REVISTA Ação Ergonômica

R. Ação Ergon., 16(2), 2022.
ISSN 2965-7318. doi: 10.4322/rae.v16n2.e202204

FLUXOS DE TRABALHO EM SISTEMAS COMPLEXOS: UMA ANÁLISE DA REGULAÇÃO MÉDICA ESTADUAL AMBULATORIAL

Maria Cecilia Bruzi[1]*

Rodrigo Arcuri[2]

Hugo Cesar Bellas[3]

Jaqueline Vianna[4]

Paulo Victor de Carvalho[5]

Alessandro Jatobá[6]

Resumo

O sistema de saúde enfrenta desafios na oferta de atendimento adequado à população, sendo essencial considerar modelos de organização que garantam acesso universal e eficiente. Tipicamente, os sistemas podem ser fragmentados, caracterizados pela falta de comunicação entre os níveis de atendimento, ou baseados em redes de atenção à saúde (RAS), que integram os serviços de forma articulada. As RAS promovem uma atenção contínua e integrada aos pacientes, facilitando o acesso aos diferentes níveis de cuidado.

A regulação da assistência é fundamental para coordenar a oferta de serviços e garantir o acesso adequado aos usuários. No entanto, há desafios relacionados à comunicação entre os diversos sistemas de informação utilizados nas diferentes etapas da regulação, o que pode resultar em atrasos e falhas no atendimento.

No contexto brasileiro, a regulação ocorre em diferentes níveis - municipal, regional, estadual e nacional - e envolve a comunicação entre diversas instâncias para garantir a oferta adequada de serviços em todo o país. No entanto, problemas como a falta de comunicação entre os sistemas de informação e a capacidade limitada de oferta de serviços podem gerar gargalos e impactar a qualidade do cuidado oferecido.

Intervenções para melhorar o sistema de regulação incluem o aprimoramento das ferramentas de tecnologia da informação, a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos e a coordenação entre as diferentes esferas do sistema de saúde. Essas medidas visam reduzir os atrasos, melhorar a eficiência do sistema e garantir um atendimento mais eficaz aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: regulação da assistência; ergonomia cognitiva; processo de trabalho; saúde pública.

[1] Universidade Federal Fluminense(Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção/ UFF).
*mariaceciliaguimaraes@id.uff.br.
[2] Universidade Federal Fluminense (Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção/ UFF).
[3] Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).
[4] Universidade Federal do Rio de Janeiro(Programa de Engenharia de Produção/ COPPE/UFRJ).
[5] Instituto de Engenharia Nuclear - IEN.
[6] Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.

WORKFLOWS IN COMPLEX SYSTEMS: AN ANALYSIS OF STATE OUTPATIENT MEDICAL REGULATION

Abstract

The health system faces challenges in providing adequate care to the population, and it is essential to consider organizational models that guarantee universal and efficient access. Typically, systems can be fragmented, characterized by a lack of communication between levels of care, or based on health care networks (RAS), which integrate services in an articulated manner. RAS promote continuous and integrated care for patients, facilitating access to different levels of care.

Regulating care is essential to coordinate the provision of services and guaranteeing adequate access to users. However, there are challenges related to communication between the various information systems used in the different stages of regulation, which can result in delays and failures in care.

In the Brazilian context, regulation occurs at different levels - municipal, regional, state and national - and involves communication between various bodies to ensure the adequate provision of services throughout the country. However, problems such as the lack of communication between information systems and the limited capacity to provide services can create bottlenecks and impact the quality of care provided.

Interventions to improve the regulatory system include improving information technology tools, training health professionals involved, and coordination between different spheres of the health system. These measures aim to reduce delays, improve system efficiency, and ensure more effective care for users of the Unified Health System (SUS).

Keywords: regulation of care; cognitive ergonomics; work process; public health.

1. INTRODUÇÃO

Os sistemas de atenção à saúde são programas direcionados a atender as necessidades e demandas da população em um determinado tempo, operando conforme a situação de saúde dos usuários, devendo ser universal, equânime, integral, efetivo e eficiente articulando com os resultados desejados. (JATOBÁ *et al.*, 2019).

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2015) e Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (2011), as tipologias mais encontradas, mundialmente, são sistemas fragmentados e sistemas de Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Os sistemas fragmentados partem do pressuposto de um modelo organizacional de pontos isolados, que diz respeito à localidade dos componentes da estrutura estarem em locais não coordenados, resultado em um sistema hierárquico e com incomunicabilidade entre os diferentes níveis de atendimentos - prejudicando, assim, a eficiência de cuidado à saúde, o

fornecimento da atenção contínua do usuário e o acesso aos níveis secundários e terciários. (JATOBÁ *et al.*, 2019; MENDES, 2011).

Por outro lado, a operacionalidade das RAS é estruturada através de um conjunto de pontos articulados entre si que juntos procedem à formação da rede. Na lógica deste modelo, o paciente consegue obter uma atenção contínua e integrada, acesso aos diferentes níveis ambulatoriais e eficácia na organização interna da rede, como a alocação de recursos, coordenação clínica, entre outros (JATOBÁ *et al.*, 2019; MENDES, 2011). Os procedimentos ambulatoriais são: atendimentos de emergência e urgência, cuidados e serviços ambulatoriais de saúde, serviços para pacientes ambulatoriais e visitas clínicas.

De acordo com a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010a), os componentes da RAS incluem: centro de comunicação, pontos de atenção, os sistemas de apoio, sistemas logísticos, sistema de transporte e sistemas de governança.

Para gerenciar a disponibilidade das informações na RAS, visando a continuidade do cuidado, existem três tipos de coordenação: coordenação da informação, coordenação de gerenciamento clínico e coordenação administrativa ou organizacional. A coordenação da informação engloba a comunicação entre os diferentes serviços e níveis de atenção sobre o usuário. A coordenação de gerenciamento clínico refere-se à "[...]coerência da atenção, à acessibilidade entre níveis e o adequado acompanhamento do usuário" (ÁVILA, 2022). A coordenação administrativa, ou organizacional, diz a respeito das atividades administrativas para promover a acessibilidade entre os níveis primário, secundário e terciário. (MENDES *et al.*, 2021)

Com a intenção de ordenar e coordenar os diferentes pontos do sistema da RAS, a Atenção Primária à Saúde (APS) se tornou o elo de comunicação dos diversos componentes. (BRASIL, 2010)

Conceitualmente, segundo a Secretaria de Saúde, ([s.d.]), a APS pode ser definida como um "[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde[...]" que articulando com as práticas de um grupo multidisciplinar de profissionais da área e a integração com os serviços verticais, assumem a responsabilidade de cuidado de um determinado grupos de indivíduos.

A sua estrutura é baseada em sete premissas, atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e enfoque

comunitário, e em três funções, resolução, organização e responsabilização. (BRASIL, 2010b; SHIMAZAKI, 2009)

No Brasil, a expansão da APS ocorreu em 1994, em consequência da formação do Programa de Saúde da Família com a Política Nacional de Atenção Básica, a partir do modelo da Estratégia Saúde da Família em 2006 (JATOBÁ *et al.*, 2019).

Este acontecimento resultou num crescimento expressivo da demanda de atendimentos aos serviços de saúde, no qual passou a atender cerca de 80% a 90% da população. Por consequência, o atendimento nas atenções secundária e terciária também sofreram um aumento de solicitações de atendimentos.

Para organizar e racionalizar a procura para os serviços dos níveis de atenção supracitados, surgiu a Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008, que tem como foco fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2008).

De acordo com a Portaria nº 1.559 (BRASIL, 2008), há três dimensões que permeiam a regulação:

> I Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;
>
> II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e
>
> III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Embora todas as dimensões da regulação sejam importantes para a eficiência utilização da RAS, destaca-se a regulação do acesso à assistência por prescindir do usuário a priorização e direcionamento adequados no momento certo, nos quais estas ações são operadas por complexos reguladores locais.

Segundo Brasil (2010b), complexo regulador "consiste numa organização do conjunto de ações da Regulação do Acesso à Assistência, de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima às necessidades reais em saúde".

Levando em consideração isto, a implantação das centrais de regulação de urgência, internação hospitalar, consultas e exames ambulatoriais de média e alta complexidade busca justamente gerenciar leitos, agendar consultas especializadas e serviço de apoio diagnóstico terapêutico. (BRASIL, 2006)

Contudo, ao analisar o sistema de saúde brasileiro é lícito admitir que com o advento atenuante da demanda por atendimentos e baixos recursos disponibilizados pelo Estado, médicos reguladores e enfermeiros têm enfrentado diariamente um ambiente hostil de trabalho, gerados por gargalos nos procedimentos de regulação ambulatorial, pressões para realizar agendamentos, atenção nos preenchimentos de formulários e grande carga de trabalho.

Nesse sentido, o artigo tem o propósito de identificar os gargalos no processo de regulação médica da assistência ambulatorial de um determinado estado da Federação Brasileira. Neste âmbito, o trabalho buscou identificar e conduzir uma análise preliminar dos diferentes fluxos que compõem este processo, enfocando o suporte de ferramentas de tecnologia de informação (TI) a estes fluxos, além de analisar os aspectos cognitivos dos agentes reguladores.

2. METODOLOGIA E DESENVOLVIMENTO

O estudo foi formulado a partir de um desenho qualitativo exploratório, com vistas à identificação, descrição e análise dos principais fluxos de trabalho relacionados ao processo de regulação de vagas de procedimentos ambulatoriais. A Metodologia foi dividida em quatro etapas, descritas a seguir.

A primeira etapa foi a realização da revisão da literatura científica e técnica no campo da regulação em saúde pública, com o objetivo de entender a dinâmica do trabalho dentro das centrais de regulação e complexos reguladores, por meio de documentos públicos, técnico-

científicos e institucionais que descrevem aspectos da realização da regulação de acesso a assistência.

A segunda etapa envolveu a coleta de dados primários por meio de entrevistas semiestruturadas com médicos e enfermeiros que atuam nas centrais de regulação, nos quais foram levantados depoimentos no tocante à operação da regulação da assistência nos diferentes níveis de cuidado em saúde, complexidade e governamental.

A terceira etapa consistiu na codificação dos dados a partir de análise de conteúdo (BARDIN, 1989).

Por fim, a última etapa envolveu a modelagem dos dados através da elaboração de diagramas de fluxo e análises preliminares.

3. Resultados

A revisão da literatura empreendida permitiu a identificação do processo de regulação da assistência ambulatorial em alto nível.

Nesse sentido, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2016) apresenta de forma esquematizada o fluxo do processo, Figura 1, a fim de ilustrar o procedimento adotado para regulação da assistência em saúde pública.

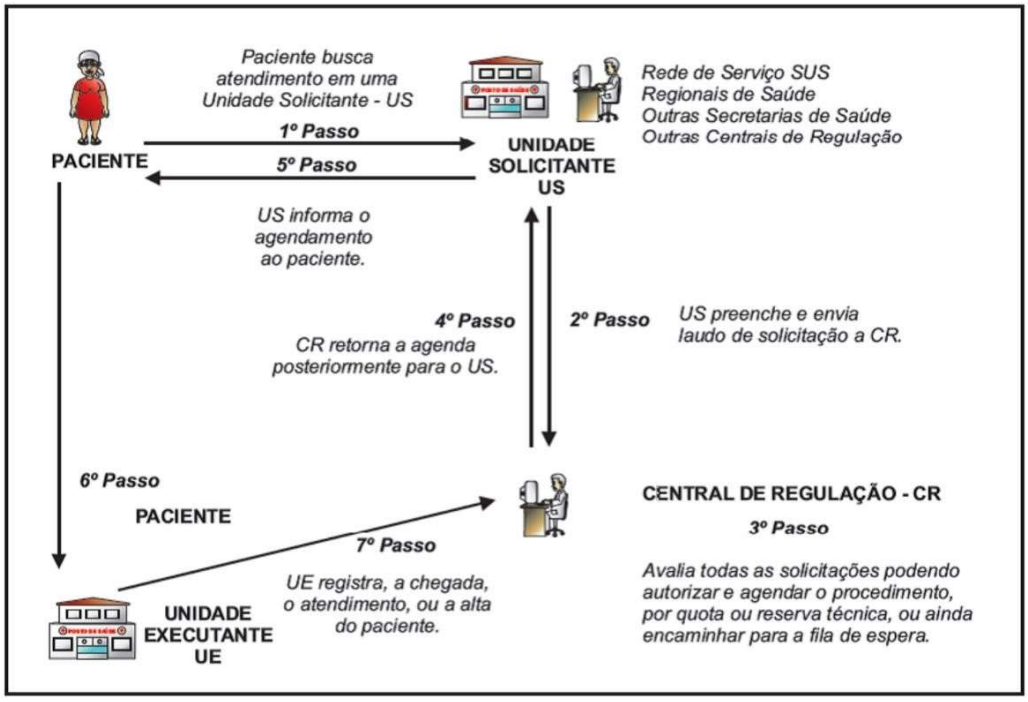

Figura 1: Esquema de fluxo de procedimento para regulação de acesso à assistência. (FONTE: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2016)

O procedimento para a regulação parte de o pressuposto do paciente encaminhar se a uma unidade solicitante (US) em busca de atendimento ambulatorial, no qual durante a assistência, o médico responsável, ao perceber que o usuário precisará de tratamento mais robusto, preenche e envia uma solicitação ao médico regulador na central de regulação (CR) para realizar os transmites seguintes do agendamento.

O documento encaminhado é então avaliado pelo regulador, que analisará e tomará a decisão de autorizar o agendamento, negar ou pedir para o solicitante reavaliar a solicitação.

Supondo que o médico regulador autorize a solicitação, o passo seguinte é agendar a solicitação e avisar a US para em seguida notificar o usuário sobre o resultado final do pedido de encaminhamento.

O usuário recebe o aviso, se encaminha no dia e horário agendado para a unidade executante e realiza a assistência ambulatorial. Após o atendimento o executante avisa a CR sobre a chegada, o atendimento realizado e se o paciente recebeu alta.

Todo trâmite apresentado procede por meio de laudos e softwares nas unidades envolvidas na esquematização.

Entretanto, durante as entrevistas realizadas, foi observado que dependendo do fluxo entre regulador, solicitante e ofertante, não há comunicação entre estes agentes, salvo aqueles fluxos que são operados via uma das plataformas de TI empregadas. Em muitos casos, cada município possui seu próprio sistema de TI, as regionais um software padrão e a estadual variando de um ou mais programas.

Quando o solicitante realiza uma solicitação, a ferramenta de TI utilizada será a que o regulador usa.

Para exemplificar, assumindo que a US utiliza o programa TI Saúde e o solicitante Saúde TI, para a US realizar o pedido, o mesmo terá que aprender a manusear o TI Saúde, porque nele que terá que preencher o formulário, tendo em vista que o regulador utiliza esse software.

Relativo ainda aos suportes de TI, a pesquisa identificou, mediante os dados coletados, falhas na comunicação entre os diferentes pontos da RAS, partindo da ausência de notificação entre regulador, ofertante e solicitante até a falta de sincronização do sistema com outras plataformas digitais do governo para atualizar os dados dos usuários.

Com relação aos avisos entre os autores envolvidos, notou-se que as respostas das solicitações, principalmente se foi negada, não conseguia ser repassada pelo sistema aos

devidos responsáveis, ocasionando longas esperas do paciente em fila por atendimentos ambulatoriais. Por outro lado, avisos sobre a falha de notificação aos usuários sobre o agendamento devido a imprevistos, não se conseguiam reportar no suporte de TI, acarretando o não-comparecimento do paciente no atendimento.

Outro motivo que ocasiona o absenteísmo do paciente, de acordo com os depoentes, é a falta de atualização dos dados dos próprios pacientes, que poderiam ser realizadas por intermédio da conciliação com outras plataformas digitais.

De maneira semelhante, e também relacionado à atualização de dados, neste caso especificamente sobre a fila de espera, outro obstáculo que foi percebido é a ausência de sincronização com as ferramentas digitais de registo de óbitos. Nos casos de óbitos de pacientes aguardando em fila, a remoção do paciente da lista de espera precisa ser realizada de forma manual, em vez de automática.

O último problema a destacar com relação aos suportes de TI é o cancelamento de solicitações que foram pendenciadas e não resolvidas em dado período de tempo. Quando ocorre a necessidade de pendênciar uma solicitação, é gerado no sistema o *follow-up*. Contudo, como às vezes a comunicação entre o solicitante, executante e regulador fica comprometida por fatores externos e internos, as notificações acabam não sendo repassadas para o responsável específico.

Feito isto, no presente momento no contexto estadual estudado, há existência de quatro níveis de regulação da assistência, que variam conforme o grau de complexidade, oferta e demanda de pedidos, que são: municipal, regional, estadual e nacional.

A regulação realizada em nível municipal, segundo a literatura, é normalmente de baixa complexidade e para vagas ofertantes no próprio município. Em outras palavras, é de instituição para instituição na própria cidade. O complexo regulador que atua nesse tipo de localidade é a Central Municipal de Regulação (CMR). Além disso, cada município possui o próprio CMR, com exceção da capital que é gerenciada por outro complexo regulador.

O nível regional é composto por regiões do estado que é formado por um grupo de municípios específicos, no qual cada região tem uma Central Regional (CREG) que rege a regulação. Quando um município não tem uma determinada vaga para uma certa solicitação e outro município da mesma região têm vaga ofertada, a CREG é acionada para realizar a comunicação entre as cidades e realizar o agendamento do procedimento. Ademais, como a capital não possui CMR, a mesma é regida pela CREG para realizar a comunicabilidade entre os pontos dos ofertantes e os solicitantes.

Em alguns casos, as cidades fazem valer a contratualização. O município que não tem disponível determinadas vagas para certos procedimentos e outro município possui, a cidade com déficit oferta compra as vagas das outras cidades para os seus munícipes usufruir delas.

Na esfera estadual, a regulação é feita por duas ou mais centrais, sendo elas: Central de Regulação de Alta Complexidade (CERAC), Regulação Interna ao Estado e, caso o estado decida, outras centrais.

Por intermédio delas consegue-se ocorrer a comunicabilidade entre regiões do estado para realizar regulação entre elas. Em outras palavras, se uma região não tem disponível certa vaga e outra região tem oferta, as Centrais da esfera estadual realizam a transação entre elas.

Finalmente, no âmbito nacional, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), que regula as solicitações nesse nível. A CNRAC realiza a comunicação de interestaduais objetivando alocar pacientes em de estado a estado com alta ou altíssima complexidade.

Sendo assim, a Figura 2 procura exemplificar de forma lúdica os níveis de regulação presentes atualmente no Brasil.

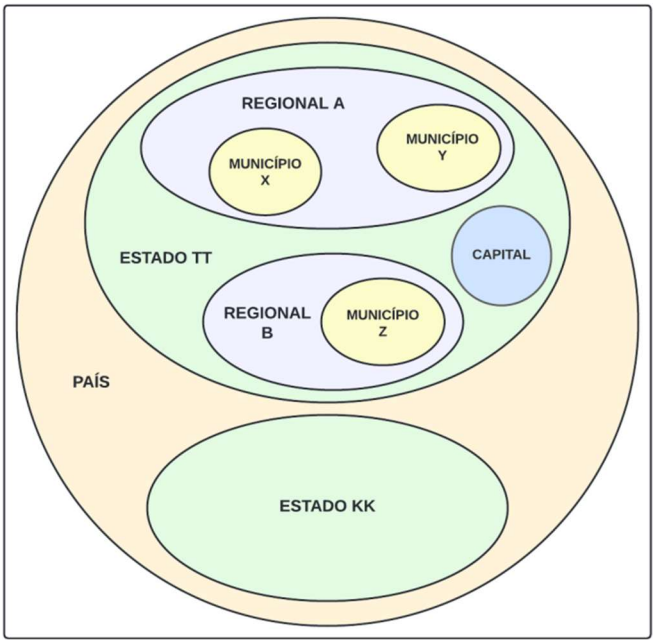

Figura 2: Representação dos níveis na saúde.

A cor laranja representa a regulação nacional. A verde corresponde à regulação referente ao Estado, no qual as siglas KK e TT representam as siglas do nome do estado. A cor lilás são as regiões, que podem ser observadas pelas siglas A e B, que compõem o estado. As amarelas

se relacionam aos municípios, representados pelas siglas X, Y e Z. Por último, o azul é referente a capital do estado.

A partir das transcrições das falas dos depoentes, a elaboração do diagrama de fluxo apresentado em tela, na Figura 3, com o intuito de realizar a comparação de diferentes fluxos e focando nos aspectos do suporte de TI.

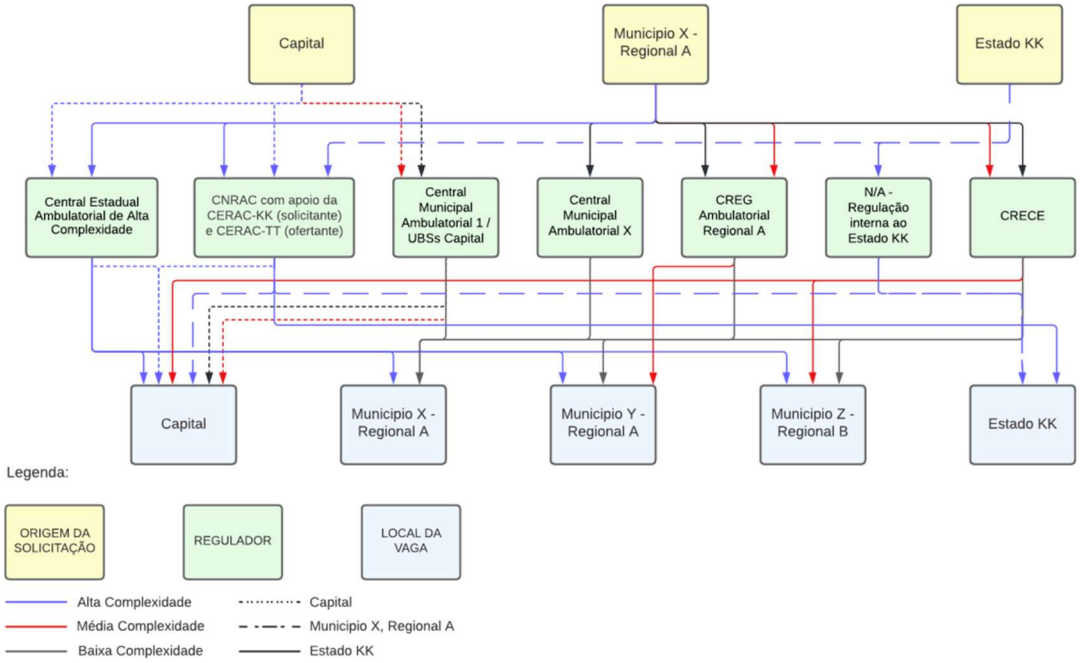

Figura 3: Diagrama de Fluxos para a Regulação Médica Ambulatorial no estado TT.

4. Discussão

Primeiro ponto a se destacar é com relação aos suportes tecnológicos para a realização dos procedimentos de regulação. Nesse quesito, os resultados indicam um cenário capaz de gerar entraves em diversos dos fluxos mapeados, por não haver padronização dos suportes técnicos nos níveis municipais, regionais e estaduais, além da falta de sincronização com outras plataformas digitais para a atualização de dados dos usuários e fila de espera mediante aos óbitos registrados, prejudicando os agentes que operam, o paciente e gerando gargalos.

Como os programas, muitas vezes, são diferentes entre os solicitantes, reguladores e executantes, os profissionais da US precisarão de tempo para se adaptarem e conhecer novas ferramentas de TI, além de condições para capacitação de novos profissionais contratados por US que venham a operar a solicitação de procedimentos ambulatoriais.

Os potenciais impactos dos aspectos levantados quanto a lacunas no suporte por ferramentas de TI são: acúmulo de funções durante a operação da regulação, equívocos no preenchimento de dados dos pacientes, sobrecarga de trabalho cognitiva e dificuldade para tomada de decisão.

A partir da observação da Figura 3, percebe-se que há uma grande demanda por procedimentos de alta complexidade. Desta maneira, é possível que possa haver nesse nível de complexidade gargalos que atuariam como entraves para a realização de atendimentos ambulatoriais.

Outro ponto a se observar é a demanda alta de solicitação dos municípios para diversos níveis de complexidades, assim como o fato de serem as vagas localizadas na capital eventualmente requeridas por todos os municípios solicitantes. Esse requerimento, referente à capital, é o resultado de esta possuir o maior número de ofertas para diferentes procedimentos. Porém, apesar do número de vagas por unidades executantes ser alto, a demanda de solicitações o supera para muitos dos procedimentos, gerando filas de espera.

Em síntese, os gargalos gerados pela alta demanda de procura por procedimentos de regulação, equívocos nos formulários do usuário, lacunas no suporte adequado de TI e em aspectos de organização do trabalho, podem impactar tanto a qualidade da operação da regulação quanto a resolutividade do cuidado ao paciente usuário do SUS.

5. Conclusões

Este estudo realizou uma análise preliminar dos fluxos de trabalho realizados a partir de um macroprocesso de regulação da assistência ambulatorial em nível estadual.

Ao longo deste estudo, percebeu-se a existência de diversos aspectos com capacidade de geração de potenciais entraves em relação aos fluxos de regulação do acesso à assistência.

As principais dificuldades identificadas no sistema de regulação foram a falta de comunicação entre os diversos softwares de apoio, o alinhamento do workflow de navegação destes softwares ao processo de regulação e a organização do trabalho entre agentes ofertantes. Tais problemas acabam sendo precursores de gargalos, atrasos em atendimentos ambulatoriais e ambiente menos propício à resolutividade de determinadas solicitações.

Com a intenção de contribuir para solucionar os obstáculos mencionados, os resultados preliminares obtidos indicam oportunidades de intervenções no sistema de regulação, como funcionalidades dos softwares utilizados, a quantidade de médicos reguladores, bem como a

capacitação dos profissionais de saúde que atuam nas unidades solicitantes e executantes de procedimentos ambulatoriais.

A partir de intervenções nas ferramentas de TI utilizadas, avalia-se ser também relevante a formulação de treinamentos das equipes de regulação dos complexos reguladores a nível municipal, regional e estadual referentes às atualizações disponibilizadas a utilização dos softwares, além de estudo sobre impactos em políticas de saúde públicas que se relacionam com a regulação do acesso à assistência ambulatorial.

Com relação às ferramentas de TI especificamente, os resultados evidenciaram a necessidade de haver mecanismos de interface que permitam a comunicação entre os sistemas, possibilitando a migração dos dados entre os sistemas, diminuindo desta forma erros no preenchimento de formulários dos usuários, e o retrabalho, evitando, assim, atrasos na realização dos procedimentos, diminuindo o absenteísmo e contribuindo para melhora da resolutividade do cuidado.

É importante notar também que, para procedimentos-gargalo com oferta tipicamente inferior à demanda, estratégias que articulem as esferas municipal e estadual para aumentar o número de ofertas de vagas em certos municípios e regionais podem ter impacto significativo na diminuição das filas de espera, contribuindo para alcançar os princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, S. G. COORDENAÇÃO E CONTINUIDADE DA GESTÃO CLÍNICA ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS: AVALIANDO UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA CIDADE DO RECIFE. Mestre em Saúde Coletiva — Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2022.

BARDIN, L. **L'analyse de contenu**. [s.l.] Presses Universitaires de France, 1989.

BRASIL. Diretrizes para a implantação de complexos reguladores. 1. ed. Distrito Federal: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação, 2006.

BRASIL. DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS. Em: Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Brasília: Sistema de Legislação da Saúde, 2010b.

BRASIL. PORTARIA Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008. Ministério da Saúde. . 2008.

BRASIL. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Ministério da Saúde. . 2010a.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS: Modelos de Fluxos de Acesso. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/modelos-de-fluxos-de-acesso/>. Acesso em: 25 ago. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Os sistemas de atenção à saúde. 2015.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Modelos Assistenciais: Sistemas, Modelos e Redes de Atenção à Saúde. p.13, 2011.

JATOBÁ, A. *et al.* Relatórios de pesquisa. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

MENDES, E. V. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. 2. ed. Brasília: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – REPRESENTAÇÃO BRASIL, 2011.

MENDES, L. DOS S. *et al.* Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 5, p. e00149520, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O MÉDICO REGULADOR. CENTRAL DE REGULAÇÃO, p. 3, [s.d.].

OLIVEIRA, N. R. DE C. Redes de atenção à saúde - A atenção à saúde organizada em redes. São Luís: UNA-SUS/ UFMA, 2016.

SECRETARIA DE SAÚDE. Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Atencao-Primaria-Saude>. Acesso em: 03 jul. 2022.

SHIMAZAKI, M. E. A Atenção Primária à Saúde. O conceito de Atenção Primária, p. 10–16, 2009.