



ABERGO 2022

XXII CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA
XV FÓRUM DE CERTIFICAÇÃO DO ERGONOMISTA BRASILEIRO
XVI FÓRUM DOS GRUPOS TÉCNICOS DA ABERGO

FLUJOS DE TRABAJO EN SISTEMAS COMPLEJOS: UN ANÁLISIS DE LA REGULACIÓN MÉDICA ESTATAL AMBULATORIA

Maria Cecília Bruzi, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal Fluminense - UFF, mariaceciliaguimaraes@id.uff.br

Rodrigo Arcuri, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal Fluminense - UFF, rodrigoarcuri@id.uff.br

Hugo Cesar Bellas, Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, hugo.bellas@fiocruz.br

Jaqueline Vianna, Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro - COPPE/UFRJ, jaquelineviana@labfuzzy.coppe.ufrj.br

Paulo Victor de Carvalho, Instituto de Engenharia Nuclear - IEN, paulov@ien.gov.br

Alessandro Jatobá, Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, alessandro.jatoba@fiocruz.br

Resumen: El sistema de salud enfrenta desafíos para ofrecer una atención adecuada a la población, y es fundamental considerar modelos organizativos que garanticen el acceso universal y eficiente. Típicamente, los sistemas pueden ser fragmentados, caracterizados por una falta de comunicación entre los niveles de atención, o basados en redes de atención de salud (HCN), que integran los servicios de manera articulada. Los RAS promueven la atención continua e integrada a los pacientes, facilitando el acceso a los diferentes niveles de atención.

La regulación de la atención es fundamental para coordinar la oferta de servicios y garantizar un acceso adecuado a los usuarios. Sin embargo, existen desafíos relacionados con la comunicación entre los diversos sistemas de información utilizados en las diferentes etapas de la regulación, lo que puede resultar en retrasos y fallas en el servicio.

En el contexto brasileño, la regulación se produce a diferentes niveles -municipal, regional, estatal y nacional- e implica la comunicación entre diversas instancias para garantizar la adecuada prestación de servicios en todo el país. Sin embargo, problemas como la falta de comunicación entre los sistemas de información y la limitada capacidad para ofrecer servicios pueden generar cuellos de botella e impactar en la calidad de la atención ofrecida.

Las intervenciones para mejorar el sistema regulatorio incluyen la mejora de las herramientas de tecnología de la información, la capacitación de los profesionales de la salud involucrados y la coordinación entre las diferentes esferas del sistema de salud. Estas medidas tienen como objetivo reducir los retrasos, mejorar la eficiencia del sistema y garantizar una atención más eficaz a los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS).

Palabras clave: regulación del cuidado; ergonomía cognitiva; proceso de trabajo; salud pública

Introducción

Los sistemas de salud son programas dirigidos a satisfacer las necesidades y demandas de la población en un tiempo determinado, operando de acuerdo con la situación de salud de los usuarios, y deben ser universales, equitativos, integrales, eficaces y eficientes, articulándose con los resultados deseados. (JATOBÁ *y cols.*, 2019).

De acuerdo con el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (2015) y la Escuela de Salud Pública del Estado de Minas Gerais (2011), las tipologías más comúnmente encontradas en todo el mundo son los sistemas fragmentados y los sistemas de Redes de Atención a la Salud (RAS).

Los sistemas fragmentados se basan en el supuesto de un modelo organizativo de puntos aislados, que se refiere a la ubicación de los componentes de la estructura en ubicaciones descoordinadas, lo que resulta en un sistema jerárquico y con incomunicabilidad entre los diferentes niveles de atención, lo que perjudica la eficiencia de la atención de salud, la prestación de atención continua al usuario y el acceso a los niveles secundario y terciario. (JATOBÁ *y cols.*, 2019; MENDES, 2011).

Por otro lado, la operatividad del RAS se estructura a través de un conjunto de puntos articulados entre sí que en conjunto forman la red. En la lógica de este modelo, el paciente es capaz de obtener una atención continua e integrada, acceso a diferentes niveles ambulatorios y efectividad en la organización interna de la red, como la asignación de recursos, la coordinación clínica, entre otros (JATOBÁ *et al.*, 2019; MENDES, 2011). Los procedimientos ambulatorios son: atención de emergencia y urgencia, atención y servicios de salud para pacientes ambulatorios, servicios ambulatorios y visitas a clínicas.

De acuerdo con la Ordenanza n.º 4.279, de 30 de diciembre de 2010 (BRASIL, 2010a), los componentes del SAR incluyen: centro de comunicación, puntos de atención, sistemas de apoyo, sistemas logísticos, sistema de transporte y sistemas de gobernanza.

Para gestionar la disponibilidad de información en el HCN, con el objetivo de garantizar la continuidad de la atención, existen tres tipos de coordinación: coordinación de la información, coordinación de la gestión clínica y coordinación administrativa u organizativa. La coordinación de la información engloba la comunicación entre los diferentes servicios y niveles de atención al usuario. La coordinación de la gestión clínica se refiere a la "[...] coherencia de la atención, accesibilidad entre niveles y seguimiento adecuado de los usuarios" (ÁVILA, 2022). La coordinación administrativa u organizativa se refiere a las actividades

administrativas promover la accesibilidad entre los niveles primario, secundario y terciario. (MENDES y cols., 2021)

Con la intención de ordenar y coordinar los diferentes puntos del sistema de la RAS, la Atención Primaria de Salud (APS) se ha convertido en el nexo de comunicación de los distintos componentes. (BRASIL, 2010)

Conceptualmente, según el Departamento de Salud, ([s.f.]), la APS puede definirse como una "[...] el conjunto de acciones de salud individual, familiar y colectiva que involucran promoción, prevención, protección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños, cuidados paliativos y vigilancia de la salud [...]" que, articulándose con las prácticas de un grupo multidisciplinario de profesionales del área y la integración con servicios verticales, asumen la responsabilidad del cuidado de un determinado grupo de individuos.

Su estructura se basa en siete premisas, atención en primer contacto, longitudinalidad, integralidad, coordinación de cuidados, orientación familiar y enfoque comunitario, y en tres funciones, resolución, organización y rendición de cuentas. (BRASIL, 2010b; SHIMAZAKI, 2009)

En Brasil, la expansión de la APS ocurrió en 1994, como resultado de la formación del Programa de Salud de la Familia con la Política Nacional de Atención Primaria, basado en el modelo de la Estrategia de Salud de la Familia en 2006 (JATOBÁ *et al.*, 2019).

Este evento resultó en un crecimiento significativo en la demanda de servicios de salud, que comenzó a atender alrededor del 80% al 90% de la población. En consecuencia, la atención en la atención secundaria y terciaria también sufrió un aumento en las solicitudes de atención.

Para organizar y racionalizar la demanda de servicios en los niveles de atención mencionados, surgió la Política Nacional de Regulación, instituida por la Ordenanza n.º 1.559, de 1 de agosto de 2008, que se centra en el fortalecimiento del proceso de regionalización, jerarquización e integración de las acciones y servicios de salud (BRASIL, 2008).

De acuerdo con la Ordenanza N° 1.559 (BRASIL, 2008), son tres las dimensiones que permean la regulación:

I - Regulación de los Sistemas de Salud: su objeto son los sistemas de salud municipal, estadual y nacional, y sus respectivos gestores públicos son sujetos, definiendo a partir de los principios y directrices del SUS, macro-directrices para la Regulación de la Atención a la Salud y ejecutando acciones de seguimiento, control, evaluación, auditoría y vigilancia de estos sistemas;

II - Regulación de la Atención a la Salud: ejercida por las Secretarías de Salud Estatales y Municipales, de acuerdo con lo establecido en el Término de Compromiso con la Gestión del Pacto por la Salud; Su objetivo es garantizar la adecuada prestación de servicios a la población y su objeto es la producción de acciones directas y definitivas de atención a la salud, estando, por tanto, dirigidas a los prestadores públicos y privados, y a sus respectivos gestores públicos como sujetos, definiendo estrategias y macrolineamientos para la Regulación del Acceso a la Atención y Control de la Atención a la Salud, también llamada Regulación de la Atención y

control de la oferta de servicios mediante la realización de acciones de seguimiento, control, evaluación, auditoría y vigilancia de la atención a la salud y la atención en el ámbito del SUS; y

III - Regulación del Acceso a la Atención: también llamada regulación del acceso o regulación de la atención, sus objetos son la organización, control, gestión y priorización de los flujos de acceso y atención en el ámbito del SUS, y sus respectivos gestores públicos son sujetos, siendo establecidos por el complejo regulatorio y sus unidades operativas y esta dimensión abarca la regulación médica, Ejercer la potestad sanitaria para garantizar el acceso con base en protocolos, clasificación de riesgo y otros criterios de priorización.

Si bien todas las dimensiones de la regulación son importantes para el uso eficiente del SRA, la regulación del acceso a la atención se destaca porque no requiere que el usuario priorice y dirija adecuadamente al paciente en el momento adecuado, en el que estas acciones son operadas por complejos regulatorios locales.

Según Brasil (2010b), el complejo regulatorio "consiste en una organización del conjunto de acciones del Reglamento de Acceso a la Atención, de forma articulada e integrada, buscando adaptar la oferta de servicios de salud a la demanda más cercana a las necesidades reales de salud".

Teniendo esto en cuenta, la implementación de centros de regulación de emergencias, ingreso hospitalario, consultas y exámenes ambulatorios de mediana y alta complejidad busca precisamente gestionar camas, programar consultas especializadas y servicio de apoyo al diagnóstico terapéutico. (BRASIL, 2006)

Sin embargo, al analizar el sistema de salud brasileño, es legítimo admitir que con el atenuante advenimiento de la demanda de atención y los bajos recursos puestos a disposición por el Estado, los médicos y enfermeras reguladores han enfrentado diariamente un ambiente de trabajo hostil, generado por cuellos de botella en los procedimientos de regulación ambulatoria, presiones para concertar citas, atención al llenado de formularios y una gran carga de trabajo.

En este sentido, el artículo tiene como objetivo identificar los cuellos de botella en el proceso de regulación médica de la atención ambulatoria en un determinado estado de la Federación Brasileña. En este contexto, el trabajo buscó identificar y realizar un análisis preliminar de los diferentes flujos que componen este proceso, enfocándose en el apoyo de herramientas de tecnologías de la información (TI) a estos flujos, además de analizar los aspectos cognitivos de los agentes reguladores.

Metodología y Desarrollo

El estudio se formuló a partir de un diseño cualitativo exploratorio, con el objetivo de identificar, describir y analizar los principales flujos de trabajo relacionados con el proceso regulación de vacantes para procedimientos ambulatorios. La metodología se dividió en cuatro

etapas, que se describen a continuación.

La primera etapa consistió en revisar la literatura científica y técnica en el campo de la regulación de la salud pública, con el objetivo de comprender la dinámica de trabajo dentro de los centros de regulación y complejos regulatorios, a través de documentos públicos, técnico-científicos e institucionales que describan aspectos de la regulación del acceso a la atención.

La segunda etapa consistió en la recolección de datos primarios a través de entrevistas semiestructuradas con médicos y enfermeras que laboran en los centros de regulación, en las que se recogieron testimonios sobre el funcionamiento de la regulación de la atención en los diferentes niveles de atención a la salud, complejidad y gobierno.

La tercera etapa consistió en la codificación de datos basada en el análisis de contenido (BARDIN, 1989).

Finalmente, el último paso consistió en modelar los datos a través de la elaboración de diagramas de flujo y análisis preliminares.

Resultados

La revisión de la literatura permitió identificar el proceso de regulación de la atención ambulatoria a un alto nivel.

En este sentido, el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (2016) presenta de manera esquematizada el flujo del proceso, Figura 1, con el fin de ilustrar el procedimiento adoptado para regular la atención pública en salud.

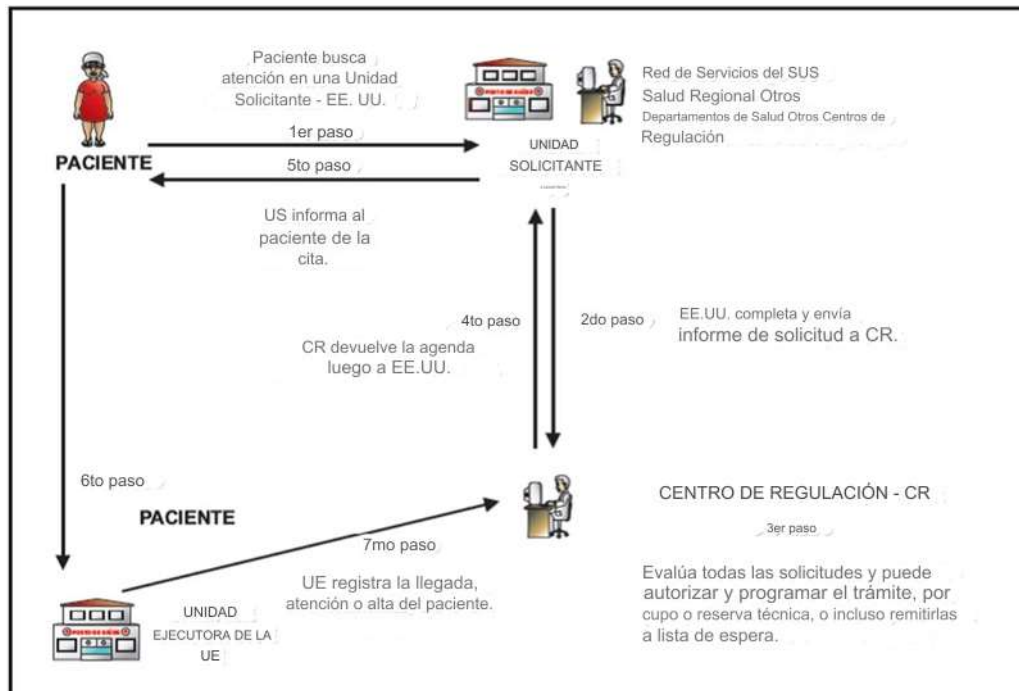


Figura 1: Esquema de flujo de procedimientos para regular el acceso a la atención.
(FUENTE: CONSEJO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SALUD, 2016)

El procedimiento de regulación se basa en el supuesto de que el paciente es remitido a una unidad solicitante (UT) en busca de atención ambulatoria, en la que durante la atención, el médico responsable, al darse cuenta de que el usuario necesitará un tratamiento más robusto, rellena y envía una solicitud al médico regulador del centro de regulación (CR) para realizar las siguientes transmisiones de la cita.

A continuación, el documento presentado es evaluado por el regulador, que analizará y tomará la decisión de autorizar el nombramiento, denegar o pedir al solicitante que reevalúe la solicitud.

Suponiendo que el médico regulador autoriza la solicitud, el siguiente paso es programar la solicitud y notificar a la HU, y luego notificar al usuario el resultado final de la solicitud de derivación.

El usuario recibe la notificación, acude en el día y hora programados a la unidad ejecutora y realiza la atención ambulatoria. Después del servicio, el ejecutante notifica al CR sobre la llegada, la atención realizada y si el paciente ha sido dado de alta.

Todos los procedimientos presentados se realizan a través de informes y software en las unidades involucradas en el esquema.

Sin embargo, durante las entrevistas, se observó que dependiendo del flujo entre regulador, solicitante y oferente, no existe comunicación entre estos agentes, a excepción de aquellos flujos que son operados a través de una de las plataformas informáticas empleadas. En muchos casos, cada municipio tiene su propio sistema informático, los regionales un software

estándar y los estatales uno que varía de uno o más programas. Cuando el solicitante realiza una solicitud, la herramienta informática utilizada será la que utilice el regulador.

A modo de ejemplo, asumiendo que la HU utiliza el programa TI Saúde y el solicitante Saúde TI, para que la HU realice la solicitud, tendrá que aprender a manejar TI Saúde, porque en ella tendrá que llenar el formulario, considerando que el regulador utiliza este software.

También en relación con los soportes informáticos, la encuesta identificó, a través de los datos recopilados, fallos en la comunicación entre los diferentes puntos del RAS, desde la ausencia de notificación entre el regulador, el oferente y el solicitante hasta la falta de sincronización del sistema con otras plataformas digitales gubernamentales para actualizar los datos de los usuarios.

En cuanto a las notificaciones entre los autores involucrados, se observó que las respuestas a las solicitudes, especialmente si eran denegadas, no podían ser transmitidas por el sistema a las personas responsables adecuadas, lo que provocaba largas esperas para el paciente en la fila para la atención ambulatoria. Por otro lado, las advertencias sobre la falta de notificación a los usuarios sobre la cita debido a imprevistos no pudieron ser comunicadas al soporte informático, lo que resultó en la no asistencia del paciente al servicio.

Otro de los motivos que provoca el absentismo de los pacientes, según los ponentes, es la falta de actualización de los propios datos de los pacientes, que podría llevarse a cabo a través de la conciliación con otras plataformas digitales.

Del mismo modo, y también relacionado con la actualización de datos, en este caso específicamente sobre la lista de espera, otro obstáculo que se percibió es la falta de sincronización con las herramientas digitales para el registro de defunciones. En los casos de fallecimientos de pacientes que esperan en la fila, la eliminación del paciente de la lista de espera debe realizarse manualmente, en lugar de automáticamente.

El último problema a destacar en materia de soporte informático es la cancelación de solicitudes que han estado pendientes y no se han resuelto en un periodo de tiempo determinado. Cuando hay necesidad de tramitar una solicitud, se genera un *seguimiento en el sistema*. Sin embargo, como a veces la comunicación entre el solicitante, el ejecutor y el regulador se ve comprometida por factores externos e internos, las notificaciones terminan no transmitiéndose a la parte responsable específica.

Dicho esto, en la actualidad en el contexto estatal estudiado, existen cuatro niveles de regulación de la atención, los cuales varían según el grado de complejidad, oferta y demanda de las solicitudes, los cuales son: municipal, regional, estatal y nacional.

La regulación que se lleva a cabo a nivel municipal, según la literatura, suele ser de baja complejidad y para vacantes ofertadas en el propio municipio. En otras palabras, es de

institución a institución en la propia ciudad. El complejo regulador que opera en este tipo de localidades es el Centro de Regulación Municipal (CMR). Además, cada municipio tiene su propio CMR, a excepción de la capital que es gestionada por otro complejo regulador.

El nivel regional está compuesto por regiones del estado que está formado por un grupo de municipios específicos, en los que cada región tiene una Central Regional (CREG) que rige la regulación. Cuando un municipio no cuenta con una determinada vacante para una determinada solicitud y otro municipio de la misma región tiene una vacante ofertada, se activa la CREG para realizar la comunicación entre las ciudades y programar el trámite. Además, al no disponer de CMR, se rige por la CREG para llevar a cabo la comunicabilidad entre los puntos de los oferentes y los solicitantes.

En algunos casos, las ciudades hacen cumplir el contrato. El municipio que no tiene determinadas vacantes disponibles para determinados trámites y otro municipio sí, la ciudad con déficit de oferta compra las vacantes a otras ciudades para que sus ciudadanos las disfruten.

A nivel estatal, la regulación es llevada a cabo por dos o más centrales, a saber: el Centro de Regulación de Alta Complejidad (CERAC), el Reglamento Interno del Estado y, si el Estado lo decide, otras centrales.

A través de ellos, es posible tener comunicabilidad entre regiones del estado para llevar a cabo la regulación entre ellas. Es decir, si una región no tiene una determinada vacante disponible y otra región tiene una oferta, las Centrales a nivel estatal realizan la transacción entre ellas.

Por último, a nivel nacional, el Centro Nacional de Regulación de Alta Complejidad (CNRAC), que regula las solicitudes a este nivel. CNRAC lleva a cabo la comunicación interestatal con el objetivo de asignar pacientes de un estado a otro con alta o muy alta complejidad.

Así, la Figura 2 busca ejemplificar de forma lúdica los niveles de regulación actualmente presentes en Brasil.

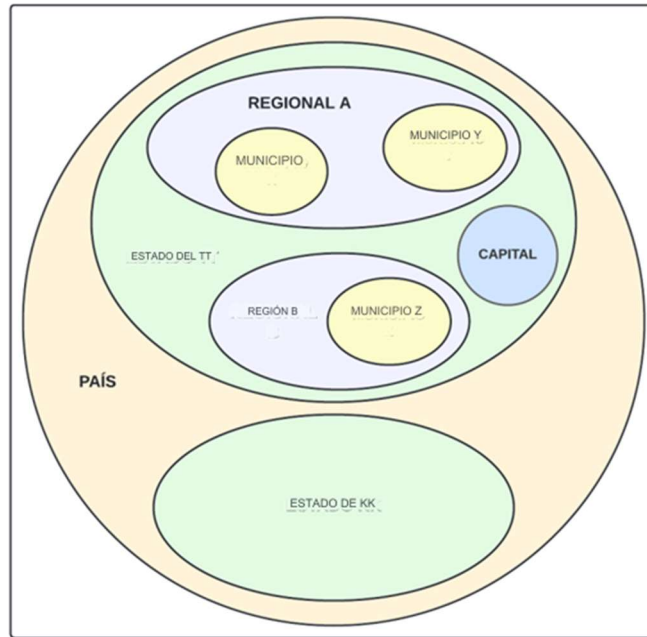


Figura 2: Representación de los niveles de salud.

El color naranja representa la regulación nacional. El verde corresponde a la norma referente al Estado, en la que las siglas KK y TT representan las siglas del nombre del Estado. El color lila son las regiones, que se pueden observar por las siglas A y B, que componen el estado. Los amarillos están relacionados con los municipios, representados por las siglas X, Y y Z. Por último, el azul se refiere a la capital del estado.

A partir de las transcripciones de las declaraciones de los ponentes, la elaboración del diagrama de flujo presentado en pantalla, en la Figura 3, con el fin de comparar diferentes flujos y enfocándose en los aspectos de soporte informático.

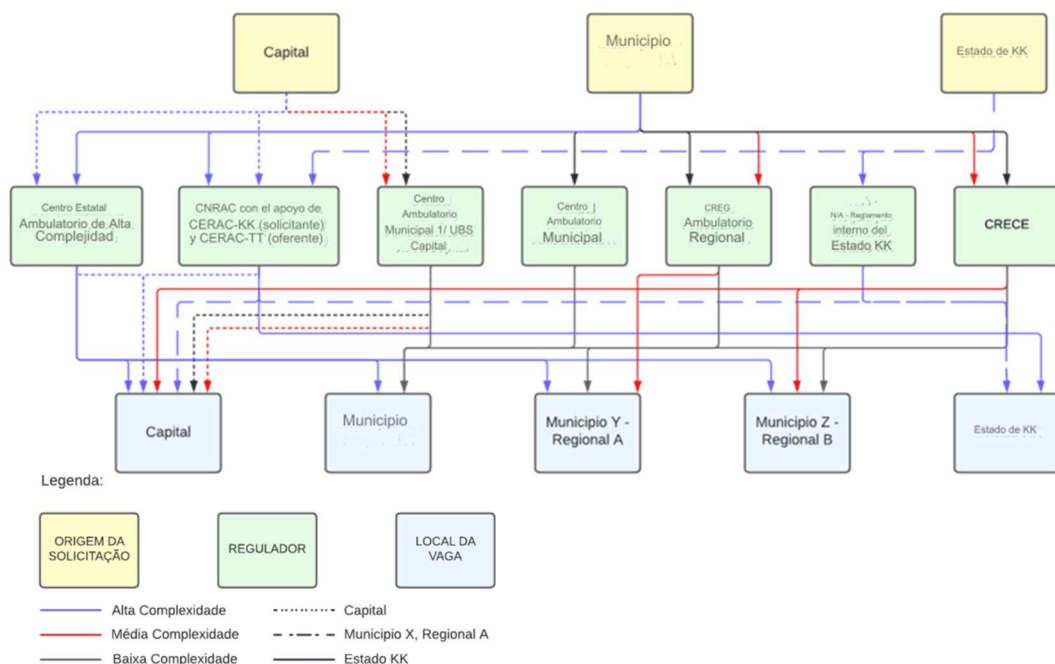


Figura 3: Diagrama de flujo para la regulación médica ambulatoria en el estado TT.

Discusión

El primer punto a destacar es en relación a los soportes tecnológicos para la realización de los trámites de regulación. Al respecto, los resultados indican un escenario capaz de generar obstáculos en varios de los flujos mapeados, debido a la falta de estandarización de los soportes técnicos a nivel municipal, regional y estatal, además de la falta de sincronización con otras plataformas digitales para la actualización de datos de usuarios y lista de espera de defunciones registradas, perjudicando a los agentes que operan, el paciente y generando cuellos de botella.

Dado que los programas suelen ser diferentes entre los solicitantes, los reguladores y los ejecutantes, los profesionales de las HU necesitarán tiempo para adaptarse y aprender sobre las nuevas herramientas informáticas, así como las condiciones para formar a los nuevos profesionales contratados por las HU que se encargarán de la solicitud de procedimientos ambulatorios.

Los impactos potenciales de los aspectos planteados respecto a las brechas en el soporte de las herramientas informáticas son: acumulación de funciones durante la operación de regulación, errores en el llenado de datos de pacientes, sobrecarga de trabajo cognitivo y dificultad en la toma de decisiones.

A partir de la observación de la Figura 3, se puede observar que existe una gran demanda de procedimientos de alta complejidad. Por lo tanto, es posible que existan cuellos de botella en este nivel de complejidad que actuarían como obstáculos para el desempeño de la atención ambulatoria.

Otro punto a destacar es la alta demanda de solicitudes por parte de los municipios para diferentes niveles de complejidad, así como el hecho de que las vacantes ubicadas en la capital son eventualmente requeridas por todos los municipios solicitantes. Este requisito, referido al capital, es el resultado de que éste tenga el mayor número de ofertas para diferentes trámites. Sin embargo, a pesar de que el número de vacantes por unidades ejecutantes es elevado, la demanda de solicitudes lo supera para muchos de los trámites, generando filas de espera.

En síntesis, los cuellos de botella generados por la alta demanda de procedimientos regulatorios, errores en los formularios de los usuarios, brechas en el adecuado soporte informático y en aspectos de la organización del trabajo, pueden afectar tanto la calidad de la operación regulatoria como la capacidad de resolución de problemas de atención a los pacientes usuarios del SUS.

Conclusiones

Este estudio realizó un análisis preliminar de los flujos de trabajo realizados a partir de un macroproceso de regulación de la atención ambulatoria a nivel estatal.

A lo largo de este estudio, se percibió que existen varios aspectos con capacidad de generar potenciales obstáculos en relación a los flujos de regulación del acceso a la atención.

Las principales dificultades identificadas en el sistema de regulación fueron la falta de comunicación entre los diversos programas informáticos de soporte, la adaptación del flujo de trabajo de navegación de estos programas al proceso de regulación y la organización del trabajo entre los agentes oferentes. Estos problemas terminan siendo precursores de cuellos de botella, retrasos en la atención ambulatoria y un entorno menos propicio para la resolución de ciertas solicitudes.

Con la intención de contribuir a la solución de los obstáculos mencionados, los resultados preliminares obtenidos indican oportunidades de intervención en el sistema de regulación, tales como las funcionalidades del software utilizado, el número de médicos reguladores, así como la capacitación de los profesionales de la salud que actúan en las unidades que solicitan y realizan procedimientos ambulatorios.

A partir de las intervenciones en las herramientas informáticas utilizadas, también es relevante formular capacitaciones para los equipos de regulación de los complejos regulatorios a nivel municipal, regional y estatal respecto a las actualizaciones puestas a disposición para el uso de software, además de un estudio sobre los impactos en las políticas públicas de salud que se relacionan con la regulación del acceso a la atención ambulatoria.

En lo que respecta específicamente a las herramientas informáticas, los resultados mostraron la necesidad de contar con mecanismos de interfaz que permitan la comunicación entre sistemas, posibilitando la migración de datos entre sistemas, reduciendo así los errores en el llenado de formularios de usuario, y el retrabajo, evitando así retrasos en la realización de procedimientos, reduciendo el ausentismo y contribuyendo a mejorar la capacidad de resolución de problemas de atención.

También es importante destacar que, para los procedimientos de cuello de botella con típicamente menor oferta que demanda, las estrategias que articulan el ámbito municipal y estatal para aumentar el número de vacantes en ciertos municipios y regiones pueden tener un impacto significativo en la reducción de las listas de espera, contribuyendo al logro de los principios del SUS.

Referencias

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.