


## ENSAIO TEÓRICO SOBRE A REGULAÇÃO DE ACESSO NA SAÚDE

### THEORETICAL ESSAY ON REGULATING ACCESS TO HEALTHCARE

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.003-001>

**Alessandro Martins Ribeiro**

Doutorando em Saúde Coletiva UFBA/IMS/CAT,  
Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9065-4678>

E-mail: [Alessandro.martins@ufvjm.edu.br](mailto:Alessandro.martins@ufvjm.edu.br)

#### RESUMO

A regionalização da saúde no Brasil avançou com normas reguladoras entre 2001 e 2003, fortalecendo a Estratégia Saúde da Família e descentralizando o acesso aos serviços. Na Bahia, a Resolução CIB nº 275/2012 estruturou nove macrorregiões de saúde, organizando a oferta de serviços. As centrais de regulação e os complexos reguladores gerenciam a demanda com base em critérios técnicos, garantindo maior equidade. A criação das Policlínicas Regionais e dos Consórcios Interfederativos ampliou o acesso a serviços especializados, mas desafios persistem, como a integração de sistemas de informação e a eficiência do transporte sanitário. A descentralização proporcionou avanços, mas ainda enfrenta dificuldades estruturais e operacionais. A regulação do acesso foi fundamental para a efetividade do SUS, exigindo aprimoramento contínuo na gestão e articulação dos serviços. O fortalecimento da regionalização depende de investimentos em infraestrutura, tecnologia e governança para garantir um atendimento equitativo e eficiente.

**Palavras-chave:** Acesso; Regulação e Fiscalização em Saúde; Regionalização da Saúde; Saúde Coletiva.

#### ABSTRACT

The regionalization of health in Brazil advanced with regulatory norms between 2001 and 2003, strengthening the Family Health Strategy and decentralizing access to services. In Bahia, CIB Resolution 275/2012 structured nine health macro-regions, organizing the supply of services. The regulation centers and regulatory complexes manage demand based on technical criteria, ensuring greater equity. The creation of Regional Polyclinics and Interfederative Consortia has increased access to specialized services, but challenges remain, such as the integration of information systems and the efficiency of health transport. Decentralization has made progress, but still faces structural and operational difficulties. Regulating access has been fundamental to the effectiveness of the SUS, requiring continuous improvement in the management and coordination of services. Strengthening regionalization depends on investments in infrastructure, technology and governance to ensure equitable and efficient care.

**Keywords:** Access; Health Regulation and Supervision; Health Regionalization; Collective Health.



## 1 INTRODUÇÃO

O processo da regionalização brasileira proposto em modelo prioritário de saúde na atenção primária, avançou devido a Normas Regulamentadoras, entre os anos de 2001 e 2003, retrato da qual a Estratégia e Saúde da Família, já implantada anteriormente no Brasil vinha interiorando e municipalizando o acesso aos modelos de promoção, prevenção e diagnóstico (Santos; Santos, Paiva, 2020).

Nesse contexto, a atenção básica, porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), retrato de modelo gerencial brasileiro, passou a agregar entre os modelos de promoção como rastreamento de diagnósticos como o câncer de colo uterino por meio de propagandas públicas, a utilização de folhetos para reaver a baixa cobertura vacinal e a instrumentalização da autorização de exames complementares ao diagnóstico clínico (Prado; Santos, 2018).

A Resolução CIB nº 275, de 15 de agosto de 2012, estabeleceu as regiões de saúde na Bahia, organizadas em nove macrorregiões que abrangem os 417 municípios do estado. Cada região possui um locus de atuação específico, considerando o controle de doenças sazonais epidêmicas (Bahia, 2012). Complementando essa estrutura, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), conforme a Resolução nº 088/2013, é composta por três representantes estaduais—dois do nível regional e um do nível central—além dos secretários municipais de saúde de cada região, garantindo a articulação entre os diferentes níveis de gestão (Bahia, 2013).

Por meio da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) a Resolução CIB n.º 088/2013, instituiu normas regulamentadoras para pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, bem como a regionalidade do acesso serviços de saúde aos municípios circunvizinhos numa mesma regional de saúde (Bahia, 2013).

Com ampliação do acesso as redes de assistência à saúde por meio da implantação das centrais de regulação, o número de marcações, realização de procedimentos e diagnósticos se tornaram cada vez mais necessários, dada a ampliação do modelo assistencial em saúde e seu alcance, incorporado pela pactuação entre o município regional e local. Sistemas de Saúde público como o do Brasil são únicos, países estrangeiros como Chile, Indonésia, Arábia Saudita não possuem um sistema universal e igualitário que atenda a doença desde a suspeita do agravo (atenção) até o diagnóstico e tratamento (Brasil, 2008).

A construção da política nacional de vigilância em saúde, pactuada em 2005 pelo Ministério da Saúde, emerge da necessidade de diminuir a sazonalidade do acesso aos níveis de atenção em saúde que são diversas aos mais de 5568 municípios, dada que esse fruto sócio-constructivo foi possível somente por pesquisas em Saúde Pública, criando programas sociais e softwares que poderiam teoricamente englobar comunidades inteiras assistindo o tipo de percepção saúde-doença incorporada (Silva et al., 2019).

A descentralização dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) permitiram que a partir dos níveis de atenção fosse criada as centrais de regulação, um órgão administrativo com estrutura geográfica



que incorporaria a prestação na marcação e atendimento do agravo à saúde e regulasse sua vigilância enquanto atenção (Conass, 2015).

As centrais de regulação são ferramentas de gestão em saúde que organiza, descentraliza e otimiza a distribuição, realização e desfechos de agravos à saúde, incorpora sistemas de redes tecnológicas que colaboram na pactuação do atendimento e acompanha a efetiva prestação do serviço em saúde pública (Campolina et al., 2017).

A regulação em saúde no Estado da Bahia é gerida por Complexos Reguladores distribuídos em diferentes regiões, buscando garantir a alocação adequada dos recursos disponíveis e minimizar as desigualdades de acesso. Esses complexos atuam na intermediação entre a demanda dos usuários e a oferta de serviços, utilizando critérios de prioridade e protocolos clínicos para organizar a fila de espera (Melo et al., 2021).

A implantação das Policlínicas Regionais de Saúde, por meio dos Consórcios Interfederativos, configura uma estratégia inovadora na ampliação da oferta de serviços especializados. No entanto, mesmo com essa ampliação, persistem desafios relacionados à integração dos sistemas de informação, transporte sanitário eficiente e coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde (Brasil, 2006; Melo *et al.*, 2021).

No Brasil, as centrais de regulação, estão distribuídas por cidades macrorregionais, instaladas em cidades com mais 100 mil habitantes dada a sua política de criação em Portaria nº 1.559/2008. Na Bahia são 10 cidades excetuando a capital, que possuem unidades administrativas e atendem municípios de pequeno porte que fazem parte da pactuação das redes de atenção mantida pela política nacional de saúde (Brasil, 2009).

A partir dessa descentralização o município irá enviar pacientes para serem regulados (atendidos) nas regionais, por meio de exames de baixa, média e alta complexidade, postuladas por exames laboratoriais de atenção básica ou saúde pública, exames de imagens como radiografias, mamografias e ressonâncias magnéticas até cirurgias eletivas como de catarata, estectomia de tumores sólidos, respetivamente (Brasil, 2008, Francisco, 2017).

## **2 CARACTERIZAÇÃO DE REGULAÇÃO EM SAÚDE**

Segundo o Conselho de Secretarias Municipais do Estado de Paraná (2023), a regulação em saúde consiste em macroprocessos de gestão do setor saúde, constituído por um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas de forma dinâmica e integrada, com o objetivo de apoiar a organização do sistema de saúde brasileiro, otimizar os recursos disponíveis, qualificar a atenção e o acesso da população às ações e aos serviços de saúde.



As centrais de regulação e complexos reguladores são pontos importantes na organização do acesso aos serviços de saúde, sendo locais estratégicos para monitorar e gerenciar as demandas de todo o sistema (ou das redes de atenção à saúde em cidades, regiões e estados), com uma visão mais ampla do que a geralmente encontrada em cada unidade de saúde (Albieri; Cecilio, 2015).

A portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, compreendendo 3 dimensões: Regulação de Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à saúde e Regulação do Acesso à Assistência.

Na dimensão dos Sistemas de Saúde é entendida como toda lógica de softwares e hardwares implantados em municípios regionais que integram ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas. Na dimensão da Atenção à Saúde garante conforme pactuação a prestação dos serviços ofertados em redes de Atenção à Saúde (RAS). Por fim, na dimensão do Acesso à Assistência, esclarecida na sua dimensão antropológica, como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda das pessoas usuárias por serviços de saúde e o acesso a tais serviços por níveis de complexidade: baixa, média e alta complexidade, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica (Conass, 2011).

Nessa perspectiva o usuário é inserido nas centrais de regulação por meio da atenção básica, mantida pela prestação de serviço das unidades básicas de saúde, organizadas dentro da descentralização das redes de atenção à saúde (RAS); da atenção especializada por meio das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) com serviços de urgência e emergência; das redes de atenção psicossocial com encaminhamentos para atenção especializada (AE) (Freire *et al.* 2020).

### **3 REGULAÇÃO DO ACESSO A PARTIR DA ANÁLISE ANTROPOLÓGICA**

No contexto entre as carências sociais locais e os interesses de mercado, emerge a necessidade de ações regulatórias para atender as demandas de saúde vinculadas a regiões, dentro da dimensão territorial chamada Estado (Bahia, 2005). As carências sociais foram definidas no histórico da Teoria Econômica de Adam Smith (1876) como a ausência de organismos de melhora em indicadores sociais que necessitaram de políticas econômicas para serem atingidas, ao passo que quando essas políticas são localizadas (regionalizadas) o acesso é direcionado para as necessidades coletivas.

Na gênese da regionalização dos serviços de saúde, Von Thünen com a Teoria da localização geográfica rural-urbana (1826) relaciona o acesso como parte fundamental provocada pelo êxodo-rural, onde os serviços apenas no modelo biomédico alemão, eram realizados por médicos nas capitais desenvolvidas (Schumacher-Zachlin, 1868). No estado atual da arte, esse acesso a serviços especializados no atual período ainda é localizado em cidades geográficas definidas em modelo de saúde médico-gerencialista em zona urbana (Freire *et al.* 2020).



A partir desse contexto, Santos; Merhy (2006) define critérios dentro da análise da regulação pública da saúde no Estado brasileiro como forma de esclarecer o serviço em saúde a partir da demanda do usuário, trazendo significados a teoria econômica de Adam Smith, dada ênfase na regulação dos serviços prestados.

No aspecto primário da criação da demanda em saúde, é discutida as necessidades biopsicossociais dos indivíduos, àquelas inerentes ao adoecimento, elas fazem parte do absentismo da população Brasileira, no período pós-ditadura (1976) onde os trabalhadores tinham acesso aos serviços de saúde, parcelarmente definidas em tabela com percentual de 5% a partir da contribuição incidida pelo salário-mínimo à época restituída pelas Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS) e os institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS).

A relação das (CAPS e IAPS) promoveram a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS), como o principal mecanismo de regulação de assistência aos serviços médicos unicamente especializados. Esse padrão não foi suficiente para atender a população brasileira, tal que em 1986 foram promovidos uma assembleia e o estabelecimento de um Sistema Único de Saúde (SUS), oriundo dessa manifestação foi transcrita na constituição Federal de 1988 democraticamente no inciso 196º a saúde “*como garantia fundamental e dever do Estado*”, que posteriormente na década de 1990, foi promulgada em Lei Orgânica.

Para Santos, Merhy (2006), deve-se distinguir os dois momentos da regulação da demanda: a primeira tendo em vista a regulação como regulamentação definidas pela organização dos sistemas de saúde a partir do estabelecimento de normas e padrões que caracterizam aqueles serviços de saúde e a demanda como prestação de serviços baseada nos núcleos de saúde territoriais definidas como parte do eixo estruturante da saúde coletiva.

Ainda na descrição da regulação, Santo, Merhy caracteriza em dois processos: microrregulação e macrorregulação. No sentido da microrregulação, é analisado como os atores sociais definidos dentro de um território de saúde, alcançam os serviços estabelecidos dentro da regulação como regulamentação. E macrorregulação como parte das tecnologias em saúde e os processos em saúde envolvidas, na efetividade do serviço a população a partir da demanda como prestação de serviço.

Para entendermos, a definição desses atores sociais, apoiamos em Matus, 1987, p.755. que define atores sociais como “organismos em coletividade que desenvolve interesses em comum a fim de solucionar problemas macrosociais”, ou seja, na construção de um território de identidade em saúde, problemas macroestruturais envolve a comunidade, e dela emerge a solução devido a participação cidadã na construção de ações e políticas em saúde a fim de solucioná-las.

Nessa ótica, no âmago do processo regulatório esses atores sociais são entendidos como atores regulados, aqueles que são embricados pelo serviço prestado pelos atores reguladores. Estes, são



compreendidos como Estado, e sua forma de regular as ações de prestação do serviço (Santos, Merhy, 2006).

Essa dimensão de regulação em saúde, pautou na construção de um modelo sanitário baseado em princípios e diretrizes pautados na regulação da assistência, e estabelecimento de centrais de regulação, órgãos administrativos que avaliam por níveis de atenção e por critérios de encaminhamento, classificação de risco, fluxo de acesso e outros instrumentos, de acordo com a necessidade local (Peiter; Lanzoni; Oliveira de, 2017).

A definição da criação das centrais de marcação foi fundamentada nos centros reguladores no cenário nacional, foi efetivada pelas normas operacionais básicas (NOBs 91, 92, 93 e 96) e diretrizes da Política Nacional de Saúde (2005), que caracterizavam os papéis dos níveis de gestão por poderes regulatórios: em nível Federal, por exemplo a criação e o custeio da política de saúde, os Estados ficavam com a avaliação e monitoramento e os municípios a execução dessas políticas.

Outro passo na regulação foi a norma operacional de assistência à saúde, NOAS 01/2002, que buscou a regionalização da assistência, remetendo aos estados a competência de organizar o fluxo da assistência intermunicipal, a partir da agenda dos municípios, então regulados.

Conjugadamente, em 2008, foi estabelecida em caráter normativo a política de execução própria dos complexos reguladores, como já citado, esses órgãos administrativos, organizariam a produção do cuidado em níveis de assistência a partir de modelos ambulatorial, hospitalar e urgência (Freire *et al.* 2020).

Esse modelo de produção do cuidado foi estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (1994) revista em 2017, reprogramada na Estratégia e Saúde da Família (1997), incluindo atores reguladores, que em campo organizam a tramitação do acesso, como agentes em saúde que captam o usuário, interconectam o acesso às redes de saúde (Almeida *et al.* 2019).

Portanto, a regulação do acesso é o mecanismo dentro da tecnicidade dos complexos reguladores como a dimensão mais utilizada, devido a sua aplicabilidade nos problemas envolvendo demanda e usuário, estando configurada e definida a situação de saúde local e regional é estabelecido um cronograma pela atenção primária e realizado cada caso (Freire *et al.* 2020).

#### **4 DESAFIOS NA REGULAÇÃO DO ACESSO E PROPOSTAS DE APRIMORAMENTO**

A regulação do acesso enfrenta dificuldades estruturais e operacionais, como a desigualdade na distribuição da oferta, a lentidão nos sistemas reguladores, a falta de integração dos sistemas de informação e a ineficiência na gestão do transporte sanitário. Regiões menos desenvolvidas possuem carência de serviços especializados, o que compromete a equidade. O modelo regulatório centralizado dificulta respostas ágeis, enquanto a fragmentação entre sistemas municipais e estaduais prejudica a gestão eficiente. Para enfrentar esses desafios, é necessário fortalecer a estrutura das Policlínicas Regionais, modernizar os



sistemas de regulação, promover maior autonomia para os Complexos Reguladores locais e qualificar os processos regulatórios, tornando a gestão mais transparente e objetiva (Bastos *et al.*, 2020). A regulação do acesso no Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta diversos desafios que impactam a eficiência e eficácia dos serviços prestados. Abaixo, apresentamos um quadro com os principais desafios identificados na literatura e algumas propostas para o seu aprimoramento.

Desafio	Descrição	Proposta de Aprimoramento
<b>Recursos Humanos</b>	Falta de capacitação dos profissionais, absenteísmo elevado	Capacitação contínua dos profissionais em todas as esferas
<b>Protocolo de Acesso</b>	Falta de padronização nos protocolos operacionais	Implementação de critérios claros para priorização do acesso
<b>Rede Fragmentada</b>	Rede desorganizada, falta de investimentos em infraestrutura	Reestruturação da rede com foco em integração assistencial
<b>Falta Infraestrutura</b>	Insuficiência física e tecnológica nas unidades saúde	Investimentos prioritários em infraestrutura física e avanços tecnológicos
<b>Governabilidade</b>	Dificuldades sistêmicas no sistema regulatório (SISREG)	Fortalecimento das estruturas reguladoras com mais recursos financeiros dedicados à gestão eficiente do SUS

Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2025).

O quadro expõe a complexa cadeia de dependentes logísticos em saúde que enfatiza as dificuldades das singularidades em saúde, nesse complexo subcampo da rede de atenção à saúde que é a regulação assistencial, destacam os desafios como recursos humanos, protocolos de acesso, rede fragmentada e fatores limitantes como falha nos critérios de encaminhamentos e indisponibilidade de leitos (Saraiva, Gondinho, 2022; Bastos, LBR et al., 2020).

A insuficiência de leitos hospitalares é outra barreira crítica, agravando a sobrecarga do sistema e prolongando o tempo de espera para internações e tratamentos. Paralelamente, a alta demanda por serviços de saúde tensiona as centrais reguladoras, que operam sob condições muitas vezes inadequadas para gerenciar eficientemente os recursos disponíveis. Esse cenário é ainda mais complexo devido a dificuldades sistêmicas no Sistema de Regulação (SISREG), cujas limitações estruturais impactam a coordenação do atendimento, comprometendo a qualidade assistencial e a previsibilidade no acesso aos serviços (Freire et al., 2020; Melo *et al.*, 2021).

Além disso, o agendamento e a execução de procedimentos médicos são marcados por entraves operacionais que dificultam o fluxo assistencial e aumentam a demanda reprimida por procedimentos eletivos. Esse acúmulo de solicitações não atendidas impõe desafios adicionais às centrais de regulação,





aprofundando desigualdades no acesso aos cuidados especializados. Soma-se a isso, a deficiência na comunicação entre a atenção primária e os serviços reguladores, que compromete a continuidade do cuidado e contribui para a fragmentação da assistência (Bagatini, 2017; Bastos *et al.*, 2020).

Outro fator limitante relevante é a ausência de protocolos bem definidos para a priorização do acesso, o que pode gerar distorções na alocação de recursos e no atendimento às necessidades dos usuários. A fragilidade dos recursos humanos também se apresenta como um desafio estrutural, refletindo tanto na insuficiência de profissionais qualificados para operar o sistema de regulação quanto na precarização das condições de trabalho (Silva *et al.*, 2019).

Diante desse panorama, torna-se evidente a necessidade de investimentos em melhorias estruturais que fortaleçam a governança da regulação e garantam maior equidade no acesso aos serviços de saúde. A implementação de critérios claros e padronizados, a modernização dos sistemas de informação e a qualificação dos profissionais envolvidos na regulação são estratégias essenciais para a superação dos desafios e para a construção de um sistema mais resolutivo.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regulação do acesso à saúde tem se consolidado como um instrumento fundamental na organização dos serviços de atenção à saúde, garantindo maior equidade e eficiência na distribuição dos recursos disponíveis. O modelo regulatório implantado ao longo das últimas décadas permitiu avanços significativos na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando o acesso aos serviços especializados e reduzindo as barreiras impostas pela fragmentação dos serviços. No entanto, desafios persistem, como a necessidade de maior integração entre os sistemas de informação, otimização dos fluxos regulatórios e aprimoramento da coordenação entre os diferentes níveis de atenção.

A descentralização dos serviços, por meio das policlínicas regionais e dos consórcios interfederativos, representa um avanço na estruturação da rede de atenção à saúde, promovendo maior resolutividade e eficiência na oferta dos serviços especializados. No entanto, a superação das desigualdades regionais ainda exige políticas de aprimoramento contínuo, incluindo investimentos na qualificação dos profissionais, fortalecimento da infraestrutura tecnológica e melhoria dos mecanismos de transporte sanitário. Além disso, a microrregulação dos atendimentos precisa ser constantemente avaliada para garantir que as diretrizes estabelecidas atendam às reais necessidades dos usuários.

Dessa forma, a regulação da saúde deve continuar evoluindo com base em evidências científicas e análises criteriosas das demandas regionais. A adoção de novas tecnologias, a ampliação da participação social e o fortalecimento dos mecanismos de governança são estratégias fundamentais para assegurar a efetividade do sistema regulador. Para que o acesso universal e integral à saúde seja uma realidade, é





imprescindível que gestores, profissionais e sociedade civil atuem conjuntamente na construção de um modelo regulatório cada vez mais eficiente, transparente e humanizado.



## REFERÊNCIAS

- Albieri, F. A. O. Cecilio, L. C. de O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp, p. 184-195, 2015
- Almeida PF et al., (2019). Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12):4527-4539, 2019 DOI: 10.1590/1413-812320182412.25562019
- Bagatini, Carmen Luísa Teixeira. (2017). A regulação do acesso e sua importância para organizar a oferta e a demanda de serviços nos sistemas públicos de saúde. Trabalho Final de Curso (Especialização) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós-Graduação em Economia, Cidade de Goiás, 2017
- Bastos LBR, Barbosa MA, Rosso CFW, Oliveira LMAC, Ferreira IP, Bastos DASB, De Paiva ACJ, Santos AAS. Desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2020;54:25.
- Saraiva A, Verna Castro Gondinho B. Os desafios da regulação do acesso no Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 22º de outubro de 2022 [citado 6º de fevereiro de 2025];14(spec):e039. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1213>
- Bahia (Estado). Resolução CIB nº 275, de 15 de agosto de 2012. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais.
- Bahia Análise & Dados, v. 1 (1991- ) Salvador: Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia, 2010
- Bahia, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-30, 2005.
- Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Resolução CIB n.º 088/2013. Aprova o regimento interno da CIB e das CIR do Estado da Bahia. *Diário Oficial*. Salvador: Sesab; 2013.
- Barreto, ML., et al., orgs. *Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 235 p. *Epidemiológica series*, nº 3. ISBN 85-85676-49-3
- Batista, Sandro Rodrigues et al. (2019). O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. *Ciência & saúde coletiva* [Internet]. 2019Jun;24(6):2043–52. Avaliável from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08132019>
- Biscarde, D.G.S, Santos, J.V.P, Santos, V.O, Santos, A.M, Prado, N.M.B.L, de Almeida, P.F, Pereira, A.P.C.M. Implantação de Consórcios Públicos de Saúde e Policlínicas Regionais na Bahia. *Cien Saúde Colet*. [periódico na internet] (2023/Set)
- Brasil (2016). RAS. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes/Nerícia Regina de Carvalho Oliveira. - São Luís, 2016. 54p



Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html)>

Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009

Brasil. (2016). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes / organização Emerson Elias Merhy ... [et. al].-1. ed.-Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

Brasil. 2017. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

Bastos, L. B. R., Barbosa, M. A., Rosso, C. F. W., Oliveira, L. M. de A. C., Ferreira, I. P., Bastos, D. A. de S., Paiva, A. C. J. de., & Santos, A. de A. S. dos .. (2020). Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. *Revista De Saúde Pública*, 54, 25. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001512>

Campolina, Alessandro Gonçalves et al. (2017). Análise de decisão multicritério para alocação de recursos e avaliação de tecnologias em saúde: tão longe e tão perto? *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2017, v. 33, n. 10

Conselho Nacional de Secretários De Saúde – Conass do Paraná (2023). Direito a Saúde (diversos autores) – Disponível em <http://www.conass.org.br/biblioteca/direito-a-saude/>

Conselho Nacional de Secretários De Saúde – Conass. (2011). Direito a Saúde (diversos autores) – Disponível em <http://www.conass.org.br/biblioteca/direito-a-saude/>

Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate* [Internet]. 2018Sep;42(spe1):208–23. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>

Francisco, Fernando de Rezende. (2017). Aplicação de avaliação de tecnologias em saúde (ATS) na tomada de decisão em hospitais. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. - 2017. 89 f.

Freire, M. P., Louvison, M., Feuerwerker, L. C. M., Chioro, A., & Bertussi, D.. (2020). Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. *Saúde E Sociedade*, 29(3), e190682. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190682>

Kroth, Darlan Christiano. Avaliação de impacto do programa 'pacto pela saúde' sobre indicadores de eficiência e de vulnerabilidade de saúde municipais (2006-2013). (Tese) Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Econômico da Universidade Federal do Paraná, 250 p.

Melo EA. et al. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31(1), e310109, 2021 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>



Melo, E. A., Gomes, G. G., Carvalho, J. O. de ., Pereira, P. H. B., & Guabiraba, K. P. de L.. (2021). A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 31(1), e310109. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202131010>

Oliveira, Josilene Silva et al. Ondas normatizadoras do planejamento regional integrado em saúde no brasil: síntese de evidências. Capítulo 02. Gestão do Trabalho, Educação e Saúde: desafios agudos e crônicos - Volume 1. Pág. 33-52, 2021.

Peiter, Caroline Cechinel; Lanzoni, Gabriela Marcelino de Melo; de Oliveira, Walter Ferreira. Interface entre regulação em saúde e equidade: revisão integrativa da literatura. *Cogit. Enferm. (Online)* ; 22(2): 01-08, abr-jun. 2017

Prado NM de BL, Santos AM dos. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias Intersectoriais. *Saúde debate* [Internet]. 2018Sep;42(spe1):379–95. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S126>

Santos AM, Santos FRF, Paiva JAC. Processo de regionalização na Bahia, Brasil: desafios para inovação organizacional. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2020;19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.prbb>

Santos, F. P.; Merhy, E. E. Public regulation of the health care system in Brazil - a review. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.19, p.25-41, jan/jun 2006

Schumacher-Zarchlin, Herman. Johann Heinrich Von Thünen: ein forschlerleben (Von Thünen biografie). Rostock: G. B. Leopold's Universitäts-Buchhandlung, 1868.

SEI –Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. Mapas digitalizados do Estado da Bahia: base de dados: SEI, 2000-2016

Silva, Aline Silveira et al. (2019). Social participation in the health technology incorporation process into Unified Health System. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2019, v. 53 [. Acessado 25 janeiro 2022], 109  
Smith, Adam (1776). *The Wealth of Nations*.

Veiga R de S, Silva V de A. Uso, cobertura e ocupação da terra no município de porto seguro, Ba: uma análise espaço temporal (1985-2016). *RCG* [Internet]. 18º de maio de 2018 [citado 6º de outubro de 2023];19(65):232-44.