidade sanitária territorial com população adscrita e adstrita de todos os serviços, gerou mais entraves ao processo de regionalização do que a produção de cuidado integrado desejada. Ao não se construir áreas sanitárias e sim redes temáticas, o intermediário com os Hospitais de Médio Porte (HMP), a necessidade de junção de municípios pequenos em microrregiões e o compreender o desenho territorial em áreas ascendentes que se somam do micro ao macro, não se avança na compreensão de territorialização regional com responsabilidade sanitária *pari passu*.

Discutir a Rede temática de Urgência e Emergência (RUE), opção do Ministério da Saúde e reproduzida pelos Estados e Municípios, é também uma forma de não enfrentar a necessária Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Não se produz rede regionalizada e hierarquizada com responsabilidade sanitária dos serviços hospitalares pela discussão da RUE ao invés da PNHOSP e não se cria a rede hospitalar pela RUE com a criação de Hospitais Intermediários. Mesmo que haja a publicação de uma política nacional de urgência e emergência, esta também não substitui a discussão necessária da política nacional da atenção hospitalar. Da mesma forma que não se enfrenta os vazios legais desde a publicação da Lei Complementar 141/2012 na gestão do SUS por meio de normativas infralegais.

Mello et.al (28, p. 1305) em uma revisão sistemática sobre a regionalização pontua que “o papel do prestador, em especial dos hospitais, ou questões tecnológicas e de inovação estão amplamente encobertos” e que “essa baixa variação discursiva nos últimos anos também fortalece indícios de que na sequência da inflexão promovida pelas NOAS, e mais fortemente pelo Pacto pela Saúde, o processo regional atingiu há algum tempo uma espécie de platô político”. A insuficiência de novos recursos financeiros seria uma das causas mais fáceis de

elencar para superar os estágios alcançados. “A onipresença da queixa de subfinanciamento é autoexplicativa” (28, p. 1305).

Ou seja, a responsabilidade sanitária dos hospitais nos sistemas universais de saúde é maior do que a que se observa no Brasil e estudos sobre o papel dos hospitais e revisão da PNHOSP (2013) são necessários, em especial depois do processo pandêmico onde os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) atuaram como HMP sem o desenho regional construído e a definição de suas competências. A falta de organização dos Hospitais de Médio Porte associado à retirada da organização microrregional da NOAS 2002 em um país com mais de 80 % dos municípios com menos de 20 mil habitantes retira o intermediário que é tão caro aos desenhos regionais. A não construção das microrregiões de saúde pela junção de cinco a seis municípios pequenos até se alcançar uma população suficiente para se garantir escala e escopo dos serviços de AE e AH, ou seja, a não construção do intermediário e a não criação de responsabilidade sanitária pelos hospitais, dificulta a construção da rede hierarquizada, de apoio entre os serviços, como por exemplo a necessidade urgente de apoio hospitalar entre os hospitais, com um atuando como filtro do outro é essencial de um processo de regionalização. A impossibilidade de que várias redes temáticas, que são na verdade Linhas de Cuidado, caminhem e se encontrem, tornam a regionalização não apenas desafiadora no Brasil, mas complexa desnecessariamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Importante salientar o esforço do MS neste momento com a Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES) publicada em 18 de outubro de 2023 pela Portaria GM/MS nº 1604/2023. Na condução da história, sempre haverá tempo de se fazer boas políticas de saúde e de fato regionalizar, mas pensemos que desde a formação do SUS em 1990 com a publicação da Lei Orgânica n. 8080/90 até a publicação da Política Nacional de Atenção Especializada em 2023, que inicia seus processos e não é a síntese da atenção especializada do país, houveram muitos arranjos dos entes subnacionais para dar conta das demandas crescentes das necessidades de saúde na atenção especializada. Aqui inclui-se a pandemia e os inúmeros casos de COVID crônica com manejos e cuidados fragmentados em vazios assistenciais, que escancarou nosso profundo despreparado para os cuidados com os pacientes crônicos pela falta da rede única organizada e compreendida como tal. Nestes 33 anos que separam a Lei Orgânica do SUS 8080/90 e a PNAES, formas inovadoras e formas que dificultam a organização do território regional atualmente foram criadas e consolidadas, como os consórcios intermunicipais de saúde

(CIS) que são ao mesmo tempo inovadores pela atuação como fundos intermunicipais de saúde e a possibilidade de arranjos intermunicipais esquecidos na NOAS 2002 e resgatados na LC 141/2011 e dificultadores quando pelo mesmo caminho, levaram os municípios a assumirem a média complexidade e na governança regional que caberia ao estado.

A regionalização no Brasil atualmente se distancia do conceito constitucional de territorialização da saúde via rede regionalizada e hierarquizada e segue orientada por normas infralegais em uma regionalização frágil, fragmentada e que se complexifica mais ao regionalizar por redes prioritárias. A regionalização do SUS não contempla a microrregião de saúde e a lógica territorial via Políticas Nacionais de Saúde e não se compreende que é o desenho territorial a base do planejamento, não o instrumento de planejamento a base do desenho territorial. Assim como o COAP, o PRI até o momento foi finalizado em poucos estados (Ceará, Minas Gerais, Santa Catarina (apenas uma microrregião concluída) e Rio Grande do Sul) e sem programação financeira definida. A descontinuidade dos processos legais mostra a necessidade de Planos Regionais alinhados a normas legais para longo prazo, como por exemplo, plano regional para 10 anos associados a Planos de Investimentos a longo prazo.

Considera-se que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de Atenção Especializada (PNAE) e de Atenção Hospitalar (PNHOSP) 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 atenção básica como para a atenção especializada e hospitalar, sistematizadas em desenhos territoriais: microrregião, região e microrregião de saúde para a construção ascendente e intermediária dos serviços, como por exemplo, a necessidade fundamental da criação e organização dos Hospitais de Médio Porte (HMP). Nos falta o intermediário, o filtro, a rede orgânica, a responsabilidade sanitária dos serviços em seus respectivos desenhos/áreas sanitárias em todos os níveis de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Bissacotti AP, Gules AM, Blümke AC. Territorialização em Saúde: conceitos, etapas e estratégias de identificação . Hygeia [Internet]. 23º de outubro de 2019 [citado 9 de maio de 2025];15(32):41-53. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/47115>
2. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2016 [citado 2023 Set 22]. 496 p. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/outras-normativas/constituicaoafederal.pdf>
3. Brasil. Lei Orgânica do SUS nº8080 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]. [citado 2023 Agost 23]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
4. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.[Internet]. [citado 2024 Out 30]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
5. Brasil. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. Cria a Norma Operacional Básica do SUS 01/1991. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1991. [Internet]. [citado 2023 set 22]. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf
6. Brasil. Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. Cria a Norma Operacional Básica do SUS 01/1992. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1991. [Internet]. [citado 2025 Jan 30]. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf.
7. Brasil. 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 01/93. [Internet]. [citado 2025 Jan 29]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_09.pdf.
8. Brasil. Norma Operacional Básica do SUS 01/1996. Visa consolidar o pleno exercício do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes [Internet]. [citado 2025 Jan 29]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>.
9. Brasil. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2001. [Internet]. [citado 2025 Jan 30]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html.

10. Brasil. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002. [Internet]. [citado 2024 Nov 14]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html.
11. Brasil. 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. [Internet]. [citado 2024 Dez 15]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.
12. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. [Internet]. [citado 2025 Jan 03]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf.
13. Brasil. 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]. [citado 2025 jan 25]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm#:~:text=%C2%A7%201%C2%BA%200%20Conass%20e,celebrar%20conv%C3%AAnios%20com%20a%20Uni%C3%A3o.
14. Brasil. 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 3 (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]. [citado 2024 Dez 15]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm.
15. Brasil. Diretrizes e proposições metodológicas para a elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde. [Internet]. [citado 2025 Jan 06]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 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).
16. Brasil. 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]. [citado 2025 Maio 07]. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html.
17. Brasil. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. [Internet]. [citado 2024 Dez 15]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html.

18. Brasil. Resolução Comissão Intergestores Tripartite (CIT) 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]. [citado 2025 Fev 03]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html.
19. Brasil. Ministério da Saúde. 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]. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, A Beneficência Portuguesa de São Paulo. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 87 p.: [citado 2025 Mai 09]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_formacao_rede_colaborativa_fortalecimento.pdf
20. Brasil. Resolução Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. [Internet]. [citado 2025 Fev 03]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html.
21. Brasil. Resolução Comissão Intergestores Tripartite (CIT) 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]. [citado 2025 Fev 03]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2019/res0044_20_05_2019.html.
22. Brasil. Resolução de Consolidação Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 01 de 30 de março de 2021. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. [citado 2024 Out 14]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2021/resolucao-consolidacao-cit-01-2021.pdf/view>.
23. Brasil. Comissão Intergestores Tripartite (CIT), 2018. **Orientações Tripartites para o Planejamento Regional Integrado**. [Internet]. [citado 2025 Fev 03]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_tripartite_planejamento_regional_integrado.pdf.
24. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2024. Guia de Apoio à Gestão Estadual. [Internet]. [citado 2024 Set 25]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamento-regional-integrado/>
25. Gadelha CAG, Machado CV, Lima LD de, Baptista TW de F. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011 Jun;16(6):3003–16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600038>
26. Kuschmir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010 Aug;15(5):2307–16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>
27. Martins, MR, 2022. A Gestão do Sistema Único [Internet]. 2022. [citado 2025 mar 22]. Disponível em: <https://cosemspr.org.br/wp-content/uploads/2023/03/A-GESTAO-DO-SUS-Marina-Martins.pdf>

28. Mello GA, Pereira APC de M, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana AL d'Ávila. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2017 Apr;22(4):1291–310. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>
29. Mello GA, Demarzo M, Viana ALD'A. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico [Internet]. *História ciencias saude-manguinhos*. 2019 ; 26(4): 1139-1150.[citado 2025 abr. 01]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400006>
30. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2010 Aug;15(5):2297–305. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
31. Normas Legais. Guia sobre a Hierarquia das Leis. [Internet]. 2025. [citado 2025 Jan 20] Disponível em: <https://www.normaslegais.com.br/guia/hierarquia-das-leis-no-brasil.htm#:~:text=Normas%20Infra%20legais%3A%20S%C3%A3o%20as,pode%20contrariar%20uma%20norma%20superior.>
32. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines. Washington: OPAS; 1964. [citado 2025 Jan.22]. Available from: <https://ohs.coc.fiocruz.br/wp-content/uploads/2024/02/Informe-Dawson-1964-OPAS.pdf>
33. Ouverney AM, Ribeiro JM, Moreira MR. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2017Apr;22(4):1193–207. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03002017>
34. Pereira AMM, Lima LD de, Machado CV, Freire JM. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. *Saúde debate* [Internet]. 2015Dec;39(spe):11–27. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005410>
35. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR da, Bragagnolo LM, et al.. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021Oct;26(10):4769–82. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>

ANEXO 1. Material Didático para síntese das normativas. Normas legais e infralegais analisadas e seus respectivos conceitos de regionalização e organização territorial, 2025.

Ano	Normativa	Tipo de normativa	Conceito de Rede	Desenho Territorial	Organização Territorial	Link de Acesso do documento
1988	CF	Legal	Concepção de Rede Única regionalizada e hierarquizada.	<p>Desenho territorial com base no Relatório Dawson em áreas territoriais de responsabilidade sanitária.</p> <p>As ações e serviços públicos de saúde, conforme o Art. 198, integram <u>uma rede regionalizada e hierarquizada</u> e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:</p> <p>I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;</p> <p>II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;</p> <p>III - Participação da comunidade.</p> <p>Descentralização dos serviços de saúde descolada do processo de Regionalização, atuando de forma diferente dos Sistemas Universais de Saúde Europeus. De forma pioneira no mundo, os municípios no Brasil são entes federados e as dificuldades com a fragmentação estão presentes desde a formação do sistema.</p>	<p>Universalidade do SUS.</p> <p>Municipalização dos Serviços de Saúde.</p> <p>Instrumentos de Gestão destinados aos entes federados:</p> <p>Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).</p>	<p>Fonte:</p> <p>https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislaao/outras-normativas/constituicaoafederal.pdf</p>
1990	Lei Orgânica do SUS 8080/90	Legal	<p>Concepção de Rede Única regionalizada e hierarquizada.</p> <p>Concepção de Regionalização como princípio organizativo do SUS.</p>	<p>Desenho territorial com base na Constituição Federal de 1988 em áreas territoriais de responsabilidade sanitária.</p> <p>Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;</p> <p>Planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em</p>	<p>Instrumentos de Gestão: Planos de Saúde; Plano Quinquenal de Investimento da Rede;</p> <p>Financiamento da saúde com critérios;</p> <p>Descentralização;</p> <p>Comando Único;</p> <p>Regionalização.</p> <p>Destaque da organização territorial é o</p>	<p>Fonte:</p> <p>https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm</p>

				articulação com sua direção estadual; Planejamento ascendente.	Art. 35: Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos: I - perfil demográfico da região; II - perfil epidemiológico da população a ser coberta; III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede e VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.	
1990	Lei Orgânica do SUS 8142/1990	Legal	Concepção de Regionalização como princípio organizativo do SUS alinhada à Lei 8080/90.	-	Planos de Saúde; Relatórios de Gestão; Conselhos de Saúde; Conferências de Saúde; Fundos de Saúde; Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; Consórcio de Saúde; Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS); Financiamento da saúde com critérios. Destaque da Lei 8142/90 é o seu Art. 4º: Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: I - Fundo de Saúde; II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de	Fonte: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

					<p>1990; III - plano de saúde; IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.</p> <p>O SUS possui duas leis orgânicas pelo veto do Governo Collor a Lei 8080/90 da participação da comunidade e do financiamento do sistema. Assim, dois meses depois, houve uma segunda Lei Orgânica.</p>	
1991	Norma Operacional Básica (NOB 91)	Infralegal Norma Editada pelo INAMPS que só foi extinto em 1993 pela Lei nº. 8.689/1993 de 27 de julho.	A fragmentação da assistência vinda do INAMPS permanece na lógica hospitalar e ambulatorial e os hospitais não desenvolvem no Brasil desde o início da organização do sistema, as áreas de responsabilidade sanitária com população adscrita da atenção Hospitalar/MAC.	<p>Voltado para a organização da Assistência Ambulatorial e Hospitalar.</p> <p>Não faz diferença entre os prestadores públicos e privados e a organização do território é pela produção de serviços demonstrados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) criado pela NOB 91.</p> <p>Estabelece o instrumento de convênio como a forma de repasse de recursos financeiros aos Estados e Municípios.</p> <p>Considera que os municípios Municipalizados são os que possuem Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Planos de Cargos e Carreiras em processo de organização e Planos de Saúde conforme estabelecido na Lei 8142/90.</p> <p>Marcada pela centralidade do MS no controle das ações e financiamento.</p>	<p>Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA)</p> <p>Autorização de Internação Hospitalar (AIH)</p> <p>Consórcios de Saúde</p> <p>Fator de Estímulo à Municipalização (FEM)</p> <p>Investimentos por meio da Unidade de Capacitação da Rede (URC)</p> <p>Município Pólo</p> <p>Programação e Orçamento da Saúde indissociáveis</p> <p>Convênios</p> <p>Fundo de Saúde</p> <p>Conselho de Saúde</p> <p>Contrapartida de Recursos</p>	<p>Resolução INAMPS nº 258, de 07 de janeiro de 1991 e reeditada com alterações pela Resolução do INAMPS nº 273, de 17 de julho de 1991</p> <p>Fonte: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf</p>

				<p>Aqui observa-se que a municipalização do SUS se origina junto com a não organização dos hospitais em áreas de responsabilidade sanitária e ambos têm responsabilidade com as dificuldades da regionalização do SUS. Ao longo destes 34 anos de SUS, observa-se uma sobrecarga financeira dos municípios também com a atenção hospitalar e que a falta de organização das áreas sanitárias hospitalares se sobressai aos problemas da municipalização.</p>		
1992	Norma Operacional Básica (NOB 92)	Infralegal Norma editada pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.	<p>Os municípios têm uma nova responsabilidade de “administrar as ações e serviços de saúde em sua área de abrangência, planejando, decidindo e gerindo os recursos humanos, materiais e financeiros. É o estabelecimento do comando único do SUS na esfera municipal”, mas sem definição de território e responsabilidades sanitárias da área hospitalar (BRASIL, 1992).</p>	<p>Organização do território pela produção de serviços.</p> <p>Estabelece o fluxo de documentação comprobatória para a municipalização com encaminhamento via Secretaria Estaduais de Saúde e os municípios começam a ter o poder de distribuição das AIHs nos prestadores de serviços, mas o pagamento continua sendo feito diretamente pelo Governo Federal ao prestador.</p> <p>Na assistência ambulatorial os municípios devem obedecer a tetos financeiros estabelecidos pelo MS e pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES).</p> <p>Considera-se a municipalização na saúde não apenas pelo cumprimento aos critérios, estabelecidos na Lei 8.142/90, para repasse, de forma regular e automática, dos recursos financeiros federais para cobertura de ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, mas na responsabilidade do município em administrar o seu território de abrangência.</p>	<p>Planejamento em Saúde Comando Único Cogestão (MS, CONASS e CONASEMS) Cooperação Técnica e financiamento das Três esferas de gestão Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS SIA/SUS e Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS Auditoria do SUS Convênios</p>	<p>Portaria nº. 234, de 07 de fevereiro de 1992</p> <p>Fonte: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf</p>

1993	Norma Operacional Básica (NOB 93)	Infralegal Documento Norteador: Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir a Fazer Cumprir a Lei, amplament e discutido e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15 de abril de 1993.	Descentralização do SUS até os municípios descolados da Regionalização do sistema é iniciada ainda que a ideia inicial de regionalização permaneça.	Tem por objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde, sendo um marco na descentralização para os entes subnacionais. Formas de gestão: municípios condição de gestão incipiente, parcial e semiplena e para os estados condição de gestão parcial e semiplena.	Descentralização do SUS Criou as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) e as pactuações deveriam ocorrer: Nível nacional na CIT e Conselho Nacional de Saúde – CNS; Nível estadual na CIB e Conselho Estadual de Saúde - CES e Nível municipal -Conselho Municipal de Saúde - CMS. Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo (APAC) Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) Fator de Apoio ao Estado – FAE e Fato de Apoio ao Município – FAM substituem o Fator de Estímulo à Municipalização (FEM) da NOB 91.	Portaria nº. 545, de 20 de maio de 1993 Fonte: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html
1996	Norma Operacional Básica (NOB 96)	Infralegal	Concepção de Rede Única regionalizada e hierarquizada.	Formas de Gestão: Gestão Plena da Atenção Básica e gestão plena do sistema municipal; gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual.	Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) Papel do Gestor Estadual Papel do Gestor Federal Sistema de Saúde Municipal Níveis de Atenção à Saúde: Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde nos campos da Assistência, políticas ambientais e políticas externas ao setor. Direção do SUS em cada esfera de governo executivo e o seu respectivo conselho de saúde com Articulação pelos colegiados CIT, CIB, podendo a CIB operar em	Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996 Fonte: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf

					<p>subcomissões regionais Programação Pactuada e Integrada (PPI) Programação, Controle, Avaliação e Auditoria. Piso Assistencial Básico (PAB) Incentivos aos Programas de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) Piso Básico da Vigilância Sanitária (PBVS) Fração Assistencial Especializada (FAE) Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM) Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE) Teto financeiro Global (TFG) = PPI + Teto Financeiro Global Estadual (TFGE) Teto Financeiro Global Estadual (TFGE) = Tetos Financeiros da Assistência (TFA) + Teto Vigilância Sanitária (TFVS) + Teto Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD). Teto Financeiro Global Municípios (TFGM) = PPI Índice de Valorização de Resultados (IVR)</p>	
2001	Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)	Infralegal	Concepção de Rede Única regionalizada e hierarquizada.	<p>Regionalização por territorialização da saúde como base para organização dos sistemas.</p> <p>Organização do território estadual em Regiões/microrregiões de saúde.</p> <p>Módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e municípios-polo e dos demais municípios abrangidos.</p>	<p>Portaria GM/MS 95, de 26 de janeiro de 2001</p> <p>Fonte: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html</p>	

2002	Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)	Infralegal	Concepção de Rede Única regionalizada e hierarquizada.	<p>Regionalização por territorialização da saúde como base para organização dos sistemas.</p> <p>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); 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; <u>Definição de responsabilidade e áreas de atuação mínima da atenção básica;</u> <u>Definição de elenco mínimo para a Média Complexidade Ambulatorial a ser ofertado no municípios-sede de módulos assistenciais;</u> <u>Definição das competências do MS na Alta Complexidade;</u> <u>Redes hierarquizadas;</u> <u>Redes de referência especializadas em áreas específicas;</u> Referências intermunicipais; Referências para outros estados; Regionalização estadual; Planejamento Integrado.</p>	<p>Plano Diretor de Regionalização (PDR); Plano Diretor de Investimentos (PDI); Programação Pactuada e Integrada (PPI); Planejamento Integrado.</p> <p>Regulação em saúde é complementar aos processos de Controle, Avaliação e Auditoria e deve atuar em consonância com a planejamento, programação e financiamento para revisão das prioridades sanitárias e impactos na saúde da população.</p> <p>Gestão com Termo de Compromisso assinados pelos gestores: Termo de Compromisso para Garantia do Acesso e Termo de Compromisso entre Entes Públicos.</p> <p>A organização territorial regional segue a mesma lógica da organização territorial municipal, ou seja, territorialização da saúde compreende-se territorialização municipal e territorialização regional em áreas sanitárias de responsabilidade.</p>	<p>Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002</p> <p>Fonte: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf</p>
2006	Pacto pela Saúde	Infralegal	Concepção de Rede Única regionalizada e hierarquizada.	<p>Regionalização por territorialização da saúde como base para organização dos sistemas.</p> <p>Espaço regional como lócus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a</p>	<p>Programação Pactuada e Integrada (PPI); Gestão com Termo de Compromisso assinados pelos gestores (TCG) Colegiados de Gestão Regional (CGR); Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.</p> <p>O Pacto pela Saúde é um compromisso</p>	<p>Portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006</p> <p>Fonte: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegi</p>

				<p>integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal.</p> <p>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;</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>político dos gestores dos três entes da federação na construção de uma saúde democrática e participativa.</p> <p>Publicação da 1º PNAB/2006 e Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) alinhadas ao Pacto – simultaneamente em uma interface com a APS e promoção da saúde.</p>	<p>s/gm/2006/prt0399-22_02_2006.html</p>
2011	Decreto 7508/2011	Infralegal	<p>Rede Regionalizada e Hierarquizada via Rede de Atenção à Saúde (temáticas). É visto como uma forma de efetivação do Pacto pela Saúde, mas não segue a territorialização da saúde proposta pelo</p>	<p>Regionalização por Redes de Atenção (RAS), tendo a região de saúde seu espaço de desenho territorial.</p> <p>O Decreto regulamenta a Lei 8080/1990 e traz a definição de Região de Saúde em seu Art. 2º:</p>	<p>Planos de Saúde; Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP).</p> <p>Comissão Intergestores Bipartite Regional (CIR) Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIB) Comissão Intergestores Tripartite (CIT).</p>	<p>Fonte: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf</p>

			pacto. .	<p>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</p> <p>Organização Territorial da Região de Saúde, sem definição dos espaços micro e macro; Regiões de Saúde Interestaduais; Mapa da Saúde Portas de Entrada Plano de Saúde Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES Relação Nacional de Medicamentos - RENAME Planejamento Ascendente e Integrado Acordo de Colaboração entre os entes</p> <p>Microrregião e Macrorregião de saúde não aparecem no Decreto como na NOAS /2002. Região de Saúde pode ser compreendida como Macrorregião, mas o Decreto não deixa claro o desenho territorial.</p> <p>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.</p>	Debate importante sobre as Portas de Entrada do SUS.	
2011	Lei Nº	Legal	-	-	Publicada dois meses após o Decreto, a	Fonte:

	12.466, de 24 de agosto de 2011				<p>Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011 acrescenta os artigos 14-A e 14-B à Lei nº 8.080/90:</p> <p>Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento.</p> <p>Lei importante que consolida as comissões Intergestores como espaços de negociação, mas não faz diferença como no Decreto das competências da CIR e CIB, cita as comissões Intergestores de forma geral.</p>	<p>https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2011/lei-12466-24-agosto-2011-611339-publicacaooriginal-133478-pl.html</p>
2012	Lei Complementar 141/2012	Legal	<p>Regionalização como forma de diminuir as desigualdades regionais;</p> <p>Ênfase no Planejamento com o Controle Social.</p>	<p>Organização Territorial Regional; Desigualdades Regionais; Critérios de Rateio para financiamento da Saúde; Definição do que são Ações e Serviços de Saúde (ASPS); Definição dos Recursos Mínimos a serem aplicados pelos entes federados; Ênfase no Planejamento e Controle Social e nos tempos de elaboração dos instrumentos de planejamento; Infrações aos entes que não cumprirem os</p>	<p>Plano de Saúde (PS); Conselho de Saúde; Fundo de Saúde; Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatórios de Gestão (RAG); Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA); Sistema de Informação sobre Orçamento Público (SIOPS); Tribunais de Contas fazem parte do monitoramento do Sistema.</p>	<p>Fonte: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm</p>

				<p>regimentos da Lei; Consórcio de Saúde como forma de repasse fundo a fundo intermunicipal e estaduais; Atenção Integrada e Indicadores de Saúde como forma de monitoramento dos recursos; Plano e Metas Regionais como a base para promover a equidade inter-regional e interestadual (Art.30).</p>	<p>Não trata de governança regional.</p> <p>Avanço importante em relação à regionalização pela possibilidade de repasses entre municípios, entre municípios e estado e entre estados via consórcio. O Art. 21 da LC 141 permite que “Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.</p> <p>Outras normas já trazem o papel dos consórcios, como o Art.18, inciso VII da 8080/90 e a NOB 91, mas com a Lei 141/2012, houve a compreensão pelos gestores municipais de saúde do consórcio não apenas como organização da Média Complexidade, mas atuando como fundos intermunicipais de saúde para organização da atenção hospitalar e consolidação das microrregiões de saúde.</p>	
2017	PORTARIA DE CONSOLIDACÃO 03/2017	Infralegal	Regionalização por Redes de Atenção (RAS). Compreensão de Redes de atenção em: temáticas, de	Organização territorial por Rede de Atenção à Saúde (RAS) compreendida como: 1. Redes Temáticas: Rede Alyne, Rede de Urgência e Emergência (RAU), Rede das pessoas com Doenças Crônicas (Rede dos Crônicos), Rede de Atenção Psicossocial	Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI) Colegiado de Gestão Regional (CGR) Linhas de Cuidado (LC) Planos de Ação Regional (PAR) Planos de Ação Estadual (PAE)	Fonte: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html

			serviços e de pesquisa.	<p>(Rede de Saúde Mental) e Pessoas das Pessoas com Deficiências (PcD).</p> <p>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).</p> <p>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 (RNPCC); 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).</p>	<p>Plano Regional Integrado (PRI)</p> <p>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.</p>	<p>A Portaria da Rede de Atenção à Saúde foi republicada a partir da PRC n° 3/2017 que consolida as normas sobre as Redes de Atenção à Saúde.</p>
2021	Resolução de	Infralegal	Regionalização por Redes de Atenção	Governança das Redes de Atenção à Saúde; Macrorregiões de Saúde;	Rede de Ações e Serviços de Saúde (RAS)	Fonte: https://bvsmms.saude.gov.br/

	Consolidação o CIT nº1/2021		(redes temáticas).	Programação das Ações e Serviços de Saúde – PGASS; Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES; Espaço Regional Ampliado; Regiões de Saúde Interestaduais.	Plano Regional Integrado (PRI) Comitês Executivos de Gestão das RAS (CEGRAS); Operacionalização da regionalização via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI), tendo o PRI como um produto a ser entregue pelos estados. Debate importante sobre o fechamento da rede na macrorregião, mas sem discussão dos espaços microrregionais como na NOAS 2002.	e.gov.br/bvs/saudel egis/cit/2021/rsc00 01_02_06_2021.ht ml
--	-----------------------------------	--	--------------------	---	--	--

Fonte: Elaboração própria, 2025.

ANEXO 2. Fases da regionalização no Brasil e seus respectivos conceitos de regionalização, 2025.

Fase Legal de concepção regional territorial	Normativas	Período	Características da regionalização
	CF 88 Lei 8080/90 NOAS 2002 Pacto pela Saúde 2006 Portaria Redes n° 4279/2010 (PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N°03/2017)	1988 a 2010	Fase onde 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. Concepção de Regionalização como princípio organizativo do SUS. Concepção de Regionalização por áreas territoriais desde os módulos assistenciais – microrregiões – regiões até as macrorregiões de saúde. Concepção de Regionalização por territorialização da saúde como base para organização dos sistemas e gestão.
Fase confusão legal e infralegal com mudanças na compreensão de regionalizar	Decreto 7508/2011 Lei 141/2012 Resolução CIT 23/2017 Política Nacional da Atenção Básica - PNAB (2017) Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP (2013).	2010 a 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, onde se perde a dimensão micro e macro da NOAS/2002.
Fase de Consolidação Das Normativas Infralegais e de vazios legais no SUS	Portaria de Consolidação n°03/2017 Resolução CIT 23/2017 Resolução CIT 37/2018 Resolução CIT 44/2019 (RESOLUÇÃO DE CONSOLIDAÇÃO CIT/2021) Política Nacional de Atenção Especializada – PNAES (2023)	2017 a 2023	Regionalização regida por normas infralegais com o conceito de regionalização via Redes temáticas de Atenção por etapas do PRI sendo conduzido nos estados por meio de projetos (PROADI). Compreensão do Plano Regional Integrado (PRI) como um método de planejamento. Regionalização por Redes de Atenção/ Redes temáticas. Retorno da macrorregião de saúde nas Resoluções da CIT, mas sem discussão dos espaços de microrregiões de saúde. A dimensão de território macro é resgatada nas resoluções da CIT em um debate como o lugar de fechamento das redes temáticas de atenção. - Planejamento sem recursos financeiros; - Regionalização desenho territorial; - Duas lógicas de regionalização e de instrumentos de gestão; - Não produz responsabilidade sanitária; - Não se regionaliza por população adscrita e adstrita em cada território: microrregional – regional – macrorregional via Políticas de Saúde: AB, AE e AH. Como resultado, há um vazio legal pela não revisão da Lei 141/2012 e condução do SUS por normas infralegais (ainda que pactuadas), com regionalização por redes temáticas compreendendo o planejamento via PRI como método e produto a ser entregue pelos estados ao MS com condução via PROADI e regionalização não como uma forma de diminuir as desigualdades regionais, base da regionalização dos sistemas universais de saúde. - Serviços de Saúde, principalmente a área hospitalar sem responsabilidades sanitárias definidas.

Fonte: Elaboração própria, 2025.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.