

## MATRIZ DE DIRETRIZES CONCEITUAIS PARA AÇÕES EDUCACIONAIS EM GESTÃO DE REDES REGIONALIZADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

Recebido em: 16/07/2025

Aceito em: 26/11/2025

DOI: 10.25110/arqsaude.v30i1.2026-12249



Celia Maria Borges da Silva Santana<sup>1</sup>

Fabiana de Oliveira Silva Sousa<sup>2</sup>

Kátia Rejane de Medeiros<sup>3</sup>

Cindy Avani Silva Ceissler<sup>4</sup>

Emmanuelly Correia de Lemos<sup>5</sup>

Leila Monteiro Navarro Marques de Oliveira<sup>6</sup>

Taís de Jesus Queiroz<sup>7</sup>

Luciana Camêlo de Albuquerque<sup>8</sup>

**RESUMO:** O artigo objetiva apresentar a construção de uma matriz para desenvolver e monitorar ações educacionais em redes regionalizadas de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Toma como diretrizes conceituais a regionalização em saúde e elementos essenciais para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), abrangendo modelos de atenção à saúde, população e territórios, estrutura operacional e sistema de governança. Trata-se de um estudo qualitativo e exploratório baseado em análise documental e consulta a especialistas. Após seleção dos textos, realizou-se uma leitura detalhada para definir conceitos, subcategorias e elementos de aplicação prática. Em seguida, foram consultados dois especialistas, sendo um no tema de regionalização em saúde e outro de RAS, cujas contribuições foram incorporadas à matriz. Os resultados propõem uma ferramenta estratégica que integra teoria e prática na formação de profissionais de saúde, alinhada aos princípios do SUS, com potencial para fortalecer ações educacionais descentralizadas, qualificação de docentes e preceptores, planejamento regional, controle social e cooperação entre instituições de ensino.

**PALAVRAS-CHAVE:** Regionalização da Saúde; Redes de Atenção à Saúde; Integração dos Serviços de Saúde; Internato e Residência; Educação Permanente.

<sup>1</sup> Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, Brasil.

E-mail: [celiamsantana.cbs@gmail.com](mailto:celiamsantana.cbs@gmail.com), ORCID: [0000-0003-1926-6418](https://orcid.org/0000-0003-1926-6418)

<sup>2</sup> Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil.

E-mail: [fabiana.osilva@ufpe.br](mailto:fabiana.osilva@ufpe.br), ORCID: [0009-0003-9148-4230](https://orcid.org/0009-0003-9148-4230)

<sup>3</sup> Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil.

E-mail: [katia.rejane@fiocruz.br](mailto:katia.rejane@fiocruz.br), ORCID: [0000-0002-7518-4137](https://orcid.org/0000-0002-7518-4137)

<sup>4</sup> Doutoranda em Saúde Pública, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Brasil.

E-mail: [cindyceissler@gmail.com](mailto:cindyceissler@gmail.com), ORCID: [0000-0002-4077-9245](https://orcid.org/0000-0002-4077-9245)

<sup>5</sup> Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

E-mail: [emmanuelly.lemos@upe.br](mailto:emmanuelly.lemos@upe.br), ORCID: [0000-0003-1450-6160](https://orcid.org/0000-0003-1450-6160)

<sup>6</sup> Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

E-mail: [leilamnavarro07@gmail.com](mailto:leilamnavarro07@gmail.com), ORCID: [0009-0004-9924-647X](https://orcid.org/0009-0004-9924-647X)

<sup>7</sup> Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

E-mail: [taisjq2012@gmail.com](mailto:taisjq2012@gmail.com), ORCID: [0009-0009-0039-7910](https://orcid.org/0009-0009-0039-7910)

<sup>8</sup> Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

E-mail: [lucianacamel@gmail.com](mailto:lucianacamel@gmail.com), ORCID: [0000-0003-3750-2891](https://orcid.org/0000-0003-3750-2891)

## CONCEPTUAL GUIDELINES MATRIX FOR EDUCATIONAL ACTIONS IN THE MANAGEMENT OF REGIONALIZED HEALTH CARE NETWORKS IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM

**ABSTRACT:** The paper aims to present a framework for developing and monitoring educational initiatives within regionalized healthcare networks in Brazil's Unified Health System (SUS). It is guided by conceptual frameworks on healthcare regionalization and key elements for organizing Healthcare Networks (RAS), encompassing healthcare models, population and territories, operational structure, and governance system. This is a qualitative and exploratory study based on document analysis and experts consultation. After selecting the texts, a detailed reading was conducted to define concepts, subcategories, and practical application elements. Subsequently, two specialists were consulted, one in the field of health regionalization and another in (RAS), whose contributions were incorporated into the framework. The results propose a strategic tool that integrates theory and practice in the training of healthcare professionals, aligning with SUS principles and holding the potential to strengthen decentralized educational initiatives, faculty and preceptor training, regional planning, social control, and cooperation among educational institutions.

**KEYWORDS:** Regional Health Planning; Healthcare Networks; Intersectoral Collaboration; Internship and Residency; Continuing Education.

## MATRIZ DE DIRETRIZES CONCEPTUAIS PARA AÇÕES EDUCATIVAS ENLA GESTIÓN DE REDES REGIONALIZADAS DE ATENCIÓN A LA SALUD EN EL SUS

**RESUMEN:** El artículo tiene como objetivo presentar matriz para desarrollar y monitorear acciones educativas en redes regionalizadas de atención a la salud en el Sistema Único de Salud (SUS). Se basa en marcos conceptuales sobre la regionalización en salud y en elementos clave para la organización de las Redes de Atención a la Salud (RAS), abarcando modelos de atención, población y territorios, estructura operativa y sistema de gobernanza. Se trata de un estudio cualitativo y exploratorio basado en análisis documental y consulta a especialistas. Tras la selección de los textos, se realizó una lectura detallada para definir conceptos, subcategorías y elementos de aplicación práctica. Posteriormente, se consultaron dos especialistas, uno en el tema de regionalización en salud y otro en RAS, cuyas contribuciones fueron incorporadas a la matriz. Los resultados proponen una herramienta estratégica que integra teoría y práctica en formación de profesionales de la salud, alineada con principios del SUS y con el potencial de fortalecer acciones educativas descentralizadas, la capacitación de docentes y tutores, la planificación regional, el control social y la cooperación entre instituciones educativas.

**PALABRAS CLAVE:** Regionalización; Redes de Atención en Salud; Colaboración Intersectorial; Internado y Residencia; Educación Permanente.

### 1. INTRODUÇÃO

A regionalização da saúde, enquanto diretriz organizativa orientadora da descentralização das ações e serviços, estrutura-se por meio de processos de pactuação e

negociação entre gestores, articulando-se diretamente com a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse escopo, a instituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) configura-se como estratégia central para qualificar a atenção, ampliar o acesso, assegurar a continuidade do cuidado e viabilizar a integralidade da atenção (ESPPE, 2014). As RAS devem ser organizadas de modo a responder de forma oportuna tanto aos agravos agudos quanto ao manejo das condições crônicas, exigindo definição clara da população adscrita, da estrutura operacional e do modelo de atenção adotado (Mendes, 2018).

Nesse contexto, destaca-se a iniciativa da Planificação da Atenção à Saúde, elaborada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), como proposta de apoio técnico aos estados na organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e na implantação das RAS. Tal proposta parte do pressuposto de que redes efetivas, eficientes e resolutivas exigem uma APS sólida e bem estruturada como ordenadora do cuidado (Li *et al.*, 2020). Evidências apontam que a consolidação das RAS pode contribuir significativamente para a melhoria do acesso, redução de custos, aumento da eficiência do sistema, superação da fragmentação do cuidado e maior responsividade às necessidades da população (Conill, 2012).

A implementação das RAS, contudo, exige não apenas mudanças organizacionais, mas também profundas transformações no processo formativo dos profissionais de saúde. Dada a complexidade e as contradições históricas que marcam a consolidação do SUS, torna-se imprescindível repensar os modelos formativos, reconhecendo seu potencial de indução de mudanças nas práticas e na gestão do cuidado. Tal movimento requer o envolvimento das diversas instâncias do SUS, e o compromisso com a articulação entre formação e prática profissional (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Nesse sentido, as residências em saúde têm desempenhado papel estratégico na consolidação das RAS, ao ofertar formação especializada orientada pelas necessidades do sistema e do território. A expansão e qualificação desses programas constituem um eixo central para fortalecer o papel do Estado na regulação da formação em saúde e no avanço das políticas de gestão do trabalho e educação na saúde (Santos; Santos Neto, 2023). Contudo, persiste uma lacuna de modelos e diretrizes conceituais que orientem o desenvolvimento de ações educacionais regionalizadas e que sirvam como instrumentos de apoio ao planejamento, execução e monitoramento de tais ações, considerando as especificidades dos territórios e os objetivos pedagógicos das instituições formadoras.

Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo construir uma matriz de diretrizes conceituais, construída a partir das categorias teóricas “regionalização em saúde” e “elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde”, com o intuito de subsidiar o desenvolvimento e o monitoramento de ações educacionais no âmbito das RAS, em consonância com as práticas de gestão do SUS.

## 2. MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo e exploratório, que recorreu a análise documental (de 2022 a 2023) e consulta a especialistas nos temas sobre regionalização e redes de atenção à saúde no Brasil para construção de Matriz de Diretrizes Conceituais. O estudo dividiu-se em três etapas consecutivas.

A primeira etapa consistiu na organização dos documentos e foi realizada considerando o tipo de documento, ano, autor/fonte, categoria temática. Foram utilizadas leis, decretos e portarias disponíveis no site oficial do Ministério da saúde, como a Portaria nº 4.279 de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS referendado por Mendes (2011). No conteúdo de regionalização em saúde, além da Lei nº 8080 de 1990 e o Decreto nº 7.508 de 2011, tomou-se como referencial teórico a produção de Viana e Lima (2011).

Há um expressivo número de estudos (Silva, 2008; Contel, 2015; Fernandes, 2017) e publicações que abordam ambas as temáticas teóricas, no entanto, optou-se prioritariamente pela seleção das contribuições teóricas e práticas sobre regionalização em saúde e RAS de Eugênio Vilaça Mendes que se destaca pela defesa da regionalização e organização das RAS para reduzir desigualdades; e Ana Luiza d’Ávila Viana que contribui com análises sobre gestão e políticas públicas no SUS. A integração dessas perspectivas visa apoiar a implementação de ações educacionais e práticas de gestão no SUS.

Na sequência foi feita leitura detalhada e sistemática, seguida por organização lógica e interpretação das informações. O resultado dessa análise conduziu à definição dos componentes constitutivos da matriz de diretrizes conceituais (elementos centrais):

- a) Categorias: englobam as duas principais temáticas teóricas do estudo: regionalização em saúde e os elementos constitutivos das RAS;
- b) Conceito: definição conceitual das duas categorias teóricas, evidenciando a relevância e o contexto de cada uma no campo da saúde coletiva;

- c) Subcategorias teóricas: derivam das categorias principais, detalhando aspectos específicos que devem ser considerados na análise das RAS e da regionalização em saúde;
- d) Elementos potenciais de operacionalização: diretrizes práticas e possíveis ações que podem ser implementadas pelos gestores e profissionais de saúde para assegurar a aplicação dos conceitos e subcategorias de forma eficaz.

Na segunda etapa, a matriz foi submetida à apreciação de dois especialistas e pesquisadores reconhecidos na área de saúde coletiva, sendo um no tema de regionalização em saúde e outro no de RAS, obedecendo as seguintes etapas: a) Contato prévio com os especialistas, escolhidos com base no histórico de produção científica sobre as temáticas, e posterior; b) Envio, por meio de endereço eletrônico, da 1ª versão digitalizada para apreciação e sugestões; c) Análise e incorporação das contribuições específicas em uma versão intitulada matriz preliminar. As contribuições dos dois especialistas mostraram-se complementares, sem identificação de divergências, uma vez que cada análise se concentrou nos elementos da matriz a partir da temática específica e do referencial teórico próprio de cada avaliador.

A terceira e última etapa envolveu dois momentos principais de apreciação e contribuição. A seleção dos participantes considerou a experiência acadêmica e profissional na área de gestão do trabalho e da educação na saúde, com ênfase no desenvolvimento de programas de residência multiprofissional. A versão preliminar da matriz foi inicialmente submetida à equipe de pesquisadoras do projeto, composta por cinco profissionais da saúde com expertise em gestão da educação na saúde, formação em saúde pública e titulação em nível de mestrado ou doutorado. Após análise e ajustes, a matriz foi encaminhada para apreciação da equipe pedagógica de um programa regionalizado de residência em área profissional da saúde, composta por sete profissionais distribuídos entre as funções de coordenação, tutoria e docência, todos com experiência na área e pós-graduação em saúde pública, mestrado ou doutorado. As análises foram conduzidas de forma coletiva, e as decisões consensuadas resultaram na versão final da matriz, incorporando as contribuições das duas equipes.

Este estudo compõe projeto aprovado no Edital nº 19/22 do Programa Estadual de Pesquisa Aplicada ao SUS (PPSUS), iniciativa conjunta da Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES-PE) e da Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), intitulado: “Programa regionalizado de Residência em Saúde

Coletiva: contribuições para organização e estruturação das Redes de Atenção à Saúde em Pernambuco”, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE) sob parecer número 5.758.306/2022.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Matriz Conceitual para ações educacionais em redes regionalizadas de saúde no SUS é estruturada em dois eixos: Regionalização em Saúde (Brasil, 2011; Viana; Lima, 2011) e Elementos Constitutivos das Redes de Atenção à Saúde (Mendes, 2011; Brasil, 2011), os quais se desdobram em categorias e subcategorias. Para cada eixo e categoria, são apresentados seus respectivos conceitos, enquanto, para cada subcategoria, são descritos os elementos potenciais de operacionalização. Com o objetivo de facilitar a visualização e compreensão do conteúdo, esses elementos serão dispostos em quadros distintos ao longo do texto. Todas as categorias e suas respectivas subcategorias emergentes das leituras, são apresentadas no quadro 1 a seguir.

**Quadro 1:** Matriz conceitual, composta por dois eixos e suas categorias e subcategorias, para o desenvolvimento e monitoramento de ações educacionais realizadas em redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS.

Realizadas em redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS.				
Eixo	Categoria	Subcategoria		
Regionalização em saúde	Regionalização em saúde	Definição de responsabilidades dos entes federados no espaço regional		
		Planejamento Regional Integrado		
		Mecanismos de pactuação e coordenação regional		
		Financiamento compartilhado		
Elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde	Modelos de atenção à saúde	Integralidade da atenção		
		Coordenação feita pela APS		
		Manejo das condições crônicas		
	População e os territórios	População adscrita estratificada por risco		
		Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população		
	Estrutura operacional	Sistemas de Apoio	Sistema Apoio Diagnóstico Terapêutico	
			Assistência farmacêutica	
			Informação em Saúde	
			Teleassistência	
		Sistemas logísticos	Registro Eletrônico em saúde	
			Acesso Regulado	
	Transporte sanitário			
	Sistema de governança	Governança em rede		

Fonte: As autoras com base em Brasil (2010), Mendes (2011), Brasil (1988, 1990, 2010, 2011, 2017a, 2017b) e Viana *et al.* (2018).



Esta matriz reflete os principais componentes teóricos e práticos que embasam o estudo, com o intuito de servir como uma ferramenta para análise crítica e aplicabilidade dos conceitos na prática da gestão em saúde, além de apoiar na elaboração e monitoramento de ações educacionais realizadas no e para o SUS, de forma regionalizada.

A Regionalização em Saúde é compreendida como uma diretriz organizativa do SUS, sendo uma estratégia fundamental para assegurar o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais, promover a equidade e a integralidade da atenção, racionalizar os gastos, otimizar os recursos disponíveis e potencializar o processo de descentralização (Brasil, 2010; Viana; Lima, 2011).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 estabeleceu as diretrizes para a organização do SUS, incluindo a regionalização como fundamental para assegurar o acesso universal com equidade e integralidade aos usuários do sistema, destacando a importância da articulação entre os diferentes entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) na definição das regiões de saúde e na elaboração de planos regionais integrados que considerem as necessidades e especificidades de cada área.

Afirma-se que a regionalização é uma estratégia baseada na ideia de que a saúde deve ser abordada de forma integrada e contextualizada, buscando articular serviços e ações em uma rede pautada no planejamento das necessidades de saúde e na particularidade das demandas regionais, superando a simples aglutinação de serviços ou municípios (Viana; Iozzi, 2019). Isso dialoga com a Teoria da Integralidade proposta por Ceccim e Feuerwerker (2004), quando assumem que o cuidado em saúde deve ser abrangente, além de considerar a pluralidade das necessidades da população.

Desde sua criação em 1988, como conceito central no SUS, a regionalização tem sido uma estratégia crucial para a organização e o aprimoramento do sistema. Ao longo do tempo passou por diferentes fases e abordagens, refletindo mudanças nas políticas de saúde e nas necessidades da população (Viana; Lima, 2011). No entanto, sua consolidação ainda é incompleta, apesar da existência de regiões de saúde, instâncias de pactuação entre gestores, leis, normativas e instrumentos (Viana; Lima, 2011).

A Regionalização em Saúde depende da articulação eficaz de quatro elementos-chave, classificados na matriz como subcategorias, quais sejam: 1) Definição de responsabilidades dos entes federados; 2) Planejamento Regional Integrado; 3) Mecanismos de pactuação e coordenação regional; e 4) Financiamento compartilhado (quadro 2).

**Quadro 2:** Categoria e eixo “Regionalização em Saúde” e suas subcategorias da Matriz conceitual para ações educacionais em redes regionalizadas de saúde no SUS.

<b>REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE</b>	
Diretriz organizativa do SUS e estratégia para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais, promover a equidade e integralidade da atenção, racionalizar os gastos, otimizar os recursos e potencializar o processo de descentralização.	
<b>SUBCATEGORIAS</b>	<b>ELEMENTOS POTENCIAIS DE OPERACIONALIZAÇÃO</b>
Definição de responsabilidades dos entes federados no espaço regional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejamento; regulação; capacidade instalada e qualificação técnica;</li> <li>- Ente estadual como regulador e indutor técnico;</li> <li>- Ampliação de acesso às ações e serviços de saúde;</li> <li>- Planejamento e coordenação das competências envolvidas;</li> <li>- Instrumento jurídico que garanta o cumprimento das pactuações e relações de colaboração intermunicipal e interfederativa.</li> </ul>
Planejamento Regional Integrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejamento ascendente e participativo com definições das necessidades e prioridades de saúde nas regiões de saúde;</li> <li>- Ter como referência o PDR – Definição do desenho regional;</li> <li>- Ferramentas eficazes de coordenação, regulação e controle;</li> <li>- Comitês executivos de governança das RAS de natureza técnica e operacional de forma regional;</li> <li>- Instrumentos de gestão dos processos de regionalização em saúde no estado (Mapa da Saúde, Plano de Saúde, Planos Macrorregionais).</li> </ul>
Mecanismos de pactuação e coordenação regional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão compartilhada;</li> <li>- Planejamento de saúde dialogando com planejamento orçamentário;</li> <li>- Espaços de negociação; estruturas técnicas de apoio aos gestores com funcionamento regular;</li> <li>- CT e CIR: principal estratégia de governança regional.</li> </ul>
Financiamento compartilhado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Governabilidade regional e municipal para discutir a competência financeira;</li> <li>- Alocação de recursos, considerando as necessidades regionais;</li> <li>- Elaboração do orçamento, estabelecimento de prioridades, prestação de contas e fluxo de informações para a sociedade.</li> </ul>

Fonte: As autoras com base em Brasil (2010), Mendes (2011), Brasil (1988, 1990, 2010, 2011, 2017a, 2017b) e Viana *et al.* (2018).

Na subcategoria definição de responsabilidades no espaço regional, evidencia-se a necessidade de planejamento e coordenação integrada dos entes federados para garantir uma gestão eficiente e equitativa dos recursos e serviços públicos. Os elementos potenciais de execução dessa subcategoria ancoram-se na responsabilidade do ente estadual como regulador e indutor técnico e promove uma gestão mais ordenada e menos suscetível a disputas e ineficiências, e pela possibilidade de atuação mais efetiva do controle social e implicação para uma maior responsabilidade política, pois os gestores locais são mais diretamente responsabilizados por suas ações e decisões.

Na década de 1990 foi intensificado o processo de descentralização político-administrativa no Brasil, procedendo a uma reorganização do sistema de tomada de decisões na área da saúde, evidenciando maior responsabilidade aos municípios (Viana; Lima, 2011). Esses, passaram a exercer um papel fundamental na definição e execução de políticas de saúde. Essa redistribuição de poder para os entes federativos expandiu a



participação de diversos atores sociais nos espaços colegiados de gestão e na formulação de pactos, que orientam o planejamento e a implementação de ações e serviços de saúde (Abrucio, 2022).

Por outro, a descentralização da responsabilidade pela implementação e gestão dos serviços de saúde para os municípios, realizada sem uma coordenação interfederativa adequada no que tange à sistematização, aos processos e às responsabilidades, resultou na emergência de cenários heterogêneos em âmbito municipal (Viana; Lima, 2011). Enquanto alguns municípios demonstraram elevado desempenho na condução do SUS, outros apresentaram capacidade ainda limitada. Essa heterogeneidade manifesta-se no fracionamento técnico, político e operacional dos serviços prestados, exacerbando iniquidades e desigualdades no acesso e na qualidade da atenção à saúde da população (Santos; Campos, 2015).

É fundamental estabelecer de forma precisa e estruturada as responsabilidades de cada ente federativo - municípios, estados e União - para assegurar a compreensão e distinção das funções e atribuições de cada esfera no sistema de saúde regional. Essa definição é crucial para evitar sobreposições ou lacunas na prestação de serviços, promovendo uma cobertura eficiente e adequada às necessidades de saúde da população.

Nesse sentido, a responsabilização dos entes federativos no âmbito regional não apenas aprimora a administração pública e ajusta os serviços de saúde às necessidades locais, como também fortalece a democracia ao garantir maior participação e transparência no processo de gestão. Além disso, promove a eficiência na alocação e uso dos recursos, ao mesmo tempo em que evita sobreposições de funções e conflitos institucionais, resultando em uma governança mais eficaz e equitativa no setor público.

Conforme Viana, Lima e Ferreira (2010), a descentralização do SUS trouxe avanços importantes na expansão da cobertura de serviços de saúde, mas não conseguiu resolver as imensas desigualdades no acesso e utilização desses serviços, assim como não conduziu à formação de arranjos mais cooperativos na saúde.

A subcategoria planejamento regional integrado complementa essa definição ao alinhar os recursos e estratégias dos diferentes entes federados, criando um plano coeso que reflete as necessidades e características da região. Esse planejamento deve considerar a distribuição de serviços e a otimização de recursos, assegurando que todos os aspectos da saúde regional sejam abordados de maneira coordenada e estratégica. Assim, sua operacionalização envolve planejamento ascendente e participativo, definição do desenho

regional e das prioridades de saúde, além da atuação dos comitês executivos de governança das RAS.

Para garantir a eficácia desse planejamento e a implementação das políticas de saúde, são necessários mecanismos robustos de pactuação e coordenação regional. Estes mecanismos facilitam a comunicação e a colaboração entre os diferentes níveis de governo e as unidades de saúde, promovendo uma gestão integrada e a resolução de conflitos. A coordenação eficaz assegura que todos os atores trabalhem juntos para alcançar os objetivos comuns, evitando redundâncias e promovendo uma abordagem harmoniosa e centrada no paciente. Pode ser operacionalizada por meio da gestão compartilhada e tem nas câmaras técnicas (CT) e na Comissão Intergestores Regional (CIR) as principais estratégias de governança regional.

Por fim, o financiamento compartilhado entre os entes federados é crucial para sustentar a estrutura regionalizada. Este modelo financeiro assegura que os recursos sejam distribuídos de maneira justa, conforme as responsabilidades e necessidades regionais, promovendo uma gestão financeira equilibrada e garantindo que todos os serviços de saúde recebam o suporte necessário. Juntos, esses elementos criam uma base sólida para a regionalização em saúde, promovendo um sistema integrado, eficiente e equitativo, que deve ser considerado não apenas na elaboração do orçamento a partir das prioridades regionais, mas também na prestação de contas e fluxo de informações para a sociedade.

A regionalização em saúde e a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) estão intrinsecamente interligadas, uma vez que a regionalização se caracteriza como um dos pilares fundamentais para a efetivação das redes de saúde.

O segundo eixo da matriz, Rede de Atenção à Saúde (RAS), tem seu conceito definido no Decreto nº 7.508/2011 como o conjunto de ações e serviços de saúde, articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (Brasil, 2011).

Para Mendes (2011), as RAS são consideradas organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por missão única, objetivos comuns e ação cooperativa e interdependente que procuram oferecer atenção contínua e integral à população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade, e com responsabilidades sanitária e econômica, gerando valor para a população.

A operacionalização das RAS é sustentada pela articulação eficaz de seus elementos constitutivos: modelos de atenção à saúde, população e territórios, estrutura operacional e sistema de governança.

Primeiramente, os modelos de atenção à saúde são definidos como os cuidados prestados e integrados ao longo da rede de saúde, incluindo a atenção primária, secundária e terciária. Esses modelos estabelecem as diretrizes e práticas para a oferta de serviços, garantindo que a abordagem de cuidados seja contínua e coordenada, desde a prevenção até o tratamento especializado (quadro 3).

**Quadro 3:** Categoria "Modelos de Atenção à Saúde" e suas subcategorias no eixo "Redes de Atenção à Saúde" da Matriz conceitual para ações educacionais em redes regionalizadas de saúde no SUS.

<b>MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
Sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade	
<b>SUBCATEGORIA</b>	<b>ELEMENTOS POTENCIAIS DE OPERACIONALIZAÇÃO</b>
Integralidade da atenção	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rede sistêmica - Sistema integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas;</li> <li>- Integração entre os serviços - prestação de atenção contínua à população;</li> <li>- Acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica;</li> <li>- Compreender o conceito ampliado de saúde;</li> <li>- Entender sobre análise epidemiológica e assistencial da situação de saúde.</li> </ul>
Coordenação feita pela APS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordenadora do cuidado;</li> <li>- Relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS).</li> </ul>
Manejo das condições crônicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rede Poliárquica, contínuo de atenção;</li> <li>- Voltado para uma população;</li> <li>- Ênfase no cuidado multiprofissional interdisciplinar;</li> <li>- Respostas contínuas, proativa e integradas.</li> </ul>

Fonte: As autoras com base em Brasil (2010), Mendes (2011), Brasil (1988, 1990, 2010, 2011, 2017a, 2017b) e Viana *et al.* (2018).

O modelo de atenção à saúde, conforme sistematizado por Mendes (2011), é uma ferramenta central para a organização das RAS, uma vez que fornece diretrizes para a articulação dos diversos componentes da rede. Seu conceito engloba a estruturação lógica do funcionamento dessas redes, levando em consideração aspectos demográficos, epidemiológicos e os determinantes sociais da saúde. Nesse sentido, o modelo visa garantir uma resposta adequada e eficaz às necessidades de saúde da população em determinado tempo e espaço social.

A organização dos sistemas locais de saúde, historicamente, foi constituída de forma hierarquizada, fragmentada e medicalizadora, assim não respondendo às demandas de saúde da população. Por isso, é basilar que os trabalhadores, gestores, controle social, pesquisadores, professores e estudantes conheçam o aparato legal e induções que têm sido implementadas para qualificar a gestão do sistema e da atenção à saúde por meio da estruturação e organização dos serviços em redes integradas de saúde para se implicarem enquanto sujeitos de construção e atuação nesse processo. É desenvolvido na busca pela integralidade por uma rede sistêmica de serviços integrados que visa a prestação de atenção contínua à população, tendo o manejo de condições crônicas com respostas contínuas, proativa e integradas e coordenadas pela APS.

A população e os territórios são fundamentais para a adaptação e eficácia das RAS (quadro 4). Compreender as características demográficas e epidemiológicas de uma população, bem como as particularidades de cada território, permite que as redes sejam planejadas e ajustadas de acordo com as necessidades locais. Isso assegura que os serviços de saúde sejam acessíveis e relevantes para todos os grupos populacionais, promovendo uma cobertura mais equitativa e eficaz. Dentre os elementos essenciais para a operacionalização desta categoria é fundamental que a população tenha suas necessidades de saúde conhecidas e dimensionadas na APS e que esteja estratificada por vulnerabilidades sociais e riscos sanitários. Além disso, o território deve estar articulado a um Plano Regional Integrado, substituindo a gestão com base na oferta pela gestão da saúde da população.

**Quadro 4:** Categoria "População e os Territórios" e suas subcategorias no eixo "Redes de Atenção à Saúde" da Matriz conceitual para ações educacionais em redes regionalizadas de saúde no SUS.

POPULAÇÃO E OS TERRITÓRIOS	
População que vive em territórios singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sanitários. Território não é a mera repartição geográfica de uma região, um recorte territorial, mas um espaço de interação de sujeitos sociais, sendo, portanto, também cultural, social e político, tem sido apropriada, mesmo que ainda de forma incipiente, no processo de reorganização do SUS.	
SUBCATEGORIA	ELEMENTOS POTENCIAIS DE OPERACIONALIZAÇÃO
População adscrita estratificada por risco	<ul style="list-style-type: none"> <li>- População organizada socialmente em famílias;</li> <li>- População estratificada por vulnerabilidades sociais e por riscos sanitários;</li> <li>- População cujas necessidades de saúde são conhecidas e dimensionadas na APS;</li> <li>- Conhecimento dos riscos sociosanitários da população;</li> <li>- Entendimento sobre o processo de conhecimento da população (territorialização, cadastro, classificação por risco, vinculação a APS, estratificação por risco).</li> </ul>

Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transição da gestão de oferta para a gestão da saúde da população;</li> <li>- Gestão baseada nas necessidades de saúde da população, ou gestão de base populacional;</li> <li>- Plano Regional Integrado.</li> </ul>
---	---

Fonte: As autoras com base em Brasil (2010), Mendes (2011), Brasil (1988, 1990, 2010, 2011, 2017a, 2017b) e Viana *et al.* (2018).

A estrutura operacional das RAS organiza os serviços de saúde, abrangendo unidades de atendimento, recursos e fluxos de trabalho, com sistemas de apoio e logísticos (quadro 5). Uma organização eficiente favorece a coordenação, o gerenciamento e a prestação integrada dos cuidados, otimizando recursos e garantindo continuidade e qualidade. Para sua operacionalização, os sistemas de apoio incluem o diagnóstico e a terapêutica como componentes transversais às redes temáticas, compatíveis com a escala de operação do SUS. A assistência farmacêutica deve integrar toda a logística no SUS, com medicamentos alinhados às diretrizes clínicas, promovendo interação de usuários, famílias e comunidades e equipes multiprofissionais. Já os sistemas de informação em saúde, devem ser integrados, permitindo coletar, processar, utilizar e reportar dados para políticas, programas e pesquisas. Ademais, os sistemas logísticos requerem teleassistência e conectividade regional, além de registros eletrônicos de saúde interoperáveis, essenciais para decisões clínicas. O acesso regulado deve ser integrado por territórios e organizado com base em riscos, protocolos e fluxos assistenciais. O transporte sanitário, transversal às RAS, deve assegurar acesso a serviços, materiais biológicos e resíduos, além de apoio diagnóstico e terapêutico, promovendo equidade e segurança no sistema.

**Quadro 5:** Categoria "Estrutura Operacional" e suas subcategorias no eixo "Redes de Atenção à Saúde" da Matriz conceitual para ações educacionais em redes regionalizadas de saúde no SUS.

ESTRUTURA OPERACIONAL		
É formada pelos pontos de atenção das redes e pelas ligações materiais e imateriais que integram esses diferentes serviços. É composto de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, teleassistência e de informação em saúde); os sistemas lógicos (registro eletrônico em saúde, acesso regulado à atenção e de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS.		
SUBCATEGORIA		ELEMENTOS POTENCIAIS DE OPERACIONALIZAÇÃO
Sistemas de Apoio São os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde.	Sistema Apoio Diagnóstico Terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrado como um componente transversal em todas as redes temáticas;</li> <li>- Construído com base nos princípios das RAS;</li> <li>- Reconhecido como forma de organização do sistema de apoio diagnóstico e terapêutico (isolada ou em rede);</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecido pela escala de operação do sistema (baixa ou alta escala- volume de procedimentos realizados);</li> <li>- Reconhecido pela densidade tecnológica da região e distribuição de recursos do sistema de apoio diagnóstico e terapêutico.</li> </ul>
	Assistência farmacêutica com lista de medicamentos previstos nas diretrizes clínicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema Transversal de apoio as RAS;</li> <li>- Realização no âmbito do SUS de todo o ciclo logístico da assistência farmacêutica, que envolve seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos;</li> <li>- Farmácia clínica que constitui-se na relação do farmacêutico com os usuários, famílias e comunidade, a partir de atuação em equipe multiprofissional;</li> <li>- O componente da farmácia clínica envolve formulário terapêutico, dispensação, adesão ao tratamento, conciliação com medicamentos e a farmacovigilância.</li> </ul>
	Informação em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrado para coletar, processar, reportar e usar informações para políticas, programas e pesquisa;</li> <li>- Compreende os insumos dos sistemas de atenção à saúde e processos relacionados a eles;</li> <li>- Compreende recursos humanos e financeiros;</li> <li>- Acompanha a performance dos sistemas de saúde;</li> <li>- Acompanha os resultados produzidos em relação a mortalidade, morbidade, carga de doenças, bem-estar, estado de saúde e equidade em saúde.</li> </ul>
	Teleassistência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrutura e conectividade nas regiões de saúde;</li> <li>- Serviços de saúde prestados de forma remota.</li> </ul>
Sistemas logísticos	Registro Eletrônico em saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de identidade único para cada pessoa que utiliza o sistema de saúde;</li> <li>- Prontuário clínico eletrônico para armazenamento de informações de forma consistente e uniforme;</li> <li>- Prontuário clínico eletrônico permite compartilhamento e interoperacionalidade das informações;</li> <li>- Instrumento fundamental para operacionalização do processo decisório clínico.</li> </ul>
	Acesso Regulado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaboração, Cooperação, Consenso, coordenação e corresponsabilização entre os atores</li> <li>- Estruturas operacionais que medeiam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde;</li> <li>- Promove racionalização do acesso de acordo com graus de risco e protocolos e fluxos assistenciais definidos;</li> <li>- Organiza o acesso de forma equitativa, transparente e com segurança;</li> <li>- Rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso;</li> <li>- Organizado nas RAS em módulos integrados por territórios locais, microrregionais,</li> </ul>



		macrorregionais, estaduais e interestaduais (em algumas redes);
	Transporte sanitário	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejamento de fluxos assistenciais;</li> <li>- Garantia de acesso à AE nas regiões de saúde;</li> <li>- Parte indissociável do arranjo assistencial;</li> <li>- Estrutura o fluxo e contrafluxo de pessoas e de produtos nas RAS;</li> <li>- Garante o movimento adequado de material biológico, resíduos dos serviços de saúde;</li> <li>- O sistema de transporte são soluções transversais a toda a RAS para garantir o acesso aos pontos de atenção à saúde e aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico;</li> <li>- Se organiza em 3 subsistemas: Subsistema de transporte de pessoas, subsistema de transporte de material biológico, subsistema de transporte de resíduos.</li> </ul>

Fonte: As autoras com base em Brasil (2010), Mendes (2011), Brasil (1988, 1990, 2010, 2011, 2017a, 2017b) e Viana *et al.* (2018).

O sistema de governança é crucial para a coordenação e supervisão das atividades dentro das RAS (quadro 6). Ele define os papéis e responsabilidades dos diferentes atores envolvidos, assegurando que haja uma gestão eficaz e transparente das redes de saúde. Quando bem estruturado promove a colaboração entre diferentes níveis de governo e instituições, facilita a tomada de decisões e garante que as políticas e práticas sejam implementadas de forma consistente e alinhada com os objetivos da rede.

**Quadro 6:** Categoria "Sistema de Governança" e sua subcategoria no eixo "Redes de Atenção à Saúde" da Matriz conceitual para ações educacionais em redes regionalizadas de saúde no SUS.

SISTEMA DE GOVERNANÇA		
Estabelecimento de parcerias entre municípios, estado e União visando relações poliárquicas, construídas pela cooperação e pela interdependência dos diversos atores sociais.		
SUBCATEGORIA		ELEMENTOS POTENCIAIS DE OPERACIONALIZAÇÃO
Governança em rede Coordenação realizada por meio de interação entre gestores interdependentes operando de forma colaborativa em processos de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e conteúdo das tarefas  Adesão voluntária às normas sociais com base em confiança e reciprocidade.	Gestão compartilhada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forma colaborativa em processos de negociação e tomada de decisão coletiva;</li> <li>- Compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos;</li> <li>- Cultura organizacional que transmite clareza e decisão para a organização das RAS nos territórios macrorregionais, compreendendo como um processo inovador na organização do sistema de saúde, necessário para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população (Portaria 4.279/10);</li> <li>- Comunicação entre os entes.</li> </ul>

Fonte: As autoras com base em Brasil (2010), Mendes (2011), Brasil (1988, 1990, 2010, 2011, 2017a, 2017b) e Viana *et al.* (2018).

A governança das RAS deve considerar a dinâmica das relações e a distribuição de poder entre os atores das diferentes esferas governamentais, da comunidade, das instituições e dos espaços de negociação e tomada de decisão no setor da saúde (Nakata *et al.*, 2020), de forma a atender de forma eficaz às necessidades da população.

Esperando-se que a matriz seja compreendida e utilizada para fins didático-técnico-pedagógico às gestões do SUS e às instituições de ensino, para cada subcategoria foram identificados elementos que potencializam o seu uso.

A regionalização da saúde no Brasil enfrenta desafios e obstáculos de múltiplas ordens e naturezas, refletindo a complexidade do sistema de saúde (Viana; Iozzi, 2019), assim requer novas estratégias para a organização e gestão dos serviços, particularmente em contextos regionais. Nesse sentido, a formulação e a implicação dos processos de formação dos profissionais de saúde devem considerar aspectos dessa lógica, tanto nos processos de gestão do sistema e do cuidado quanto na organização do sistema de saúde.

Corroborando com essa perspectiva, Sarmento (2022) destaca a importância da integração entre educação e prática em saúde, evidenciando que programas como as residências em saúde têm impacto direto na melhoria da qualidade da atenção no SUS.

Estudos, como o de Viana *et al.* (2018), reforçam a importância da integração entre as diversas dimensões do sistema de saúde e destacam a necessidade de um planejamento regionalizado eficaz para garantir a equidade no acesso aos serviços. Nesse sentido, ressalta-se a importância da educação permanente em saúde (EPS) como ferramenta essencial para a qualificação das práticas profissionais e para o fortalecimento das redes de atenção à saúde. Evidenciam ainda a EPS como uma estratégia político-pedagógica que assume o protagonismo da gestão da educação, ao propor mudanças nas ações educativas, nos processos de trabalho, nas organizações de saúde e, principalmente, no desenvolvimento de estratégias que possam auxiliar na qualificação da atenção em saúde (Krug *et al.*, 2021; Santos; Ramos; Queiroz, 2017).

Teixeira e Ouverney (2012) destacam a relevância de integrar a sociedade no processo de planejamento e monitoramento das políticas de saúde. A matriz de diretrizes conceituais poderá ser utilizada como apoio à atuação do controle social do SUS, ao subsidiar a elaboração, análise e monitoramento dos instrumentos de gestão, em aspectos relacionados à estrutura, distribuição dos serviços e equipamentos de saúde nas diversas regiões, garantindo que os Planos de Saúde regionais levem em consideração a adequação dos serviços à realidade local. Com isso, a matriz não apenas facilita a participação social,

mas também contribui para um planejamento mais preciso e eficaz, alinhado às necessidades de cada território.

Teixeira e Ouverney (2019) também enfatizam a necessidade de fortalecer a gestão interinstitucional e a articulação entre as diferentes instâncias do SUS. Nesse sentido, a utilização de uma abordagem estruturada, como a proposta pela matriz, pode ser um caminho para apoiar nesses desafios. O uso da matriz em instâncias colegiadas, como as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), as Comissões de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU), as Comissões Descentralizadas de Residência (CODEMU) e as Câmaras Técnicas e Comissões Bipartite e Intergestores Regionais (CIR e CIB), pode tornar-se como uma estratégia para a análise e organização das redes de atenção à saúde. O uso da matriz nesses espaços, pode possibilitar a discussão de situações específicas ou gerais, o que contribuirá para a otimização do funcionamento das RAS e a organização da regionalização da saúde, com foco na integração das práticas e na melhoria contínua da gestão.

Diante do exposto, a aplicabilidade prática da matriz manifesta-se tanto no contexto da formação em serviço quanto da gestão interinstitucional. No campo da formação em serviço, ao oferecer um referencial estruturado para planejar, executar e monitorar ações educativas articuladas às necessidades concretas dos territórios, permitindo o fortalecimento da integração ensino-serviço e demais estratégias de EPS. Nesse sentido, a matriz de diretrizes conceituais se configura como uma referência essencial na elaboração e monitoramento de ações educacionais voltadas à formação de profissionais de saúde, com foco em abordagens descentralizadas e regionalizadas, incluindo aí os programas de residência em saúde. Além disso, fornece subsídios para a formação do corpo docente-assistencial (coordenadores, tutores e preceptores) das residências em saúde e demais ofertas educacionais, oferecendo uma base teórica sólida para as práticas de ensino e aprendizado essenciais à formação de profissionais em contextos regionalizados.

No contexto da gestão interinstitucional, a matriz apresenta sua aplicabilidade ao servir como instrumento de diálogo e alinhamento entre diferentes atores e níveis do SUS e promover a cooperação entre gestores, instituições de ensino e equipes assistenciais, contribuindo para o planejamento conjunto, a cooperação entre níveis de gestão e o fortalecimento das redes regionalizadas. Essa matriz de diretrizes conceituais se constitui como um apoio no planejamento regional, pois pode ser utilizada para estruturar planos

de ação voltados à formação e qualificação dos trabalhadores, com base no diagnóstico das necessidades locais. Poderá ainda, auxiliar na identificação das lacunas existentes nas práticas profissionais e nos serviços de saúde, contribuindo para a implementação de estratégias de melhoria alinhadas às realidades regionais.

Assim, a utilização da matriz de diretrizes conceituais por instituições de ensino que ofertam programas de residência em saúde, pode facilitar a integração entre elas por meio da troca de conhecimentos e práticas, ao mesmo tempo em que favorecem a qualificação das redes de atenção à saúde, alinhando a formação dos trabalhadores às necessidades específicas de cada região. Além de seu ineditismo, a matriz proposta apresenta a capacidade de replicabilidade, permitindo sua aplicação em diferentes contextos e regiões, o que amplia as possibilidades de intervenção qualificada.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo foi concebido com o propósito de subsidiar ações práticas no âmbito do SUS, contribuindo para o fortalecimento da Política de Educação Permanente em Saúde. A literatura revisada reforça a relevância de abordagens sistêmicas e contextualizadas, que integrem teoria e prática.

A construção da matriz de diretrizes conceituais teve como propósito subsidiar o desenvolvimento e o monitoramento de ações educacionais em redes regionalizadas de atenção à saúde, fortalecendo a formação de profissionais em consonância com os princípios do SUS. Ao articular fundamentos teóricos com os desafios concretos da gestão em saúde, a matriz contribui para a qualificação da atenção, promovendo práticas formativas contextualizadas. Sua estrutura flexível e adaptável às distintas realidades regionais do SUS a torna uma ferramenta estratégica para orientar políticas educacionais alinhadas às necessidades dos territórios.

Sua aplicabilidade favorece o alinhamento das ações educacionais às políticas locais de saúde, considerando as características das redes de atenção e as necessidades reais da população. Ao permitir o ajuste das estratégias formativas às realidades territoriais, marcadas por diversidades culturais, condições socioeconômicas e infraestrutura desigual, a matriz contribui para a efetividade das práticas e a adesão dos profissionais e da comunidade.

A matriz proposta distingue-se por sua originalidade ao articular de forma inovadora os fundamentos teóricos da regionalização e das RAS com elementos práticos

voltados à gestão educacional no SUS. Ao integrar dimensões conceituais, operacionais e formativas em uma única ferramenta aplicável, a matriz apresenta elevado potencial de replicabilidade em diferentes contextos regionais e institucionais, podendo subsidiar processos de planejamento, qualificação profissional e fortalecimento da integração ensino-serviço em diversos territórios do país.

Além disso, destaca-se seu potencial para o monitoramento e avaliação contínuos das ações, possibilitando a identificação de lacunas e ajustes ao longo do processo, o que favorece uma gestão educacional mais responsiva. Também se comprovou sua utilidade na articulação entre referenciais teóricos e práticas concretas, promovendo uma análise crítica que viabiliza a tradução de conceitos em ações educativas coerentes com os desafios do SUS.

## 5. FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco (FACEPE), a partir da chamada pública nº 19/2022 do Programa Estadual de Pesquisa Aplicada ao SUS (PPSUS) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE).

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. Federalismo brasileiro e projeto nacional: os desafios da democracia e da desigualdade. **Revista USP**, n. 134, p. 127–142, 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080/1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 ago. 2017a. Seção 1, p. 96-2.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 set. 2017b.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2010.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1400–1410, 2004.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 591–659.

CONTEL, F. B. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 2, p. 447–460, 2015.

ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO (ESPPE); SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. **Projeto Político Pedagógico da Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco**. Recife: ESPPE, 2014.

FERNANDES, F. M. B. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Cien Saude Colet**, v. 22, n. 4, p. 1311–1320, 2017.

KRUG, G.; MOCELIN, M. C.; MAGEDANZ, B. R.; OLIVEIRA, C. D. Ações e estratégias de educação permanente em saúde na rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Physis**, v. 31, n. 1, e310131, 2021.

LI, Z.; ZHANG, L.; PAN, Z.; ZHANG, Y. Research in Integrated Health Care and Publication Trends from the Perspective of Global Informatics. **Gesundheitswesen**, v. 82, n. 12, p. 1018–1030, 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Cien Saude Colet**, v. 23, n. 2, p. 431–435, 2018.

NAKATA, L. C.; FELTRIN, A. F. D. S.; CHAVES, L. D. P.; FERREIRA, J. B. B. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. **Esc Anna Nery**, v. 24, n. 2, e20190154, 2020.

SANTOS, J. S.; SANTOS NETO, P. M. D. Residências em saúde: análise de uma política estadual de formação de profissionais para o SUS. **Saúde Debate**, v. 47, n. 138, p. 516–530, 2023.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 2, p. 438–446, 2015.



SANTOS, M. L. R.; RAMOS, N.; QUEIROZ, G. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil na modalidade EAD: produção científica em periódicos. **Revista EDaPECI**, v. 17, n. 3, p. 61–75, 2017.

SARMENTO, L. F. **Residências Multiprofissionais em Saúde como cenários de implementação da educação interprofissional** [Tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, 2022. 172 p.

SILVA, F. S. Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. In: SILVA, F. S. (org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Campinas: Idisa; Brasília: Conasems, 2008. 202 p.

TEIXEIRA, S. M. F.; OUVÉNEY, A. L. M. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. **RBPG**, v. 11, n. 2-3, p. 74–83, 2012.

VIANA, A. L. D.; BOUSQUAT, A.; MELO, G. A.; NEGRI FILHO, A.; MEDINA, M. G. Regionalização e Redes de Saúde. **Cien Saude Colet**, v. 23, n. 6, p. 1791–1798, 2018.

VIANA, A. L. D.; IOZZI, F. L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, supl. 2, e00022519, 2019.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. 5, p. 2317–2326, 2010.

VIANA, A. L.; LIMA, L. D. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. 216 p.

## CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Celia Maria Borges da Silva Santana: concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Fabiana de Oliveira Silva Sousa: coordenadora da pesquisa, concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Kátia Rejane de Medeiros: concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Cindy Avani Silva Ceissler: Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Emmanuelly Correia de Lemos: Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Leila Monteiro Navarro Marques de Oliveira: Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Taís de Jesus Queiroz: Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Luciana Camêlo de Albuquerque: Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Todas as autoras aprovaram a versão final.