CAPÍTULO 3

OS DESAFIOS DA REGULAÇÃO PARA A GESTÃO ESTADUAL DO SUS

René Santos[1]
Fernando Cupertino[2]

1. Conass. CV disponível em: http://lattes.cnpq.br/5726107666513342

2. Prof. Dr. da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás (UFG) / Conass. CV disponível em: http://lattes.cnpq.br/4821446904229513

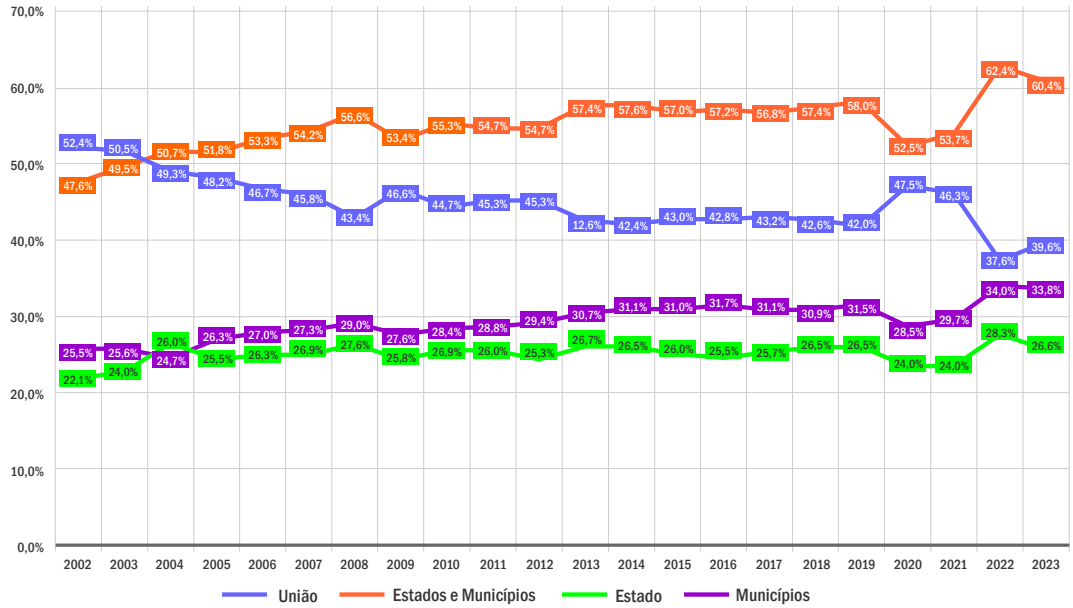
1. INTRODUÇÃO

Como destacam Barros e Amaral[1], a regulação, entendida como ação social, abrange ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação de determinado sujeito social sobre a produção de bens e serviços em saúde, sendo o Estado um de seus sujeitos, além de outros sujeitos sociais não estatais, tais como segmentos capitalistas presentes no setor (planos e seguros de saúde), corporações profissionais, usuários organizados (conselhos de saúde por exemplo), entre outros.

A Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu art. 196, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A partir de então, a gestão do SUS vem sendo implementada nas três esferas de governo, por meio de várias normativas, visando à sua estruturação e organização. Para além das Leis nº 8.080/1990 e nº 8142/1990[2,3], seguiram-se normativas infralegais, chamadas de NOB e Noas, entre os anos de 1993 e 2002[4-7].

O processo de descentralização e regionalização transferiu aos estados e municípios deveres e responsabilidades na atenção à saúde que anteriormente eram do governo federal. Com a descentralização progressiva, e insuficiente, dos recursos financeiros federais para estados e municípios, que passaram a assumir a gestão dos serviços de saúde, atualmente, toda a rede de prestação de serviços do SUS está sob a responsabilidade dos entes subnacionais, sendo que a participação do Ministério da Saúde nesse processo resume-se, em grande, parte ao apoio técnico e ao repasse dos recursos financeiros para o custeio das ações assistenciais. É importante destacar, entretanto, que, cada vez mais, aumenta a participação de estados e municípios no financiamento do SUS, conforme pode ser constatado na figura 1. Nesse cenário, a gestão e, notadamente, a regulação dos prestadores de serviços de saúde compreendem a definição das necessidades de ações e serviços para atender a população; o estabelecimento dos parâmetros de cobertura assistencial e de qualidade na atenção; a contratação, o monitoramento; a avaliação; a aferição do nível de satisfação dos usuários e, ainda, o pagamento aos prestadores de serviços.

Figura 1. Dimensionamento do gasto público em ações e serviços públicos em saúde, de 2002 a 2023.



Fonte: Siops/Desid/MS, elaboração pelo Conass.

Em 2006, a Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro, definiu o Pacto pela Saúde, constituído pelo Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. Nesse processo, os municípios e estados assinaram a adesão ao Pacto pela Saúde por meio do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) previsto nesse novo ordenamento, que definiu a responsabilidade da gestão de ações e serviços de saúde conforme pactuação entre os entes. Essa portaria estabeleceu diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação Social e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde[8].

Para a Regulação, definiu os seguintes conceitos[8]:

> Regulação da Atenção à Saúde – tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.
>
> Contratação – o conjunto de atos que envolvem desde a habilitação dos serviços/prestadores até a formalização do contrato na sua forma jurídica.
>
> Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial – conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.

> Complexos Reguladores – uma das estratégias de Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macrorregional.

No Pacto pela Saúde, surge pela primeira vez o conceito de Regulação da Atenção à Saúde, diferenciando-se da Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial. Na Regulação da Atenção à Saúde, a contratualização ou contratação de serviços de saúde ganha destaque com o controle, a avaliação e a auditoria. Na Regulação do Acesso à Assistência, a Portaria GM/MS nº 399/2006 retoma o que foi proposto pela Noas 2002, de implantação de complexos reguladores, constituídos de centrais de marcação de consultas e exames, de internação e de atenção pré-hospitalar. Essa mesma portaria estabeleceu que a Regulação do Acesso é parte integrante da Regulação da Atenção à Saúde e que deve contemplar as ações de controle, avaliação e auditoria, assim como de outras áreas da gestão[9].

Em 2007, a Portaria GM/MS nº 1.571, de 29 de junho, estabelece incentivo financeiro para implantação ou implementação de complexos reguladores[10].

Em 2008, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS, por meio da Portaria GM/MS nº 1.559, organizada em três dimensões[11]:

> I – Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas.

> II – Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS.

> III – Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A PNR amplia o conceito de regulação e institui a regulação de sistemas de saúde, que não constava da portaria que instituiu o Pacto pela Saúde. A regulação de sistemas define macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde, por meio dos gestores do SUS, para as três esferas de governo. A Regulação da Atenção à Saúde tem como enfoque principal a produção de serviços de saúde, sendo que, dessa forma, está dirigida aos prestadores de serviços públicos e privados.

A regulação do acesso, ou regulação assistencial, está contida na Regulação da Atenção à Saúde, e está voltada para a organização e o gerenciamento de complexos reguladores constituídos pelas centrais de marcação de consultas e exames, centrais de leitos e gerenciamento do atendimento pré-hospitalar[11].

No atual cenário do SUS, a Regulação da Atenção à Saúde está marcada por diferentes arranjos institucionais e diversas práticas de regulação herdadas de uma concepção restrita de regulação, desde a sua formação nos moldes do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps (controle, avaliação e auditoria) até a implantação de complexos reguladores que nasceram com forte incentivo financeiro no SUS e que, dessa forma, materializaram as ações de regulação do acesso à assistência, que é a fração da regulação que mais se desenvolveu dentro do SUS[10,11].

Há um hiato na organização interna das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) no que diz respeito ao exercício da Regulação da Atenção à Saúde, induzido pelos incentivos financeiros federais que fizeram com que a regulação do acesso à assistência tenha mais destaque e seja a dimensão hegemônica da regulação no SUS nesse momento.

Diante desse cenário, impõe-se um debate sobre os desafios da regulação para a gestão estadual do SUS, partindo de uma visão ampliada que contemple sua ressignificação à luz da organização das RAS, com enfoque no papel da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS.

Nesse debate, algumas perguntas precisam ser respondidas[12]:

- Como organizar a Regulação da Atenção à Saúde nas SES?
- A atual regulação de acesso é adequada para as condições agudas e para as condições crônicas?
- Como deveria ser a regulação do acesso do usuário que tem seu risco estratificado na atenção primária e que precisa de uma consulta e/ou exame especializados?
- Qual deveria ser o papel da regulação do acesso na APS?
- Como deveria ser a regulação do acesso tendo em vista a organização da RAS?
- Como preparar as equipes de APS e de Atenção Ambulatorial Especializada (AEE) para desenvolverem funções de regulação do acesso em seu processo de trabalho?

Este artigo procura identificar os desafios e as possíveis estratégias com vistas à implantação da Regulação da Atenção à Saúde nas SES, com base na Portaria GM/MS nº 4.279/2010, que definiu as diretrizes para a organização das RAS[13].

2. DESENVOLVIMENTO

O SUS enfrenta grandes desafios para se consolidar e, principalmente, para ser efetivo quanto aos seus princípios constitucionais. Afinal, garantir a universalidade e a integralidade da assistência em um país de proporções continentais como o Brasil e com uma população de mais de 200 milhões de habitantes exige respostas estratégicas em relação ao modelo de atenção à saúde, ao modelo de gestão e ao modelo de financiamento.

No caso do modelo de atenção à saúde, é preciso desenvolver um planejamento estratégico que tenha como visão de futuro a organização das RAS, com ênfase no papel da APS. Isso significa que as unidades básicas de saúde deverão ser capazes de ter resolutividade na assistência à saúde mediante acesso da população, com garantia de qualidade dos cuidados primários à saúde a ela prestados.

Para melhor compreender esse processo, é preciso que se tenha em mente a percepção e a importância do que se espera da organização de uma RAS e o papel de cada ponto de atenção.

Pensar na APS na perspectiva de RAS e como estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde requer três funções essenciais: a capacidade de ser resolutiva, ou seja, atender e resolver cerca de 85% dos problemas mais comuns de saúde; ser ordenadora, isto é, coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas RAS; e, por fim, ter responsabilização pela saúde da população usuária adscrita às equipes de cuidados primários[14].

O ponto de partida da Regulação da Atenção à Saúde deve ser a modelagem da rede, com a configuração de todos os seus pontos de atenção, unidades básicas de saúde, unidades ambulatoriais especializadas e hospitais, com base em um modelo de atenção que passa a ser orientador para a regulação e a contratualização dos cuidados de saúde.

A Regulação da Atenção à Saúde, exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, deve garantir a adequada prestação de serviços à população; e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde. Está, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, tendo como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência, também denominada de Regulação Assistencial, e executando ações de

contratação, monitoramento, avaliação e auditoria no âmbito do SUS.

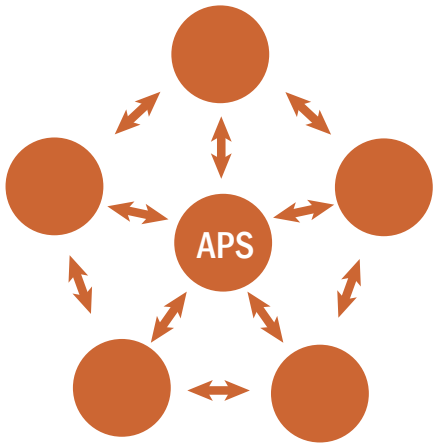
Dentro do contexto da Regulação da Atenção à Saúde, a ação de contratação de serviços reveste-se de função estratégica, pois representa a formalização dos compromissos que devem expressar a vontade do gestor quando da construção de seu planejamento, visando atender às necessidades de saúde da população.

Para estruturar as Regulação da Atenção à Saúde nas SES, algumas premissas devem ser observadas: a) promover a ressignificação e a institucionalização da Regulação da Atenção na perspectiva da RAS e de seus processos nas SES; b) pensar na Regulação com enfoque na organização e na modelagem da RAS; c) valorizar a eficiência e o processo contínuo de monitoramento e avaliação dos resultados sanitários; d) aprimorar a governança das SES, promovendo uma sinergia entre as áreas de regulação, organização das RAS, planejamento, orçamento, administrativa e jurídica; e) rever o atual processo de trabalho e organização (organograma) das SES, de forma a aprimorar a articulação entre as três dimensões previstas na PNR do SUS[11].

Um grande desafio é pensar em um processo de regulação assistencial que envolva a APS. Para Mendes[15], a regulação assistencial dos eventos agudos tem no seu centro os complexos reguladores; já a regulação assistencial das condições crônicas não agudizadas tem no seu centro a APS.

O ato decisório de enviar uma pessoa usuária a um serviço de atenção secundária ou terciária, nas situações de condições crônicas não agudizadas, na perspectiva das RAS, é de competência da APS (figura 2). Isso decorre do fato de que é na APS que as pessoas usuárias devem estar vinculadas, estratificadas por risco, e devem ter acesso ao atendimento em outros pontos de atenção ou de apoio diagnóstico e terapêutico[15].

Figura 2. A regulação assistencial nas redes de atenção às condições crônicas não agudizadas



Fonte: segundo Mendes[15].

A APS, no exercício desse papel regulatório das condições crônicas não agudizadas, pode utilizar a infovia das centrais de regulação, mas o ato regulatório cabe à equipe de cuidados primários[15].

Introduzir ações reguladoras em um sistema de saúde requer um diagnóstico apurado da situação de uma série de processos e fluxos que estão necessariamente ligados à assistência e às ações de controle e avaliação. Deve-se conhecer a estrutura do processo assistencial na atenção primária, buscando apurar o conhecimento sobre o perfil epidemiológico da população, fator decisivo na definição de prioridades para as ações reguladoras. Além disso, levantar e mapear a população que esse sistema de saúde pretende atingir, seus fluxos, a abrangência da ESF e a situação cadastral dessa população. É necessário, ainda, identificar as dificuldades da APS e suas principais necessidades e demandas. A regulação precisa fazer gestão da demanda para além da gestão da oferta, no sentido de promover acesso e cuidado[16]. A Regulação do Acesso nas unidades de saúde da APS passa pela forma como os processos de trabalho de acolhimento e de matriciamento estão organizados[16].

Para que novas funções de regulação do acesso sejam incorporadas ao processo de trabalho das equipes de atenção primária e de atenção especializada, será necessária uma ação constante de educação permanente e capacitação. Essa premissa de uma atenção primária resolutiva e da implantação de processos de trabalho, na AAE e Atenção Hospitalar (AH), constitui o cerne de uma nova proposta de contratualização, pois indica que, para estabelecer os contratos com os prestadores de serviços, os gestores devem ter claro o que querem comprar de serviços, bem como ter definido o papel assistencial na RAS daquela unidade a ser contratualizada.

Os novos modelos de contrato a serem estabelecidos nos diversos pontos de atenção (APS, AAE e AH) devem contemplar o seu envolvimento com a RAS e observar premissas, tais como:

- a contratualização deve estar fundamentada no Plano de Saúde e no Planejamento Regional Integrado (PRI);
- a contratualização deve assegurar a produção de serviços de saúde condizentes com as necessidades de saúde da região;
- deve ser definido o arcabouço financeiro no qual todas as políticas de contratação devem se basear. O mecanismo para alocar recursos financeiros (alocação de recursos) deve permitir a transição de um modelo retrospectivo (orçamento baseado no histórico) para um modelo de alocação de recursos prospectivo, que permita incentivos ou comportamentos desejados, visando a resultados sanitários;
- deve haver um compromisso de todos os atores envolvidos do sistema de saúde para poder implementar as mudanças que são propostas, incluindo incentivos para melhorar a gestão;

- deve haver articulação entre as diversas áreas da SES e participação delas no processo de contratualização;
- a contratualização de serviços de saúde no SUS deve abranger todos os serviços, sejam públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, observando as suas especificidades, a partir de um padrão homogêneo de contratação.

No que diz respeito à identificação de propostas, um conjunto de estratégias pode ser elaborado para melhorar a regulação e a contratualização dos cuidados de saúde no SUS. Para aplicá-las, o primeiro passo é reconhecer que o sistema deve regular e contratualizar o cuidado, e não necessariamente apenas a produção de procedimentos ambulatoriais e hospitalares.

Para responder aos desafios impostos às SES na área da Regulação da Atenção à Saúde, algumas estratégias podem ser implementadas:

1. ajustes organizacionais internos nas SES responsáveis pela regulação dos serviços;
2. estabelecimento de uma nova cultura institucional que amplie a transversalidade entre as áreas de regulação e de políticas e organização de redes, por meio de arranjo produtivo interno que envolva toda a estrutura da SES;
3. ampliação do escopo da regulação e contratualização, expandindo essas ações tanto para unidades próprias quanto para serviços contratados de prestadores privados e filantrópicos;
4. vinculação de Regulação da Atenção à Saúde e dos conteúdos dos contratos às necessidades observadas quando do planejamento e da modelagem das RAS, principalmente com a utilização de metas e indicadores associados às especificidades das linhas assistenciais;
5. promoção de mudanças nas formas de remuneração dos serviços utilizando referenciais, tais como Centros de Custos, Grupo de Diagnósticos Relacionados (DRG), o perfil assistencial de cada unidade contratada e os incentivos, principalmente para atender às prioridades assistenciais;
6. fortalecimento, dentro da estrutura organizacional das secretarias de saúde, da área de regulação, com base nas dimensões previstas na PNR: a) Regulação da Atenção à Saúde; b) Regulação Assistencial; c) Regulação do Acesso.
7. promoção da governança das RAS por meio de Comitês Executivos de Governança das Redes, ligados às Comissões Intergestores Bipartite (CIB), com participação ampla, inclusive de prestadores de serviços, para executar de forma permanente o monitoramento das ações e serviços no território macrorregional.

Algumas questões precisam ser pensadas no curto prazo, visando à construção de uma nova visão da Regulação da Atenção à Saúde e da forma de contratualização. Entre elas, promover ajustes na PNR e implementar a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde, sem a qual permanecerá um hiato assistencial para a completa organização das RAS.

A Portaria GM/ MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023, instituiu a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde no âmbito do SUS[17] e traz pontos importantes que se relacionam com a contratualização e o financiamento desses serviços:

- a substituição gradativa da forma de financiamento, alterando o modelo de pagamento por procedimento para a remuneração em modelo fundado no cuidado integrado e integral, na contratualização de metas qualitativas e quantitativas, considerando os recursos aplicados pelas três esferas de governo, as especificidades regionais, as pactuações nos espaços de gestão interfederativa do SUS e assegurando a transparência e eficiência na aplicação dos recursos;
- a disposição territorial, o escopo, a escala, o papel e a gestão dos serviços de atenção especializada na RAS deverão ser resultado de planejamento ascendente e participativo, que considere os processos de pactuação e contratualização.
- as ações, os serviços e os procedimentos de saúde na atenção especializada devem ser: I – planejados e programados a partir das necessidades de saúde de uma determinada população; II – regularmente contratualizados e executados; e III – permanentemente monitorados e avaliados.
- a promoção da substituição gradativa de um modelo de pagamento por procedimento para a remuneração centrada no cuidado integral do usuário, por meio da implementação de linhas de cuidado e pela identificação de grupos de Ofertas de Cuidados Integrados (OCI) necessárias à atenção de determinadas necessidades e usuários;
- o fortalecimento da contratualização de serviços com previsão de metas e resultados qualitativos e quantitativos, e remuneração por desempenho e alcance de resultados.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trata-se de um tema bastante complexo, que apresenta desafios importantes, sobretudo os que se referem à colocação em prática de tudo o que os diferentes documentos normativos dispõem sobre o assunto. Sua característica multifacetada impõe análises e métodos que possibilitem uma melhor compreensão de sua amplitude, de modo a responder às necessidades de saúde da população, o que exige um esforço conjunto e cooperativo entre as três esferas de governo do SUS.

Dentre as dificuldades encontradas, merecem destaque aquelas apontadas por Feliciello e Vilalba[18] e que se referem ao fato de que a regulação em saúde, no Brasil, tem sido organizada de forma pulverizada, com um conjunto de organismos e instituições que se ocupam de partes, e não do seu todo. Além disso, muitas vezes possuem uma componente mais voltada às relações econômicas e de mercado, sem levar devidamente em conta as políticas setoriais, as formas de financiamento e a organização dos serviços de saúde, bem como a disponibilidade e a organização de recursos humanos; o desenvolvimento tecnológico; a inovação e a garantia de acesso aos serviços.

De toda forma, é importante destacar, por exemplo, que a ação regulatória assistencial deve originar-se, obrigatoriamente, da análise e da racionalização da demanda, seguida pela racionalização da oferta para, ao final, chegar à análise e à racionalização da logística necessária, como bem prescreve Mendes[14].

O Brasil, com suas desigualdades nos planos social e econômico, ademais de sua diversidade cultural e dimensões continentais, também se defronta com fatores e pressões que impedem um maior investimento público em saúde, o que se configura, ao fim e ao cabo, como empecilho para que a regulação alcance progressos de forma mais rápida e sustentável[1]. A regulação, no entender de Vilarins e cols[19], é capaz de promover equidade do acesso e de favorecer a integralidade da assistência à saúde de forma universal e ordenada, em observância aos preceitos do SUS. Dessa forma, "torna-se um instrumento de gestão pública imprescindível para garantir maior efetividade às ações desenvolvidas pelos sistemas de saúde."[19]

Referências

1. Barros FPC, Amaral TCL. Os desafios da regulação em saúde no Brasil. An Inst Hig Med Trop (Lisb). 2017;16(supl. 3):39-45. DOI: 10.25761/anaisihmt.42

2. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990 set 20.

3. Presidência da República (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1990 dez 31.

4. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. 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. Diário Oficial da União. 1993 maio 20.

5. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma OPERACIONAL básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96. Diário Oficial da União. 1996 nov 6.

6. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União. 1996 jan 27.

7. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União. 2022 fev 27.

8. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do ministro. 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. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, DF. 2006 fev 23 [citado 2024 set 4]. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

9. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Regulação em Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011).

10. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.571, de 29 de junho de 2007. Estabelece incentivo financeiro para implantação ou implementação de complexos reguladores. Diário Oficial da União. 2007 jun 30.

11. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. 2008 ago 2.

12. Delduche MG, Santos RJM, organizadores. Regulação e Contratualização de Serviços Hospitalares no SUS [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2022 [citado 2024 set 3]. (Conass Documenta; v. 41). Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/cd-41-regulacao-e-contratualizacao-de-servicos-hospitalares-no-sus/

13. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria 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. 2010 dez 31.

14. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde; 2015.

15. Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília, DF: Conass; 2019.

16. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 2017 ago 18.

17. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2023 out 18.

18. Feliciello D, Villalba JP, organizadores. Regulação em Saúde no SUS: Experiência de uma Região de Saúde – Região Metropolitana de Campinas em São Paulo. Campinas-SP: Unicamp/Neep/Agemcap; 2016.

19. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. Saúde Debate. 2012;36(95):640-7.