

Enferm Bras 2021;20(5):661-71

doi: [10.33233/eb.v20i5.4849](https://doi.org/10.33233/eb.v20i5.4849)

## ARTIGO ORIGINAL

### Redes de atenção à laqueadura tubária: responsabilidades e desafios

Carolina Guizardi Polido\*, Carmen Maria Casquel Monti Juliani\*\*, Florence Beryl Pilkington\*\*\*

*\*Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos, Ourinhos/SP, \*\*Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu/SP, \*\*\*Faculty of Health, York University, Toronto/ON, Canada*

Recebido em 15 de julho de 2021; Aceito em 14 de setembro de 2021.

**Correspondência:** Carolina Guizardi Polido, Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos, Av. Luís Saldanha Rodrigues, Quadra C1A, Nova Ourinhos 19907-510 Ourinhos SP

Carolina Guizardi Polido: [carolguizardi@gmail.com](mailto:carolguizardi@gmail.com)  
Carmen Maria Casquel Monti Juliani: [cjuliani@fmb.unesp.br](mailto:cjuliani@fmb.unesp.br)  
Florence Beryl Pilkington: [bpilkin@yorku.ca](mailto:bpilkin@yorku.ca)

## Resumo

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são fundamentais para a garantia de assistência integral e de qualidade dentro do programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Apesar dos esforços envolvidos para a formação das RAS no PAISM, sua implantação depende do rompimento com a lógica de sistemas fragmentados, de forma a garantir acesso a uma das ações preconizadas, que é o Planejamento Familiar. Este artigo teve como objetivo analisar os desafios encontrados para a formação das RAS a partir da decisão da mulher pela Laqueadura Tubária (LT), dado a legislação vigente acerca do procedimento. Buscou-se responder à seguinte questão: Que limites enfrentam os gestores de saúde na organização da RAS relacionados ao planejamento familiar, especialmente no tocante à laqueadura tubária? É um estudo qualitativo exploratório descritivo, tendo como participantes os gestores de saúde municipais de 31 municípios no interior do Estado de São Paulo. Existem dificuldades para a articulação das RAS para a LT devido a problemas organizativos e de recursos humanos. Acredita-se que a composição da RAS na região apresenta elos extremamente frágeis, apesar de todos os esforços para a construção de um sistema de saúde integrado e eficiente.

**Palavras-chave:** atenção primária em saúde; avaliação dos serviços; planejamento familiar.

## Abstract

### *Tubal ligation care networks: responsibilities and challenges*

The Health Care Networks (HCN) are essential to guarantee comprehensive and quality care within the Women's Comprehensive Health Care Program (WCHCP). Despite the efforts involved in the formation of HCN in WCHCP, its implementation depends on breaking with the logic of fragmented systems, in order to guarantee access to one of the recommended actions, which is Family Planning. This article aimed to analyze the challenges encountered in the formation of HCN based on the woman's decision to undergo Tubal Ligation (TL), given the current legislation on the procedure. We sought to answer the following question: What limits do health managers face in the organization of the HCN related to family planning, especially regarding tubal ligation? It is a descriptive exploratory qualitative study, with municipal health managers from 31 municipalities in the interior of the State of São Paulo as participants. There are difficulties in articulating the HCN for the TL due to organizational and human resources problems. The composition of the HCN in the region has extremely fragile links, despite all efforts to build an integrated and efficient health system.

**Keywords:** primary health care; health services evaluation; family planning.

## Resumen

### *Redes de atención a la ligadura de trompas: responsabilidades y desafíos*

Las Redes de Salud (RS) son fundamentales para garantizar una atención integral y de calidad dentro del Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PAISM). A pesar de los esfuerzos involucrados en la formación de RS en PAISM, su implementación depende de romper con la lógica de los sistemas fragmentados, a fin de garantizar el acceso a una de las acciones recomendadas, que es la Planificación Familiar. Este artículo tuvo como objetivo analizar los desafíos encontrados en la formación de RS a partir de la decisión de la mujer de someterse a una ligadura de trompas (LT), dada la legislación vigente sobre el procedimiento. Buscamos dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Qué límites enfrentan los gestores de salud en la organización de los RS relacionados con la planificación familiar, especialmente en lo que respecta a la ligadura de trompas? Se trata de un estudio cualitativo exploratorio descriptivo, con los gerentes municipales de salud de 31 municipios del interior del Estado de São Paulo como participantes. Existen dificultades para articular el RS para el LT debido a problemas organizacionales y de recursos humanos. Se cree que la

composición de la RS en la región tiene vínculos extremadamente frágiles, a pesar de todos los esfuerzos por construir un sistema de salud integrado y eficiente.

**Palabras-clave:** atención primaria de salud; evaluación de los servicios de salud; planificación familiar.

## Introdução

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são fundamentais para a garantia de assistência integral e de qualidade dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio de RAS adequadamente organizadas se pode oferecer e garantir uma atenção integral em saúde ao ser humano [1].

Para a saúde da mulher, o programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) é considerado o marco por redimensionar toda a rede do cuidado relativo a ela, pois anteriormente a atenção era restrita ao ciclo gravídico-puerperal. Este programa introduz o conceito de atenção integral à saúde da mulher, ressignificando o corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição, que inclui a atenção à reprodução de maneira ampla [2]. Leva em consideração ainda os direitos reprodutivos, que estão previstos na legislação nacional e normativas do Ministério da Saúde. A oferta da contracepção na atenção primária se insere no Planejamento Familiar (PF), como preconiza o PAISM, e uma das situações previstas é a esterilização feminina cirúrgica definitiva (LT), que é regulamentada no Brasil pela Lei 9.263 e pela Portaria 144 do Ministério da Saúde, com o intuito de garantir os direitos reprodutivos de casais ou indivíduos, homens e mulheres, de acordo com o artigo 226 da Constituição Federal.

Na prática cotidiana, percebe-se que muitas mulheres enfrentam gravidezes não planejadas, culminando nas multiparidades. Não é raro encontrar mulheres adultas jovens recorrendo às laqueaduras como método contraceptivo devido à falha dos outros métodos.

Apesar dos esforços envolvidos para a formação das RAS em saúde, sua implantação depende do rompimento com a lógica de sistemas fragmentados, que não permitem ao usuário do sistema um caminho lógico, integral e de fácil acesso aos serviços. As unidades de saúde, apontadas como o elemento chave na construção das RAS por sua capacidade de gestão e organização do sistema, ainda esbarram na incipiente capacidade dos envolvidos em promover a sua gestão e utilização adequadas, repercutindo em questões como a rotatividade ou falta de qualificação de profissionais, dificuldade de acesso e referência/contrarreferência e condições precárias de trabalho [3]. Estratégias para o enfrentamento destes obstáculos permeiam a avaliação de

serviços, que é uma ferramenta para se delimitar pontos-chaves para intervenção e efetivação das RAS.

Este artigo teve como objetivo analisar os desafios encontrados para a formação das RAS a partir da Laqueadura Tubária em duas microrregiões de saúde no interior do estado de São Paulo. A escolha foi orientada pelo fato de o procedimento possuir alta demanda na região, com existência de filas de espera para a realização dele, com mulheres vindas de diversas cidades da região.

Se constitui um recorte de pesquisa de doutorado que respondeu à seguinte questão: Que limites enfrentam os gestores de saúde na organização da RAS relacionadas ao planejamento familiar, especialmente no tocante à laqueadura tubária? A justificativa para a realização do estudo reside na importância do tema para a saúde da mulher, para a constituição das RAS e para o campo da gestão em saúde, ao passo em que apresenta, na visão do gestor de saúde, quais são os desafios encontrados para a formação das RAS.

## Métodos

Estudo qualitativo exploratório descritivo, realizado entre março/2014 e março/2016, tendo como participantes os gestores de saúde municipais de 31 municípios, no interior do Estado de São Paulo, contando com duas microrregiões de saúde. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE número 15991413.3.0000.5411), após autorizações institucionais, tendo sido o projeto apresentado e aprovado pelos gestores da Comissão Intergestores Regional (CIR). Os dados foram coletados através de questionário estruturado, de forma a captar questões relevantes à formação das RAS em duas microrregiões e perfil do gestor em saúde. As questões englobavam área de formação do gestor, tempo decorrido desde a graduação, idade, tempo de experiência em gestão nas esferas municipal, estadual e federal; composição das equipes que atendem à mulher no Planejamento Familiar e consequente decisão pela Laqueadura Tubária, tipo de orientação realizada durante este processo, conhecimento da demanda e outras necessidades do município em relação ao procedimento; encaminhamentos para unidades de referência quando necessário e funcionamento nas unidades de referência para a Laqueadura Tubária. A população de estudo abrangeu 30 gestores. Os participantes foram entrevistados e os relatos obtidos foram agrupados em temas segundo a Análise de Conteúdo como proposta por Bardin [4], apoiada nas etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Houve a perda de 1 gestor por

indisponibilidade do mesmo em responder às questões deste estudo após 5 tentativas em dias em horários diferentes marcados para a coleta dos dados.

## Resultados e discussão

Os resultados reúnem dados quantitativos do perfil dos gestores, seguido de categorias extraídas por meio da análise de conteúdo das entrevistas com eles.

Predominou no perfil dos gestores municipais de saúde das duas microrregiões estudadas, aqueles com mais de 5 anos de experiência na área de gestão e mais de 40 anos de idade, com formação na área da saúde ou correlata, o tempo de experiência na gestão somou o tempo no município onde estava atuando no momento da coleta, bem como experiências anteriores na gestão em saúde.

**Tabela I** - Formação do gestor de saúde nas microrregiões de saúde de Bauru e Botucatu, Botucatu, 2016

F formação	N	%
Enfermeiro	8	26,67
Ensino médio	5	16,67
Farmacêutico	3	10,00
Fisioterapeuta	3	10,00
Médico	2	6,67
Administrador	1	3,33
Assistente social	2	6,67
Biomédico	1	3,33
Contabilista	1	3,33
Dentista	1	3,33
Engenheiro mecânico	1	3,33
Historiador	1	3,33
Psicólogo	1	3,33
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Autora

Depreende-se da tabela I que 30% dos gestores não possuem formação específica na área da saúde. Considerando a complexidade e desafios que se apresentam hoje na gestão em saúde, este percentual, apesar de não representar maioria, apresenta-se alto, uma vez que é desejável, embora não mandatário, que o gestor em saúde tenha formação na área da saúde.

**Tabela II** – Tempo de experiência relatado pelo gestor, segundo faixa etária, nas microrregiões de saúde de Bauru e Botucatu, Botucatu, 2016

Faixa etária	Menos de 6 meses	6 meses a 1 ano	1 a 2 anos	2 a 5 anos	5 a 10 anos	Mais de 10 anos
20 a 29 anos		2	1			
30 a 39 anos	4		1	2	2	
40 a 49 anos			2	1	4	3
Mais de 50 anos			2		1	5

Fonte: Autora

A grande maioria dos gestores possui um ano ou mais de experiência na gestão e chama atenção a presença de um significativo grupo com experiência superior a cinco anos na gestão (50%), e apenas 20% deles apresentava menos de um ano de experiência.

Deste modo, como complementaremos a seguir por meio dos dados qualitativos, apesar da experiência, que se configura elemento importante, esta, por si só, não garante uma adequada articulação para o adequado funcionamento das RAS.

A análise de conteúdo revelou três temas que emergiram dos registros: 1. Dificuldade para formar/manter as equipes de PF; 2. (Des) Organização nos processos regionalizados e descentralizados e 3. Não existe contrarreferência das mulheres encaminhadas.

Quando oportuno, ilustraremos os temas com recortes das falas dos gestores que foram representadas pela letra G e um número de ordem de acordo com a sua entrevista dentre o número total de entrevistados.

#### *Dificuldade para formar/manter as Equipes de PF*

*“É muito difícil a gente conseguir manter médico aqui. A cidade é muito pequena, o comércio é fraco, eles não conseguem manter consultório. E muitas vezes a população busca médico na cidade vizinha, que é maior.”*  
(G13)

Presente nas falas de gestores de saúde e coordenadores de PF das menores cidades, esta fala remete à dificuldade em se contratar e principalmente manter uma equipe médica e de se referenciar ou contrarreferenciar usuárias do sistema.

Os agravantes mais relacionados são referentes à dificuldade econômica dos municípios por serem cidades pequenas, sem condições de manutenção para consultórios médicos, e pela busca dos munícipes destas cidades de médicos “tradicionais” em cidades vizinhas e maiores. Ainda, devido ao número pequeno de habitantes, a exigência pela carga de trabalho médica é baixa, e em alguns municípios o atendimento em ginecologia/obstetrícia é realizado uma vez na semana.

Na fala dos gestores/coordenadores foi possível perceber que as consequências deste fato recaem sobre a rotatividade da equipe médica, que não se fixa nas cidades.

Sobre a questão da rotatividade da equipe e seus achados, a ausência do médico se mostra como o principal agravante, tendo como condicionante a precarização das relações de trabalho [5-8]. Os achados dos autores com situações similares ilustram a situação relatada nas falas acima, quando se tem preferência por serviços de saúde

maiores (e conseqüentemente mais estáveis), em detrimento da manutenção das equipes em cidades menores, onde as próprias condições econômicas e de mercado impossibilitam a manutenção de atividades complementares de renda.

Um grande desafio para a gestão em saúde atual é lidar com a mercantilização da saúde [9], e que uma possível estratégia recaia sobre o protagonismo dos gestores municipais no processo de consolidação do SUS e na necessidade de fortalecer as uniões e representações intermunicipais para se atingir a integralidade da atenção em saúde. No entanto, para a formação das redes temáticas em saúde (como é o caso da RAS deste estudo), devem existir condições que caracterizam como “materiais e simbólicas” para apoiar o funcionamento da estrutura chave para o atendimento integral em saúde – as unidades básicas, que podem ser ainda o elemento chave nos processos regulatórios em saúde [10].

#### *(Des)Organização nos processos regionalizados e descentralizados*

*“A gente não tem equipe de planejamento familiar formada. Então não adianta a gente ter as ações. Tudo demora muito porque o encaminhamento é feito via DRS.” (G12)*

Nas cidades onde não há equipe de PF formalmente cadastrada, todos os encaminhamentos são feitos via central de regulação médica atrelada ao Departamento Regional de Saúde (DRS) ou encaminhamento ao Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia de um Hospital Escola da região. Como já citado, estes casos dependem de unidades que ‘aceitem o caso’ e iniciem o atendimento da mulher. Nas duas regiões, 4 cidades relataram estar na dependência de autorização e vaga de procedimentos via DRS, e somente 1 município relatou ter meta pactuada para a realização de LT.

Em uma das regiões, 11 municípios referenciam as mulheres diretamente para o Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital escola. Leve-se em conta que o hospital de referência é escola e especializado, e que a demanda por procedimentos de urgência/emergência sobrepuja a demanda por procedimentos eletivos, como a LT. A consequência recai sob a formação de uma grande lista com elevado tempo de espera para a realização da LT.

A falta de conhecimento sobre a demanda do município e a descentralização das ações do PF também interferem diretamente sobre o resultado do processo de solicitação das LT. O registro médico realizado somente em prontuários tende a causar significativa perda de dados, pois os encaminhamentos nem sempre dependem exclusivamente do profissional médico, e a solicitação pode acabar sendo ‘esquecida’

dentro do prontuário das pacientes até sua próxima consulta na unidade de saúde, ou até que alguém “descubra” que a mulher deseja se submeter à LT, como se observa na fala abaixo:

*“A gente tem só as ações de planejamento familiar. Cada mulher que procura esse tipo de informação o médico registra só no prontuário dela. Se ele não me fala, eu não sei que a mulher quer laqueadura e não tenho como encaminhar.” (G21)*

Além disso, essa ausência de registro unificado ou centralizado inviabiliza o conhecimento da demanda real do município, e sem conhecer a demanda não existe adequada pactuação de metas. Se não existe equipe formal de PF, também não existe hospital de referência e o processo todo é solicitado via DRS. Assim, a cadeia de gestão se interrompe novamente na Estrutura e impede a continuidade da assistência de forma integral de acordo com os preceitos do SUS.

Não há um modo único capaz de decifrar e operar gestão da saúde coletiva, o que torna esta tarefa desafiadora, dependente da vivência dos sujeitos envolvidos e das metas que se queira alcançar, pois nem sempre há convergência de metas e resultados esperados dentro do espaço macro (ou regional). A regionalização ainda se mostra como uma importante ferramenta para induzir as mudanças políticas e de planejamento no SUS, fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e aumentando a eficácia do Estado para a garantia do acesso integral à saúde. No entanto, existe uma divergência político-teórica nacional e internacional entre a regionalização e a formação das RAS, sendo necessário uma redefinição de valores para que se consiga melhorar a eficiência do sistema [11-16].

#### *Não existe contrarreferência das mulheres encaminhadas*

*“É muito difícil a gente saber se a mulher vai conseguir ou não fazer a laqueadura porque não tem nenhum tipo de retorno de lá. Eu só consigo esse tipo de retorno se eu mandar meu agente de saúde atrás da mulher. Aqui isso funciona porque a cidade é pequena. Nem sei como eles fazem nas maiores.” (G25)*

O funcionamento inadequado do sistema de referência e contrarreferência coloca mais entraves ao sistema a partir do momento em que não se sabe o resultado da atenção em relação à solicitação do procedimento. Independentemente do nível de atenção, o sistema de referência e contrarreferência é um dos elementos chave para a



adequada gestão de processos no SUS, e a descontinuidade neste processo interfere na integralidade da assistência em saúde.

Este relato, presente nas entrevistas realizadas com os gestores e coordenadores nos municípios que contam somente com as ações em PF, demonstra a fragilidade do sistema relativa ao trânsito das informações dos usuários.

O mesmo problema foi relatado em outros estudos, nos quais se cita que a articulação das redes apresenta falhas no sistema de contrarreferência e, portanto, não possibilita o atendimento dos indivíduos como preconizado pela atual legislação em saúde, sendo evidente a fragmentação do sistema [11,13,15,16]. Ainda, muitas vezes o profissional médico, ao priorizar o cuidado em saúde como sendo aquele em que atende o cliente dentro de suas necessidades, qualifica a contrarreferência como mera burocracia, contribuindo para o aumento das lacunas no sistema e dificultando a formação das redes de atenção [3].

## Conclusão

A composição da RAS na região apresenta elos extremamente frágeis, apesar de todos os esforços para a construção de um sistema de saúde integrado e eficiente. Percebem-se falhas que remetem principalmente ao capital humano envolvido no sistema, e que recai sobre a falta de envolvimento com os processos básicos e gestão do cuidado para a efetivação das ações e programas de PF.

O plano recente de expansão da atenção médica no Brasil (Programa Mais Médicos, COAPES) e de adequação da atenção especializada (Rede Cegonha), apesar de motivar a mobilização do profissional médico para as cidades menores e favorecer a construção de RAS mais eficazes, não só (mas especialmente) em Saúde de Mulher, ainda não conseguiram atingir os objetivos que dependem, em sua maioria, do comprometimento das pessoas envolvidas e envolve, possivelmente, articulação política e diferentes aspectos da gestão relacionados à formação das RAS. Essa dificuldade, que se expressa sob os aspectos de formação e consolidação das RAS, necessita de estratégias que viabilizem as melhorias das condições de integração e regionalização, principalmente entre os municípios de pequeno porte, onde a estrutura municipal não permite a alocação do profissional médico em atividades secundárias e, portanto, são considerados menos atrativos do ponto de vista econômico. Percebe-se que se faz necessária maior integração entre os gestores de saúde, que são os atores capazes de interagir com maior governabilidade nos processos de formação das RAS regionalizadas, e que poderiam suprir esta demanda ao articular os serviços.

Este estudo apresenta as seguintes limitações: não abranger as interferências políticas, que podem exercer forte influência na formação das RAS, e compreender apenas duas regiões de saúde do Estado de São Paulo. Os resultados obtidos, no entanto, retratam a dificuldade em formação das RAS passíveis de similaridade com outras regiões do país. Coloca-se como ponto importante para exploração por outros estudos futuros a influência das modificações das estruturas políticas na formação das RAS.

#### Agradecimentos

À CAPES pela Bolsa de Doutorado CAPS-DS e pela Bolsa Sanduíche no Exterior (Processo 99999.007336/2014-04), e a todos os envolvidos nesta pesquisa.

#### Referências

1. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017;22(4):1281-9. doi: 10.1590/1413-81232017224.26392016
2. Osis MJMD. Estudo comparativo sobre as consequências da laqueadura na vida das mulheres [Internet]. Relatório Técnico Final. Campinas: CEMICAMP, 1998. [cited 2021 Jun 6]. Available from: <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/emmz6apuhwwykbibamt7ylm6e65bkg4wx4adua24hv2i537zfxrl35s3zfvsvbwmcmlnez4svgudl/brazil2f.pdf>
3. Juliani C, MacPhee M, Spiri W. Brazilian specialists' perspectives on the patient referral process. *Healthcare* 2017;5(1):1-12. doi: 10.3390/healthcare5010004
4. Bardin L. *Análise do conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2015.
5. Tonelli B, Leal AP, Tonelli W, Veloso DC, Gonçalves D, Tonelli S. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *RFO* 2018;23(2). doi: 10.5335/rfo.v23i2.8314
6. Lourenço MB, Silva KS, Barbosa FLS. The turnover of health professionals in the Family Health Strategy in the City of Rio Grande do Piauí/PI. *RSD* 2021;10(5):e30310514744. doi: 10.33448/rsd-v10i5.14744
7. Lopes ESJ, Araújo TM, Machado CJ. Indicadores de precarização do trabalho nas equipes de saúde da família. In: Barbosa FC. *Cuidados com a saúde: princípios fundamentais*. Piracanjuba, GO: Conhecimento Livre; 2020. p.74-95. doi: 10.3423/200500925
8. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALAS, Santos Neto, PM. A ampliação das equipes de saúde da família e o programa mais médicos nos municípios brasileiros. *Trab Educ Saúde* 2017;15(1). doi: 10.1590/1981-7746-sol00051
9. Silva BFS, Benito GAV. A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. *Cienc Saude Coletiva* 2013;18(8):2189-200. doi: 10.1590/S1413-81232013000800003

10. Cecílio LCO, Andreazza R, Carapineiro G, Araujo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. A atenção básica à saúde e a construção de redes temáticas em saúde: qual pode ser o seu papel? *Cienc Saude Coletiva* [Internet] 2012 [cited 2021 Nov 3;17(11):2893-902. Available from: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-atencao-basica-a-saude-e-a-construcao-das-redes-tematicas-de-saude-qual-pode-ser-o-seu-papel/11038?id=11038>
11. Albuquerque AC, Cesse EAP, Samico IC, Felisberto E, Frias PG, Silva GC. Desafios para regionalização da Vigilância em Saúde na percepção de gestores de regiões de saúde no Brasil. *Saúde Debate* 2021;45(128). doi: 10.1590/0103-1104202112802
12. Pereira VON, Shimizu HE, Ramos MC, Fagg CW. Regionalização em saúde em Minas Gerais: uma análise da percepção dos representantes de Comissões Intergestores Regionais. *Physis* 2020;30(01). doi: 10.1590/S0103-73312020300117
13. Souza GJ, Gomes C, Zanetti VR. Descentralização, território e regionalização dos serviços de saúde: análise contextual dos municípios de Guaratinguetá e Aparecida na Rede Regional De Atenção à Saúde – 17 (RRAS-17) do Estado de São Paulo. *Desenvolvimento em Questão* 2021;19(54):298-320. doi: 10.21527/2237-6453.2021.54.298-320
14. Shimizu HE, Ramos MC, Carvalho ALB. Os desafios da regionalização em saúde no Tocantins, Brasil. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde* 2020;9(3):517-34. doi: 10.5585/rgss.v9i3.15945
15. Santos AM, Santos FRF, Paiva JAC. Processo de regionalização na Bahia, Brasil: desafios para inovação organizacional. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2020. doi: 10.11144/Javeriana.rgps19.prbb
16. Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Ciênc Saúde Colet* 2017;22(4). doi: 10.1590/1413-81232017224.30252016