



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 11, pp. 52115-52118, November, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.23501.11.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## IMPLANTAÇÃO DE UMA CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL DE LEITOS HOSPITALARES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Pedro Inácio Oliveira Lopes<sup>1</sup>, Barbara Correia Neves<sup>2</sup>, Yasser Nader Abed<sup>3</sup>, Jobber Guilherme Dias dos Santos<sup>3</sup>, Andressa Ribeiro da Costa<sup>3</sup>, Ana Carolina Pires Mota<sup>3</sup>, Raimundo Guilherme Oliveira Lopes<sup>3</sup>, Fernanda Pereira Pippi<sup>3</sup>, Shaidy Alves Boaventura<sup>4</sup>, Bruna Santos Machado<sup>5</sup>, Lucas Dilenio Rodrigues<sup>6</sup> and Lázaro Alves Braga Júnior<sup>7</sup>**

<sup>1</sup>Médico pela Universidade de Rio Verde, Cirurgia Geral Básica pela Universidade de Rio Verde, <sup>2</sup>Professor Adjunto da Universidade de Rio Verde, Enfermeira mestra em Saúde e Interdisciplinaridade e Reabilitação pela UNICAMP, <sup>3</sup>Acadêmico de medicina na Universidade de Rio Verde, <sup>4</sup>Médico pela Universidade Atenas, Cirurgião Geral pelo Hospital de Urgências de Goiânia, <sup>5</sup>Médica pela Universidade de Uberaba, <sup>6</sup>Médico pela Universidade de Rio Verde, Residente de Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade de Rio Verde, <sup>7</sup>Médico pela Universidade Federal de Tocantins

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 10<sup>th</sup> August, 2021  
Received in revised form  
20<sup>th</sup> September, 2021  
Accepted 26<sup>th</sup> October, 2021  
Published online 30<sup>th</sup> November, 2021

#### Key Words:

Regulação e Fiscalização Em Saúde;  
Avaliação Em Saúde; Auditoria de  
Enfermagem.

#### \*Corresponding author:

**Pedro Inácio Oliveira Lopes**

### ABSTRACT

Aregulação pode ser definida como o processo de disponibilização da assistência mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada. Para tanto cabe aos profissionais auditores realizarem as ações de controle ao acesso assistencial e a avaliação e acompanha dos processos regulatórios. Objetiva-se com este estudo descrever o processo de implantação de uma central de regulação de leitos hospitalares em um município de médio porte no interior de Goiás e pontuar a importância da atuação do auditor neste processo. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, que relata a vivência do processo de implantação de uma central de regulação de leitos hospitalares de um município de médio porte da região sudoeste de Goiás. Os resultados evidenciaram que apesar das dificuldades logísticas, tecnológicas, de recursos financeiros e humanos enfrentadas durante o início da implantação, a efetivação da regulação no município ocasionou mudanças na estrutura organizacional nos serviços prestadores de serviços de saúde, possibilitou um melhor controle dos gestores de saúde sobre os leitos Sistema Único de Saúde e melhorou o acesso da população aos serviços de saúde a nível municipal e estadual.

Copyright © 2021, Pedro Inácio Oliveira Lopes et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Pedro Inácio Oliveira Lopes, Barbara Correia Neves, Yasser Nader Abed, Jobber Guilherme Dias dos Santos et al. "Implantação de uma central de regulação municipal de leitos hospitalares: relato de experiência", *International Journal of Development Research*, 11, (11), 52115-52118.

## INTRODUCTION

As alterações demográficas e epidemiológicas ocorridas nas últimas décadas no Brasil estão acompanhadas pelo crescimento das morbimortalidades e consequentemente no aumento da demanda de pacientes para o Sistema Único de Saúde (SUS). A incapacidade de o sistema oferecer serviços em quantidade e qualidade suficientes para nutrir esta demanda gerou a necessidade de regular os serviços do SUS na busca por um atendimento integral como previsto nas suas diretrizes (Costa, 2012). O conceito de regulação pode ser descrito como um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a esses. Visa ordenar a relação entre as necessidades dos usuários e a capacidade de oferta dos sistemas de serviços da saúde.

Aregulação incorpora o planejamento e o desenvolvimento de fluxos, o estudo de desempenho das ações, o estudo de prioridades e da qualidade da assistência. O ato de regular oferece aos responsáveis pela gestão um maior controle do acesso aos serviços e dos recursos a serem investidos. Objetiva a melhora nos atendimentos, aumento da resolutividade, a continuidade na atenção básica em busca da promoção e prevenção e estabelece comunicação entre os pontos de atendimento e a gestão da saúde (Castro, 2002). O processo regulatório deve seguir a lógica de redes e regionalização já adotadas pelas políticas do SUS integrando os diversos pontos de atendimento do território de forma a oferecer atendimento de forma integral, continuada e de qualidade a sociedade.

Para tanto, é necessário realizar um levantamento pormenorizado de toda oferta existente e bancos de dados acessíveis aos reguladores. Logo, as centrais de regulação devem investir em recursos físicos, humanos e tecnológicos capazes de integrar todos os serviços ofertados proporcionando aos reguladores uma maior capacidade decisória. Starfield (2002, p. 367-8) esclarece que “a essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento.” Com as informações disponíveis pode-se elaborar os fluxos, firmar pactuações de referência e contra referência municipais, estaduais e interestaduais através da Programação Pactuada e Integrada –PPI. Tais informações são essenciais para que o processo regulatório seja iniciado nos Complexos Reguladores, pois são elas que possibilitam a elaboração dos protocolos clínicos, dos fluxogramas e do mapa serviços disponíveis (Starfield, 2002). O SUS conta com complexos reguladores nacionais, estaduais, regionais e municipais. Neste sentido, o Complexo Regulador Estadual está sob gerência da Secretaria de Estado de Saúde, coordenando os núcleos de saúde estaduais e intermediando as referências e contra referências. Já o composto regional está sob gerência compartilhada da Secretaria de Estado e as Secretarias Municipais de Saúde, que controlam a população própria e referenciada no âmbito local.

## AUDITORIA E REGULAÇÃO

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. A auditoria é uma ferramenta gerencial utilizada para avaliar qualidade da assistência e os custos gerados por esta atividade visando o bem estar do paciente e buscando educar, disciplinar e racionalizar recursos. Dentro da regulação o auditor é capaz de realizar levantamento dos atendimentos ofertados, promover provisão e adequação de materiais e serviços, fazer o mapa de referências e determinar metas gerenciais de acordo com a demanda e oferta de seu território. O auditor está apto a participar da elaboração e fomentar algumas ferramentas de regulação, por exemplo, a definição de rede prestadora de serviços de saúde, a programação assistencial, as Autorizações das Internações Hospitalares (AIH) e Autorizações para Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), os Tratamentos Fora de Domicílio (TFD), as bases de dados nacionais através dos sistemas de informações públicos; as centrais informatizadas de leitos e a auditoria analítica e operacional.

**POLÍTICAS PÚBLICAS E REGULAÇÃO:** A partir da Lei Orgânica da Saúde (8080/90) seguida das normas infraconstitucionais Normas Operacionais Básicas (NOB) e, principalmente, a Norma Operacional de assistência à Saúde (NOAS), iniciou-se o processo de institucionalização da regulação. A definição de regulação adotada pela NOAS refere-se à disponibilização da assistência mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada (BRASIL, 2016). A Portaria GM Nº 399/06 referente ao Pacto pela Saúde, propõe qualificar a gestão do SUS, com maior participação dos gestores da saúde, das três esferas de governo. Nesta portaria o Pacto pela Saúde trouxe a regulação como ferramenta promotora da equidade do acesso e da integralidade da atenção em saúde. Desta forma, a regulação passa a ser definida como uma diretriz e é criada uma linha de financiamento para custeá-la e apresenta os princípios orientadores deste processo de implantação com metas e responsabilidades das três esferas do governo (BRASIL, 2006). A política nacional de regulação instituída pela Portaria 1.559 de 1º de agosto de 2008 veio com a finalidade de orientar a organização de redes e fluxos assistenciais na busca por um atendimento mais equânime, integral e qualificado. Esta dividiu a regulação em três dimensões: a Regulação de Sistemas de Saúde (RSS) – exercida sobre os sistemas, a Regulação da Atenção à Saúde (RAtS) – exercida sobre a produção das ações de atenção à saúde nos diversos níveis de complexidade e Regulação do Acesso à Assistência (RAA) ou Regulação do Acesso ou, ainda, Regulação Assistencial – exercida sobre a organização, o controle, o

gerenciamento e a priorização do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Magalhães Jr. (2006) constrói a seguinte definição: “a regulação Assistencial consiste em oferecer a melhor opção de atenção possível para determinada demanda. Trata, então, de organizar e garantir o acesso dos usuários, segundo suas demandas, aos vários serviços ofertados pelo sistema de saúde”. O Decreto 7.508/11, que regulamenta a Lei 8080/90, estabelece que seja assegurada ao usuário a “continuidade do cuidado em saúde”, estabeleça a orientação e ordenação dos fluxos e o monitoramento do acesso às ações e serviços de saúde responsabilidade dos entes federativos. Desta forma a regulação é responsável pela inter-relação entre a gestão, e os serviços oferecidos e os usuários. Programação Pactuada Integrada (PPI) foi formulada concomitantemente à a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde respeitando seus princípios, buscando viabilizar o acesso universal e equânime aos serviços de saúde. A PPI trata de um instrumento que fornece subsídios para a regulação do acesso aos serviços de saúde, sendo assim um instrumento de gestão, pautado na equidade para promover a inclusão social. Propõe a formação de redes de serviços regionalizadas, através do planejamento, programação e regulação, visando garantir, da forma mais racional possível, o acesso da população a todos os níveis de atenção, criando mecanismos e instrumentos para a definição das referências pactuadas entre os municípios.

O estabelecimento da PPI possibilitou a adoção de critérios objetivos para a alocação de recursos financeiros compostos pelas parcelas destinadas ao atendimento da população residente no próprio município e pela correspondente às referências de outros municípios. Essa contribui para o desenvolvimento de processos e métodos de avaliação dos resultados e controle das ações e serviços de saúde, fornecendo subsídios para a regulação do acesso. Está incluído no processo de planejamento das ações de saúde, e é realizado anualmente com os gestores das secretarias municipais de saúde em conjunto com as Secretarias regionais e estaduais de saúde com concordância do Ministério da saúde, envolvendo com isso as três esferas do governo. Para tanto, são realizados levantamentos dos problemas do quadro sanitário e do desenho das alternativas e estratégias de sua superação, a definição dos objetivos e prioridades, das ações a serem desenvolvidas, das análises de viabilidade técnica, econômica e política (Costa, 2012). Os fluxos de usuários no sistema de saúde são definidos pela Programação Pactuada e Integrada e considera as regiões interestaduais as redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços. Sendo assim, com a PPI fica estabelecido as referências e contra referências para cada especialidade, complexidade e nível de atenção, permitindo que o atendimento da população seja asseguradamente integral. Em municípios que não apresentam capacidade técnica para atender a população, os recursos financeiros e os serviços são repassados a outra localidade pactuada com a de origem (BRASIL, 2006).

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL

- Descrever o processo de implantação de uma central de regulação de leitos hospitalares em um município de médio porte no interior de Goiás.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Pontuar a importância da atuação do auditor no processo de implantação da central de regulação de leitos hospitalares.
- Relatar os entraves encontrados no processo.
- Apresentar os benefícios advindos da implantação.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência do processo de implantação de uma central de regulação de leitos hospitalares, vivenciado pela coordenadora responsável no âmbito da Secretaria Municipal de

Saúde de um município de médio porte no interior do estado de Goiás. O processo teve início em Julho de 2015 e ocorreu em uma região com cerca de 200 mil habitantes, economicamente baseada na agropecuária, que contava com as seguintes unidades de saúde: uma Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA), um hospital municipal com cerca de 70 leitos, uma maternidade contratualizada com o SUS, um hospital filantrópico com 40 leitos contratualizados com o SUS, além de unidades básicas de saúde, um centro de atendimento integrado a saúde (CAIS) e um centro de especialidades odontológicas (CEO).

**BREVE HISTÓRICO SOBRE A REGULAÇÃO NO MUNICÍPIO:** Até julho de 2015, os leitos hospitalares SUS do município não eram regulados pelo gestor municipal, portanto, para reverter esse quadro a Central de Regulação de Leitos foi implantada com intuito de regulamentá-los no hospital municipal e do hospital filantrópico contratualizado SUS. Até então, não havia um mediador para interceder e classificar os pacientes que necessitavam de vagas no município, o contato para solicitações de vagas eram feitos pela equipe solicitante diretamente para a equipe executante, sem que houvesse uma lista de espera com priorização dos pacientes mais graves. Esse contexto gerava conflitos, por exemplo, casos em que pacientes ficavam mais de três dias aguardando a internação em leitos improvisados na UPA, uma vez que não se tinha controle exato de todos os fatores agravantes, como o tempo de espera para o tratamento adequado. Em razão da necessidade de qualificar o atendimento e obedecer à Portaria Nacional de Regulação, foi designada uma equipe de auditores para implantar a Central de Regulação de Leitos Hospitalares municipais. Para tanto, foram necessárias à formulação e a implantação de roteiros, fluxos, instrumentos e treinamentos com todos os envolvidos no processo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

**Elaborações dos Instrumentos de Trabalho:** A primeira etapa no processo de implantação da Central Municipal de Regulação de Leitos foi o desenvolvimento dos manuais, protocolos e a estruturação dos fluxos regulatórios, com base no Manual de implantação de complexos reguladores (Ministério da Saúde, 2006) e na Política Nacional de Regulação. Para este fim, foram realizados levantamentos manual e presencial, através de visita técnica, em todos os leitos hospitalares SUS do local. Estes foram mapeados e divididos em clínicos, cirúrgicos, emergenciais, eletivos, intensivos e pediátricos. A partir dos dados obtidos nas visitas, foi formulada uma variedade de normas, como o Protocolo de acesso, com os fluxos a serem seguidos, o Regulamento Operacional da central de regulação de leitos, os protocolos para as unidades executantes e solicitantes, e para os médicos reguladores, enfermeiros e atendentes de regulação. A elaboração desses levou em consideração a realidade das unidades envolvidas, as quais foram constatadas nas visitas e em inúmeras reuniões realizadas entre os gestores das unidades e a equipe responsável pela implantação. Devido à precariedade de recursos físicos, tecnológicos e financeiros foram feitas muitas adaptações. Foi construída e equipada uma sala para equipe no prédio que abrigava as Centrais de Regulação ambulatorial e de urgências e emergências do SAMU. Inicialmente, a equipe foi composta por três atendentes com formação de enfermeiros que recebiam apoio técnico da equipe de médicos responsáveis pela Regulação de urgência e emergência. Nesse cenário, na sala da central havia dois computadores conectados à internet e uma linha de telefone fixo.

Contudo, as unidades solicitantes e executantes não apresentavam equipamentos em número suficiente para executar as tarefas necessárias, resultando em incapacidade de tornar o processo informatizado como um todo. Foi criado um email para a central e três grupos em uma rede social para comunicação com esta, sendo que o primeiro utilizado para contato dos solicitantes, o segundo para o executante contratualizado, e o terceiro para o executante municipal. Foi desenvolvida uma ficha de regulação que constava com dados pessoais, sociais, clínicos, laboratoriais e classificatórios dos pacientes.

Esta, estava sob responsabilidade dos médicos plantonistas solicitantes para preencher, e a equipe de enfermagem em encaminhar via email em grupo criado. Desta forma, o regulador teria as informações necessárias para priorizar as vagas de acordo com a realidade clínica e as demandas. Foi realizado ainda um levantamento das pactuações regionais e estaduais e dos atendimentos realizados nos últimos seis meses para pacientes de outros municípios, para que os gestores tivessem controle se os serviços executados para as demais áreas próximas estavam dentro da relação dos firmados. Para tanto, foi utilizada a Programação Pactuada Integrada, instrumento revisado anualmente pelas secretarias municipais e regionais de saúde (Brasil, 2006).

**Sensibilizações da Equipe de Saúde e Gestores:** Houve várias reuniões entre os gestores das unidades de saúde envolvidas no processo de regulação, nas quais foram discutidos, organizados e remanejados os fluxos regulatórios. Nos primeiros encontros, foram abordados os objetivos e os meios para alcançá-los, as principais reações dos gestores das unidades envolvidas demonstraram incredulidade na eficácia e na necessidade do processo. Além disso, a logística estava como ponto mais debatido, tendo em vista o fato de que os recursos humanos eram deficitários nas unidades, e estas não possuíam condições financeiras para contratar funcionários que pudessem operar nos Núcleos Internos de Regulação (NIR). Diante desses fatores, foi necessária uma adaptação, a fim de capacitar os profissionais da própria assistência para executar as atividades de comunicação com a central de regulação, repassando os protocolos estruturados para os gestores capacitarem suas equipes e realizamos orientações locais.

**Sistematização da Regulação:** A preparação das normas foi traçada da seguinte forma: o processo de regulação e internação começava no pronto atendimento (adulto ou pediátrico), onde o paciente, ao chegar por livre demanda, era referenciado pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgências (SAMU). Se esse fosse proveniente de outro município pactuado, era acolhido e triado pela equipe de saúde, a qual ao constatar a necessidade de internação hospitalar preenchia a ficha de regulação e a repassava à central via web (rede social ou email). No núcleo, os enfermeiros de regulação recebiam os prontuários, atualizavam os dados clínicos dos pacientes que aguardavam por leitos e posteriormente, atualizavam o mapa de vagas nas unidades executantes. Ao receber uma ficha, os atendentes transcreviam as informações para uma lista de priorização no computador, discutiam os casos com os médicos reguladores e quando as vagas surgiam, eram os atendentes que realizavam as solicitações por meio ligações ou email de acordo com as instruções.

A unidade executante que tivesse a vaga para receber o paciente, recebia e analisava o formulário, caso o perfil do paciente estivesse de acordo com a capacidade da unidade em atendê-lo, a internação era autorizada. Logo, o atendente entrava em contato com a parte solicitante comunicando a autorização da vaga em determinado hospital e fornecia uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH). As AIHs são numerações que o hospital executante é capaz de cobrar pela internação através do Sistema de Informações Hospitalares (SISAIH), e com estas ainda é possível ter a segurança de que o paciente que ocupa uma vaga no SUS foi devidamente atendido, regulado e encaminhado pelo complexo regulador, auxiliando na diminuição de fraudes como o "corte" de filas de espera. Nas unidades subordinadas, sempre que ocorriam altas hospitalares, a central de regulação era comunicada, mantendo-se assim esta a par da rotatividade e disponibilidade de leitos. O auditor da Secretaria de Saúde realizava ainda, semanalmente auditorias locais para averiguar a correta utilização e ocupação das vagas. Como a demanda no município era superior à oferta de vagas, criou-se uma lista de priorização, na qual todos os pacientes que estavam nos prontos atendimentos aguardando, ficavam listados e seus dados clínicos e sinais vitais eram atualizados diariamente, com possível remanejamento de acordo com as alterações em seu estado clínico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, foi encontrada certa resistência dos gestores das unidades de saúde, além de incertezas quanto à eficácia do processo, e receio de que este fosse ocasionar transtornos à equipe da assistência que comandava o processo. Nesse sentido, tornou-se necessária a conscientização da importância de possuir um fluxo ordenado e regulado, a fim de que toda a equipe e os gestores de saúde teriam respaldo legal para executar suas atividades, o que ocorreu intensamente durante os seis primeiros meses. Após este período, as equipes já estavam habituadas a nova rotina de regulação e conscientes sobre a sua relevância. Assim, neste momento iniciou-se a busca de alternativas para informatizar a central, devido ao fato de que não havia um sistema unificado que se relacionasse com as unidades de regulação estadual, além das dificuldades em organizar e direcionar o fluxo dos pedidos de vagas do município para o Estado. No início de 2016, com o apoio da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás foi pleiteada a possibilidade de implantar um sistema de informatização dos processos e procedimentos de atenção à saúde do SUS, que estava em fase de desenvolvimento e era conhecido como Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde (SIGA Saúde).

Este visava identificar e viabilizar informações sobre os usuários, agilizar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a interação com outros sistemas de informação. Em maio de 2016, o município recebeu o módulo de regulação hospitalar e as devidas capacitações das equipes, com isto, os leitos da maternidade contratualizada passaram a também ser coordenados, possibilitando ao gestor municipal maior respaldo e transparência no acesso aos leitos e a população um acesso mais ágil e organizado aos serviços de saúde. No decorrer de todo este processo, a atuação dos auditores da Secretaria Municipal de Saúde foi essencial, pois foram eles os coordenadores responsáveis por levantar as pactuações de atendimento hospitalar regionais, mapear as condições dos leitos municipais, estruturar os protocolos de regulação, capacitar equipes e realizar auditorias e vistorias locais nas unidades executantes.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. 2006. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Manual de implantação de complexos reguladores. Brasília.
- BRASIL. Decreto nº 7508, de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.80/90. Brasília, DF, 2011. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato20112014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em 30 de out. de 2016.
- BRASIL. Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm) Acesso em: 30 out. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria n.399/GM, 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, Brasília, DF, fev. 2006. Seção 1. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/.htm>>. Acesso em: 10 out. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1559-%5B2870-120110-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em 30 de out. de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle; Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde, série pactos pela saúde, v.5, 2006. <http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>. Acesso em 30 de out. de 2016.
- Caleman G, Sanchez MC, Moreira ML. Auditoria, controle e programação de serviços de saúde. Volume 5. São Paulo, 1998. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. (Série Saúde & Cidadania) Editora Fundação Petrópolis Ltda, 1998.
- Castro JD. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. Sociologias; V.4 (7), P. 122-135, 2002.
- Costa LS, Gadelha CAG, Borges TR, Burd P, Maldonado J, Vargas M. 2012. A dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços de saúde. Rev. Saúde Pública, vol.46, supl.1, São Paulo Dec. .
- Lima LD, Queiroz LFN, Machado CV, Viana ALA. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do pacto pela saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.
- Magalhães Júnior HM. O desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade, em sistemas privados-dependentes: a experiência de Belo Horizonte. 2006. Tese (doutorado) – Faculdade de ciências Médicas, Universidade estadual de Campinas, Campinas, SP, 2006.
- MEDEIROS, DCS. O papel do enfermeiro na auditoria de serviços de saúde. 2008. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Auditoria de Sistema e Serviços de Saúde) – Instituto de Ensino Superior de Londrina, Faculdade Integrado Inesul, Londrina, 2008.
- Silva EC; Gomes MHA. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. Saúde e Sociedade, São Paulo, vol.23, n.4, Oct./Dec. 2014.
- Silva MRS, Silva LMS, Dourado HHM, Nascimento AAM, Moreira TMM. Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos. Rev Bras Enferm. Brasília, mai-jun; v. 65(3), p.538-8, 2012.
- STARFIELD, B. 2002. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco.

\*\*\*\*\*