REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

REGULAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS DO SUS EM PORTO VELHO E EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE: PARÂMETROS JURÍDICO-ADMINISTRATIVOS DE AVALIAÇÃO

REGULATION OF SPECIALIZED CONSULTATIONS WITHIN BRAZIL'S UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS) IN PORTO VELHO AND THE EFFECTIVENESS OF THE RIGHT TO HEALTH: LEGAL-ADMINISTRATIVE EVALUATION PARAMETERS

Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde • 12/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794294386

Caio Cesar Marin

Raviny Lopes do Nascimento

RESUMO

Este artigo analisa a regulação de consultas especializadas do Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Velho, Rondônia, à luz do direito fundamental à saúde e do princípio da eficiência administrativa, com o objetivo de propor parâmetros jurídico-administrativos para aferir sua efetividade. A pesquisa é qualitativa, de raciocínio dedutivo, com procedimentos bibliográfico e documental. O corpus reúne normas federais, um precedente de repercussão geral do Supremo Tribunal Federal, literatura científica sobre regulação assistencial e documentos públicos do Ministério da Saúde e do Município de Porto Velho produzidos entre 2022 e 2026. Os documentos mostram estrutura regulatória formal, com competências definidas para gestão de agendas, classificação de risco e supervisão de filas. Mostram também que, em janeiro de 2025, a própria Secretaria Municipal de Saúde registrou fila superior a 23 mil pacientes para consultas ambulatoriais especializadas e esperas acima de três anos, cenário que contrasta com o anúncio, em 2024, de filas zeradas em 22 especialidades. A divergência entre registros institucionais e a ausência de séries públicas consolidadas impedem a aferição independente do desempenho. Conclui-se que a efetividade da regulação não decorre da existência do sistema eletrônico, e propõem-se cinco parâmetros de avaliação: tempo de espera por especialidade e prioridade; relação entre solicitações e atendimentos; absenteísmo e devoluções; transparência das filas; e integração entre atenção primária, central de regulação e serviço especializado.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; regulação em saúde; consultas especializadas; direito à saúde; eficiência administrativa.

ABSTRACT

This article analyzes the regulation of specialized consultations

within Brazil's Unified Health System (SUS) in Porto Velho, Rondônia, in light of the fundamental right to health and the principle of administrative efficiency, aiming to propose legal and administrative parameters for assessing its effectiveness. The research is qualitative, follows deductive reasoning and relies on bibliographic and documentary procedures. The corpus comprises federal rules, a binding precedent of the Brazilian Supreme Court, scientific literature on care regulation and public documents issued by the Ministry of Health and the Municipality of Porto Velho between 2022 and 2026. The documents reveal a formal regulatory structure, with defined responsibilities for scheduling, risk classification and waiting-list supervision. They also show that, in January 2025, the Municipal Health Department itself recorded a waiting list of more than 23,000 patients for specialized outpatient consultations and waiting times exceeding three years, which contrasts with the 2024 announcement that waiting lists had been cleared in 22 specialties. The divergence between institutional records and the lack of consolidated public data series prevent an independent assessment of performance. The study concludes that regulatory effectiveness does not derive from the existence of an electronic system and proposes five assessment parameters: waiting time by specialty and priority; ratio between requests and appointments; no-shows and returned referrals; waiting-list transparency; and integration between primary care, the regulatory center and specialized services.

Keywords: Unified Health System; health regulation; specialized consultations; right to health; administrative efficiency.

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu art. 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas e acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (Brasil, 1988). No plano infraconstitucional, a Lei nº 8.080/1990 organiza o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece princípios como a universalidade e a integralidade (Brasil, 1990a), e o Decreto nº 7.508/2011 determina que o acesso seja ordenado pela atenção primária e fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico (Brasil, 2011a). A concretização desse direito depende, porém, de condições administrativas capazes de transformar a previsão normativa em atendimento efetivamente acessível.

A atenção especializada é uma etapa sensível desse percurso. Consultas com especialistas, exames diagnósticos e procedimentos dependem da articulação entre níveis da rede, da disponibilidade de profissionais, da definição de prioridades e da organização das agendas. Nesse cenário, a regulação do acesso, uma das três dimensões da Política Nacional de Regulação do SUS (Brasil, 2008), atua como mecanismo de ordenação. Em revisão de escopo, Giannotti *et al.* (2026) identificaram que os processos regulatórios podem favorecer o acesso equânime, embora persistam a fragmentação dos serviços e a pouca articulação entre regulação e produção do cuidado.

Em Porto Velho, o tema ganhou relevância própria, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) atribui à sua estrutura de regulação a gestão do Complexo Regulador Municipal, das agendas de especialidades, da classificação de risco e das filas de espera (Porto Velho, 2022). Em janeiro de 2025, contudo, a mesma Secretaria fundamentou a declaração de situação de emergência em saúde

pública no município, entre outros fatores, na existência de fila superior a 23 mil pacientes para consultas ambulatoriais especializadas (Porto Velho, 2025b, 2025c). A distância entre a estrutura formal e a capacidade de resposta justifica examinar a regulação sob a perspectiva da efetividade do direito à saúde.

Diante desse cenário, o problema de pesquisa é: de acordo com o direito fundamental à saúde e do princípio da eficiência, que parâmetros jurídico-administrativos permitem avaliar a efetividade da regulação de consultas especializadas do SUS, e o que os documentos públicos disponíveis revelam sobre esse sistema em Porto Velho? Parte-se da hipótese de que a existência formal de estrutura regulatória e de sistema informatizado não basta para assegurar efetividade, que depende de tempos de espera compatíveis com a necessidade clínica, de capacidade instalada e de transparência das filas, e de que a fragmentação dos dados públicos limita o controle social e jurídico desse desempenho.

O objetivo geral é analisar a regulação de consultas especializadas do SUS em Porto Velho à luz do direito à saúde e da eficiência administrativa, propondo parâmetros para aferir sua efetividade. Os objetivos específicos são: examinar o marco jurídico da regulação no SUS; sistematizar, a partir da literatura, os fatores que condicionam o acesso oportuno à atenção especializada; analisar os documentos públicos sobre a regulação em Porto Velho entre 2022 e 2026; e discutir os limites da responsabilidade estatal e da judicialização diante de falhas regulatórias.

A pesquisa justifica-se em três partes, no jurídico, relaciona a organização administrativa da regulação à efetividade de um direito fundamental, tema em que o debate costuma concentrar-se na

judicialização de medicamentos e pouco na espera por consultas. No social, trata de barreira que atinge diretamente usuários que dependem integralmente da rede pública. No plano local, a literatura sobre regulação em Rondônia ainda é restrita (Oiye; Siena, 2024), e Porto Velho reúne a condição de capital, de referência regional e de município que declarou emergência em saúde pública em 2025, o que torna o caso especialmente útil para testar parâmetros de avaliação.

Além desta introdução, o artigo apresenta o percurso metodológico (seção 2), o marco jurídico do direito à saúde e do acesso no SUS (seção 3), os fatores que condicionam a efetividade da regulação segundo a literatura (seção 4), a análise documental do caso de Porto Velho (seção 5) e a discussão sobre eficiência, responsabilidade estatal e parâmetros de avaliação (seção 6), seguidas das considerações finais.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, de raciocínio dedutivo e procedimentos bibliográfico e documental. O raciocínio parte de premissas normativas gerais, extraídas da Constituição, da legislação sanitária e da Política Nacional de Regulação, para delas derivar critérios de efetividade, que são então confrontados com os documentos disponíveis sobre o caso de Porto Velho.

O corpus foi composto por quatro conjuntos de fontes: (a) normas federais sobre direito à saúde, regulação e atenção especializada, consultadas em suas versões oficiais; (b) precedente do Supremo Tribunal Federal (STF) com repercussão geral sobre a responsabilidade dos entes federados na assistência à saúde; (c)

literatura científica sobre regulação assistencial, tempos de espera e judicialização, publicada em periódicos com revisão por pares; e (d) documentos públicos do Município de Porto Velho produzidos entre 2022 e 2026, compreendendo regimento interno, relatório técnico, atos normativos, resolução do Conselho Municipal de Saúde, carta de serviços e notícias institucionais. O critério de inclusão dos documentos municipais foi a disponibilidade em portais oficiais e a pertinência direta à regulação de consultas especializadas.

A análise documental foi organizada em três categorias extraídas da literatura (Louvison; Chioro; Giannotti, 2026): qualificação da demanda, integração entre os pontos da rede e transparência e monitoramento das filas. As notícias institucionais foram tratadas como registros de ações e resultados declarados pela administração, e não como avaliação independente de desempenho. Estudos realizados em outros territórios foram utilizados apenas como referência analítica, sem transposição automática de seus resultados para Porto Velho.

A pesquisa não teve acesso a microdados individualizados do Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Por isso, não calcula tempos médios de espera nem compara de modo independente o desempenho por especialidade, limitação retomada nas considerações finais.

3. O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO NO SUS

O art. 6º da Constituição inclui a saúde entre os direitos sociais, e o art. 196 impõe ao Estado um dever de atuação por meio de políticas que reduzam riscos e assegurem acesso universal e igualitário

(Brasil, 1988). Sarlet (2018) observa que os direitos fundamentais sociais têm dimensão prestacional e exigem medidas concretas para sua realização, e distingue a eficácia jurídica da norma, entendida como aptidão para produzir efeitos, de sua eficácia social ou efetividade, que corresponde à concretização desses efeitos no plano dos fatos. É nesse segundo sentido que o termo efetividade é empregado neste artigo: a capacidade de a rede converter o direito reconhecido em atendimento oportuno.

A Lei nº 8.080/1990 estrutura o SUS como rede regionalizada e hierarquizada orientada pela universalidade, pela integralidade e pela igualdade da assistência (Brasil, 1990a). O Decreto nº 7.508/2011 detalha essa organização: o acesso inicia-se pelas portas de entrada e completa-se na rede regionalizada; os serviços ambulatoriais especializados são referenciados a partir dessas portas; e o acesso deve observar a gravidade do risco e o critério cronológico (Brasil, 2011a). A ordem da fila, portanto, não é escolha administrativa livre, mas decisão juridicamente condicionada por critérios de risco e de antiguidade.

A regionalização é particularmente importante em territórios marcados por grandes distâncias e concentração de especialidades. Giovanella *et al.* (2018) ressaltam que sistemas universais dependem de coordenação pública e da capacidade de organizar redes assistenciais, e Paim *et al.* (2011) apontam que a ampliação do acesso promovida pelo SUS convive com desafios persistentes de financiamento e coordenação. Na prática, o percurso do usuário pode envolver serviços municipais, estaduais e referências regionais, e o problema de acesso pode surgir em qualquer dessas conexões.

Nesse ponto, o princípio da eficiência, previsto no art. 37 da Constituição, aproxima-se do direito à saúde. Di Pietro (2023) relaciona a eficiência à qualidade e aos resultados da atividade administrativa. No campo sanitário, procedimentos internos, sistemas informatizados e rotinas burocráticas devem ser avaliados por sua capacidade de atender às necessidades públicas, e não como fins em si mesmos.

Essa leitura não autoriza concluir que todo atraso configura violação constitucional. Serviços de saúde operam sob limitações de capacidade, e a doutrina discute os limites fáticos e orçamentários da realização dos direitos prestacionais, a chamada reserva do possível, em tensão com a proteção de um mínimo existencial que não pode ser esvaziado (Sarlet, 2018). A análise jurídica exige verificar a duração e a justificativa da espera, a gravidade do caso, os critérios de priorização e as providências adotadas pelo gestor. O que se torna incompatível com a efetividade é a naturalização de obstáculos evitáveis ou a ausência de mecanismos razoáveis de gestão e acompanhamento.

4. REGULAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA: FILAS, TEMPO DE ESPERA E EFETIVIDADE

A Política Nacional de Regulação do SUS organiza as ações regulatórias em três dimensões integradas: regulação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e regulação do acesso à assistência (Brasil, 2008). É nesta última que se situam as centrais e os complexos reguladores responsáveis por ordenar a entrada dos usuários nos serviços especializados. Barbosa, Barbosa e Najberg (2016) relacionam a regulação à governança do SUS e mostram que ela pressupõe coordenação entre atores, fluxos e decisões. Santos e

Merhy (2006), por sua vez, entendem o ato de regular como constitutivo da própria prestação de serviços, o que impede reduzir a central reguladora a uma fila eletrônica.

Os estudos recentes reforçam essa interpretação. Giannotti *et al.* (2026), em revisão de escopo de 25 publicações sobre regulação do acesso a serviços especializados eletivos do SUS, identificaram diversidade de instrumentos e práticas, mas observaram que poucos trabalhos tratam a regulação como componente ativo da produção do cuidado integral. Em estudo qualitativo de casos múltiplos realizado em dois municípios da Região Metropolitana de São Paulo, Louvison, Chioro e Giannotti (2026) destacaram a complementaridade entre a central de regulação e os serviços, a tensão entre demanda espontânea e programada na atenção primária e a necessidade de uma atenção especializada menos fragmentada.

As filas são a consequência visível do desequilíbrio entre demanda e capacidade, mas sua existência não explica a causa do problema. Uma fila pode refletir escassez de especialistas, insuficiência de agendas, encaminhamentos inadequados, baixa resolutividade da atenção primária, duplicidade de solicitações, absenteísmo ou desatualização cadastral. Por isso, estratégias de redução precisam identificar a composição da fila antes de simplesmente ampliar vagas.

O tempo de espera é indicador especialmente relevante. Farias *et al.* (2019) analisaram 1.002.719 encaminhamentos para consultas e exames especializados na Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo, entre 2014 e 2016, e verificaram aumento progressivo do tempo médio de espera no período e correlação positiva entre

tempo de espera e absenteísmo. O estudo não descreve a realidade de Porto Velho, mas evidencia uma relação administrativa importante: filas longas perdem qualidade ao longo do tempo, pois a situação clínica muda, usuários buscam outras alternativas, contatos ficam desatualizados e agendamentos deixam de se converter em atendimento.

O ordenamento já oferece parâmetros temporais concretos em situações específicas. A Lei nº 12.732/2012 assegura ao paciente com neoplasia maligna o primeiro tratamento no SUS em até 60 dias a partir do diagnóstico (Brasil, 2012), e a Lei nº 13.896/2019 fixou em 30 dias o prazo para realização dos exames necessários quando a principal hipótese diagnóstica for de câncer (Brasil, 2019a). Esses prazos não se estendem automaticamente a outras especialidades, mas demonstram que o legislador reconhece o tempo de acesso como elemento do conteúdo do direito à saúde e oferecem referência para a construção de critérios de razoabilidade.

No plano das políticas recentes, a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde foi instituída pela Portaria GM/MS nº 1.604/2023 (Brasil, 2023), e o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), pela Portaria GM/MS nº 3.492/2024 (Brasil, 2024a). A Portaria SAES/MS nº 1.640/2024 operacionalizou o programa e previu que os recursos de incentivo à gestão fossem utilizados prioritariamente na estruturação de processos, na contratação e na capacitação de pessoal para os Núcleos de Gestão e Regulação (Brasil, 2024b). Em 2025, a Lei nº 15.233/2025 instituiu o Programa Agora Tem Especialistas (Brasil, 2025), ao qual o componente ambulatorial passou a integrar-se (Brasil, 2026). O desenho busca substituir a lógica de procedimentos isolados por ofertas de cuidado integrado,

o que reforça que a efetividade envolve o percurso assistencial completo, e não apenas a obtenção de uma vaga.

5. A REGULAÇÃO DAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS EM PORTO VELHO: ANÁLISE DOCUMENTAL

O recorte de Porto Velho exige considerar sua dupla posição: município responsável pelos serviços próprios e capital inserida em rede estadual que concentra referências de maior complexidade. O usuário pode iniciar o percurso em unidade municipal e depender de oferta vinculada a outro ponto da rede, o que torna a articulação interfederativa relevante para o acesso especializado.

Quanto à estrutura formal, o regimento interno da SEMUSA de 2022 atribui à Divisão de Regulação a gestão do Complexo Regulador Municipal e a garantia do acesso às unidades executantes de serviços especializados sob gestão municipal. Entre suas competências estão a confecção de agendas de consultas e procedimentos diagnósticos com horário marcado, a observância de critérios de classificação de risco e a qualificação de operadores do SISREG. Também lhe cabem a organização de solicitações da zona rural, o contato com pacientes autorizados e a supervisão das filas de espera (Porto Velho, 2022). Ressalva-se que a Lei Complementar nº 1.000/2025 promoveu reorganização administrativa do Poder Executivo municipal (Porto Velho, 2025a), de modo que a estrutura descrita no regimento deve ser lida como a vigente à época de sua edição.

Na categoria qualificação da demanda, a SEMUSA informou, em 2023, a capacitação de operadores do SISREG motivada por desencontro de informações no cadastramento, reconhecendo que

o preenchimento adequado influencia a agilidade do processo (Porto Velho, 2023). O dado indica que parte do problema regulatório se situa no processo de trabalho, e não apenas na oferta.

Na categoria transparência e monitoramento, os documentos revelam registros divergentes. Em abril de 2024, a Prefeitura divulgou que 22 especialidades haviam tido as filas zeradas e outras quatro, redução de espera, atribuindo o resultado a mudanças no agendamento e no monitoramento (Porto Velho, 2024). Em janeiro de 2025, o relatório técnico que fundamentou a declaração de emergência registrou fila superior a 23 mil pessoas para consultas ambulatoriais especializadas, com esperas acima de três anos e de mais de quatro anos no caso de pessoas com deficiência. Entre as especialidades listadas estavam psicologia, com 3.887 pacientes em espera, fisioterapia (2.956), cardiologia (1.900), fonoaudiologia (1.802) e oftalmologia (1.500) (Porto Velho, 2025b).

O mesmo relatório acrescenta elementos qualitativos relevantes. Afirma que os números representam apenas os pacientes que conseguiram registrar seus encaminhamentos, havendo demanda não contabilizada de quem sequer obteve consulta de avaliação. Registra também a ausência de oferta municipal em especialidades como cirurgia geral, angiologia, endocrinologia, hematologia, neurocirurgia, oncologia, proctologia, reumatologia e pneumologia, algumas atendidas por teleconsulta. Aponta ainda absenteísmo médio de 33% atribuído à demora no agendamento e caracteriza parte das filas como fictícias, por não haver previsão realista de atendimento (Porto Velho, 2025b). A situação de emergência foi declarada pelo Decreto nº 20.763, de 27 de janeiro de 2025 (Porto Velho, 2025c).

Os dois registros foram produzidos pela própria administração, em momentos e com finalidades distintas: divulgação de resultados, em 2024, e fundamentação de medida excepcional, em 2025. Não cabe a este artigo arbitrar entre eles. O que a divergência demonstra é que, sem séries públicas comparáveis, não é possível distinguir se houve agravamento real da demanda, mudança de critério de contagem ou ambos. Zerar uma lista em determinado momento não elimina a demanda reprimida, pois novos encaminhamentos são inseridos continuamente, profissionais deixam a rede e as agendas variam.

O caso da cardiologia ilustra essa dinâmica. Após registro de 1.900 pacientes em espera em janeiro de 2025 (Porto Velho, 2025b), a SEMUSA informou, em fevereiro, mais de 1.550 pessoas aguardando consulta, abertura de 60 novas vagas semanais e mais de 300 atendimentos em menos de dois meses (Porto Velho, 2025d). Em abril, informou redução para 930 pacientes, cerca de 40% a menos que em fevereiro (Porto Velho, 2025e). Os dados evidenciam intervenção administrativa eficaz sobre um gargalo específico, mas não permitem inferir, sozinhos, o tempo de espera dos pacientes nem a sustentabilidade do resultado.

Quanto à transparência voltada ao usuário, a carta de serviços da SEMUSA informa a existência de consulta pública da lista de espera, na qual o usuário verifica suas solicitações a partir do número do Cartão Nacional de Saúde (Porto Velho, 2025f). O instrumento atende à transparência individual, mas não substitui a divulgação de dados agregados por especialidade, prioridade e tempo de espera, que não foram localizados nos documentos consultados. No plano do planejamento, o Plano Municipal de Saúde 2026-2029 foi aprovado com recomendações pelo Conselho Municipal de Saúde

(Porto Velho, 2025g, 2026), o que o torna instrumento de referência para o monitoramento de metas de acesso nos próximos anos.

No âmbito estadual, a Portaria GM/MS nº 6.092/2024 aprovou o Plano de Ação Regional de Rondônia no PMAE, e a Portaria GM/MS nº 6.397/2024 distribuiu recursos referentes ao incentivo às ações e estratégias de gestão do plano (Brasil, 2024c, 2024d). A literatura específica sobre Rondônia, embora restrita, aponta a transparência da formação das filas como condição para o controle social e para o acesso do usuário às informações sobre seu pedido (Oiye; Siena, 2024).

6. EFICIÊNCIA ADMINISTRATIVA, RESPONSABILIDADE ESTATAL E PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO

A Administração Pública não atua como mantenedora abstrata do sistema: organiza agendas, contrata serviços, estabelece protocolos, administra informações e define fluxos. Cada decisão pode facilitar ou dificultar o acesso. O princípio da eficiência funciona como parâmetro para avaliar a adequação entre esses meios e os resultados esperados, interpretado em conjunto com a universalidade, a integralidade e a equidade. Uma medida economicamente racional pode ser inadequada se criar barreiras desproporcionais de acesso ou desorganizar a continuidade assistencial (Di Pietro, 2023).

A responsabilidade estatal não deve ser tratada de forma automática. O art. 37, § 6º, da Constituição consagra a responsabilidade objetiva do Estado pelos danos causados por seus agentes (Brasil, 1988), mas, nas hipóteses de omissão, a doutrina majoritária exige a demonstração de um dever específico de agir e

da falha em cumpri-lo (Di Pietro, 2023). A mera existência de espera não comprova omissão ilícita. É necessário examinar se o atraso foi incompatível com o quadro clínico, se os critérios de regulação foram observados e se a Administração adotou providências razoáveis. Quando o próprio gestor reconhece, em documento oficial, esperas superiores a três anos e filas sem previsão realista de atendimento (Porto Velho, 2025b), esse reconhecimento torna-se elemento relevante para a aferição do descumprimento do dever de prestar.

Quando a via administrativa falha, a judicialização surge como mecanismo de acesso. O STF firmou, no Tema 793 da repercussão geral, a responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde, cabendo ao Judiciário direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências do SUS (Brasil, 2019b). Santos (2021) observa que a judicialização, embora necessária para corrigir falhas da Administração, tende a privilegiar demandas individuais em detrimento da organização coletiva do sistema. Em Porto Velho, o relatório de 2025 registra ordens judiciais de atendimento imediato e a inexistência de lista específica para as demandas judiciais (Porto Velho, 2025b). Ordens individualizadas podem alterar prioridades sem considerar os demais usuários que aguardam o mesmo serviço; a proteção do direito fundamental exige, nesses casos, regulação transparente e tecnicamente justificável, e não sua desconsideração.

A adoção do SISREG amplia a rastreabilidade, mas a tecnologia não resolve, isoladamente, a insuficiência de oferta ou as falhas de processo. Sistemas dependem da qualidade dos dados inseridos, da atualização cadastral, da capacitação dos operadores e da existência de agendas reais. A comunicação com o usuário é outra dimensão

da eficiência: a falta de informação favorece duplicidade de pedidos, perda de agendamentos e busca reiterada por diferentes pontos da rede.

Com base no marco normativo e na análise documental, propõem-se cinco parâmetros jurídico-administrativos para avaliar a efetividade da regulação local, sintetizados no Quadro 1. Eles não substituem avaliação epidemiológica e assistencial mais ampla, mas permitem aproximar a análise jurídica dos resultados administrativos e indicam quais informações o gestor deveria produzir e publicar.

Quadro 1. Parâmetros jurídico-administrativos para avaliar a efetividade da regulação de consultas especializadas

Parâmetro	Fundamento normativo	Indicador sugerido	Situação nos documentos de Porto Velho
Tempo de espera por especialidade e prioridade	CF, art. 196; Decreto nº 7.508/2011, art. 11; Leis nº 12.732/2012 e 13.896/2019 (referência)	Mediana e percentis de espera entre solicitação e atendimento, por especialidade e classificação de risco	Esperas superiores a três anos registradas em 2025; sem série pública por prioridade
Relação entre solicitações e atendimentos	CF, art. 37 (eficiência); Lei nº 8.080/1990	Solicitações, vagas ofertadas e atendimentos realizados por período	Dados pontuais em notícias institucionais (cardiologia, 2025); sem série consolidada

Absenteísmo e solicitações devolvidas	CF, art. 37; Lei nº 8.080/1990	Taxa de faltas e taxa de devolução de encaminhamentos	Absenteísmo médio de 33% (2025); devoluções não informadas
Transparência e atualização das filas	CF, art. 5º, XXXIII; Lei nº 12.527/2011; Lei nº 8.142/1990	Publicação periódica de dados agregados e consulta individual da posição na fila	Consulta individual pelo Cartão Nacional de Saúde; dados agregados não localizados
Integração entre atenção primária, regulação e serviço especializado	Lei nº 8.080/1990; Decreto nº 7.508/2011; Portaria GM/MS nº 1.604/2023	Qualidade dos encaminhamentos e retorno de informações à atenção primária	Demanda não registrada de quem não obteve encaminhamento (2025); capacitação de operadores (2023)

Fonte: elaborado pelo autor com base em Brasil (1988, 1990a, 1990b, 2011a, 2011b, 2012, 2019a, 2023), Farias *et al.* (2019) e Porto Velho (2023, 2025b, 2025d, 2025e, 2025f).

Os parâmetros permitem ainda diferenciar falhas conjunturais de estruturais. A ausência temporária de um especialista pode exigir resposta de curto prazo, como contratação ou reorganização de agenda, à semelhança do ocorrido na cardiologia em 2025. Já a demanda persistentemente superior à oferta, ou a ausência de especialidades no município, exige redesenho regional, ampliação de capacidade, contratualização ou revisão dos fluxos de encaminhamento. A efetividade do direito à saúde não depende de eliminar toda espera, objetivo pouco realista em sistemas complexos, mas de impedir que a espera se converta em barreira

desorganizada, opaca ou clinicamente incompatível com a necessidade do usuário.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo buscou identificar parâmetros jurídico-administrativos para avaliar a efetividade da regulação de consultas especializadas do SUS e verificar o que os documentos públicos revelam sobre esse sistema em Porto Velho. A hipótese foi confirmada nos limites do corpus analisado. O município dispõe de estrutura regulatória formal, com competências definidas, sistema informatizado e consulta individual da lista de espera, mas a própria administração registrou, em 2025, fila superior a 23 mil pacientes, esperas acima de três anos, especialidades sem oferta municipal e absenteísmo elevado. A estrutura formal, portanto, não assegurou acesso oportuno.

Os documentos também mostram que intervenções localizadas, como a ampliação da oferta em cardiologia, produziram redução expressiva de filas específicas em poucos meses, o que indica que parte dos gargalos responde a decisões de gestão. A divergência entre os registros de 2024 e de 2025, contudo, evidencia que a ausência de séries públicas comparáveis impede o controle externo do desempenho. A transparência deve ser compreendida, assim, como componente da própria efetividade, e não como aspecto acessório da gestão.

A contribuição central do estudo consiste nos cinco parâmetros propostos: tempo de espera por especialidade e prioridade; relação entre solicitações e atendimentos; absenteísmo e devoluções; transparência e atualização das filas; e integração entre atenção

primária, central de regulação e serviço especializado. Cada um tem fundamento normativo próprio e pode orientar tanto a gestão quanto o controle exercido pelo Conselho Municipal de Saúde, pelo Ministério Público, pela Defensoria Pública e pelo Judiciário.

A investigação tem as limitações próprias de uma pesquisa bibliográfica e documental. Não houve acesso a microdados do SISREG, e a evidência local provém sobretudo de documentos produzidos pela própria administração. Estudos futuros podem avançar mediante solicitação dos dados do SISREG com fundamento na Lei nº 12.527/2011 (Brasil, 2011b), análise dos relatórios de gestão e das metas do Plano Municipal de Saúde 2026-2029, exame de fiscalizações dos órgãos de controle e entrevistas com gestores, profissionais e usuários. Esses caminhos permitiriam aplicar empiricamente os parâmetros aqui propostos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, Dayse Vieira Santos; BARBOSA, Nelson Bezerra; NAJBERG, Estela. Regulação em saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49-54, jan./mar. 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010106.

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: 26 out. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da

saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 26 out. 2026.

BRASIL. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.** Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal. Brasília, DF: Presidência da República, 2011b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 26 out. 2026.

BRASIL. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.** Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 26 out. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019.** Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. Brasília, DF: Presidência da República, 2019a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm. Acesso em: 26 out. 2026.

BRASIL. **Lei nº 15.233, de 7 de outubro de 2025.** Institui o Programa Agora Tem Especialistas; dispõe sobre o Grupo Hospitalar Conceição S.A.; e altera as Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 12.732, de 22 de novembro de 2012, entre outras. Brasília, DF: Presidência da

República, 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/l15233.htm. Acesso em: 26 out. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 26 out. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 26 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação do Componente Ambulatorial do Programa Agora Tem Especialistas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/agora-tem-especialistas/componente-ambulatorial/legislacao. Acesso em: 26 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023.** Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-

gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view. Acesso em: 26 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024.** Institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3492_11_04_2024.html. Acesso em: 26 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 6.092, de 16 de dezembro de 2024.** Aprova o Plano de Ação Regional do Estado e Municípios de Rondônia no Programa Mais Acesso a Especialistas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6092_19_12_2024.html. Acesso em: 26 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 6.397, de 28 de dezembro de 2024.** Distribui recursos do Estado de Rondônia referentes ao Plano de Ação Regional do Programa Mais Acesso a Especialistas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024d. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6397_29_12_2024.html. Acesso em: 26 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 26 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Portaria SAES/MS nº 1.640, de 7 de maio de 2024.** Dispõe sobre a operacionalização do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-saes/ms-n-1640-de-7-de-maio-de-2024-558531444. Acesso em: 26 out. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Tribunal Pleno). **Embargos de Declaração no Recurso Extraordinário 855.178/SE.** Tema 793 da repercussão geral. Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Relator: Min. Luiz Fux. Redator do acórdão: Min. Edson Fachin. Julgado em: 23 maio 2019b.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo.** 36. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2023.

FARIAS, Cynthia Moura Louzada; GIOVANELLA, Ligia; OLIVEIRA, Adauto Emmerich; SANTOS NETO, Edson Theodoro dos. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 5, p. 190-204, dez. 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S516.

GIANNOTTI, Elaine Maria *et al.* Regulação do acesso aos serviços especializados no SUS: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e07562024, jan. 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232026311.07562024.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde**

Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018.

LOUVISON, Marília Cristina Prado; CHIORO, Arthur; GIANNOTTI, Elaine Maria. Acesso à Atenção Especializada no SUS: desafios para a implantação de dispositivos regulatórios produtores do cuidado. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 35, n. 1, e240665pt, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902026240665pt.

OIYE, Emília; SIENA, Osmar. Gestão estadual da regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Jurídica Em Tempo,** Marília, v. 24, n. 1, p. 330-356, 2024. Disponível em: https://revista.univem.edu.br/emtempo/article/view/3742. Acesso em: 26 out. 2026.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet,** London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

PORTO VELHO. Conselho Municipal de Saúde. **Resolução nº 101/2025/CMSPV/SEMUSA, de 26 de novembro de 2025.** Dispõe sobre a avaliação e deliberação do Conselho Municipal de Saúde referente ao Plano Municipal de Saúde 2026–2029 do município de Porto Velho - RO. Porto Velho: CMSPV, 2025g. Disponível em: https://www.portovelho.ro.gov.br/uploads/arquivos/2026/02/63573/1770738362resolucao-no-101-2025cmspvsemusa-de-26-de-novembro-de-2025-plano-municipal-de-saude-20262029-do-municipio-de-porto-velho-ro.pdf. Acesso em: 26 out. 2026.

PORTO VELHO. **Decreto nº 20.763, de 27 de janeiro de 2025.** Declara situação de emergência em saúde pública no Município de

Porto Velho. Porto Velho: Prefeitura Municipal, 2025c.

PORTO VELHO. **Lei Complementar nº 1.000, de 7 de janeiro de 2025.** Dispõe sobre a reorganização administrativa do Poder Executivo do Município de Porto Velho. Porto Velho: Prefeitura Municipal, 2025a.

PORTO VELHO. Prefeitura Municipal. **Filas de especialidades zeradas e ampliação do atendimento marcam avanços na saúde de Porto Velho.** Porto Velho, 16 abr. 2024. Disponível em: https://www.portovelho.ro.gov.br/noticias/qualidade-filas-de-especialidades-zeradas-e-ampliacao-do-atendimento-marcam-avancos-na-saude-de-porto-velho. Acesso em: 26 set. 2026.

PORTO VELHO. Prefeitura Municipal. **Reforço de médicos acelera atendimentos cardiológicos na rede municipal de Porto Velho.** Porto Velho, 26 fev. 2025d. Disponível em: https://www.portovelho.ro.gov.br/artigo/47471/compromisso-reforco-de-medicos-acelera-atendimentos-cardiologicos-na-rede-municipal-de-porto-velho. Acesso em: 26 out. 2026.

PORTO VELHO. Secretaria Municipal de Saúde. **Capacitação busca corrigir inconsistências no programa de regulação da saúde municipal.** Porto Velho, 28 abr. 2023. Disponível em: https://semusa.portovelho.ro.gov.br/noticias/efetividade-capacitacao-busca-corrigir-inconsistencias-no-programa-de-regulacao-da-saude-municipal. Acesso em: 26 set. 2026.

PORTO VELHO. Secretaria Municipal de Saúde. **Carta de serviços ao usuário do SUS 2025.** Porto Velho: SEMUSA, 2025f. Disponível em: https://www.portovelho.ro.gov.br/uploads/arquivos/2023/07/34244/17

47664903carta-de-servicos-semusa-2025pptx.pdf. Acesso em: 26 out. 2026.

PORTO VELHO. Secretaria Municipal de Saúde. **Com ampliação de atendimentos cardiológicos, Prefeitura de Porto Velho reduz 40% da fila de espera.** Porto Velho, 22 abr. 2025e. Disponível em: https://semusa.portovelho.ro.gov.br/artigo/48361/saude-especializada-com-ampliacao-de-atendimentos-cardiologicos-prefeitura-de-porto-velho-reduz-40-da-fila-de-espera. Acesso em: 26 out. 2026.

PORTO VELHO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Jurídica de Saúde. **Relatório de situação de emergência:** saúde municipal. Processo n. 00600-00000139/2025-41-e. Porto Velho: SEMUSA, 14 jan. 2025b. Disponível em: https://semusa.portovelho.ro.gov.br/uploads/arquivos/2025/02/72344/1739796175relatorio-de-situacao-de-emergencia.pdf. Acesso em: 26 out. 2026.

PORTO VELHO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2026-2029.** Porto Velho: SEMUSA, 2026. Disponível em: https://semusa.portovelho.ro.gov.br/arquivos?folder=63573. Acesso em: 26 set. 2026.

PORTO VELHO. Secretaria Municipal de Saúde. **Regimento Interno da SEMUSA.** Porto Velho: SEMUSA, 2022. Disponível em: https://www.portovelho.ro.gov.br/uploads/arquivos/2022/05/23202/1652719508regimento-interno-semusa-atualizado-cargos-2022.pdf. Acesso em: 26 set. 2026.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface:**

Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, jan./jun. 2006. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/1801/180114102003.pdf. Acesso em: 26 out. 2026.

SANTOS, Lenir. Judicialização da saúde: as teses do STF. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 807-818, jul./set. 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202113018.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais:** uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 13. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.