

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Mônica de Albuquerque Costa

**Avaliação das inconsistências do Sistema Nacional de Regulação e seu
impacto na marcação de consultas ambulatoriais eletivas em Dermatologia em
Juiz de Fora/Minas Gerais**

Juiz de Fora

2025

Mônica de Albuquerque Costa

Avaliação das inconsistências do Sistema Nacional Regulação e seu impacto na marcação de consultas ambulatoriais eletivas em Dermatologia em Juiz de Fora/Minas Gerais

Defesa de Tese apresentado ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito à obtenção do grau de Doutora em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Nádia Rezende Barbosa Raposo

Juiz de Fora

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

de Albuquerque Costa, Mônica .

Avaliação das inconsistências do Sistema Nacional de Regulação e seu impacto na marcação de consultas ambulatoriais eletivas em Dermatologia em Juiz de Fora/Minas Gerais / Mônica de Albuquerque Costa. -- 2025.

93 f. : il.

Orientadora: Nádia Rezende Barbosa Raposo

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, 2025.

1. Regulação e Fiscalização em Saúde. 2. Atenção à saúde. 3. Sistemas de Informação em saúde. I. Rezende Barbosa Raposo, Nádia, orient. II. Título.

Mônica de Albuquerque Costa

**Avaliação das inconsistências do Sistema Nacional de Regulação e seu impacto na
marcação de consultas ambulatoriais eletivas em Dermatologia em Juiz de Fora/Minas
Gerais**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde. Área de concentração: Pesquisa Pré-clínica e de Inovação Tecnológica.

Aprovada em 07 de abril de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Nádia Rezende Barbosa Raposo - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Maria Cristina D'Ascensão Mansur

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Maria Christina Marques Nogueira Castañon

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Daniela de Oliveira Werneck Rodrigues

Fundação Hemominas

Profa. Dra. Maria Cristina Cardoso de Mendonça

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 01/04/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Nadia Rezende Barbosa Raposo, Professor(a)**, em 07/04/2025, às 21:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daniela de Oliveira Werneck Rodrigues, Usuário Externo**, em 07/04/2025, às 22:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Christina Marques Nogueira Castanon, Professor(a)**, em 08/04/2025, às 12:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **MARIA CRISTINA CARDOSO DE MENDONCA, Usuário Externo**, em 08/04/2025, às 20:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Cristina D'Ascensao Mansur, Usuário Externo**, em 14/04/2025, às 09:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2325693** e o código CRC **3C9CCB35**.

Dedico este trabalho aos pacientes do SUS, para que tenham um atendimento mais ágil e acesso a uma saúde pública de qualidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que participaram da realização deste sonho; a conclusão do doutorado representa mais uma etapa da construção de conhecimento que será aplicado à minha prática clínica e vida acadêmica.

Agradeço a equipe da regulação assistencial da prefeitura de Juiz de Fora, a qual participo desde o projeto inicial da regulação médica em 2020, em especial a nossa supervisora que muito admiro como profissional, professora, chefe e coordenadora do projeto Eliana Amaro, a chefe do setor Karina Fabri, ao diretor do Departamento de Clínica Especializada Luiz Fernando Zanetti. A todos os funcionários da regulação, Sandra Toledo, Sandra Vasconcellos, Rogéria Sanguim, Lucimar Weitzel, Robson Luiz e os colegas médicos reguladores, agradeço a parceria, a dedicação, o trabalho em equipe e a vontade de contribuir para uma saúde pública de qualidade.

À orientadora Nádia Rezende Barbosa Raposo, por ser inspiração para seus alunos, por apoiar as nossas ideias, por ser exemplo de educação, sabedoria, paciência, criatividade, integridade, e amor pelo que faz.

Aos familiares Mary Albuquerque e Nilson Júnior, por sempre acreditarem em mim.

A minha família do coração, Patrick Teixeira e Adércio Delgado, por sempre estarem presentes e vibrando pelas minhas conquistas.

A Dra. Lúcia Lana, pelo apoio durante a trajetória.

Por fim, agradeço a Deus pela oportunidade de conhecer pessoas tão incríveis, por me permitir tamanhos amadurecimentos pessoal e profissional que esta experiência me proporcionou.

“O carinho e o respeito pela história do paciente é o grande diferencial”.

Patrick Teixeira

RESUMO

A Regulação da atenção à saúde tem como objeto a produção de ações como a regulação assistencial e a avaliação da atenção à saúde. É organizada em demandas através do software denominado Sistema Nacional de Regulação (SISREG), o qual leva em conta a classificação de risco individual e a quantidade de vagas disponíveis. Com o objetivo de identificar as inconsistências encontradas no SISREG e classificá-las, o presente trabalho buscou estratégias para agilizar o processo de marcação de consultas ambulatoriais em Dermatologia no município de Juiz de Fora/Minas Gerais. Foram identificadas as seguintes inconsistências: erros nos dados de identificação e na classificação de risco, digitação incorreta dos dados clínicos, respostas inadequadas aos questionamentos do profissional regulador, barreiras à realização do matriciamento e solicitações de usuários por atendimento com profissional específico ou em determinada unidade sem justificativa expressa. A estatística descritiva foi realizada com o cálculo da mediana, intervalo interquartil, valores mínimos e máximos, frequência absoluta e relativa. As análises estatísticas foram feitas no software IBM SPSS com o teste Qui-Quadrado, teste U de *Mann-Whitney* e ANOVA de *Kruskall-Wallis*. Das inconsistências encontradas, 28,5% foram relativas aos dados de identificação, 21,9% para erros na classificação e risco, 19,1% para unidade desejada, 17,1% para erros de digitação dos dados clínicos, 10,3% para respostas inadequadas às devolutivas da regulação, 1,7% para médico desejado e 1,4% para barreiras impostas ao matriciamento. Além disso, foi identificado elevado índice de cancelamentos de consultas (21,1% do total da amostra). Em Juiz de Fora, 10 das 63 unidades básicas de saúde concentraram a maioria das inconsistências encontradas (27,3%). Quanto aos municípios pactuados (n=155), 10 deles foram responsáveis por 18,5% das inconsistências. A mediana do tempo de marcação das consultas foi de 96 dias, sendo que em 25% dos casos foi próximo de 6 meses, a partir da entrada da solicitação no sistema. O tempo estimado que o médico regulador demorou para identificar as inconsistências no SISREG, no período do nosso estudo, teve uma mediana de 40 dias, sendo que em 25% dos casos este tempo foi maior que 2 meses. Quando comparados dos tempos de resolução das inconsistências no sistema, a mediana do tempo da solicitação até a identificação do erro foi maior em Juiz de Fora quando comparado aos outros municípios pactuados ($p < 0,001$). Já em relação ao tempo de resposta da unidade ou para marcação de consulta, não houve diferença estatística. Os resultados encontrados demonstraram uma comunicação ineficaz entre APS, centrais de marcação de consultas (CMC) e atenção especializada (AE). Com base nesta análise, será possível auxiliar na elaboração políticas públicas para abordar os principais problemas identificados com o objetivo de reduzir o tempo para a marcação de consultas.

Palavras-chave: Regulação e Fiscalização em Saúde, Atenção à saúde, Sistemas de Informação em saúde.

ABSTRACT

The purpose of Health Care Regulation is the production of health care actions, such as care regulation and health care assessment. It is organized into demands through software called National Regulatory System (SISREG), which considers individual risk classification and the number of vacancies. With the aim of identifying the inconsistencies found in SISREG and classifying them, the present work aims at strategies to speed up the process of scheduling outpatient consultations in Dermatology in the city of Juiz de Fora/Minas Gerais. The following inconsistencies were identified: errors in identification data and risk classification, incorrect typing of clinical data, inadequate responses to questions from the regulatory professional, barriers to carrying out teleconsultation and requests from users for care with a specific professional or in a specific unit without justification. Statistical analyses were performed using IBM SPSS software using the Chi-Square test, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis ANOVA. Of the inconsistencies found, 28.5% were related to identification data, 21.9% to errors in classification and risk, 19.1% to the desired unit, 17.1% to typing errors in clinical data, 10.3% for inadequate responses to regulatory feedback, 1.7% for desired doctor and 1.4% for barriers imposed to teleconsultation. Furthermore, a high rate of appointment cancellations was identified (21.1% of the total sample). In Juiz de Fora, 10 of the 63 health centers concentrated most of the inconsistencies found (27.3%). As for the agreed municipalities (n=155), 10 of them were responsible for 18.5% of the inconsistencies. The median time for scheduling appointments was 96 days, and in 25% of cases it was close to 6 months, from the time the request was entered into the system. The estimated time that the regulating physician took to identify inconsistencies in SISREG, during the period of our study, had a median of 40 days, and in 25% of cases this time was greater than 2 months. When comparing the times to resolve inconsistencies in the system, the median time from the request to the identification of the error was longer in Juiz de Fora when compared to the other municipalities that participated in the agreement ($p < 0.001$). Regarding the response time of the unit or to schedule an appointment, there was no statistical difference. The results found demonstrated ineffective communication between PHC, appointment booking centers (CMC) and specialized care (AE). Based on this analysis, it will be possible to assist in the development of public policies with the aim of reducing the time it takes to schedule appointments.

Keywords: Health Information Systems, Quality of Health Care, Health information technologies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma de agendamentos de consultas ambulatoriais em Juiz de Fora/MG.	34
Figura 2	Acesso ao SISREG.	36
Figura 3	Estratificação das inconsistências.	43
Figura 4	Porcentagem dos tipos de inconsistências observadas nos encaminhamentos para o serviço de Dermatologia em Juiz de Fora no período 2021 a 2023 (n = 1000).	47
Figura 5	Principais motivos, expressos em porcentagem, de cancelamentos das consultas (n=212) pela unidade solicitante.	51
Figura 6	Unidades Básicas de Saúde (UBSs) com número de inconsistências ≥ 20 no SISREG nos encaminhamentos para o serviço de Dermatologia em Juiz de Fora no período 2021 a 2023 (n = 1000).	52
Figura 7	Gráfico de barras contendo a proporção do tipo de inconsistências encontradas no SISREG no município de Juiz de Fora e outros municípios nos encaminhamentos para o serviço de Dermatologia em Juiz de Fora no período 2021 a 2023 (n = 1000).	53
Figura 8	Gráfico de barras contendo a proporção do tipo de inconsistências encontradas no SISREG no município de Juiz de Fora e outros municípios nos encaminhamentos para o serviço de Dermatologia em Juiz de Fora no período 2021 a 2023 (n = 1000).	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Tempo de resolução e porcentagem dos tipos de inconsistências observadas nos encaminhamentos para o serviço de Dermatologia em Juiz de Fora no período 2021 a 2023 (n = 1000).	49
Tabela 2	Mediana (1º quartil – 3º quartil), mínimo e máximo do tempo de resolução de inconsistências entre as unidades solicitantes de Juiz de Fora e de outras solicitantes observadas nos encaminhamentos para o serviço de Dermatologia em Juiz de Fora no período 2021 a 2023 (n = 1000).	55
Tabela 3	Mediana (1º quartil – 3º quartil) do tempo de resolução de inconsistências em função do tipo de inconsistência observada nos encaminhamentos para o serviço de Dermatologia em Juiz de Fora no período 2021 a 2023 (n = 1000).	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CMC	Central de Marcação de Consulta
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DCE	Departamento de Clínicas Especializadas
DDD	Código de Discagem Direta à Distância
DSMCA	Departamento de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FUNRURAL	Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural
GM	Gabinete do Ministro
HMTJ	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
HRJP	Hospital Regional João Penido
HU-UFJF	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPASE	Instituto de Assistência dos Servidores do Estado
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais

LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MG	Minas Gerais
NASF- AB	Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PJF	Prefeitura de Juiz de Fora
PDR	Planos Diretores de Regionalização
PSF	Programa de Saúde da Família
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPI	Programações Pactuadas e Integradas
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
RAS	Rede de Atenção em Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SciELO	<i>Scientific Electronic Library On-line</i>
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SSJF	Secretaria de Saúde de Juiz de Fora
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da informação
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VS	<i>Versus</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1	SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL	14
2.1.1	Sistema Público de Saúde após a criação do SUS	20
2.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	21
2.2.1	Funcionamento da Atenção Primária à Saúde	23
2.2.2	Estratégia de Saúde da Família	25
2.3	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	27
2.4	REGULAÇÃO ASSISTENCIAL	28
2.4.1	Regulação do acesso	29
2.4.2	Operacionalização da Regulação	31
2.5	CENTRAIS DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS	33
2.6	SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO - SISREG	35
2.7	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO E LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS	37
2.8	UNIDADES SOLICITANTES E ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS	38
3	OBJETIVOS	40
3.1	GERAL	40
3.2	ESPECÍFICOS	40
4	MATERIAL E MÉTODOS	41
4.1	DESENHO DO ESTUDO	41
4.2	ASPECTOS ÉTICOS	41
4.3	CARACTERIZAÇÃO DAS INCONSISTÊNCIAS	41
4.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA	45
5	RESULTADOS	46
6	DISCUSSÃO	57
7	ACHADOS RELEVANTES	74
7.1	REGULAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE BAIXA COMPLEXIDADE	74
7.2	JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO	75

7.3	INTERVENÇÃO PARA AS SOLICITAÇÕES PENDENTES NO SISTEMA	76
7.4	ESTRATÉGIAS DE MELHORIAS NA RAS	78
8	CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS	80
9	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICE A – INCONSISTÊNCIAS POR UNIDADES SOLICITANTES	87

1 INTRODUÇÃO

A saúde, segundo a Constituição Federal de 1988, é um direito de todos e um dever do Estado, que deve ser prestada sobre os princípios da universalidade, integralidade e equidade, e sob as diretrizes da descentralização, com atuação de todas as esferas de governo e com participação popular (Brasil, 1998). A organização da atenção e assistência à saúde, e a ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços, constituem os principais desafios para os gestores nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal (GAWRYSZEWSKI et al., 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal Brasileira pela Lei nº 8.080/90, tem papel de oferecer à população assistência à saúde de forma integral, universal, sem discriminação e que contemple a todos brasileiros em serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2020; SILVA e LEITE, 2022).

A regulação assistencial é definida no Pacto pela Saúde como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações, que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles. Portanto, requer o estabelecimento de protocolos assistenciais e aporte de recursos humanos, materiais e financeiros para a adequação da oferta, conforme as necessidades de saúde da população (VILARINS, 2012).

Para garantir o acesso aos serviços públicos ofertados em determinado município, a regulação assistencial das consultas ambulatoriais é organizada em demandas, através do software SISREG - Sistema Nacional de Regulação, o qual leva em conta a classificação de risco individual e a quantidade de vagas disponíveis na localidade capaz de atender a necessidade do usuário (CORDEIRO, 2015).

A cidade de Juiz de Fora compreende uma macrorregião localizada na Zona da Mata Mineira, que conta com 155 municípios pactuados e 66 unidades coordenadoras de cuidado. A avaliação das inconsistências encontradas no SISREG nos encaminhamentos para o serviço de Dermatologia no município de Juiz de Fora MG/Brasil teve como objetivo servir como instrumento de auxílio dos gestores do SUS, para identificar as não conformidades que levam ao atraso da marcação de consultas e ajustar as principais demandas da população, com

a oferta dos serviços de saúde próprios e pactuados.

Existem inúmeras barreiras impostas ao funcionamento do complexo regulador como a indisponibilidade de vagas que não corresponde à extensa demanda, as falhas nos critérios de encaminhamento da APS à atenção especializada (AE), os dados dos usuários preenchidos incorretamente, as dificuldades de comunicação entre a APS, a AE e as centrais de marcação de consultas (CMC), entre outros problemas.

A escassez de estudos voltados para os profissionais envolvidos na regulação em saúde indica a necessidade de um olhar mais atento da comunidade científica ao tema.

À luz dos conhecimentos atuais poucos são os dados disponíveis com informações do complexo regulador de consultas ambulatoriais eletivas em Dermatologia no município de Juiz de Fora, e a compreensão das inconsistências encontradas nos encaminhamentos da APS para a AE ajudam a elaborar políticas públicas e mensurar e seus impactos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde criado pela Constituição Federal Brasileira, pela Lei nº 8.080/1990 é considerado o maior sistema de saúde pública do mundo, presta atendimentos de todos os níveis de complexidade, ou seja, desde o nível primário de assistência a procedimentos mais avançados (BRASIL, 2020). O artigo 196 da Constituição prevê “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). A saúde é resultado de fatores determinantes e condicionantes, como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços (BARRETO, 2002).

Desde então, seu papel é oferecer à população assistência à saúde de forma integral, universal, gratuita e sem discriminação para todos os brasileiros em serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2020).

Para entender a atual situação da saúde no país, é necessário rever um breve histórico da construção do SUS, desde a segunda década do século XX.

No período representado pelo colonialismo a partir de 1500, a saúde no Brasil era restrita ao curandeirismo, executada por físicos e barbeiros, por saberes indígenas e pelos padres Jesuítas nas Santas Casas de Misericórdia. A saúde no Brasil iniciou-se com os cuidados de entidades filantrópicas e religiosas com atenção prestada por meio da caridade. Com a chegada da família real no país, a partir de 1808 a saúde pública era voltada ao controle sanitário de portos, visando interesses econômicos. Na República Velha (1889-1930) havia o predomínio de doenças infectocontagiosas como cólera, peste, febre amarela, febre tifoide, varíola, tuberculose e hanseníase, e para combater estas doenças adotou-se uma medicina higienista, com notificação das doenças, ações de vigilância sanitária executadas pelo Estado, campanha de combate à febre amarela por Oswaldo Cruz em 1903, e em 1904 a campanha de vacinação obrigatória contra a varíola (BARBOZA, REGO e BARROS, 2020; BERTOLOZZI e GRECO, 1996; FERNANDES e SOUSA, 2019).

Com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) por Carlos Chagas, iniciou-se no Brasil campanhas sobre saneamento, vigilância sanitária e controle de endemias (PAIM, 2015). Este departamento previa a extensão dos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial e materno-infantil, a saúde pública passou a ser tomada como questão social. Esse movimento sanitário difundiu a necessidade da "educação sanitária" como uma estratégia para a promoção da saúde (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

Em 1923, com a criação das caixas de aposentadorias e pensões (CAPs) pela Lei Eloy Chaves por meio do Decreto nº 4.682 de 24 de janeiro, os trabalhadores (ferroviários, portuários e marítimos) vinculados a este fundo tinham acesso à assistência médica. Além dos direitos sobre aposentadorias e pensões, os trabalhadores passaram a ter assistência na prestação de serviços como consultas médicas e fornecimento de medicamentos. Havia uma dicotomia de saúde no país: a saúde pública direcionava suas ações para a prevenção e controle de doenças, enquanto a previdência abordava a medicina individual (BERTOLOZZI e GRECO, 1996; FERNANDES e SOUSA, 2019; PAIM, 2015).

A crise econômica de 1929 criou condições propícias para a Revolução de 1930. O êxodo rural, decorrente da crise do café, impulsionou o processo de industrialização e urbanização. Desta maneira, os surtos epidêmicos se intensificaram, devido à piora das condições de vida, do excesso populacional e da falta de infraestrutura sanitária (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

A partir de 1930, com a criação do Ministério do Trabalho, a saúde dos trabalhadores começou a ganhar destaque no cenário nacional. Naquela época, a saúde no país era baseada nos institutos de previdência de trabalhadores do comércio, bancários, industriários e servidores públicos (GAWRYSZEWSKI, OLIVEIRA e GOMES, 2012). As CAPs foram então substituídas pelos Institutos de aposentadorias e pensões (IAPs), centralizados no governo federal e passaram a ter sua contribuição de acordo com as categorias profissionais, e não mais por empresas. Em 1966, as IAPs foram unificadas no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), concentrando recursos financeiros e ampliando a compra de serviços da rede privada, além das categorias de trabalhadores já citadas, passou a incluir cobertura da assistência médica aos trabalhadores rurais, empregados domésticos, autônomos e para os casos de acidentes de trabalho. Somente os trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho

tinham acesso à assistência médica, e às demais classes da população restavam buscar atendimento de forma privada ou filantrópica. Mesmo com a criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953, a saúde ainda estava a cargo da previdência social e dos trabalhadores contribuintes (BERTOLOZZI e GRECO, 1996; FERNANDES e SOUSA, 2019; PAIM, 2015).

Em 1963, a realização III Conferência Nacional de Saúde impulsionou as discussões sobre a insatisfação à centralização da saúde, apontando a dicotomia entre assistência médica e ações preventivas e buscou soluções para a construção de um modelo que fosse mais democrático e inclusivo, capaz de se responsabilizar pela saúde das pessoas (BASTOS e MATTA, 2007).

No período governo militar a partir de 1964, o sistema de saúde pública foi desfavorecido com as políticas dos governos militares, ocorreu incentivo ao setor privado e a compra de serviços para a previdência (FERNANDES e SOUSA, 2019).

Em 1967, após a implantação da Reforma Administrativa Federal, ficou estabelecido que o Ministério da Saúde seria o responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, atividades médicas e paramédicas, ações preventivas, vigilância sanitária, controle de portos, controle de drogas, medicamentos, alimentos e pesquisa médico-sanitária (BARBOZA, REGO e BARROS, 2020; BRASIL, 1986).

Na década de 60, os Departamentos de Medicina Preventiva vincularam os programas de integração docente-assistencial às escolas de medicina. Ações em medicina comunitária, realizadas em diversas localidades do país, faziam parte dos programas de formação médica, com iniciativa voltada para a interiorização da medicina (BASTOS e MATTA, 2007).

Em 1970, iniciou-se no Brasil um movimento social com a proposta de democratizar a saúde, com a participação de estudantes, profissionais de saúde e pesquisadores, conhecido com a Reforma Sanitária (PAIM, 2015). Nesta década, marcada por um contexto de crise econômica, social e política, e pelo autoritarismo do regime militar, foram propostas reformas no modo de organizar e prestar a assistência à saúde à população brasileira, mas com planos nacionais de desenvolvimento centralizados. Em 1974, foi instituído um grupo de trabalho interministerial, com projetos sob responsabilidade do MS, que preconizava o planejamento de recursos humanos, a preparação de pessoal para a saúde; e o

apoio ao desenvolvimento do programa nacional de preparação e distribuição estratégica de pessoal de saúde (CARVALHO, SANTOS E CAMPOS, 2013).

Somente em 1975, com a criação do Sistema Nacional de Saúde, programas de controles de doenças e atenção especial aos grupos prioritários foram implementados, como a saúde materno-infantil. O quadro epidemiológico mostrava a coexistência de doenças infectocontagiosas e doenças crônico-degenerativas. Além disso, doenças como esquistossomose, doença de Chagas, malária, dentre outras, que incidiam principalmente na zona rural, passaram a acometer também as cidades (BERTOLOZZI e GRECO, 1996; PAIM, 2015).

Nesta época, o MS cuidava dos assuntos relacionados às ações de promoção e prevenção da saúde, e o Ministério da Previdência Social, as ações voltadas à saúde dos trabalhadores formais (CORDEIRO, 2015).

Em 1977, o Ministério da Previdência Social foi dividido em Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (CORDEIRO, 2015). Neste mesmo ano, o INAMPS incorporou o Instituto de Assistência dos Servidores do Estado (IPASE), o Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural (Funrural) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA), oferecendo assistência a maior parte da população e sucedendo o INPS (PAIM, 2015).

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1978, contava com ações descentralizadoras de saúde, que inicialmente eram voltadas à população mais pobre do país no Nordeste e depois se estendeu a todo o território nacional. O PIASS previa o uso de tecnologias simples, como a inserção de agentes de saúde residentes nas comunidades. Tinha como propósito criar uma infraestrutura de saúde pública, para uma rápida expansão na cobertura de ações de alcance coletivo (BASTOS e MATTA, 2007).

No ano de 1981, foi formulado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), com o objetivo de estender a cobertura dos serviços de saúde para todo o território nacional, com integração da rede de serviços básicos e em outros níveis de atenção à de saúde (BASTOS e MATTA, 2007).

A Carta de Ottawa de 1986 reafirmou a importância da promoção à saúde e apontou a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população, abrangendo em seu conjunto cinco estratégias, a saber: 1) políticas

públicas saudáveis, 2) ambientes favoráveis à saúde, 3) reorientação dos serviços de saúde, 4) reforço da ação comunitária e 5) desenvolvimento de habilidades pessoais (HEIDMANN et al., 2006).

O processo de reforma sanitária, desencadeado por intelectuais e profissionais, impulsionava à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, com a temática “Direito à Saúde, Sistema de Saúde e Financiamento”, que contou com a participação da sociedade civil, profissionais da saúde, intelectuais, usuários e membros de partidos políticos e sindicatos. Neste período, foram introduzidos os conceitos de saúde pública que serviram de base para a formulação das leis orgânicas de saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Na conferência, os conceitos de universalidade e equidade, descentralização, integralidade e participação popular ganharam força para servir de base para a Constituição de 1988 (CORDEIRO, 2015). No que diz respeito aos aspectos relacionados à gestão de pessoas, foram pautadas a valorização da dedicação exclusiva ao sistema público, a remuneração e o plano de cargos e carreiras, a constituição de equipes multiprofissionais de acordo com as necessidades da demanda e aspectos relacionados à formação e à qualificação dos profissionais para atuação em um novo modelo (CARVALHO, SANTOS E CAMPOS, 2013).

Em 1988, na Assembleia Nacional Constituinte, foi promulgada a Constituição Federal e a saúde se tornou direito de todos e dever do Estado. Ficou estabelecido que a União seria o principal financiador da saúde pública no país e a responsável por formular políticas de saúde. O Estado implementaria políticas nacionais e estaduais, além de organizar o atendimento à saúde em seu território e o Município se tornaria o principal responsável pela saúde pública de sua população. A partir do Pacto pela Saúde, assinado em 2006, o gestor municipal assumiu a gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território (STRAUSS LR, 2006).

A União, os Estados e Municípios negociaram sobre ações, serviços e organização do atendimento através de pactuação intergestores. Estas negociações ocorreram na Comissão Intergestora Bipartite (estados e municípios) e na Comissão Intergestora Tripartite (os três entes federados) (STRAUSS LR, 2006).

O Sistema Único de Saúde se baseia nos princípios doutrinários - a universalidade, a equidade e a integralidade - e nos princípios organizativos:

regionalização, hierarquização, descentralização, a participação popular e complementaridade do setor privado; centrados na Lei nº 8.080/90 e 8.142/90 (BOTELHO, 2015; PIOLA et al., 2009; BRASIL, 1991, FERNANDES e SOUSA, 2019).

A universalidade garante atenção à saúde a todo e qualquer cidadão, uma vez que na Constituição Federal a saúde é considerada direito de todos e dever do estado. O princípio da equidade tem o objetivo de reduzir as desigualdades, garantir o tratamento diferenciado e direcionado aos que apresentam maiores demandas devido às diversas condições sociais, culturais e econômicas inferiores. Enxergar o ser humano como um todo, resume o princípio da integralidade, princípio do SUS que tem ações voltadas à promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação (BOTELHO, 2015; PIOLA et al., 2009; BRASIL, 1991, FERNANDES e SOUSA, 2019).

As diretrizes organizativas buscam garantir um melhor funcionamento do sistema. A regionalização e hierarquização organiza os serviços de saúde em níveis de complexidade, em determinada área geográfica e com serviços ofertados para atender as necessidades da população de determinada região. Buscam estabelecer os fluxos assistenciais entre os serviços, de modo que regule o acesso aos mais especializados, considerando que os serviços básicos de saúde são portas de entrada ao SUS. A descentralização confere poderes de gestão aos municípios, por meio de ações de saúde diretamente voltadas para determinada população (BOTELHO, 2015; PIOLA et al., 2009; BRASIL, 1991, FERNANDES e SOUSA, 2019).

A participação popular por meio dos Conselhos e Conferência de Saúde permite que o cidadão participe do planejamento das ações em saúde. Trabalhadores, gestores e usuários podem exercer a fiscalização das ações, com direito a voto nas principais decisões realizadas pelo governo, se comprometendo em garantir a qualidade dos serviços em saúde. As conferências de saúde são realizadas a cada quatro anos e tem por objetivo avaliar a situação da saúde no país, a fim de propor estratégias e diretrizes para políticas. Os conselhos de saúde, têm caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, para atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. E a complementaridade do setor privado ocorre

através de convênio firmado entre o setor público e o setor privado, para garantir atendimentos e serviços em saúde, que o setor público não é capaz de ofertar (BOTELHO, 2015; PIOLA et al., 2009; BRASIL, 1991, FERNANDES e SOUSA, 2019).

2.1.1 Sistema público de saúde após a criação do SUS

A década de 1990 foi marcada por um quadro de mudanças das conquistas sociais da década anterior, com a redefinição do papel do Estado como prestador de serviços. Vários serviços foram terceirizados e o Estado transferiu para entidades privadas a responsabilidade de gerenciar e prestar serviços, além de recursos públicos como imóveis, equipamentos e força de trabalho (CARVALHO, SANTOS E CAMPOS, 2013).

As primeiras iniciativas do Ministério da Saúde com ênfase na atenção primária surgiram quando foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, com o intuito de estimular a gestão local dos serviços de saúde pelos municípios (BASTOS e MATTA, 2007).

Em 1996 com a edição da NOB SUS 01/96, foi instituído o Piso da Atenção Básica (PAB), com repasse de verbas aos municípios de acordo com cálculo de base per capita. Com incentivo à implantação do PSF e do PACS, surgiu como estratégias para reorganização do modelo de atenção na rede pública de saúde (BASTOS e MATTA, 2007).

No período compreendido entre 1998 e 2001, o Ministério da Saúde passou a organizar as redes assistenciais, ampliando o acesso da população aos diferentes serviços de saúde. Linhas de ação fundamentais foram adotadas: a ampliação da atenção básica, a regionalização e a organização da assistência à saúde (GAWRYSZEWSKI et al., 2012).

O Brasil adotou o modelo de sistema de saúde público universal, a ampliação do acesso aos serviços oferecidos pelo SUS é um grande desafio que precisa caminhar junto ao crescimento populacional, e deve promover assistência ao público antes desassistido (BRASIL, 2015; GAWRYSZEWSKI et al., 2012; TOFANI et al., 2023).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Conferência de Cuidados Primários em Saúde, realizada no ano de 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão, serviu de base para a instalação da APS em diversos países, com a ideologia de ações em saúde voltadas para a prevenção e proteção; nutrição; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e fornecimento de medicamentos essenciais (FAUSTO e MATTA, 2007).

A definição de cuidados primários de saúde na conferência de Alma-Ata em seu artigo VI prevê: “Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Para Starfield (2002), a APS compreenderia o primeiro nível de atenção, servindo como base e conduzindo o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, para organizar e racionalizar o uso dos recursos direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. A autora define os conceitos que devem guiar a organização da APS, são eles: primeiro contato, continuidade, integralidade e coordenação do cuidado.

O Decreto Nº 7.508/11, que regulamentou a Lei nº 8.080/90, teve como principal objetivo esclarecer sobre o acesso universal às ações e serviços desempenhados pelo SUS, tornando a APS porta de entrada e ordenadora do acesso ao SUS em seu artigo 11º. Oficializou também os conceitos de região de saúde, contrato organizativo da ação pública da saúde, portas de entrada, comissões intergestores, mapa da saúde, rede de atenção à saúde, serviços

especiais de acesso aberto, protocolo clínico e diretriz terapêutica (PINTO et al., 2017).

“Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente” (DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011).

Neste contexto se insere a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde que envolvem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Segue os princípios da universalidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e da integralidade. Seus principais fundamentos são: possibilitar o acesso universal aos serviços de saúde com base no planejamento descentralizado; unir ações de promoção à saúde e prevenção de agravos ao tratamento e reabilitação; desenvolver relações de vínculo entre as equipes e a população adscrita; capacitar os profissionais de saúde e estimular a participação popular e o controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). A PNAB/2017 considera os termos Atenção Básica (AB) e APS, como termos equivalentes, de forma a associar ambos os princípios e as diretrizes definidas pela Lei nº 8.080/90.

A APS por meio de suas ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, é regida pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social; estabelece serviços desde a promoção à saúde e prevenção de agravos, passando pelo processo de tratamento até atingir a reabilitação e manutenção da saúde (SILVA e LEITE, 2022).

É a principal porta de entrada e coordenadora de ações e serviços em saúde, regida pelas diretrizes: Regionalização e Hierarquização, Territorialização, População Adscrita, Cuidado centrado na pessoa, Resolutividade, Longitudinalidade do cuidado, Coordenação do cuidado; Ordenação da rede e Participação da comunidade. A Regionalização e Hierarquização se referem à forma de organização de pontos de atenção entre si, com os fluxos e as referências estabelecidas. A Territorialização e Adscrição divide a área coberta por determinada equipe de saúde para dinamizar a ação

em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, para atender populações específicas, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo garantindo a continuidade das ações de saúde e do cuidado. O Cuidado Centrado na Pessoa aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada. A Resolutividade reforça a importância de a APS ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA nº 2.436 de 2017).

Para Bernardino Júnior e colaboradores (2020) e Bagatini (2017), com os recursos adequados, a APS pode cumprir suas funções primordiais, tais como a resolutividade de 85% das doenças mais comuns em saúde.

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários. A coordenação do cuidado é uma ação para elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. A ação de ordenar as redes é traduzida no reconhecimento das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, contribuindo para que o planejamento das ações, parta das necessidades de saúde das pessoas. A Participação da comunidade é a diretriz que estimula o exercício do controle social, como forma de ampliar a autonomia e coletividade do território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

2.2.1 Funcionamento da Atenção Primária à Saúde

Todos os estabelecimentos de saúde que prestam ações e serviços de AB, no âmbito do SUS, de acordo com a PNAB/2017 serão denominados Unidade Básica de Saúde, consideradas espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a rede de atenção em saúde (RAS).

A AB considera a pessoa em sua singularidade, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como a promoção da saúde. A melhora das condições de saúde envolve múltiplos determinantes e condicionantes, que podem ser abordados na AB. Deve dispor de infraestrutura

mínima para o seu funcionamento, adequada ao quantitativo de população adscrita, levando em consideração a densidade demográfica, o perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. Os espaços físicos e ambientes destinados à atenção básica devem ser adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, construídos de acordo com as normas sanitárias e cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). A fim de proporcionar uma atenção acolhedora e humana para os usuários, deve ter um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde, com equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população. A população adscrita por equipe deve ser de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado, com até quatro equipes por UBS, para que possam atingir seu potencial resolutivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A equipe de Saúde da Família deve ser composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS); podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, com número máximo de 750 pessoas por ACS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

São atribuições comuns a todos os membros das equipes que atuam na AB: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; cadastrar e manter atualizado os dados de saúde das famílias e dos indivíduos; realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita; participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de

intervenções de cuidado; contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da AB, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos; realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência); realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à AB; realizar visitas domiciliares a pessoas com problemas de saúde que não podem se deslocar até a UBS; participar de reuniões de equipes e atividades de educação permanente e continuada; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; promover a mobilização e a participação da comunidade e realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades definidas pelo gestor local (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O financiamento para as ações de AB deverá ser composto por recursos per capita; que levem em consideração aspectos sociodemográficos e epidemiológicos; recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas, tais como as equipes de Saúde da Família, as equipes de Atenção Básica, as equipes de Saúde Bucal, de Agentes Comunitários de Saúde, dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), dos Consultórios na Rua, de Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas, Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde. Além disso o financiamento da AB envolve recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços; recursos condicionados ao desempenho dos serviços de Atenção Básica e demais recursos de investimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

2.2.2 Estratégia de Saúde da Família

Dentre os avanços na saúde pública do país, pode-se considerar a criação de programas, projetos e políticas de saúde, como exemplo o Programa de Saúde da Família criado em 1994, que visa à reorganização da Atenção Básica no País. Em área geográfica determinada deve realizar cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde da comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias de um território (FERNANDES e SOUSA, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O PSF, que em sua criação era voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, em 1999, passou a ser considerado pelo MS como uma estratégia dos sistemas municipais de saúde, reorientando o modelo assistencial. Entre 1999 e 2007 houve aumento da cobertura no número de equipes atuantes (de 8,6 mil para 27 mil), no número de municípios beneficiados (de 2.766 para 5.093), e no acesso da população coberta (de 29,7% para 47%) em todas as regiões do país (PIOLA et al., 2009).

O modelo do programa propõe que a equipe multidisciplinar assuma a responsabilidade sobre um território de determinada população, com foco na família, com ações resolutivas sobre promoção da saúde (BASTOS e MATTA, 2007).

Na Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, o PSF passou a ser considerado uma estratégia prioritária para a reorganização da AB no Brasil, denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (BOTELHO, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). A ESF teve seu início com a instituição do PACS, criado pelo MS em 1991. Representou a ligação entre a comunidade e serviços de saúde, com ênfase nos princípios de descentralização (BOTELHO, 2015).

A Unidade de Saúde da Família (USF) representa o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, isto é, a "porta de entrada" dos pacientes aos serviços de saúde (BRASIL, 2001). As atribuições fundamentais da equipe de Saúde da Família são pautadas nas ações de cunho coletivo e individual, a continuidade do cuidado que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, pautando suas ações para entender a família como um espaço social (FERNANDES e SOUSA, 2019). Não deve ser interpretada como apenas um local de triagem e encaminhamentos, os profissionais que atuam na unidade devem ser capazes de atender aos problemas de saúde mais comuns para promover a saúde e prevenir doenças em geral (BRASIL, 2001).

Através das referências necessárias, os profissionais devem contactar os outros serviços, discutindo os casos e recebendo-os de volta, na contrarreferência, para continuar atuando no nível dos cuidados básicos. (BRASIL, 2001). Recomenda-se que cada ESF assista de 600 a 1.000 famílias,

até 4.500 habitantes. Cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) da equipe deve assistir de 20 a 250 famílias (BRASIL, 2001).

São atribuições comuns à todos os profissionais de saúde que atuam na ESF: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, realizar o cuidado em saúde da população adscrita, garantir a integralidade com ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos, realizar escuta qualificada dos usuários, participar das atividades de planejamento e educação permanente; e realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

As equipes de saúde através da construção de vínculos do cotidiano do trabalho, formam redes de apoio fundamental para compor um cuidado mais humanizado e integral, os profissionais de saúde no âmbito da AB são considerados os articuladores da rede de cuidado (SILVA e LEITE, 2022).

A implantação da ESF por meio do SUS, contribuiu para a redução de internações e queda de mortalidades por causas preveníveis e infantil em todo país. Deve ter capacidade resolutiva para reduzir a demanda para o nível secundário e terciário da saúde (SILVA e LEITE, 2022).

2.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Ministério da Saúde, como estratégia de estruturação da rede de cuidado, criou a RAS, que possui como objetivo a elaboração e coordenação de ações e serviços em saúde, para o atendimento do usuário do SUS em todo seu aspecto biopsicossocial, com um cuidado integral, garantido assim a consolidação do SUS em seu papel constitucional. A regulação do acesso por meio de protocolos de encaminhamentos determinará o fluxo da assistência à saúde (GUERRA et al., 2022; SILVA e LEITE, 2022).

As RAS têm como objetivo a organização de ações e serviços de saúde com apoio técnico, logístico e de gestão, com a finalidade de garantir a integralidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010 – PORTARIA Nº 4.279, de 30/12/2010). Seu funcionamento busca melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde, pois abrange a produção de todas as ações como a contratação, a regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância

epidemiológica e sanitária (BRASIL, 2006; CORDEIRO, 2015). São instrumentos para a localização e distribuição dos serviços em saúde as Programações Pactuadas e Integradas (PPI), os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e os pactos intergestores (BAGATINI, 2017; PIOLA et al., 2009).

Considera-se região de saúde um recorte de uma localização estratégica para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é o responsável pela mediação entre a central municipal e as unidades da APS, esta tem um papel de protagonista nos processos regulatórios de acesso a outros serviços, para atender a um conjunto de necessidades da população (SILVA JUNIOR et al., 2022).

Para Almeida e colaboradores (2010), um dos principais instrumentos para integrar a AB à média complexidade é a implantação de centrais informatizadas de regulação e marcação de procedimentos.

2.4 REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

A PNAB prevê a articulação e implementação de processos que fortaleçam práticas de regulação local com a comunicação entre unidades, centrais de regulação e serviços especializados (SILVA JÚNIOR et al., 2022).

A Política Nacional de Regulação é uma estratégia de gestão com finalidade de organizar o sistema de saúde, utilizar de forma adequada os recursos disponíveis, e garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde. Abrange a integração da atuação sobre os sistemas de saúde, sobre a produção de ações de saúde e sobre o acesso dos usuários à assistência (BAGATINI 2017; BRASIL, 2008; CORDEIRO, 2012; GUABARABA, GOMES e MELO, 2022; LIMA et al., 2013; SILVA et al., 2022; PIOLA et al., 2009; SILVA e LEITE, 2022; TOFANI et al., 2023; VILARINS, SHIMIZU e GUTIEREZ, 2012).

Possui três esferas de atuação, a Regulação de Sistemas de Saúde, organizada em sistemas municipal, estadual e nacional, que executam ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância. A Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, com ações diretas de atenção à saúde, dirigida aos prestadores públicos e privados. E a Regulação do Acesso com papel de organização, controle, gerenciamento dos fluxos assistenciais, baseada em protocolos, classificação de

risco e demais critérios de priorização (BAGATINI, 2017; BRASIL, 2008; CORDEIRO, 2012; GUABARABA, GOMES e MELO, 2022; LIMA et al., 2013; SILVA et al., 2022; PIOLA et al., 2009; SILVA e LEITE, 2022; TOFANI et al., 2023; VILARINS, SHIMIZU e GUTIEREZ, 2012).

Para a implementação da regulação assistencial foram necessárias algumas publicações de normas operacionais e portarias, tornando a regulação como prática de fortalecimento da gestão e assegurou a garantia de acesso aos serviços prestados. São essas publicações a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 2001/2002, que define a regulação assistencial. A publicação da Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) /MS nº 729/2002, que estabelece os indicadores destinados a elaboração e implementação dos Planos de Regulação. A Portaria do Gabinete do Ministro (GM)/MS Nº 399/2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão. E a Portaria GM/MS Nº 699/2006, que regulamenta a implantação dos Pactos pela Vida e Gestão do SUS e institui o Termo de Compromisso de Gestão (GAWRYSZEWSKI, OLIVEIRA e GOMES, 2012).

O Pacto pela Saúde, instituído pelo SUS define a Regulação em Saúde como uma diretriz que configura uma linha de financiamento de custeio específico, através do bloco de financiamento da gestão. Conceitua ainda as principais estruturas regulatórias; lista os princípios orientadores do processo de regulação, define metas e explicita as responsabilidades dos gestores municipais, estaduais, do Distrito Federal e do gestor federal (PINTO e CARNEIRO, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

2.4.1 Regulação do acesso

A regulação do acesso à assistência, também denominada regulação assistencial, foi definida no Pacto pela Saúde, como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles (BRASIL, 2008; CORDEIRO, 2012; LIMA et al., 2013; SILVA et al., 2022; VILARINS, SHIMIZU e GUTIEREZ, 2012).

Estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais, é um serviço que engloba a regulação médica baseada em protocolos. Organiza-se em áreas específicas como a regulação ambulatorial, de urgências e

emergências e de leitos hospitalares (PIOLA et al., 2009; SILVA JÚNIOR et al., 2022).

Apresenta também o objetivo de garantir a prestação de serviços à população, com ações voltadas aos prestadores públicos e privados para controle da oferta de serviços; construir e viabilizar os processos de referência e contrarreferência; capacitar as equipes que atuarão nas unidades de saúde; com a finalidade de alcançar a otimização na alocação e na distribuição dos recursos públicos (ARAÚJO et al., 2023; BAGATINI 2017; BASTOS et al., 2020; BRASIL, 2008; CORDEIRO 2015; SILVA e LEITE 2022; VILARINS, SHIMIZU e GUTIEREZ, 2012).

A regulação dos serviços de saúde é uma estratégia de planejamento, controle e avaliação que intermedeia a relação dos usuários com os prestadores de saúde buscando garantir a assistência integral, universal e de forma equânime aos usuários do SUS (LIMA et al., 2013; PINTO e CARNEIRO, 2012). Além disso a regulação atua como observatório do sistema, capaz de identificar as dificuldades da rede de assistência, e sua interface vai além dos sujeitos envolvidos na ação, este funcionamento envolve a participação da gestão, organizando a oferta e demanda, a pactuação com os serviços públicos e privados, os profissionais que representam a linha de força para o bom andamento do serviço e os usuários que buscam os serviços (GAWRYSZEWSKI, OLIVEIRA e GOMES 2012).

Em relação a acessibilidade do usuário às consultas médicas especializadas, a distância geográfica entre os usuários e as unidades de atendimento são dificuldades dependentes da logística e transporte. Além disso, são problemas relacionados à estrutura organizacional dos serviços, os turnos de funcionamento das UBSs e CMC e os aspectos socioculturais como as crenças e credibilidade nos serviços de saúde (PINTO e CARNEIRO, 2012).

O processo regulatório se apresenta como importante estratégia para compatibilizar a relação entre necessidade, demanda e oferta (SILVA JUNIOR, 2022). Deve assegurar o acesso aos exames dos usuários da AB; agilizar o processo de autorizações; e garantir o acesso dos usuários às consultas médicas, terapias ou exames (GAWRYSZEWSKI, OLIVEIRA e GOMES, 2012).

É um processo dinâmico e está em constante mudança para a identificação mais rápida dos casos mais graves e para direcionar os casos para o

estabelecimento de saúde mais adequado para o tratamento do paciente, evitando deslocamentos desnecessários e diminuindo o tempo de espera para as consultas (BAGATINI, 2017).

Sua função é conhecer a demanda pelos serviços de saúde e disponibilizar, de forma ordenada, a oferta existente (LIMA et al., 2013; PINTO e CARNEIRO, 2012). Segue o princípio da regionalização, que prioriza a proximidade do local de atendimento à residência do usuário e a hierarquização do atendimento de acordo com o grau de complexidade exigido pelo problema de saúde do usuário (LIMA et al., 2013; PINTO e CARNEIRO, 2012).

O complexo regulador consiste na articulação de centrais de atenção às internações, às consultas, aos serviços especializados e aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, com base em protocolos de atenção à saúde. Tem a finalidade de fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde; absorver os processos autorizativos; efetivar o controle dos limites físicos e financeiros; estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e executar a regulação médica do processo assistencial (BAGATINI, 2017).

O gestor estadual realiza a regulação das referências de diferentes níveis de complexidade de abrangência local, intermunicipal e interestadual através da coordenação da PPI da atenção em saúde, do processo de regionalização e das redes, com o controle das agendas de consultas e procedimentos especializados (BAGATINI, 2017).

Para efetivação do complexo regulador, os municípios devem organizar os serviços ofertados a partir da atenção básica, avaliando as necessidades da população adscrita e os processos de referência e contrarreferência. Quando o usuário não consegue resolver suas necessidades na APS, ele é direcionado para outro nível de complexidade da rede de cuidado (SILVA e LEITE, 2022).

A atenção ambulatorial especializada faz parte da rede de hospitais, policlínicas e centros especializados e, para atendimento em serviço ambulatorial, é necessário encaminhamento de um médico da APS, através de sistema operado pela central municipal (SILVA JUNIOR, 2022).

2.4.2 Operacionalização da Regulação

Os profissionais reguladores avaliam as solicitações feitas pelos profissionais da APS do território regulado, podendo autorizá-las e agendá-las,

devolvê-las ou mesmo recusá-las, por meio do Sistema Nacional de Regulação - SISREG (SILVA et al., 2022). Fazem a conexão entre os elementos do sistema de saúde e os usuários, interagindo e facilitando o acesso aos serviços de saúde (BASTOS et al., 2020).

Para Bernardino Júnior e colaboradores (2020), o papel do regulador é de extrema importância na coordenação dos fluxos de pacientes entre APS e as outras estruturas da RAS, pois exige conhecimento técnico e de gestão, para ter a capacidade de observar qual é a melhor assistência que o sistema de saúde pode ofertar, de acordo com as necessidades dos usuários dos serviços de saúde. É importante que esse profissional aponte as carências das RAS ao gestor, para auxiliá-lo na priorização dos investimentos nas várias áreas. Fazem a conexão entre os elementos do sistema de saúde e os usuários, interagindo e facilitando o acesso aos serviços de saúde.

Para garantir a equidade no sistema de saúde, é preciso estabelecer uma relação entre o tempo de espera pelo atendimento ou procedimento de acordo com a necessidade do usuário, e não apenas seguindo a ordem de chegada ou de solicitação no sistema. O processo regulatório se apresenta como importante estratégia para o acesso aos serviços de saúde de forma transparente, oportuna e equânime, fazendo uma conexão entre necessidade, demanda e oferta. A participação de uma APS bem estruturada, como porta de entrada principal, auxilia no processo de priorização do acesso aos serviços assistenciais, de modo a garantir a efetivação da equidade no sistema de saúde (SILVA JUNIOR, 2022).

Para o correto funcionamento do sistema de regulação, há a necessidade do aperfeiçoamento dos encaminhamentos médicos, que quando inadequados geram deslocamentos inúteis dos usuários e ocupação desnecessária de vagas (GUERRA et al., 2022). Para isso, este funcionamento deve ser baseado em uma atenção básica resolutiva e encaminhamentos responsáveis (GAWRYSZEWSKI, OLIVEIRA e GOMES, 2012).

São pontos frágeis na regulação do acesso a escassez e/ou desigualdades na oferta de serviços especializados, como exames e especialidades médicas e a interface deficiente entre APS e AE (SILVA et al., 2022; BRASIL. PORTARIA Nº 1.559. Brasília, DF, 01 de agosto de 2008).

Assim como no Brasil, em Portugal, o sistema de saúde possui critérios para a referência de pacientes, com diferentes condições clínicas, aos demais

níveis de atenção, porém o acesso a exames complementares está disponível aos serviços de APS, não havendo, como em alguns serviços de saúde no Brasil, a necessidade de encaminhamento única e exclusivamente para solicitação de exames diagnósticos complementares (BERNARDINO JUNIOR et al., 2020).

No Canadá, a APS também é a base do sistema de saúde, o médico de família é o profissional responsável pelo seguimento horizontal e encaminha para especialistas seguindo a característica de racionalidade (BERNARDINO JUNIOR et al., 2020).

2.5 CENTRAIS DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS

No campo da saúde pública, os mecanismos regulatórios são estruturados em complexos e centrais de regulação, que atuam uma ponte entre demanda e oferta, que integra e articula serviços, entre eles as centrais de internação, consultas, exames especializados, cirurgias eletivas, urgência, alta complexidade, entre outras. Para a implantação dos complexos reguladores é necessária uma estrutura mínima de funcionamento, com infraestrutura de mobiliário e equipamentos e processo de capacitação permanente de recursos humanos. Para o seu funcionamento, a regulação conta com uma equipe de gestores e profissionais reguladores, que têm a responsabilidade de assegurar a autorização das solicitações de procedimentos de saúde (BASTOS et al., 2020).

Figura 1- Fluxograma de agendamentos de consultas ambulatoriais em Juiz de Fora/MG.



Legenda: A partir de uma demanda do usuário dos sistemas de saúde na UBS, o médico da unidade através dos protocolos de acesso, deve encaminhar as demandas que não são passíveis de serem resolvidas na APS à AE via SISREG. Após este agendamento, esta informação chega à APS, onde o usuário é avisado do seu agendamento.

Fonte: A autora (2025).

As CMCs atuam como estratégia para operacionalizar e reorganizar o acesso dentro do sistema de saúde. De acordo com o MS, CMC destinam-se ao gerenciamento das ações de saúde ambulatorial que não têm resolubilidade na APS, isto é, no encaminhamento do usuário que necessita de consultas com especialistas, de exames especializados ou de outras terapias. Demandam uma pactuação entre os prestadores de serviços e o gestor, com a formalização de contratos; cadastros de estabelecimentos, profissionais e usuários; padronização da solicitação para consultas e exames através dos protocolos para encaminhamentos, criação de fluxos de referência para autorização de procedimentos. Funcionam como unidade administradora das consultas especializadas, originadas pelas unidades básicas de saúde dos municípios. Representam o local que recebe as solicitações de atendimento, com o papel de avaliar, processar, classificar o risco e priorizar o agendamento da ação em saúde, atuando em áreas de urgência/emergência, internações eletivas, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, pactuadas entre gestores estaduais, regionais e municipais (BAGATINI, 2017; SILVA e LEITE, 2022; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; BRASIL, 1995; MOTA, CARRARO e ARAÚJO, 2018).

As CMCs deveriam facilitar a incorporação às tecnologias em saúde, buscando garantir o acesso dos cidadãos à rede de serviços públicos, operacionalizando a hierarquização da saúde em todo o estado, aperfeiçoando a utilização dos serviços de referência, segundo os critérios de necessidades de saúde da população, para oferecer a melhor resposta assistencial disponível às demandas existentes (GAWRYSZEWSKI, OLIVEIRA e GOMES 2012).

O processo de agendamento e autorização nas CMCs são gerenciados pelo SISREG, que se articulam com outros bancos de dados como: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Tabela de procedimentos e medicamentos, Cartão Nacional de Saúde (CNS) dentre outros, com o objetivo de reestruturar e organizar o acesso aos serviços de saúde. O SISREG permite a monitorização, avaliação, planejamento e programação pela equipe responsável em cadastrar e autorizar os procedimentos de média e alta complexidade regulados, facilitando aos gestores métodos para melhorias na rede de atenção à saúde (SILVA e LEITE, 2022).

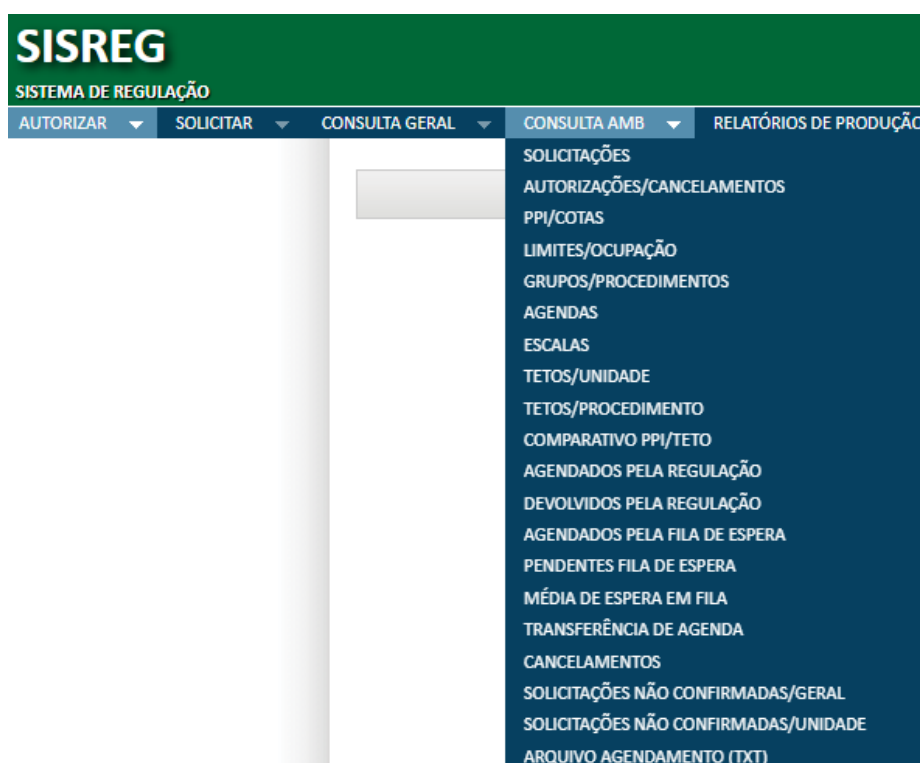
2.6 SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO - SISREG

O SISREG, é um *software* on-line que funciona por meio de navegadores, disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para o gerenciamento de todo complexo regulatório (ALMEIDA et al., 2010; CORDEIRO, 2015; MOURA, 2004; PINTO e CARNEIRO, 2012).

É uma ferramenta que foi desenvolvida pelo MS no período de 1999-2002, que permite a identificação dos estabelecimentos e dos profissionais de saúde de determinado território (CORDEIRO, 2015; MOURA, 2004; PINTO e CARNEIRO, 2012). Além de organizar os serviços de regulação em saúde, controla o fluxo, otimiza a utilização dos recursos e integra a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria (CORDEIRO, 2015; MOURA 2004; PINTO e CARNEIRO, 2012).

Este sistema on-line (Figura 2) foi criado para o gerenciamento desde a rede básica até a internação hospitalar, visando a humanização dos serviços (<https://sisregiii.saude.gov.br/cgi-bin/index#>).

Figura 2 - Acesso ao SISREG.



Legenda: Tela de acesso às funcionalidades do SISREG.

Fonte: <https://sisregiii.saude.gov.br/cgi-bin/index#>

Permite o agendamento on-line de consultas médicas e procedimentos especializados em um determinado município, que necessita referenciar pacientes entre os diversos níveis de atenção. Este sistema representou o marco inicial da informatização dos complexos reguladores (CORDEIRO, 2015; MOURA 2004; PINTO e CARNEIRO, 2012).

O SISREG se apresenta como principal ferramenta da regulação assistencial ambulatorial nos municípios, com interface entre APS e AE (SILVA JUNIOR, 2022). Além de regular o acesso e a marcação de consultas e exames, o SISREG permite o monitoramento on-line das filas de espera para a atenção especializada (ALMEIDA et al., 2010).

Apesar da grande vantagem da informatização dos serviços, o funcionamento do sistema de agendamento de consultas especializadas via internet apresenta entraves que dificultam regular os procedimentos no sistema. Dentre eles, estão a dificuldade de comunicação com o paciente no qual foi agendado uma consulta ou procedimento, o problema técnico no sistema/internet da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a falta de recurso

financeiro para o deslocamento dos pacientes até os locais de atendimento e a não confirmação da persistência da necessidade do atendimento dos pacientes que aguardam na fila de espera (PINTO e CARNEIRO, 2012). Outro problema que pode dificultar o bom funcionamento do SISREG é a falta de habilidade do operador do sistema, o que se traduz na falta de treinamento e capacitação dos profissionais reguladores (PINTO e CARNEIRO, 2012).

Por isso, destaca-se a importância da realização de capacitações e treinamentos desses profissionais, para desenvolver conhecimentos e habilidades necessárias para operar o sistema. Pode-se apontar ainda, como entrave, a falta de estrutura técnica e os problemas de conectividade com a rede de internet. Quando a conectividade apresenta problemas com frequência ou há problemas relacionados à instabilidade e/ou lentidão do próprio sistema de regulação, há prejuízo no funcionamento do serviço de regulação (SILVA JUNIOR, 2022).

2.7 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO E LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

A comunicação deficiente entre APS e AE pode gerar devolutivas no sistema, que poderiam ser evitadas caso as informações do histórico de saúde dos pacientes estivessem contidas em um prontuário eletrônico. Além disso, tanto o prontuário, quanto os encaminhamentos realizados de forma manual, podem apresentar alto número de perdas. E com um sistema de arquivos mal organizado, ocorrem atendimentos com prontuários avulsos e envelopes e arquivos em mau estado de conservação (BOTELHO, 2015). Segundo o mesmo autor, a desvalorização do prontuário como um documento, além dos problemas de organização, pode trazer graves prejuízos para a compreensão da história médica dos pacientes. Erros como o mau preenchimento pela equipe, falta de registros, letra ilegível, folhas soltas e fora de ordem são comumente encontrados. A implementação do prontuário eletrônico pode trazer benefícios como a redução no tempo de espera no atendimento e melhorar a comunicação entre os profissionais (BOTELHO, 2015).

O e-SUS AB foi criado através da Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013. A utilização do e-SUS como instrumento utilizado para armazenamento das informações do atendimento ao usuário, com o objetivo de permitir o

acompanhamento dos profissionais da APS durante as consultas e consequentemente no processo de encaminhamento para rede especializada (SILVA e LEITE, 2022).

É um avanço nos atendimentos médicos em UBS ter prontuários eletrônicos, pela facilidade de unificação efetiva do atendimento em âmbito nacional, além de propiciar levantamento de dados estatísticos para a melhoria da região/cidade (DUARTE, 2016; CARREGARO, 2020). Os encaminhamentos médicos também são neles realizados, ficando lá registrados não sendo possível serem deletados (BOTELHO, 2015).

Para Almeida e colaboradores (2010), o compartilhamento de informações em diferentes níveis de atenção, pode ser facilitado pelo aprimoramento da coleta e disseminação das informações sobre pacientes e prestadores e pela ampla utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação.

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), que entrou em vigor em 14 de agosto de 2020, discorre sobre o tratamento de dados pessoais e dados sensíveis por pessoa jurídica de direito público ou privado. Assim, caso ocorra a perda ou extravio de encaminhamento de um paciente (considerado o titular dos dados pessoais), a UBS violará a LGPD podendo ser aplicada penalidades como: multa simples de até 2% do faturamento, advertência, bloqueio dos dados pessoais, entre outras (Lei Ordinária nº 13.709/2018).

Cabe ressaltar que o sistema de prontuário eletrônico também é passível de invasão digital, vazamento de dados, e depende da criação de bancos para segurança em saúde, como armazenamento em nuvem (DECRETO Nº 10.222, DE 5 DE FEVEREIRO DE 2020, Brasília – 2020).

2.8 UNIDADES SOLICITANTES E ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

Juiz de Fora é uma macrorregião localizada na Zona da Mata Mineira, com 540.756 habitantes - segundo levantamento do IBGE de 2022 - conta com atendimento na APS de 63 UBS, que somadas ao Departamento de Saúde do Idoso, Secretaria de Saúde de Juiz de Fora (SSJF) e ao Departamento de Clínicas Especializadas (DCE) totaliza 66 unidades coordenadoras de cuidado no município. Além destas, também presta serviços na área da saúde a 155

municípios pactuados. Todas estas unidades pactuadas encaminham usuários do SUS aos serviços na AE.

O serviço de atendimento de Dermatologia de Juiz de Fora conta com 5 unidades prestadoras, são elas: DCE, Hospital Regional João Penido (HRJP), Departamento de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (DSMCA), Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ) e 13 médicos especialistas.

Estes serviços são compostos por ambulatórios de subespecialidade da área, como ambulatórios de buloses e colagenoses (HU e HMTJ), tricologia (HU e HMTJ), cirurgia dermatológica (HU e HMTJ), hanseníase (HU), vitiligo (HU e HMTJ), dermatopediatria (HU e HMTJ), doenças infectocontagiosas (HMTJ), cosmiatria (HU e HMTJ), psoríase (HU e HMTJ), acne (HU) e oncologia (HMTJ), que nestas duas unidades prestadoras de serviços citadas, o acesso é realizado via ambulatório geral e internamente os casos são dirigidos aos ambulatórios específicos.

Gerenciar a relação dos pontos de atenção à saúde e manter uma comunicação efetiva entre APS, AE e CMC é um grande desafio ao complexo regulador para garantir o funcionamento do trabalho dos profissionais da saúde e a satisfação dos usuários (GUABIRABA, GOMES e MELO, 2022).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Identificar possíveis inconsistências no SISREG e o impacto delas na marcação das consultas.

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar as inconsistências encontradas no SISREG;
- Avaliar o impacto das inconsistências encontradas no SISREG com potencial de ocasionar atraso da marcação de consultas e a origem delas;
- Contribuir com subsídios para auxiliar os gestores na elaboração de políticas públicas para agilizar o processo de marcação de consultas eletivas no município de Juiz de Fora/MG.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo observacional transversal, com metodologia de pesquisa quantitativa, através de análise de dados extraídos do software SISREG, acessado via site em internet: <https://sisregiii.saude.gov.br/> por meio de um login com perfil de médico regulador de domínio exclusivo do assistente de pesquisa, durante o período de 2021-2023.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP-UFJF com registro CAAAE 61593722.6.0000.5147, Número do Parecer: 5.760.719).

4.3 CARACTERIZAÇÃO DAS INCONSISTÊNCIAS

Foram coletados, pelo assistente de pesquisa, dados inseridos no SISREG pelos profissionais digitadores (auxiliares administrativos) das UBSs, referentes ao encaminhamento médico realizado pelos profissionais médicos da rede para a especialidade Dermatologia, no período de 2021-2023, para atendimento no município de Juiz de Fora nas unidades solicitantes pactuadas.

Os encaminhamentos foram gerados por meio de atendimento médico na APS ou por outras especialidades na AE, digitados e registrados no SISREG via UBS. Uma vez inseridos no sistema, é função da CMC analisar as solicitações, o que pode resultar diretamente na marcação de consulta, na negação (em caso de óbito ou demanda do paciente atendida por outros meios), na pendência (no caso de indisponibilidade de vaga na unidade, profissional desejado ou falta de PPI do município) ou na devolutiva para a UBS com solicitação de alguma correção no sistema.

Desta forma, dados secundários foram acessados, sem identificação de pacientes; apenas a origem da fonte digitadora - a UBS. Os usuários do sistema de saúde foram identificados apenas pelo código de marcação de consulta, sem quaisquer outros dados que pudessem identificá-los.

Cabe ao sistema disponibilizar informações sobre a oferta de consultas especializadas e permite definir o fluxo dos usuários, como solicitação,

agendamento e atendimento, detecta a ocorrência de cancelamentos, não execução por motivo definido e impedimentos de agendas.

Com este acesso foi possível identificar as principais falhas operadores-dependentes. As inconsistências referentes aos dados encontrados no SISREG foram identificadas e organizadas em tabela – Microsoft Excel versão 2016, para verificar o impacto no atraso da marcação de consultas e a origem destas.

Foram avaliadas as inconsistências no sistema, dentro do período estipulado na pesquisa, 2021-2023 (CAAAE 61593722.6.0000.5147, Número do Parecer: 5.760.719c). Estas não conformidades foram estratificadas em colunas, em tabela única, com seleção dos parâmetros determinados previamente configurados, que foram selecionadas pelo pesquisador (Figura 3).

Quando o projeto de pesquisa foi elaborado, a fila de espera se constituía de aproximadamente 1.000 solicitações referentes às consultas ambulatoriais em Dermatologia, para os prestadores com escala ativa no município de Juiz de Fora, tanto para os usuários residentes no município, quanto para os residentes em municípios pactuados. Portanto no intervalo de tempo entre 2021 e 2023 foram identificadas 1.000 solicitações na fila de espera, para consulta em dermatologia, para os prestadores de Juiz de Fora, que tinham a necessidade de verificar a ocorrência de prováveis inconsistências.

Os dados foram organizados de acordo com os tipos de inconsistências encontradas: dados de identificação incorretos (telefone e endereço), classificação de risco inadequada, erros de digitação dos dados clínicos, respostas incoerentes às devolutivas do profissional regulador, negativa à realização do matriciamento, preferências não justificadas à determinada unidade de atendimento e aos médicos prestadores.

Figura 3 - Estratificação das inconsistências quanto ao tipo e à natureza da não conformidade.

Organização das inconsistências						
Identificação	Classificação de Risco	Erros de digitação	Respostas inadequadas	Matriciamento	Unidade desejada	Médico desejado
Telefone	P0	sim	sim	Horário protegido	Utiliza o serviço	Atendimento prévio
Endereço	P1	não	não	Infraestrutura	Preferências individuais	Preferências individuais
Outro	P2	Natureza do erro	Natureza da resposta	Desconhece o serviço	Retorno	Retorno
	P3			Motivos próprios	Outro	Outro

Legenda: P0 – prioridade zero, emergência, necessidade de atendimento imediato; P1 – prioridade 1, urgência, atendimento o mais rápido possível; P2 – prioridade 2, prioridade não urgente; P3 – prioridade 3, atendimento eletivo.

Fonte: A autora (2025).

Quanto aos dados de identificação, primeiramente foram observados se eles estavam digitados de forma correta, a exemplo: endereço condizente com a área de abrangência da unidade requerente e telefone atualizado, uma vez que dados incorretos poderiam atrasar o contato com o usuário do sistema de saúde. A seguir foi coletada a data inicial de solicitação da consulta, a data da identificação do erro pelo profissional regulador, a data de resposta da unidade, se a unidade atendeu ou não ao questionamento do profissional regulador, a data da marcação da consulta, o quantitativo em dias entre a data da solicitação inicial e da marcação da consulta, e o número de retornos da unidade requerente a estes questionamentos.

Em relação à classificação de risco, foi identificada a prioridade estabelecida pela unidade solicitante (P0- emergência, necessidade de atendimento imediato; P1- urgência, atendimento o mais rápido possível, P2 – prioridade não urgente, P3 – atendimento eletivo). A seguir foi conferido se a prioridade informada condizia com a descrição do motivo da consulta, de acordo com os protocolos utilizados pela regulação assistencial; para garantir a equidade ao acesso à saúde, uma vez que os casos prioritários devem ser prontamente atendidos. Também foram conferidas a data inicial da solicitação, a data da identificação do erro pelo profissional regulador, a data da resposta da unidade solicitante, se a unidade solicitante atendeu ao questionamento do

profissional regulador, a data da marcação da consulta, o tempo em dias decorrido entre a solicitação e a marcação da consulta e o número de respostas retornadas da unidade solicitante.

Quando identificados os erros de digitação dos dados clínicos pelo operador do SISREG, que prejudicam a interpretação pelo profissional regulador, as mesmas etapas anteriores foram seguidas como o registro das datas de solicitação, identificação do erro, resposta da unidade solicitante, marcação da consulta, tempo decorrido para correção do erro e número de retornos da unidade.

No caso de solicitações inadequadas apontadas, exemplos: a solicitação de retorno sem informar a unidade ou médico que realiza o acompanhamento, solicitação de retorno sem informar a data pretendida para retorno, ausência de informações clínicas suficientes para interpretação do profissional regulador, trocas de especialidades (queixas não condizentes ao atendimento em Dermatologia), entre outros problemas. Neste caso também foram registradas as datas de solicitação, identificação do erro, resposta da unidade solicitante, data da marcação da consulta, tempo decorrido para correção do erro e número de retornos da unidade.

Existem muitas barreiras impostas à realização do matriciamento, ferramenta que auxilia o profissional médico da APS na decisão clínica, proporciona contato direto com o profissional médico de diferentes especialidades e educação médica continuada. São elas a indisponibilidade de infraestrutura adequada nas unidades solicitantes (computadores, telefones, *webcam* e internet), ausência de horário disponível para os profissionais da APS discutirem os casos com os médicos especialistas, profissionais que se recusam a realizar o matriciamento por motivos próprios, profissionais que desconhecem este serviço, ausência de disponibilização das escalas e horários do profissional matriciador, usuário que insiste na consulta presencial com o especialista, entre outros problemas. Para estes casos também foram registradas as datas de solicitação, identificação da inconsistência, resposta da unidade solicitante, data da marcação da consulta, tempo decorrido ao entrave e número de retornos da unidade.

E, nos casos em que os usuários expressaram desejo para atendimento de determinado profissional, ou em determinada unidade sem motivo exposto,

foram interrogados se os mesmos são pacientes de algum determinado serviço, se houve indicação a algum profissional específico, se o usuário já foi atendido por algum profissional específico e necessita garantir continuidade de cuidado, se a demanda solicitada foi atendida somente em determinado serviço, seja por disponibilização de material ou estrutura; ou se há alguma outra justificativa para tal preferência. Assim como para os outros itens, foram registradas as datas de solicitação, resposta da unidade solicitante, data da marcação da consulta, tempo decorrido para resolução e número de retornos da unidade.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A estatística descritiva foi realizada usando a mediana, 1º quartil (1ºQ), 3º quartil (3ºQ), mínimo e máximo para as variáveis contínuas e a frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis categóricas.

O teste Qui-Quadrado de Aderência foi usado para testar diferenças nas proporções de inconsistências entre UBS-Juiz de Fora *Versus* (vs.) Outros Municípios. Para testar diferenças nos tipos de inconsistências entre UBS-Juiz de Fora vs. Outros Municípios, utilizou-se o teste Qui-Quadrado de Independência.

Para testar diferenças nos tempos de atendimento entre UBS-Juiz de Fora vs. Outros Municípios, utilizou-se o teste U de *Mann-Whitney*. A ANOVA de *Kruskall-Wallis* foi utilizada para testar diferenças nos tempos de atendimento de acordo com os tipos de inconsistências observadas. Quando detectadas diferenças significativas, comparações pareadas foram realizadas pelo teste U de *Mann-Whitney*, sendo ajustado o nível de significância pela correção de Bonferroni.

Todas as análises estatísticas foram feitas no software IBM SPSS Statistics para Windows versão 21.0 (Armonk, NY: IBM Corp). Adotou-se o valor de $p\text{-valor} \leq 0,05$ para a significância estatística.

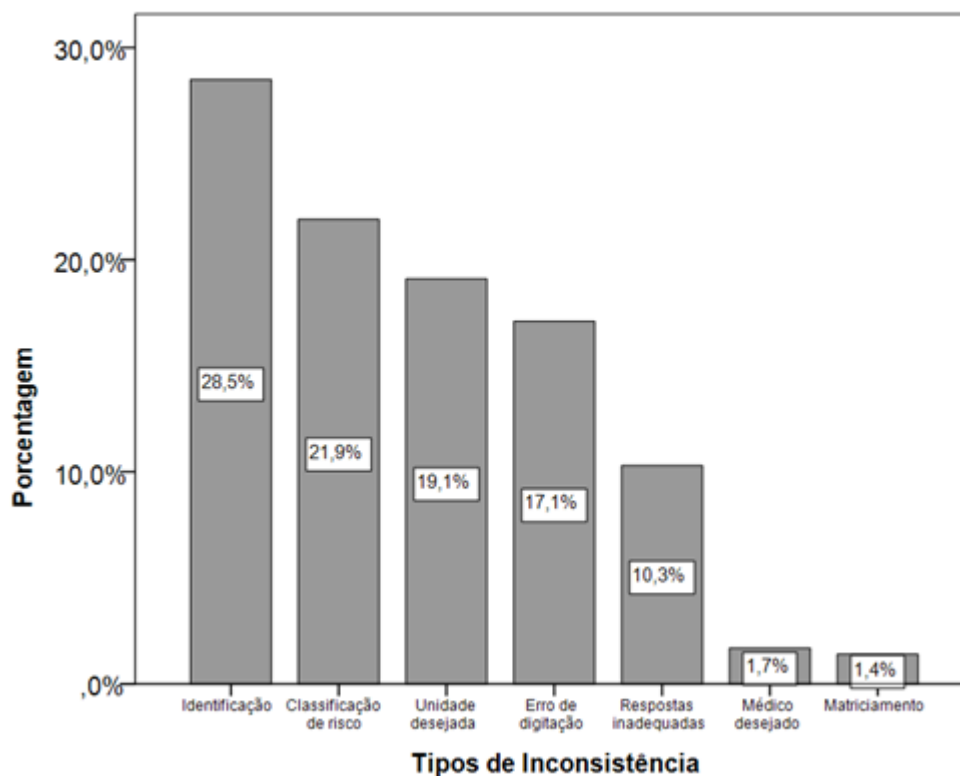
5 RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi constituída por 1.000 inconsistências identificadas no SISREG de 110 unidades solicitantes das 221 unidades pactuadas com a macrorregião. Das 66 unidades coordenadoras de cuidado em JF, 55 apresentaram inconsistências, e dos 155 municípios pactuados com a macrorregião, 53 municípios mineiros apresentaram inconsistências, e das solicitações inadequadas no sistema de localidades não pactuadas, duas foram encontradas, uma de Rio Verde (GO) e uma de Piúma (ES). Isto significa que de um total de 221 unidades solicitantes, 110 unidades (49,7%) apresentaram pelo menos uma inconsistência no SISREG nos encaminhamentos para o serviço de Dermatologia de Juiz de Fora/MG no período de 2021 a 2023.

O número de inconsistências por unidade solicitante variou de uma a 36. A mediana do número de inconsistências foi de 16 por unidade solicitante, sendo que 40% do número total de solicitações realizadas apresentou pelo menos 20 inconsistências. Na Figura 4, observa-se que a maioria das inconsistências aconteceram por erros de identificação (28,5%) e classificação de risco (21,9%).

Dos 1.000 encaminhamentos, 285 (28,5%) apresentaram erros de identificação, como telefones com código de discagem direta à distância (DDD) fora da abrangência da unidade solicitante, telefone ausente, endereço não condizente com a área de abrangência e data de nascimento não condizente com a idade do paciente. Em apenas 54 solicitações no SISREG (5,4%), foi possível fazer a identificação do erro e a devolutiva no sistema no mesmo dia. Em 131 solicitações (13,25%) foram vistas em até 7 dias da inserção da solicitação na fila de espera. E esta identificação foi realizada em até 7 dias pelo profissional regulador em 317 (31,7%) dos casos.

Figura 4 - Porcentagem dos tipos de inconsistências observadas nos encaminhamentos para o serviço de Dermatologia em Juiz de Fora no período 2021 a 2023 (n = 1.000).



Legenda: Inconsistências expressas em percentual, 28,5% apresentaram erros de identificação, 21,9% das inconsistências foram referentes a classificação de risco inadequada, 19,1% foram relativas à unidade de atendimento desejada sem descrição do motivo da escolha, 17,1% apresentavam erros de digitação dos dados clínicos, 1,7% relativas à preferência por determinado médico sem a devida justificativa, e os casos referentes às barreiras impostas ao matriciamento foram 14 (1,4%).

Fonte: A autora (2025).

Quanto à classificação de risco, 219 (21,9%) dos encaminhamentos com inconsistências foram relativos às queixas comuns em Dermatologia como: onicomicose, queda de cabelo, melasma, leucodermia, lipoma, acantose nigricans, rosácea, acne, acrocórdons, calosidade, verrugas, quelóide, unhas fracas, alopecia, disidrose, foliculite, nevo e descamação dos pés. Estes não representavam gravidade com necessidade de atendimento imediato, de acordo com os protocolos clínicos adotados pela regulação, e foram classificadas pela unidade solicitante como prioridade 1 (P1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível) e prioridade zero (P0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato).

Os casos que solicitavam unidade desejada sem descrição do motivo da escolha foram 191 (19,1%), sem a justificativa se o paciente já foi atendido por determinado serviço, ou se somente aquele serviço poderia ofertar tratamento ao paciente em questão, mesmo após a devolutiva da regulação informar que esta preferência poderia acarretar demora na marcação, uma vez que existia maior número de vagas a serem ofertadas em demais serviços.

Dos dados clínicos inseridos no SISREG, 171 (17,1%) apresentavam erros de digitação, como palavras incompreensíveis, erros de português que dificultavam o entendimento dos encaminhamentos, e termos não médicos, a exemplo: “neuplasia putamia” para se referir à neoplasia cutânea. Os casos com respostas inadequadas como ausência de indicação clínica foram 103 (10,3%) como pedidos de retorno sem informar nome do médico, retorno para médico sem escala ativa como prestador do SUS, ausência de unidade de atendimento e data para retorno, troca de especialidades, exemplo: solicitação para Dermatologia com queixas claras para outras especialidades, solicitação de retorno por municípios pactuados sem PPI para o período vigente e devolutivas pela unidade solicitante, que não respondiam aos questionamentos do médico regulador.

As solicitações que continham preferência por determinado médico sem a devida justificativa como acompanhamento prévio ou pedido de retorno foram 17 (1,7%), e os casos referentes às barreiras impostas ao matriciamento foram 14 (1,4%).

Uma vez lançado pela UBS, o encaminhamento passa pela identificação da CMC, onde será avaliado, podendo gerar devolutivas às UBS para correção de algum tipo de inconsistência que impede a marcação de consulta, necessitando então de reavaliação pela unidade solicitante. Este tempo de identificação das inconsistências pela CMC, bem como o tempo de resposta da UBS, somados, totalizam o número total do tempo de atraso da marcação de consulta que fica pendente no sistema. Para contabilizar o tempo da resolução da inconsistência no sistema, foram incluídas as datas de solicitação dos encaminhamentos no SISREG, a data de devolução pela equipe de profissionais reguladores, a data da resposta da unidade solicitante e a data da marcação da consulta pela regulação. Na tabela 1 observa-se que a mediana do tempo que o médico regulador demorou para identificar as inconsistências no SISREG foi de

40 dias, sendo que em 25% dos casos este tempo foi maior que dois meses. Em apenas 54 solicitações no SISREG (5,4%), foi possível fazer a identificação do erro e a devolutiva no sistema no mesmo dia. Em relação ao tempo de resposta à correção sugerida pela regulação, observou-se uma mediana de 70 dias. Apenas 7 questionamentos (0,7%) foram respondidos pelas unidades solicitantes no mesmo dia que a inconsistência foi identificada pelo profissional regulador. A mediana do tempo de marcação das consultas foi de 96 dias, sendo que em 25% dos casos foi próximo de seis meses. Apenas 4 casos (0,4%) foram marcados no mesmo dia da solicitação da consulta. E em até uma semana (7 dias), 65 casos (6,5%).

Tabela 1 - Tempo de resolução e porcentagem dos tipos de inconsistências observadas nos encaminhamentos para o serviço de Dermatologia em Juiz de Fora no período 2021 a 2023 (n = 1.000).

Variáveis	Mediana [1°Q – 3°Q] Mínimo – Máximo n (%)
Tempo de Resolução das Inconsistências	
Solicitação - Identificação (dias)	40 [5 – 68] 0 – 380
Solicitação - Resposta da Unidade (dias)	70 [20 – 170] 0 – 846
Solicitação - Marcação Consulta (dias)	96 [34 – 174] 0 – 840
Corrigida após contato (sim)	183 (18,3)
Consultas marcadas (sim)	819 (81,9)
Cancelamentos (sim)	212 (21,2)
Não devolvidos (sim)	42 (4,2)
Não visualizados (sim)	17 (1,7)
Negados (sim)	1 (0,1)

Legenda: 1°Q: primeiro quartil; 3°Q: terceiro quartil; n: frequência absoluta; %: porcentagem.

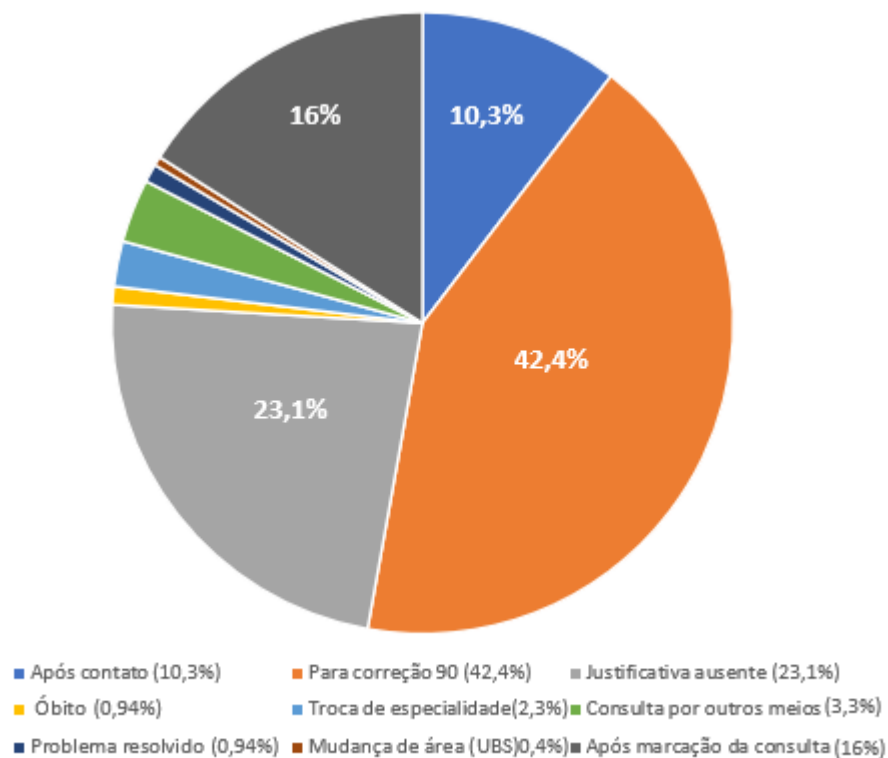
Fonte: A autora (2025).

De um total de 1.000 encaminhamentos, 819 (81,9%) resultaram em marcação de consulta, 212 (21,2%) em cancelamentos antes ou após a marcação das consultas, 17 (1,7%) permaneceram sem resolução após as devolutivas no sistema, 1 (0,1%) foi negado pelo médico regulador e 42 (4,2%)

não foram devolvidos no sistema, apesar de identificadas as inconsistências, pois havia vaga no sistema para a marcação.

Dos encaminhamentos cancelados, 212 (21,2%) do total das solicitações foram por motivos diversos, para correção de determinada inconsistência, devido ao atendimento médico ter ocorrido por outras vias, como meios próprios ou outra pactuação entre municípios, por motivo de óbito do paciente, para troca de especialidade que inicialmente foi inserida de forma incorreta no SISREG, entre outros. Em relação aos motivos dos cancelamentos, 42,4% deles (n = 90) foram para a correção das solicitações da CMC e inseridos no final da fila de espera, 23,1% (n = 49) foram cancelados sem que houvesse justificativa no sistema, 16,0% (n = 34) após marcação de consulta, 10,3% (n = 22) foram cancelados após a realização de contato via CMC para correção de pendências no sistema e 8,0% devido a outros motivos (Figura 5).

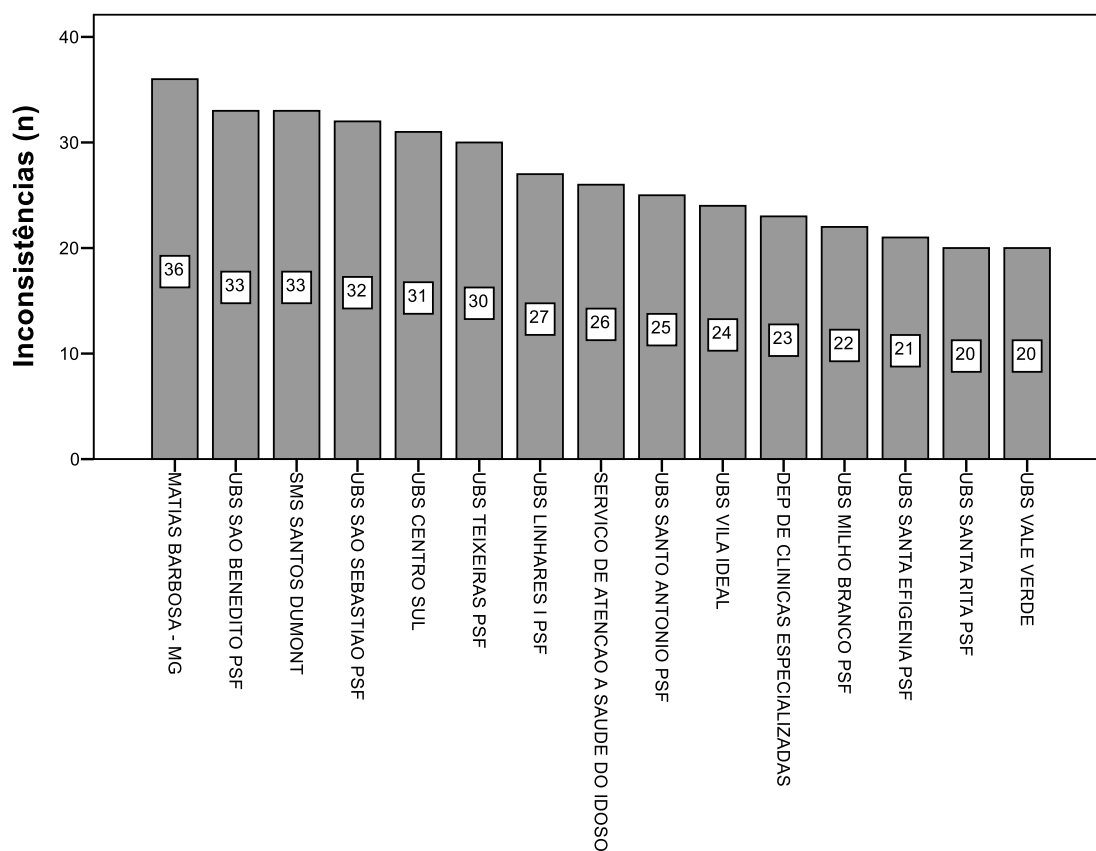
Figura 5 - Principais motivos, expressos em porcentagem, de cancelamentos das consultas (n=212) pela unidade solicitante.



Fonte: A autora (2025).

Em relação as UBSs com maior número de inconsistências, 15 delas são listadas com número maior ou igual a 20 inconsistências, considerando um total de 1.000 encaminhamentos analisados - Figura 6. Destas 15 unidades, 13 pertencem a Juiz de Fora.

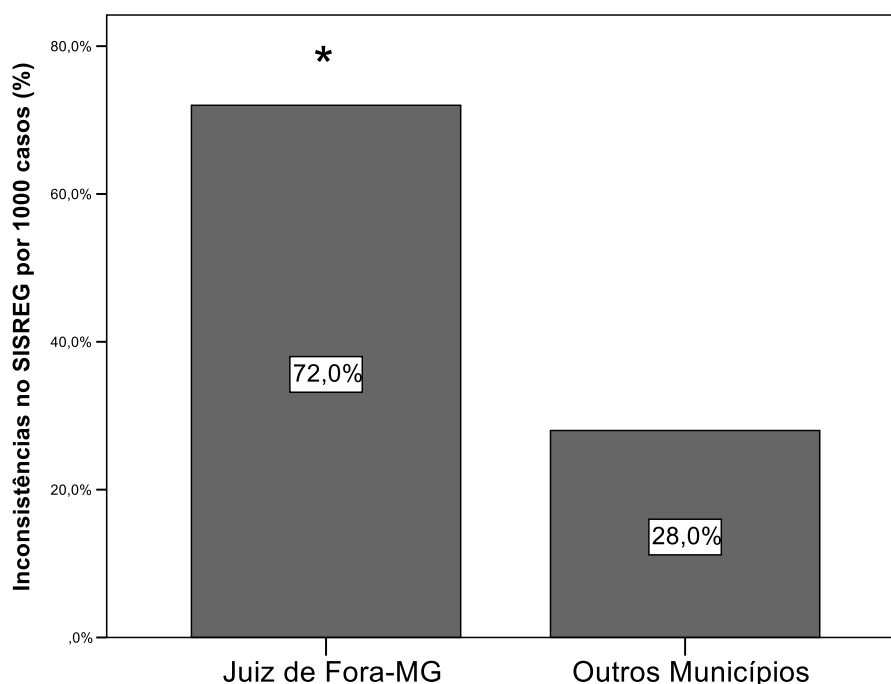
Figura 6 - Unidades Básicas de Saúde (UBSs) com número de inconsistências ≥ 20 no SISREG nos encaminhamentos para o serviço de Dermatologia em Juiz de Fora no período 2021 a 2023 (n = 1.000).



Legenda: SMS = Secretaria Municipal de Saúde; DCE = Departamento de clínicas especializadas
 Fonte: A autora (2025).

Em Juiz de Fora, 10 das 63 unidades básicas de saúde concentraram a maioria das inconsistências encontradas (27,3%). Quanto aos municípios pactuados (n=155), 10 deles foram responsáveis por 18,5% das inconsistências. O município de Juiz de Fora apresentou maior proporção de inconsistências quando comparado aos outros municípios pactuados (72,0% vs 28,0% respectivamente; $\chi^2 = 193,600$; $p < 0,001$) – Figura 7.

Figura 7 - Gráfico de barras contendo a proporção de inconsistências no SISREG em Juiz de Fora e outros municípios nos encaminhamentos para o serviço de Dermatologia em Juiz de Fora no período 2021 a 2023 (n = 1.000).

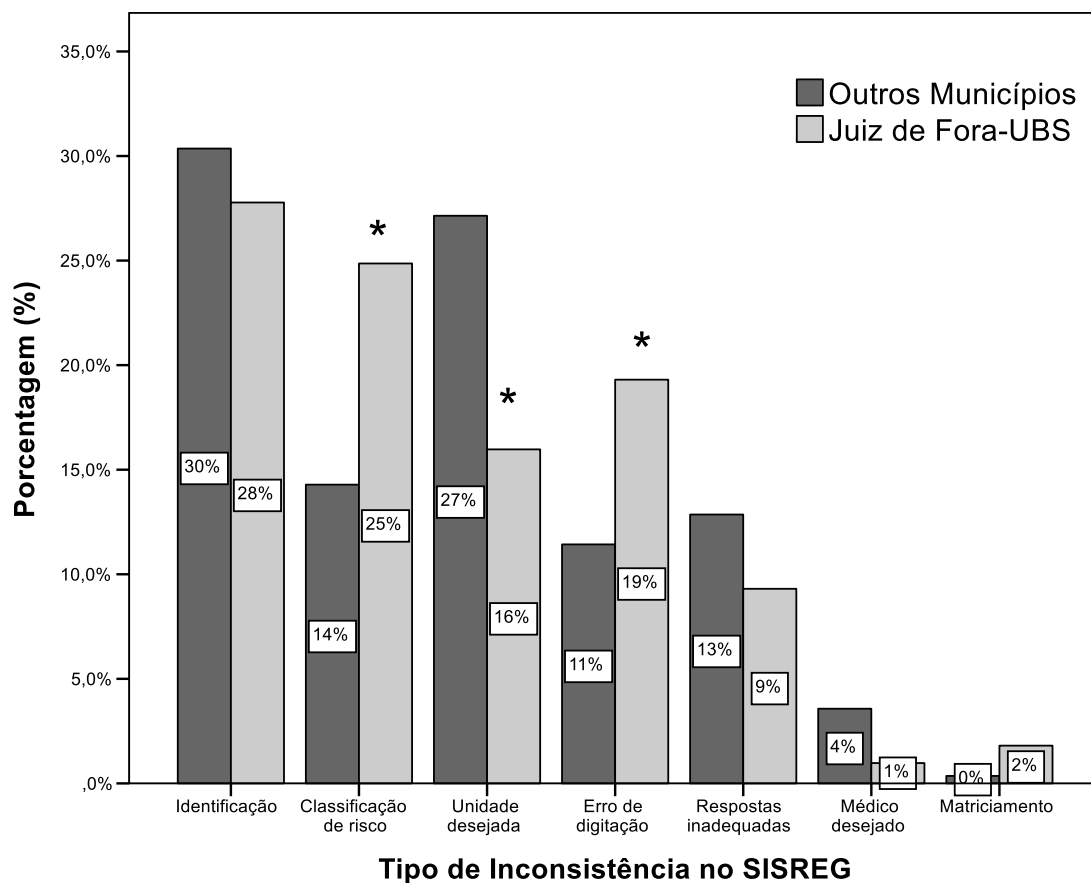


Legenda: *diferença estatística, de acordo com teste Qui-Quadrado de Aderência.
Fonte: A autora (2025).

Verificou-se uma diferença estatística na proporção dos tipos de inconsistências encontradas no SISREG entre o município de Juiz de Fora e os demais municípios pactuados ($X^2 = 44,753$; $p < 0,001$) – Figura 8. As inconsistências relacionadas à classificação de risco e os erros de digitação foram maiores em Juiz de Fora, enquanto as inconsistências relacionadas à Unidade desejada foram maiores nos outros municípios.

Na comparação dos tempos de resolução das inconsistências, a mediana do tempo da solicitação até a identificação do erro foi maior em Juiz de Fora quando comparado aos outros municípios pactuados (42 dias vs 15 dias, respectivamente; $p < 0,001$). Já em relação ao tempo de resposta da unidade ou para marcação de consulta, não houve diferença estatística – Tabela 2.

Figura 8 - Gráfico de barras contendo a proporção do tipo de inconsistências encontradas no SISREG no município de Juiz de Fora e outros municípios nos encaminhamentos para o serviço de Dermatologia em Juiz de Fora no período 2021 a 2023 (n = 1.000).



Legenda: *diferença estatística Juiz de Fora vs Municípios, de acordo com teste Qui-Quadrado de Independência ($p < 0,05$).

Fonte: A autora (2025).

Tabela 2 - Mediana (1º quartil – 3º quartil), mínimo e máximo do tempo de resolução de inconsistências entre as unidades solicitantes de Juiz de Fora e de outras solicitantes observadas nos encaminhamentos para o serviço de Dermatologia em Juiz de Fora no período 2021 a 2023 (n = 1.000).

Tempo de Resolução das Inconsistências (dias)	Juiz de Fora(n =720)	Outros Municípios (n = 280)	p-valor
Da solicitação até identificação	42 [6 – 69] 0 – 380	15 [4 – 63] 0 – 146	<0,001*
Da solicitação até resposta da unidade	70 [22 – 162] 0 – 697	68 [16 – 200] 0 – 846	0,83
Da solicitação até marcação consulta	98 [35 – 178] 0 – 790	91 [32 – 160] 1 – 860	0,41

Legenda: *diferença estatística de acordo com o teste U de *Mann-Whitney*

Fonte: A autora (2025).

Os tempos de resolução das inconsistências variou em função do tipo de inconsistência observada – Tabela 3. Foram observadas diferenças estatísticas no tempo da solicitação até a identificação da inconsistência ($X^2 = 29,104$; $p < 0,001$), no tempo da solicitação até a resposta da unidade ($X^2 = 35,471$; $p < 0,001$) e no tempo da solicitação até a marcação da consulta ($X^2 = 17,222$; $p < 0,001$). Nas comparações múltiplas, verificou-se diferenças significativas apenas no tempo de solicitação até a identificação da inconsistência, onde o menor tempo de resolução foi observado para o matriciamento (mediana = 4 dias) em comparação as inconsistências relativas aos dados de identificação, digitação e classificação de risco. Nas demais comparações não foram observadas diferenças estatísticas nos tempos de atendimento em função do tipo de inconsistência encontrada – Tabela 3.

Tabela 3 - Mediana (1º quartil – 3º quartil) do tempo de resolução de inconsistências em função do tipo de inconsistência observada nos encaminhamentos para o serviço de Dermatologia em Juiz de Fora no período 2021 a 2023 (n = 1.000).

Tipo de Inconsistência	Tempo de Resolução das Inconsistências (dias)*		
	Solicitação até identificação	Solicitação até resposta da unidade	Solicitação até marcação consulta
Identificação	40 [6 – 69] ^b	71 [25 – 217] ^a	98 [38 – 223] ^a
Erros de digitação	53 [7 – 69] ^b	75 [24 – 276] ^a	86 [43 – 225] ^a
Classificação de risco	49 [5 – 69] ^b	77 [51 – 242] ^a	122 [55 – 213] ^a
Unidade desejada	21 [5 – 69] ^{a,b}	42 [8 – 98] ^a	70 [27 – 140] ^a
Médico desejado	7 [3 – 57] ^{a,b}	108 [24 – 258] ^a	92 [42 – 143] ^a
Respostas inadequadas	18 [5 – 64] ^{a,b}	69 [15 – 242] ^a	90 [21 – 151] ^a
Matriciamento	4 [0 – 6] ^a	57 [4 – 520] ^a	67 [20 – 520] ^a

Legenda: *diferenças estatísticas de acordo com a ANOVA de *Kruskal-Wallis*; letras diferentes na mesma coluna indicam diferenças estatísticas entre os tipos de inconsistência, de acordo com o teste U de *Mann-Whitney*

Fonte: A autora (2025).

6 DISCUSSÃO

A equipe da regulação assistencial da prefeitura do município de Juiz de Fora – Minas Gerais é composta por 4 auxiliares administrativos com funções de atendimento ao público, regulação da programação pactuada integrada com demais municípios, escalas e agendas médicas das unidades prestadoras de serviços; 4 enfermeiros com experiência em gestão e articulação com a APS, estagiários em tecnologia da informação (TI), e o quadro de médicos, que é variável de acordo com a disponibilidade de cessão do quadro assistencial à regulação, afastamentos e *expertise*; o que inclui: Cardiologista, Cirurgião geral, Clínico geral, Dermatologista, Endocrinologista, Gastroenterologista, Oncologista, Ortopedista, Otorrinolaringologista, Pediatra, Proctologista e Reumatologista; totalizando mais de 30 profissionais. Estes avaliam as mais de 72 especialidades e subespecialidades, com uma fila de espera para consulta na AE de 116.113 solicitações em levantamento realizado em 18/07/2024 no sistema SISREG.

Segundo Bastos e colaboradores (2020), a equipe de regulação deve ser constituída por diferentes profissionais, e em comparação ao seu estudo qualitativo realizado no estado do Pará, a equipe de regulação assistencial era composta de enfermeiros, médicos, dentistas, farmacêuticos e técnicos administrativos de nível médio.

Ao comparar nosso levantamento com o estudo realizado por Bagatini (2017) no Rio Grande do Sul (RS), eram ofertadas no gerenciador de consultas Gercon 186 especialidades pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre com uma fila de espera total para consultas na AE de 71.795 solicitações. Assim como em Juiz de Fora, em Porto Alegre, a lista de espera de consultas médicas na AE era ordenada de acordo com a classificação de risco e pela ordem cronológica a partir da data de inserção da solicitação no sistema informatizado Gercon, o que provoca oscilações na posição de uma determinada solicitação. Porém em Porto Alegre, o médico regulador tem autonomia para modificar a classificação de risco. A equipe multiprofissional da Central de Regulação Ambulatorial de Porto Alegre utiliza protocolos clínicos para realização do processo regulatório e mapa de referências das especialidades pactuadas nas regiões de saúde, as unidades solicitantes são orientadas a seguir os protocolos

para inserir solicitações com o maior número de informações sobre o quadro clínico do paciente.

Bagatini (2017) em seu levantamento no Rio Grande do Sul identificou uma fila de espera para consultas em Dermatologia em 2017 acumulava 4119 solicitações, com oferta mensal de 611 consultas, resultando em uma relação de 6,7 solicitações/cota. Em nosso estudo, em relação às solicitações para consulta em Dermatologia, em levantamento feito em 22/07/2024, havia 3557 solicitações pendentes no sistema, para as 5 unidades prestadoras de serviços, que aguardavam desde 25/07/2023 e oferta mensal de uma média de 810 consultas, resultando em uma relação de 4,3 solicitações/cota.

Para Almeida e colaboradores (2010), a garantia de atenção integral depende da oferta de procedimentos especializados e a insuficiência na oferta de AE, se reflete nas dificuldades para agendamento de consultas.

Em nosso estudo, encontramos como fatores limitantes às marcações das consultas os erros de identificação, de classificação de risco, a solicitação por determinadas unidades de atendimento e profissionais, os erros de digitação, a falta de dados clínicos, que se traduz em respostas inadequadas pelas unidades solicitantes e as barreiras impostas ao matriciamento.

Bastos e colaboradores (2020), assim como em nosso estudo, também apontam como fatores limitantes ao processo regulador as falhas nos critérios de encaminhamento à regulação pelo profissional médico, a falta de indicação de prioridade pela APS, os cadastros preenchidos incorretamente, os encaminhamentos de baixa qualidade com falta de dados clínicos e exames prévios além da indisponibilidade de vagas, da grande demanda, dos procedimentos de difícil agendamento e execução, da demanda reprimida dos procedimentos eletivos, das dificuldades de troca de informações entre a APS e a regulação e das dificuldades sistêmicas em relação aos serviços pactuados e ao SISREG, que geram devolutivas no sistema. Para Bernardino Junior e colaboradores (2020), além dos fatores citados, a elevada rotatividade de profissionais da APS, com a consequente ausência de vínculo entre equipe e a população, também representam limitações ao processo regulador. Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012) ressaltaram que, além da falta de vagas, são também fatores limitantes a falta de recursos e ofertas das especialidades mais complexas, tais como Neurocirurgia, especialidades cirúrgicas,

cardiológicas, e outras, assim como a baixa resolutividade da ESF. Para minimizar esse problema, os autores reforçam o incentivo à formação em medicina de família e comunidade, que é reconhecida como a especialidade médica de excelência da APS, com potencial estruturante para os sistemas nacionais de saúde.

Todos esses fatores limitantes podem levar à ocorrência de inconsistências no SISREG. No nosso trabalho foram identificadas as não conformidades que ocorreram com maior frequência, no entanto, à luz dos conhecimentos atuais não foram encontrados nas bases de dados pesquisadas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Periódicos Capes, *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO) e *Pubmed* com os indexadores: Regulação e Fiscalização em Saúde, Atenção à saúde, Sistemas de Informação em Saúde, SISREG; estudos semelhantes para fins comparativos, em relação à marcação de consultas em outros serviços em Dermatologia no país.

A inconsistência mais frequentemente encontrada foi a que representa os erros nos dados de identificação (28,5%). Para a correção desta inconsistência, foi gerada uma devolutiva no sistema solicitando a atualização dos dados no sistema cadweb-SUS. Mesmo após a devolutiva para correção dos dados no sistema, foi necessário fazer contato com algumas das unidades solicitantes para a correção dos mesmos.

Em nosso estudo houve dificuldades de contato com as UBSs solicitantes e com os municípios pactuados. Os telefones disponibilizados nos *sites* das prefeituras não estavam atualizados, e mesmo quando o contato era efetivado, havia diversas transferências para diferentes profissionais responsáveis pela regulação via SISREG, que não eram capazes de solucionar as pendências no sistema.

Segundo Bastos e colaboradores (2020), no que se refere aos municípios pactuados, uma relação pouco cooperativa e solidária contribuiu aos entraves encontrados na ação decisória no campo da pactuação de serviços de saúde. Alguns municípios, por dificuldades operacionais ou até mesmo por descompromisso dos acordos estabelecidos na PPI, deixaram de cumprir o acordado, o que acarretou prejuízos na oferta de serviços aos usuários do SUS. Quanto à comunicação entre APS e AE, para Piola e colaboradores (2009), o

modelo assistencial brasileiro conta com uma forte expansão da atenção básica e precária articulação deste nível de atenção com os demais níveis, o que reforça as dificuldades de comunicação entre os diferentes níveis de atenção com as CMCs. A exemplo, em nosso estudo, foi possível perceber uma mudança na classificação de risco e solicitação de prioridade pelo profissional operador do SISREG, como foi o caso encontrado em Rio Pomba – Minas Gerais, onde a grande maioria dos encaminhamentos foram inseridos como prioridade zero sem atender aos critérios clínicos, mesmo após insistentes orientações, treinamentos e capacitações; problemas que vão além da capacidade de resolução dos profissionais da regulação.

Neste projeto, as inconsistências encontradas relativas à classificação de risco (21,9%), que em sua maioria foram os casos não prioritários ambulatoriais e eletivos (Prioridade 2 - Prioridade não urgente e Prioridade 3 - atendimento eletivo) classificados como casos prioritários de emergência e urgência (Prioridade Zero - Emergência, necessidade de atendimento imediato e Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível). Tais casos poderiam ser minimizados com a existência de um protocolo clínico de encaminhamentos.

De acordo com os autores Bastos e colaboradores (2020), a elaboração de um protocolo clínico é crucial para a realização de encaminhamentos fidedignos, além de proporcionar apoio técnico à equipe de regulação, que viabiliza as demandas provenientes da APS. Esses protocolos ordenam o acesso e minimizam a realização de múltiplos exames diagnósticos sem adequada indicação clínica, além de constituir um mecanismo primordial para evitar os deslocamentos desnecessários, diminuir o tempo de espera dos pacientes e permitir acesso a quem realmente precisa da consulta especializada.

De acordo com a PNAB/2017, a utilização de protocolos de encaminhamento serve como ferramenta de gestão e de cuidado, pois orientam as decisões dos profissionais solicitantes e auxiliam na avaliação das solicitações pelos médicos reguladores. A adoção destes protocolos permite o uso racional dos recursos em saúde e traz maior eficiência na gestão das listas de espera. Araújo e colaboradores (2023) descreveram os protocolos como ferramentas de orientação para a tomada de decisões, tanto dos profissionais solicitantes, quanto dos médicos reguladores. Tem o papel de aumentar a

capacidade clínica das equipes, fortalecer as práticas de microrregulação nas UBSs e melhorar a comunicação entre unidades básicas, centrais de regulação e serviços especializados.

Piola e colaboradores (2009) relataram que as práticas adotadas pela regulação devem ser baseadas em protocolos clínicos e linhas de cuidado, para determinar em que circunstâncias os pacientes deveriam ser encaminhados a outras unidades e níveis de atenção. O Ministério da Saúde disponibiliza protocolos de encaminhamentos para nortear o fluxo de encaminhamento dos usuários, no entanto esses recursos ainda não são frequentemente utilizados pelos profissionais no município de Juiz de Fora, que carece de um protocolo próprio de encaminhamento baseado nas necessidades da população, demanda e oferta de serviços.

Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012) ao entrevistarem profissionais reguladores no município do Rio de Janeiro, perceberam que a ausência de um protocolo clínico de acesso e encaminhamento para especialidades, gerou uma tomada de decisão a partir de diferentes concepções de prioridades. Bernardino Júnior e colaboradores (2020) apontaram que o uso dos protocolos de encaminhamento da APS para a AE, otimizou a regulação das referências, orientou a priorização do atendimento para os pacientes mais graves e sinalizou os médicos da APS as condições que poderiam ser resolvidas por eles e aquelas que deveriam ser encaminhadas para a AE. Os autores recomendaram o uso desses documentos para os gestores e os profissionais de saúde, que atuavam nos serviços públicos de APS, como guias para o encaminhamento mais preciso de várias condições clínicas de diferentes especialidades médicas.

Para Bagatini (2017), o uso de protocolos permite a qualificação das solicitações, norteia os profissionais a inserir as informações necessárias para avaliação do regulador e auxilia o trabalho dos médicos da APS, para tornar o acesso mais equitativo. O uso destes protocolos evita encaminhamentos considerados de baixa qualidade e com falta de informações.

Para melhorar a qualidade dos encaminhamentos, além da correta classificação de risco, o quadro clínico deve ser preenchido de forma completa. Neste projeto os encaminhamentos de baixa qualidade englobaram as seguintes inconsistências: erros de classificação de risco, erro de digitação dos dados clínicos e falta de dados clínicos. Das 1.000 inconsistências avaliadas no

período, 21,9%, 17,1% e 10,3% foram relativas a estes dados, respectivamente. Destas, as inconsistências relacionadas à classificação de risco e os erros de digitação foram maiores em Juiz de Fora, enquanto as inconsistências relacionadas à Unidade desejada foram maiores nos outros municípios.

Segundo Bastos e colaboradores (2020), os profissionais da APS, especialmente os médicos, foram responsabilizados pelas falhas nos encaminhamentos. Dentre os motivos apontados estavam a pressão de familiares, colegas e gestores. Isso fez com que o conceito de prioridade varie conforme o julgamento individual, frequentemente desconsiderando o processo regulatório oficial e utilizando contatos pessoais para criar uma rede paralela.

De acordo com Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012) e Araújo e colaboradores (2023) para garantir e ampliar o acesso aos serviços e aos procedimentos ofertados pelo SUS, é necessária uma atenção básica resolutiva, encaminhamentos responsáveis e adequados e uso de protocolos assistenciais pelos complexos reguladores. Entende-se como encaminhamentos responsáveis, aqueles que contém os dados necessários para o entendimento do quadro clínico pelo profissional regulador e pelo médico especialista, a quem se destina a consulta médica. Os encaminhamentos advindos de uma APS pouco resolutiva se tornam mecânicos, sem indicações precisas e não mudam a qualidade do atendimento.

Para Bernardino Junior e colaboradores (2020), quando os usuários são encaminhados à AE sem indicação clínica, formam-se filas de espera e aumenta a demanda reprimida. Tal situação dificulta o acesso dos usuários que realmente precisam do manejo dos profissionais especialistas, prejudicando o fluxo na RAS.

Em nosso estudo, as barreiras impostas à realização do matriciamento - o meio de comunicação entre médicos da APS e especialistas da AE para troca de conhecimento, experiências e discussão de casos clínicos - representaram 1,4% das inconsistências analisadas. Dentre estas estavam o desconhecimento do programa pelos supervisores das UBSs e profissionais médicos, a falta de estrutura física como computadores, aparelhos celulares, *webcam* e internet, e a ausência de horário protegido para as discussões de casos entre APS e AE. De acordo com as análises estatísticas, foram verificadas diferenças significativas, no tempo de solicitação até a identificação da inconsistência

relativa ao matriciamento, com menor tempo de resolução da inconsistência (mediana = 4 dias) em comparação as inconsistências relativas aos dados de identificação, digitação e classificação de risco.

Para Bernardino Júnior e colaboradores (2020), a interação entre APS e AE por meio do Telessaúde é fundamental para apoiar os profissionais da APS, pois oferece teleconsultorias, telediagnóstico, segunda opinião formativa e tele-educação, que ajudam a superar as dificuldades vivenciadas no manejo clínico e de gestão nos serviços de APS. Estudos realizados em Minas Gerais e no Rio Grande do Sul demonstraram que a teleconsultoria reduziu em aproximadamente 70% os encaminhamentos, permitindo que esses casos fossem resolvidos na própria UBS. O projeto RegulaSUS, que possibilitou discussões de casos clínicos entre médicos da APS, teleconsultores e telerreguladores do telessaúdeRS, otimizou os encaminhamentos e evitou 60% dos encaminhamentos da APS para outros serviços da RAS por telefone. Ainda, reduziu a fila de espera dos serviços especializados: endocrinologia em 52%; nefrologia em 38%; pneumologia em 59%; neurologia em 25% e estomatologia em 71%, no período de um ano (2015 - 2016).

Araújo e colaboradores (2023), em seu estudo realizado em Recife sobre a implantação do projeto Regula+ Brasil, ratificaram que a teleconsultoria apoia os médicos da APS e a telerregulação orienta a organização das filas para consultas na atenção secundária. Os autores destacaram que a implantação do projeto de telerregulação pode representar um grande avanço na melhoria do acesso às consultas especializadas. Como o projeto foi dividido em duas vertentes, foram atribuídos aos profissionais telerreguladores a avaliação das solicitações para AE, devolução das solicitações com ausência de dados ou necessidade de correção, classificação de risco, manejo dos casos para consulta presencial ou remota e encaminhamento de casos sensíveis à resolução na APS para teleconsulta. Aos profissionais reguladores da CMC cabiam o monitoramento e o agendamento dos casos aprovados pela equipe do projeto para atendimento presencial. Com a implantação do projeto, houve redução do tempo médio de espera para autorização dos casos enviados às especialidades, redução do tempo médio de espera nos casos regulados com prioridade (79%) e aumento da qualidade dos encaminhamentos realizados pelos profissionais da APS (1,13%). Semelhante à Juiz de Fora, as mesmas atribuições são

executadas pelos profissionais reguladores de forma presencial, porém há dificuldades de interação com as unidades solicitantes, para as correções das não conformidades encontradas.

No estudo realizado por Bagatini (2017) para mitigar a fila de espera, a implantação do programa Telessaúde priorizou o atendimento aos pacientes mais graves por meio de teleconsultoria entre o médico, a enfermeira da atenção básica e a equipe do Telessaúde. O uso da teleconsultoria capacitou os solicitantes na identificação das melhores condutas para o tratamento dos pacientes assim como aprimorou as habilidades dos profissionais da atenção básica.

O presente estudo também identificou um alto índice de cancelamentos de consultas (21,1%), sendo 42,4% deles para correção de alguma devolutiva da regulação, o que prejudica os usuários ao retorná-los ao final da fila de espera. Vale ressaltar que as unidades que realizaram cancelamento para reinserção no sistema, com a finalidade de correção das solicitações feitas pela CMC, não seguiram as orientações da equipe de regulação e, portanto, as solicitações não retornaram à mesma posição na fila de espera. Uma comunicação efetiva entre a unidade solicitante, o CMC e a AE poderia evitar tais cancelamentos, permitindo correções na mesma solicitação e mantendo a mesma posição do usuário na fila, assim entre a CMC e a APS. No entanto, há vários entraves, como dificuldades em contatar os profissionais da APS, o digitador do SISREG, e o supervisor da UBS, que coordena e gerencia o processo. Para a correção das devolutivas, nem sempre é preciso confiar que o processo on-line será suficiente. No caso da CMC de Juiz de Fora, uma enfermeira com *expertise* em gestão e atuação na APS, realiza esta ponte com a regulação facilitando esta comunicação. Além disso, alguns encaminhamentos e pedidos de retorno com poucas informações são provenientes da AE, e quando a regulação necessita de maiores informações, é preciso que, na APS, ocorra uma nova consulta para que o médico da UBS faça a inserção de dados complementares, o que aumenta a demanda da APS.

Para Bastos e colaboradores (2020), a ausência de comunicação entre os profissionais da APS e AE com as centrais de regulação denota vulnerabilidade da rede assistencial, o que deve ser abordado como uma medida estratégica para enfrentar diversos desafios do setor de regulação.

Silva Junior e colaboradores (2022) identificaram que as interações do regulador com outros profissionais da unidade e da rede ocorreram principalmente no dia a dia e por meio de aplicativos de mensagens (WhatsApp). Essa forma de comunicação é predominante entre profissionais conhecidos, sinalizando que relações de proximidade são essenciais à colaboração. Em relação aos outros serviços da rede além da APS, 63,2% mencionaram pouca interação com a AE, e 35,1% relataram inexistência dessa interação.

Para Tofani e colaboradores (2023), o uso crescente de aplicativos de mensagens, como o WhatsApp, nos processos regulatórios é estratégico na gestão de serviços de saúde, devido ao compartilhamento em tempo real de informações. Os autores ainda relataram sobre regulação na Rede de Atenção às Urgências e Emergências em São Paulo e no Rio Grande do Sul, onde o WhatsApp propiciou mudanças na dinâmica do processo regulatório, agilizando os fluxos e as comunicações, mas também pode ser vulnerável a interesses particulares e favorecimentos, além de produzir de iniquidades.

Silva e Leite (2022) sugeriram que investimentos crescentes em rede de internet e telefonia são essenciais para atender a demanda local dos serviços de saúde. Enfatizaram ainda a necessidade de aperfeiçoamento dos profissionais de saúde na alimentação de informações burocráticas por meios eletrônicos, consulta aos procedimentos no sistema e descentralização das informações para toda a equipe de saúde. Para Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012), essas redes de relações pessoais que requerem contatos entre os profissionais da rede de saúde, acabam realizando uma gestão paralela, tentando neutralizar as barreiras impostas ao acesso, na tentativa de resolução das necessidades. Assim, as práticas nas centrais de regulação se tornam pouco efetivas e dependentes de mecanismos não formais de ação.

Em um estudo realizado em Pernambuco sobre a coordenação da gestão clínica entre profissionais da APS e da AE, Guerra e colaboradores (2022) evidenciaram baixos níveis de comunicação entre estes profissionais. Esta situação pode se traduzir em uma rede de serviços cuja integração ainda não é efetiva e cuja coordenação ainda é incipiente.

Em junho de 2024, a regulação assistencial de Juiz de Fora ganhou um novo meio de comunicação através de aplicativo de telemensagem *WhatsApp*, o que antes era realizado via telefone fixo e telefones pessoais dos profissionais

da regulação, assim a comunicação entre profissionais da CMC com as unidades solicitantes e prestadoras, se tornou mais eficaz.

Em Juiz de Fora, 10 das 63 UBS concentraram a maioria das inconsistências encontradas (27,3%) e em relação as inconsistências relativas aos municípios pactuados, 10 municípios concentravam 18,5% das mesmas. O município de Juiz de Fora também apresentou maior proporção de inconsistências quando comparado aos outros municípios pactuados (72,0% vs 28,0% respectivamente). Verificou-se uma diferença estatística na proporção dos tipos de inconsistências encontradas no SISREG entre o município de Juiz de Fora e os demais municípios pactuados ($p < 0,001$). As inconsistências relacionadas à classificação de risco e os erros de digitação foram maiores em Juiz de Fora, enquanto as inconsistências relacionadas à Unidade desejada foram maiores nos outros municípios.

Para a redução desta ocorrência, estratégias de fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado podem ser adotadas, para atingir os índices previstos de resolutividade de 85%. Estas estratégias podem reduzir os encaminhamentos para AE, e caso estes sejam necessários, fazê-los de forma clara, descrevendo a indicação clínica, classificação de risco e demais informações necessárias aos reguladores, para que estes destinem os encaminhamentos ao melhor profissional e unidade de atendimento para a demanda.

Segundo Bastos e colaboradores (2020), são alternativas de melhorias da atenção primária: Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, criação do novo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Estratégia e-SUS Atenção Básica, Programa Telessaúde Brasil Redes, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para os profissionais da atenção primária, Plano Nacional de Educação Médica, Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica e Programa Mais Médicos. Os projetos de educação permanente tanto na APS, AE e regulação em saúde auxiliam na resolutividade de todos os serviços, podem ocorrer no próprio espaço de trabalho, para desenvolver competências com foco nas melhorias e com a participação de todos os atores envolvidos.

De acordo com Guerra e colaboradores (2022), são estratégias que podem melhorar a interação entre APS e AE o uso dos formulários de referência e contrarreferência, sessões clínicas conjuntas, elaboração de diretrizes e protocolos compartilhados, resumos de alta. Estes, quando bem utilizados, podem aumentar a satisfação dos usuários em relação à utilização dos serviços de saúde. Os autores relatam que a implementação de reuniões clínicas conjuntas pode proporcionar aos profissionais da APS e AE o compartilhamento de experiências, a definição de diretrizes, protocolos e fluxos, e reflexões sobre a sua própria prática assistencial, promovendo assim melhorias no acompanhamento dos pacientes, na qualidade dos encaminhamentos e na troca de informações. Reforçam, ainda, que os médicos da APS não recebem recomendações dos especialistas sobre o diagnóstico e o tratamento realizados na AE, e que a indisponibilidade por parte dos especialistas na realização da contrarreferência se traduz em um entrave à coordenação do cuidado na APS. O não reconhecimento da APS como ordenadora das redes de atenção, pode causar a retenção desnecessária de pacientes na AE, levando ao aumento das filas de espera, o agravamento do quadro clínico, a repetição de exames, a interrupção do tratamento e a descontinuidade da atenção.

No estudo realizado por Almeida e colaboradores (2010) nos municípios de Aracaju (Sergipe), Belo Horizonte (Minas Gerais), Florianópolis (Santa Catarina) e Vitória (Espírito Santo) foram avaliadas estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Foi relatada a existência de mecanismos formais para referência e contrarreferência entre atenção básica e especializada. A informatização das unidades com implantação de prontuários eletrônicos foi destacada como uma estratégia crucial para coordenação do cuidado. No caso dos municípios que utilizam o SISREG para efetuar a regulação, o uso do sistema possibilitou conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las, planejar a oferta de atenção especializada em função da demanda, definir prioridades clínicas, monitorar o índice de abstenção a consultas e exames, além de garantir maior imparcialidade no controle das agendas. No estudo, os processos de regulação da atenção especializada estão sendo incorporados à rotina dos profissionais da atenção básica, tornando a regulação descentralizada.

A descentralização consiste na redistribuição de responsabilidades e decisões relativas às ações e serviços de saúde entre os entes federados, municipais, estaduais e federais (GAWRYSZEWSKI, OLIVEIRA E GOMES, 2012).

No estudo realizado no Rio de Janeiro por Silva Junior e colaboradores (2022), foi adotado um modelo descentralizado de regulação ambulatorial, com o protagonismo dos médicos da APS, que começaram a regular o acesso a exames e consultas especializadas, a partir de vagas disponibilizadas pela central de regulação. Estes médicos da APS também passaram a atuar como reguladores locais, avaliando e autorizando, devolvendo ou recusando solicitações feitas pelos colegas da própria unidade, por meio de sistema informatizado de regulação. Esta estratégia amplia a visão dos médicos sobre as dificuldades enfrentadas pelos profissionais reguladores, como preenchimento incompleto de dados e classificação de risco incorreta, além de melhorar o conhecimento sobre as escalas médicas, vagas disponíveis e a relação oferta/demanda dos serviços. Com isso, os profissionais da APS passam a atuar como multiplicadores das informações aos próprios colegas médicos das demais equipes, ratificando a necessidade da realização dos encaminhamentos completos e corretos. Os autores ressaltam que regulação na APS ocorre com maior proximidade dos pacientes/usuários, proporcionando maior compreensão das principais necessidades do território e dos usuários. Além disso, a regulação é mais ágil, permitindo que em alguns casos o agendamento seja imediato durante a consulta. Isso resulta em uma gestão mais eficiente das solicitações, filas e vagas, bem como na qualidade dos encaminhamentos/solicitações.

Em Juiz de Fora, uma tabela com todos os profissionais e especialidades disponibilizados para atendimento via SISREG foi compartilhada com os supervisores das UBSs a partir de 2022, para que os médicos solicitantes tenham acesso para realizar os encaminhamentos de forma direcionada aos prestadores que podem atender às demandas vindas da APS.

Em 2023, um projeto piloto da RAS em Juiz de Fora transferiu esta tarefa da inserção dos encaminhamentos no SISREG para os próprios médicos de 11 UBS (UBS Furtado de Menezes, UBS Milho Branco, UBS Monte Castelo, UBS Parque Guarani, UBS Progresso, UBS Retiro, UBS Santa Luzia, UBS Santo Antônio, UBS Santa Rita, UBS Borboleta e UBS Vila Olavo Costa). Assim, estes

passaram a ser coordenadores do cuidado integrando a APS à AE. Porém, após a capacitação, nem todas as UBSs que realizaram o treinamento seguiram com a inserção dos encaminhamentos no SISREG, e somente os profissionais solicitantes da UBS Borboleta, UBS Vila Olavo Costa, UBS Retiro e UBS Filgueiras deram continuidade à função. Dentre as causas apontadas para a descontinuidade do serviço estão: problemas de conectividade, computadores obsoletos, falta de interesse da equipe, dificuldades na distribuição de carga horária para a função. Como falha da regulação assistencial, há escassez de profissionais da gestão para o acompanhamento das dificuldades desses profissionais da APS. E em relação à estrutura física, observa-se que a maioria das UBSs contam com computadores e acesso à internet na recepção, mas o atendimento nos consultórios médicos ainda é realizado com prontuários físicos.

Conforme percebido por Silva Júnior e colaboradores (2022), a implantação da regulação assistencial no Brasil é heterogênea, com graus variados de participação da APS no processo regulatório. Para que esta implantação consiga seu pleno funcionamento, é necessária infraestrutura mínima com computadores e internet disponíveis aos médicos da APS. Os médicos da APS que se tornaram reguladores também enfrentaram problemas como instabilidade e/ou lentidão no acesso ao SISREG.

De acordo com Guerra e colaboradores (2022), existem lacunas na formação profissional médica no Brasil, e a APS não tem a devida valorização das suas competências e responsabilidades, e nem treinamento para atuarem como coordenadoras do cuidado. Os autores relatam a presença de profissionais atuando como médicos de família e de comunidade com perfis inapropriados (médicos especialistas), referenciando pacientes à AE com uma frequência muito maior do que a esperada.

Em Juiz de Fora, até agosto de 2020, a marcação das consultas era realizada de acordo com a ordem cronológica de inserção no SISREG, sem a existência de um complexo regulador. Durante a pandemia da COVID-19 houve redução da oferta de consultas ambulatoriais eletivas, devido a necessidade de conter aglomeração em unidades de saúde. A partir da reabertura dos serviços na AE para atendimento presencial em meados de 2021, ocorreu aumento da procura por atendimentos eletivos pela população, o que contribuiu para o aumento da demanda. Ao final do período da coleta de dados, em dezembro de

2023, foi possível perceber um aumento exponencial da fila de espera para atendimento na AE em Dermatologia, com 3.069 solicitações pendentes no SISREG aguardando regulação e marcação.

A mediana do tempo de marcação das consultas foi de 96 dias, sendo que em 25% dos casos foi próximo de seis meses, a partir da entrada da solicitação no sistema. O tempo estimado que o médico regulador demorou para identificar as inconsistências no SISREG, no período do nosso estudo, teve uma mediana de 40 dias, sendo que em 25% dos casos este tempo foi maior que dois meses. Quando comparados dos tempos de resolução das inconsistências no sistema, a mediana do tempo da solicitação até a identificação do erro foi maior em Juiz de Fora quando comparado aos outros municípios pactuados ($p < 0,001$). Já em relação ao tempo de resposta da unidade ou para marcação de consulta, não houve diferença estatística.

Para que a inconsistência seja identificada em tempo hábil, a equipe da regulação deve ter um quantitativo de profissionais trabalhando com uma carga horária compatível com a análise das filas de espera, o que não observamos na RAS em Juiz de Fora, uma vez que muitos médicos reguladores dividem sua carga horária entre o assistencial e a regulação, e não há profissionais exclusivos para a função de regulador. A escassez de profissionais para analisar toda a demanda do SISREG resultou na perda de vagas para a AE. Já em relação ao tempo de resposta da UBS à solicitação da correção pela regulação, nosso estudo revelou um intervalo de tempo que variou de 0 dias a 846 dias, com mediana de 70 dias. Isso reflete uma rotina incipiente nas UBS quanto ao acompanhamento e reenvio das solicitações devolvidas pelos profissionais da CMC. A agilidade no processo de regulação e a marcação de consultas dependem do retorno das UBSs para concluir o processo, e grande parte dessas solicitações ainda permaneciam pendentes no sistema.

Segundo Silva Junior e colaboradores (2022), os médicos da APS também dividem sua carga horária entre assistência e regulação, pouco mais de 70% dos médicos informaram dedicar entre 1 e 8 horas por semana para a regulação. Para 20,1%, esta dedicação aumenta para mais de 8 horas. Além disso, 70,2% responderam realizar atividades de regulação dentro e fora do ambiente de trabalho.

Para Araújo e colaboradores (2023), o baixo quantitativo de profissionais tanto na CMC quanto nas UBSs (operadores do SISREG) tem impacto negativo nos processos de trabalho na regulação assistencial.

No estudo conduzido por Araújo e colaboradores (2023), dados da central de regulação de Recife apontaram que cerca de 60% das solicitações pendentes nas filas precisaram ser devolvidas às UBSs por falta e/ou necessidade de esclarecimentos clínicos. Apenas 17% dessas foram reenviadas pelas unidades com as informações solicitadas pela regulação. Os autores relataram que a ausência de informações clínicas adequadas, falhas nos critérios de encaminhamento e dificuldades no fluxo de informações entre a APS e a regulação são obstáculos significativos para o processo de regulação, podendo retardar ou até mesmo impedir o acesso dos usuários aos serviços especializados de saúde.

Uma pesquisa realizada em 2003 por iniciativa do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) mostrou que o tempo de espera é a principal fonte de insatisfação dos usuários com o SUS. Aproximadamente 67% dos entrevistados, que necessitaram de acesso aos serviços de saúde pelo SUS, apontaram o tempo de espera (para obter consultas, exames, internações e outros serviços), como o principal problema que enfrentam no sistema público de saúde (PIOLA et al., 2009).

No estudo realizado por Guerra e colaboradores (2022) em Pernambuco, os médicos da APS e AE relataram que o tempo de espera para a consulta na AE é alto. Ainda, dentre os pontos principais para esta demora, estavam os problemas nas centrais de regulação, a má gestão de recursos materiais e humanos, a desproporção entre a oferta e a demanda de atendimentos na AE. Segundo os autores, tais fatores contribuíram para a saturação dos serviços especializados.

Para Almeida e colaboradores (2010), no estudo realizado em 4 estados das regiões Nordeste, Sudeste e Sul, em relação aos tempos médios de espera para atendimento com especialistas, em Florianópolis e Belo Horizonte a estimativa era de 3 meses de espera e em Vitória de 1 mês. Para a gestão das filas, os municípios estudados adotaram protocolos clínicos para definição de fluxos e regulação da AE, seguindo recomendações gerais do Ministério da

Saúde em integração com o cenário local, com a participação de profissionais gestores e entidades representativas.

No estudo realizado por Silva Junior e colaboradores (2022) no Rio de Janeiro, os principais entraves no gerenciamento na fila de espera foram a baixa oferta de algumas especialidades, o tempo de espera elevado, o desequilíbrio no tempo da regulação e a falta ou inadequação de informações sobre fluxos e modos de encaminhamento. Porém, o aumento da disponibilidade de consultas na AE não foi capaz de reduzir sozinho o estrangulamento do acesso, quando não acompanhados de uma remodelagem do sistema assistencial.

A falta de um levantamento diagnóstico das necessidades reais da população de cada município pactuado, para planejamento e contratação das cotas mais adequadas, incrementa a fila de espera para determinadas especialidades, enquanto outras são reduzidas devido a uma menor demanda de determinado público-alvo. Os municípios pactuados, especialmente da microrregião de Juiz de Fora, não possuem estrutura ou prestadores para atendimento de AE. Assim, grande parte das consultas na APS resulta em encaminhamentos para a rede pactuada que depende de cotas mensais, geralmente insuficientes. No nosso estudo, mesmo após a correção das inconsistências, as solicitações não foram agendadas devido à falta de PPI. Assim como observado por Bastos e colaboradores (2020), havia solicitações de consultas e exames especializados, que foram autorizados pela regulação, mas não foram marcados devido às cotas expiradas, com necessidade de esperar por novos períodos de solicitação e autorização.

Através do conhecimento das filas de espera, os profissionais reguladores podem auxiliar a gestão na alocação de recursos para o atendimento das demandas reprimidas, além de enxergar a demanda por serviços não pactuados. É possível identificar as UBSs que geram maior número de encaminhamentos e, portanto, direcionar estratégias de capacitação para aumentar a resolutividade da região adscrita.

Silva Junior e colaboradores (2022) e Almeida e colaboradores (2010) apontaram como alvos das políticas de fortalecimento da regulação assistencial: a qualificação dos profissionais por meio de capacitações e treinamentos, melhorias na disponibilização e na clareza de informações relativas às ofertas assistenciais no SISREG, definição de protocolos de acesso com critérios

clínicos claros, descentralização de funções regulatórias para o nível local, organização dos fluxos de atendimento, implantação de prontuários eletrônicos e investimentos em sistemas informatizados, assim como ampliação da oferta de serviços especializados. Bernardino Júnior e colaboradores (2020) concordaram que a educação permanente e continuada para qualificação dos profissionais permite maior resolutividade da APS, além de fortalecer a regulação.

7 ACHADOS RELEVANTES

7.1 REGULAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE BAIXA COMPLEXIDADE

Em Juiz de Fora, das 5 unidades prestadoras de serviços em Dermatologia, apenas 3 possuem capacidade humana e infra-estrutura tecnológica para atender a demanda de cirurgias ambulatoriais eletivas. A maioria desses procedimentos não é regulada pelo SISREG. A exemplo, o atendimento de consultas médicas em Dermatologia do DCE, gera solicitações de procedimentos cirúrgicos, como exérese de lesões suspeitas de câncer de pele e biópsias diagnósticas. Esta marcação é realizada com encaminhamento interno diretamente no setor de pequenas cirurgias. Porém, junto a esta marcação, os usuários entram em uma fila de espera de solicitações enviadas pelos demais serviços, que não são autossuficientes na resolução de demandas cirúrgicas, assim como as solicitações vindas da APS, de baixa complexidade, como exérese de lipomas, acrocórdons, dermatose papulosa nigra e lesões melanocíticas não suspeitas. Desta forma, a ausência de regulação para os procedimentos ambulatoriais eletivos cirúrgicos deixa de atender casos prioritários em detrimento de casos não urgentes, uma vez que a marcação ocorre mensalmente diretamente no setor, conforme ordem de chegada.

De acordo com Bastos e colaboradores (2020), são procedimentos cirúrgicos eletivos aqueles sem urgência/emergência, com diagnóstico estabelecido e que devem ocorrer em até 180 dias. O longo e sacrificante tempo de espera para essas cirurgias constitui um problema de gestão em diferentes níveis de complexidade, devido à incapacidade de suprir a demanda e a deficiente integração das redes de assistência. Os autores entrevistaram profissionais reguladores, sobre a regulação de procedimentos cirúrgicos eletivos, alguns defenderam a manutenção do processo regulatório para garantir o atendimento, enquanto outros acreditam que ele atrapalha os fluxos e burocratiza o sistema de saúde. Para estudos futuros, questiona-se a regulação destes procedimentos.

7.2 JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO

Segundo Bastos e colaboradores (2020), o acesso de usuários do SUS aos serviços de saúde é frágil, levando os mesmos a buscarem mecanismos não formais de ação, o que aumenta a fila de espera. Ainda, de acordo com Bernardino Júnior e colaboradores (2020), a dificuldade e o tempo prolongado de espera para o acesso aos serviços ambulatoriais especializados decorrem de fatores como o modelo de atenção adotado, o dimensionamento e a organização das ofertas, bem como do grau de resolutividade local da APS. Na tentativa de garantir o acesso dos usuários à AE, a atuação do poder judiciário interfere diretamente nos trâmites de encaminhamento das centrais de regulação. Os usuários insatisfeitos com suas demandas não atendidas em tempo hábil, procuram o Ministério Público (MP) ou a Defensoria Pública em razão da longa espera. Na área da saúde, um dos objetos do processo judicial é a garantia de acesso ao atendimento, dificultado principalmente pela ausência de vagas, porém esta ação não interfere na origem do problema, ou seja, a qualificação da APS e capacidade de resolução das demandas da população.

No estudo de Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012), as longas filas de espera culminaram no uso de mandados judiciais para acessar os serviços de saúde, principalmente por indivíduos com planos privados de saúde sem cobertura para a atenção especializada. Tais mandados permitem que usuários “furem a fila” das poucas vagas existentes, o que agrava a desigualdade de acesso, ao invés de resolver questões estruturais do sistema. Segundo estimativa do Ministério da Saúde, em 2006, foram gastos R\$ 500 milhões com essas ações.

Em Juiz de Fora, para os atendimentos ambulatoriais eletivos para os prestadores pactuados, é possível notar que há uma demanda de solicitações para adiantamento das consultas na ouvidoria do município. A partir de 18/04/2023 foi criada uma tabela na CMC com as demandas da ouvidoria e até a data de 23/07/2024 havia 995 solicitações pendentes para todas as especialidades, e para consultas em Dermatologia, 22 solicitações. Além disso, há demandas de consultas ambulatoriais eletivas via Ministério Público com uma média de 3-5 solicitações/mês no ano de 2024.

Apesar de não ser o escopo no trabalho e não fazer parte das inconsistências diagnosticadas, alguns autores relatam que a judicialização

destas demandas ferem o princípio da equidade, e por isso, o importante trazer este ponto para discussão, uma vez que também tem impacto no tempo de espera das filas de consultas. Para leitura complementar o artigo do autor Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012) pode ser uma opção interessante para o aprofundamento no tema.

7.3 INTERVENÇÃO PARA AS SOLICITAÇÕES PENDENTES NO SISTEMA

No início da coleta de dados, não havia fila de espera para a marcação de consultas ambulatoriais em Dermatologia. Em 54 solicitações no SISREG (5,4%), as inconsistências foram identificadas e a devolutiva no sistema foi realizada no mesmo dia. Em relação às correções feitas pelas unidades solicitantes, 7 questionamentos (0,7%) foram respondidos no mesmo dia que a inconsistência foi identificada pelo profissional regulador.

Tais dados traduzem a situação da fila de espera para consulta em Dermatologia no início da coleta de dados, onde todas as solicitações que davam entrada no sistema, eram marcadas. Porém, ao final da coleta, em dezembro de 2023, a fila de espera totalizava 3.069 solicitações aguardando marcação no sistema, e apenas um profissional médico regulador era responsável pela marcação desta fila, o que levou a impossibilidade de identificação destas inconsistências no sistema no mesmo dia de inserção delas. Além disso, o médico regulador possui outras funções como prestar suporte na regulação de outras especialidades, dar apoio à equipe de gestão, atendimento ao público, participação de capacitações e reuniões com a gestão da regulação.

Devido ao longo tempo de resposta de algumas UBSs, foi realizada uma intervenção por meio de contato via telefone a partir do dia 25/07/2023 para as unidades solicitantes, com o objetivo de correção da devolutiva para providenciar a marcação das consultas, uma vez que as solicitações devolvidas pela regulação permaneciam sem respostas desde 2021.

Foram realizados contatos com as unidades solicitantes de municípios pactuados que se encontravam com devolutivas não respondidas no sistema por mais de 6 meses: Além Paraíba, Andrelândia, Arantina, Barbacena, Bias Fortes, Bicas, Bom Jardim de Minas, Chácara, Carandaí, Coronel Pacheco, Cristiano Ottoni, Descoberto, Liberdade, Matias Barbosa, Miraí, Paiva, Passa Vinte,

Piraúba, Recreio, Rio Novo, Rio Pomba, Simão Pereira, Tabuleiro e Visconde do Rio Branco, totalizando 24 municípios pactuados. E com as unidades solicitantes de Juiz de Fora: DCE, UBS Barreira do Triunfo, UBS Centro Sul, UBS Cruzeiro do Sul, UBS Dom Bosco, UBS Ipiranga, UBS Jardim Natal, UBS Linhares, UBS Marumbi, UBS Milho Branco, UBS Monte Castelo, UBS Nossa Senhora da Aparecida, UBS Nova Era, UBS Parque Guarani, UBS Progresso, UBS Santa Cecília, UBS Santa Efigênia, UBS Santa Luzia, UBS Santa Rita, UBS Santo Antônio, UBS Santos Dumont, UBS São Pedro, UBS Teixeiras, UBS Vale Verde, UBS Vila Esperança, UBS Vila Olavo Costa e Unidade Rosário de Minas, totalizando 27 unidades solicitantes de Juiz de Fora.

Foram necessários mais de 2 contatos com estas unidades solicitantes, uma vez que mesmo após o contato inicial, ainda não haviam corrigido suas pendências: Além Paraíba, Andrelândia, Barbacena, Bom Jardim de Minas, Bias Fortes, Bom Jardim, Coronel Pacheco, Cristiano Ottoni, Descoberto, Liberdade, Matias Barbosa, Paiva, Recreio, Rio Novo, Rio Pomba, Tabuleiro, Visconde do Rio Branco, totalizando 17 municípios, ou seja, apenas 7 municípios haviam atendido a demanda. Quanto as unidades solicitantes de Juiz de Fora, foram realizados mais de 2 contatos com: DCE, UBS Barreira do Triunfo, UBS Centro Sul, UBS Dom Bosco, UBS Ipiranga, UBS Linhares, UBS Milho Branco, UBS Monte Castelo, UBS Nossa Senhora da Aparecida, UBS Parque Guarani, UBS Progresso, UBS Santa Cecília, UBS Santa Efigênia, UBS Santo Antônio, UBS Santos Dumont, UBS São Pedro, UBS Vale Verde, UBS Vila Esperança, UBS Vila Olavo Costa, totalizando 19 unidades solicitantes ainda pendentes no sistema, o que significa que apenas 8 unidades solicitantes haviam seguido as orientações da regulação após este primeiro contato.

Após inúmeras tentativas de atendimentos das demandas pendentes do sistema, 14 unidades solicitantes (Andrelândia, Bias Fortes, Bicas, Bom Jardim de Minas, Liberdade, Matias Barbosa, Paiva, Recreio e duas solicitações provenientes de Piúma-ES e Rio Verde – GO, e em Juiz de Fora as UBS Centro Sul, UBS Ipiranga, UBS Jardim Esperança e UBS Santos Dumont) ainda permaneceram sem resposta para a regulação via SISREG, seja por dificuldade no contato com a unidade solicitante, seja por dificuldade de contato com o usuário, que se encontrava com os dados de identificação e contato não atualizados no sistema. Estes dados nos mostraram que das 50 unidades

solicitantes que inicialmente se encontravam com pendências no SISREG, o contato telefônico foi efetivo em 35 destas (70%).

De todas as não conformidades encontradas (n=1.000) no período, 199 solicitações (19,9%) ainda estavam pendentes no sistema após a coleta de dados, e após a intervenção apenas 16 (1,6%) solicitações se mantinham pendentes no sistema. Isso significa que houve uma taxa de resposta de 91,9%.

7.4 ESTRATÉGIAS DE MELHORIAS NA RAS

A equipe de regulação assistencial de Juiz de Fora criou um documento on-line disponibilizado a todas as unidades solicitantes do município e pactuadas, compartilhado via *google drive* contendo todos os profissionais prestadores da atenção secundária e terciária, todas as unidades prestadoras (ambulatórios e hospitais), o público-alvo para cada especialidade, a faixa etária de atendimento e as datas e horários das agendas dos profissionais. Este documento organizado em tabela única ao longo do desenvolvimento do projeto e por uma iniciativa da equipe permitiu que os encaminhamentos fossem direcionados aos profissionais e unidades prestadoras que melhor atendessem as demandas dos usuários, evitando assim as devolutivas no sistema para fins de direcionamento de público.

Em 11/06/2024, após reivindicação da equipe da regulação, foi publicada no diário oficial do município de Juiz de Fora a portaria número 467, em “Atos do governo do poder executivo”, que definiu as diretrizes para a organização da Regulação do Acesso às Especialidades Médicas nas Unidades de Saúde. A portaria regulamentou os critérios para encaminhamentos responsáveis, a saber:

[...] A solicitação para marcação de consulta especializada deverá ser feita em impresso próprio (Formulário de Referência e Contrarreferência, Guia de Marcação de Consulta, ou equivalente), contendo os seguintes dados: I - Identificação da unidade de saúde solicitante; II - Assinatura e carimbo do profissional solicitante (contendo CRM do médico solicitante); III - Nome da especialidade requerida e a classificação de prioridade clínica; IV - Dados clínicos com História da Doença Atual (HDA), tempo de evolução, hipótese diagnóstica, terapêutica adotada, resultados de exames complementares; V - Data da emissão do documento. § 1º O solicitante deve seguir sempre os protocolos de encaminhamentos para as especialidades [...]

Além da validação do protocolo clínico de encaminhamentos para as especialidades conforme a prioridade, a portaria também permitiu a organização

das filas de espera para a atenção secundária e terciária. Ficou estabelecido que o município de Juiz de Fora através do sistema on-line denominado "BuscaSaudeJF", permitiu aos usuários acesso a posição na fila de espera, com transparência e acesso público às informações sobre as filas de consultas especializadas, bem como os prazos estimados para atendimento, de acordo com os critérios de prioridade estabelecidos nesta Portaria que pode ser acessado pelo link: <https://buscasaudejf.pjf.mg.gov.br/> , disponibilizado no site da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora.

E por fim, a prefeitura de Juiz de Fora realizou uma modificação no sistema de agendamento de consultas e exames ambulatoriais, que entrou em vigor a partir de janeiro de 2025. O novo sistema eletrônico viver, que pode ser acessado pelo link: <https://juizdefora-mg.vivver.com/login> , também denominado “pronto” – prontuário on-line fácil, pretende integrar as informações dos usuários a nível primário, secundário e terciário, reduzindo as solicitações repetidas, tanto de exames quanto de consultas, permitindo um maior controle de gastos, maior transparência na fila de espera, regulação médica com mudança de prioridade de acordo com o quadro clínico, além de impedir o agendamento de solicitações incompletas, como a ausência de dados de identificação.

8 CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS

Com base nos resultados encontrados e na análise parcial dos dados, foi possível identificar as principais inconsistências responsáveis pelo atraso na marcação das consultas. Foram caracterizadas estas inconsistências, identificadas as unidades solicitantes com maior número de pendências no sistema e estimado o tempo necessário para a resolução das solicitações com consequente marcação das consultas.

O atraso detectado na marcação das consultas pode gerar um impacto significativo, incluindo despesas desnecessárias com deslocamentos para consultas médicas remarcadas ou com horários alterados, devido à falta de atualização de contato (telefone e endereço) dos usuários no sistema. Quando os usuários não são informados sobre estas alterações nos agendamentos, também podem gerar gastos adicionais com transporte, além de se ausentarem das suas atividades laborais sem ter a resolução de sua consulta. Além disso, os deslocamentos de usuários de municípios pactuados para atendimento em Juiz de Fora acarretam custos adicionais com motorista, veículos oficiais, alimentação e combustível.

Outras inconsistências que contribuíram para atrasos na marcação de consultas incluíram preferência por unidade, médico específico, respostas inadequadas às devolutivas da regulação e classificação inadequada de riscos. Esses problemas podem resultar na cronificação de doenças potencialmente tratáveis, que aguardam longos períodos na fila de espera.

Com base nesta análise, será possível auxiliar na elaboração políticas públicas para abordar os principais problemas identificados. Será possível também elaborar programas de capacitação para os operadores dos sistemas de agendamento e implementar iniciativas para contactar as principais unidades afetadas pelas falhas identificadas no levantamento, com o objetivo de reduzir o tempo para a marcação de consultas. Ainda, haverá contribuição para o fortalecimento da implementação do matriciamento, identificando e superando os entraves impostos à sua execução.

O presente trabalho foi submetido à Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e aguarda parecer dos revisores para publicação.

9 REFERÊNCIAS

1 ALMEIDA PF, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, ESCOREL S. Desafios à coordenação dos cuidados e saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(2):286-298, fev, 2010.

2 ARAÚJO MS, ALBUQUERQUE AC, FELISBERTO E, SAMICO I, RODRIGUES AS. Avaliação da implantação de um projeto de telerregulação assistencial e uma capital brasileira. Cad. Saúde Pública 2023; 39(7):e00009623.

3 BAGATINI CLT. A regulação do acesso e sua importância para organizar a oferta e a demanda de serviços nos sistemas públicos de saúde: o caso do Rio Grande do Sul. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA, ESPECIALIZAÇÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE, 2017 (Trabalho de conclusão de curso).

4 BARBOZA NAS, REGO TDM, BARROS TMRRP. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n. 11, p.84966-84985, nov. 2020.

5 BARRETO ML. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. Rev. Bras. Epidemiol. 4 Vol. 5, supl. 1, 2002.

6 BASTOS LBR, BARBOSA MA, ROSSOI CFW, CAVALCANTE OLIVEIRA LMAC, FERREIRA IP, BASTOS DAS, PAIVA ACJ, SANTOS AAS. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. Rev Saude Publica. 2020; 54: 25.

7 BERNARDINO JUNIOR SV, MEDEIROS CRG, SOUZA CF, KICH J, ALVES AM, CASTRO LC. Processos de encaminhamento serviços especializados em cardiologia endocrinologia pela Atenção Primária à Saúde. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 44, N. 126, P. 694-707, JUL-SET 2020.

8 BERTOLOZZI MR, GRECO RM. As políticas de Saúde no Brasil: Reconstrução histórica e perspectivas atuais. Rev. Esc. Enf. USP, 1996: 30; 3: 380-98.

9 BRASIL. Constituição federal. Artigo 196. Acessado em 19/02/2024: <https://portal.stf.jus.br/constituicao-supremo/artigo.asp?abrirBase=CF&abrirArtigo=196#:~:text=Da%20Sa%C3%B Ade-.Art.,sua%20promo%C3%A7%C3%A3o%2C%20prote%C3%A7%C3%A3o%20e%20recupera%C3%A7%C3%A3o.>

10 BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. Lei Orgânica de Saúde. 2 ed. Brasília, 1991.

11 BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde Brasília, 1986.

12 BRASIL. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. O Sistema Nacional de Auditoria – SNA.

13 BRASIL. PORTARIA Nº 1.559. Brasília, DF, 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

14 BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Programa de saúde da Família. Caderno 1: A implantação da unidade de saúde da família. Brasília, 2000.

15 BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Manual de implantação de complexos reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

16 BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

17 BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 648, de 28 de março de 2006. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html

18 BRASIL (2020). Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. Recuperado em 31 de março, 2022. <https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona>.

19 BOTELHO FR. Organização e conscientização da importância do prontuário como ferramenta na assistência ao paciente na Unidade de Saúde Palmital em Lagoa Santa, Minas Gerais. UNASUS, 2016. Disponível em <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/5966>> Acesso em: 05 de jan. 2016. (Trabalho de conclusão de curso).

20 CARREGARO BM. Implementação do Prontuário Eletrônico como Meio de Qualificar a Regulação dos Encaminhamentos Médicos: Projeto Interdisciplinar. TCC. Brasília 2020.

21 CARVALHO M, SANTOS NR, CAMPOS GWS. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, jul/set 2013.

22 CORDEIRO MF. SISREG: Uma ferramenta de desafios e avanços para a garantia do direito a saúde. Monografia. Brasília. 2015.

- 23 Declaração de Alma-Ata. Ministério da Saúde - 06/02/2002 . Acessado em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf (28/02/2024).
- 24 DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
- 25 DUARTE, W A. A importância do prontuário eletrônico – E-SUS para os municípios. Repositório. 2016. Disponível em <<http://repositorio.unis.edu.br/handle/prefix/444>>. Acesso em: 05 de jan. 2020.
- 26 ESTRATÉGIA NACIONAL DE SEGURANÇA CIBERNÉTICA – E-CIBER. DECRETO Nº 10.222, DE 5 DE FEVEREIRO DE 2020, Brasília – 2020.
- 27 GAWRYSZEWSKI ARB, OLIVEIRA DC, GOMES AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 22 [1]: 119-140, 2012.
- 28 FAUSTO MCR, MATTA GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). acesso em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39171?show=full> (28/02/2024).
- 29 FERNANDES VC, SOUSA CL. Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. J Manag Prim Health Care, 2020;12:e1.
- 30 GUABIRABA K, GOMES G, MELO EA. Oportunidades, percalços e justificativas: a descentralização da regulação ambulatorial no município do Rio de Janeiro. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 46, N. 132, P. 107-120, JAN-MAR 2022. (DOI: 10.1590/0103-1104202213207).
- 31 GUERRA S, MARTELLI PJF, DUBEUX LS, MARQUES P., SAMICO IC. Coordenação da gestão clínica entre níveis: a perspectiva de médicos da atenção primária e especializada na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública 2022; 38(5):e00262921. (doi: 10.1590/0102-311XPT262921)
- 32 GAWRYSZEWSKI AR, OLIVEIRA DC, GOMES AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação. Revista de Saúde Coletiva. 2012; 22(1):119-140.
- 33 HEIDMANN ITSB, ALMEIDA MCPA, BOEHS AE, WOSNY AM, MONTICELLI M. PROMOÇÃO À SAÚDE: TRAJETÓRIA HISTÓRICA DE SUAS CONCEPÇÕES. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):352-8.

34 Lei Ordinária nº13.709/2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). Acesso em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13709-14-agosto-2018-787077publicacaooriginal156212pl.html#:~:text=Art.,da%20personalidade%20da%20pessoa%20natural>.

35 Lei Ordinária nº 8.142/1990. 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. Acesso em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

36 Lei Orgânica de saúde nº8.080/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Acesso em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

37 LIMA MRL, SILVA MVS, CLARES JWB, SILVA LMS, DOURADO HHM, SILVA AA. Regulação em saúde: conhecimento dos profissionais da estratégia de saúde da família. Revista da rede de Enfermagem do Nordeste 2013; 34 (1): 23-31.

38 MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

39 MOTA EMA, CARRARO FM, ARAÚJO APS, A Importância das Equipes Multiprofissionais nas Centrais de Regulação e Auditoria do SUS. Rev. UNINGÁ, Maringá, v. 55, n. 4, p. 1-6, out./dez. 2018 ISSN 2318-0579.

40 Pacto pela Saúde:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume6.pdf

41 PAIM JS. O que é o SUS? E-book. Editora Fiocruz, Fundação Oswaldo Cruz; 2015.

42 PIOLA SF, VIANNA SM, MARINHO A, CARVALHO D, RIBEIRO JA, SILVA JR, SERVO LM, NOGUEIRA RP. Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Texto para discussão nº 1391. IPEA. Brasília: fevereiro 2009.

43 PINTO JR, CARNEIRO MGD. Avaliação do agendamento on-line de consultas médicas especializadas através da central de regulação do SUS. Saúde Coletiva 2012;09 (58): 123-128.

44 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. Cien Saude Colet. 2022 Jun;27(6):2481-2493. doi: 10.1590/1413-81232022276.15702021. Epub 2021 Nov 5.

45 Política Nacional da Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2007. Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf

46 PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. DIÁRIO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA. ATOS DO GOVERNO DO PODER EXECUTIVO. PORTARIA Nº 467 - SS - Define as diretrizes para a organização da Regulação do Acesso às Especialidades Médicas nas Unidades de Saúde, e dá outras providências. 11/06/2024. https://www.pjf.mg.gov.br/e_atos/e_atos_vis.php?id=119368

47 SILVA JUNIOR CS, GUABIRABA KPL, GOMES GG, ANDRADE CLT, MELO EA. A regulação ambulatorial na Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro, Brasil, a partir dos médicos reguladores locais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(6):2481-2493, 2022. (DOI: 10.1590/1413-81232022276.15702021)

48 SILVA BRX, LEITE JCL. Um olhar sobre complexo regulador e o protagonismo da atenção básica no processo do cuidado. *Research, Society and Development*. 2022; 11(6):e8811628197. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28197>).

49 SILVA JUNIOR CL, GUABIRABA KPL, GOMES GG, ANDRADE CLT, MELO EA. A regulação ambulatorial na Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro, Brasil, a partir dos médicos reguladores locais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022; 27(6):2481-2493.

50 STARFIELD B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 1 ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

51 STRAUSS LR. Entendendo o SUS. Ministério da Saúde; 2006. Assessoria de Comunicação Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, sala 556 CEP: 70058-900, Brasília, DF. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136

52 TOFANI LFN, REBEQUI A, GUIMARÃES CF, FURTADO LAC, ANDREAZZA R, CHIORO A. Dimensões e regimes da regulação na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: um jogo de disputas entre o interesse público e o privado. *Cad. Saúde Pública* 2023; 39(1):e00161222.

53 VILARINS GCM, SHIMIZU HE, GUTIERREZ MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*, v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012.

Endereços eletrônicos:

<https://sisregiii.saude.gov.br/cgi-bin/index#>

<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus>

https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/08_2022/04-jan-fev-mar/2021-sus/entendendo_o_sus.pdf

https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/00_2015-maio-junho/30-06_historia-do-sus.pdf

<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=7508&ano=2011&ato=16fgXUE9UMVpWT875#:~:text=REGULAMENTA%20A%20LEI%20N%C2%BA%208.080,INTERFEDERATIVA%2C%20E%20D%C3%81%20OUTRAS%20PROVID%C3%84NCIAS.>

<https://juizdefora-mg.vivver.com/login>

APÊNDICE A – INCONSISTÊNCIAS POR UNIDADES SOLICITANTES

INCONSISTÊNCIAS POR SOLICITANTE			
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativa
MATIAS BARBOSA – MG	36	3,6	3,6
SMS SANTOS DUMONT	33	3,3	6,9
UBS SAO BENEDITO PSF	33	3,3	10,2
UBS SAO SEBASTIAO PSF	32	3,2	13,4
UBS CENTRO SUL	31	3,1	16,5
UBS TEIXEIRAS PSF	30	3,0	19,5
UBS LINHARES I PSF	27	2,7	22,2
SERVICO DE ATENCAO A SAUDE DO IDOSO	26	2,6	24,8
UBS SANTO ANTONIO PSF	25	2,5	27,3
UBS VILA IDEAL	24	2,4	29,7
DEP DE CLINICAS ESPECIALIZADAS	23	2,3	32,0
UBS MILHO BRANCO PSF	22	2,2	34,2
UBS SANTA EFIGENIA PSF	21	2,1	36,3
UBS SANTA RITA PSF	20	2,0	38,3
UBS VALE VERDE	20	2,0	40,3
UAPS SANTA CECILIA PSF	17	1,7	42,0
UBS DOM BOSCO	17	1,7	43,7
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE RIO POMBA	16	1,6	45,3
UBS NOSSA SENHORA DAS GRACAS	16	1,6	46,9
UBS SANTOS DUMONT	16	1,6	48,5
VISCONDE DO RIO BRANCO - MG	16	1,6	50,1
SECRETARIA DE SAUDE DE JUIZ DE FORA	15	1,5	51,6
UBS SANTA LUZIA PSF	15	1,5	53,1
SEC MUN DE SAUDE DE EWBANK DA CAMARA	14	1,4	54,5
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE LIMA DUARTE	14	1,4	55,9
UBS JARDIM NATAL PSF	14	1,4	57,3
UBS CRUZEIRO DO SUL	13	1,3	58,6
UBS VILA ESPERANCA PSF	13	1,3	59,9
UAPS PROGRESSO PSF	12	1,2	61,1
UBS BORBOLETA	12	1,2	62,3
UBS IPIRANGA	12	1,2	63,5
UBS SAO PEDRO	12	1,2	64,7
UBS ALTO DO GRAJAU PSF	11	1,1	65,8
UBS JOQUEI CLUBE I PSF	11	1,1	66,9
UBS NOVA ERA	11	1,1	68,0
SMS RIO PRETO	10	1,0	69,0
UBS ELISA SAVALA P GUARANY PSF	10	1,0	70,0
UBS GRAMA	10	1,0	71,0
UBS NOSSA SENHORA DE LOURDES	10	1,0	72,0

POLICLINICA MICROREGIONAL DE SAO JOAO NEPOMUCENO	9	,9	72,9
UBS BARREIRA DO TRIUNFO PSF	9	,9	73,8
UBS GRANJAS BETHANIA	9	,9	74,7
UBS MARUMBI PSF	9	,9	75,6
UBS MONTE CASTELO PSF	9	,9	76,5
UBS FURTADO DE MENEZES PSF	8	,8	77,3
UBS RETIRO PSF	8	,8	78,1
UBS VALE DOS BANDEIRANTES PSF	8	,8	78,9
SMS PASSA VINTE	7	,7	79,6
UBS BENFICA	7	,7	80,3
UBS FILGUEIRAS PSF	7	,7	81,0
UBS SANTA CRUZ I PSF	7	,7	81,7
UBS SAO JUDAS TADEU PSF	7	,7	82,4
PIRAUBA - MG	6	,6	83,0
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ARACITABA	6	,6	83,6
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE DESCOBERTO	6	,6	84,2
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE RIO NOVO	6	,6	84,8
SMS BOM JARDIM DE MINAS	6	,6	85,4
UBS CIDADE DO SOL	6	,6	86,0
UBS ESPLANADA	6	,6	86,6
UBS JARDIM ESPERANCA PSF	6	,6	87,2
UBS NOSSA SENHORA APARECIDA	6	,6	87,8
UBS TORREOES PSF	6	,6	88,4
UBS VILA OLAVO COSTA PSF	6	,6	89,0
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BICAS	5	,5	89,5
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CATAGUASES	5	,5	90,0
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE UBA	5	,5	90,5
UBS PARQUE BURNIER JARDIM DA LUA PSF	5	,5	91,0
CHACARA - MG	4	,4	91,4
SECRETARIA DE SAUDE DE MAR DE ESPANHA	4	,4	91,8
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ANDRELANDIA	4	,4	92,2
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BELMIRO BRAGA	4	,4	92,6
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE PAIVA	4	,4	93,0
SECRETARIA MUNICIPAL DE TABULEIRO	4	,4	93,4
SMS BIAS FORTES	4	,4	93,8
UAPS BAIRRO INDUSTRIAL	4	,4	94,2
UBS JOQUEI CLUBE II PSF	4	,4	94,6
GUARANI - MG	3	,3	94,9
OLIVEIRA FORTES - MG	3	,3	95,2

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ALEM PARAIBA	3	,3	95,5
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE DONA EUZEBIA	3	,3	95,8
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE MARIPA DE MINAS	3	,3	96,1
SMS SIMAO PEREIRA	3	,3	96,4
UNIDADE BASICA DE SAUDE DE LIBERDADE - MG	3	,3	96,7
BARBACENA - MG	2	,2	96,9
ESTRELA DALVA - MG	2	,2	97,1
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE DE PIAU	2	,2	97,3
SECRETARIA MUNICIPAL DE GUIDOVAL	2	,2	97,5
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CRUZILIA	2	,2	97,7
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE LAGOA DOURADA	2	,2	97,9
ARANTINA - MG	1	,1	98,0
ASTOLFO DUTRA - MG	1	,1	98,1
CARANDAI - MG	1	,1	98,2
CHIADOR - MG	1	,1	98,3
CORONEL PACHECO - MG	1	,1	98,4
ERVALIA - MG	1	,1	98,5
FUNDACAO DR NELSON MEIRELES	1	,1	98,6
GOIANA - MG	1	,1	98,7
IGREJINHA	1	,1	98,8
MIRAI - MG	1	,1	98,9
PEDRO TEIXEIRA - MG	1	,1	99,0
PIUMA - ES	1	,1	99,1
RECREIO - MG	1	,1	99,2
RIO VERDE - GO	1	,1	99,3
ROSARIO DE MINAS	1	,1	99,4
SANTA RITA DE JACUTINGA - MG	1	,1	99,5
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CRISTIANO OTONI	1	,1	99,6
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE MERCES	1	,1	99,7
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE PRADOS	1	,1	99,8
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE VOLTA GRANDE	1	,1	99,9
UBS HUMAITA	1	,1	100,0
Total	1000	100,0	