CAPÍTULO 5

REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS PARA A GARANTIA DO ACESSO E DA QUALIDADE

Ana Meira[1]
Cintia Oliveira[2]
Mariana Freire[3]
Deborah Melo[4]
Ana Stella Haddad[5]
Oswaldo Tanaka[6]
Marília Louvison[7]

1. Prof.ª Dr.ª do Departamento de Saúde Coletiva da FCMSCSP e Prof.ª Dr.ª da FSL. CV disponível em: http://lattes.cnpq.br/9450635053764704

2. Doutoranda em Saúde Pública da FSP/USP e Instituto de Saúde SES/SP. CV disponível em: http://lattes.cnpq.br/7208829930476629

3. Doutoranda em Saúde Pública do Departamento de Política, Gestão e Saúde – FSP/USP. CV disponível em: http://lattes.cnpq.br/4420127100862029

4. Mestranda em Saúde Pública do Departamento de Política, Gestão e Saúde – FSP/USP e Ministério da Saúde. CV disponível em http://lattes.cnpq.br/7023982927172957

5.Prof.ª Sênior da USP e Ministério da Saúde. CV disponível em: http://lattes.cnpq.br/5132173662388670

6. Prof. Sênior da FSP/USP. CV disponível em: http://lattes.cnpq.br/7688948402243193

7.Prof.ª Dr.ª do Departamento de Política, Gestão e Saúde – FSP/USP. CV disponível em: http://lattes.cnpq.br/4532645395293280

1. INTRODUÇÃO

Compreendida como um conceito polissêmico, a regulação pode ser vista como o ato de regulamentar e elaborar leis e normas, em diversas áreas, no sentido de garantir o bem público, considerando a provisão por serviços privados. Na saúde, agiu mais fortemente a partir das reformas dos sistemas de saúde, transições demográficas e epidemiológicas, aumento das necessidades de saúde dos indivíduos, maior participação privada na prestação de serviços públicos, múltiplas modalidades de contratos, tanto de serviços como de profissionais, além da pressão de inovações tecnológicas. Com todas essas demandas, os mecanismos de mercado foram introduzidos, trazendo consigo a regulação em seu ato de elaborar leis, regras e normas, elevando o seu papel de fiscalizar, controlar, avaliar e auditar. Diante disso, a regulação pode ser entendida como a influência do Estado em qualquer área ou setor da sociedade[1-4]. A regulação é um elemento constituinte e uma importante ferramenta para a operacionalização da gestão do sistema de saúde[5].

A PNR, instituída no Brasil em 2008[6], apresenta os três eixos da regulação (sobre sistemas, da atenção e do acesso), articulando as ações da regulação em saúde ao monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção dentro do SUS[7]. Na regulação em saúde, pressupôs-se a subordinação às regras, com o ato de regulamentar as ações e os serviços. Com isso, levanta-se a importância do controle, fiscalizando tudo aquilo que faz parte das instituições, tais como ações, serviços, processos, profissionais de saúde, para que possam seguir as normas e as regras, propondo ações de avaliação, possibilitando a observação do que ocorre a partir de parâmetros preestabelecidos, capazes de serem utilizados como meio de fiscalização e controle, com o intuito de aperfeiçoar o desempenho do sistema de saúde.

A PNR fortalece o papel da Anvisa (Lei nº 9.782/1999) e da ANS (Lei nº 9.961/2000), para além de avançar na regulação da atenção, que tem avançado com os processos de contratualização dos serviços, e na regulação do acesso, com grande importância dada para a organização das centrais reguladoras, ofertando exames, consultas, procedimentos e cirurgias, regulando oferta e demanda dos serviços de saúde.

Segundo Lomas e Contandriopoulos[8], os sistemas de saúde estão sujeitos a quatro formas de regulação: a regulação estatal, a autorregulação, a regulação social e a regulação mercadológica. A regulação estatal é vista como um modelo tecnocrático, interligada à função do Estado, em um sistema público de saúde, e que envolve um leque de funções regulatórias, entre elas: organização ética e normativa das políticas; análise de situação e de tendências de saúde; avaliação econômica dos serviços de saúde; normatização dos processos de trabalho e formas de contratação a partir do desenvol-

vimento de recursos humanos; auditoria dos sistemas e serviços de saúde; desenvolvimento científico e tecnológico; e avaliação de tecnologias em saúde[8,9].

Tudo isso se faz necessário para a prestação dos serviços e oferta da atenção à saúde, sendo que, diante de tantas mudanças nos serviços de saúde (informatização, novas doenças, transições demográfica e epidemiológica, modernização de insumos e equipamentos, crises sanitárias, entre outras), o uso de tecnologias tem sido cada vez mais incorporado e desempenha importante papel, pois, elas estão presentes em diversos campos da atenção em saúde (instalações e equipamentos; instalações e serviços aos usuários; rotinas, protocolos clínicos e diretrizes assistenciais aos profissionais de saúde; e, insumos, equipamentos, materiais e medicamentos utilizados)[10].

Na regulação dos serviços de saúde, inovações no processo de monitoramento da qualidade e acesso são fundamentais, o que se estabelece a partir de processos contratuais que indiquem a intencionalidade da gestão pública e reduzam os litígios e as disputas que possam resultar na descontinuidade do serviço, menor inserção no sistema de saúde e processos fragmentados de gestão. Para além da gestão dos contratos, inovações em gestão dos serviços têm se constituído em importantes arranjos tecnológicos de regulação, como a avaliação de tecnologias, os sistemas informatizados e a telessaúde.

A partir da compreensão de que essas novas tecnologias de saúde podem ser utilizadas nos serviços de saúde, aprimorando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças, além de ampliar as possibilidades de diagnóstico, tratamento, reabilitação e oferta de cuidados paliativos, precisamos aprofundar a discussão do papel do monitoramento e da avaliação na regulação e tentar trazer algum exemplo da incorporação de arranjos para a regulação, a partir desse desenho de novas tecnologias de gestão e novos arranjos regulatórios, que contribuem para o enfrentamento das necessidades de saúde, na busca de ampliação do acesso em sistema equânime e universal. Dessa forma, o objetivo deste capítulo é adentrar nesse cenário, fazendo-nos refletir sobre a amplitude dos caminhos da regulação dos serviços de saúde no Brasil.

2. REGULAÇÃO EM SAÚDE E O CAMPO DA AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS

Entre as principais funções regulatórias do SUS, estão a avaliação dos serviços de saúde, a avaliação econômica e a avaliação de tecnologias[9]. Na Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008[6], a qual instituiu a PNR do SUS, a conexão entre os campos da Avaliação e da Regulação em Saúde também ficam evidenciadas. Nela, a avaliação está colocada de forma explícita em duas de suas três dimensões: na Regulação dos

Sistemas de Saúde, a qual contempla ainda a ação de incorporação tecnológica, e na Regulação da atenção à saúde, em que se encontra a avaliação dos serviços de saúde.

A Avaliação de Tecnologias de Saúde (ATS) começou a se consolidar enquanto área na década de 1970, como uma estratégia para viabilizar a incorporação de novos produtos nos sistemas de saúde que estavam sendo fortalecidos após o final da Segunda Guerra Mundial. A prática avaliativa no campo da ATS possui como enfoque promover a segurança dos usuários das tecnologias incorporadas, bem como assegurar que elas sejam eficazes e efetivas.

A ATS, para a regulação do setor saúde, fornece evidências sobre eficácia, segurança e custo-benefício para a tomada de decisões. Ademais, promove a segurança e a qualidade dos serviços, monitora o uso adequado das tecnologias e busca garantir equidade e acesso[11].

Além disso, a ATS recomenda a participação social para as tomadas de decisões, incluindo usuários, sociedade civil e o Complexo Regulador, buscando promover uma abordagem mais abrangente e participativa na tomada de decisões relacionadas com regulação e cobertura de tecnologias de saúde, favorecendo a integralidade do cuidado em rede[12].

No Brasil, o campo da regulação de novas tecnologias tem avançado muito nos últimos anos. Como um dos principais marcos, temos a criação, em 2006, da Comissão de Incorporação de Tecnologias (Citec), no intuito de assessorar o Ministério da Saúde nos processos de incorporação tecnológica. A Citec permaneceu com essa função até 2011 quando, por meio da Lei nº 12.401, de 28 de abril[13], foi criada a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS (Conitec). A Conitec possui marcos regulatórios que visam definir "[...] fluxos, critérios e prazos para avaliação e incorporação das tecnologias, promovendo maior participação da sociedade [...]"[14]. Os pareceres da Conitec são produzidos também para a população geral e incluem a visão do paciente na tomada de decisão.

A interação entre a ATS e a regulação em saúde pode reduzir os prazos de registro e incorporação, o que, por sua vez, contribui para ampliar a equidade e o acesso aos serviços de saúde. As experiências na União Europeia (UE) e Canadá sugerem que uma abordagem integrada entre regulamentação e avaliação de tecnologias pode, por exemplo, melhorar a disponibilidade e o acesso a novas tecnologias pelos processos de *Early dialogue*, *Parallel advice*, entre outros[12]. A ATS contribui ainda para o campo da produção de evidências que colaboram para a construção de protocolos de regulação que permitam melhores fluxos e processos de priorização e gestão de filas pela regulação do acesso.

O SUS experimentou um grande avanço na incorporação de tecnologias nos últimos anos. Embora essa evolução fosse previsível devido aos próprios avanços tecnológicos e organizacionais da gestão de cuidado, a pandemia acelerou esse processo. Durante a pandemia da covid-19, os dispositivos de cuidado precisaram se adaptar à nova realidade, visto que emergiram novos arranjos de cuidado impulsionados pelas tecnologias em saúde. Essa inserção, embora fragmentada, manifestou-se por meio da utilização da capacidade de tecnologias, serviços e suporte técnico dos estados e municípios, em que se destacaram a telemedicina, os teleatendimentos, os agendamentos virtuais, os monitoramentos e as novas plataformas para o acompanhamento dos casos de covid-19.

3. A TELESSAÚDE COMO DISPOSITIVO DE REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E AMPLIAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE

A pandemia da covid-19 desafiou os sistemas de saúde em diferentes aspectos, sobretudo com relação às ações de continuidade do cuidado desenvolvidas com baixo risco de contaminação, apontando para a importância de mecanismos de telessaúde como alternativa de resposta à crise sanitária[15]. Ações de telemonitoramento, telerregulação, além de diversificadas formas de telemedicina, foram identificadas como arranjos tecnológicos inovadores que ampliaram o acesso de pacientes, incluindo portadores de doenças crônicas durante a emergência.

A introdução das práticas de telessaúde no Brasil, por sua vez, foi alavancada por meio do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde e redefinido e ampliado em 2011, pela Portaria nº 2.546, de 27 de outubro[16], com o objetivo de apoiar a consolidação das RAS, a partir da Atenção Básica, no âmbito do SUS. O programa enfatizava a implementação de ações de Teleconsultoria, Telediagnóstico, Segunda Opinião Formativa e Tele-educação, visando à ampliação do acesso mediante o uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), por exemplo, telefone e internet[17].

Os resultados iniciais do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes mostraram a importância da Segunda Opinião Formativa como ferramenta para aumentar a resolutividade dos casos na atenção básica e para a diminuição da sensação de isolamento entre os profissionais em atuação em áreas remotas do país[18]. Os desafios de conectividade e infraestrutura foram identificados desde as etapas iniciais de implantação. A Portaria nº 467, de 20 de março de 2020[19], estabeleceu, em caráter excepcional e temporário, condições para a realização de ações de telemedicina durante a pandemia da covid-19,

disciplinando aspectos da atividade médica realizada por meio de tecnologia, porém, deixando importantes lacunas, especialmente em relação à operacionalização das atividades no SUS, incluindo registros, unificação e segurança de dados, entre outros.

Antes da pandemia, fazíamos a telessaúde nas modalidades de teleconsultoria, teleinterconsulta, teletriagem e até laudos de telediagnóstico, mas não fazíamos a teleconsulta pela proibição do Conselho Federal de Medicina. Com essa lei, a teleconsulta médica foi autorizada. Antes dessa legislação, os conselhos profissionais da psicologia, fonoaudiologia e enfermagem já haviam autorizado a teleconsulta em suas respectivas profissões. Ao fim da pandemia, com a promulgação da Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022[20], a telessaúde (e não mais apenas a telemedicina) passou a ser autorizada/regulamentada em todas as suas modalidades, para todas as profissões da saúde em caráter definitivo.

Adicionalmente, especialistas apontaram para barreiras de acesso à telessaúde constituídas, em grande parte, pela exclusão digital, entre outros fatores socioculturais, que requerem endereçamento por parte de governantes e formuladores de política. O desafio da ampliação das ações de saúde digital exige a elaboração de mecanismos capazes de produzir acesso, minimizando desigualdades que perpassam todo o processo de produção do cuidado no SUS. Tais ações vêm sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Informação e Saúde Digital (Seidigi/MS), criada em 2023.

4. A INSERÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS NOS COMPLEXOS REGULADORES DO ACESSO

A pandemia exigiu uma urgência na alocação de vagas e na ocupação de leitos, que explicitou uma lacuna histórica no Sistema de Regulação (Sisreg) vigente no SUS, desafios na agilidade das respostas, na transparência, na capacidade instalada dos estados e municípios e outras particularidades que surgiram nesse período.

O Sisreg é o sistema de informatização dos Complexos Reguladores do SUS, sendo disponibilizado pelo DataSUS/Seidigi/MS (Departamento de Informática e Informação em Saúde) com o objetivo de apoiar os gestores estaduais e municipais no gerenciamento e na operação dos complexos de reguladores, buscando promover uma comunicação por toda a RAS. O Sisreg provou ser uma ferramenta importante para a informatização e integração entre a APS e a atenção especializada. Outrossim, a descentralização do Sisreg permitiu que as equipes da APS realizassem agendamentos diretamente nas unidades, identificassem vagas disponíveis e definissem prioridades de maneira mais eficiente[21].

Mesmo sendo um avanço no processo de regulação do acesso e agendamento com priorização de risco, existiram desafios apontados pelos gestores na implementação local do sistema. Além de uma fragilidade em refletir corretamente a oferta de vagas disponíveis e o local de residência da população, por exemplo, dificultando que os usuários fossem direcionados para serviços próximos à sua residência e impossibilitando o avanço de processos de regionalização; nem sempre as funcionalidades necessárias aos gestores locais foram sendo aprimoradas ao longo do tempo[22].

As limitações na integração de dados entre as Secretarias Municipais e Estaduais de forma rápida contribuíram para que a sua implantação se desse, em vários estados, de forma centralizada nas Secretarias Estaduais e, nos processos de descentralização, também se identificassem importantes dificuldades para operar o sistema[23]. É importante considerar que a dificuldade de implementação de sistemas informatizados de regulação se dá mais em função da falta de processos de trabalho de regulação do acesso estruturados do que, de fato, da insuficiência de respostas dos *softwares* existentes. O Sisreg foi recentemente substituído pelo e-SUS Regulação, que já nasceu interoperável com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).

Na pandemia, em todo o país, observou-se a introdução de novos *softwares* destinados à regulação de leitos hospitalares para a covid-19, de respostas rápidas e que permitiam melhor o gerenciamento de vagas do que utilizando os sistemas de regulação existentes. A adoção desses novos sistemas de gerenciamento de vagas evidenciou uma necessidade de expor a realidade encontrada pelos sistemas locais de saúde em tempo hábil. Em São Paulo, a Cross implementou o Censo Covid, que permitia o mapeamento de leitos disponíveis em todo o estado em tempo real, garantindo agilidade e monitoramento da demanda, oferta e acesso aos leitos hospitalares ao longo da pandemia.

Aqui podemos citar alguns exemplos dessas novas inserções tecnológicas na regulação no SUS, como a plataforma Regula RN, implantada pelo estado do Rio Grande do Norte em parceria com um instituto de ensino superior durante a pandemia da covid-19 – sistema que gerenciava as vagas de leitos para os usuários com covid-19 desde a solicitação do leito, o processo de transferência, internação e alta do usuário. O objetivo do Regula RN, além de gerenciar os leitos, era proporcionar acesso transparente à situação dos leitos de alta complexidade do SUS para órgãos de controle, imprensa e população. O interessante é que essa plataforma, mesmo após a pandemia, continuou em operação e expandiu suas funcionalidades para abarcar outras condições de saúde, incluindo exames de alta complexidade, cirurgias eletivas e internações. É fundamental que se possa avançar para processos de maior transparência dos tempos de espera para a realização de consultas, exames

e cirurgias no SUS. Para isso, será necessário melhorias tanto no processo de regulação do acesso quanto nos sistemas informatizados.

Nesse sentido, no período da pandemia, o estado do Ceará implementou um novo sistema de regulação assistencial para gerenciar de forma mais ágil os leitos hospitalares e inseriu uma funcionalidade que informa ao usuário sua posição na fila de procedimentos, exames e consultas. De forma semelhante, o estado do Rio de Janeiro lançou um painel de regulação público para apoiar os municípios no gerenciamento das vagas de procedimentos disponíveis, possibilitando que os usuários acompanhem sua posição na fila de espera na plataforma.

Essas iniciativas estão fortemente implicadas na busca por transparência para os órgãos de controle e a sociedade civil, na rapidez da informação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, além da abertura para que o usuário do SUS possa acompanhar sua situação no processo de regulação. Isso também demonstra os êxitos na inserção de tecnologias para qualificar os fluxos assistenciais dos complexos reguladores, destacando os caminhos adotados para a integração entre os níveis de atenção.

Agora, depara-se com novos desafios e demandas no contexto pós-pandemia, o que abre espaços para a qualificação das ferramentas tecnológicas existentes. Trata-se da necessidade de regionalizar o sistema, proporcionar transparência e assegurar o acesso às informações, assim como a classificação de risco e tempo de espera, a capacitação adequada dos profissionais de saúde e a disponibilização de recursos suficientes para que o sistema funcione de forma eficaz. Além disso, é fundamental que o usuário esteja ciente das etapas vivenciadas no seu itinerário de cuidado.

A incorporação de inovações tecnológicas no âmbito da gestão dos serviços de saúde nos processos regulatórios do SUS amplia a capacidade de garantir acesso e qualidade, com agilidade e continuidade do cuidado, enfrentando a fragmentação e as desigualdades territoriais do sistema de saúde

Referências

1. Figueiredo TA, Angulo-Tuesta A, Hartz, Z. Avaliabilidade da Política Nacional de Regulação no SUS: uma proposta preliminar. Physis. 2019;29(2):e290215. DOI: 10.1590/S0103-73312019290215

2. Schilling CM, Reis AT, Moraes JC, organizadores. A política regulação do Brasil [Internet]. Brasília; OPAS; 2006 [citado 2024 maio 24]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/st12.pdf

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

4. Figueiredo TA, Hartz Z. Avaliação de desempenho da regulação em saúde. An Inst Hig Med Trop. 2017;16(Supl. 3):S19-S28. DOI: 10.25761/anaisihmt.40

5. Magalhães Junior HM. O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas; 2006.

6. 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.

7. Albieri FAO, Cecilio LCO. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. Saúde Debate. 2015;39(spe):184-95. DOI: 10.5935/0103-1104.2015S005231

8. Lomas J, Contandriopoulos AP. La gobernanza de las redes integradas de salud (RISS): contextos, modelos y actores en América Latina. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2004.

9. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Fidelity Translations, tradução. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

11. Elias, F. T. S. (2013). A importância da Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde. Boletim Do Instituto De Saúde - BIS, 14(2), 143–150

12. Ramos, MC; et al. Interações entre regulação sanitária e Avaliação de Tecnologias em Saúde para cobertura em sistemas de saúde e a integralidade do cuidado, Saúde Soc. São Paulo, v. 32, supl. 1, e220925pt, 2023

13. Presidência da República (BR). Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. 2011 abr. 29.

14. Caetano R, Lopes LC, Santos GML, Osorio-de-Castro CGS. Incorporação e uso de medicamentos no Sistema Único de Saúde: mudanças e riscos com os novos atos normativos do Ministério da Saúde. Cad Saúde Pública. 2023;39(2):e00148222. DOI: 10.1590/0102-311XPT148222

15. Freire MP, Silva LG, Meira ALP, Louvison MCP. Telemedicina no acesso à saúde durante a pandemia de covid-19: uma revisão de escopo. Rev Saúde Pública. 2023;57:4s. DOI: 10.11606/s1518-8787.2023057004748

16. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Diário Oficial da União. 2011 out 28.

17. Cezário LRA, Ferreira BF, Manoel AV, Oliveira JC, Mendes KLC, Pecorari VA. Telessaúde no Brasil: uma revisão de escopo. Rev Baiana Saúde Pública (Online). 2024;48(2):209-224. DOI: 10.22278/2318-2660.2024.v48.n2.a4010

18. Haddad AE. Experiência Brasileira do Programa Nacional Telessaúde Brasil. In: Mathias I, Monteiro A, organizadores. Gold book: inovação tecnológica em educação e saúde. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2012. p. 12-44.

19. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Diário Oficial da União. 2020 mar 23.

20. Presidência da República (BR). Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Diário Oficial da União. 2022 dez 28.

21. Oliveira SG, Jorge MSB, Leitão MHA, Vasconcelos KKG de, Pinto MCC, Gomes AC, Lages CAF, Moreira IMM. Tecnologias norteadoras da regulação assistencial e o poder de governança para tomada de decisão dos gestores de saúde. Braz. J Develop. 2021;7(8):81882-97. DOI: 10.34117/bjdv7n8-413

22. Pinto LF, Soranz D, Scardua MT, Silva IM. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. Ciênc Saúde Coletiva. 2017;22(4):1257-67. DOI: 10.1590/1413-81232017224.26422016

23. Bastos LBR, Barbosa MA, Rosso CFW, Oliveira LMAC, Ferreira IP, Bastos DAS, et al. Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. Rev Saúde Pública. 2020;54:25. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054001512