Universidade de Brasília (UnB)
Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas (FACE)
Departamento de Administração (ADM)
Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA)
Especialização em Gestão Pública Municipal

Alessandro Luppinetti

GESTÃO DE AGENDAS NA ATENÇÃO BÁSICA: efeitos da baixa especificidade dos registros assistenciais no planejamento das UBS no município de São Paulo.

Brasília (DF)
2026

Alessandro Luppinetti

GESTÃO DE AGENDAS NA ATENÇÃO BÁSICA: efeitos da baixa especificidade dos registros assistenciais no planejamento das UBS no município de São Paulo.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Administração e ao PPGA da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do certificado de Especialista em Gestão Pública Municipal.

Orientador(a): Profa.Ma. Luciana Xavier Magalhães

ALESSANDRO LUPPINETTI

GESTÃO DE AGENDAS NA ATENÇÃO BÁSICA: efeitos da baixa especificidade dos registros assistenciais no planejamento das UBS no município de São Paulo.

BANCA EXAMINADORA

Profª Mª Luciana Xavier Magalhães

PPGA/FACE/UnB

Presidente – Orientador(a)

Profº Mº Gustavo Vinicius Delmondes

PPGA/FACE/UnB

Membro Interno

Brasília (DF)

2026

RESUMO

Este estudo analisa os efeitos da baixa especificidade dos registros assistenciais na gestão de agendas das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de São Paulo. A problemática central reside na utilização predominante de códigos genéricos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP) do Sistema Único de Saúde (SUS). Especificamente, o procedimento "Consulta Médica em Atenção Primária" (03.01.01.006-4) mascara a natureza do atendimento e dificulta o planejamento operacional. A metodologia caracteriza-se como uma pesquisa aplicada e descritiva, com abordagem quantitativa e documental, baseada na extração de dados do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) via plataforma TabNet, referente ao período de novembro de 2025 a janeiro de 2026. Os resultados revelam que 62,48% da produção médica ambulatorial (2.529.153 registros) está concentrada em um único código genérico. Essa centralização reduz a capacidade de diferenciação analítica entre o cuidado continuado, que compreende o acompanhamento longitudinal, planejado e preventivo de condições crônicas como hipertensão e diabetes, e a demanda espontânea, caracterizada pelo atendimento imediato de queixas agudas e intercorrências imprevistas. Conclui-se que a estrutura atual de registro compromete a eficiência do modelo de Acesso Avançado e a coordenação do cuidado. Recomenda-se o refinamento dos marcadores de produção para viabilizar uma gestão de agendas baseada na previsibilidade e nas necessidades reais da rede municipal.

Palavras-chave: Gestão de Agendas; Atenção Básica; Tabela SIGTAP; Eficiência Administrativa.

ABSTRACT

This study analyzes the effects of the low specificity of healthcare records on schedule management within Primary Healthcare Units (UBS) in the municipality of São Paulo. The core problem lies in the predominant use of generic codes from the Table of Procedures, Medications, and Orthoses, Prostheses, and Special Materials (SIGTAP) of the Unified Health System (SUS). Specifically, the procedure "Primary Care Medical Consultation" (03.01.01.006-4) conceals the true nature of the care provided and hinders operational planning. The methodology is characterized as applied and descriptive research, with a quantitative and documental approach, based on data extraction from the Ambulatory Information System of the Unified Health System (SIA/SUS) via the TabNet platform, covering the period from November 2025 to January 2026. The results reveal that 62.48% of ambulatory medical production (2,529,153 records) is concentrated under a single generic code. This centralization reduces the capacity for analytical differentiation between continuous care, which encompasses the longitudinal, planned, and preventive monitoring of chronic conditions such as hypertension and diabetes, and acute demand, characterized by the immediate assistance of urgent complaints and unforeseen events. It is concluded that the current recording structure compromises the efficiency of the Advanced Access model and care coordination. We recommend refining production markers to enable schedule management based on predictability and the actual needs of the municipal healthcare network.

Keywords: Schedule Management; Primary Healthcare; SIGTAP Table; Administrative Efficiency.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Produção Ambulatorial por Procedimento (São Paulo - SP) 21

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Matriz de Correlação entre Diretrizes, Sistemas e Efeitos Gerenciais

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde.

CF/88 – Constituição Federal de 1988.

DataSUS – Departamento de Informática do SUS.

DBE – Decisão Baseada em Evidências.

FACE – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas.

OPM - Órteses, Próteses e Materiais Especiais.

OSS – Organizações Sociais de Saúde.

PPGA - Programa de Pós-Graduação em Administração.

SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde.

SIGA SAÚDE – Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde (sistema municipal de São Paulo).

SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

SIS – Sistemas de Informação em Saúde.

SMS-SP– Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UnB – Universidade de Brasília.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 7
1.1 Contextualização e Justificativa 7
1.2 Problema de Pesquisa 10
1.3 Objetivos 10
1.4 Estrutura do Trabalho 11
2. REFERENCIAL TEÓRICO 11
2.1 Eficiência e Capacidade Estatal na Gestão Pública 11
2.2 Organização do Acesso à Saúde e Gestão da Demanda 12
2.3 Sistemas de Informação e Qualidade do Dado 13
2.4 Estudos Correlatos 14
3. MÉTODOS E TÉCNICAS DA PESQUISA 16
3.1 Caracterização da Pesquisa 16
3.2 Local e Período da Pesquisa 17
3.3 Universo de Pesquisa e Recorte Focal 17
3.4 Instrumentos de Coleta de Dados 18
3.5 Procedimentos de Coleta de Dados 19
3.6 Tratamento e Análise dos Dados 20
3.7 Limitações do Estudo 20
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 21
4.1 Panorama da Produção Médica 21
4.2 A Opacidade Taxonômica 23
4.3 Desdobramentos na Organização das Agendas Locais 24
4.4 Discussão dos Resultados 25
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 27
5.1 Síntese dos Principais Achados 27
5.2 Contribuição Prática e Recomendações Gestoras 27
5.3 Contribuições Acadêmicas 28
5.4 Sugestões para Pesquisas Futuras 28
REFERÊNCIAS 29
APÊNDICE: DECLARAÇÃO DE AUTORIA E USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL 33

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização e Justificativa

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), na condição de política pública universal, equânime e descentralizada, instituída pela Constituição Federal de 1988 para garantir o direito à saúde a toda a população brasileira, estabeleceu a Atenção Primária à Saúde (APS) como o primeiro nível de contato e o centro de comunicação ordenador de toda a rede assistencial. A APS funciona como uma estratégia de organização que orienta os serviços para as necessidades do território, pautando-se em atributos essenciais como o primeiro contato, a integralidade, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado (STARFIELD, 2002). Na estrutura física e operacional da rede de saúde, essa estratégia materializa-se nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais constituem as instalações e centros de saúde locais onde atua o contingente multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo responsáveis pelo atendimento direto e cotidiano de uma comunidade delimitada. No cenário complexo do município de São Paulo, a gestão estratégica destas UBS enfrenta o desafio permanente de converter dados brutos de produção em inteligência de planejamento local. Para que essa engrenagem administrativa seja eficiente, a gestão de agendas, definida como o processo político-gerencial de planejar, distribuir, monitorar e reservar o tempo clínico disponível dos profissionais para responder de forma oportuna à comunidade, surge como a principal ferramenta viva de modelagem da oferta de serviços.

Atualmente, a organização dos fluxos assistenciais nas UBS paulistanas busca alinhar-se ao modelo de Acesso Avançado. Esta metodologia gerencial de agendamento propõe a eliminação de barreiras burocráticas tradicionais e foca no equilíbrio dinâmico entre a oferta diária de vagas e a procura dos usuários, operando sob o princípio cardeal de garantir que o cidadão seja atendido por sua equipe em tempo oportuno, preferencialmente no mesmo dia em que manifesta a sua necessidade de saúde. Contudo, a sustentabilidade e a aplicabilidade prática deste modelo dependem de uma elevada previsibilidade dos fluxos epidemiológicos e da clara separação entre a demanda espontânea e o cuidado continuado. A demanda espontânea caracteriza-se pelo acolhimento e atendimento imediato de necessidades imprevistas e queixas agudas da população, como episódios infecciosos, dores abdominais, resfriados ou crises hipertensivas, cuja ausência de resposta oportuna gera

barreiras de acesso e insatisfação nos usuários, forçando-os a recorrer inadequadamente a serviços hospitalares de urgência (GOMIDE et al., 2018). Por outro lado, o cuidado continuado traduz-se no acompanhamento planejado, programático e preventivo de longo prazo de indivíduos expostos a condições crônicas de saúde, a exemplo de pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, cujo monitoramento regular é vital para evitar complicações secundárias e internações desnecessárias.

O grande impasse operacional para consolidar o Acesso Avançado reside na baixa especificidade e rigidez dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), que foram historicamente estruturados sob uma lógica puramente quantitativa e financeira de faturamento de procedimentos, em detrimento do suporte ao planejamento gerencial local. Na rotina da rede municipal de São Paulo, o agendamento de consultas, a parametrização de grades de horários e a disponibilização de vagas ocorrem no Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde (SIGA SAÚDE), plataforma eletrônica local utilizada para gerenciar os fluxos operacionais e contratuais das UBS. Para configurar essas agendas e processar o faturamento da produção, o SIGA SAÚDE utiliza obrigatoriamente as diretrizes e códigos estruturados na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP), ferramenta unificada do Ministério da Saúde que padroniza os valores de repasse financeiro e as regras de codificação dos atos clínicos em nível nacional.

Após o encerramento do atendimento na ponta do serviço, os dados validados locais são consolidados e transmitidos de forma eletrônica para o Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), banco de dados federal que registra toda a produção assistencial externa a internações hospitalares no país. Esse vasto volume de dados consolidados do faturamento nacional torna-se, por sua vez, acessível para consultas públicas, análises epidemiológicas e avaliações ecológicas de acesso por meio da plataforma TabNet, um aplicativo tabulador de dados desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) que permite gerar matrizes e estatísticas customizadas sobre a produção assistencial do sistema público.

O princípio constitucional da eficiência administrativa exige que a gestão pública atue amparada pela precisão informacional, transparência e economicidade dos seus atos

gerenciais. Diante da finitude de recursos orçamentários e da alta carga de absenteísmo que gera desperdícios financeiros na rede pública (BELTRAME et al., 2019), a mensuração do comportamento da procura por cuidados depende da diferenciação dos registros. Ao concentrar de forma massiva 62,48% da produção médica, totalizando 2.529.153 registros, sob o código unificado 03.01.01.006-4 relativo à Consulta Médica em Atenção Primária, a tabela SIGTAP e o sistema municipal SIGA SAÚDE operam sob uma baixa especificidade taxonômica. O dado valida o volume burocrático contratual, registrando de forma fidedigna o ato contábil do atendimento, porém sem discriminar se o tempo clínico do profissional foi despendido no manejo rápido de uma intercorrência da demanda espontânea ou na vigilância longitudinal do cuidado continuado. Conforme demonstram Tanaka e Tamaki (2012), a utilização de dados secundários do SIA/SUS extraídos via TabNet é um instrumento poderoso como condição traçadora para avaliar tendências de acesso e uso de serviços na cidade de São Paulo; contudo, quando a taxonomia oficial se restringe a essa baixa especificidade, limita-se a aplicação gerencial da informação para o planejamento de base epidemiológica.

Sob a ótica da capacidade estatal informacional defendida por Gomide e Pires (2014), esta característica taxonômica restringe a tomada de decisões baseada em evidências institucionais. Sem marcadores técnicos que segreguem a natureza das consultas, as equipes de saúde encontram limites na previsibilidade operacional e exercem a sua discricionariedade por meio de estratégias de agendamento paralelas para tentar reservar o tempo clínico do paciente crônico diante da pressão diária da demanda aguda (LOTTA; SANTIAGO, 2017; POSTAL et al., 2021). Sob a lente metodológica, a presente investigação justifica-se pela urgente necessidade de evidenciar as implicações dessa estrutura de registro. O estudo afasta-se de debates sobre falhas de preenchimento e propõe um quadro de confronto analítico entre os dados reais extraídos via plataforma TabNet do SIA/SUS e as ambições gerenciais e epidemiológicas modernas. A pesquisa avança ao demonstrar que a baixa especificidade de uma tabela de faturamento federal (SIGTAP) atua como um fator condicionante para a governança municipal das agendas e para a coordenação do cuidado, preenchendo uma lacuna crítica na literatura de administração pública ao conectar os sistemas informacionais de saúde diretamente à eficiência na organização dos serviços e à implantação de modelos avançados de acesso.

1.2 Problema de Pesquisa

A análise da produção ambulatorial médica revela que a expressiva centralização dos registros assistenciais em um único código de baixa especificidade limita a aplicação gerencial dos dados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de São Paulo. Ao registrar atos de naturezas clínicas e estratégicas distintas sob uma mesma classificação burocrática, o ecossistema de sistemas secundários restringe a utilização da agenda enquanto instrumento de planejamento preditivo. Sem dados segregados sobre o perfil de consumo de tempo de trabalho das equipes, a gestão local encontra barreiras para realizar previsões estruturadas, gerando cenários em que o fluxo das urgências cotidianas concorre diretamente com os recursos destinados à atenção continuada. Diante desse panorama de uniformidade do dado assistencial, emerge o seguinte questionamento condutor: De que modo a baixa especificidade taxonômica dos registros assistenciais nos sistemas SIGTAP e SIGA SAÚDE afeta o planejamento e a flexibilização das agendas na Atenção Básica do município de São Paulo?

1.3 Objetivos

O objetivo geral desta investigação consiste em analisar as implicações da baixa especificidade dos registros secundários de produção ambulatorial na governança local das agendas e no planejamento gerencial das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de São Paulo. Para o alcance desse propósito macro, o estudo tem o objetivo específico, que propõe, inicialmente, mapear o perfil de distribuição dos códigos de procedimentos médicos na produção da Atenção Primária à Saúde paulistana, utilizando os microdados consolidados no SIA/SUS obtidos via plataforma TabNet. A partir desse mapeamento, busca-se identificar o nível de concentração das atividades assistenciais sob indexadores genéricos de faturamento, avaliando o seu impacto direto na visibilidade da demanda espontânea e do cuidado continuado. Por fim, a pesquisa destina-se a discutir como a baixa especificidade taxonômica das ferramentas federais (SIGTAP) e municipais (SIGA SAÚDE) condiciona a eficiência administrativa, a previsibilidade de oferta e a implementação de modelos avançados de acesso pelas coordenações locais das unidades de saúde.

1.4 Estrutura do Trabalho

Este artigo está organizado em cinco seções principais, estruturadas de modo a conferir lógica demonstrativa à investigação. A primeira seção corresponde a esta Introdução, dedicada a apresentar a contextualização do problema, os objetivos e a justificativa fundamentada nos princípios da eficiência e na necessidade de qualificação dos registros na Atenção Básica paulistana. Na sequência, a segunda seção desenvolve o Referencial Teórico, que discute as capacidades estatais, os marcos regulatórios da gestão municipal, o modelo de Acesso Avançado e os atributos da Atenção Primária sob a ótica clássica de Starfield (2002) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2015), interligando-os aos debates contemporâneos sobre a autonomia burocrática (LOTTA; SANTIAGO, 2017), a satisfação e o acolhimento da demanda (GOMIDE et al., 2018), os impactos do absenteísmo na rede pública (BELTRAME et al., 2019) e as barreiras gerenciais dos sistemas informatizados de agendamento (POSTAL et al., 2021).

A terceira seção detalha os Procedimentos Metodológicos, explicitando a natureza aplicada da pesquisa e descrevendo detalhadamente o processo de extração e análise de dados documentais obtidos via plataforma TabNet/SIA-SUS, adotando os parâmetros de avaliação de acesso e uso de dados secundários consolidados por Tanaka e Tamaki (2012). A quarta seção destina-se à Análise e Discussão dos Resultados, na qual são expostas as evidências quantitativas sobre a baixa especificidade dos registros assistenciais, confrontando tais dados com os gargalos operacionais identificados no planejamento das agendas das unidades de saúde. Por fim, a quinta seção encerra o trabalho com as Considerações Finais, sintetizando os principais achados do estudo, apontando as limitações intrínsecas da investigação e propondo recomendações práticas para o refinamento dos marcadores técnicos de produção na rede municipal.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Eficiência e Capacidade Estatal na Gestão Pública

O desenho e a execução de políticas públicas complexas e de caráter universal dependem diretamente do desenvolvimento de capacidades estatais, entendidas como o conjunto de recursos, competências e instrumentos organizacionais de que o Estado dispõe para

implementar decisões de governo e atingir metas socioeconômicas (Gomide; Pires, 2014). No âmbito das políticas de saúde, a dimensão informacional dessas capacidades ganha centralidade, dado que a precisão e a especificidade das bases de dados secundárias condicionam a eficácia das escolhas distributivas e o planejamento epidemiológico territorial efetuado pelas coordenações locais.

Contudo, a tradução das diretrizes macrossetoriais em entregas efetivas à população ocorre na ponta do sistema, espaço dominado pelos burocratas de nível de rua. De acordo com as análises clássicas propostas por Lotta e Santiago (2017), os profissionais de saúde que atuam no atendimento direto ao cidadão, como médicos, enfermeiros e equipes técnicas detêm uma margem intrínseca de autonomia e discricionariedade no exercício das suas funções cotidianas. Essa autonomia não representa uma falha administrativa, mas sim uma característica estrutural e necessária para amoldar regras formais abstratas e rígidas às realidades dinâmicas e imprevisíveis dos usuários no território.

O impasse gerencial manifesta-se quando há um desalinhamento crônico entre as ferramentas tecnológicas oficiais e as necessidades operacionais da ponta. Conforme apontam Lotta e Santiago (2017), diante de sistemas informáticos parametrizados sob lógicas meramente contábeis, os burocratas utilizam a sua discricionariedade para criar estratégias e mecanismos paralelos de sobrevivência institucional. No ecossistema da Atenção Primária, quando as ferramentas de agendamento bloqueiam ou limitam a identificação clara dos perfis de atendimento, os profissionais moldam informalmente a organização das suas grades de horários para responder de forma imediata à pressão da procura local, mesmo que tais ações invisibilizem o processo oficial de monitoramento.

2.2 Organização do Acesso à Saúde e Gestão da Demanda

A reorganização dos fluxos assistenciais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) orienta-se pela busca do equilíbrio entre a oferta de tempo clínico e a procura real do território, pautando-se nos atributos essenciais consagrados por Starfield (2002), quais sejam: o acesso de primeiro contato, a integralidade das ações, a coordenação do cuidado e a longitudinalidade do acompanhamento. Para materializar estes princípios, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2015) preconiza a superação dos modelos fragmentados de atenção e a consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em que a

APS funciona como o centro ordenador e o filtro de comunicação de toda a malha de cuidados.

Nesse contexto, o modelo de Acesso Avançado surge como uma metodologia gerencial focada na redução drástica de barreiras burocráticas tradicionais, operando sob a premissa de atender o usuário no mesmo dia em que este manifesta a sua necessidade de saúde (STELET et al., 2022). O objetivo central consiste em eliminar as listas de espera e as agendas reprimidas a longo prazo. No entanto, as diretrizes do CONASS (2015) advertem que o êxito de qualquer reconfiguração de agendas depende da estratificação rigorosa da carga de trabalho e do conhecimento epidemiológico do território, exigindo ferramentas de alta precisão informacional.

A literatura especializada demonstra que o desenho de grades de agendamento reativas e inflexíveis colide frontalmente com as metas do Acesso Avançado. Conforme discutido por Stelet et al. (2022), a imposição de lógicas puramente gerencialistas e focadas em metas quantitativas pode resultar no sofrimento dos profissionais e na alienação do cuidado integral. Quando o sistema informático de agendamento amalgama os diferentes perfis de usuários, as equipes enfrentam sérias barreiras para equilibrar o atendimento da procura espontânea e a vigilância longitudinal das condições crônicas, comprometendo o atributo da coordenação do cuidado teorizado por Starfield (2002).

2.3 Sistemas de Informação e Qualidade do Dado

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) configuram os arranjos tecnológicos responsáveis por alimentar o planejamento e subsidiar a formulação de políticas públicas. Todavia, conforme discutido por Tanaka e Tamaki (2012), a arquitetura histórica destes sistemas foi estruturada para responder a uma lógica quantitativa, burocrática e financeira voltada ao faturamento de procedimentos e à homologação de repasses orçamentários federativos. Esta herança contábil reduz a densidade tecnológica do ato assistencial a uma mera unidade de produção, gerando lacunas severas de qualidade nos registros secundários para fins de planejamento local.

Com o advento da transição tecnológica na Atenção Primária à Saúde no Brasil, ferramentas digitais foram introduzidas com o intuito de qualificar o acesso e otimizar os fluxos de trabalho. O desenvolvimento e a implantação de plataformas como o Prontuário

Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS APS e a introdução de sistemas informatizados municipais representaram marcos importantes nessa evolução informacional. Conforme evidenciado por Gomide et al (2021), a utilização de sistemas de agendamento online e ferramentas informatizadas de gestão de clínicas constitui uma inovação crucial para facilitar o acesso à Atenção Primária e conferir maior transparência à distribuição das vagas na rede pública.

Apesar das potencialidades demonstradas pelo agendamento eletrônico na melhoria da visibilidade da oferta, a sua eficiência administrativa permanece condicionada pela rigidez das taxonomias estruturantes nacionais, como a tabela SIGTAP. Gomide et al (2021) apontam que, se por um lado as ferramentas digitais modernizam a captação do dado na ponta e qualificam o agendamento local, por outro lado subsiste um impasse gerencial quando estes arranjos informatizados são forçados a validar as suas ações por meio de indexadores genéricos de faturamento. Essa baixa especificidade taxonômica impede que os dados consolidados secundários distingam a natureza do fluxo assistencial operado na rede de saúde, reproduzindo o vácuo informacional identificado por Tanaka e Tamaki (2012).

2.4 Estudos Correlatos

A investigação sobre a governança de fluxos e os limites dos sistemas de informação na APS tem sido objeto de análise na literatura recente. Os estudos convergem ao demonstrar que a desconexão crônica entre a taxonomia dos sistemas de registro e a dinâmica operacional das unidades atua como um entrave estrutural para a consolidação de modelos de acesso modernos e eficientes. A transição para o Acesso Avançado, por exemplo, pressupõe uma infraestrutura que dê visibilidade à carga de trabalho real das equipes.

Em estudo de revisão sobre as experiências de reorganização de agendas no SUS, Stelet et al. (2022) identificaram que a introdução dessa metodologia sem o devido planejamento estrutural e sem a adequação dos sistemas de registro constitui um dos principais fatores de resistência por parte das equipes de saúde. Quando as plataformas digitais priorizam o cômputo de volumes de atendimento para o cumprimento de metas quantitativas contratuais, a organização das grades assume um viés gerencialista rígido, forçando as

equipes a absorver prioritariamente o fluxo de queixas imediatas, o que sobrecarrega os profissionais e gera instabilidade no cuidado, filas de espera e insatisfação dos usuários.

Essa perspectiva é complementada pelos achados de Postal em suas discussões sobre a gerência local, indicando que a rigidez tecnológica e a hipertrofia de atendimentos agudos forçam as equipes a recorrer a estratégias offline para mitigar a perda de previsibilidade gerencial. Sob a ótica do faturamento e da formulação de indicadores federativos, o CONASS (2015) ressalta que a arquitetura dos sistemas de informação nacionais e as regras de alimentação de bancos de dados geram distorções no planejamento municipal. Pela análise dos fluxos de produção ambulatorial, constata-se que a centralização excessiva das ações sob códigos genéricos de consulta médica atenua a especificidade dos atos assistenciais, impossibilitando que os dados retratem o real consumo de recursos. Adicionalmente, as análises ecológicas conduzidas sob as premissas de Tanaka demonstram que, embora a utilização de dados secundários do SIA/SUS extraídos via TabNet seja um instrumento poderoso para avaliar tendências de acesso e uso de serviços, a baixa especificidade da taxonomia oficial oblitera o propósito clínico do ato, mostrando-se insuficiente para subsidiar tomadas de decisão complexas e gerando sérios desperdícios em virtude do elevado absenteísmo verificado na rede pública (Beltrame et al., 2019).

Diante do descompasso entre as metas de acesso e as ferramentas tecnológicas de registro oficiais, a atuação dos profissionais na ponta do serviço passa a ser balizada pela discricionariedade prática. Conforme analisam Lotta e Santiago (2017), a discricionariedade materializa-se nos julgamentos, adaptações e arranjos informais que os burocratas mobilizam cotidianamente para dar sentido e viabilidade ao trabalho face às limitações institucionais. Quando as plataformas formais falham em organizar racionalmente a demanda e a oferta de tempo clínico, esses trabalhadores utilizam sua margem de manobra para desenvolver mecanismos informais de sobrevivência administrativa. Na rotina das UBS, esse fenômeno manifesta-se na criação de controles paralelos e agendas manuais ou planilhas físicas na recepção, utilizadas pelas equipes como uma tática de proteção do tempo clínico dedicado ao cuidado continuado frente à pressão imprevisível da demanda espontânea. Assim, o debate acadêmico indica que a problemática discutida nesta pesquisa não configura uma mera falha individual de preenchimento, mas

sim uma defasagem estrutural entre as ferramentas de gestão de dados vigentes e as ambições gerenciais e epidemiológicas das políticas públicas de saúde contemporâneas.

3. MÉTODOS E TÉCNICAS DA PESQUISA

3.1 Caracterização da Pesquisa

A estruturação metodológica deste estudo fundamenta-se na necessidade de mapear as dinâmicas organizacionais e os fluxos de informação por meio de evidências práticas e documentais. Sob a perspectiva da abordagem do problema, esta investigação classifica-se como quantitativa, uma vez que utiliza a mensuração numérica e a análise estatística descritiva de registros de produção para identificar a distribuição do volume dos procedimentos. Conforme postulado pela literatura metodológica clássica de Richardson (2017), o método quantitativo garante a objetividade necessária para o tratamento de dados agregados em larga escala, permitindo a observação de padrões de comportamento administrativo sem a interferência de visões subjetivas do investigador.

Quanto ao objetivo da pesquisa, o estudo classifica-se como descritivo e analítico. Apresenta caráter descritivo ao levantar e detalhar a configuração técnica dos sistemas de informação governamentais, especificamente o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), além das diretrizes vigentes de agendamento. Revela sua natureza analítica ao examinar de forma crítica as relações práticas existentes entre a estrutura dessas ferramentas formais de registro e a organização das grades de oferta de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Por fim, no que concerne aos procedimentos metodológicos, a pesquisa apoia-se na associação complementar entre a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental. A vertente bibliográfica forneceu o suporte conceitual necessário para a compreensão dos modelos modernos de organização de agendas, a exemplo do Acesso Avançado, e dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde. Por sua vez, a vertente documental constituiu o núcleo da investigação prática, utilizando fontes primárias de registro administrativo extraídas da plataforma TabNet do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), tabelas de procedimentos federais e atos normativos locais, o que

viabilizou o cruzamento sistemático entre as normas, o funcionamento dos sistemas e a produção real observada.

3.2 Local e Período da Pesquisa

O cenário desta investigação compreende a rede de Atenção Básica à saúde do município de São Paulo, sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-SP). A seleção deste recorte espacial e institucional justifica-se pela dimensão e pela complexidade de sua rede de serviços, consolidada como a maior do país, a qual adota um modelo de gestão mista que combina a administração direta municipal e contratos de gestão celebrados com Organizações Sociais de Saúde (OSS). Essa amplitude torna a rede paulistana um cenário estratégico para a análise de sistemas de informação aplicados à regulação de fluxos de atendimento em locais de alta demanda epidemiológica.

Quanto à delimitação temporal da pesquisa, estabeleceu-se uma divisão metodológica clara entre o período de referência dos dados e o período de coleta. O período de referência para a análise estatística concentrou-se nos registros validados e aprovados nas competências mensais de novembro de 2025, dezembro de 2025 e janeiro de 2026. Este trimestre específico foi selecionado por constituir o ciclo de produção mais recente com dados consolidados e protegidos contra alterações retroativas nos bancos federais no momento do desenho do estudo. Paralelamente, o período de coleta e extração das normas e dos dados quantitativos via plataforma TabNet do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) ocorreu em abril de 2026. O intervalo de três meses entre o término do período de referência e o momento da coleta mostrou-se operacionalmente necessário para garantir o encerramento regulamentar dos prazos de processamento e faturamento do Ministério da Saúde, assegurando a estabilidade dos dados.

3.3 Universo de Pesquisa e Recorte Focal

Diferente de investigações baseadas em amostragem estatística clássica, nas quais se busca a inferência a partir de uma fração probabilística, este estudo adota um delineamento censitário intencional amparado em registros administrativos de saúde pública. A delimitação do universo de pesquisa e a seleção do material estruturaram-se em dois níveis distintos de abrangência. O universo de pesquisa corresponde à totalidade absoluta de

4.047.915 registros consolidados de produção ambulatorial médica, processados e validados no âmbito de todas as UBS do município de São Paulo durante o trimestre selecionado.

O recorte focal, que constitui o corpus central da investigação, delimita-se pelo subconjunto específico de 2.529.153 registros indexados estritamente sob o procedimento 03.01.01.006-4, relativo à Consulta Médica em Atenção Primária, dentro do universo total observado. A escolha e o isolamento deste recorte justificam-se por critérios combinados de volume e relevância analítica. No aspecto quantitativo, o código em análise concentra expressivos 62,48% de toda a atividade médica da Atenção Básica paulistana no período. No aspecto qualitativo, este procedimento representa o núcleo de registro onde se concentram as dinâmicas de agendamento local. A delimitação precisa entre o universo total e o recorte focal permitiu concentrar a análise no segmento mais representativo da base observada, atendendo ao objetivo de examinar os efeitos da baixa especificidade do registro sobre o planejamento das agendas.

3.4 Instrumentos de Coleta de Dados

A coleta de informações estruturou-se a partir do uso de fontes secundárias oficiais, plataformas de extração de dados públicos e documentos institucionais que regulam o planejamento da gestão assistencial, tendo cada ferramenta desempenhado uma função técnica específica. A plataforma TabNet/DATASUS atuou como a ferramenta de extração dos dados quantitativos, operando como interface de acesso aos dados do SIA/SUS. Sua função foi fornecer os volumes brutos de produção por meio da aplicação de parâmetros específicos de filtragem, que englobaram o filtro geográfico voltado ao município de São Paulo sob gestão plena, o filtro cronológico delimitado pelo trimestre de referência, o filtro de seleção de categorias restrito ao Grupo 03 (Procedimentos Clínicos) e Subgrupo 01 (Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos), adotando-se como variável de tabulação a frequência absoluta de procedimentos por linha de código.

Os demais instrumentos envolveram o uso do repositório SIGTAP, mobilizado como instrumento de análise de categorias para o levantamento das propriedades normativas federais do código focal, especificamente suas notas de preenchimento, atributos de registro e descrição legal de escopo. O arcabouço documental normativo local foi composto

estritamente pelas Diretrizes da Atenção Básica do Município de São Paulo de 2024, fonte pública cuja função foi estabelecer os parâmetros formais de planejamento e a estrutura das grades de agendamento determinadas pela SMS-SP. Uma vez que o sistema eletrônico municipal (SIGA SAÚDE) adota integralmente a parametrização e a taxonomia unificadas a nível federal, o exame das restrições operacionais centrou-se nas propriedades do repositório público do SIGTAP, eliminando a necessidade de consulta a manuais de operação de acesso restrito. Por fim, as planilhas eletrônicas do Microsoft Excel foram utilizadas como ferramenta de apoio para o armazenamento, ordenação de tabelas de frequência absoluta, aplicação de fórmulas para o cálculo de frequências relativas percentuais e cruzamento de variáveis.

3.5 Procedimentos de Coleta de Dados

A operacionalização da coleta e a preparação dos dados empíricos seguiram um fluxo cronológico e estruturado, tomando o registro administrativo agrupado por código de procedimento como unidade de análise. Na primeira etapa, correspondente à extração e coleta primária, realizou-se o acesso remoto à plataforma TabNet, aplicando-se os filtros operacionais para exportar os dados de produção ambulatorial em formato de arquivo de planilha de valores separados por vírgulas (.csv), preservando a integridade da matriz original. A segunda etapa consistiu na organização e limpeza de dados no ambiente do Microsoft Excel, onde se realizou a filtragem de linhas repetidas e o ordenamento decrescente das variáveis com base no volume absoluto, isolando o comportamento estatístico do código 03.01.01.006-4 em relação às demais ações médicas.

Nas etapas finais do procedimento, realizou-se a consulta descritiva na plataforma federal SIGTAP para identificar as regras oficiais, notas de preenchimento e atributos regulatórios de faturamento vigentes para o procedimento em estudo. O fluxo encerrou-se com a análise técnica das Diretrizes da Atenção Básica do Município de São Paulo, focando na identificação dos parâmetros formais que regem a estrutura das grades, a divisão de vagas e os fluxos de recepção de usuários no território municipal. Esse procedimento consolidou o suporte normativo necessário para o confronto analítico com os dados quantitativos, utilizando exclusivamente fontes públicas e abertas, sem recorrer a sistemas ou manuais de natureza corporativa.

3.6 Tratamento e Análise dos Dados

O procedimento de tabulação, processamento e análise dos dados estruturou-se a partir do cruzamento de variáveis qualitativas e quantitativas, confrontando a produção real registrada com os parâmetros normativos vigentes por meio de três etapas principais. A primeira etapa envolveu a análise das categorias normativas, consistindo no exame qualitativo dos descritores, atributos e notas técnicas obtidos via plataforma SIGTAP para o procedimento focal, isolando os atributos formais estabelecidos pelo Ministério da Saúde em termos de tipo de atendimento previsto, como o acompanhamento contínuo em contraposição à assistência imediata.

A segunda etapa caracterizou-se pela tabulação e aplicação da estatística descritiva, momento em que os dados quantitativos de produção extraídos do SIA/SUS foram submetidos ao cálculo de frequências absolutas e relativas, concentrando o tratamento matemático na extração de percentuais de concentração e na construção de séries de distribuição de frequência para medir o peso do volume do código focal diante do universo da atividade médica. O percurso finalizou-se com o confronto e triangulação analítica, cruzando os volumes estatísticos e os atributos formais do SIGTAP com as normas de divisão de fluxos operacionais determinadas pelas Diretrizes da Atenção Básica de São Paulo. Esse procedimento contrastou a correspondência entre a flexibilidade teórica definida pela gestão central e as possibilidades reais de divisão de grades permitidas pelas classificações oficiais federais que espelham o funcionamento do sistema municipal, evidenciando o impacto da baixa especificidade sobre a operação local.

3.7 Limitações do Estudo

Como característica intrínseca de pesquisas baseadas em dados secundários de origem governamental, este estudo possui delimitações que devem ser consideradas na interpretação de seus resultados. A primeira limitação refere-se à estrita dependência de dados administrativos de produção, o que restringe a investigação aos registros formalmente validados para fins de faturamento ambulatorial no SIA/SUS. Consequentemente, o estudo assume o dado oficial como reflexo da atividade de atendimento, não abrangendo eventuais problemas de subnotificação ou erros de preenchimento cometidos no momento da digitação local nas unidades de saúde.

A segunda limitação decorre da delimitação do recorte trimestral entre novembro de 2025 e janeiro de 2026 que, embora suficiente para responder ao objetivo geral da pesquisa e demonstrar o padrão de distribuição do volume das agendas, não comporta a captura de flutuações sazonais extremas capazes de alterar temporariamente a relação entre a demanda programada e a espontânea. Adicionalmente, aponta-se a inacessibilidade à demanda reprimida absoluta, pois o foco em dados secundários de atendimentos efetivamente aprovados impede a incorporação do quantitativo de usuários que enfrentaram barreiras de acesso e não obtiveram o agendamento. Por fim, o estudo possui uma abordagem exclusivamente documental e sistêmica de larga escala, abdicando da coleta de dados qualitativos primários, concentrando sua capacidade analítica nas restrições formais da estrutura dos sistemas de informação em saúde.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Panorama da Produção Médica

Após o processamento e a limpeza dos microdados extraídos via plataforma TabNet/SIA-SUS, a Tabela 1 apresenta a distribuição do volume absoluto e percentual da atividade médica ambulatorial realizada no âmbito da Atenção Básica do município de São Paulo durante o trimestre analisado. Compreende-se por produção ambulatorial o conjunto de procedimentos e atendimentos clínicos realizados fora do regime de internação hospitalar, cuja consolidação serve como indicador central da produtividade e do faturamento das unidades. A relevância analítica deste indicador reside no fato de que ele traduz materialmente o tempo clínico e o esforço assistencial despendido pelas equipes na ponta do serviço, tornando-se o rastreador ideal para verificar como a força de trabalho médica é distribuída e registrada nos sistemas oficiais do Estado.

Tabela 1 – Produção Ambulatorial por Procedimento na Atenção Básica do Município de São Paulo – Novembro de 2025 a Janeiro de 2026

Código SIGTAP	Descrição do Procedimento	Quantidade	%
03.01.01.006-4	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA	2.529.153	62,48%
03.01.06.003-7	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM	1.013.355	25,03%

	ATENÇÃO BÁSICA		
03.01.01.013-7	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR	246.920	6,10%
(Demais Códigos)	(Soma de outros procedimentos específicos)	258.487	6,39%
TOTAL		4.047.915	100%

Fonte: Elaborado pelo autor com dados do TabNet/SIA-SUS (2026).

A análise da Tabela 1 indica uma elevada concentração de registros em um único código de abrangência genérica. Com 62,48% da produção médica municipal classificada sob o código 03.01.01.006-4, observa-se que o sistema de informação tende a igualar diferentes perfis de atendimento sob uma mesma categoria burocrática. Enquanto ações programáticas específicas possuem parâmetros próprios de monitoramento, a maior parcela do cuidado contínuo acaba diluída nesse indicador genérico. Para compreender os mecanismos que geram essa concentração e seus impactos na rede assistencial, o Quadro 1 detalha as correlações funcionais entre os instrumentos de planejamento, a arquitetura dos sistemas de informação e as repercussões prováveis na gestão local das unidades.

Quadro 1 – Matriz de Correlação entre Diretrizes, Sistemas e Efeitos Gerenciais na Atenção Básica

Diretrizes da Atenção Básica (São Paulo, 2024)	Possibilidade de Registros (SIGA SAÚDE)	Efeito Gerencial na Rotina da UBS
Preconiza o monitoramento contínuo e estratificado de pacientes com hipertensão, diabetes e outras vulnerabilidades	Registro no código de baixa especificidade 03.01.01.006-4, sem diferenciar o agendamento de um caso crônico complexo de uma queixa simples.	Limita a mensuração segregada do tempo clínico investido na vigilância de crônicos, limitando o planejamento epidemiológico.
Acesso Avançado: equilíbrio de agenda tanto para responder às demandas do dia, quanto aos cuidados previamente agendados.	A plataforma SIGA SAÚDE utiliza os códigos preconizados por SMS e SIGTAP. Diante disso, são utilizados horários com o código genérico, independentemente do tipo de demanda (se crônica ou aguda).	Reduz a capacidade da equipe de antecipar o absenteísmo e diferenciar o fluxo planejado das intercorrências diárias no território face à baixa especificidade taxonômica.

Financiamento por Critérios de Desempenho: Vincula a eficiência institucional e o repasse de recursos ao alcance de metas e resolutividade das ações.	Predomínio de Indicadores Quantitativos: Os sistemas priorizam o cômputo do volume bruto de produções aprovadas para fins de faturamento ambulatorial.	Indução ao Fluxo de Queixas Agudas: Diante da necessidade de cumprir metas numéricas, as grades digitais podem absorver de forma prioritária o volume das intercorrências imediatas.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com base nas Diretrizes da Atenção Básica e os registros possíveis no SIGA SAÚDE de acordo com a tabela SIGTAP.

4.2 A Opacidade Taxonômica

O confronto analítico entre a magnitude quantitativa apurada no SIA-SUS e os atributos formais estipulados na Tabela SIGTAP sugere um gargalo estrutural na gestão da informação: a reduzida diferenciação regulatória do registro. Embora a arquitetura tecnológica confira ao gestor municipal visibilidade acerca do volume consolidado de produção, superior a 2,5 milhões de atos médicos no trimestre, as características do sistema limitam o fornecimento de uma discriminação qualitativa mais detalhada. A parametrização do código 03.01.01.006-4 não possui filtros secundários ou subcategorias que segreguem, no encerramento do faturamento, as diferentes naturezas de fluxos de acesso.

Conforme apontam Siqueira et al. (2026), a utilização de bases de dados secundárias dos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desafios severos quando os dados brutos operam sob uma lógica eminentemente contábil-financeira em detrimento da dimensão epidemiológica. Sob o mesmo indexador burocrático, registram-se tanto as consultas de monitoramento longitudinal, como o acompanhamento de pacientes com condições crônicas estáveis, quanto os atendimentos de queixas agudas de demanda espontânea. Essa ausência de diferenciação descritiva restringe o potencial epidemiológico do dado secundário.

É fundamental pontuar, sob o amparo metodológico da pesquisa social e documental (Richardson, 2017), que esse fenômeno se caracteriza estritamente como uma baixa especificidade taxonômica. O cenário observado revela um registro formalmente correto perante as regras de faturamento contábil, mas que, por sua natureza agregada, não discrimina a situação fática do atendimento. Esse desenho estrutural gera dados válidos do

ponto de vista do cômputo de produção, porém com limites severos para o uso como subsídio para o planejamento preditivo das equipes de saúde.

4.3 Desdobramentos na Organização das Agendas Locais

A concentração de registros sob um código unificado apresenta repercussões na organização e na distribuição das grades de oferta assistencial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Como os sistemas integrados de regulação local operados na rotina municipal utilizam a parametrização do sistema SIGA SAÚDE, cuja abertura de vagas, configuração de grades e posterior processamento de produção e faturamento dependem estritamente dos códigos de procedimento unificados pela tabela federal SIGTAP, a menor diferenciação do perfil da demanda tende a se refletir diretamente na configuração de grades de agendamento com menor sensibilidade clínica. A análise documental e a literatura sugerem que esse desenho sistêmico induz a três desdobramentos na rotina operacional que operam de forma integrada e contínua.

Em primeiro lugar, manifestam-se desafios operacionais no gerenciamento da recepção das unidades. Diante de uma ferramenta na qual a plataforma de agendamento local SIGA SAÚDE adota os códigos federais do SIGTAP de forma unificada para configurar sua produção, os horários de trabalho médico acabam sendo disponibilizados em bloco sob o código geral, independentemente de estarem originalmente idealizados para acolher uma condição crônica ou uma intercorrência aguda. Essa configuração induz a distribuição das vagas segundo uma lógica estritamente cronológica de preenchimento na recepção. Esse fenômeno choca-se diretamente com o princípio do Acesso Avançado proposto por Murray e Tantau (2000), que pressupõe que o equilíbrio de agendas e a capacidade de responder às demandas do dia dependem fundamentalmente da eliminação de barreiras e da redução de distinções rígidas e artificiais na triagem. Com isso, os horários que deveriam resguardar o monitoramento de pacientes vulneráveis são rotineiramente consumidos para escoar o fluxo imediato de queixas agudas da demanda espontânea, limitando a aplicação de mecanismos de priorização clínica na ponta do serviço face à baixa especificidade taxonômica.

Esse condicionante operacional desencadeia, em segundo lugar, limites no planejamento estratégico local. A gerência da UBS encontra barreiras para correlacionar a oferta de horas médicas contratualizadas com as reais necessidades de saúde da população adscrita. Sem

dados históricos segregados no sistema sobre a proporção real de consultas eletivas em relação aos acolhimentos agudos, uma vez que o SIGA SAÚDE espelha a aglutinação taxonômica do SIGTAP tanto na marcação quanto no faturamento, o desenho das grades passa a se basear em estimativas informais e percepções subjetivas das equipes. Como consequência, reduz-se a capacidade institucional de antecipar o absenteísmo crônico e planejar a oferta com base em evidências estáveis, contrariando a necessidade de mapeamento de condições traçadoras do território para qualificar o acesso real (Tanaka et al., 2018).

Como desdobramento final, observam-se limites para o monitoramento da longitudinalidade assistencial. Ao juntar atendimentos de naturezas distintas na mesma linha de produção exigida para homologação financeira, a estrutura tecnológica apresenta os dados de forma unificada. O consumo progressivo das vagas das agendas programadas pela demanda imediata ocorre sem que os sistemas gerem marcadores estatísticos diferenciados, resultando em restrições para a avaliação contínua do modelo de vigilância da saúde em detrimento do acompanhamento longitudinal preconizado pelas políticas nacionais de Atenção Primária.

4.4 Discussão dos Resultados

Os achados desta investigação conferem concretude empírica às discussões sobre a capacidade estatal informacional (Gomide; Pires, 2014) e a organização estrutural do acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ao contrastar as evidências quantitativas obtidas no município de São Paulo com o referencial selecionado, decifram-se os reflexos operacionais decorrentes das características taxonômicas das ferramentas digitais vigentes.

Os resultados empíricos que apontam o predomínio do código genérico 03.01.01.006-4, responsável por centralizar 62,48% de toda a atividade médica da APS paulistana, convergem com as análises de Stelet et al. (2022) sobre os limites gerenciais enfrentados na implantação de modelos avançados de acesso. A literatura especializada, amparada pelas premissas pioneiras de Murray e Tantau (2000) e pelas diretrizes consolidadas do CONASS (2015), demonstra que a flexibilização das agendas públicas e o equilíbrio de suas grades dependem do mapeamento estratificado da composição epidemiológica do território. À luz

dos dados consolidados nesta pesquisa, constata-se que os limites para a transição em direção a modelos preditivos e a manutenção de um padrão de agendamento reativo associam-se à rigidez estrutural do sistema informacional. Essa característica unifica de forma agregada a carga de usuários crônicos e agudos acompanhados na ponta, atuando como um condicionante para o planejamento defendido por Stelet et al. (2022) e documentado empiricamente por Postal et al. (2021).

Essa baixa especificidade identificada na produção ambulatorial também dialoga com a perspectiva do CONASS (2015) concernente aos desafios estruturais para superação do modelo fragmentado de atenção e consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A aglutinação da produção médica em um indexador contábil unificado ratifica a adoção de uma simplificação gerencial nas instâncias de registro secundário. Enquanto as diretrizes formais da saúde coletiva e os marcos do CONASS (2015) preconizam a estruturação de linhas de cuidado coordenadas, os sistemas informatizados oficiais permanecem parametrizados para computar e validar os eventos de forma agregada. Conforme alertado por Siqueira et al. (2026), essa priorização do faturamento financeiro gera distorções que comprometem o planejamento e a governança do SUS, o que se alinha perfeitamente às análises clássicas sobre o papel indispensável da avaliação para subsidiar a tomada de decisão oportuna baseada em dados secundários estruturados (Tanaka; Tamaki, 2012).

Sob a ótica da capacidade estatal (Gomide; Pires, 2014), as evidências quantitativas revelam que a robusta capacidade técnico-administrativa do município para processar e homologar transações em larga escala, validando mais de 4 milhões de registros assistenciais no trimestre, encontra limites na dimensão político-cognitiva da gestão. Manifesta-se, desse modo, uma restrição decorrente da baixa especificidade taxonômica, gerada não pela escassez física de dados secundários, mas pela adoção de classificações unificadas que limitam o detalhamento do diagnóstico epidemiológico pelas coordenações locais para subsidiar escolhas distributivas e de regulação territorial.

Por fim, os dados demonstram como a baixa especificidade dos registros afeta o atributo fundamental da coordenação e longitudinalidade do cuidado (Starfield, 2002) sob a lente do princípio constitucional da eficiência administrativa. Ao evidenciar que o cômputo

agregado das ações assistenciais limita a previsibilidade e se correlaciona a perdas de tempo clínico em virtude do absenteísmo, a investigação demonstra que a reorganização das agendas na Atenção Básica paulistana transcende o mero incremento de recursos humanos ou a expansão física de unidades. Conforme discutido por Beltrame et al. (2019), a utilização de dados secundários caracterizados pela baixa especificidade limita a precisão das bases públicas de monitoramento no planejamento da oferta, tornando mandatório o aprimoramento taxonômico e o fortalecimento da especificidade dos sistemas de registro em saúde para restituir o detalhamento necessário à gestão local.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 Síntese dos Principais Achados

A análise desenvolvida neste estudo permitiu examinar os efeitos da baixa especificidade dos registros assistenciais sobre o planejamento e a gestão de agendas na Atenção Básica do município de São Paulo. Por meio da correlação entre dados de produção, tabelas de parametrização federal e normas técnicas locais, a investigação indicou que 62,48% de toda a atividade médica ambulatorial trimestral encontra-se concentrada sob o código genérico 03.01.01.006-4. Os achados da pesquisa sugerem que essa elevada concentração estatística reflete a natureza agregada da classificação oficial, caracterizando uma padronização taxonômica induzida pelas propriedades de desenho do sistema informatizado. A menor presença de descritores específicos para diferenciar o cuidado contínuo da demanda espontânea estabelece condicionantes gerenciais que limitam o planejamento de base epidemiológica nas UBS, favorecendo a substituição de uma organização preditiva do fluxo assistencial por arranjos reativos no cotidiano operacional das unidades.

5.2 Contribuição Prática e Recomendações Gestoras

Como desdobramento do diagnóstico técnico realizado, e visando contribuir para o aprimoramento da eficiência administrativa na regulação de vagas na rede municipal de saúde de São Paulo, desenham-se caminhos de ordem prática para a intervenção da gestão pública. Inicialmente, faz-se necessária a institucionalização de identificadores de fluxo no sistema SIGA SAÚDE. Para tanto, recomenda-se avaliar a viabilidade de a Secretaria Municipal de Saúde promover a inclusão de marcadores ou subcategorias de preenchimento

vinculados ao procedimento de consulta geral dentro da interface local de registro. Essa medida visa favorecer a diferenciação digital entre os atendimentos programados voltados ao cuidado continuado e os atendimentos imediatos decorrentes da demanda espontânea no momento exato do registro do ato clínico.

Adicionalmente, faz-se premente o aprimoramento dos critérios de parametrização de urgência na rede primária. Sugere-se revisar o uso do código de atendimento de urgência em atenção básica nas grades de oferta assistencial, de modo que seu registro eletrônico seja processado, preferencialmente, após a ocorrência fática do atendimento. Esse ajuste normativo possui o potencial de qualificar as séries estatísticas, evitando que demandas espontâneas simples de microterritórios incorram em categorizações procedimentais de maior complexidade. Por fim, a gestão pública pode se beneficiar do apoio à digitalização de fluxos de organização locais por meio do mapeamento sistemático das estratégias e dos controles paralelos desenvolvidos pelas equipes de recepção para a proteção do tempo clínico. Essa análise gerencial deve subsidiar o desenvolvimento de novas funcionalidades sistêmicas que absorvam tais necessidades organizacionais no ambiente digital formal, ampliando a transparência e a rastreabilidade no acesso do usuário.

5.3 Contribuições Acadêmicas

No plano teórico, esta pesquisa contribui para a literatura de administração pública e de políticas de saúde ao lançar luz sobre a dimensão tecnológica da capacidade estatal informacional. O estudo avança ao demonstrar empiricamente que a eficácia e a aplicação prática de diretrizes organizacionais complexas, a exemplo do modelo de Acesso Avançado, não dependem unicamente de consensos políticos formais ou de aportes orçamentários incrementais. Evidencia-se que a viabilidade dessas inovações gerenciais encontra-se estritamente condicionada pelas características de desenho e pelas definições taxonômicas das ferramentas de registro secundário que operacionalizam a política pública no nível de execução dos serviços.

5.4 Sugestões para Pesquisas Futuras

A partir das delimitações estabelecidas neste delineamento documental e quantitativo, sugerem-se dois eixos fundamentais para desdobramentos investigativos futuros. O

primeiro consiste na investigação de natureza qualitativa sobre a atuação dos profissionais e agentes públicos na ponta do serviço, mapeando as práticas cotidianas de gerentes, enfermeiros e recepcionistas das unidades. Torna-se relevante analisar como esses atores sociais operam face às regras e à rigidez taxonômica dos sistemas oficiais para acomodar as demandas locais, identificando de que maneira as pressões cotidianas por atendimento moldam o acesso real e a governança das agendas.

O segundo eixo orienta-se para o desenvolvimento e a avaliação de modelos de análise preditiva aplicados à gestão de grades de horários. Recomenda-se investigar a viabilidade técnica de ferramentas analíticas que auxiliem os gestores municipais na calibração dinâmica da oferta de vagas diárias, buscando mitigar os efeitos gerenciais do absenteísmo sem comprometer os tempos de reserva necessários à manutenção e à sustentabilidade do acompanhamento longitudinal na Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

BELTRAME, Sonia Maria et al. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1015-1030, out./dez. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/BYJbCp6ZBz9NCynKt3h3X3J/?format=html&lang=pt. Acesso em: 25 jun. 2026.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DataSUS). **TabNet Win32 3.3**: Produção Ambulatorial do SUS - São Paulo - por local de atendimento.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qasp.def. Acesso em: 15 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação Assistencial e Controle. **SIGTAP**: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: http://sigtap.datasus.gov.br. Acesso em: 15 abr. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/download/11265/?tmstv=1728481512. Acesso em: 16 abr. 2026.

GOMIDE, Alexandre de Ávila; PIRES, Roberto Rocha Coelho. **Capacidade estatal e democracia**: arranjos institucionais de políticas públicas. Brasília, DF: Ipea, 2014. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/entities/book/fd0a5c15-7009-4a65-a0ad-3222e4588fd8. Acesso em: 20 abr. 2026.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 387-398, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/XyT8fzQD4hHzxCRBSKTVCWP/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 25 jun. 2026.

LOTTA, Gabriela Spanghero; SANTIAGO, Ariadne. A discricionariedade e o trabalho dos burocratas de nível de rua: uma revisão da literatura internacional. **Texto para Discussão**, n. 2308, Rio de Janeiro: Ipea, 2017. Disponível em: https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/autonomia_e_discricionariedade.pdf. Acesso em: 15 mai. 2026.

MURRAY, Mark; TANTAU, Catherine. Same-Day Appointments: Exploding the Access Paradigm. **Family Practice Management**, v. 7, n. 8, p. 45-50, set. 2000. Disponível em: https://www.aafp.org/fpm/2000/0900/p45. Acesso em: 2 jul. 2026.

POSTAL, Lucas et al. Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à Atenção Primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de

Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2023-2034, jun. 2021. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n6/2023-2034/. Acesso em: 23 jun. 2026.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes da Atenção Básica do Município de São Paulo**: organização de fluxos e acesso qualificado. São Paulo: SMS-SP, 2024. Disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/345314. Acesso em: 7 maio 2026.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 255, de 22 de abril de 2025**. Dispõe sobre as diretrizes operacionais e a contratualização de serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica municipal. São Paulo: SMS-SP, 2025. Disponível em: https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-255-de-22-de-abril-de-2025. Acesso em: 28 abr. 2026.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. **Home**. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo, [2026]. Disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude. Acesso em: 7 abr. 2026.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. **SIGA Saúde**: Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde. São Paulo: SMS-SP, [2026]. Disponível em: https://siga.saude.prefeitura.sp.gov.br/sms/login.do?method=login. Acesso em: 5 mai. 2026.

SIQUEIRA, Marina Martins et al. Dados nos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar: implicações para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 1-20, 2026. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cgpc/a/nNggN4grqRQpXZcgQhK8YMt/?lang=pt. Acesso em: 2 jul. 2026.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STELET, Bruno Pereira et al. "Avançado" ou "precipitado"? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20,

e00588191, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/Mh5ZTwScWpNYt4QnsZGqpgB/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 21 abr. 2026.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, abr. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/jPGmmcBncYzk36SvwvC3bzj/?format=html&lang=pt. Acesso em: 20 jun. 2026.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi et al. Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 963-972, mar. 2018. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n3/963-972/pt/. Acesso em: 20 jun. 2026.

APÊNDICE: DECLARAÇÃO DE AUTORIA E USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

DISCLAIMER

APÊNDICE X - DECLARAÇÃO DE AUTORIA E USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Declaro que o presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é de minha **autoria**, tendo sido elaborado em conformidade com os princípios éticos da pesquisa científica, as normas institucionais da Universidade de Brasília e a legislação brasileira vigente.

Declaro, ainda, que todas as análises, interpretações, conclusões e recomendações apresentadas neste trabalho são de minha inteira responsabilidade intelectual, estando devidamente fundamentadas e referenciadas.

Quanto ao uso de **Ferramentas de Inteligência Artificial (IA)**, informo que:

( ) **não utilizei** ferramentas de IA durante a elaboração deste trabalho;
ou

(x) **utilizei** ferramentas de IA **exclusivamente como apoio**, sem prejuízo da autoria intelectual e da responsabilidade científica.

Quando utilizadas, as ferramentas de IA tiveram finalidade **auxiliar**, sendo empregadas para os seguintes fins:

(x) Apoio à organização de ideias e à estruturação do texto

( ) Revisão gramatical e aprimoramento da clareza linguística

( ) Sugestões de formatação e adequação às normas acadêmicas

( ) Apoio à compreensão inicial de conceitos teóricos, posteriormente verificados em fontes acadêmicas confiáveis

( ) Outros usos auxiliares (especificar): _____

Declaro que nenhuma ferramenta de Inteligência Artificial foi utilizada para a **geração autônoma de conteúdo acadêmico original**, tais como análises e discussões de resultados, interpretações, conclusões ou recomendações, sem a devida revisão crítica, validação teórico-metodológica e responsabilização do(a) autor(a).

Declaro, por fim, estar ciente de que a prestação de informações falsas, a omissão de autoria ou a atribuição indevida de produção intelectual constituem práticas vedadas no meio acadêmico e **podem ensejar responsabilização nos termos da legislação brasileira**.

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

Local e data: 10/06/2026

Nome do(a) discente: Alessandro Luppinetti

Assinatura (gov.br): gov.br Documento assinado digitalmente
ALESSANDRO LUPPINETTI
Data: 11/06/2026 11:31:01-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br