



# REGULAÇÃO ASSISTENCIAL





## Sumário

---

<b>1. Introdução</b> .....	2
<b>2. Regulação Assistencial como dispositivo para coordenação do cuidado</b> .....	3
<b>3. Sistemas de informação para filas/listas de espera:</b> .....	6
<b>3.1 Constituição do Núcleo de Gestão e Regulação do PMAE (NGR)</b> .....	6
<b>4. Gestão das Filas de Acesso à Atenção Ambulatorial Especializada</b> .....	7
<b>4.1 Identificar e conhecer as principais filas (morbi/mortalidade e tempo de espera elevado):</b> .....	7
<b>4.2 Elaborar um Plano de Intervenção para intervir nas principais filas de acesso à Atenção Especializada:</b> .....	8
<b>5. Organização da Rede de Atenção à Saúde e gestão do acesso com foco no usuário e na jornada mais adequada à solução de suas necessidades:</b> .....	9
<b>6. Qualificação do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde:</b> .....	10
<b>7. Relação da Atenção Especializada com a APS:</b> .....	11
<b>7.1 Territorialização e regionalização:</b> .....	11
<b>7.2 Matriciamento:</b> .....	12
<b>7.3 Protocolos clínicos e de encaminhamento:</b> .....	12
<b>7.4 Compartilhamento de responsabilidade e informação (transição segura do cuidado)</b> .....	12
<b>7.5 Navegação do cuidado</b> .....	13
<b>8. Qualificação da demanda à Atenção Especializada</b> .....	13
<b>8.1 Protocolos de Encaminhamento:</b> .....	13
<b>8.2 Telerregulação Assistencial:</b> .....	13
<b>9. Transparência para empoderamento do cidadão e maior capacidade de fiscalização por parte da sociedade.</b> .....	14

## 1. Introdução

O acesso a consultas, exames diagnósticos e procedimentos especializados com qualidade e em tempo oportuno é hoje um dos principais desafios para o Sistema Único de Saúde. O déficit de oferta em um contexto de demanda crescente resulta em dificuldade de acesso, caracterizada por longas filas de espera e insatisfação dos usuários com os serviços prestados.

A demanda crescente pode ser explicada por três elementos centrais: modelo de atenção à saúde hegemônico; transição demográfica e epidemiológica; e condições socioeconômicas da população.

- a) **Modelo de atenção à saúde:** caracteriza-se por ser focado no saber médico e na doença, e não no indivíduo e suas necessidades de saúde, resultando em ineficiência e consumo exagerado de exames e medicamentos;
- b) **Transição demográfica e epidemiológica:** o envelhecimento populacional como efeito do aumento da expectativa de vida promove ao mesmo tempo maior incidência de condições crônicas não transmissíveis (HAS; DM Tipo II; câncer; demência; etc.) resultado do envelhecimento, mas também do estilo de vida e modo de organização da sociedade (tabagismo; etilismo; acidentes de trânsito; obesidade; etc.). Essa “nova” carga de doenças se soma aos agravos transmissíveis, ainda não resolvidos em nossa sociedade, como tuberculose; arboviroses; hanseníase; dentre outras;
- c) **Condições socioeconômicas da população:** a desigualdade social no país é marcante; determinantes sociais como a pobreza perpetuam os agravos de saúde, resultando em uma maior pressão sobre o sistema de saúde.

Diante disso, fica evidente que os problemas habituais da Atenção Especializada não serão adequadamente enfrentados sem que haja mudanças no modelo de atenção e um processo regulatório transparente, que estabeleça os balizadores dentro dos quais o sistema de saúde funcionará. Tendo como diretrizes e premissas a Política Nacional de Atenção Especializada/PNAES, e buscando disparar mudanças na organização da atenção, o Ministério da Saúde lança o **Programa Mais Acesso a Especialistas**, que consiste num conjunto de iniciativas que incluem:

- Aumento e qualificação do financiamento federal para a Atenção Especializada;
- Criação das Ofertas de Cuidado Integrado (OCI) como estratégia central definidora do acesso, da integralidade, do percurso ou jornada do usuário nos serviços de AE, e do financiamento da atenção;
- Ampliação do acesso com organização e aumento da oferta de serviços de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), qualificação da gestão das filas e integração com a atenção básica;
- Otimização dos recursos com a transição digital e a melhoria dos processos;
- Qualificação e aumento da formação de especialistas associado ao provimento emergencial em áreas de vazio assistencial e remotas; e
- Ampliação e qualificação da capacidade das secretarias estaduais e municipais de saúde em estabelecer parcerias com o setor privado (com e sem fins lucrativos) por meio de contratualização.

Considerando em especial o objetivo do PMAE de: “fomentar a mudança do modelo de gestão de filas e regulação do acesso à Atenção Ambulatorial Especializada, visando equidade, transparência, a adoção de uma base regional, o foco na pessoa e na otimização de sua jornada, bem como o uso de critérios clínicos para adequar a oferta de ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades de saúde e assistenciais, estratificação de risco e vulnerabilidade”, esse Documento de Apoio terá como foco as **concepções e ações envolvidas na regulação assistencial ou gestão do acesso à Atenção Especializada**.

## 2. Regulação Assistencial como dispositivo para coordenação do cuidado

A Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial foi definida, em 2006, no âmbito do Pacto pela Saúde, como conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes (Brasil, 2006<sup>1</sup>).

Assim, “tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos” (Brasil, 2017)<sup>2</sup>. Sua finalidade maior está, portanto, em promover o acesso do usuário às ações e serviços de saúde, em tempo oportuno e de forma resolutiva. As informações produzidas no processo regulatório e a possibilidade de redefinir fluxos é essencial para a qualificação da gestão do cuidado.

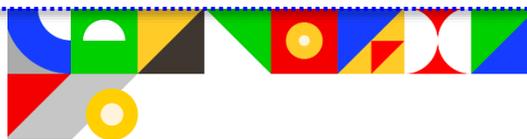
Considerando o foco da PNAES e do PMAE em ampliar a oferta da Atenção Especializada à Saúde (AES) e de fortalecer a integralidade do cuidado, o papel da regulação assistencial passa a ser essencial na garantia de acesso adequado e em tempo oportuno. Ainda que se busque sempre a maior aproximação possível entre os serviços e equipes solicitantes e executantes, em grande parte das situações, haverá uma instância específica de regulação assistencial ou de gestão do acesso, seja uma central de regulação, sejam profissionais reguladores ou matriciadores que analisarão a adequação do pedido e encaminhamento realizados em relação à condição do usuário e à rede assistencial.

A regulação assistencial, no âmbito da PNAES e do PMAE, deve ser “enriquecida” a partir da sua aproximação com os serviços e as situações concretas de cuidado. Isso significa uma desburocratização da regulação do acesso e sua ressignificação, entendendo-a como um conjunto de processos que ordenam, organizam e viabilizam o acesso dos usuários a consultas e exames considerando os princípios da equidade e da integralidade, e guardando coerência como modelo de atenção que se deseja implantar. Dessa forma, o foco da regulação assistencial (seus fluxos; protocolos; processos decisórios; perfil, tamanho e competências da equipe; gestão das informações; etc.) deve ser o usuário e sua necessidade de saúde.

As características centrais dessa nova forma de entender a regulação assistencial estão descritas abaixo, utilizando-se da comparação com a regulação assistencial tradicional para melhor compreensão.



**A Regulação Assistencial** desponta como uma ferramenta fundamental para lidar com o problema das filas de espera para acesso à **Atenção Ambulatorial Especializada**, funcionando como um verdadeiro **observatório da rede de atenção à saúde** e como uma **ferramenta para gestão do sistema de saúde**, fazendo interface com todos os serviços, incluindo a **Atenção Primária à Saúde**.



<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br)

<sup>2</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)

## A Regulação Assistencial no PMAE

No âmbito da PNAES e do PMAE, temos um desafio adicional para a Regulação Assistencial, que guarda coerência com o modelo de atenção que buscamos, com foco na equidade e integralidade. A estratégia eleita pela SAES/MS para enfrentar esse desafio foi a criação das **Ofertas de Cuidado Integrados (OCIs)**, por meio das quais serão definidos acesso, o grau de da integralidade, o percurso ou jornada do usuário nos serviços de AES, os tempos respostas e o financiamento da atenção.

Uma OCI é “um conjunto de procedimentos (consultas, exames e outros procedimentos) e de tecnologias de cuidado necessários a uma atenção oportuna e com qualidade, integrados para concluir uma etapa na linha de cuidado ou na condução de agravos específicos de rápida resolução, seja de diagnóstico ou tratamento, e incluindo sempre referência e contrarreferência segura, bem como transição para APS” (BRASIL, 2024<sup>3</sup>). De acordo com o PMAE, o acesso à Atenção Ambulatorial Especializada se dará, preferencialmente, por meio das OCIs e não por procedimentos de forma isolada, conforme situação fictícia descrita abaixo:



**Dona Judite, de 52 anos, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS)** para realizar mamografia com o objetivo de rastrear câncer de mama e o resultado foi um nódulo que precisa ser investigado. A médica de família encaminha para a mastologista, que precisa pedir uma ultrassonografia da mama e verificou a necessidade de realizar uma punção para confirmar o diagnóstico de câncer. O que ocorre, normalmente, é que para agendar cada exame ou consulta nesse percurso, Dona Judite precise se dirigir à UBS para que algum profissional da equipe registre a solicitação no sistema de regulação, fazendo com que a paciente enfrente várias filas e que os procedimentos sejam realizados em momentos distintos e distantes um do outro, perdendo tempo no diagnóstico e, conseqüentemente, no acesso ao tratamento.

No PMAE, a oferta de cuidado, com estímulo da mudança da forma de financiamento, será organizada para o atendimento completo de Dona Judite: ao ser encaminhada para o mastologista, o agendamento para a realização da ultrassonografia de mama, da punção e do citopatológico será responsabilidade do prestador (serviço público ou privado contratualizado). Este serviço deverá atentar para o tempo máximo indicado para a realização de todos os procedimentos necessários, além de outros compromissos, como a discussão de casos com as equipes de saúde da família, a realização de teleconsultas e teleconsultorias para ajudar a evitar os encaminhamentos desnecessários pela APS, a busca ativa dos pacientes para diminuir o absenteísmo, o uso do PEC eSUS APS ou a garantia de interoperabilidade do seu próprio prontuário com o prontuário público (PEC e-SUS APS), dentre outros. Dessa forma, é essencial que tais atores conheçam as regras das Ofertas de Cuidados Integrados (OCI), especialmente os objetivos e critérios de encaminhamento de cada uma, bem como quais os estabelecimentos que as realizam para fazer a adequada análise e direcionamento.

Algumas OCIs, por sua maior frequência e estabilidade, já possuem Protocolos de Encaminhamento definidos<sup>4</sup>, outras possuirão apenas orientações para critérios de encaminhamento a serem implementados. Em ambos os casos, é fundamental que toda a rede conheça essa nova forma de organização do cuidado para utilizar as OCI no que elas se

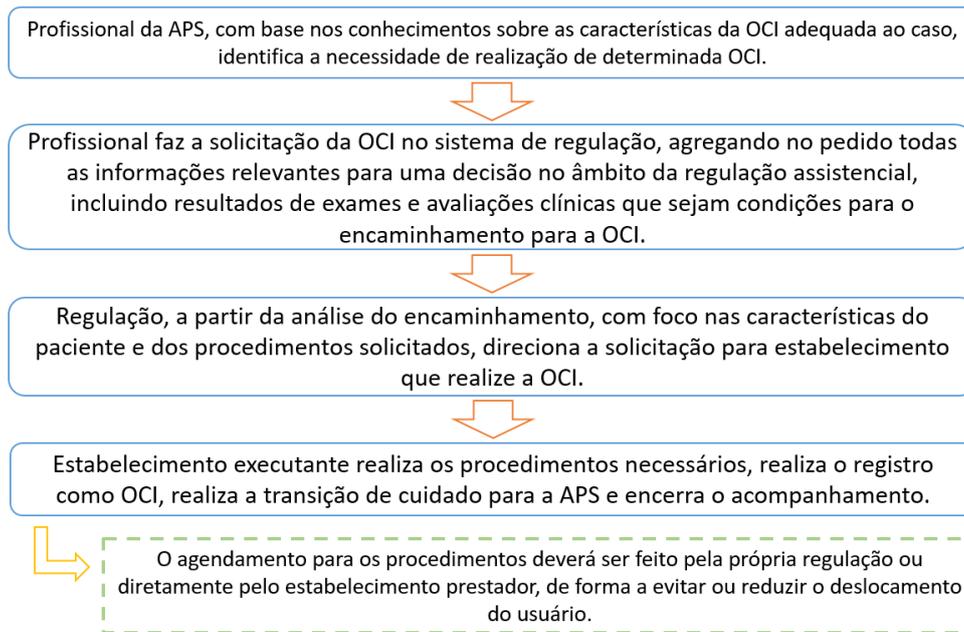
<sup>3</sup> [PORTARIA GM/MS Nº 3.492, DE 8 DE ABRIL DE 2024 - PORTARIA GM/MS Nº 3.492, DE 8 DE ABRIL DE 2024 - DOU - Imprensa Nacional \(in.gov.br\)](#)

<sup>4</sup> Serão disponibilizados com demais materiais de apoio ao PMAE

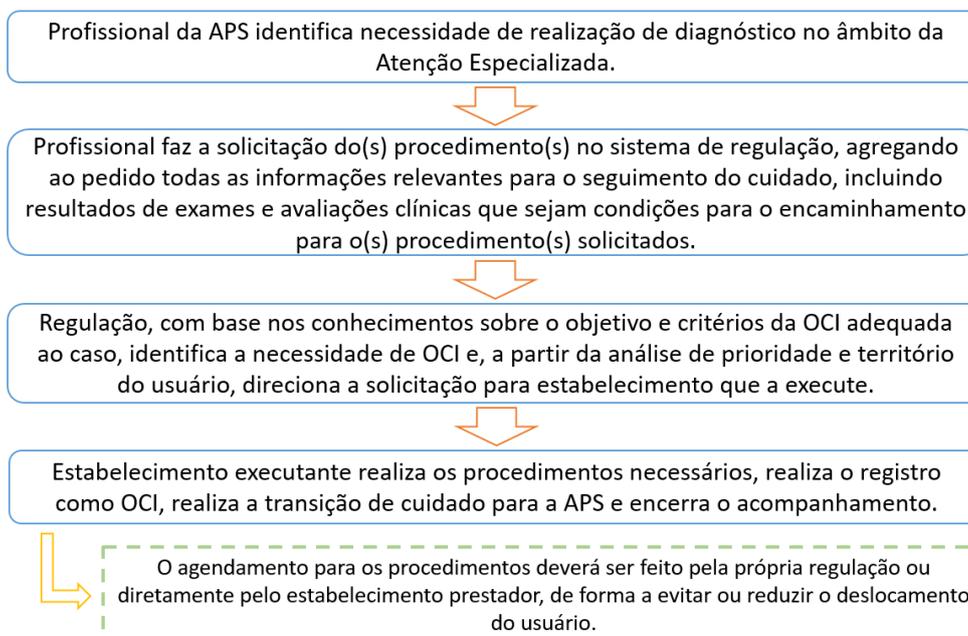
propõem, sem perda de oportunidade para os usuários e sem as utilizar de forma equivocada, gerando nova fragmentação do cuidado e desperdício do recurso público.

Portanto, há diferentes cenários para organização das OCI, que dependerão das características da população e da RAS existente. A seguir, listaremos alguns cenários (não exaustivos) dos fluxos possíveis do PMAE.

- Definição da OCI feita na solicitação da equipe de APS:



- Definição da OCI feita na regulação:



Cabe ressaltar que, se após a conclusão de uma OCI houver necessidade de progressão, encaminhamento para cirurgia eletiva ou início de tratamento e demais procedimentos terapêuticos, o Núcleo de Gestão do Cuidado, em parceria com o Núcleo de Gestão e Regulação devem organizar o agendamento desse usuário diretamente ao serviço de média e alta complexidade, sem necessidade de retorno à APS para ser regulado.

Como forma de monitoramento da implementação das OCI, no que se refere ao processo regulatório ou de gestão de acesso, o **conhecimento das filas/listas de espera** para cada demanda é essencial. Por sua relevância para a gestão da AES, trata-se inclusive de **um dos compromissos assumidos na adesão ao PMAE**.

Nesse sentido, caso a gestão de saúde local ainda não disponha do registro dessas listas, seja em um único sistema, seja pela integração das informações de diferentes sistemas, será imprescindível o estabelecimento desse processo tanto em nível local, quanto o envio dessas informações para o nível federal. Busca-se, assim, tanto o monitoramento das ações do programa, quanto a identificação de vazios assistenciais ou de outros obstáculos em relação às especialidades abrangidas.

### 3. Sistemas de informação para filas/listas de espera:

Ainda que haja notória dificuldade de acesso ou gargalos na AES, a defasagem de informações sobre as filas/listas de espera no SUS dificulta uma análise mais qualificada deste cenário e mesmo das ações necessárias para solução. Assim, é compromisso assumido na adesão ao PMAE o registro, a gestão e o envio de informações das filas/listas de espera para a gestão federal, com o objetivo de se aprofundar o conhecimento sobre os “gargalos” assistenciais e de viabilizar o repasse dos recursos das OCI, no âmbito do PMAE.

Inicialmente, o registro e envio dessas informações será focado nas filas de OCI, isto é, nas filas identificadas após análise dos critérios de encaminhamentos para OCIs. Tais filas podem estar organizadas de acordo com os procedimentos secundários compatíveis com a respectiva OCI e que contemplem os critérios, ou já conformadas em OCI no contexto de novas demandas.

#### 3.1 Constituição do Núcleo de Gestão e Regulação do PMAE (NGR)

A gestão do cuidado proposta pelo PMAE depende de mudanças na organização da RAS que demandam ações da gestão, tanto para realizar um diagnóstico da situação de saúde do território, quanto para planejamento e direcionamento das OCIs e demais ofertas assistenciais. Além disso, a regulação do acesso na perspectiva da PNAES e do PMAE, conforme já tratada nesse documento, será outro elemento essencial para que as mudanças no processo de cuidado sejam possíveis. Assim, a adesão ao PMAE prevê o compromisso de constituição de Núcleo de Gestão e Regulação, com a atribuição de apoio e/ou implementação de:

- I Dispositivos de regulação com foco na comunicação entre os profissionais da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada, nos termos previstos na PNAES
- II Dispositivos de apoio educacional para os profissionais da APS, com foco na qualificação do manejo clínico e da gestão da condição de saúde
- III Dispositivos de telessaúde
- IV Dispositivos de compartilhamento de informações entre serviços de saúde e adequação e indução da alimentação dos sistemas de informação
- V Gestão das filas
- VI Monitoramento e avaliação da realização das OCI em tempo oportuno e com o escopo total nelas previsto
- VII Monitoramento e avaliação dos contratos
- VIII Estratégias de redução do absenteísmo e de evitar a vinculação definitiva do paciente, ou prolongamento de sua permanência, na atenção especializada, sem justificativa clínica
- IX Orientação e apoio aos Núcleos de Gestão do Cuidado (NGC)

#### 4. Gestão das Filas de Acesso à Atenção Ambulatorial Especializada

##### 4.1 Identificar e conhecer as principais filas (morbi/mortalidade e tempo de espera elevado):

Para organização e reorientação da Atenção Ambulatorial Especializada é essencial que os gestores, em todos os níveis, identifiquem **quais as filas existentes** e **quais são prioridade para aprofundamento** e, a partir daí, sejam **alvo de intervenções de distintas naturezas**: gestão da fila; reorganização territorial da oferta; revisão ou instituição de protocolos de encaminhamento; implantação do telessaúde atrelado ao processo regulatório - telerregulação; reorganização dos fluxos regulatórios; educação permanente junto às equipes de APS e os especialistas; e, se necessário, aumento da oferta.

Importante ressaltar que a quantidade de usuários numa fila não é a principal característica que a torna um “problema” e, conseqüentemente, uma prioridade. Mais do que o tamanho da fila, o que a torna prioritária é o **tempo médio de**

espera, a morbimortalidade atrelada ao tipo de usuário que está na fila e o impacto financeiro atrelado procedimento/exame em questão.

Como afirmado anteriormente, **para se intervir nas filas é preciso conhecê-las a fundo**. Dessa forma, após elencar quais as filas prioritárias para intervenção, deve-se estudá-las detalhadamente:

- Quantos usuários estão na fila?
- Qual é o tempo médio de espera, por classificação de prioridade ou condições dos usuários na fila?
- Quais equipes/serviços mais encaminham para o procedimento/consulta em questão?
- Os encaminhamentos estão adequados, isto é, contam com informações suficientes e são coerentes com o protocolo de acesso daquele procedimento específico ou da OCI específica?
- O que as características dos usuários encaminhados e dos encaminhamentos em si apontam sobre a necessidade apoio às equipes/profissionais que encaminham (educação permanente/Telessaúde/apoio matricial; etc.)?

#### 4.2 Elaborar um Plano de Intervenção para intervir nas principais filas de acesso à Atenção Especializada:

Após identificadas as filas prioritárias e se ter aprofundado o conhecimento sobre essas filas, é possível elaborar um Plano de Intervenção com o objetivo de atuar sobre os fatores que as geram e as mantém com elevado tempo de espera.

O Plano de Intervenção pode abranger intervenções diretas na fila (“gestão da fila”) e nos processos que impactam na gênese e manutenção das filas nos patamares desfavoráveis de acesso.

Falar em gestão de fila significa atuar sobre as filas existentes, considerando suas características. Como parte desse processo, é necessário avaliar que usuários da fila de espera realmente têm indicação para a consulta ou procedimento especializado em questão, de acordo com critérios previamente estabelecidos.

Independente dos fatores que levaram a essa situação, é importante que a gestão local defina os critérios para identificar quais usuários podem ser retirados das filas ou ter sua indicação/prioridade reavaliados. Esses usuários se agrupam nas principais categorias abaixo:

- I.** Usuários que já acessaram a consulta/exame por outro meio;
- II.** Usuários que não desejam mais acessar a consulta/exame (o motivo que levou ao encaminhamento já não existe mais, por exemplo);
- III.** Usuários que não residem mais no município ou faleceram;
- IV.** O encaminhamento não conta com as informações clínicas mínimas necessárias para o seguimento do cuidado ou para avaliar se está adequado ao protocolo de acesso vigente;
- V.** O encaminhamento foi realizado desnecessariamente, de acordo com o protocolo de acesso vigente;
- VI.** O usuário está aguardando na fila há um tempo superior a um limite estabelecido pela gestão local.

Os usuários que se enquadram nas categorias I, II, III podem ser excluídos ou inativados da fila. Já os usuários das demais categorias devem ser “devolvidos” à atenção básica para ajustes e reavaliação da pertinência dos encaminhamentos, que devem ser novamente realizados de forma qualificada, se necessário.

Esse processo terá como uma das consequências a diminuição do tamanho e do tempo de espera das filas para a Atenção Especializada, sobretudo se estiver atrelado a critérios de risco e vulnerabilidade para priorização nos agendamentos.

Além dos processos regulatórios ou de gestão do acesso mais diretamente relacionados com a gestão das filas/listas, há outros elementos na gestão do cuidado determinantes para a melhoria do acesso à Atenção Especializada de forma mais ampla, e que também farão parte dos compromissos assumidos na adesão ao PMAE, aos quais passaremos a seguir.

## 5. Organização da Rede de Atenção à Saúde e gestão do acesso com foco no usuário e na jornada mais adequada à solução de suas necessidades:

Historicamente a gestão do acesso entre a APS e a AES foi determinada, em grande medida, pela oferta de recursos existentes. A jornada do usuário, assim, era praticamente definida em função da distribuição de suas necessidades em cada local executante que a ofertava, respeitando apenas seu lugar na “fila”, considerando ou não, critérios de prioridade clínica, além da ordem cronológica. Isso gerava, por vezes, encaminhamentos do usuário a serviços distantes de seu local de moradia e a necessidade de que ele se deslocasse repetidas vezes, seja para realizar procedimentos propriamente, seja para atos burocráticos exigidos para realizar todas as ações necessárias. Não são raras, ainda, as situações em que o usuário precisa ir mais de uma vez ao mesmo local, em função de agendamentos feitos de forma fragmentada ou por equívocos na ordem de algumas ações que são condicionantes para exames ou consultas seguintes.

As dificuldades na gestão do acesso para um cuidado integral também se dão em grande medida pela fragmentação entre os serviços e profissionais da APS e da AES e baixa responsabilidade de todos com a trajetória do indivíduo na rede. Isso acaba levando o usuário a buscar soluções, seja acessando serviços privados, seja buscando diferentes serviços públicos para uma mesma necessidade, a fim de seguir sua jornada de cuidados. Assim, há demora na realização das ações necessárias, ou mesmo sua inviabilização, além do dispêndio de tempo e dinheiro tanto por parte do usuário, quanto dos recursos públicos.

Para a garantia de um cuidado integrado e resolutivo, especialmente quando há necessidade de utilização de serviços da AES, a regulação assistencial ou gestão do acesso precisa ser modificada tanto conceitual quanto operacionalmente. É necessário que o foco seja no usuário, partindo de análise integral de suas demandas e condições de saúde, não apenas de sua entrada na “fila”, seguindo com encaminhamentos que proporcionem uma jornada mais adequada à solução de suas necessidades, buscando agregar ações em um mesmo local e data, evitando deslocamentos repetidos ou desnecessários. O PMAE, por meio das OCI, vai facilitar e induzir o enfrentamento desse desafio.

Além disso, é fundamental que se promova uma maior integração entre as equipes da APS e da AES, tanto para que conheçam melhor as capacidades existentes, quanto para que haja vínculos territoriais estabelecidos entre os serviços sempre que possível e, principalmente, que haja compartilhamento de responsabilidades, de forma a propiciar decisões dialogadas entre os profissionais, baseadas em protocolos de encaminhamento, e não apenas em decisões isoladas e totalmente discricionárias. A integração entre as equipes ainda deve servir como meio de educação permanente para todos os envolvidos, por meio de matriciamento, consultas compartilhadas, teleconsultoria, etc., de forma a aumentar a resolutividade da APS e qualificar as demandas futuras para a AES.

A seguir, são elencadas algumas ações exemplificadoras dessa concepção de regulação assistencial usuário centrada e direcionada ao cuidado integral:

- Identificação, nas filas existentes, dos usuários que precisam ter acesso oportuno à Atenção Especializada, a partir da análise dos bancos de dados do sistema de regulação, seja de forma automatizada ou mesmo realizada por equipe destacada para isso; Estabelecimento de fluxos distintos para certos tipos de usuários que se enquadram em critérios previamente definidos (suspeita ou diagnóstico de câncer; doença renal crônica; cardiopatias);
- Implementação de Núcleo de Gestão do Cuidado<sup>5</sup>, com atribuição de interagir com a rede quando for solicitada prioridade, a partir de protocolos pactuados, ou identificado usuário prioritário - a exemplo de usuários com suspeita de câncer que estejam em processo de fechamento de diagnóstico ou com diagnóstico firmado e processo de estadiamento - com o objetivo de garantir o acesso em tempo oportuno;
- Identificação de encaminhamentos mais frequentemente em desacordo com os protocolos de encaminhamento, para direcionamento de apoio e de oferta de educação permanente.
- Apoio sistemático aos processos formativos e de educação permanente (avaliação do trabalho para melhorar o processo de trabalho); e, desenvolvimento de ações em parceria com a Vigilância em Saúde, para apoiar no registro, sistematização e uso das informações produzidas.

## 6. Qualificação do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde

---

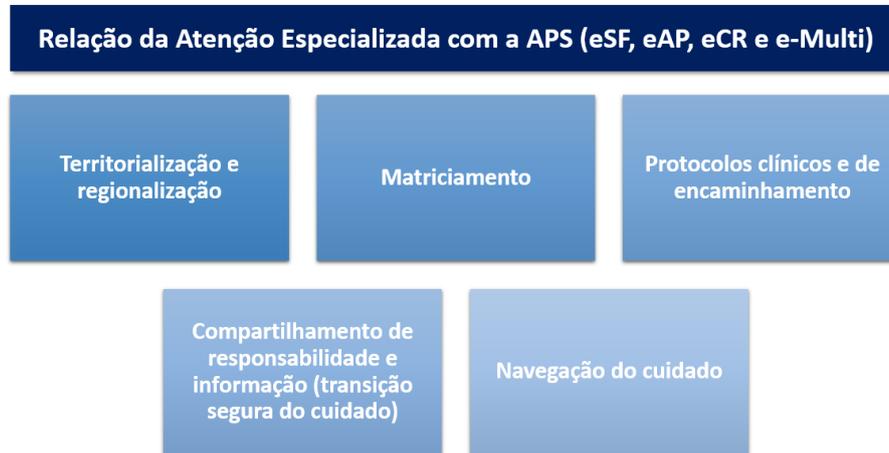
Um dos pilares para a qualificação do acesso dos usuários à Atenção Especializada é a qualificação da atenção básica para fazer a gestão da sua demanda e gestão do cuidado dos usuários mais complexos, considerando seu papel fundamental na ordenação da rede de atenção. Para isso, é fundamental que as equipes de atenção básica façam o diagnóstico da população adscrita, que pode se dar por meio do cadastro, mas também, ao longo dos sucessivos contatos que a equipe tem com os usuários. Por meio deste diagnóstico, a equipe conseguirá saber o número e a estratificação de todos os usuários com condições crônicas (cardiopatias; hipertensão; diabetes; nefropatias; acamados; pessoas com transtorno mental grave; etc.) e condições que precisem de maior atenção (gestantes e bebês menores de um ano, por exemplo).

---

<sup>5</sup> Será abordado em outro Documento de Apoio

## 7. Relação da Atenção Especializada com a APS:

Como tratado anteriormente, a relação da Atenção Especializada com a Atenção Básica deve se dar segundo:



Importante reforçar que o modelo proposto parte do princípio de que a Atenção Especializada tem o objetivo de apoiar e aumentar a capacidade resolutiva da Atenção Básica, sendo retaguada para casos que requeiram o compartilhamento do cuidado. A seguir, algumas possibilidades para essa ação integrada:

- Oficina entre eSF, especialistas e gestores para apresentar e discutir o diagnóstico (qualitativo e quantitativo), com o objetivo de planejar ações, pactuar fluxos e definir prioridades, com base em protocolos de encaminhamento;
- Uso de ferramentas como o prontuário eletrônico para compartilhamento do cuidado (e-SUS APS já possui esta funcionalidade);
- Uso da Telerregulação Assistencial;
- Comunicação direta entre médico(a) ou enfermeira(o) da eSF com os especialistas para discutir casos, tirar dúvidas e tomar decisões (telessaúde);
- Garantir, na carga horária dos profissionais da APS e AES, espaço destinado a realizar atividades de telessaúde, Telerregulação Assistencial, matriciamento, planejamento; educação permanente; etc.

### 7.1 Territorialização e regionalização

Propõe-se que o trabalho dos serviços de Atenção Ambulatorial Especializada, com ênfase nas policlínicas, tenha como base o território. Isso significa que cada especialista que trabalha numa policlínica (ou qualquer outro serviço público ou privado) deve saber para qual(is) eSF é referência e vice-versa. Mais do que isso: devem ter uma relação próxima, de contato entre profissionais que conhecem a população pela qual são responsáveis e, assim, poderem planejar conjuntamente como melhor ofertar o cuidado (incluindo consultas e exames especializados), com base em prioridades identificadas e a partir dos princípios da integralidade e equidade. Dessa forma, as equipes da AES também precisam conhecer as características sociais e epidemiológicas da população para qual são referência.

Para que isso seja operacionalizado, é fundamental que as eSF tenham cadastrado a população e realizado um “diagnóstico” do território no qual os usuários com maior risco e vulnerabilidade tenham sido identificados e classificados conforme risco. De posse destas informações, sistematizadas na territorialização, (re)cadastro e, também, à medida que os profissionais vão tendo contatos com os usuários nas consultas, visitas domiciliares ou grupos, é possível construir uma compreensão ampla e estratégica sobre a população em conjunto com a AAE.

## 7.2 Matriciamento

**A PNAES estabelece que todos os serviços de Atenção Ambulatorial Especializada são, potencialmente, “serviços matriciadores”,** nos quais os especialistas devem ser apoiados e estimulados a desempenharem papel pedagógico junto às equipes de atenção básica com o objetivo de aumentar sua autonomia e capacidade resolutiva.

**A gestão local, juntamente com a gestão dos serviços de AE, deve possibilitar que, na carga horária dos especialistas, exista espaço reservado para a interação com outros profissionais** para discutir casos dos usuários atendidos, tirar dúvidas, trocar conhecimento e, inclusive, elaborar plano de cuidados conjuntamente para certos tipos de usuários mais complexos e que exijam gestão do caso.

## 7.3 Protocolos clínicos e de encaminhamento:

**Os protocolos são o “idioma” que toda a rede deve falar. A partir dele, devem ser tomadas as decisões sobre as condutas clínicas, no caso dos protocolos clínicos, e as situações que necessitam ser encaminhadas, com quais critérios e priorização, no caso dos protocolos de encaminhamento.** Caso contrário, pode-se imaginar que cada profissional da APS (categoria médica, de enfermagem ou cirurgião dentista), por exemplo, adotará critérios próprios para decidir se um usuário deve ser ou não encaminhado para a Atenção Especializada, situação que ajuda a gerar e perpetuar grandes filas e elevados tempos de espera.

Mesmo partindo do pressuposto que a autonomia profissional deve ser respeitada, também é preciso considerar que é importante apostar nas melhores evidências e consensos acerca dos critérios de encaminhamento e no, também legítimo, papel do poder público, com base em protocolos e regras pactuadas, de melhor gerir o recurso público e fazer gestão do acesso e das filas de espera.

**A partir dos protocolos de encaminhamento, a instância que realiza a regulação assistencial pode avaliar a pertinência do encaminhamento, gerando uma interação técnica e pedagógica com o profissional demandante** (telessaúde ou telerregulação assistencial), otimizando recursos, evitando deslocamentos desnecessários dos usuários e a obtenção inadvertida de consultas e exames especializados.

## 7.4 Compartilhamento de responsabilidade e informação (transição segura do cuidado)

Para a transição segura do cuidado entre os diferentes pontos de atenção, é essencial que sejam estabelecidos processos de comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado, que garantam a integralidade assistencial e a clareza para o usuário sobre suas necessidades de saúde, ações que serão desenvolvidas e fluxos na rede de saúde. **Nesse sentido, todo atendimento na AES resultante de um encaminhamento realizado pelas equipes da APS deve gerar uma contrarreferência ou processo de transição de cuidado,** de modo que a comunicação entre o especialista e a APS não seja responsabilidade do usuário, e que se siga uma padronização mínima sobre quais informações são necessárias para a continuidade do cuidado. Nas localidades onde já existe um prontuário eletrônico único ou interoperabilidade entre prontuários eletrônicos, as informações usualmente consideradas como contrarreferência podem ser registradas e/ou acessadas diretamente nessa ferramenta.

Obs: O e-SUS APS é um prontuário eletrônico que também pode ser utilizado na AAE, possibilitando esta interação de forma informatizada.

No entanto, nem sempre os protocolos ou um formulário de contrarreferência é suficiente ou consegue dar conta da singularidade, complexidade e tempo resposta da APS ou de outra unidade de AE. Em alguns casos, será necessária, além dos instrumentos mencionados, a comunicação direta de profissionais da AE com profissionais da APS, para a garantia da entrada do usuário na APS ou em outra unidade de AE de maior complexidade (Exemplo: tempo exigido para acesso a uma UNACON ou CACON).

## 7.5 Navegação do cuidado

Outra iniciativa fundamental para a organização da rede e gestão do cuidado é o acompanhamento da trajetória do usuário na rede e a verificação se suas demandas estão sendo atendidas de forma oportuna e resolutiva. De forma complementar, é fundamental a adoção de medidas para correção de rumos, caso necessário, bem como para a identificação de possíveis gargalos e barreiras e necessidades de mudanças em fluxos e protocolos de forma a evitar a recorrência de problemas. Essa prática será abordada no documento de apoio que tratará dos Núcleos de Gestão do Cuidado, ainda que sejam uma responsabilidade compartilhada entre esses e os Núcleos de Gestão e Regulação do PMAE.

## 8. Qualificação da demanda à Atenção Especializada

---

### 8.1 Protocolos de Encaminhamento:

A base para qualificação do acesso para a Atenção Especializada está ancorada na existência de protocolos de encaminhamento pactuados, divulgados e, de fato, utilizados no processo de regulação do acesso. Os protocolos de encaminhamento informam os critérios a partir dos quais a rede de atenção deve se basear para realizar os encaminhamentos e a instância reguladora, seja ela uma central ou um serviço de Atenção Especializada, para avaliar e tratar dos encaminhamentos realizados.

Outra ferramenta importante para a qualificação da demanda são as ações de telessaúde, tanto como telerregulação assistencial, ou seja, no sentido de identificar se as características da demanda justificam o encaminhamento solicitado ou se haveria soluções possíveis na própria APS ou ainda se faltam exames ou ações complementares condicionantes ao encaminhamento, quanto com ações de teleconsultoria ou teleconsulta que possam ampliar a resolutividade sem a necessidade de deslocamento do usuário.

### 8.2 Telerregulação Assistencial:

De forma ideal, o processo regulatório deve se dar de forma articulada com ações de Telessaúde, que não funcionaria como um processo a parte e opcional, mas sim, como uma etapa obrigatória no processo regulatório, no qual todo o encaminhamento passaria por uma análise, orientação e desfecho, que pode ser:

- Agendamento para teleconsulta;
- Agendamento para consulta presencial;
- Agendamento para telediagnóstico;
- Teleconsultoria (orientações para manejo na própria atenção básica);
- Teleinterconsulta (permite a conversação entre dois ou mais profissionais de saúde, com a presença do paciente, viabilizando a troca de informações a fim de oportunizar o cuidado);
- Devolução do encaminhamento para o profissional demandante com o objetivo de inserir mais informações ou realizar ajustes.

Com isso, a fila da demanda para a AES já se origina “limpa”, isto é, quem está na fila, de fato, precisa estar, sendo este desfecho oriundo do diálogo entre pontos de atenção com base em protocolos de encaminhamento conhecidos e pactuados. A seguir, outros resultados positivos:

- Garante à gestão a prerrogativa de planejar e organizar os recursos (capacidade instalada da Atenção Especializada), a partir de uma análise de adequação e pertinência;
- O processo de regulação passa a incluir a dimensão da educação permanente a partir da interação entre os pontos de atenção e a identificação das necessidades de qualificação. Esse processo é devedor de uma postura protagonista da instância de regulação assistencial em parceria com o Telessaúde.

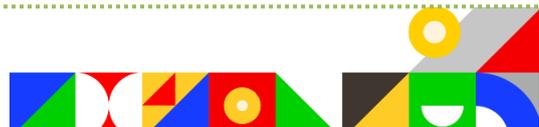
## 9. Transparência para empoderamento do cidadão e maior capacidade de fiscalização por parte da sociedade.

A transparência sobre as filas para os atendimentos na Atenção Especializada é importante, seja do ponto de vista individual (o usuário ter informações sobre as suas demandas), seja de forma agregada (filas existentes para determinado atendimento em determinado local) para qualificação da gestão e efetivo controle social. Cabe destacar que é tema que necessita permanente debate técnico para que a divulgação de dados ocorra de forma a preservar informações pessoais, conforme preconizado pela LGPD e demais normativas de proteção de informações em saúde. Além disso, deve garantir a divulgação de informações adequadas, visto que a necessidade de atendimento em saúde não deve respeitar apenas critérios cronológicos, mas também critérios de classificação de risco e vulnerabilidade ou outras condições que indiquem classificações diferenciadas de cada demanda, conforme previstos em protocolos de encaminhamento dos fluxos de regulação.

Assim, torna-se orgânica e estratégica a comunicação permanente e efetiva entre a gestão do sistema de saúde, os serviços assistenciais e os usuários. O Quadro 1 traz a lógica de comunicação e transparência da Regulação Assistencial “Tradicional”, hoje hegemônica, e o que é a lógica preconizada para a Regulação Assistencial como dispositivo para coordenação do cuidado no âmbito da PNAES e do PMAE.

### Quadro 01. Comparação sobre comunicação e transparência sobre filas na Regulação Assistencial “Tradicional” e como dispositivo para coordenação do cuidado

<b>Regulação Assistencial “tradicional”</b>	<b>Regulação Assistencial como dispositivo para coordenação do cuidado no PMAE</b>
<b>Comunicação com o usuário:</b> esporádica e por meio de encaminhamentos e requisições	<b>Comunicação com o usuário</b> – regular e através de canal estabelecido (site e aplicativo), informando sua situação na fila, interagindo com o mesmo para evitar absenteísmo, a realização de deslocamentos e procedimentos desnecessários e/ou repetidos e para ofertar soluções mais adequadas para cada caso
<b>Comunicação com a sociedade:</b> informações eventuais sobre filas e tempos de espera	<b>Comunicação com a sociedade</b> – permanente, transparente, permitindo a maior capacidade de fiscalização por parte da sociedade
<b>Abrangência:</b> limitada por não abarcar o conjunto de ações regulatórias de acesso e não unificar as demandas e ofertas de um dado território	<b>Abrangência-</b> ampliada incluindo ao máximo os procedimentos ofertados em uma dada região de saúde



A nova Política Nacional de Atenção Especializada trouxe a exigência de novas formas de fazer a assistência ou atenção à saúde, por meio da implicação com a jornada e desfecho clínico do paciente compartilhada entre as equipes da APS e da AE; novas formas de organização da rede de atenção; novas formas de produzir o cuidado, com foco na singularidade de alguns agravos, e dentro dos agravos, observando a singularidade de cada usuário.

Da mesma forma, trouxe a exigência de novas formas de regular a assistência e o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde por meio de novos compromissos entre gestores e prestadores na contratualização de estabelecimentos de saúde; de nova forma de financiamento do cuidado com foco nas OCI; de novas ferramentas de comunicação entre serviços e profissionais de saúde, a exemplo dos recursos de telessaúde; e de novas relações com o usuário, sabedor de sua necessidade de saúde e detentor direito de conhecer a perspectiva temporal para ter suas necessidades atendidas.

Assim, Regulação Assistencial “tradicional”, consolidada através de uma política nacional, publicada em normativa ministerial de 2008, abriu caminhos estruturais centrais, sistemas informatizados, e processos regulatórios que atenderam a um tempo e modelo.

A Regulação Assistencial como dispositivo para coordenação do cuidado avança, com suas premissas abaixo sintetizadas:

- Tem foco no usuário e no itinerário mais adequado à solução de suas necessidades;
- Compartilha decisões, orientada por protocolos clínicos, apoiada por ferramentas eletrônicas de compartilhamento de informações, e com forte aposta na comunicação e apoio entre as equipes da APS e da AE;
- Usa a saúde digital para desenvolver ações que permitam melhor atender às necessidades dos usuários e coordenar o cuidado, reduzir filas e tempos de espera, bem como evitar deslocamentos e procedimentos desnecessários e/ou repetidos;
- Busca promover vínculo entre equipes demandantes e ofertantes, compartilhar decisões e ampliar a resolubilidade e coordenação do cuidado;
- Estabelece canal regular com o cidadão informando sua situação e interagindo com ele para evitar absenteísmo e promover as melhores soluções;
- É transparente e permite maior fiscalização da sociedade.

# REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

