



EDITORA
CIÊNCIAS MÉDICAS
UMA INSTITUIÇÃO FELUMA



MINAS *Experiências* GERAIS

Projeto de Mapeamento e Análise
Crítica de Experiências Inovadoras na
Atenção Especializada à Saúde (AES)

Organizadores:
Fausto Pereira dos Santos
Maria do Carmo
Roseli da Costa Oliveira

A atenção especializada à saúde vem ocupando um espaço cada vez maior na discussão e intervenção da política de saúde no Brasil, seja na produção acadêmica, seja na formulação e implementação de políticas públicas de saúde.

A Fundação Educacional Lucas Machado (FELUMA) se integra em todas as frentes nesse processo, reorientando seus serviços existentes (Ambulatório, Instituto de Olhos, Hospital Universitário), abrindo novos serviços (Oncologia), abrindo novos estágios curriculares para os seus alunos e, também, participando da produção científica sobre essa temática.

Esse livro é o resultado de mais de um ano de trabalho de um grupo de pesquisadores selecionados pela FELUMA, fruto de uma Carta Acordo com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e com a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES/MS).

Ao identificar, analisar, discutir e registrar experiências inovadoras na atenção especializada, o projeto busca contribuir com essa discussão e dar visibilidade para os esforços de gestores de serviços e de sistemas de saúde ao enfrentarem as dificuldades e limites da reorganização da assistência à saúde.

Nesse projeto contamos com as parcerias de diversas instituições como o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de MG (COSEMS-MG), a Federação das Santas Casas de MG (FEDERASSANTAS), a Secretaria de Estado da Saúde de MG, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SESMG e SMSABH), a participação de hospitais da EBSERH, e a inestimável contribuição de mais de 70 gestores de serviços de saúde de todos os rincões de MG. São experiências de grandes unidades hospitalares, secretarias municipais de pequenos, médios e grandes municípios, FHEMIG, centros de especialidades, consórcios, CAPS, instituições filantrópicas, serviços sociais autônomos, ou seja, expressão da diversidade que compõem o SUS em MG.

A FELUMA espera que essa produção seja amplamente divulgada para o conjunto dos atores, que militam no tema da saúde, e que possa ser fonte de inspiração e aprendizado para as inquietudes dos gestores de serviços e sistemas de saúde, para assim, podermos organizar uma atenção especializada à saúde mais integrada, resolutiva e que atenda aos anseios da nossa população.

Wagner Eduardo Ferreira

Presidente da Feluma

**Projeto de Mapeamento e Análise
Crítica de Experiências Inovadoras na
Atenção Especializada à Saúde (AES)**

Fundação Educacional Lucas Machado (FELUMA)*

Presidente: WAGNER EDUARDO FERREIRA

Vice-presidente: NEYLOR PACE LASMAR

Secretário-geral de Administração e Finanças: EDUARDO LUIS GUIMARÃES MACHADO

Diretoria de Estratégia e Novos Negócios*

Diretor de Estratégia e Novos Negócios: FLÁVIO DE ALMEIDA AMARAL

Diretoria*

Diretor Executivo: TÚLIO PEDROSA GOMES

Diretor de Operações: FLÁVIO ROCHA GONÇALVES

Reitoria*

Reitor: JOSÉ CELSO CUNHA GUERRA PINTO COELHO

Vice-Reitora Educacional: ANA PAULA LIMA DE ALMEIDA AMORIM

Vice-Reitora de Integração Docente Assistencial: MARIA DO CARMO

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG)*

Diretora: CLAUDIA LOURDES SOARES LARANJEIRA

Diretora de Graduação e 1ª Vice-diretora: SUSAN MARTINS LAGE

Diretora de Pós-graduação e 2ª Vice-diretora: MARAYRA INÊS FRANÇA COURY

Diretor de Pesquisa e Extensão e 3º Vice-diretor: JOSÉ FELIPPE PINHO DA SILVA

Secretário Geral: JAIR LEOPOLDO RASO

Vice-diretora de Pós-graduação: MARIANA RIBEIRO VOLTINI LANA

* Corpo diretivo referente ao período de publicação da presente obra.

Organizadores:

Fausto Pereira dos Santos

Maria do Carmo

Roseli da Costa Oliveira

MINAS
Experiências
GERAIS

**Projeto de Mapeamento e Análise
Crítica de Experiências Inovadoras na
Atenção Especializada à Saúde (AES)**



EDITORA
CIÊNCIAS MÉDICAS
UMA INSTITUIÇÃO FELUMA

Belo Horizonte
2025

Todos os direitos reservados. Este documento ou qualquer parte dele não pode ser reproduzido ou utilizado em qualquer forma sem a permissão do editor expressa por escrito, exceto para o uso de breves citações em resenha de livro ou revista acadêmica.

Projeto Gráfico da capa, do miolo e Editoração:

SÉRGIO LUZ DE SOUZA LIMA

Revisora Ortográfica:

MAGDA BARBOSA ROQUETTE

Editora Universitária Ciências Médicas de MG

Alameda Ezequiel Dias, 275

CEP: 30130-110

Belo Horizonte/MG – Brasil

Telefone: (31) 3248-7151

editorafcmmg@feluma.org.br

Departamento Editorial:

Paulo Roberto Rodrigues Machado

Antônio César Oliveira

Fabiola Gomes Terenzi Gonçalves

Elen Karine de Oliveira Santos

Jacqueline Pereira dos Santos

Adriane Pereira de Santana

Revisor Editorial:

DAVIDSON PIRES DE LIMA

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

P964 Projeto de mapeamento e análise crítica de experiências inovadoras na Atenção Especializada à Saúde (AES). /

Fausto Pereira dos Santos, Maria do Carmo, Roseli da Costa Oliveira, organizadores. – 1. ed. – Belo Horizonte: Editora Universitária Ciências Médicas de MG, 2025.

296 p. il.: 17 x 24 cm

Vários autores.

ISBN: 978-65-88250-56-3

1. Atenção Especializada à Saúde. 2. Inovação. 3. Mapeamento. 4. Análise. I. Santos, Fausto Pereira dos. II. Carmo, Maria do. III. Oliveira, Roseli da Costa. IV. Título.

CDU: 614.2

Ficha elaborada por Fabiola Gomes Terenzi Gonçalves - CRB6/2588

APRESENTAÇÃO

Esta publicação sintetiza e analisa experiências inovadoras na Atenção Especializada à Saúde (AES) no estado de Minas Gerais, apresentadas no *Projeto de Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde - AES*, liderado pela Fundação Educacional Lucas Machado (FELUMA) a partir de uma Carta Acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)/ Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (SAES/MS). Foi desenvolvido em parceria com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde-MG (COSEMS-MG), Federassantas, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS).

Está dividido em 10 capítulos que, além das experiências identificadas, discutem limites, desafios e perspectivas para os diferentes aspectos que compõem a Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde (PNAES), bem como apresenta alguns tópicos para a avaliação dos diferentes estágios de implantação dessas experiências.

O **capítulo 1 - O Projeto de Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde (AES)** apresenta as várias etapas do projeto, bem como algumas reflexões sobre as dificuldades que as instituições têm para inovar e, principalmente, para monitorar e avaliar a sua implantação.

O **capítulo 2 - Inovações na Atenção Especializada: Categorias de Análise Utilizadas na Avaliação das Experiências em Minas Gerais** – descreve as categorias de análise às quais as experiências inovadoras foram submetidas no processo de avaliação dos pesquisadores do projeto.

O **capítulo 3 - A busca da integralidade do cuidado em saúde - análise das experiências e das ferramentas utilizadas na construção das linhas de cuidado** – aborda as dificuldades encontradas no Sistema Único de Saúde (SUS) para o alcance da integralidade. E seleciona, das experiências apresentadas, elementos que indiquem caminhos que contribuam para a construção da integralidade.

O **capítulo 4 - Acesso e qualidade nas portas de urgência e nos leitos hospitalares - do problema à implementação de experiências inovadoras sistêmicas e locais para o enfrentamento**. Discute os desafios e avanços para a garantia de um cuidado oportuno, equitativo e resolutivo, considerando o acesso como fenômeno multidimensional e

apresenta alguns arranjos e dispositivos de cuidado que podem qualificar a atenção e colaborar para melhorar a acessibilidade nos serviços de urgência e hospitais, articulando a discussão com as experiências inovadoras selecionadas no projeto.

Capítulo 5 - Tecnologias e Estratégias de Regulação: Transparência e Agilidade no Acesso à Saúde. Traz uma contribuição para a discussão do papel das tecnologias e estratégias para tornar o acesso mais justo, ágil e transparente, pautando-se nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde.

Capítulo 6 - Estratégias para ampliação e incorporação da tele saúde e telemedicina no cotidiano dos profissionais do SUS. Trata da implementação da telemedicina no Sistema Único de Saúde (SUS), destacando o papel crucial que os gestores públicos desempenham ao coordenar iniciativas de telemedicina, podendo promover a inclusão digital na saúde, facilitar o acesso às consultas especializadas e otimizar o uso de recursos humanos.

Capítulo 7 - Da Política à Prática: a PNAES e as Inovações no Cuidado em Saúde Mental na RAPS. Relata a experiência do subprojeto *Modelagem inovadora de cuidado colaborativo e integração entre a RAPS-BH e a estratégia de saúde da família: saúde mental no território da Atenção Primária à Saúde*.

Capítulo 8 - A Atenção Especializada à saúde e sua relação com a Atenção Primária à Saúde nas experiências mineiras. Considera alguns aspectos da relação entre a APS e a AES, analisando os dispositivos de integração propostos pela PNAES, tendo como referencial o material encaminhado pelas instituições participantes do Projeto.

Capítulo 9 - Novas práticas no SAMU em Minas Gerais: diminuição do tempo de espera e qualificação da atenção pré-hospitalar. Discorre sobre três experiências inovadoras na Atenção Pré-Hospitalar (APH), especificamente no atendimento móvel de urgência – SAMU –, identificadas no projeto. E faz um detalhamento e análise dessas experiências à luz dos princípios e diretrizes da APH e da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES).

Capítulo 10 - A Jornada da Construção da PNAES e Desafios Persistentes da Atenção Especializada à Saúde no Brasil: insistir no caminho para a Integralidade. Sendo o último desta publicação, **busca recuperar as iniciativas mais recentes de políticas públicas no campo da Atenção Especializada** e discutir os principais desafios que persistem para buscar a integralidade na atenção à saúde.

A publicação conta ainda com dois anexos, sendo o **Anexo I – o Formulário eletrônico** que foi utilizado para a apresentação das propostas e o **Anexo II – com a Listagem das experiências inscritas**. Ela é finalizada trazendo um minicurrículo dos autores envolvidos com o projeto

Por fim, gostaríamos de fazer alguns agradecimentos a instituições e pessoas que tornaram possível a execução do projeto e a elaboração deste livro.

Agradecimentos ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, e à Organização Pan-Americana de Saúde que, a partir da celebração da Carta Acordo com a FELUMA, financiaram o desenvolvimento de todo o projeto de pesquisa.

Agradecimentos às instituições parceiras que abriram suas portas e canais de comunicação para que pudéssemos acessar os participantes da pesquisa. COSEMS MG, FEDERASSANTAS, Secretaria Estadual de Saúde de MG, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Agradecimentos à direção da FELUMA: Wagner Eduardo Ferreira, Presidente; Flávio Amaral, Diretor de Estratégia e Novos Negócios; Tulio Pedrosa Gomes, Diretor Executivo. Às equipes de apoio: gráfica, comunicação, cerimonial, compras, TI, controle e financeiro.

Agradecimentos às pessoas que se ligaram ao projeto ao longo do seu desenvolvimento: Helvécio Magalhães, ex-secretário da SAES, participou ativamente da concepção do projeto; Claudilene Sousa, nossa interlocutora permanente na OPAS, e Maria Mercedes Merry Brito, pesquisadora da equipe até a realização do Seminário Internacional.

Agradecemos também aos gestores e trabalhadores de Instituições e Serviços de Saúde, que se disponibilizaram a apresentar suas experiências, contribuindo para dar visibilidade aos trabalhos que vêm sendo desenvolvidos na Atenção Especializada no SUS, em Minas Gerais.

Nosso muito obrigado a todos.

Belo Horizonte, outubro de 2025.

Os Organizadores

Comissão editorial

Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos

Roseli da Costa Oliveira

Rosiene Maria de Freitas

Sumário

Apresentação	5
---------------------------	----------

Capítulo 1	13
-------------------------	-----------

O projeto de mapeamento e análise crítica de experiências inovadoras na Atenção Especializada à Saúde - AES

Fausto Pereira dos Santos

Francisco Carlos Cardoso de Campos

Capítulo 2	39
-------------------------	-----------

Inovações na Atenção Especializada: categorias de análise utilizadas na avaliação das experiências em Minas Gerais

Francisco Carlos Cardoso de Campos

Orozimbo Henriques Campos Neto

Capítulo 3	59
-------------------------	-----------

A busca da integralidade do cuidado em saúde - análise das experiências e das ferramentas utilizadas na construção das linhas de cuidado

Roseli da Costa Oliveira

Ernesto Azevedo

Capítulo 4	87
-------------------------	-----------

Acesso e qualidade nas portas de urgência e nos leitos hospitalares - do problema à implementação de experiências inovadoras sistêmicas e locais para o enfrentamento

Ernesto Gomes de Azevedo

Jorge Raimundo Nahas

Maria do Carmo

Capítulo 5121

Tecnologias e estratégias de regulação: transparência e agilidade no acesso à saúde

Clarissa Santos Lages

Rosiene Maria de Freitas

Capítulo 6 145

Estratégias para ampliação e incorporação da telessaúde e telemedicina no cotidiano dos profissionais do SUS

Clarissa Santos Lages

Orozimbo Henriques Campos Neto

Capítulo 7 169

Da política à prática: a PNAES e as inovações no cuidado em saúde mental na RAPS

Cláudia Regina de Resende Castro

Lana Estefane de Oliveira Braga

Marconi Moura Fernandes

Políbio José de Campos Souza

Capítulo 8 201

A Atenção Especializada à saúde e sua relação com a Atenção Primária à Saúde nas experiências mineiras

Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos

Sérgio Vinícius Cardoso

Capítulo 9 235

Novas práticas no SAMU em Minas Gerais: diminuição do tempo de espera e qualificação da atenção pré-hospitalar

Rosiene Maria de Freitas

Sérgio Vinícius Cardoso

Capítulo 10 259

A jornada da construção da PNAES e desafios persistentes da Atenção Especializada à Saúde no Brasil: insistir no caminho para a integralidade

Fausto Pereira dos Santos
Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos
Maria do Carmo

Anexo A 281

Formulário eletrônico

Anexo B 287

Listagem das experiências inscritas

Minicurrículos 292

O Projeto de Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde - AES

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
FRANCISCO CARLOS CARDOSO DE CAMPOS

1. INTRODUÇÃO: UM NOVO PARADIGMA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é referência global em acesso universal, alcançando abrangente cobertura dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o território. No entanto, a Atenção Especializada à Saúde (AES) enfrenta desafios históricos que comprometem sua efetividade. Longas filas de espera, percursos assistenciais fragmentados, prontuários não interoperáveis e gestão de filas sem transparência geram atrasos diagnósticos, internações evitáveis e insatisfação dos usuários, solapando continuamente os princípios de universalidade, equidade e integralidade (Organização Pan-Americana de Saúde/Ministério da Saúde – OPAS/MS, 2023).

O *Projeto de Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde (AES)* foi liderado pela Fundação Educacional Lucas Machado (FELUMA) a partir de uma Carta Acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) / Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (SAES/MS) e desenvolvido em parceria com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde - MG (COSEMS-MG), Federassantas, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS). Seu objetivo é contribuir para o enfrentamento desses desafios, identificando e analisando práticas inovadoras com a possibilidade de transformar a AES em um pilar robusto do SUS.

Ancorado na Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.604/2023 (Brasil, 2023a) e no Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada – Programa Mais Acesso a Especialistas - PMAE (Portaria GM/MS nº 3.492/202) (Brasil, 2004a), o projeto alinha-se a dois objetivos estratégicos: ampliar o acesso oportuno à AES, reduzindo filas para consultas, exames e cirurgias eletivas; e implementar um modelo de gestão interfederativa que fortaleça a integração das políticas (OPAS/MS, 2023).

Este capítulo sintetiza o percurso do projeto e as apresentações e discussões conduzidas no *Seminário Internacional sobre Experiências Inovadoras em Atenção Especializada* realizado em Belo Horizonte, nos dias 08 e 09 de maio de 2025, que permitiu uma reflexão sobre o estágio atual e os desafios desse vasto campo da atenção à saúde, maior aprofundamento sobre os casos selecionados e o intercâmbio de informações, integração e *networking* entre os líderes das experiências e os convidados nacionais e internacionais.

1.1 Metodologia: uma abordagem colaborativa

O Projeto Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde (AES) seguiu um método em quatro etapas, descritas na sequência.

1.1.1 Busca ativa e questionário eletrônico

O primeiro passo para o registro das experiências foi a construção de um questionário eletrônico com questões que abrangiam oito categorias analíticas, pautadas na literatura sobre inovação:

- a) Custo-efetividade;
- b) nível da organização onde se insere a inovação;
- c) simplicidade;
- d) adaptabilidade ou potencialidade de adaptação a realidades variadas;
- e) replicabilidade / escalabilidade;
- f) viabilidade e sustentabilidade econômica;
- g) interdisciplinariedade / intersectorialidade; e
- h) acessibilidade facilitada a grupos sociais excluídos ou marginalizados.

Essas categorias estão descritas em detalhes no capítulo 2.

Após a construção de um *site* na *Internet* (expinova.feluma.org.br), a pesquisa foi amplamente divulgada, com a participação dos parceiros do projeto. Foram realizadas buscas ativas de experiências já conhecidas e solidificadas. As instituições, por adesão, preencheram o formulário que continha o questionário eletrônico.

Curadoria - Validação com informantes-chave para consistência e relevância, solicitações de complementação de informações dos registros.

As experiências submetidas por meio do formulário foram avaliadas por pesquisadores que, quando necessário, interagiram com os responsáveis pelo preenchimento na busca de informações complementares para cotejar com as categorias analíticas previamente definidas. Foram inscritas e validadas 75 experiências, sendo 44 aprovadas para participar da Mostra Virtual.

Mostra Virtual - Seleção e exposição prévia das experiências. Para a mostra virtual foram solicitadas gravações de um vídeo, com cerca de 10 minutos de duração, relatando a experiência e enfatizando os seus resultados, a partir de um roteiro predefinido. Esses vídeos foram expostos na página do projeto, permitindo a interação dos visualizadores com as experiências, com comentários e sinalizações.

Seminário Internacional sobre Experiências Inovadoras em Atenção Especializada - O Seminário promoveu debates estruturados em mesas temáticas e painéis simultâneos, consolidando lições e recomendações.

Entre as experiências que participaram da Mostra Virtual, foram selecionadas 31 que participaram do Seminário Internacional.

Essa abordagem colaborativa garantiu um *corpus* diverso e baseado em evidências, com foco em soluções práticas e escaláveis (Snyder *et al.*, 2016).

1.1.2 Seminário Internacional sobre Experiências Inovadoras em Atenção Especializada: um mapa para a inovação

Realizado em 08 e 09 de maio de 2025, o Seminário organizou um “mapa” de inovação em quatro mesas temáticas - desafios da AES, integralidade/continuidade, saúde mental e informações para a PNAES - e nove painéis simultâneos - linhas de cuidado, regulação/filas, telessaúde, internação, tecnologias, saúde da mulher/criança, SIV/atenção domiciliar, saúde mental e inclusão.

Os quadros a seguir, baseados nas apresentações do Seminário, detalham cada painel, destacando maturidade, escalabilidade, barreiras e desafios observados, bem como o alinhamento às diretrizes da PNAES.

Painel I - Linhas de Cuidado para Integração Contínua				
Este painel destacou as linhas de cuidado como estratégia para integrar APS e AES, alinhando-se às Ofertas de Cuidados Integrados (OCIs).				
Destaque	Como impacto das experiências apresentadas no painel, destaca-se a iniciativa do município de Belo Horizonte, que reduziu filas da Nefrologia em mais de 75%, oferecendo um modelo escalável para a gestão de doenças crônicas.			
Instituição	Descrição	Maturidade	Escalabilidade	Barreiras
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	Governança clínica com nefrologistas praticando assistência e regulação, matriciamento ativo e protocolo baseado na taxa de filtração glomerular. O ambulatório Unidade de Atenção Especializada à Saúde (URSSF/CHSF) implementou seguimento estratificado e preparo para terapia renal substitutiva (TRS) com a equipe de enfermagem.	Alta	Alta	Sobrecarga de casos e financiamento.
Hospital Dilson Godinho - Montes Claros - MG (Laboratório de Crônicos)	Piloto com 105 internações ocorridas entre setembro/2024 e fevereiro/2025, adota coordenação do cuidado para pacientes oncológicos, estratificação de risco e ferramentas digitais para transição pós-alta e comunicação segura, visando escala regional.	Intermediária	Boa	Recursos, complexidade de parcerias
Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais/FELUMA (ambulatório 100% SUS)	Linhas de cuidado cardiovascular (1.622 pacientes) e gastrointestinal (1.323 pacientes) utilizam enfermeira navegadora, monitoramento de registros e aplicativo de tempos/eventos.	Organizacional	Alta	Integração de sistemas, resistência multidisciplinar.

Painel II - Gestão Transparente de Filas

Este painel explorou inovações em regulação de filas, priorizando transparência e eficiência alinhadas à PNAES.

Destaque	Destaca-se a experiência do portal BuscaSaúde do município de Juiz de Fora, demonstrando como ferramentas digitais podem aumentar a transparência. A experiência é replicável em municípios com capacidade tecnológica moderada.			
Instituição	Descrição	Maturidade	Escalabilidade	Barreiras
Juiz de Fora - MG (BuscaSaúde)	O BuscaSaúdeJF usa interfaces de programação como a do SISREG para a integração de dados em tempo real. Disponibiliza a visualização das filas de consultas e exames, permitindo aos usuários monitoramento de suas demandas, processa e apresenta dados e análises das filas, mapeamento das unidades de saúde com maior volume de solicitações, índices de absenteísmo, métricas temporais e indicadores de aproveitamento das vagas disponibilizadas.	Intermediária-alta	Alta	Acesso digital, integração com sistemas legados
Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu - MG (Pessoas com Deficiência)	Implantação do fluxo de acesso dos usuários com deficiência à rede de cuidados, promovendo a vinculação aos pontos de atenção com ações de apoio matricial e propostas de intervenção para envolver equipe de Atenção Primária local e microrregional, serviços da rede de cuidados, referências técnicas e juntas reguladoras das microrregiões de abrangência dos serviços especializados. Por meio dessas ações de matriciamento tem sido possível realizar uma proposta de cuidado compartilhado, discutir projetos terapêuticos e aprimorá-los.	Alta	Alta	Demanda crescente (ex.: TEA), rotatividade de profissionais.

Secretaria Municipal de Saúde de Itamarandiba - MG (QR code)	O projeto implementou uma plataforma tecnológica acessível em dispositivos móveis, integrado à regulação, garantindo autenticação segura, atualizações em tempo real e funcionalidades avançadas de busca e filtro. A implementação de protocolos com QR code proporcionou mais transparência e acessibilidade às filas de espera.	Inicial-intermediária	Alta (exige curadoria, infraestrutura básica).	Conectividade, integração com sistemas SUS.
--	--	-----------------------	--	---

Painel III - Telessaúde como Porta de Entrada

Este painel destacou a telessaúde como ferramenta para integrar APS–AES, reduzir filas e qualificar o acesso.

Destaque	Destaca-se, com o modelo de Uberaba, o uso da Telessaúde, que zerou filas eletrônicas, mostrando o potencial da telessaúde para manter os casos na APS, liberando a capacidade na AES.			
Instituição	Descrição	Maturidade	Escalabilidade	Barreiras
Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba - MG	Com o objetivo de qualificar e reduzir os encaminhamentos, além de apoio matricial, foi implementada a teleconsultoria síncrona em Endocrinologia. As teleconsultorias são realizadas por webconferência, quatro vezes por semana, operacionalizadas por uma assistente social e a teleconsultora, uma médica endocrinologista. Casos que realmente necessitam do serviço especializado são encaminhados para agendamento com menos tempo de espera.	Alta	Alta	Conectividade rural, resistência a fluxos compulsórios.

Serviço Social Autônomo (SSA) de Contagem - MG	Após triagem é ofertado o atendimento <i>online</i> aos pacientes classificados como verde ou azul (média de 3.500 atendimentos/mês). Os médicos ficam em sala administrativa com suporte tecnológico para realização dos atendimentos. O paciente vai até a cabine, na UPA, para a consulta <i>online</i> . Ao final, recebe em mãos a receita e/ou atestado médico. Para o paciente com necessidade de medicação na UPA, o médico deverá prescrever os medicamentos, dando preferência às vias IM e oral. Quando necessário, o médico solicita exames e, assim que realizados, o paciente é encaminhado para médicos dos consultórios presenciais, para reavaliação e conduta.	Intermediária – alta	Alta	Volume de demandas, privacidade de dados.
Secretaria Municipal de Saúde de Pirapora - MG	A proposta de matriciamento, ambulatório municipal e pequenas cirurgias (parceiro) reduziram filas, sem o uso do telessaúde. Os clínicos fazem avaliação na APS e as dúvidas são remetidas ao especialista pelo <i>whatsapp</i> , descrevendo o caso clínico com fotos, exames e laudos, respeitando a LGPD. A dermatologista emite parecer, com sugestão de conduta. Caso não seja possível retorno imediato, ele é agendado pela APS. A partir disso, é estabelecido se intervenção fica a cargo da APS, Dermatologia, Pequena Cirurgia ou Oncologia.	Intermediária	Moderada	Conectividade, capacitação da APS.

Painel IV - Otimização da Internação

Este painel abordou estratégias para maximizar a gestão de leitos hospitalares.

Destaque	Destaca-se a experiência de otimização de leitos do HMDCC, na qual a eficiência, equivalente a leitos extras, mostra como fluxos disciplinados podem expandir a capacidade, sem expandir a infraestrutura física.			
Instituição	Descrição	Maturidade	Escalabilidade	Barreiras
Hospital Municipal Odilon Behrens - Belo Horizonte - MG	Ferramentas de otimização do tempo de internação. Adotadas estratégias para otimizar o tempo de permanência hospitalar, com referência no <i>Safer Bundle</i> (NHS); estratégia <i>redtogre-ends</i> (NHS), <i>Reset</i> (Sociedade Americana de Medicina Hospitalar). Realizadas reuniões com equipes multiprofissional, médica e residentes, para definições de papéis. Os leitos foram divididos de maneira equânime e sequencial entre os profissionais de cada categoria, reduzindo as falhas no planejamento conjunto do cuidado. Criado o <i>checklist</i> diário de planejamento da internação. Foi feita a sistematização das corridas de quadro; pactuações com as equipes de apoio sabidamente impactantes no projeto (exames de laboratório; setor de imagem). Alinhadas demandas do setor com a capacidade de atendimento das equipes de apoio e otimizada a comunicação entre os setores.	Alta	Alta	Resistência cultural, interoperabilidade.
Hospital Municipal Doutor Célio de Castro - Belo Horizonte:	A ferramenta "Dias vermelhos em verdes" tem como objetivo garantir que cada dia que o paciente passe internado o aproxime da alta hospitalar. Foi desenvolvido um aplicativo que registra evoluções médicas, resultados de exames laboratoriais e de imagem, gerenciamento de riscos, entre outras. Ao alimentar o aplicativo é possível identificar o tempo de permanência e se o paciente se aproxima da alta ou não. A ferramenta possibilita a identificação de fatores responsáveis pela permanência do paciente e, a partir daí, é possível a realização de alinhamentos para melhorias necessárias.	Alta	Alta	Capacitação contínua, complexidade de perfis.

Hospital Risoleta Tolentino Neves - Belo Horizonte:	<p>CrITÉRIOS absolutos/relativos (pesos por tempo/idade) reduziram permanência e transferências inadequadas. A ferramenta foi criada para classificar a ordem de prioridade do acesso à enfermaria, sistematizando a seleção dos pacientes para transferência ao leito. Assim que o paciente é internado, é preenchido o documento do sistema MV, selecionando em qual ala ele deverá receber o seu tratamento. O algoritmo classifica o usuário com mais necessidade de cuidados para que seja transferido para o leito de forma prioritária.</p>	Alta	Alta	Capacitação contínua, complexidade de perfis.
Hospital Universitário da Ciências Médicas/ FELUMA	<p>A criação do Escritório de Valor em Saúde centralizou as ações da Auditoria Hospitalar (AH), Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Núcleo de Epidemiologia Hospitalar (NHE) e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que, atuando conjuntamente, tornam-se facilitadores do processo de melhoria contínua, criando conexões entre dados e pessoas, estimulando adaptações na prática das rotinas hospitalares, alcançando resultados à excelência assistencial desde sua implantação.</p>	Alta	Alta	Investimento inicial, mudança cultural.

Painel V - Incorporação de dispositivos e tecnologias

Este painel explorou o uso de tecnologias para aumentar eficiência e segurança na AES.

Destaque	Destaca-se o uso da IA NOHARM do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), que exemplifica como uma tecnologia pode escalar a segurança clínica. Um modelo para hospitais de alto volume.			
Instituição	Descrição	Maturidade	Escalabilidade	Barreiras
Hospital Risoleta Tolentino Neves - Belo Horizonte	IA NOHARM na farmácia clínica. A solução tecnológica usa dois algoritmos para otimização da validação farmacêutica para priorização de prescrições fora do padrão e identificação de pacientes críticos. O sistema se vincula aos dados dos hospitais e indica onde estão os potenciais erros de prescrições.	Alta	Alta	Custos de IA, interoperabilidade.
FELUMA-Instituto de Olhos Ciências Médicas de Minas Gerais - IOCM - MG	O Optidata é um sistema automatizado que integra diretamente os dados gerados pelo aparelho de ecobiometria ECO-4 a um banco de dados digital. Esse banco de dados armazena os resultados dos exames e realiza cálculos automáticos necessários para a prescrição das lentes intraoculares, sugerindo o tipo mais adequado para cada olho com base em informações mensuradas.	Intermediária – Alta	Alta	Integração de sistemas, custos iniciais.
Hospital Sofia Feldman - Belo Horizonte	A ultrassonografia obstétrica vem sendo realizada por enfermeiros obstétricos desde 2014, com capacitação contínua. Essa prática tem sido realizada contemplando: avaliações do feto (biometria, estática, dinâmica) e dos anexos maternos e fetais (placenta, cordão umbilical, líquido amniótico, etc.), além do efeito dopplervelocimetria.	Intermediária	Moderada	Resistência cultural, custos.
Consórcio Intermunicipal de Saúde - Urgência Oeste - MG	A implantação do ultrassom <i>point-of-care</i> (POCUS) na atenção pré-hospitalar qualificou a triagem e reduziu encaminhamentos desnecessários.	Intermediária	Moderada	Custos, capacitação.

Painel VI - Saúde Infantil e Perinatal

Este painel abordou inovações em saúde da criança e perinatal, com foco em integração e demandas sazonais.

Instituição	Descrição	Maturidade	Escalabilidade	Barreiras
Hospital Odilon Behrens - Belo Horizonte	Linha Vermelha Respiratória. A implantação da teleconsultoria, CTI pediátrico, leitos sazonais (EPAPS) e simulação responderam a +77% de demanda (2022), com transferências rápidas e intervenções precoces.	Alta	Alta	Sazonalidade, recursos para CTI.
Santa Casa de Misericórdia - Passos - MG	PROMAI. O fluxo de atendimento acontece com a identificação do risco no pré-natal na APS, encaminhamento e agendamento da primeira consulta. A gestante é atendida pelo médico, Serviço Social, Nutrição, Psicologia e Enfermagem. Na sala de espera há rodas de conversa abordando a gestação, parto, amamentação e cuidados com RN. Em caso de ausência nas consultas, há a busca ativa. No fluxo da Pediatria, sendo identificado critérios de gravidade, as consultas são agendadas pela maternidade e UTI neonatal para seguimento imediato por equipe multidisciplinar até os 2 anos.	Alta	Regional	Financiamento, pactuação regional.
Policlínica Municipal de Ipatinga / CEAE Taiobeiras-Salinas - MG	Implantação das Linhas de Cuidado da Criança de Risco, Propedêutica do Câncer de Mama e Pré-Natal de Alto Risco. Foi criado um Núcleo Regulador (NR) para regulação das linhas de cuidado. Foi elaborado um fluxo de atendimento com equipe multiprofissional: médicos pediatras, enfermeiro, técnicos de enfermagem, nutricionista, assistente social e psicólogo. Todos os exames solicitados são agendados pela equipe da AAE. Na linha de cuidado do Pré-natal de Alto Risco, a equipe multiprofissional tem médicos ginecologista/obstetra, enfermeiro, nutricionista, assistente social e suporte da psicóloga.	Intermediária	Alta	Coordenação regional, capacitação.

Painel VII - Suporte Intermediário de Vida (SIV) e Atenção Domiciliar

Este painel destacou inovações em atenção domiciliar e SIV, reduzindo a pressão pela ocupação de leitos hospitalares.

Instituição	Descrição	Maturidade	Escalabilidade	Barreiras
Secretaria Municipal de Saúde de Contagem - MG	O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) conta com uma equipe de antibioticoterapia. Em 2022 foi implantada equipe diurna com dois técnicos de enfermagem no plantão e um enfermeiro exclusivos. No período noturno foram mantidos ambulância e motorista do transporte sanitário de 7 às 7 horas disponível para o SAD. Em 2023 foi reorganizada a equipe com cobertura de enfermeiro durante 12 horas diurnas para organização dos processos, supervisão da equipe e realização de atendimentos domiciliares. Atualmente são 8 vagas diurnas e 9 vagas noturnas nesta equipe. A equipe é o primeiro SAD do país a administrar medicamentos de 8/8 horas.	Intermediária - alta	Alta	Logística, treinamento.
Consórcio Intermunicipal de Saúde-Urgência Oeste, MG:	Suporte Intermediário de Vida, implantado no SAMU em 15/03/2024. Práticas avançadas de enfermagem no pré-hospitalar. O consórcio conta com 37 bases, 12 USA, 1 SIV, 2 aeronaves e protocolos VSkySamu (ferramenta de gestão, comunicação e logística). A unidade SIV é composta pela equipe de enfermeiro, técnico de enfermagem e condutor socorrista.	Intermediária	Alta	Infraestrutura, capacitação.

SAMU Contagem - MG	Implantação do suporte intermediário de vida (SIV). Foi elaborado um plano detalhado para normatizar o serviço de enfermagem do SAMU e implementar a modalidade na microrregião de saúde III. Enfermeiros e técnicos de enfermagem passaram por treinamentos intensivos, focados em práticas avançadas de enfermagem e no uso de novas tecnologias e equipamentos. Foram adquiridos veículo e equipamentos específicos para o SIV: A unidade foi lançada oficialmente em 07/03/2022, com um sistema de monitoramento contínuo para avaliar o desempenho e realizar ajustes necessários.			
--------------------	---	--	--	--

Painel VIII - Experiências de Cuidado em Saúde Mental

Este painel explorou a integração da saúde mental às redes assistenciais.

Instituição	Descrição	Maturidade	Escalabilidade	Barreiras
Secretaria Municipal de Saúde de Pirapora - CAPSi, MG	A experiência de oferta de oficinas externas com parcerias interinstitucionais e comércio local surgiu no ano de 2022, ofertando oficinas de informática, atividade física e oficina de futsal. O trabalho é desenvolvido diretamente por profissionais do CAPSi dentro das instituições parceiras (Biblioteca Tamboril, Batalhão de Polícia Militar e Academia Cobra). São oficinas exclusivas para as crianças e adolescentes em acompanhamento no CAPSi de Pirapora- MG, serviço microrregional que atende os municípios de Pirapora, Buritizeiro, Santa Fé, Várzea da Palma, Ibiaí, Lassance, Ponto Chique.	Intermediária	Alta	Engajamento comunitário, escassez de recursos

Secretaria Municipal de Saúde – Contagem - MG	Assistente social, psicólogo e psiquiatra acionados por formulário e matriciamento com ESF conectam-se com a Atenção Especializada. A escolha do Distrito Vargem das Flores foi devido a grandes áreas de vulnerabilidade social, grandes distâncias geográficas e área rural. A equipe está no território duas vezes na semana, realizando articulações comunitárias, fortalecimento das redes (formal e informal) para ações de cuidados em saúde mental. Realiza buscas ativas, visitas domiciliares, atividades coletivas, matriciamentos e articulações intersetoriais.	Intermediária - alta	Alta	Rotatividade, financiamento.
Hospital Municipal Doutor Célio de Castro, Belo Horizonte	Necessidade do atendimento em nível hospitalar aos pacientes portadores de transtorno mental. Foram ofertados 10 leitos para regulação de casos de pacientes da saúde mental para demandas clínicas e cirúrgicas. A equipe assistencial foi adequada para atendimento de clínica especializada com médico psiquiatra e enfermagem de saúde mental.	Alta	Alta	Demanda, financiamento.

Painel IX - Experiências de Acolhimento e Inclusão

Este painel focou em cuidados equitativos para populações vulneráveis.

Instituição	Descrição	Maturidade	Escalabilidade	Barreiras
Hospital Metropolitano Odilon Behrens - Belo Horizonte:	Em fevereiro de 2003 foi elaborado o Projeto de Atendimento Humanizado às Mulheres, para qualificar a atenção prestada. Esse projeto implantou o ambulatório multidisciplinar específico para atendimento às mulheres vítimas de violências integrando e dando seguimento à assistência iniciada nas urgências. Em 2010, passou a realizar a coleta de vestígios com o intuito de reduzir a peregrinação e a revitimização das mulheres e contribuir com a Polícia Civil na identificação do autor da violência. Em 2016 o ambulatório foi implantado específico em atendimento para criança. No atendimento ambulatorial o paciente é acompanhado pelo período de 6 meses com o objetivo de rastrear as possibilidades de doenças sexualmente transmissíveis dentro da janela imunológica.	Alta	Alta	Estigma

Secretaria Municipal de Saúde de Pirapora - MG	O Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostimizada (SASPO) Pirapora é microrregional e abrange 7 municípios. Foram realizadas capacitações para todos os profissionais de saúde da rede de assistência, organização das reavaliações que devem ocorrer quadrimestralmente e da entrega dos materiais. Foi estabelecida a visita domiciliar pelo assistente social pelo menos uma vez após o cadastro dos usuários. No hospital os pacientes são avaliados, cadastrados e recebem todo o equipamento, antes mesmo da alta hospitalar. Cada município possui uma referência técnica, facilitando a marcação das consultas de cadastro e reavaliações. O transporte do paciente ou busca do material é de responsabilidade dos municípios. Houve agilização nas reversões que, em alguns casos, foram realizados até 6 meses depois.	Alta	Alta	Logística, financiamento.
--	--	------	------	---------------------------

1.2 Lições aprendidas: maturidade e escalabilidade

As experiências do Seminário revelam, no seu conjunto, um quadro de relativa incipiência das iniciativas. A maioria delas mostra a fragilidade de seus processos de planejamento e implementação, mas alta escalabilidade das soluções e grande potencial para sua adoção em outros contextos.

Os eixos da PNAES (universalidade, equidade, regionalização, humanização) e os dispositivos do PMAE (Núcleos de Gestão e Coordenação do Cuidado – NGC e Núcleos de Coordenação do Cuidado – NGC; o financiamento por episódio de cuidado, com as OCIs) oferecem arcabouço para a expansão segura. Os painéis convergem para soluções que priorizam governança clínica, transparência e eficiência, posicionando a AES como pilar do SUS.

1.3 Limitações transversais das experiências

1.3.1 Planejamento

As experiências selecionadas mostraram-se, em sua maioria, como iniciativas que procuraram resolver problemas identificados por atores situados nos vários níveis das organizações, mas aparentemente em uma postura mais reativa que proativa. As motivações das experiências não foram originadas de iniciativas institucionais organizadas a partir da análise dos problemas dos setores implicados, prospecção de soluções e sua implementação planejada. Observou-se que as iniciativas foram mais isoladas, de pessoas ou dirigentes, com poucos processos documentados de planejamento e gerenciamento de projetos de tecnologia. As iniciativas hospitalares e algumas iniciativas de municípios fogem desse escopo.

1.3.2 Implementação

As experiências demonstram pouco domínio das tecnologias de gestão da inovação e seu ferramental metodológico, como de modelagem e *design* de serviços, análises de maturidade, monitoramento e avaliação e outras dimensões da implementação.

1.3.3 Avaliação

Os processos de avaliação são incipientes na maioria das experiências e os modelos de avaliação não estão claramente definidos ou utilizados de forma sistemática.

1.3.4 Documentação

A participação no levantamento, em especial no caso das experiências selecionadas para a Mostra Virtual e para o Seminário, obrigou que as experiências fossem minimamente documentadas e avaliadas. Orientação permanente e apoio para a documentação das experiências e a melhoria de seu registro no formulário eletrônico foram garantidos para todas as experiências, por meio do acompanhamento de um pesquisador designado para isso.

1.3.5 Comunicação

A preocupação com a comunicação dos resultados alcançados não foi a regra na divulgação das experiências, restringindo-se em todos os casos aos atores diretamente implicados nas inovações, sem uma estratégia definida para difusão da inovação e sua preparação para uso por outros contextos (“empacotamento da tecnologia”).

A falta de comunicação clínica ágil e segura entre os serviços, resultante da baixa interoperabilidade entre sistemas, é uma limitação transversal observada em diversas experiências, contribuindo para a fragmentação das informações ambulatoriais e hospitalares.

1.4 Da vitrine à política pública

O Projeto não pretendeu abarcar a totalidade das iniciativas de inovações na AES no território de Minas Gerais. Não teve, portanto, caráter censitário. Abrangeu um conjunto de experiências que foram mobilizadas pelos parceiros (COSEMS MG, Federassantas, SES MG, SMS BH) ou pelos próprios pesquisadores do projeto, por terem alguma notícia sobre a iniciativa. A partir dos registros, do esforço de seu detalhamento e mais esclarecimentos de pontos específicos, com apoio dos pesquisadores, foi realizada uma seleção presidida basicamente pela consistência dos relatos, a efetiva implantação das inovações, seus impactos e apresentação da potencialidade de replicação (escalabilidade) para outras situações. Tratou-se, pois, de uma seleção intencional.

Os achados na análise das experiências mostram um conjunto robusto de experiências inovadoras, mas sem uma conexão orgânica e estrutura em rede colaborativa estabelecida. Também, não são observados dispositivos institucionais de apoio à inovação tecnológica, como escritórios de inovação ou projetos de inovação que as possam potencializar.

Os desafios da transformação tecnológica devem partir das iniciativas já estabelecidas, fortalecendo os grupos técnicos que se encontram inseridos nos serviços, aportando-se apoio técnico e infraestrutura computacional para operar os sistemas. Grupos acadêmicos e *startups* especializadas poderiam prover apoio na padronização das soluções com vistas à interoperabilidade e sinergia dos projetos de desenvolvimento e de ferramentas de IA, por exemplo, para desempenhar automaticamente processos rotineiros.

1.5 As discussões do Seminário Internacional. O desafio: reconstruindo a integralidade

As apresentações iniciais do Seminário Internacional posicionaram a AES como o “elo perdido” da integralidade no SUS, que se estrutura entre a Atenção Primária e envolvendo a Atenção Hospitalar, estas duas áreas já objeto de políticas nacionais específicas, deixando a AES ao sabor das pressões do mercado, de uma demanda desorganizada e das iniciativas isoladas dos gestores estaduais e municipais.

Dessa desorganização sistêmica derivam os principais problemas e os desafios centrais, que incluem:

- a) Filas prolongadas: a espera por consultas e procedimentos especializados gera gargalos, aumentando asrecuo-abc taxas de morbimortalidade (SAES/MS, 2023).
- b) Fragmentação do cuidado: a desconexão entre APS e AES resulta em redundâncias, exames repetidos e falhas na continuidade.
- c) Sistemas não interoperáveis: prontuários desconectados dificultam o acompanhamento longitudinal.
- d) Gestão ineficiente de filas: a ausência de priorização clínica perpetua desigualdades no acesso.

A hipótese orientadora é que o fomento à inovação na AES é condição essencial para a resolução dos desafios atuais. Inovações no campo da gestão e da assistência, como filas gerenciadas com transparência e com informações acessíveis aos usuários sobre sua situação na fila; telessaúde como oferta complementar às consultas presenciais e como ferramenta de regulação do acesso; navegação do cuidado para garantia da continuidade; novos modelos de remuneração de serviços, como o pagamento por “episódio de cuidado” (as Ofertas de Cuidado Integrado – OCI); e mesmo simples mudanças de processo nas unidades podem representar significativos avanços na resolução dos desafios reconhecidos. Essas estratégias alinham-se aos objetivos da PNAES, que prioriza a transparência regulatória e o financiamento orientado a valor, promovendo equidade e eficiência.

1.6 Arcabouço normativo: PNAES e Programa Mais Acesso a Especialistas

A PNAES e o PMAE fornecem as diretrizes para operacionalizar a inovação na AES e seus princípios orientaram a análise das experiências, garantindo alinhamento com as metas nacionais de equidade e eficiência. Entre as várias inovações fomentadas pelo PMAE destacam-se:

- a) Ofertas de Cuidados Integrados (OCI): nova modalidade de remuneração dos serviços especializados, que consiste na oferta de um conjunto de recursos assistenciais padronizados com prazos recomendados, para a atenção a “episódios de cuidado”.
- b) Regulação de “segunda geração”, com uso intensivo de tecnologias digitais, como teleconsulta prévia aos encaminhamentos, plataformas de comunicação segura entre equipes e entre equipes e pacientes, priorização apoiada em algoritmos

preditivos, gestão inteligente de filas e dispositivos de gestão e coordenação do cuidado.

- c) Coordenação do cuidado: organização de Núcleos de Gestão e Regulação nos sistemas municipais e Núcleos de Coordenação do Cuidado no nível das unidades de saúde.
- d) Planejamento territorial: redes regionais para garantia da equidade e integralidade no acesso, com a elaboração de Planos de Ação Regionais (PAR).
- e) Prontuários conectados: interoperabilidade para garantir continuidade do cuidado.
- f) Regulação transparente: priorização clínica e acesso público ao *status* das filas.
- g) Monitoramento contínuo: indicadores como tempos de espera, taxas de resolução e custo por caso.
- h) Financiamento por episódios de cuidado: repasses vinculados à entrega de OCI e metas do Plano de Ação Regional (PAR).

1.7 A inovação na cartografia da Atenção Especializada à Saúde

As experiências identificadas e a pesquisa “Cartografia da Atenção Especializada à Saúde (AES)”, conduzidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), dedicam especial atenção à **inovação tecnológica** e à **incorporação de tecnologias assistenciais, de gestão e digitais**, como elementos cruciais para a superação de desafios históricos na AES. Tais desafios incluem longas filas de espera, fragmentação do cuidado e a integração deficitária entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a AES. Ancoradas na PNAES e no PMAE, essas investigações destacam soluções que visam fortalecer a equidade, a eficiência e a integralidade do SUS. Compilamos a seguir os principais tópicos e experiências que ilustram o papel transformador da inovação tecnológica na AES.

1.7.1 Tecnologias digitais e sistemas de informação em saúde

A **saúde digital** é um pilar estratégico da PNAES, projetada para otimizar fluxos assistenciais a partir de ferramentas como **telessaúde, inteligência artificial (IA) e Business Intelligence (BI)**. Os achados das pesquisas revelam tanto avanços promissores quanto desafios persistentes na implementação de sistemas de informação robustos e interoperáveis.

a) **Sistemas informatizados e interoperabilidade:**

- A necessidade de **sistemas informatizados interconectados** é fundamental para uma gestão do cuidado em rede eficaz e para o suporte transparente das filas de espera.
- Historicamente, a regulação, em muitos estados, baseava-se em **planilhas e e-mails**, com a implementação do **SISREG** sendo uma prática em evolução. No entanto, o SISREG é frequentemente criticado por ser **obsoleto, apresentar funcionalidades limitadas** e não atender às demandas por inovação regulatória.
- **Experiências e desafios de integração:**
 - Belo Horizonte implantou o **SIGRAH**, um sistema informatizado que demonstra **interoperabilidade** com outros componentes, tais como: prontuário eletrônico, regulação da urgência, regulação das internações, dispensação de medicamentos, regulação ambulatorial e controle e avaliação, fruto de um processo organizacional de quase duas décadas.
 - O Distrito Federal utiliza sistemas como **Track Care e e-SUS** nos serviços especializados, além do SISREG, embora a integração gere desafios relacionados ao tempo de consulta e à qualificação dos registros.
 - A **Policlínica Especializada do Pará** opera com **prontuários eletrônicos interconectados** entre especialidades e suporte diagnóstico, evidenciando compromisso com a qualidade dos serviços.
 - No Rio Grande do Sul, os sistemas **GERINT** (para gerenciamento de internações) e **GERCON** (para gerenciamento de consultas especializadas) aprimoraram o acesso ao unificar filas de espera e aumentar a transparência na regulação de vagas.
 - Em Goiás, são utilizados os sistemas **MV** e **SERVIR** para regulação, mas a **ausência de interoperabilidade** entre eles e os prontuários eletrônicos constituem um limitador para a gestão integrada.

b) **Prontuários eletrônicos (PEP) e articulação com a APS:**

- A implementação de **prontuários eletrônicos em serviços especializados** é uma necessidade crucial, sendo idealmente integrada com o **Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS AB**. A fragmentação da informação em prontuários desconectados é um desafio histórico que compromete o acompanhamento longitudinal dos pacientes.

c) **Transparência e gestão inteligente de filas:**

- Ferramentas digitais são cruciais para a **transparência das filas**, que é frequentemente incipiente no SUS. O **portal BuscaSaúde de Juiz de Fora** exemplifica uma iniciativa que, integrada ao SISREG, oferece prazos estimados, utiliza **BI** e promove a higienização contínua de dados, combatendo “filas fantasmas” e aumentando a previsibilidade do acesso.
- Outras experiências incluem a capacidade de usuários acompanharem o *status* de suas solicitações por meio virtual: no Recife, via CONECTA RECIFE, e o sistema **Regula NAE** no Rio Grande do Norte, que, após a pandemia, permitiram o acompanhamento do *status* por *e-mail*, promovendo mais confiança no SUS.
- A **Agenda de Ação do Projeto AES** propõe o desenvolvimento de **BI público com higienização contínua**, como solução para a carência de transparência nas filas de espera.

1.7.2 *Telessaúde e Telemedicina como estratégias de acesso e regulação*

A **telessaúde** é amplamente reconhecida como uma **ferramenta crucial para integrar a APS e a AE**, reduzir filas, qualificar o acesso e otimizar fluxos assistenciais.

a) **Experiências inovadoras em telessaúde:**

- Em **Uberaba**, a **teleinterconsulta obrigatória pré-AES, na Endocrinologia**, resultou na eliminação da fila eletrônica, com 84,8% dos casos sendo resolvidos na APS.
- **Contagem (MG)** implementou **cabines de telemedicina e interconsultas online** em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), gerando milhares de atendimentos mensais a um custo significativamente menor que os atendimentos presenciais.
- Projetos como o **Tele Nordeste (PROADI-SUS)** têm sido de grande importância para o avanço da telessaúde na região Nordeste, reforçando a atuação multiprofissional e suprimindo a demanda por especialistas, especialmente em municípios distantes.
- **Curitiba (PR)** destacou-se com a **telerregulação via aplicativo “Saúde Já Curitiba”**, oferecendo teleatendimento telefônico e teleconsulta por vídeo, impactando positivamente na redução de filas e na qualificação da APS.
- Em **Belo Horizonte**, as **teleconsultas para arboviroses** demonstraram eficácia durante a epidemia de dengue, utilizando *e-mails* para resultados de exames e uma equipe de enfermeiros para monitoramento diário de pacientes, permitindo respostas rápidas e efetivas para casos agudos e leves.
- Em regiões remotas da Amazônia, a **telemedicina** é essencial:

- **Barcelos (AM)** utiliza a telemedicina desde 2021 para oferecer Atenção Especializada, complementando o trabalho de médicos generalistas, com prontuário eletrônico e suporte para teleconsultas síncronas. Essa iniciativa gerou economia significativa em custos de transporte e apoiou a educação permanente de profissionais locais.
- A **Telessaúde UFAM-HUGV (AM)** atende a população indígena com telecardio, teleoftalmologia e telemonitoramento obstétrico para pré-natal de alto risco, com diferencial de continuidade do cuidado com exames e procedimentos referenciados e regulados diretamente.
- A **Infovia 01 de Saúde Digital na Amazônia (PA)**, projeto do Governo Federal com fibra óptica em rios, visa revolucionar a conectividade e possibilitar a implementação de teleconsulta e telessaúde em áreas remotas, além de estruturar programas de educação permanente. A **Policlínica Virtual na Paraíba** oferece acesso a médicos especialistas *online* em diversas áreas.
- No Rio Grande do Norte, o sistema **Regula NAE** permite o uso de telemedicina em várias especialidades, enfrentando, contudo, resistência à adesão por parte de municípios.
- A **Rede Cuidar na Paraíba** utiliza teleconsultas e plantões *online* 24h para linhas de cuidado como Obstetrícia, Neonatologia/Pediatria e Cardiologia Pediátrica, proporcionando suporte em tempo real e evitando transferências.
- Em **Roraima**, a telemedicina impactou positivamente na redução das filas, embora a qualidade da internet comprometa a totalidade da oferta.
- Em **Pirapora**, a **tele dermatologia** é planejada como um próximo passo para qualificar o acesso.

b) **Desafios e barreiras na implementação da telessaúde:**

Os principais obstáculos incluem a **conectividade, especialmente em áreas rurais e remotas**, a resistência a fluxos de encaminhamento compulsórios, o volume de demandas, questões de privacidade de dados, a falta de recursos humanos e de infraestrutura física adequada e a necessidade de **regulamentação do pagamento das teleconsultas**.

1.8 **Inovações em tecnologias de gestão e assistenciais**

Para além dos sistemas digitais e da telessaúde, as pesquisas identificam um espectro de inovações que visam otimizar a gestão de serviços e qualificar o cuidado na AES.

a) **Gestão de filas e *Business Intelligence* (BI):**

- A implementação de **filas inteligentes (*smart queues*)** baseadas em risco clínico é uma solução para a priorização no acesso. O portal **BuscaSaúde de Juiz de Fora** exemplifica o uso de **BI** para gestão transparente de filas e higienização contínua dos dados.

b) **Aplicativos e ferramentas digitais de suporte:**

- A **FCMMG/FELUMA** utiliza um **aplicativo** para monitorar tempos e eventos em linhas de cuidado.
- Em **Itamarandiba**, o uso de **QR codes** para acesso a protocolos no ponto de cuidado oferece solução de baixo custo e amplo alcance.
- Em Contagem, está em planejamento um **aplicativo logístico** para antibioticoterapia domiciliar.
- O **Programa Opera Paraíba** utiliza um sistema de regulação de cirurgias eletivas (Regnutes PB) que permite aos usuários **cadastrar-se online e acompanhar o status** de suas solicitações, aumentando a transparência e agilidade no acesso.
- O **“Nova PPI Capixaba”** no Espírito Santo, um *software* e aplicativo próprio, possibilita o planejamento e a pactuação de recursos em tempo real, com a capacidade de ajustes e repactuações dinâmicas.
- No Ceará, o **Programa Eficiência** é um sistema informatizado e painel de indicadores que auxilia a tomada de decisões rápidas e sistematizadas, integrando dados de diversos sistemas e facilitando a interoperabilidade.

c) **Inteligência artificial (IA):**

- O **Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN)** implementou a **IA NOHARM na farmácia clínica**, resultando no aumento da revisão de prescrições, redução de erros e qualificação de intervenções, sendo um modelo escalável para hospitais de alto volume.
- A PNAES prevê o uso de IA para otimização de fluxos assistenciais.

d) **Tecnologias assistenciais e de diagnóstico**

- **Optidata (IOCM-FELUMA-MG)** é um sistema automatizado de ecobiometria, integrado na nuvem, que reduziu tempos mortos e erros, com painéis para gestão e pesquisa.
- A experiência do **Sofia Feldman** com **ultrassonografia obstétrica realizada por enfermeiros capacitados** demonstrou a melhoria da resolutividade no pré-natal, incluindo a verificação de DIU.

- O uso de **Point-of-Care Ultrasound (POCUS) no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) do CIS Oeste (MG)** qualificou a triagem e reduziu encaminhamentos desnecessários em situações de urgência e emergência.

e) **Ferramentas de otimização da gestão hospitalar e leitos**

- O Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB) e o Hospital Metropolitano Odilon Behrens (HMDCC) utilizaram ferramentas como **DVEV/SAFER (Dias Vermelhos em Verdes)** e *huddles* para aumentar as altas hospitalares, reduzir o tempo de permanência e otimizar a ocupação de leitos, com o HMDCC alcançando a eficiência equivalente a 43 leitos adicionais.
- O **HUCM/FELUMA** aplicou os princípios do **Lean** (como *rounds*, 5S e automações) por meio de seu Escritório de Valor em Saúde, reduzindo reinternações não planejadas, tempo de permanência e ineficiência.

f) **Inovações no transporte sanitário com componente tecnológico**

- Embora o **transporte sanitário** em si seja um desafio estrutural, a pesquisa indica a necessidade de um sistema **financiado de forma tripartite, adequado, humanizado e ágil**, integrado à regulação e com uso de tecnologias para monitoramento e gestão.
- O **CIS-URG Oeste** em Divinópolis utiliza protocolos avançados no pré-hospitalar, incluindo o uso de **VSkySamu**, também conhecido como SUREM (Sistema Estadual de Regulação de Saúde) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), para gerenciar e regular o acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- Uma inovação no atendimento de urgência é a implantação do uso de **tenecteplase em ambulâncias de Suporte Avançado de Vida (SAV)** pelo CISURG-OESTE em Divinópolis, permitindo a trombólise precoce em casos de infarto agudo do miocárdio, uma prática regulamentada pelo Ministério da Saúde.

1.9 Desafios transversais e oportunidades para a inovação tecnológica

Apesar do potencial transformador, a pesquisa ressalta que a maioria das iniciativas inovadoras na AES ainda se encontra em estágio de incipiência, com processos de planejamento e implementação frequentemente frágeis.

a) **Recomendações para fortalecimento tecnológico:**

- A PNAES e o PMAE fornecem o arcabouço normativo para a expansão de soluções, priorizando **governança clínica, transparência e eficiência**.

- É essencial investir em **estruturas de suporte técnico**, com **prontuários interoperáveis** e **financiamento por valor** vinculado à entrega de Ofertas de Cuidados Integrados (OCI) e metas regionais.
- São cruciais a criação de um **ecossistema de inovação aberta**, com colaboração entre serviços, universidades e parceiros, e o uso de **simulações baseadas em teoria de filas** para otimizar fluxos.
- A Agenda de Ação do Projeto AES propõe o **investimento em IA/automação** em áreas de alto risco/volume, **POCUS/USG**, **dados em nuvem** e **painéis de monitoramento**.
- A modernização das tecnologias de informação e telessaúde, com **suporte e acesso tecnológico**, é fundamental para a qualificação dos processos de gestão do cuidado.

As experiências relatadas e a pesquisa “Cartografia da Atenção Especializada” demonstram que a **inovação tecnológica e a digitalização** são elementos transformadores e indispensáveis para aprimorar a **equidade, eficiência e integralidade da Atenção Especializada no SUS**. Apesar das barreiras de implementação, que incluem desafios de conectividade, interoperabilidade e sustentabilidade, as experiências mapeadas oferecem um roteiro claro para o desenvolvimento de políticas públicas que integrem **soluções digitais e assistenciais** na gestão do cuidado e na otimização dos fluxos de acesso.

REFERÊNCIAS

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). 2004a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3492_11_04_2024.html Acesso em: 25 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE/ – OPAS/MS/SAES. **Subsídio para a construção de uma Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde**: Seminário Internacional de Atenção Especializada em Saúde: documento disparador. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [Brasil - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde](#). Acesso em: 25 jul. 2025.

SNYDER, H *et al.* Identifying categories of service innovation: a review and synthesis of the literature. **Journal of Business Research**, v. 69, n. 7, p. 2401-2408, 2016. Disponível em: [Identifying categories of service innovation: A review and synthesis of the literature - ScienceDirect](#) Acesso em: 25 jul. 2025.

Inovações na Atenção Especializada: Categorias de Análise Utilizadas na Avaliação das Experiências em Minas Gerais

*FRANCISCO CARLOS CARDOSO DE CAMPOS
OROZIMBO HENRIQUES CAMPOS NETO*

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Especializada em Saúde (AES) no Brasil permanece como um dos desafios mais significativos para a plena consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Reconhecida pela maioria dos analistas como a área mais crítica da atenção à saúde no país, apresenta elevada complexidade, sendo que seus problemas englobam desde a baixa resolubilidade da Atenção Primária à Saúde (APS) e sua insuficiente integração com os demais níveis de atenção até o modelo de regulação assistencial, a infraestrutura e a maturidade tecnológica digital – que abrange equipamentos, conectividade, sistemas de informação e equipes –, as políticas de formação de recursos humanos, o modelo de financiamento e o processo de regionalização da atenção à saúde.

O terceiro governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, iniciado em 2023, elegeu como uma de suas prioridades, na área da saúde, o combate às longas filas de espera por consultas, exames e cirurgias. Para enfrentar esse desafio crônico, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2023, a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), imprimindo diretrizes organizativas e de ampliação do acesso e da qualidade para esse amplo campo da atenção à saúde, até então carente de um ordenamento sistêmico. Dando sequência às diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), foi lançado, em 2024, o Programa de Expansão e Qualificação da

Atenção Ambulatorial Especializada (PMAE), que se juntou ao Programa de Redução de Filas instituído no ano anterior e que destinou recursos para a realização de cirurgias eletivas represadas durante a pandemia de Covid-19 (Brasil, 2024a; Brasil, 2024b). O lançamento em 2025 do Programa “Agora Tem Especialistas” aprofunda essa estratégia ao incluir a iniciativa privada não integrada ao SUS na oferta de serviços de AES ao sistema público.

A necessidade de fomentar e analisar criticamente as inovações na AES alinha-se aos objetivos estratégicos da PNAES, que em seu art. 4º estabelece diversas diretrizes relacionadas à inovação tecnológica, quais sejam:

Inciso X - estímulo ao uso oportuno e adequado de soluções e inovações de saúde digital para compartilhar e interoperar informações e sistemas, tornar mais ágil e oportuna a comunicação entre os pontos de atenção, melhorar a qualidade, a agilidade, a segurança, a efetividade e a eficiência dos serviços presenciais e remotos e engajar usuários, visando assegurar continuidade do cuidado, bem como evitar deslocamentos e procedimentos desnecessários.

Inciso XI - promoção de novas modelagens de serviços de Atenção Especializada, com a indução de boas práticas de atenção, educação, gestão e participação e a integração desses serviços na RAS.

Inciso XIII - gestão de tecnologia em saúde, considerando critérios de custo-efetividade e a modernização do parque tecnológico, visando apoiar a transformação digital do setor saúde, buscando a efetividade e eficiência do sistema de saúde, e o avanço tecnológico.

Inciso XIV- promoção da articulação entre governos, instituições de ensino, pesquisa e desenvolvimento e a sociedade, visando a produção e disseminação de conhecimentos, a inovação e o desenvolvimento científico e tecnológico” (Brasil, 2023, s.p.).

O estado de Minas Gerais, com sua vasta extensão territorial e diversidade socioeconômica, apresenta uma multiplicidade de iniciativas na AES, tornando fundamental a capacidade de identificar, avaliar e disseminar aquelas com real potencial de transformação. O projeto “Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde (AES)”, desenvolvido pela Fundação Educacional Lucas Machado (FELUMA) em parceria com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde-MG (COSEMS-MG), Federassantas, Secretaria de Estado da Saúde-MG (SES-MG) e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS), a partir de Carta Acordo com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) / Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (SAES/MS), surge como uma resposta a essa necessidade, buscando sistematizar

o conhecimento sobre práticas inovadoras em curso em Minas Gerais, com atributos que sugeriram potencialidade de replicação em outros serviços.

Este capítulo tem como objetivo central apresentar o referencial analítico utilizado no projeto para orientar a construção do roteiro de registro das experiências inovadoras na AES em Minas Gerais e sua análise, com potencial aplicabilidade em outros contextos.

Para tal, propõe-se a:

- a) Apresentar descrição detalhada das categorias de análise desenvolvidas no âmbito do projeto.
- b) Fornecer um ferramental que habilite uma avaliação crítica e multidimensional das inovações, considerando a complexidade do setor e a dinâmica das transformações tecnológicas e sociais.

Para delimitar o contexto do desenvolvimento tecnológico da elaboração e utilização do construto teórico, apresenta-se breve contextualização da revolução tecnológica caracterizada pela rápida difusão da Inteligência Artificial Generativa e da programação agêntica, como tem sido chamado o desenvolvimento de *software* baseado em agentes de IA.

O capítulo se desenvolve com um panorama dos avanços tecnológicos e os impactos no setor saúde, fundamenta os conceitos de inovação em saúde, estabelece e descreve as categorias de análise das inovações em saúde nas experiências aqui apresentadas, finalizando com considerações que projetam caminhos para a inovação em saúde.

2. REVOLUÇÃO TECNOLÓGICA E O SETOR SAÚDE

A inteligência artificial (IA) está catalisando uma das mais profundas transformações na história da Medicina, redefinindo os paradigmas de diagnóstico, tratamento e gestão em saúde. No campo diagnóstico, estudos publicados em periódicos de alto impacto, como o *The Lancet*, demonstram que algoritmos de aprendizado profundo já alcançam e, em alguns casos, superam a precisão de especialistas humanos na análise de imagens médicas, permitindo a detecção precoce de doenças como câncer e retinopatia diabética (Topol, 2019). O trabalho de Harsha Nori *et al.* (2025) é um exemplo notável de como a inteligência artificial pode ser aplicada ao diagnóstico médico, explorando o conceito de diagnóstico sequencial para replicar o raciocínio clínico iterativo dos profissionais de saúde. A partir do *Sequential Diagnosis Benchmark* (SDBench), que utiliza casos reais do *New England Journal of Medicine*, os autores demonstram que a combinação de grandes modelos de linguagem com um orquestrador especializado (MAI-DxO) pode

superar a *performance* diagnóstica de médicos generalistas, aumentando a precisão e reduzindo custos. Esse estudo ilustra o potencial da IA para apoiar decisões clínicas mais seguras e eficientes em cenários complexos e dinâmicos.

Além da assistência clínica, a IA generativa - subcampo da inteligência artificial voltado para a criação de novos conteúdos, como texto, imagens, vídeos, música ou código, baseando-se em modelos de aprendizado profundo e redes neurais treinadas para identificar padrões em grandes conjuntos de dados e gerar resultados originais a partir deles - otimiza também a gestão hospitalar. Relatórios da consultoria *McKinsey* indicam que a tecnologia pode gerar um valor anual de até US\$ 110 bilhões apenas na indústria farmacêutica e de produtos médicos, a partir da aceleração da pesquisa e da automação de tarefas, liberando profissionais para o cuidado direto ao paciente (McKinsey & Company, 2023).

Na fronteira da pesquisa, ferramentas como o *AlphaFold 3*, do *Google DeepMind*, estão “acelerando a descoberta de medicamentos e possibilitando o desenvolvimento de uma biologia mais dinâmica” ao prever a estrutura e as interações de moléculas com precisão sem precedentes (Jumper, 2024). Essa capacidade de analisar vastos conjuntos de dados genômicos e clínicos também viabiliza a Medicina de precisão, permitindo a criação de tratamentos altamente personalizados. A integração da IA representa, portanto, um salto quântico em direção a um sistema de saúde mais preditivo, eficiente e capaz de oferecer cuidados personalizados em uma escala antes inimaginável.

No campo da terapia genética, a tecnologia CRISPR, na edição genética, demonstra um potencial inovador que redefine paradigmas terapêuticos (*Innovative Genomics Institute*, 2024). Essas inovações convergem com a transformação digital em curso nos sistemas de saúde, caracterizada pela interoperabilidade de dados, prontuário eletrônico em nuvem, telessaúde e *analytics* em tempo real.

Nesse cenário, os serviços de AES precisam adaptar seus modelos para incorporar tecnologias disruptivas, garantindo segurança, equidade e sustentabilidade. A velocidade com que essas inovações emergem e a profundidade de suas implicações demandam, portanto, arcabouços de avaliação que transcendam os modelos tradicionais, permitindo uma análise mais granular e prospectiva dos seus potenciais valores e riscos.

3. FUNDAMENTOS CONCEITUAIS DA INOVAÇÃO EM SAÚDE

A compreensão da inovação no setor saúde, particularmente no âmbito dos serviços, exige um arcabouço conceitual que contemple suas múltiplas dimensões, atributos e os níveis em que se manifesta. A inovação em saúde pode ser definida, de forma abrangente, como “a introdução e aplicação intencional de ideias, processos, produtos ou procedimentos que simultaneamente sejam relevantes para a unidade que as adota e que beneficiem o indivíduo, grupo ou sociedade em geral”. Essa definição ressalta a intencionalidade, a relevância contextual e o benefício social como seus componentes essenciais (Costa, 2016).

No âmbito das organizações, a conceituação e mensuração da inovação encontram sua principal referência metodológica no Manual de Oslo, uma publicação da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e do Eurostat. Em sua influente 3ª edição, o manual estabeleceu uma tipologia amplamente adotada que classifica a inovação em quatro categorias distintas. A primeira é a **inovação de produto**, que envolve a introdução de um bem ou serviço novo ou com características de desempenho significativamente melhoradas. A segunda, a **inovação de processo**, refere-se à implementação de métodos de produção ou distribuição, novos ou substancialmente otimizados. A terceira categoria, a **inovação organizacional**, consiste na aplicação de novos métodos organizacionais nas práticas de negócio, na estruturação do local de trabalho ou nas relações externas da empresa. Por fim, a **inovação de marketing** abrange a utilização de novos métodos de comercialização, incluindo mudanças significativas no *design*, embalagem, preço, distribuição ou promoção de um produto.

Embora essa taxonomia descrita seja um pilar para a análise da inovação, é pertinente destacar que a 4ª edição do manual, publicada em 2018, revisou essa estrutura, simplificando-a em duas categorias principais: inovação de produto e inovação de processo de negócio, esta última absorvendo as dimensões anteriormente tratadas como inovação organizacional e de marketing (OCDE; EUROSTAT, 2005).

No contexto dos serviços de saúde no Brasil, Ferreira *et al.* (2014) classificaram as iniciativas em inovação de processo, inovação organizacional e inovação de serviço.

3.1 Atributos da inovação e fatores de difusão

A difusão e adoção de inovações são processos complexos, influenciados por atributos percebidos da própria inovação. Everett Rogers (2003) identificou cinco atributos principais:

- a) Vantagem relativa;
- b) compatibilidade;
- c) complexidade;
- d) experimentabilidade (testabilidade);
- e) e observabilidade.

Greenhalgh *et al.* (2004), em revisão sistemática, identificaram atributos similares que facilitam a adoção em organizações de serviços, incluindo vantagem clara na custo-efetividade, compatibilidade com valores e necessidades, simplicidade percebida, testabilidade e observabilidade dos benefícios, além da possibilidade de adaptação ou reinvenção. Contudo, mesmo a existência desses atributos não garante a adoção, pois é “a interação entre a inovação, o(s) adotante(s) pretendido(s) e um contexto, que determina a taxa de adoção”.

As inovações em saúde podem ocorrer em diferentes níveis: macro (políticas, sistema), meso (organizações, comunidade) ou micro (interação profissional-paciente, equipe). As microinovações tendem a ser mais facilmente adotadas, enquanto as macroinovações enfrentam mais dificuldades para se tornarem um novo padrão, por implicarem mudanças organizacionais mais profundas, envolvendo muitos atores, recursos vultosos e longos períodos de implementação. A classificação do nível predominante de uma inovação é, portanto, fundamental para compreender seus desafios de difusão, escalabilidade e sustentabilidade.

4. AS CATEGORIAS DE ANÁLISE PARA A AVALIAÇÃO DAS INOVAÇÕES

A avaliação de inovações em saúde, especialmente na AES, não se desenvolve de forma isolada, mas se apoia em fundamentos consolidados pela Avaliação de Serviços de Saúde, campo que ao longo das décadas construiu marcos teóricos, categorias e instrumentos amplamente utilizados por pesquisadores, gestores e organismos reguladores.

Um dos pilares dessa tradição é a conhecida tríade de Avedis Donabedian (1966), que estrutura a avaliação em três dimensões: estrutura, processo e resultados. Essa

abordagem propõe que a qualidade dos serviços de saúde é consequência da interação entre a organização e os recursos disponíveis (estrutura), o modo como o cuidado é prestado (processo) e os efeitos obtidos na saúde da população (resultados). Até hoje, essa matriz conceitual orienta auditorias, certificações e programas de melhoria contínua em hospitais e serviços especializados, servindo de base para novos modelos de avaliação (Donabedian, 1966).

A partir dessa base, modelos contemporâneos de avaliação de inovações incorporam outras dimensões analíticas para capturar a complexidade e os impactos sistêmicos das mudanças tecnológicas, organizacionais ou de arranjos de cuidado. Por exemplo, o RE-AIM Framework (Glasgow; Voght; Boles, 1999) expande a avaliação além da eficácia clínica, incluindo categorias como alcance, adoção, implementação e manutenção, fundamentais para avaliar se uma inovação tem viabilidade real de integração na rotina de serviços especializados.

Modelos como o NASSS *Framework* (Greenhalgh *et al.*, 2017) avançam ao tratar explicitamente a escalabilidade e a sustentabilidade de inovações complexas em ambientes de média e alta complexidade, considerando o contexto organizacional, a aceitação pelas equipes multiprofissionais e os desafios de integração com sistemas de informação e governança. Da mesma forma, o IDEAL *Framework* (Mcculloch *et al.*, 2009), voltado para novas técnicas e procedimentos cirúrgicos, articula categorias clássicas - como segurança e resultados clínicos - com estágios de maturidade da inovação, reforçando o vínculo entre experimentação controlada e aplicação prática.

Além disso, diretrizes nacionais, como as Diretrizes Metodológicas de Análise de Custo-Efetividade e a Análise de Impacto Orçamentário da CONITEC (Brasil, 2012; 2014), evidenciam como os fundamentos da Avaliação de Serviços de Saúde (foco em efetividade e uso racional de recursos) são expandidos para capturar viabilidade econômica, custo-oportunidade e impactos sobre o orçamento público, temas especialmente sensíveis na AES, onde procedimentos de alta tecnologia e alto custo são concentrados.

Portanto, observa-se que os modelos de avaliação de inovações mantêm relação direta e complementar com os modelos clássicos de Avaliação de Serviços de Saúde. As categorias estruturais - estrutura, processo, resultado, qualidade, custo-efetividade, impacto orçamentário, equidade, sustentabilidade e adoção em larga escala - funcionam como blocos articulados que permitem uma análise abrangente que conecta evidências técnicas com decisões de gestão e políticas públicas. Essa abordagem integrada é particularmente relevante na Atenção Especializada, onde a introdução de inovações

pode ter efeitos em cascata tanto nos serviços assistenciais quanto nos sistemas de regulação, financiamento e na gestão de unidades e serviços de saúde. Na Figura 1, a seguir, são demonstradas as conexões entre as categorias.

Figura 1 - **Categorias de análise e conexões**



Fonte: elaborado pelos autores.

Diante da complexidade da inovação em saúde, o Projeto de Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na AES - Minas Gerais propôs um conjunto estruturado de categorias para permitir uma avaliação sistemática, comparativa e multidimensional das experiências. O Quadro 1 apresenta as oito categorias de análise que fundamentam a metodologia do projeto.

Quadro 1: Categorias de Análise de Inovações na AES

Categoria de Análise	Definição Conceitual Breve	Principal(is) Referência(s) Teórica(s)	Exemplos de Modelos/ Citações Chave Adicionais
1. Custo-Efetividade	Vantagem na relação custo-efetividade comparada a alternativas. Compara custos e benefícios unidades naturais ou QALYs	Greenhalgh <i>et al.</i> (2004); Drummond <i>et al.</i> (2015); CONITEC.	Diretrizes CONITEC; Estudo telecardiologia
2. Nível Organizacional da Inovação	Classifica o <i>locus</i> da inovação: macro, meso ou micro.	Referenciado em WHO (2002)	Modelo multinível de Greenhalgh <i>et al.</i> (2004) CFIR/NASSS
3. Simplicidade (Complexidade Inversa)	Percebida como “simples” para entender e usar. Menos complexidade percebida, mais adoção	Greenhalgh <i>et al.</i> (2004); Rogers (2003).	TAM/UTAUT (PEOU/EE); Estudos sobre barreiras de complexidade.
4. Adaptabilidade (<i>Reinvention</i>)	Potenciais adotantes podem adaptar/ modificar componentes periféricos para suas necessidades, mantendo o núcleo	Greenhalgh <i>et al.</i> (2004)	<i>Frameworks</i> de adaptação (<i>Intervention Mapping Adapt</i>); Estudos de adaptação cultural
5. Replicabilidade e Escalabilidade	Potencial de adaptação a outros contextos e ampliação em escala, mantendo resultados	Ben Charif <i>et al.</i> (2022)	<i>Framework OMS/ ExpandNet NASSS framework.</i>
6. Viabilidade Econômica (e Sustentabilidade Financeira)	Custos inferiores a soluções semelhantes, compatíveis com custeio do SUS, sustentabilidade financeira em longo prazo	Diretrizes de avaliação econômica no SUS	Diretrizes para Análise de Impacto Orçamentário (AIO) no SUS
7. Interdisciplinaridade e Intersetorialidade	Articulação de saberes de múltiplas disciplinas e/ou com outros setores (educação, assistência social)	Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)	Exemplos de colaboração saúde-educação-assistência social
8. Acessibilidade para Grupos Sociais Excluídos ou Marginalizados (Vulneráveis)	Promove/melhora acesso de populações vulneráveis, reduzindo iniquidades	Políticas de equidade no SUS	Estudos sobre acesso precário e grupos vulneráveis no Brasil

Fonte: elaborado pelos autores.

4.1 Detalhamento das categorias de análise

A seguir, as oito categorias de análise do projeto são detalhadas e agrupadas em três dimensões: a) econômico-financeira e de eficiência; b) organizacional e de implementação; c) e sociocultural, de equidade e colaboração.

A) *Dimensão Econômico-Financeira e de Eficiência*

- **Custo-efetividade:** avalia a relação entre os custos de uma inovação e seus resultados de saúde, sendo crucial para a alocação racional de recursos. A análise de custo-efetividade (ACE) compara custos incrementais de uma inovação com seus efeitos em saúde frente a alternativas (p. ex., redução de reinternações, melhora funcional, QALY/DALY), sendo instrumento canônico para alocação eficiente de recursos escassos (Drummond *et al.*, 2015; WHO, 2004).

No Brasil, a CONITEC utiliza análises de custo-efetividade para decidir sobre a incorporação de tecnologias no SUS, discutindo limiares para orientar essas decisões. As Diretrizes Metodológicas da CONITEC consolidam seu uso tanto para tecnologias quanto para arranjos organizacionais e de cuidado (Brasil, 2014), mas tem se prendido à análise de tecnologias e dispositivos específicos.

O recente debate sobre o “valor em saúde”, embora pretendendo introduzir uma inovação conceitual no campo da saúde, ao definir valor como resultados que importam ao paciente por unidade de custo ao longo do ciclo de cuidado (Porter; Teisberg, 2006), na verdade retoma o conceito básico de custo-efetividade sob nova roupagem. Aplica-o a um nível do sistema pouco explorado pelos estudos de custo-efetividade de tecnologias, até então centrados em tecnologias isoladas, qual seja, o nível dos processos assistenciais centrados nos pacientes. Em termos analíticos, “valor” não substitui a ACE. Antes, a incorpora. Mensurar valor requer desfechos comparáveis e custos, isto é, custo-efetividade com melhor ênfase em resultados centrados no paciente, como exemplificado a seguir:

- a) Telecardiologia: custo por caso manejado abaixo do comparador presencial quando há triagem eficaz e redução de deslocamentos (Drummond *et al.*, 2015; Brasil, 2014).
- b) Coordenação do cuidado/alta segura: reduções de readmissões traduzem-se em custos evitados e melhor custo por QALY (Berwick; Nolan; Whittington, 2008; Porter; Teisberg, 2006).
- c) IA em fluxos diagnósticos: ganhos de acurácia e tempo-para-decisão podem melhorar a razão custo/resultado (Drummond *et al.*, 2015; WHO, 2004).

- **Viabilidade econômica (e sustentabilidade financeira):** foca no impacto orçamentário e na exequibilidade financeira da inovação dentro das restrições do SUS. Uma inovação pode ser custo-efetiva, mas inviável se seu custo total for proibitivo. Essa categoria analisa se os custos são compatíveis com os padrões de custeio e se a inovação é sustentável em longo prazo.

B) ***Dimensão Organizacional e de Implementação***

- **Nível organizacional da inovação:**

A análise das inovações em saúde exige a compreensão dos diferentes níveis organizacionais em que elas ocorrem, o que permite situar a natureza, a abrangência e os impactos potenciais de cada processo inovador. Essa categoria busca identificar o *locus* de ocorrência da inovação, distinguindo-o entre os níveis macro, meso e micro. No nível macro situam-se as políticas públicas, a regulação estatal, os modelos de financiamento e as diretrizes estratégicas que orientam os sistemas de saúde como um todo (WHO, 2002). O nível meso corresponde às organizações ou redes interorganizacionais - hospitais, clínicas, sistemas regionais e arranjos de governança - nas quais a inovação se estrutura e se institucionaliza (Greenhalgh *et al.*, 2004). Já o nível micro refere-se ao cotidiano do cuidado, às práticas clínicas, aos fluxos de trabalho, à interação direta entre profissionais de saúde e pacientes, bem como às dinâmicas das equipes multiprofissionais (Smith *et al.*, 2019).

O valor dessa classificação reside em permitir que a inovação seja entendida como fenômeno multinível, que não pode ser reduzido a apenas um de seus estratos. Conforme defendem Flessa e Huebner (2021), compreender a inovação em saúde requer atenção simultânea às dimensões macro, meso e micro, dado que cada uma impõe condicionantes e possibilidades distintas para sua adoção e sustentabilidade. O alinhamento entre esses níveis é determinante: adaptações locais no nível micro, quando não sustentadas por políticas estruturais e condições organizacionais adequadas, tendem a gerar apenas efeitos transitórios e, em muitos casos, inviabilizam a consolidação da inovação no médio prazo (Lyng *et al.*, 2021). Esse mesmo raciocínio se aplica ao processo de definição de prioridades, pois a incorporação de novas tecnologias e práticas exige a articulação entre os mecanismos macro de regulação e financiamento e os arranjos meso de governança organizacional, sem os quais não é possível assegurar sustentabilidade (Barasa *et al.*, 2015).

Diversos modelos teóricos e *frameworks* reforçam a importância dessa análise multinível. O modelo de difusão de inovações em serviços de Greenhalgh *et al.* (2004) evidencia como fatores como cultura, contexto organizacional e capacidades institucionais determinam

sua adoção. O *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR), proposto por Damschroder *et al.* (2009), sistematiza dimensões externas (macro) e internas às organizações (meso) e relacionadas à intervenção e aos indivíduos (micro). Mais recentemente, o modelo *Non-adoption, Abandonment, Scale-up, Spread and Sustainability* (NASSS), de Greenhalgh *et al.* (2017), amplia a análise ao incorporar a complexidade das tecnologias e de seus processos de implementação, ressaltando que barreiras e facilitadores podem variar substancialmente em cada nível. Chaudoir *et al.* (2013), por sua vez, ao revisar medidas de implementação, demonstram que os construtos organizacionais (meso) são os que mais dispõem de instrumentos validados para avaliação, em contraste com dimensões do nível estrutural (macro) e individual (micro).

Na AES, o uso dessa categoria é particularmente relevante para compreender processos de incorporação tecnológica e reorganização assistencial. A implementação de prontuários eletrônicos, por exemplo, envolve normativas nacionais de interoperabilidade e padrões técnicos no nível macro, modelos de governança de TI hospitalar no nível meso e, finalmente, a aceitação e adaptação às rotinas clínicas por parte dos profissionais no nível micro. Da mesma forma, a expansão da telemedicina depende da regulamentação do teleatendimento (macro), da integração em fluxos clínicos e logísticos das instituições (meso) e da adesão cotidiana dos clínicos às novas ferramentas (micro). No caso da coordenação do cuidado, um dos maiores desafios da Atenção Especializada, verifica-se que as normativas e incentivos para a integração dos serviços (macro) só se materializam quando traduzidos em estruturas eficazes de referência e contrarreferência (meso) que, por sua vez, se concretizam no cotidiano das práticas de comunicação entre médicos, enfermeiras e equipes multiprofissionais (micro).

Em síntese, a categoria “nível organizacional da inovação” permite não apenas identificar onde a inovação se situa, mas também relacionar sua efetividade às condições estruturais e contextuais de cada estrato do sistema de saúde. Ela evidencia que o sucesso de uma inovação não pode ser explicado isoladamente por sua efetividade clínica ou por seu custo-benefício, mas deve considerar a adequação de sua implementação e sustentação nos diferentes níveis macro, meso e micro. Assim, sua análise se articula de forma essencial com outras categorias, como custo-efetividade e valor em saúde, pois a viabilidade de uma inovação em larga escala depende diretamente de sua maturidade e de sua sustentação política, organizacional e prática (Barasa *et al.*, 2015; Greenhalgh *et al.*, 2004; Smith *et al.*, 2019).

- **Simplicidade (complexidade inversa):** refere-se à percepção de que a inovação é fácil de entender e usar. Inovações percebidas como simples têm mais chance de adoção. Alguns modelos medem essa percepção a partir de formulações como “facilidade de uso percebida”.
- **Adaptabilidade (*reinvention*):** mede a capacidade de modificar componentes periféricos da inovação para ajustá-la a contextos locais, sem comprometer seu núcleo de eficácia. Essa flexibilidade é essencial para a aceitação e sustentabilidade em diferentes cenários.
- **Replicabilidade e escalabilidade:** analisa o potencial da inovação de ser reproduzida em outros contextos (replicabilidade) e ampliada em escala (escalabilidade), mantendo sua efetividade.

Para uma análise mais rigorosa sobre a escalabilidade de inovações na saúde *frameworks* como o *OMS/ExpandNet* (WHO, 2010), o modelo *NASSS* (Greenhalgh *et al.*, 2017) e abordagens como o *RE-AIM Framework* (Glasgow; Vogt; Boles, 1999) ou o *WHO/UNICEF Implementation Guidance* (Who & Unicef, 2018) são fundamentais para planejar, implementar e avaliar o potencial de escalabilidade de inovações em saúde, considerando a complexidade dos contextos, a sustentabilidade e a disseminação em larga escala. Revisões recentes enfatizam ainda a importância de incorporar modelos híbridos de implementação (Curran *et al.*, 2012) e o uso de *Implementation Mapping* (Fernandez *et al.*, 2019) para alinhar intervenções à prática real, fortalecendo o potencial de escalabilidade e adaptação local.

C) **Dimensão Sociocultural, de Equidade e Colaboração**

- **Acessibilidade para grupos sociais excluídos ou marginalizados (vulneráveis):** avalia se a inovação contribui para reduzir iniquidades no acesso e nos resultados de saúde para populações vulneráveis. É um componente crítico na avaliação do potencial de impacto de uma inovação em saúde, especialmente quando se trata de iniquidades estruturais. Estudos mostram que fatores como como raça/cor, território, gênero, renda e escolaridade estão fortemente associados a barreiras de acesso e a piores resultados em indicadores de saúde, tornando essencial que as inovações sejam desenhadas com foco na equidade (Marmot *et al.*, 2008).

Recomenda-se que inovações tecnológicas ou organizacionais incorporem o princípio da **equidade interseccional** desde o desenho, considerando determinantes sociais e contextos locais (Solar; Irwin, 2010). Ferramentas como a **Health Equity Impact Assessment (HEIA)** (Ontario Ministry of Health, 2012) e guias da **OMS sobre Equidade em Saúde** (WHO, 2021) orientam práticas para identificar e mitigar impactos desiguais. Além disso, abordagens participativas que envolvem comunidades vulnerabilizadas

no codesenho e na implementação podem ampliar a legitimidade e a efetividade das soluções (Cargo; Mercer, 2008). Assim, avaliar o grau em que uma inovação contribui para melhorar a acessibilidade de grupos vulneráveis é essencial para que ela não reproduza ou amplifique desigualdades existentes.

- **Interdisciplinaridade e intersetorialidade:** analisa a articulação de saberes de múltiplas disciplinas e a colaboração com outros setores (educação, assistência social) para uma abordagem mais integral da saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) incentiva essa prática, que é crucial para lidar com os determinantes sociais da saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A transformação da Atenção Especializada em Saúde (AES) é um passo fundamental para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), e a inovação se apresenta como um motor indispensável nesse processo. O Projeto Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde (AES) Minas Gerais propõe um referencial analítico que organiza e qualifica a análise da inovação, organizando-a em categorias de avaliação, dimensões e áreas estratégicas, o que facilita a compreensão do papel e impacto de cada inovação no contexto do SUS.

As categorias de avaliação são os critérios que permitem analisar o “como” e o “porquê” uma inovação pode ser bem-sucedida. São oito categorias que formam um *framework* robusto para examinar os atributos intrínsecos da inovação e sua adequação ao contexto de saúde, garantindo uma avaliação multidimensional.

Essas categorias ainda podem ser organizadas em dimensões que ajudam a enfocar diferentes aspectos dos processos e resultados das inovações, como dimensões econômicas, organizacionais, sociais e técnicas. Essa organização permite uma análise mais clara, indicando onde estão as forças e os desafios da inovação. Além do “como” e do “porquê”, o *framework* indica “onde” a inovação pode gerar maior impacto. As áreas estratégicas são os setores ou aspectos do SUS onde a inovação é mais necessária, podendo ser foco de investimentos e de avaliação de políticas públicas, por exemplo:

- a) Gestão e governança: inovações que aprimoram a organização, transparência e eficiência da gestão pública na saúde.
- b) Atendimento e cuidado ao paciente: soluções que melhoram a qualidade, acesso e equidade dos serviços prestados.

- c) Tecnologia e infraestrutura: adoção de tecnologias que modernizam o sistema, sem perder o foco na humanização e na equidade.
- d) Formação e capacitação: inovações em educação e treinamento para os profissionais de saúde.
- e) Integração e coordenação do cuidado: abordagem que organiza os diferentes níveis e serviços para um atendimento contínuo e eficaz.

A aplicação contínua e sistemática desse referencial permite que decisões de investimento e políticas públicas sejam orientadas não apenas pela novidade ou pela tecnologia em si, mas principalmente pelo valor que a inovação pode trazer em termos de eficácia, equidade, eficiência e sustentabilidade. Além disso, permite que gestores, profissionais e pesquisadores trabalhem alinhados, compartilhando um vocabulário e critérios claros para avaliação.

Por fim, é importante destacar que a inovação na AES não deve ser um fim em si mesmo, mas um meio para alcançar um sistema de saúde mais justo, resolutivo e humanizado. As categorias de análise funcionam como uma bússola para assegurar que o processo de inovação atenda aos princípios do SUS, promovendo benefícios reais e ampliando o acesso e a qualidade do cuidado para todos os cidadãos. A transformação da Atenção Especializada em Saúde é um imperativo para o fortalecimento do SUS, e a inovação surge como um motor essencial nesse processo. A análise detalhada das categorias propostas pelo *Projeto de Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde em Minas Gerais* oferece um caminho para qualificar a identificação, avaliação e disseminação de experiências que possam, de fato, agregar valor ao sistema.

A aplicação consistente desse referencial pode qualificar a tomada de decisão em todos os níveis de gestão, orientando investimentos para soluções que sejam não apenas eficazes, mas também equitativas, eficientes e sustentáveis. Recomenda-se que gestores utilizem as categorias para formular editais e avaliar propostas, que profissionais as usem para analisar criticamente suas práticas; e que pesquisadores as adotem para aprofundar o conhecimento sobre inovação no SUS.

Em última análise, o objetivo da inovação na AES não é a tecnologia pela tecnologia, mas a busca por um sistema de saúde mais equânime, resolutivo e humano. As categorias de análise, ao promoverem uma avaliação multidimensional e crítica, servem como uma bússola nessa jornada, garantindo que os benefícios alcancem todos os cidadãos, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

BARASA, E. *et al.* Setting healthcare priorities at the macro and meso levels: A framework for evaluation. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 4, n. 11, p. 719-732, 2015. Disponível em: https://www.ijhpm.com/article_3096.html Acesso em: 25 jul. 2025.

BEN CHARIF, A *et al.* Tools for assessing the scalability of innovations in health: a systematic review. **Health Research Policy and Systems**, v. 20, p. 34, 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/359440729_Tools_for_assessing_the_scalability_of_innovations_in_health_a_systematic_review Acesso em: 25 jul. 2025.

BERWICK, D.M.; NOLAN, T.W.; WHITTINGTON, J. The triple aim: Care, health, and cost. **Health Affairs**, v. 27, n. 3, p. 759–769, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/5376537_The_Triple_Aim_Care_Health_and_Cost Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agora tem Especialistas**: Ministério da Saúde lança programa para ampliar o acesso à Atenção Especializada no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Publicado em 14 mar. 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/agora-tem-especialistas> Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Diretrizes metodológicas**: análise de impacto orçamentário: manual para o sistema único de saúde. 2. ed., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_analise_impacto.pdf Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Diretrizes metodológicas**: análise de custo-efetividade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_diretriz_avaliacao_economica.pdf Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Governo Federal lança programa para zerar filas de exames, consultas e cirurgias no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Publicado em 14 mar. 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/agora-tem-especialistas/pnrf> Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS NGM/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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 201, seção 1, p. 95-97, 20 out. 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: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2. ed., Brasília, DF: Ministério

- da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf Acesso em: 25 jul. 2025.
- CARGO, M.; MERCER, S.L. The value and challenges of participatory research: strengthening its practice. **Annual Review of Public Health**, v. 29, p. 325–350, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18173388/> Acesso em: 25 jul. 2025.
- CHAUDOIR, S.R *et al.* Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. **Implementation Science**, v. 8, n. 22, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/235646627_Measuring_Factors_Affecting_Implementation_of_Health_Innovations_A_Systematic_Review_of_Structural_Organizational_Provider_Patient_and_Innovation_Level_Measures Acesso em: 25 jul. 2025.
- COSTA, L.S. Innovation in healthcare services: notes on the limits of field research. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, supl. 2, e00151915, 2016 Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/6210/13144> Acesso em: 25 jul. 2025.
- CURRAN, G.M. *et al.* Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. **Medical Care**, v. 50, n. 3, p. 217–226, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22310560/> Acesso em: 25 jul. 2025.
- DAMSCHRODER, L.J. *et al.* Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. **Implementation Science**, v. 4, n. 50, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19664226/> Acesso em: 25 jul. 2025.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Quarterly**, v. 44, n. 3, p. 166–203, 1966. Disponível em: <https://www.milbank.org/quarterly/articles/evaluating-the-quality-of-medical-care/> Acesso em: 25 jul. 2025.
- DRUMMOND, M.F. *et al.* **Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes**. 4. ed. Oxford: Oxford University Press, 2015. Disponível em: <https://repository.chds.hsph.harvard.edu/repository/2613/> Acesso em: 25 jul. 2025.
- EXPANDNET; WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Nine steps for developing a scaling-up strategy**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: https://cquin.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2018/07/WHO_nine_steps_for_developing_a_scalingup_strategy_who_2010.pdf Acesso em: 25 jul. 2025.
- FERNANDEZ, M.E., *et al.* Implementation mapping: Using intervention mapping to develop implementation strategies. **Front Public Health**, v. 18, n. 7, p. 158, jun. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31275915/> Acesso em: 25 jul. 2025.

FERREIRA, V.R.S. *et al.* Inovação em serviços de saúde no Brasil: análise dos casos premiados no Concurso de Inovação na Administração Pública Federal. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 5, p. 1207-1227, 2014. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/33357> Acesso em: 25 jul. 2025.

FLESSA, S.; HUEBNER, C. Innovations in health Care: A conceptual framework. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 19, p. 10026, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34639328/> Acesso em: 25 jul. 2025.

GLASGOW, R.E.; VOGT, T.M.; BOLES, S.M. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 9, p. 1322-1327, 1999. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/12824646_Evaluating_the_Public_Health_Impact_of_Health_Promotion_Interventions_The_RE-AIM_Framework Acesso em: 25 jul. 2025.

GREENHALGH, T. *et al.* Beyond adoption: A new framework for theorizing and evaluating nonadoption, abandonment, and challenges to the scale-up, spread, and sustainability of health and care technologies. **Journal of Medical Internet Research**, v. 19, n. 11, e367, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29092808/> Acesso em: 25 jul. 2025.

GREENHALGH, T. *et al.* Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. **Milbank Quarterly**, v. 82, n. 4, p. 581-629, 2004. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2690184/> Acesso em: 25 jul. 2025.

INNOVATIVE GENOMICS INSTITUTE. **CRISPR Clinical Trials: A 2024 Update**. Berkeley, CA: Innovative Genomics Institute, 2024. Publicado em 24 abr. 2024. Disponível em: <https://innovativegenomics.org/news/crispr-clinical-trials-2024/> Acesso em: 25 jul. 2025.

JUMPER, J. *et al.* Highly accurate protein structure prediction with AlphaFold. **Nature**, v. 630, p. 493-500, 2024. Disponível em: <https://medium.com/@samaniloqman91/highly-accurate-protein-structure-prediction-with-alpha-fold-9e4cc8b6c692> Acesso em: 25 jul. 2025.

LUNDVALL, B.-Å. (org.). **National systems of innovation**. London: Pinter, 1992. Disponível em: <https://zepkaadm.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/12/lundvall-2007-traduzido-zepka-docx11111.pdf> Acesso em: 25 jul. 2025.

LYNG, H.B. *et al.* Balancing adaptation and innovation for resilience in healthcare: a metasynthesis of narratives. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34332581/> Acesso em: 25 jul. 2025.

MARMOT, M. *et al.* Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. **The Lancet**, v. 372, n. 9650, p. 1661-1669, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18994664/> Acesso em: 25 jul. 2025.

MCCULLOCH, P. *et al.* No surgical innovation without evaluation: the IDEAL recommendations. **The Lancet**, v. 374, n. 9695, p. 1105–1112, 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673609611168> Acesso em: 25 jul. 2025.

MCKINSEY & COMPANY. **The economic potential of generative AI**: The next productivity frontier. [S.l.]: McKinsey & Company, 2023. Publicado em 14 jun. 2023. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/business%20functions/mckinsey%20digital/our%20insights/the%20economic%20potential%20of%20generative%20ai%20the%20next%20productivity%20frontier/the-economic-potential-of-generative-ai-the-next-productivity-frontier.pdf> Acesso em: 25 jul. 2025.

NORI, H. *et al.* Sequential diagnosis with language models. **Semantic Scholar**, [S.l.], v. 1, 2025. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/reader/b60ecf65d72ebfd956730de90869452d-4d00524bem>: 25 jul. 2025.

ONTARIO MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE. **Health Equity Impact Assessment (HEIA) Tool**. Toronto: Queen's Printer for Ontario, 2012. Disponível em: <https://nccdh.ca/resources/entry/health-equity-impact-assessment-heia-tool> Acesso em: 25 jul. 2025.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD); EUROSTAT. **Manual de Oslo**: Diretrizes para Coleta e Interpretação de Dados sobre Inovação. 3. ed., Brasília, DF: FINEP, 2005. Disponível em: <https://repositorio.mcti.gov.br/handle/mctic/5410> Acesso em: 25 jul. 2025.

PORTER, M.E.; TEISBERG, E. O. **Redefining health care**: Creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/5144286_Redefining_Health_Care_Creating_Value-Based_Competition_on_Results Acesso em: 25 jul. 2025.

ROGERS, E.M. **Diffusion of innovations**. 5. ed., New York: Free Press, 2003. Disponível em: <https://www.amazon.com.br/Diffusion-Innovations-5th-Everett-Rogers/dp/0743222091> Acesso em: 25 jul. 2025.

SMITH, T. *et al.* A study of macro-, meso- and micro-barriers and enablers for participation in clinical education. **BMC Nursing**, v. 18, n. 1, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/332155736_A_study_of_macro-_meso-_and_micro-barriers_and_enablers_affecting_extended_scopes_of_practice_The_case_of_rural_nurse_practitioners_in_Australia Acesso em: 25 jul. 2025.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva: WHO, 2010. (Social Determinants of Health Discussion Paper 2). Disponível em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/SDH_conceptual_framework_for_action.pdf Acesso em: 25 jul. 2025.

TOPOL, E.J. High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. **Nature. Medicine**, v. 25, n. 1, p. 44-56, 2019. Doi: 10.1038/s41591-018-0300-7. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41591-018-0300-7>. Acesso em: 25 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Innovative care for chronic conditions**: building blocks for action. Geneva: WHO, 2002. 112 p. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6147890/> Acesso em: 25 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Nine steps for developing a scaling-up strategy**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <https://ncois.org.au/resources/nine-steps-for-developing-a-scaling-up-strategy/> Acesso em: 25 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNICEF. **A vision for primary health care in the 21st century**: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/items/8214e9f3-c961-462c-ae9b-690320ef816b> Acesso em: 25 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) WORLD BANK. **The economics of priority setting for health care**: a review of the literature. Washington, DC: World Bank, 2004. (HNP Discussion Paper). Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/3eca9266-39b3-502f-9abc-bd41f4fe16e5> Acesso em: 25 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on social determinants of health equity**. Geneva: World Health Organization, 2025. ISBN 978-92-4-010758-8. Disponível em: <https://www.medbox.org/document/world-report-on-social-determinants-of-health-equity> Acesso em: 25 jul. 2025.

A busca da integralidade do cuidado em saúde - análise das experiências e das ferramentas utilizadas na construção das linhas de cuidado

*ROSELI DA COSTA OLIVEIRA
ERNESTO AZEVEDO*

1. INTRODUÇÃO

Este capítulo propõe discutir as dificuldades encontradas no Sistema Único de Saúde (SUS) para o alcance de um de seus princípios mais caros: a integralidade. Pretende abordar, também, as ferramentas que vêm sendo construídas por pensadores e agentes da área da saúde, que enfrentam esses desafios no seu cotidiano.

Outro ponto que será tratado aqui é selecionar, das experiências apresentadas ao Projeto Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde (AES), elementos que indiquem caminhos que contribuam para a construção da integralidade e como se utilizam de ferramentas que possam transformar as diretrizes e propostas contidas na Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) do Ministério da Saúde, em novas práticas que abram perspectivas animadoras para o fazer dos trabalhadores e para a vida dos usuários.

Para desenvolver esse conteúdo, faz-se essencial discutir os conceitos polissêmicos que dão sentido à palavra **integralidade**.

Pinheiro e Mattos (2009) fazem esta pergunta:

O que é integralidade? Diríamos que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de

suas instituições e de suas práticas que são consideradas, por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Toda imagem-objetivo tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da Realidade (Pinheiro; Mattos, 2009, p. 45).

Seguindo nessa mesma direção, de não propor uma definição precisa para a integralidade, Kalichman e Ayres (2016), a colocam como um dos mais desafiadores princípios do SUS na sua construção.

É ele que diz respeito diretamente à forma dos serviços se organizarem, envolvendo os saberes de profissionais, de usuários e da comunidade, buscando amalgamar, nos planos da gestão e da assistência, a qualidade técnica do trabalho ao sentido político de direitos e cidadania envolvidos na construção de um cuidado efetivo à saúde. (...) Por outro lado, e pelo fato mesmo de ser uma construção em devir, uma experiência produzida em ato no processo de consolidação do SUS, ele não se deixa apreender completamente por qualquer tentativa de definição precisa, *a priori* e definitiva, mas comporta-se antes como um horizonte de diálogo (Kalichman; Ayres, 2016, p. 2).

Cecílio e Merhy (2003) abordam o princípio da integralidade como eixo da gestão hospitalar:

Partindo do senso comum e correndo o risco de uma tautologia, poderíamos dizer que a atenção integral de um paciente no hospital seria o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto, integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por um certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares (Cecílio; Merhy, 2003, p. 1).

Importante dizer que, a princípio, os próprios autores consideram essa definição razoável, mas não suficiente. Isso porque a integralidade aqui é vista de um ponto que é o cuidado ao usuário no próprio hospital, e outro ponto é o hospital como parte de um sistema de saúde, de uma rede de serviços.

A partir das referências citadas, entendemos que a integralidade é o resultado de múltiplos construtos, que não são engendrados somente pelos serviços, mas pelo diálogo que pode ser produzido por gestores, trabalhadores e usuários, quando a democracia é exercida na gestão da rede de saúde.

Mostraremos, a seguir, algumas ideias sobre os acúmulos que vêm sendo construídos no Brasil, na produção de arranjos assistenciais que buscam construir caminhos rumo à integralidade.

2. MODELOS DE ATENÇÃO E TRANSIÇÃO PARA A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO BASEADO EM CONDIÇÕES DE SAÚDE

O movimento de transformação dos modelos de atenção em saúde é um processo contínuo e determinado por múltiplos fatores que incluem questões intrínsecas à organização da atenção à saúde, seja em seus aspectos epidemiológicos, estruturais ou de gestão.

Ainda que, em regra, não haja paralisia, posto que a realidade é dinâmica, a efetivação e a percepção de mudanças são sempre paulatinas e sua velocidade diretamente influenciada por aspectos políticos, socioeconômicos e culturais, presentes nos territórios e pelos agentes que as observam. Além disso, é importante compreendermos que os modelos de cuidado são desenhos teóricos de referência que não existem de forma única ou isolada. Na prática, o que temos são arranjos assistenciais que acomodam diferentes proposições de cuidado em um mesmo espaço de prática.

Ao longo do tempo, ao entendimento de que a saúde é equivalente exclusivo da ausência de doença, com abordagem focalizada em intervenções médicas para o diagnóstico e tratamento de doenças específicas, foi incorporada a compreensão de que a saúde é resultante da interação de fatores biopsicossociais. A ideia de que era importante não apenas cuidar da doença, mas também prevenir sua ocorrência ou preferencialmente promover saúde, fortaleceu o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde e a perspectiva de que a saúde deve ser abordada de maneira integral e multidisciplinar, centrada nas necessidades em nível individual e coletivo.

Mais recentemente, especialmente no final do século XX, foi fortalecida a necessidade de se garantir acesso a um cuidado integral, resolutivo, longitudinal e coordenado. O processo de transição epidemiológica observado em nível global, com aceleração do envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas, exigia - e exige - cada vez mais esforço para disponibilizar e concatenar diversas ações e intervenções em diferentes pontos do sistema. Esse cenário alavancou a utilização de desenhos de fluxos assistenciais, organizados para dar visibilidade à abordagem de condições específicas, em especial condições crônicas, visando melhorar a qualidade, a coordenação e a eficiência assistencial: as linhas de cuidado (Nolte; Mckee, 2008).

Determinados pela transformação da realidade, segundo diferentes conjunturas e fatores contextuais, os sistemas de saúde seguiram se reorganizando para a definição de fluxos assistenciais integrados, combinando e ajustando arranjos corporativos e institucionais

com as necessidades dos seus usuários, como ser social, usuário e consumidor dos serviços de saúde. Nesse sentido, a participação direta dos indivíduos na decisão e na condução do plano de cuidado, assim como a preocupação com a sua experiência nesse processo, é elemento fundamental desse modelo de atenção à saúde.

Assim, em vários pontos do mundo, incluindo o Brasil, a organização do cuidado se expande para a proposta de uma lógica de redes de cuidado integradas, como estratégia para garantia de acesso coordenado e longitudinal aos diferentes níveis de atenção à saúde, colaborando para superar a fragmentação do cuidado e a ocorrência de vazios assistenciais (Mendes, 2011; Tofani, 2021).

Segundo o *Institute for Health Improvement* (IHI), um sistema de saúde deve buscar o chamado “triplo objetivo”, que engloba a melhoria contínua na saúde das populações, ao mesmo tempo em que tenta aprimorar a experiência vivida pelos indivíduos no processo de cuidado e reduzir o custo dos cuidados de saúde. Para alguns, esse conceito necessitaria ainda adotar a visão, igualmente importante, de também se ter o foco no bem-estar dos trabalhadores da saúde (quádruplo objetivo) e na equidade (quíntuplo objetivo), sem o que ficaria muito difícil alcançar os demais objetivos postos (Mate, 2022).

Portanto, um modelo de cuidado em saúde deve também desenvolver ambientes de trabalho saudáveis, onde os trabalhadores se sintam valorizados, seguros e respeitados. É igualmente importante desenvolver mecanismos e programas educacionais que aprimorem a capacidade técnica do conjunto dos profissionais de saúde atuando em áreas assistenciais e gerenciais.

Atualmente, a lógica de organização do cuidado pressupõe desenvolver e integrar elementos que contribuam para a qualidade da atenção, centrada na necessidade dos usuários e considerando a participação ativa de todos os envolvidos na construção do cuidado. Nesse processo, o uso racional e adequado dos recursos envolvidos é responsabilidade compartilhada entre todos os sujeitos, de forma a reduzir redundâncias e desperdícios, contribuindo para mais eficiência assistencial e sustentabilidade do sistema, sem prejuízo da qualidade da atenção ofertada (*Institute of Medicine* - IOM, 2000; WHO, 2008).

O modelo de organização do cuidado baseado em condições, em diferentes formatos, segue sendo transformado sob a influência dos novos elementos da vida contemporânea. Assim, as novas tecnologias advindas da transformação digital e o uso crescente da inteligência artificial têm sido rapidamente incorporados ao processo de cuidado, com o objetivo de ampliar o acesso e qualificar o processo assistencial, tornando-o mais

eficaz, eficiente, participativo e melhorando também a sustentabilidade do sistema (Porter; Teisberg, 2006; Wiersema; Bresse; Van der Nate, 2023).

É fundamental destacar que, paralelamente à transformação da organização do cuidado, e até como forma de sustentar e alavancar esse processo de mudança, também houve uma evolução dos modelos de pagamento em saúde. Ao pagamento baseado exclusivamente na execução do procedimento, largamente conhecido como *Fee-for-Service*, foram sendo progressivamente agregados, em maior ou menor grau, a depender dos objetivos e interesses dos envolvidos, outros formatos de remuneração como o pagamento por episódios de cuidado e o pagamento global. O pagamento por *performance* (P4P) também tem sido bastante utilizado em associação aos diferentes modelos de pagamento, funcionando como um incentivo para o alcance de melhores resultados pactuados entre o prestador e o pagador, sejam eles relacionados ao acesso, produção ou qualidade assistencial (Chernew; Heath, 2020).

Cumprе ressaltar que, independentemente do grau de desenvolvimento ou maturidade dos modelos de organização do cuidado, incluindo também os formatos de remuneração associados, os diferentes modelos de atenção à saúde podem e efetivamente devem coexistir de acordo com a capacidade e objetivos da gestão nos mais variados contextos epidemiológicos e político-institucionais da saúde.

3. AS LINHAS DE CUIDADO COMO ESTRATÉGIA PARA A ORGANIZAÇÃO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Podemos dizer que linha de cuidado é um termo polissêmico, para o qual não há na literatura um conceito único ou definitivo. De um lado, há a perspectiva de que apenas a aplicação de um protocolo assistencial em um estabelecimento de saúde possa ser denominada de linha de cuidado. Por outro lado, há o entendimento de que uma linha de cuidado deve ir bem além e garantir também a transição e coordenação do cuidado entre diferentes espaços assistenciais e níveis de atenção.

Ainda que uma linha de cuidado seja desenvolvida para “traduzir” e operacionalizar as recomendações de diretrizes clínicas cientificamente sustentadas, agilizando o processo assistencial de uma condição ou segmento populacional específico, ela não deve ser entendida como a adoção simples e rígida de um protocolo ou rotina. Trata-se de um processo dinâmico que considera e facilita a comunicação entre todos os sujeitos

envolvidos no cuidado – profissionais de saúde, usuários, familiares – dentro de uma estrutura e contexto de práticas específicas.

De forma mais consensual, a linha de cuidado refere-se às estratégias definidas para a organização do cuidado em saúde de forma longitudinal e busca articular a padronização de abordagens técnicas a respeito de uma condição de saúde ou grupo populacional específico, dentro de uma instituição ou rede de serviços de saúde, organizando e coordenando as intervenções em diferentes pontos de atenção dessa rede, para garantir a continuidade e a integralidade do cuidado ao longo de um tempo definido. Portanto, traz no seu cerne a ideia de uma abordagem multidisciplinar para a superação da fragmentação do processo de cuidado, definindo os fluxos e ações de saúde cientificamente embasadas, dentro de uma estrutura de serviços institucionalmente relacionados, que usem os recursos disponíveis de forma adequada, resultando em mais efetividade e eficiência ao longo do itinerário do paciente.

Mesmo que desenhada para uma condição específica ou segmento populacional, uma linha de cuidado, na lógica do cuidado centrado na pessoa, deve também valorizar as particularidades e o contexto individual, reconhecendo os direitos do cidadão sobre o seu corpo e sua saúde e sua participação e de seus familiares no processo de decisão e condução do seu plano de cuidado.

Nesse sentido, as linhas de cuidado existem para produzir uma atenção tecnicamente qualificada sobre uma condição específica, organizando e coordenando o cuidado de forma integral, para que alcance desfechos adequados às necessidades das pessoas, a partir de um cuidado seguro e que melhore a experiência do usuário.

A escolha de uma condição clínica a ser abordada por uma linha de cuidado deve, idealmente, observar alguns aspectos para que consiga efetivamente impactar do ponto de vista clínico e operacional. Isso inclui considerar a relevância clínico-social e epidemiológica do objeto e seu potencial de produzir desfechos positivos na perspectiva do paciente e os seus possíveis benefícios para a rede de serviços de saúde, com suas contribuições para o melhor engajamento e mais satisfação dos profissionais de saúde, e para o uso adequado de recursos, diminuindo desperdícios e melhorando a relação custo-benefício do processo assistencial envolvido. Obviamente, o alinhamento com as políticas de saúde e diretrizes estratégicas das instituições envolvidas é também fundamental na escolha e definição das linhas de cuidado a serem implementadas em um sistema de saúde.

A fim de permitir mais profundidade, a linha de cuidado não deve procurar abordar uma especialidade médica e sim uma condição clínica específica, que tenha um mínimo de previsibilidade do ponto de vista da sua evolução e possua volume de demanda suficiente para se configurar como um esforço institucional relevante. Por exemplo, uma linha de cuidado em Ortopedia seria por demais ampla, dada a enormidade de condições e procedimentos que podem acometer segmentos populacionais muito distintos e demandar abordagens totalmente diversas. Haveria mais sentido em elaborar uma linha de cuidado para abordar a dor lombar em adultos jovens. Essa delimitação traria muito mais coerência no mapeamento das evidências de boas práticas e recomendações clínicas relacionadas às expectativas de desfechos nesse segmento populacional, bem como do adequado uso dos recursos necessários para a abordagem dessa condição específica, dentro do cenário assistencial em que ela será desenvolvida.

Ressalta-se que é preciso atentar para o fato de que a existência de equipe profissional com expertise e interesse na condição clínica considerada, bem como a existência de uma estrutura física de serviços de saúde condizente com as boas práticas cientificamente sustentadas para a abordagem de tal condição, é elemento necessário para a implementação de uma linha de cuidado. Tais elementos, se já presentes no momento de sua elaboração, irão agilizar, significativamente, a capacidade de operacionalização e desenvolvimento dessa linha de cuidado.

Definida uma condição clínica, a proposta de uma linha de cuidado deverá ser a elaboração de um plano de cuidado multidisciplinar estruturado que envolva:

- a) A estrutura do plano de cuidado para a condição;
- b) as intervenções e atividades sequenciais e coordenadas, considerando os papéis e responsabilidades dos membros da equipe de cuidado envolvida;
- c) ferramentas para comunicação e registro das ações desenvolvidas;
- d) os objetivos e impactos desejados, incluindo o monitoramento e avaliação dos desfechos assistenciais e metas operacionais;
- e) identificação da pertinência e disponibilidade dos recursos a serem utilizados.

No processo de criação de uma linha de cuidado para uma condição específica é extremamente desejável que o planejamento realizado seja registrado em um documento de referência que explicita todas as questões citadas acima, servindo de elemento de referência para o todo o processo de elaboração e implantação da linha de cuidado

definida, lembrando mais uma vez que se trata de um processo dinâmico que necessitará ser monitorado, avaliado e ajustado conforme as necessidades percebidas.

Ao final, a implementação de linhas de cuidado como forma de organização da atenção, se realizado de forma adequada, interessa a todos os envolvidos no processo. Aos indivíduos, as linhas de cuidado oferecem a possibilidade de um cuidado qualificado, coordenado e articulado em diferentes espaços assistenciais e níveis de atenção à saúde, potencializando as possibilidades de desfechos assistenciais adequados às suas necessidades. Para os profissionais de saúde, as linhas de cuidado colaboram para a viabilização das melhores práticas como membros de uma equipe multiprofissional com expertise e recursos adequados para a abordagem de uma condição ou segmento populacional específico, favorecendo o desenvolvimento de um ambiente de trabalho mais colaborativo e saudável e com consequente aumento da satisfação profissional. Na perspectiva dos gestores, as linhas de cuidado, ao organizar fluxos e processos assistenciais, agilizando a oferta de cuidado e promovendo o uso adequado dos recursos disponíveis, possibilitam ampliar o acesso aos serviços de saúde, avançar na integralização do cuidado, melhorar a relação custo-efetividade e impactar positivamente os níveis de saúde da população coberta por essa estratégia (Brasil, 2021; *European Pathway Association* - EPA, 2025; Rotter *et al.*, 2019; Silva; Sancho; Figueiredo, 2016).

4. FERRAMENTAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE LINHAS DE CUIDADO

Como vimos, as linhas de cuidado existem para melhorar o acesso e assegurar a oferta do cuidado adequado e qualificado às necessidades de usuários com uma condição específica, de forma contínua e coordenada, em diferentes espaços assistenciais. Para isso, organizam o conjunto das ações pertinentes em diferentes pontos de atenção da rede de serviços de saúde, garantindo a continuidade e a integralidade do cuidado ao longo de um período definido.

Na implantação e desenvolvimento da linha de cuidado, a utilização de uma série de ferramentas é importante para que se cumpram os objetivos da sua proposta, tanto nos aspectos assistenciais, como também gerenciais.

Para a organização e distribuição das ações necessárias ao cuidado proposto, é preciso definir o fluxo assistencial, com a distribuição, sequência e papel assistencial dos pontos essenciais de cuidado nos quais essas ações serão realizadas, com base nas especificidades da condição ou grupo populacional da linha de cuidado. A visualização

desse desenho por meio de fluxogramas assistenciais é muito útil para dar clareza da amplitude e responsabilidades na linha de cuidado proposta. Além disso, o fluxograma facilita a referência à incorporação de outras ferramentas específicas de acordo com o ponto de atenção ou evolução do usuário na linha de cuidado.

Além da identificação dos pontos de atenção, é importante estabelecer as regras, os mecanismos e os responsáveis pela regulação do acesso, coordenação e transição de cuidado, para cada uma das etapas definidas. Os procedimentos operacionais contendo instruções dos passos necessários para que seja efetivado o acesso e garantida a realização de ações propostas são ferramentas muito úteis e servem a todos os envolvidos no processo de execução da linha de cuidado. Do ponto de vista prático, os procedimentos operacionais podem ser produzidos e disponibilizados em diferentes formatos para o uso efetivo por parte dos gestores, profissionais de saúde, trabalhadores das áreas administrativas e usuários. Eventualmente, de acordo com a sua aplicação, o formato e a linguagem desses procedimentos operacionais podem ser adaptados, segundo o público específico, para sua melhor compreensão, adesão e adequada utilização.

Outras ferramentas essenciais quando se desenvolve uma linha de cuidado são os protocolos clínicos e as diretrizes assistenciais. A adoção dessas ferramentas é fundamental para a realização de uma abordagem padronizada e para apoiar a tomada de decisões clínicas qualificadas a respeito da condição ou grupo populacional ao qual a linha de cuidado diz respeito. Apesar de ambas possuírem objetivos semelhantes, pode-se dizer que os protocolos possuem um grau de detalhamento e normatização do cuidado bem maior do que as diretrizes assistenciais. Os protocolos em geral buscam reduzida variação no cuidado, definindo os fluxos, opções de propedêutica e condutas para aquela condição de forma bem específica. A sua utilização de forma integral e absoluta é a regra, e muitas vezes obrigatória. Já as diretrizes assistenciais têm uma função mais orientadora, para apoiar o processo de decisão clínica, mas com muito mais flexibilidade para a construção e condução dos planos de cuidado. Mesmo com suas diferenças, ambas são, em tese, construídas com base em evidências científicas, e são úteis para apoiar os profissionais na tomada de decisões e na produção de um cuidado qualificado que tenha o maior potencial de alcançar os desfechos clínicos desejados (Hewitt-Taylor, 2004; Stein; Santos, 2017; *Virginia Commonwealth University* - VCU, 2025).

Na mesma perspectiva de se qualificar o cuidado, mas com o foco nas especificidades de um indivíduo ou de um grupo, está o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Ou seja, o PTS busca, a partir da discussão da equipe interdisciplinar responsável sobre um

ou mais sujeitos, propor a articulação de condutas na lógica do cuidado centrado na pessoa, adequando as ações de cuidado necessárias ao sujeito ou a um coletivo em seus respectivos contextos. Geralmente elaborado para sujeitos em situações de elevada complexidade ou necessidades específicas eleitos pela equipe responsável pelo cuidado, o projeto terapêutico singular, além da individualização do cuidado, promove a continuidade, a integralidade do cuidado e a corresponsabilização da equipe profissional e dos usuários, ao mesmo tempo em que confere mais protagonismo a esses últimos no seu processo de cuidado e recuperação da saúde.

Mais, o PTS pode ser importante ferramenta também para a organização e valorização da equipe multiprofissional, favorecendo a integração e comunicação interna e a efetiva realização de uma abordagem interdisciplinar. A melhor organização do processo de trabalho da equipe a partir do PTS, ao distribuir as responsabilidades e ações, evita ainda a duplicidade ou sobreposição de esforços e potencializa a vinculação entre a equipe profissional e os usuários (Brasil, 2007; Oliveira, 2007; Silva; Sancho; Figueiredo, 2016).

O matriciamento do cuidado é outra ferramenta que pode ser útil no desenvolvimento das linhas de cuidado. A proposta do matriciamento é reorganizar o trabalho dos profissionais de saúde, valorizando a inter-relação dialogada e responsável entre a equipe de referência no cuidado de indivíduos ou grupos com condições específicas e o conjunto de profissionais especialistas, com o compromisso formalmente estabelecido de apoiar a construção e condução desse cuidado. Não se constitui em transferência de responsabilidade sobre o cuidado de um profissional para outro. Trata-se, muito mais, de um arranjo de colaboração e aproximação entre equipes e profissionais apoiadores, que rompe a lógica hierárquica habitual de diferente autoridade e competência entre quem referencia e quem recebe um paciente encaminhado. A potência do matriciamento está na troca de saberes, constituindo-se em um mecanismo de educação e desenvolvimento profissional, ao mesmo tempo em que personaliza e qualifica os sistemas de referência e contrarreferência a partir do estabelecimento de fluxos assistenciais específicos e de mais proximidade entre os profissionais das duas pontas.

A incorporação da ferramenta de matriciamento pode trazer impacto significativo no acesso, integralidade e continuidade do cuidado. A organização dos critérios e a pactuação dos fluxos de encaminhamento permitem mais racionalidade e adequação dos encaminhamentos realizados, contribuindo para a melhor acessibilidade e uso racional dos recursos disponíveis. A aproximação e compartilhamento da responsabilidade sobre a condução do cuidado entre os diferentes profissionais facilitam a dinâmica e o

fluxo assistencial, o que pode melhorar a transição e continuidade do cuidado para os usuários, mesmo em diferentes níveis de atenção (Campos, 1999; Castro; Campos, 2016).

A comunicação e a articulação direta com as equipes de Atenção Primária são elementos de grande importância para a coordenação do cuidado nas linhas de cuidado voltadas para condições que envolvam a participação da Atenção Especializada, ainda que outras ferramentas possam colaborar nesse sentido. Para tanto, é fundamental reconhecer e estabelecer, tanto nas equipes de Atenção Primária, como nos serviços especializados, pontos focais para o acompanhamento e troca de informação sobre os usuários da linha de cuidado.

A utilização de ferramentas específicas de registro e transferência de informações de forma compartilhada, tais como prontuário eletrônico, sistemas de regulação e plataformas para reuniões virtuais, fortalece essa interação, aumenta a segurança e fluidez das informações e melhora também a capacidade de tomada de decisões pelas equipes responsáveis pelo cuidado. Assim, além dos impactos na coordenação do cuidado, a comunicação efetiva e bidirecional entre a Atenção Primária e Especializada amplia a corresponsabilização, favorecendo a integralidade, a continuidade e a resolubilidade do processo de cuidado proposto.

A navegação do cuidado é outro arranjo que colabora diretamente para a coordenação do cuidado. Originalmente criada no final do século XX como estratégia para superar barreiras não clínicas de pacientes oncológicos nos Estados Unidos, hoje a navegação de pacientes tem sido utilizada também em outras áreas, e com maior espectro de responsabilidades, em especial para acompanhamento longitudinal de pacientes com doenças crônicas.

A ideia da navegação do cuidado é garantir que o indivíduo receba o atendimento necessário, no local certo e no momento certo, de forma coordenada e contínua. Para isso, o profissional navegador desenvolve um conjunto de ações articuladas com o fluxo assistencial e plano de cuidado específico para a pessoa “navegada”, facilitando o seu percurso dentro da rede de serviços, segundo suas necessidades.

Com a navegação do cuidado é possível acompanhar o trânsito do paciente na rede de serviços e o cumprimento do plano de cuidado definido para ele. É possível, ainda, monitorar a evolução do paciente no que se refere à carga de sintomas; identificar dificuldades para adesão ao tratamento medicamentoso ou mesmo complicações ou efeitos adversos da terapêutica realizada na vida desse paciente. A depender de suas competências e habilidades profissionais, o navegador do cuidado pode orientar ações e

promover ajustes no plano de cuidado ou estabelecer contato com outros profissionais da equipe que poderão intervir ou definir as alterações na conduta para o problema ou dificuldade específica que aquele paciente apresentar.

Talvez o elemento mais essencial para a realização da navegação do cuidado seja a comunicação efetiva, tanto com a equipe de saúde, mas especialmente com o usuário. O acolhimento e a escuta ativa são fundamentais para o estabelecimento de uma relação empática e de confiança. É com base nessa relação que se torna possível oferecer mais suporte emocional e encorajar a participação ativa e segura dessa pessoa no seu plano de cuidado. Também a partir de uma relação de confiança, e com uma boa habilidade de comunicação, o profissional navegador pode contribuir bastante para a educação em saúde dos usuários e familiares. Entre suas funções, o navegador do cuidado pode fornecer ou indicar onde o indivíduo obterá informações qualificadas sobre a sua saúde. Ainda nesse sentido, o navegador do cuidado ajuda os pacientes a entenderem sua condição de saúde e seu plano de cuidado e pode auxiliar no entendimento de resultados de exames ou no esclarecimento de dúvidas a respeito da sua condição ou intervenções às quais será submetido.

É muito importante que todo o processo de navegação do cuidado, assim como toda e qualquer intervenção em saúde, seja registrado formalmente no prontuário do paciente, preferencialmente compartilhado, e idealmente em formato eletrônico, para que as informações estejam disponíveis para todos os envolvidos no processo de cuidado (Budde *et al.*, 2022; Freeman, 2012).

Apesar de não haver dependência estrita para o desenvolvimento e implementação de linhas de cuidado, os sistemas e tecnologias de informação têm sido cada vez mais utilizados para qualificar e disponibilizar, de forma ágil e segura, as informações sobre o cuidado realizado, auxiliando no planejamento e decisão, tanto em questões assistenciais como gerenciais.

Do ponto de vista assistencial, os sistemas de informação permitem o acesso rápido aos dados atualizados sobre o histórico, intervenções, exames e evolução do paciente. A depender da estruturação do sistema e da tecnologia de informação utilizada, pode haver integração com protocolos e diretrizes clínicas da linha de cuidado, favorecendo a tomada de decisão baseada em evidências. As tecnologias de informação e mesmo o uso de inteligência artificial, cada dia mais disponível e utilizada, integradas aos sistemas de informação permitem a emissão de avisos e alertas sobre o cuidado daquela pessoa específica, tais como o mapeamento da evolução do plano de cuidado; as alterações em

exames complementares; a identificação e estratificação de riscos assistenciais; o nível do alcance dos objetivos com base em indicadores e desfechos clínicos estabelecidos; e o prazo recomendado para uma nova consulta; entre outros. Tudo isso favorece a integralidade, continuidade, segurança e qualidade do cuidado nos diferentes pontos da rede de serviços de saúde.

No que se refere aos aspectos operacionais e gerenciais, os sistemas de informação e tecnologias associadas facilitam e agilizam a comunicação e troca de informação entre todos os envolvidos no cuidado, incluindo os usuários, e os processos de encaminhamento e agendamento de consultas e exames. A disponibilização de informações seguras e qualificadas também é fundamental para o monitoramento e avaliação da *performance* das equipes de saúde e os impactos da linha de cuidado para a população com uma condição específica (Brasil, 2020; Haddad; Lima, 2024).

Além de acompanhar os indicadores de desempenho e resultados assistenciais, o monitoramento e avaliação da linha de cuidado possibilita a identificação de falhas, barreiras e desperdícios no processo assistencial proposto. Isso permite melhor planejar as modificações necessárias, adequando a alocação de recursos, para entregar um cuidado seguro, oportuno, equitativo, resolutivo e custo-efetivo.

Por fim, a educação permanente se constitui como ferramenta fundamental no processo de trabalho e na construção das linhas de cuidado. Para Oliveira (2007), ela envolve mecanismos de aprendizagem significativa em trabalho como forma construtiva de reflexão permanente das práticas cotidianas dos profissionais de saúde. Envolve aprendizado compartilhado, considerando os conhecimentos anteriores e as experiências vividas pelos profissionais em processo de educação, pressupondo que esse repensar a prática possibilita mudanças nos trabalhadores e no seu modo de produzir na saúde.

5. REFLEXÃO SOBRE AS EXPERIÊNCIAS CAPTADAS NO PROJETO DE MAPEAMENTO E QUE SÃO TOMADAS NESTE CAPÍTULO COMO REFERÊNCIAS EM CONSTRUÇÕES DE LINHAS DE CUIDADO

O Projeto de Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde identificou várias experiências que, a partir da organização do cuidado baseado em condições, fortalecem a busca pela integralidade do cuidado. Algumas dessas experiências serão brevemente apresentadas a seguir.

5.1 **Regulação, matriciamento e atendimento multiprofissional em Nefrologia no município de Belo Horizonte**

Essa experiência foi uma iniciativa da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Propõe-se a organizar uma rede de cuidados aos usuários com doença renal, da rede municipal do SUS de Belo Horizonte.

A assistência especializada ambulatorial em Nefrologia a esses usuários é realizada nos seguintes serviços: Unidade de Referência Secundária Sagrada Família (URSSF), unidade própria municipal; Centro de Especialidades Médicas Norte (CEM Norte); Complexo Hospitalar São Francisco (CHSF); Hospital Santa Casa de Belo Horizonte; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais; e Hospital Universitário Ciências Médicas.

As principais motivações para a implantação da experiência foram:

- a) Qualificação dos encaminhamentos da APS para o ambulatório especializado, uma vez que muitos desses encaminhamentos não observavam os critérios clínicos estabelecidos, tendo como consequência o acesso mais demorado dos usuários em situação de mais gravidade;
- b) a necessidade de qualificar o manejo dos fatores de risco de progressão de doença renal crônica pela equipe da APS, especialmente para pacientes com taxa de filtração glomerular $> 30 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ e albuminúria $< 300 \text{ mg/g}$;
- c) garantia de atendimento multiprofissional qualificado em Nefrologia para as pessoas usuárias.

A equipe da URS Sagrada Família é responsável por 50% dos atendimentos dos usuários encaminhados à especialidade. Os usuários são tratados por equipe multiprofissional (médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social) e recebem atendimento individualizado que permite auxiliar em questões relacionadas à rede de apoio.

Os médicos nefrologistas ocupam os horários de suas agendas com atendimentos individuais, regulação dos encaminhamentos cadastrados na Central de Regulação de Consultas e apoio matricial aos médicos da Atenção Primária.

Os impactos importantes desta experiência, para os usuários, foram:

- a) Agilizar o acesso dos usuários que apresentam mais urgência/gravidade;
- b) realizar atividades de educação permanente da Atenção Primária com o apoio matricial da equipe especializada;

- c) garantir tratamento de fatores de risco de progressão da doença renal em pacientes com função renal estável.

As dificuldades identificadas pela equipe responsável por essa experiência foram:

- a) Tempo de disponibilidade de profissionais para as revisões de fila de espera na Central de Regulação;
- b) A não existência de ambulatório de equipe multiprofissional em todos os prestadores da rede;
- c) A necessidade de mensuração efetiva de resultados e indicadores de resultados da linha de cuidado como, por exemplo, o percentual de pacientes com doença renal estável em relação ao percentual de pacientes com progressão de doença renal e em relação ao percentual de pacientes com indicação de início de terapia dialítica.

Desafios apresentados pela equipe de nível Central da SMS-BH:

- a) Capacitar a Atenção Primária à Saúde (APS) para tratamento conservador de DRC com taxa de filtração glomerular (TFG) $> 30 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ e relação albumina creatinina (RAC) $< 300 \text{ mg/g}$;
- b) ampliar as atividades de matriciamento, teleconsultorias e teleconsultas, de modo a estreitar o vínculo dos especialistas com os profissionais da Atenção Primária;
- c) incentivar a integração entre os especialistas;
- d) ampliar as estratégias contínuas de revisão de filas;
- e) uniformizar condutas entre especialistas;
- f) qualificar os processos regulatórios de maneira dialogada com a rede.

A equipe do Projeto de Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde considera que essa experiência tem grande potência para a construção de linhas de cuidado de doenças crônicas, que pode ser reproduzida em outros municípios e regiões de saúde. Alguns pontos são pilares importantes na sua construção e sustentação. Entre eles, citamos:

- a) A governabilidade da gestão municipal na sua construção e efetivação, disponibilizando dados dos sistemas de informação fundamentais para embasar o cuidado e os fluxos assistenciais mais adequados a cada situação;
- b) a disponibilidade de uma equipe multiprofissional envolvida em qualificar o cuidado aos usuários e em apoiar as equipes da Atenção Primária no acompanhamento dos usuários no território;

- c) a gestão dos prestadores de serviço. Embora tenha sido referido que só um desses prestadores de serviço possui equipe multiprofissional, os demais atendem consultas de Nefrologia;
- d) e a integração entre as ações de regulação e as ações assistenciais, permitindo que a URS Sagrada Família funcione como um observatório da assistência aos usuários com doença renal no município, facilitando o aprimoramento de propostas que contribuam para a construção de novos pactos entre os níveis assistenciais, fortalecendo o cuidado em rede.

Observa-se que os agentes envolvidos nessa experiência se utilizaram de ferramentas citadas neste capítulo, como: acesso à informações do Sistema de Regulação (SISREG) e, posteriormente, do Sistema de Regulação Ambulatorial e Hospitalar (SIGRAH), acesso aos dados do prontuário eletrônico, definição de protocolos clínicos e protocolos de fluxo, matriciamento de equipes da Atenção Especializada com equipes da Atenção Primária e atividades de educação permanente.

5.2 Linhas de cuidado para doenças cardiovasculares e gastrointestinais

A experiência de implantação de linhas de cuidado para doenças cardiovasculares e gastrointestinais foi desenvolvida no Ambulatório de Especialidades da Faculdade Ciências Médicas, da Fundação Educacional Lucas Machado (FELUMA), em parceria com o gestor municipal de saúde de Belo Horizonte.

Trata-se de uma articulação trabalhada desde 2021 entre as duas instituições, visando, inicialmente, a reorganização do processo de cuidado de pacientes com condições cardiovasculares de elevada complexidade e, posteriormente, também indivíduos com doenças gastrointestinais necessitando de atendimento e cuidado especializado. A opção foi pela adoção de linhas de cuidado como modelo de atenção e estratégia de reorganização dos processos de trabalho, prevendo uma abordagem multidisciplinar centrada na pessoa e o uso mais racional de recursos. A perspectiva da proposta era de ampliação do acesso e melhoria da qualidade assistencial, fornecendo cuidado adequado, no tempo certo e priorizando aqueles com mais necessidade, integrando os diferentes serviços de saúde, independentemente de qual prestador ou nível de atenção.

O esforço para o desenvolvimento das linhas de cuidado exigiu a parceria entre as equipes técnicas e gerenciais da SMSA-BH e FELUMA, que durou cerca de um ano e foi considerada como uma etapa vital que permitiu a efetivação e sucesso da experiência. A discussão, pactuação e preparação para a implantação das linhas de cuidado envolveu as equipes gestoras, técnicos e profissionais assistenciais de ambas as instituições. Além

disso, por se tratar de uma instituição educacional, houve a necessidade de discussão e planejamento dessas mudanças também nos aspectos pedagógicos, incluindo o envolvimento e preparo do corpo docente e discente.

A preparação iniciou-se pela avaliação e revisão dos serviços e fluxos assistenciais, produzindo um novo desenho de percurso para os pacientes portadores daquelas condições específicas, para as quais foram também elaborados protocolos clínicos e procedimentos operacionais específicos. Outra etapa essencial foi o investimento no engajamento, capacitação e treinamento dos profissionais no processo de preparação para a implantação das linhas de cuidado. Um elemento adicional, considerado fundamental nesse processo, foi a parametrização dos registros e do monitoramento do paciente no prontuário eletrônico e no sistema de navegação proposto, com o objetivo de facilitar, qualificar e dar transparência ao processo de comunicação entre todos os envolvidos na nova proposta de organização do cuidado.

No fluxo idealizado, após um processo de regulação, o usuário portador de uma condição específica potencialmente elegível para ser inserido em uma das linhas de cuidado é avaliado por um médico especialista que, a partir das necessidades do indivíduo e dos protocolos clínicos específicos, definirá por sua inclusão ou não na linha de cuidado em questão. Os não elegíveis são reencaminhados, com o parecer do especialista, para seguir seu cuidado com as equipes da APS do seu território de origem. Se incluído na linha de cuidado, o usuário passará a ser acompanhado por equipe multidisciplinar em todo seu percurso assistencial, com base em protocolos clínicos e regras operacionais específicas da linha de cuidado, de forma a garantir o cumprimento de todas as etapas de cuidado, da forma mais ágil possível.

Outro aspecto a ser destacado na construção das linhas de cuidado foi a inclusão da navegação do cuidado, aqui realizado por uma enfermeira, com a responsabilidade de acompanhar e monitorar todo o percurso dos pacientes envolvidos, articulando as ações entre os diferentes pontos de atenção, realizando a busca ativa de pacientes faltantes ou com ações previstas em atraso e, assim, garantindo o cumprimento das etapas previstas para o cuidado de cada indivíduo. Além da coordenação do cuidado, a enfermeira navegadora também tem o papel de monitorar os resultados e identificar novas necessidades dos pacientes, realizando, quando necessário, ajustes no percurso e no plano de cuidado de cada indivíduo. No processo de navegação do cuidado proposto para as linhas de cuidado implementadas nessa experiência, o profissional navegador

também desempenha importante papel no esclarecimento de dúvidas e na educação para os pacientes e familiares.

Em agosto de 2022 foi implantada a Linha de Cuidado Gastrointestinal e, logo em seguida, a Linha de Cuidado Cardiovascular, em setembro de 2022. Apesar de criadas com base em grandes áreas e especialidades médicas, ambas possuem agrupamentos de doenças feitos segundo a prevalência e tendência específica de cronicidade em cada uma dessas áreas.

A Linha de Cuidado Cardiovascular foi organizada em quatro grupos: hipertensão arterial sistêmica (HAS); cardiopatias estruturais e insuficiência cardíaca; doença coronariana e arritmias; síncope e disautonomias. A Linha de Cuidado Gastrointestinal, por sua vez, foi estruturada em seis grupos: câncer colorretal; câncer gástrico e outros do sistema digestório, exceto cólon; alterações de enzimas hepáticas; doença do refluxo gastroesofágico; doença inflamatória intestinal; e doença celíaca. Para cada um dos grupos de cada linha de cuidado foi elaborado um protocolo específico para a admissão, permanência e alta, baseado em diretrizes atualizadas.

Na experiência, o desenvolvimento e implementação das linhas de cuidado procura articular e integrar o processo assistencial, fortalecendo a relação e corresponsabilização do cuidado em todos os níveis de atenção, aproximando especialmente a Atenção Primária e Secundária. O cuidado é centrado na pessoa e em suas necessidades, e não apenas na sua condição específica de saúde, ainda que essa seja um determinante maior para a construção dos planos de cuidados individuais.

A atenção individualizada é reforçada por uma abordagem multidisciplinar, na qual a equipe atua de forma coordenada para garantir o plano de cuidado definido para cada indivíduo, considerando aspectos biopsicossociais.

Na busca pela superação da fragmentação do cuidado, o indivíduo que está inserido nessas linhas de cuidado tem seu percurso assistencial continuamente acompanhado, e os serviços se organizam para oferecer respostas segundo as suas necessidades, com atenção ao seu contexto particular de vida. E sempre considerando a articulação com outros pontos de atenção e a transição do cuidado para os outros níveis de atenção.

Não podemos deixar de mencionar a importante particularidade de essa experiência ser desenvolvida em ambiente educacional, o que traz a possibilidade da formação e desenvolvimento de profissionais de saúde de diferentes áreas, de forma multidisciplinar e na perspectiva da abordagem integral da pessoa.

A experiência demonstra também a viabilidade da articulação e parceria entre gestores públicos e prestadores, mesmo de diferentes naturezas jurídicas, na abordagem de problemas e desafios da saúde coletiva.

A evolução da parceria e a implementação das linhas de cuidado favoreceram, em curto espaço de tempo, a aproximação da iniciativa com as políticas de saúde também em níveis estadual e federal. No âmbito estadual, ainda em 2023, houve a inclusão da Linha de Cuidado da HAS e do diabetes *mellitus* (DM) de alto e muito alto risco, orientada pela Resolução SES/MG nº 8.432, de 09 de novembro de 2022 (Minas Gerais, 2022). Em 2025 houve a adesão formal ao Programa Mais Acesso a Especialistas do Ministério da Saúde e a seis Ofertas de Cuidados Integrados (OCI) relacionadas às linhas de cuidado implantadas: avaliação diagnóstica do câncer colorretal; avaliação diagnóstica do câncer gástrico; avaliação em Cardiologia; avaliação inicial de síndrome coronariana crônica; avaliação diagnóstica da insuficiência cardíaca; e avaliação de risco cirúrgico.

Trata-se, portanto, de uma experiência que se destaca por sua simplicidade, na medida em que a organização do processo assistencial em linhas de cuidado, com visão da integralidade, não exige a incorporação de grandes tecnologias, sendo replicável e adaptável em cenários diversos e nos diferentes níveis de atenção, independentemente da natureza institucional.

Apesar de não haver dados específicos, há como supor a boa viabilidade e sustentabilidade econômica de iniciativas como essa, na medida em se baseiam na reorganização dos processos, sem incorporar novas etapas de cuidado. Ao evitar a redundância de ações e minimizar o desperdício a partir da alocação racional dos recursos aos cuidados efetivamente necessários, é de se esperar aumento na eficiência e impacto positivo na assistência.

Reforçamos ainda que essa experiência valoriza a abordagem interdisciplinar na troca de conhecimentos e construção de novos saberes, ao mesmo tempo em que aproxima e integra o processo educacional à realidade concreta do cuidado em saúde.

Ainda que já exitosa, há também alguns desafios observados. Um deles é a dificuldade em promover a alta dos pacientes do serviço especializado e efetivar novamente a transferência de cuidado para a APS. Esse é o chamado “efeito velcro” em que os pacientes não têm seu cuidado efetivamente transferido para a Atenção Primária e ficam eternamente “grudados” nos serviços especializados. Diferentes elementos parecem estar envolvidos, incluindo o “paternalismo” das equipes da Atenção Especializada ou a alegada baixa segurança e capacidade técnica dos profissionais da APS para o seguimento de

pacientes mais complexos. A satisfação com o cuidado prestado na linha de cuidado e o desejo dos pacientes de continuarem sendo seguidos pela equipe multiprofissional da Atenção Especializada também são fatores frequentemente citados para a permanência dos indivíduos nesse nível de atenção. Quaisquer que sejam os fatores, a lentidão e dificuldade em realizar a transição do cuidado termina por ocupar as equipes com casos que poderiam estar sob acompanhamento na APS e, assim, limitar o acesso de novos pacientes ao cuidado necessário.

Para o enfrentamento do “efeito velcro” é preciso criar alternativas que possam melhorar a capacidade resolutiva da APS nas condições abordadas pelas linhas de cuidado atuais. Além disso, o reforço da integração entre as equipes de saúde das unidades básicas e nos serviços especializados é outra medida que pode impactar positivamente na minimização desse problema. O aprimoramento dos sistemas de informação e a utilização de ferramentas que melhorem a comunicação entre as diferentes equipes, bem como com os próprios usuários, são importantes elementos para aumentar a segurança assistencial e aumentar a confiança de profissionais para o seguimento de casos mais complexos e a percepção dos pacientes de que estão sendo acompanhados de forma apropriada. A revisão e a eventual ampliação dos processos de matriciamento e navegação do cuidado também podem ser discutidas como alternativas adicionais.

Outro desafio percebido é a necessidade de que sejam mais bem estruturados e evidenciados os mecanismos de monitoramento e avaliação dos resultados reais dessa iniciativa de organização de cuidado, ao longo do tempo, e nos diferentes pontos da rede de saúde. Eles devem ser específicos em relação às condições de saúde abordadas e, ao mesmo tempo, multidimensionais, por ser essa a proposta da abordagem realizada.

Além das medidas de resultado assistencial, reportadas pelos profissionais e serviços de saúde, a adoção de ferramentas que utilizem a perspectiva dos usuários na avaliação não só dos desfechos clínicos, mas também da experiência dos usuários, pode ser uma ótima oportunidade, ainda mais considerando o ambiente docente-assistencial onde essa iniciativa está sendo implementada.

A experiência de desenvolvimento e implementação de linhas de cuidado, nas condições selecionadas pela FELUMA em parceria com a PBH, apresenta uma estratégia viável para a ampliação do acesso para pacientes com doenças prevalentes e alto potencial de cronicidade e complexidade. A proposta de construção de um cuidado contínuo, centrado na pessoa, considerando seu contexto específico, baseado em protocolos clínicos e operacionais que vislumbram a oferta de um percurso assistencial seguro e

qualificado, de forma articulada e integrada nos diferentes níveis de atenção, é uma fonte de inspiração para gestores e prestadores da saúde no Brasil.

5.3 Laboratório de cuidados de crônicos em rede

A experiência denominada Laboratório de Cuidados de Crônicos em Rede, desenvolvida no Hospital Dilson Godinho, mantido pela Fundação Dilson de Quadros Godinho, e que propõe a superação da fragmentação do cuidado de pessoas portadoras de doenças crônicas e a construção de um processo de cuidado integral, foi outra iniciativa inovadora selecionada pelo projeto de Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde.

A Fundação Dilson de Quadros Godinho é uma instituição filantrópica de saúde localizada no município de Montes Claros (MG), com foco na atenção de média e alta complexidade, especialmente nas áreas de Oncologia, Nefrologia e Cardiologia, constituindo-se em referência regional para uma população de mais de dois milhões de habitantes. Seu principal equipamento é o Hospital Dilson Godinho, com sede em Montes Claros (MG). A Fundação possui também unidades para atendimento especializado em Nefrologia e Oncologia nos municípios mineiros de Brasília de Minas, Pirapora e Salinas.

A proposta dessa experiência surgiu a partir da percepção da necessidade de superar a fragmentação, a dificuldade de fazer a transição do cuidado e a descontinuidade do cuidado após a alta observada em relação aos pacientes portadores de doenças crônicas atendidos na instituição. O compromisso de reduzir as filas e ampliar o acesso aos serviços de Atenção Especializada foi outro elemento que motivou a construção de um novo modelo de gestão do cuidado, focado na melhoria do cuidado em rede para esses pacientes.

A estratégia adotada baseou-se no estabelecimento de um Núcleo de Gestão do Cuidado de Crônicos em Rede, com a atribuição de rever os fluxos assistenciais e implementar um novo modelo de cuidado centrado na pessoa, que implicava o mapeamento e compreensão de toda a jornada do paciente, e não apenas da etapa de cuidados intra-hospitalares. Outros elementos que foram fortalecidos nessa nova modelagem foram a gestão e a coordenação do cuidado com foco na alta segura e a acentuada eficiência dos processos de regulação interna por intermédio do Núcleo Interno de Regulação (NIR).

Para a implementação, a equipe de coordenação investiu em uma metodologia de inovação aberta. A inovação aberta, ao estimular um processo de criação participativo, com transparência e colaboração entre diferentes atores, tanto internos quanto externos

à instituição, acelera o desenvolvimento de soluções adequadas às necessidades e contextos específicos, favorecendo também a compreensão e engajamento de todos os envolvidos nesse processo de transformação de suas práticas.

Para a qualificação da gestão e coordenação do cuidado foi criado o “Serviço Bem Cuidar”, que conta com um time de profissionais dedicados à realização de uma alta segura, que permita adequada transição do cuidado e garanta a continuidade da atenção aos pacientes após sua alta hospitalar. A equipe do “Serviço Bem Cuidar” conta com membros da gestão do hospital, assistente social, enfermeira e representante do Núcleo de Apoio à Gestão, que atuam desde a admissão hospitalar do paciente, realizando uma avaliação de riscos e necessidades específicas, e o mapeamento e construção da rede de apoio para esse indivíduo.

Ao se aproximar da alta hospitalar, a equipe do Bem Cuidar articula as ações para a transição do cuidado de forma segura, com base no plano de cuidado elaborado e as necessidades específicas daquele indivíduo. Assim, são feitos contato e compartilhamento das informações clínicas e plano terapêutico proposto com as equipes de Atenção Primária, bem como os agendamentos de retorno, quando necessário.

Após a alta hospitalar, está prevista uma visita virtual em até 72 horas com o paciente ou seu responsável, como também com a equipe de Atenção Primária de referência para obtenção de informações quanto à evolução clínica e, se necessário, agendando consultas de retorno. Além disso, o contato remoto com os pacientes e familiares é uma oportunidade para a realização de esclarecimento de dúvidas e para orientações ou ajuste para o efetivo cumprimento do plano de cuidado proposto.

O formato e a intensidade dos cuidados pós-alta hospitalar desenvolvidos pela equipe do Hospital Dilson Godinho são definidos segundo a estratificação de risco e definição das necessidades específicas de cada paciente, sendo tanto mais frequentes e prolongadas quanto maior a complexidade e gravidade do caso. Na avaliação da equipe, esse processo de monitoramento, incluindo as ações a distância, colabora diretamente para uma boa evolução e reduz a necessidade de reinternações desses pacientes.

Algumas dificuldades foram encontradas e têm sido trabalhadas pela equipe que coordena essa iniciativa no hospital. Uma delas diz respeito à dificuldade de contato, articulação e integração com as equipes de APS dos municípios, essencial para o efetivo sucesso da iniciativa. Para tanto, é importante contar com o apoio da alta direção e de lideranças assistenciais do hospital, mas também com a sensibilização e parceria das gestões municipais nesse projeto. Outro aspecto mencionado foi a necessidade de

desenvolver competências e habilidades específicas para os profissionais que atuam como gerenciadores do cuidado dentro dessa nova modelagem. A adoção de processos educacionais de formação e desenvolvimento em serviço tem sido reconhecida como o caminho para superar essa dificuldade.

A apreensão da experiência também deixou clara a importância da estruturação de um processo de monitoramento e avaliação sistematizado que evidencie de forma objetiva os desfechos assistenciais e impactos na gestão dos serviços e sistemas de saúde que realizam o cuidado de pessoas portadoras de doenças crônicas.

A iniciativa do Hospital Dilson Godinho nos mostra que a gestão do cuidado, atuando na busca da integralidade nos diferentes níveis de atenção, é uma alternativa possível, com potencialmente mais viabilidade se adotadas medidas que favoreçam mais e melhor integração entre as equipes de Atenção Especializada, Atenção Primária e usuários. Ferramentas de comunicação e tecnologias de informação são exemplos nesse sentido. O envolvimento dos gestores locais, com ganho de escala no alcance da experiência, bem como o estabelecimento de metas conjuntas, permite vislumbrar, além de um cuidado coordenado e contínuo, melhoria no acesso e na acessibilidade dos serviços de Atenção Especializada. O acompanhamento e desenrolar desse laboratório poderão demonstrar importantes referências e reflexões para a abordagem em rede dos indivíduos portadores de condições crônicas.

6. CONCLUSÃO

Analizando a integralidade como princípio orientador do SUS, os arranjos organizacionais que vêm sendo gestados ao longo da história da reforma sanitária no Brasil, os conceitos que orientam a construção das linhas de cuidado como estratégia de organização de ações e serviços de saúde centrados no usuário e comparando as experiências que foram apresentadas neste capítulo com as diretrizes da PNAES, expressa na Portaria GM/MS, nº 1604/2023 (Brasil, 2023), podemos dizer que vários princípios da política estão presentes nessas experiências e em outras que fizeram parte deste Projeto de Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde, embora muitas delas estejam circunscritas em serviços ou espaços territoriais mais limitados.

Algumas das diretrizes da PNAES estão claramente conectadas com as experiências aqui descritas, tais como:

- a) Ampliação e garantia do acesso da população a serviços especializados, em tempo oportuno, com referência territorial e considerando as necessidades regionais. Pode-se dizer que a experiência da Nefrologia (SMS de Belo Horizonte) e do Ambulatório da Faculdade Ciências Médicas (Cardiologia e Gastroenterologia) acontece em âmbito municipal, voltada para garantia do acesso oportuno em especialidades que cuidam de usuários, em geral, com doenças crônicas que, nos modelos tradicionais de filas para agendamento às consultas e garantia de continuidade do cuidado, teriam seu acesso dificultado, com prolongados tempos de espera e agravamento do quadro.
- b) Fortalecimento da Atenção Primária, por meio do adensamento da sua capacidade clínica, ampliação da sua resolubilidade, da sua capacidade de ordenação do acesso e coordenação do cuidado. As duas experiências que envolvem a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte buscam o estreitamento do vínculo entre a Atenção Primária e a Atenção Especializada, priorizando a qualificação dos encaminhamentos e a elaboração de protocolos que subsidiem esses encaminhamentos, bem como disponibilizando carga horária dos especialistas para apoio matricial aos médicos da Atenção Primária.
- c) A experiência do Hospital Dilson Godinho, por sua vez, investe na alta responsável e se propõe a dar suporte aos usuários no período pós-alta, embora ainda necessite de envolvimento da gestão, nas instâncias regionais de saúde, para institucionalizar os compromissos entre o hospital e os municípios.
- d) Qualificação da regulação assistencial centrada no usuário e produtora de cuidado, na garantia da integralidade com critérios claros, equânimes e baseados em diretrizes clínicas compartilhadas pelos serviços da RAS. As experiências de Belo Horizonte se utilizam de Sistema Informatizado de Regulação que, para unidades da rede própria como a URS Sagrada Família, por exemplo, está integrado com o Sistema de Prontuário do Paciente. Esse acesso facilita que os médicos nefrologistas, exercendo a função de médicos assistentes e reguladores, obtenham informações mais completas sobre os usuários, o que facilita a tomada de decisão sobre a priorização.
- e) Promoção de novas modelagens de serviços de Atenção Especializada, com a indução de boas práticas de atenção, educação, gestão e participação e a integração desses serviços na RAS. As três experiências possibilitam o experimento de novas modelagens que integram assistência com ações de educação permanente, gestão compartilhada por diferentes serviços e instituições e integração dos serviços.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. **Portaria nº 1604**, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 out 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: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Linhas de Cuidado Secretaria de Atenção Primária**. Brasília. DF. 2021. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/> Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 128 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf. Acesso em: 25 jul. 2025.

BUDDE, H. *et al.* What are patient navigators and how can they improve integration of care? **European Observatory on Health Systems and Policies**; Policy Brief, n. 44. Copenhagen (Denmark), 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK577643/>. Acesso em: 25 jul. 2025.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BLy9snvLVLbQRcZCzgFGgyD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 jul. 2025.

CASTRO, C.P.; CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e Atenção Primária à Saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455-481, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/305953451_Apoio_Matricial_como_articulador_das_relacoes_interprofissionais_entre_servicos_especializados_e_atencao_primaria_a_saude Acesso em: 25 jul. 2025.

CECÍLIO, L.C.; MEHRY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. ABRASCO, mar. 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-386108> Acesso em: 25 jul. 2025.

CHERNEW, M.E.; HEATH, J. How different payment models support (or undermine) a sustainable health care system: rating the underlying incentives and building a better model. **NEJM Catalyst Innovation Care Delivery**, v. 1, n. 1, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/338322487_How_Different_Payment_Models_Support_or_Undermine_a_Sustainable_Health_Care_System_Rating_the_Underlying_Incentives_and_Building_a_Better_Model Acesso em: 25 jul. 2025.

EUROPEAN PATHWAY ASSOCIATION - EPA. **About care pathways**. Disponível em: <https://e-p-a.org/care-pathways/>. Acesso em: 25 jul. 2025.

FREEMAN, H.P. The origin, evolution, and principles of patient navigation. **Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention**, v. 21, n. 10, p. 1614–1617, 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/232223688_The-Origin-Evolution-and-Principles-of-Patient-Navigation Acesso em: 25 jul. 2025..

HADDAD, A.E.; LIMA, N.T. Saúde digital no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface** (Botucatu), v. 28, p. e230597, 2024. Disponível em: <https://interface.org.br/publicacoes/saude-digital-no-sistema-unico-de-saude-sus/> Acesso em: 25 jul. 2025.

HEWITT-TAYLOR, J. Clinical guidelines and care protocols. **Intensive Critical Care Nursing**, v. 20, n. 1, p. 45-52, mar. 2024. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/8917727_Clinical_guidelines_and_care_protocols Acesso em: 25 jul. 2025.

INSTITUTE OF MEDICINE - IOM - 2000. **To err is human: Building a safer health system**. Washington, DC: The National Academies Press. Disponível em: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/9728/to-err-is-human-building-a-safer-health-system> Acesso em: 25 jul. 2025.

ALICHMAN, A.; AYRES, J.R C.M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. e00183415, ago, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cTPxLbqWxgbjmyShw5FK8Sw/abstract/?lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

MATE, K. **On the quintuple aim: Why expand beyond the triple aim?** Institute for Healthcare Improvement (IHI), 2022. Disponível em: <https://www.ihl.org/library/blog/quintuple-aim-why-expand-beyond-triple-aim> Acesso em: 25 jul. 2025.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. 549 p.: il. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.pdf Acesso em: 25 jul. 2025.

MINAS GERAIS. **Resolução SES/MG nº 8.432**, de 09 de novembro de 2022. Regulamenta em caráter excepcional e transitório as regras de execução, os critérios de elegibilidade, acompanhamento, monitoramento para estruturação dos serviços especializados ambulatoriais por linhas de cuidado prioritárias no estado de Minas Gerais. Disponível em: <https://www.escavador.com/diarios/5919235/DOEMG/diario-do-executivo/2024-06-22?page=27> Acesso em: 25 jul. 2025.

NOLTE, E.; MCKEE, M. Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. **European Observatory on Health Systems and Policies**, WHO Europe, 2008. Disponível em: <https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/caring-for-people-with-chronic-conditions.pdf> Acesso em: 25 jul. 2025.

OLIVEIRA, G.N. O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. Dissertação (Mestrado em Gestão em Saúde) - **Universidade Estadual de Campinas**. Faculdade Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2007. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/projeto_terapeutico_singular.pdf Acesso em: 25 jul. 2025.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. CEPESC, IMS/UERJ. ABRASCO, 8. ed., do Rio de Janeiro/Abrasco; 2009. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf> Acesso em: 25 jul. 2025.

PORTER, M.; TEISBERG, E. Redefining health care: Creating value-based competition on results. **Harvard Business School Press**, 2006. 85 Capítulo 3. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1592405/> Acesso em: 25 jul. 2025.

ROTTER, T. *et al.* Clinical pathways as a quality strategy. In: BUSSE, R. *et al.* (ed.). Improving health-care quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies [Internet]. **Health Policy Series**, n. 53. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549262/> Acesso em: 25 jul. 2025.

SILVA, N.E.K.; SANCHO, L.G.; FIGUEIREDO, W.S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 843-851, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Ln4T7Jd38CVw5ZFN6rKMSym/?format=html&lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

STEIN, A.T.; SANTOS, A.M.R. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas com base em evidências. In: TOMA, T.S. *et al.* (org.). **Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. p. 312-328. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/11050/1/Protocolos%20cl%C3%ADnicos%20e%20diretrizes%20terap%C3%AAuticas%20com%20base%20em%20evid%C3%AAncias%20-%202017.pdf> Acesso em: 25 jul. 2025.

OFANI, L.F.N. *et al.* Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4769-4782, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JH8SYHHyfVfY9jcfnnzTQjb/?lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

VIRGINIA COMMONWEALTH UNIVERSITY - VCU. **The clinical inquiry process resource guide**. Disponível em: <https://guides.library.vcu.edu/CI> Acesso em: 25 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Making health systems work**: integrated health services – what and why? World Health Organization (WHO), 2008. Disponível em: [https://www.google.com/search?q=WORLD+HEALTH+ORGANIZATION+%E2%80%93+WHO.+Making+health+systems+work%3A+integrated+health+services+%E2%80%93+what+and+why%3F+World+Health+Organization+\(WHO\)%2C+2008.&rlz=1C1GCEA_enBR1155BR1155&oq=WORLD+HEALTH+ORGANIZATION+%E2%80%93+WHO.+Making+health+systems+work%3A+integrated+health+services+%E2%80%93+what+and+why%3F+World+Health+Organization+\(WHO\)%2C+2008.&gs_lcrp=EgZjaHJybWUyBggAEEUYOdIBCDE1ODNqMGo5qAIAsAIB&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=WORLD+HEALTH+ORGANIZATION+%E2%80%93+WHO.+Making+health+systems+work%3A+integrated+health+services+%E2%80%93+what+and+why%3F+World+Health+Organization+(WHO)%2C+2008.&rlz=1C1GCEA_enBR1155BR1155&oq=WORLD+HEALTH+ORGANIZATION+%E2%80%93+WHO.+Making+health+systems+work%3A+integrated+health+services+%E2%80%93+what+and+why%3F+World+Health+Organization+(WHO)%2C+2008.&gs_lcrp=EgZjaHJybWUyBggAEEUYOdIBCDE1ODNqMGo5qAIAsAIB&sourceid=chrome&ie=UTF-8) Acesso em: 25 jul. 2025.

WIERSEMA, J.E., BRESSER; C.C.; VAN DER NAT. P.B. Organizing Care Around Conditions: An Expanded Model of Value-Based Health Care. **NEJM Catal Innov Care Deliv**, v. 4, n. 12, 2023. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/375666543_Organizing_Care_Around_Conditions_An_Expanded_Model_of_Value-Based_Health_Care Acesso em: 25 jul. 2025.

Acesso e qualidade nas portas de urgência e nos leitos hospitalares - do problema à implementação de experiências inovadoras sistêmicas e locais para o enfrentamento

ERNESTO GOMES DE AZEVEDO

JORGE RAIMUNDO NAHAS

MARIA DO CARMO

1. INTRODUÇÃO

Este capítulo aborda os desafios e avanços para a garantia de um cuidado oportuno, equitativo e resolutivo, considerando o acesso como fenômeno multidimensional que envolve disponibilidade, acolhimento, continuidade e equidade, em estreita relação com a qualidade dos serviços. São discutidos os determinantes estruturais e organizacionais que condicionam o uso e a experiência dos usuários dos serviços de saúde, bem como o papel da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), articulada com outras políticas públicas de saúde, como a Política Nacional de Atenção Básica e a Rede de Urgência e Emergência,

Também são apresentados alguns arranjos e dispositivos de cuidado que podem qualificar a atenção e colaborar para melhorar a acessibilidade aos serviços de urgência e hospitais, com destaque para a governança clínica e o cuidado baseado em valor.

Por fim, a discussão teórica é articulada com experiências inovadoras selecionadas no Projeto de Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção

Especializada à Saúde, que propõem alternativas concretas para a ampliação do acesso e a melhoria de qualidade nas portas de urgência e hospitais do SUS de Minas Gerais.

1.1 Acesso e qualidade na Atenção Especializada

O acesso às ações e serviços de saúde tem caráter multidimensional. A disponibilidade e a distribuição territorial de estruturas e equipes e a forma de organização dos serviços para acolher e cuidar das pessoas têm sido colocadas como determinantes centrais da oferta e do acesso, demandando investimentos. Observa-se alta concentração de oferta nas regiões Sul e Sudeste do país e nos grandes centros urbanos, onde estão as mais potentes instituições formadoras de recursos humanos e os grandes conglomerados públicos e privados de estabelecimentos de saúde (Carmo, 2016).

A autopercepção sobre condição de saúde ou doença e a indução do mercado sobre os usuários e profissionais da atenção e da gestão em saúde são fatores determinantes da demanda, tornando secundária a real necessidade de saúde.

Existem ainda questões outras que são secundarizadas nas formulações e discussões sobre o tema. O volume e tipo de capital social e cultural que o cidadão possui determinam seu lugar na sociedade. Fatores como classe social, gênero, cor e raça são determinantes do acesso a bens e serviços e de como cada cidadão se vê como igual ou não ao outro (Fleury, 2011). Há fatores capacitantes e fatores incapacitantes que colocam usuários em condições diferentes de enfrentar as barreiras colocadas pelos serviços, agravando a iniquidade. Aqui se localizam o poder de compra, o grau de instrução, a disponibilidade de tempo para atender às regras de horários de atendimento das unidades de saúde e a capacidade de enfrentamento de atos discriminatórios que dificultam o acesso aos serviços.

Acessibilidade, acolhimento, temporalidade, continuidade do cuidado, resolubilidade e satisfação do usuário são dimensões do acesso que remetem também à discussão do componente qualidade dos serviços (Travassos; Martins, 2004).

O Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe mudanças na expansão e reorganização da atenção à saúde com consequente incremento do acesso da população às ações e serviços de saúde. A Estratégia de Saúde da Família, principal forma de organização da Atenção Primária à Saúde (APS), iniciada no país em 1994, conta hoje com 50.070 unidades básicas de saúde e com 56.721 equipes de saúde da família (Datasus, 2025). Na Atenção Especializada a criação de policlínicas e similares, a expansão de ambulatórios de grandes hospitais, os programas direcionados à redução de filas de cirurgias eletivas

e a expansão de hospitais e leitos públicos também contribuíram para a ampliação do acesso. A expansão foi acompanhada de iniciativas de descentralização da gestão e prestação de serviços, e da redução das desigualdades regionais (Gragnolati; Lindelow; Couttolenc, 2013).

A despeito de o SUS ser o maior sistema de saúde universal do mundo e das melhorias dos indicadores de saúde e de outros incontestáveis avanços por ele trazidos, a saúde pública tem sido reconhecida pela população brasileira como um dos principais problemas do país. A qualidade dos hospitais públicos, dos leitos e postos de saúde, as longas filas por consultas, exames e cirurgias destacam-se na qualificação do problema. Assim, a população localiza o problema no acesso e na qualidade.

Aspectos como cobertura populacional, formação dos profissionais, qualificação técnica e rotatividade das equipes, acolhimento e demais formas de organização do processo assistencial nas unidades básicas, e disponibilidade de exames complementares são definidores do maior ou menor acesso e capacidade de solução dos problemas dos usuários na APS. A Política Nacional de Atenção Básica traz os princípios, diretrizes, previsão de estrutura, tipologias de equipes e suas atribuições, modelo assistencial e a relação da APS com os demais pontos de atenção da rede, modelo de financiamento, monitoramento e avaliação da política (Brasil, 2017b). Já o Programa Mais Médicos tem possibilitado a lotação e fixação de profissionais médicos nas equipes de Saúde da Família em locais de difícil provimento (Brasil, 2023a). Ambos têm como objetivos maiores a ampliação do acesso, da qualidade e a consolidação da APS como principal porta de entrada e lócus de resolução da maioria dos problemas de saúde da população.

No âmbito da Atenção Especializada eletiva, ambulatorial e hospitalar, diversos países do mundo enfrentam grandes filas e longos tempos de espera por consultas, exames e cirurgias. Os determinantes situam-se, entre outros, no envelhecimento da população, no avanço importante da emergência de novas tecnologias e no seu alto custo, na lógica do ensino e determinantes corporativos e de mercado sobre a formação de especialistas, no modelo de atenção fragmentado e sem continuidade, na fragilidade dos processos regulatórios e no financiamento procedimento centrado. No Brasil, isso não é diferente, com o agravante da distribuição desigual dos recursos humanos e estruturas existentes nas regiões e outros arranjos territoriais do país (Brasil, 2023b).

A Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES), com sua principal estratégia de implementação o Programa Nacional de Redução de Filas e o Programa Mais Acesso a Especialistas, recentemente unificados no Programa Agora Tem Especialistas, trazem

dispositivos inovadores de planejamento, organização e financiamento da atenção. As Ofertas de Cuidado Integrado (OCIs) vêm para garantir integralidade, tempo-resposta oportuno e gestão do processo assistencial na atenção ambulatorial. O processo de regulação do acesso vai além da atuação dos complexos reguladores. Surgem também novos dispositivos para potencializar a oferta e novos recursos financeiros para ampliar o acesso, como a compensação de dívidas de hospitais com a União e a utilização de recursos do ressarcimento da saúde suplementar. Além disso, estão em curso novas estratégias de formação de especialistas (Brasil, 2023a; Brasil, 2024; Brasil, 2025a; Brasil, 2025b).

2. A SUPERLOTAÇÃO NAS PORTAS DE URGÊNCIA E NOS LEITOS HOSPITALARES

Em estudo feito pelo Tribunal de Contas da União (TCU, 2013), observaram-se taxas de ocupação maiores que 100% nos serviços de emergência de 85 dos 105 hospitais visitados (83%). A situação de pacientes sendo atendidos em corredores foi relatada por 94% dos gestores dos hospitais visitados. O mesmo estudo documenta que 58% dos pacientes atendidos nas emergências apresentavam problemas de baixa gravidade ou urgência.

Entre os determinantes da superlotação das emergências hospitalares estão o acesso, a qualidade e resolubilidade da APS. A insuficiência de abordagem e continuidade do cuidado de condições crônicas, com sua consequente agudização, é também citada por Mendes (2012) como determinante. Da mesma forma, a insuficiente retaguarda de leitos para atenção a situações de urgência e emergência é fator determinante da superlotação e dos longos tempos de espera para internação nas portas de entrada da urgência. A insuficiência de disponibilidade de leitos também é multifatorial, com determinações internas, como a má gestão da oferta, trazidas, por exemplo, pelas internações desnecessárias e longos tempos de permanência; e por determinações externas, como falta de investimentos em estrutura e indisponibilidade de equipes.

Assim, estudos diversos demonstram que a insuficiência da rede de atenção, nos aspectos quantitativos e qualitativos é a principal causa do alto número de atendimentos nos serviços de urgência e emergência. A superlotação tem como causas a entrada, a insuficiência de retaguarda de leitos para a saída e os atrasos no diagnóstico e tratamento, resultando no aumento da mortalidade (Bittencourt; Hortale, 2009). Verificam-se

elevadas taxas de infecção, mais possibilidades de erros e eventos adversos e estresse das equipes.

Como identificar que um Serviço Hospitalar de Urgência (SHU) está em superlotação? A partir de pesquisas sobre o tema, o Ministério da Saúde propõe os seguintes indicadores que evidenciam a situação:

- a) 100% de ocupação dos leitos para pacientes agudos;
- b) pacientes nos corredores devido à falta de leitos disponíveis, onde a privacidade, acesso a recursos clínicos básicos são reduzidos ou atrasados; e em violação dos requisitos de saúde e Segurança no Trabalho;
- c) pacientes aguardando leitos de internação recebendo um padrão de cuidados menor do que receberiam na unidade de destino;
- d) não recebimento de ambulâncias devido à saturação operacional;
- e) incapacidade de colocar pacientes críticos em um espaço de tratamento apropriado quando necessário;
- f) sala de espera para consulta médica lotada;
- g) equipe do SHU encontra-se subjetivamente no limite da exaustão;
- h) mais de uma hora de espera para o atendimento médico inicial” (Brasil, 2020, p. 13).

2.1 Estratégias de enfrentamento local

A partir desse cenário são propostas medidas locais para enfrentar o problema, sendo estas divididas em quatro blocos (Brasil, 2020).

- a) Bloco 1 - evitar a superlotação. Aqui estão as medidas que remetem ao conhecimento da demanda, à estrutura disponível (como número de leitos da unidade), às equipes e às ações organizativas do processo interno de trabalho. A utilização de protocolos de classificação de risco com possibilidade de referência de pacientes com perfil para atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, a definição de tempo de espera do atendimento dos que ficam, a enfermeira gestora de admissões, altas e transferências e o *Lean* são estratégias utilizadas. A metodologia *Lean* foi utilizada originalmente no setor industrial para otimizar processos e aumentar a produção. O *Lean Healthcare* busca reduzir a superlotação nas urgências e emergências, a partir da melhoria da utilização dos recursos e de melhorias na gestão de processos. Otimiza processos, reduz desperdícios e reduz a superlotação nas emergências.,
- b) Bloco 2 - evitar o bloqueio ou interrupção do acesso. São utilizadas estratégias como *fast track* para consultas e diagnoses, telessaúde, otimização da atuação

da equipe multidisciplinar, especialmente da enfermagem, para a realização de procedimentos como pedidos de exames, e também a classificação de risco.

- c) Bloco 3 - otimizar a saída do paciente dos serviços de urgência hospitalar. A identificação de pacientes elegíveis para a atenção domiciliar, as unidades de decisão clínica e os leitos de curta permanência, medidas que aumentem o giro de leitos e que reduzam o intervalo de substituição, a regulação interna da ocupação dos leitos de enfermagem e CTI pelos Núcleos Internos de Regulação são recursos do terceiro bloco de medidas mitigadoras.
- d) Bloco 4 - medidas que administrem a superlotação já instalada. Neste bloco estão medidas para garantir o atendimento dos pacientes do serviço de urgência hospitalar com superlotação e mitigar riscos de eventos adversos e desfechos indesejáveis para o paciente. Vigilância da enfermagem sobre possíveis agravamentos de pacientes na espera, plano de capacidade plena e triagem reversa são recursos utilizados.

2.2 Estratégias de enfrentamento sistêmico

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece que a Atenção Básica deve ser a porta de entrada preferencial da rede de atenção, incluindo o atendimento às urgências e emergências. Isso se traduz na diretriz de atendimento de condições agudas e não somente de condições crônicas, dentro de seu nível de resolubilidade.

A organização de fluxos e referência de pacientes locais de acordo com as necessidades clínico-cirúrgicas do paciente e os recursos existentes nas portas de entrada constituem o fundamento principal para a construção, pactuação e implementação das grades de referência da urgência e emergência, construídas a partir das premissas, atribuições e modelo de atuação da regulação médica das urgências e emergências, com base na Portaria GM/MS nº 2.048 de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Brasil, 2002).

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) criada em 2011 pelo Ministério da Saúde estabeleceu em seu componente pré-hospitalar que as Unidades de Pronto Atendimento devem

Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (Brasil, 2017a, s.p.).

Assim, as UPAs têm sido importantes dispositivos de redução da procura por emergências hospitalares, com a ressalva de que, muitas vezes, o tempo máximo de observação dos pacientes ultrapassa as 24 horas, por falta de retaguarda de leitos ou de recursos diagnósticos e terapêuticos para a definição de conduta ou resolução rápida do caso. Do ano de 2016 a 2025 houve o crescimento de 525 para 765 UPAs em funcionamento no país. Considerando que essas unidades atendem em média 100 a 300 pessoas por dia, trata-se de potente anteparo à chegada de usuários nas portas hospitalares de urgência (Brasil, 2025c).

Tanto a regulação do acesso pré-hospitalar do SAMU para as portas de entrada, quanto a regulação da ocupação dos leitos hospitalares, mediadas por centrais de regulação, são fatores de racionalização da utilização da oferta com base em critérios clínicos e de vulnerabilidades. Essa racionalização promove o cuidado mais qualificado, pois define o melhor destino do paciente de acordo com o quadro clínico e tempo-resposta. As centrais de regulação permitiram, ao longo do tempo, a desativação das portas de entrada hospitalares que, muitas vezes, subvertiam a lógica da ocupação de leitos da visão sistêmica da demanda para a demanda daquela porta de entrada específica.

A ampliação de leitos qualificados e dispositivos assistenciais como a atenção domiciliar contribui para reduzir a superlotação e os tempos de espera por internação.

3. GESTÃO DA OFERTA E GOVERNANÇA CLÍNICA NAS PORTAS DE ENTRADA DA URGÊNCIA E NOS LEITOS HOSPITALARES

Além das questões referentes à regulação do acesso já abordadas anteriormente, alguns outros arranjos e dispositivos de cuidado qualificam a atenção e, ao mesmo tempo, colaboram para melhorar a acessibilidade nos serviços de urgência e hospitais.

Os modelos de organização do cuidado baseados em condições, tais como linhas de cuidado, abordagem por episódios ou unidades de prática integrada colaboram para o desenvolvimento de uma abordagem multidisciplinar centrada na pessoa, com práticas que se utilizam de protocolos e diretrizes assistenciais cientificamente sustentadas. Esses arranjos organizam e coordenam as ações necessárias para entregar aos usuários um cuidado integral, qualificado e contínuo que produza os melhores desfechos, com a máxima eficiência possível, considerando o ciclo de cuidado definido para aquela condição específica (Porter; Teisberg, 2006; Wiersema; Bresser; Van der Nate, 2023).

Lembramos que os protocolos e diretrizes assistenciais, idealmente baseados em evidências científicas, são apoios importantes para a tomada de decisões clínicas e na produção de um cuidado qualificado que tenha o maior potencial de alcançar os desfechos clínicos desejados. Apesar de terem objetivos semelhantes, entende-se que os protocolos possuem maior grau de detalhamento e normatização do cuidado do que as diretrizes assistenciais (Stein; Santos; Rocha, 2017; *Virginia Commonwealth University - VCU*, 2025).

Não há dúvidas de que a estrutura física e de equipamentos e a disponibilização de uma equipe de saúde em número e qualificação adequados à missão e perfil da demanda está diretamente relacionada a acessibilidade e qualidade da atenção. No entanto, também é imperativo que os fluxos assistenciais estejam bem estabelecidos, com responsáveis pela condução e acompanhamento constante dos mesmos definidos e com autonomia para promover mudanças ou flexibilizações em caso de alteração de volume ou perfil da demanda, seja na porta de urgência ou nos serviços hospitalares. A organização de equipes com missões específicas para as etapas que apresentem estrangulamento no fluxo pode ser bastante útil, como, por exemplo, para agilizar a realização e liberação de exames complementares ou para discutir e efetivar a alta ou transição do cuidado de pacientes para outros serviços (*Joint Commission Resources*, 2008).

O uso de ferramentas para a identificação precoce de sinais de alerta de deterioração clínica, como o *Modified Early Warning System* (MEWS) ou o *Pediatric Early Warning System* (PEWS), associado a um time de resposta rápida preparados para intervir de forma ágil e precoce tão logo sejam comunicados, evita desfechos críticos e pode, além de reduzir a mortalidade, contribuir para a melhor integração de equipes e fluxo assistencial entre os diferentes setores do serviço de urgência ou hospital.

O *Fast Track* também é uma forma de organização do fluxo que tem sido cada vez mais adotada em serviços de urgência, em geral para clientes menos graves, de grupos etários predefinidos ou com queixas específicas, especialmente em períodos de maior movimento, com o objetivo de diminuir o tempo de permanência nos serviços de urgência e mantendo a boa qualidade de atenção.

Outras medidas, que também podem ser utilizadas para melhorar o acesso em situações específicas, são os protocolos de contingência ou de capacidade total, em que são explicitados os movimentos para aumentar a capacidade operacional da unidade, como a ampliação das equipes ou a definição de espaços a serem utilizados ou instalados para o atendimento adicional de pacientes. Claro que essas medidas implicam a

organização também dos processos assistenciais e de todo o suporte logístico necessário para a execução do cuidado.

Como vimos, a integração entre uma boa gestão do sistema e governança clínica forte são os importantes aliados para se ampliar o acesso e melhorar a qualidade do cuidado nos serviços de urgência e hospitalares.

Veremos um pouco mais sobre a governança clínica a seguir.

3.1 Governança clínica e valor em saúde

A **governança clínica** tem recebido grande destaque nas recentes discussões sobre a gestão do cuidado em saúde. Apesar do seu protagonismo atual, não se trata de uma proposta exatamente recente, tampouco uma tendência passageira.

O conceito de governança clínica surgiu na Inglaterra no final do século XX, a partir da constatação da grande variabilidade na qualidade dos cuidados de saúde oferecidos dentro de seu sistema de saúde. Um evento considerado como determinante para o surgimento da governança clínica é conhecido como o escândalo de Bristol.

À época, o *Bristol Royal Infirmary*, hospital de referência para a realização de cirurgias cardiovasculares em Pediatria, começou a apresentar resultados clínicos muito ruins, com significativo aumento da morbimortalidade. Essa situação levou à abertura de um inquérito rigoroso que concluiu que 30 a 35 crianças submetidas a cirurgias cardíacas entre 1991 e 1995 e que lá faleceram provavelmente poderiam ter sobrevivido se tivessem sido tratadas em outro lugar. Mais do que isso, o extenso relatório produzido evidenciou problemas e dificuldades de todos os tipos: estrutura e organização inadequada; falhas na segurança assistencial; profissionais mal preparados; trabalho em equipe deficiente; análise crítica enviesada de dados e informações clínicas; além de uma liderança ausente e pouco transparente. A conclusão com base no relatório elaborado sobre o hospital de Bristol foi de que as falhas observadas não estavam apenas no hospital em si, mas eram consequência da sua organização e cultura, tal como se percebia também no sistema de saúde como um todo (Dyer, 2001).

Disso resultou uma série de recomendações e ações na busca da qualificação do processo assistencial no sistema de saúde do Reino Unido, que resultou no reconhecimento da governança clínica como um determinante central para a melhoria do padrão assistencial, sendo, à época, definida como:

(...) um sistema por meio do qual as organizações do NHS são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade de seus serviços e salvaguardar altos padrões de atendimento, criando um ambiente no qual a excelência no atendimento clínico florescerá (Scally; Donaldson, 1998, p. 62).

Essa perspectiva deixa evidente que, ainda que possua um foco específico, a estratégia governança clínica exige e só se viabiliza a partir de uma integração com a governança institucional, considerando os interesses de todos os envolvidos no processo de cuidado, sejam eles profissionais de saúde, gestores, prestadores e, obviamente, os próprios usuários dos serviços de saúde.

A construção conceitual de governança clínica mostra claros elementos de controle e normatização do cuidado, com forte presença da dimensão biológica e na determinação de se produzir o cuidado com base em protocolos e diretrizes clínicas. A discussão e desenvolvimento da governança clínica dentro de modelos de atenção que valorizam o cuidado centrado na pessoa e suas perspectivas trouxe e fortaleceu a inclusão de outros elementos para a sua sustentação conceitual, tais como a experiência do paciente, a comunicação e a transparência, como fatores que contribuiriam potencialmente para o exercício de uma governança clínica mais participativa do ponto de vista individual e coletivo (Gomes *et al.*, 2015).

Assim, em uma visão mais ampliada, a governança clínica propõe uma abordagem que integre diferentes elementos, considerando o cenário de prática clínica em que se desenvolverá, que busque produzir qualidade, segurança e eficiência com base em ações cientificamente embasadas, mas centradas nas necessidades e perspectivas dos usuários dos serviços de saúde, promovendo uma cultura de melhoria contínua sob a responsabilidade de todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidado (Halligan; Donaldson, 2001).

Encontramos vários arcabouços com propostas de elementos centrais que sustentam a proposta de governança clínica. Todas elas se concentram na perspectiva da oferta sustentável de um cuidado seguro, eficaz e centrado na pessoa (Santos; Sá, 2010).

Sem a pretensão de se produzir uma lista definitiva ou universal, entendemos que alguns elementos merecem destaque e devem ser observados ao se desenvolver uma estratégia de governança clínica.

- a) **Participação e apoio das lideranças:** essencial para conectar cultura e estratégias institucionais às ações assistenciais, definindo, conduzindo e monitorando o cuidado.

- b) **Eficácia e efetividade:** os processos assistenciais devem garantir **acesso oportuno, segurança e práticas cientificamente fundamentadas**, produzindo desfechos positivos, aumentando eficiência e reduzindo redundâncias e desperdícios.
- c) **Experiência do paciente:** fundamental para direcionar intervenções, refletindo o cuidado centrado na pessoa.
- d) **Informação e Tecnologias de Informação:** oferecem suporte à decisão clínica, e mais transparência, fortalecendo engajamento. As tecnologias de informação facilitam registro, comunicação e coordenação do cuidado.
- e) **Gestão de risco assistencial:** identifica e mitiga riscos clínicos, ambientais e comportamentais, transformando desafios em oportunidades de melhoria.
- f) **Gestão de pessoas e equipes:** garante ambiente seguro, respeitoso e inclusivo, promovendo desenvolvimento profissional contínuo alinhado às necessidades do serviço e desejos dos trabalhadores.
- g) **Avaliação contínua da performance assistencial:** auditorias e avaliação de *performance* coletiva ou individual permitem **melhoria contínua**, considerando desfechos, comunicação, trabalho em equipe, produtividade e eficiência.
- h) **Comunicação:** qualifica e dá fluidez ao cuidado assistencial, além de ser um poderoso elemento para a boa execução e integração dos demais elementos envolvidos na governança clínica.

A difusão e incorporação do conceito de governança clínica em diferentes cenários de prática e âmbitos de saúde ampliaram a discussão conceitual e acrescentaram outros elementos dos modelos de cuidado, incluindo a perspectiva do valor em saúde.

Podemos então dizer, de forma abrangente, que a governança clínica é o esforço organizacional para a melhoria contínua da qualidade dos serviços e cuidados ofertados, alinhados com a estratégia e a sustentabilidade institucional, integrando processos para garantir segurança, altos padrões assistenciais focados nas necessidades dos usuários e que resultem em ambiente de excelência clínica e entrega do maior valor possível aos interessados.

É importante destacar aqui alguns aspectos relacionados ao **valor em saúde**. De um lado temos a perspectiva do valor em saúde como princípio. Saúde em si, e por si, já pode ser considerado um valor inquestionável, mas o que confere valor em saúde é alvo de muitas discussões e guarda dependência direta com os interesses e objetivos de quem é o sujeito envolvido nessa observação. Outro ponto de vista é o entendimento do valor em saúde como estratégia de cuidado, largamente conhecido como VBHC, sigla

inglesa para *Value-Based Healthcare*, traduzida para o português como saúde baseada em valor, ou, de forma mais apropriada para alguns, como cuidado baseado em valor (*European Commission*, 2019; Porter; Teisberg, 2006).

A proposta de saúde baseada em valor é sustentada por algumas constatações e desafios no processo de cuidado em saúde. O objetivo primário da produção dos serviços de saúde é a oferta de um cuidado qualificado, sustentado cientificamente, focado nas necessidades, valores e expectativas dos seus usuários, de forma a produzir desfechos que importem e impactem as condições de saúde desses indivíduos, colaborando para a melhoria ou, minimamente, manutenção do nível de saúde da sua população de referência. Mas há também que se considerar a grande pressão de demanda sofrida pelos sistemas de saúde, tanto para uma ampliação no acesso e na oferta de serviços, como por uma rápida e crescente incorporação tecnológica ao processo de cuidado. Esse último aspecto está intimamente relacionado ao custo crescente do cuidado em saúde e a finitude dos recursos para financiar o sistema, o que exige esforço para o uso cada vez mais eficiente dos recursos, sem prejuízo da qualidade.

Uma implicação direta da busca pela utilização adequada dos recursos disponíveis sem prejuízo ao desenvolvimento de uma prática assistencial de alta qualidade é o combate contínuo à ineficiência e ao desperdício no processo de cuidado. Segundo estudo da OCDE de 2017, os sistemas de saúde de seus países-membros apresentavam significativo grau de ineficiência e desperdício, sendo estimado que cerca de 20% das despesas com saúde poderiam ser direcionadas para uso mais efetivo (*Organisation for Economic co-Operation and Development* - OCDE, 2017).

As causas para a ineficiência e desperdício na gestão de sistemas e serviços de saúde são muitas e podem ter origem no processo assistencial ou estarem ligadas a aspectos operacionais e questões administrativas. Não é nosso propósito aqui abordá-las de forma completa ou mais aprofundada.

Salientamos que o desperdício assistencial se relaciona às situações em que os usuários dos serviços de saúde não recebem o cuidado adequado por razões que poderiam ser evitadas, incluindo decisões clínicas subótimas ou equivocadas, alocação inadequada de recursos assistenciais ou má organização e coordenação do cuidado, levando à redundância ou realização de intervenções desnecessárias, mais exposição a riscos ou mesmo a produção de eventos adversos preveníveis. É o chamado cuidado de baixo valor, ou seja, intervenções que são inefetivas, produzindo maior risco do que potencialmente benefícios que façam a diferença para os pacientes.

Quando falamos em valor em saúde podemos considerar diferentes perspectivas, que incluem aspectos técnicos, de equidade e de sustentabilidade econômica e social para o sistema de saúde.

Segundo o painel de especialistas da Comissão Europeia ao discutir a definição de valor em saúde, é necessário ter uma visão mais abrangente e considerar (*European Commission*, 2019):

- a) O valor técnico: que trata de alcançar os melhores resultados possíveis, com os recursos disponíveis;
- b) o valor pessoal: referente à busca dos desfechos considerando as perspectivas e preferências dos usuários dos serviços de saúde;
- c) o valor alocativo: que impõe a necessidade da distribuição equitativa dos recursos para todos os grupos de pacientes;
- d) e o valor social: relativo ao impacto das intervenções em saúde para mais participação e coesão social, baseado nos princípios da equidade, solidariedade e inclusão e respeito a diversidade.

A proposta de saúde baseada em valor não deve ser focalizada na lógica do valor econômico. A responsabilidade pelo acesso e pela equidade na oferta das ações em saúde, com alta qualidade e *performance* assistencial, é essencial para produzir impactos no nível de saúde dos indivíduos e da população, considerando suas características e preferências específicas. A produtividade e a eficiência são também alvos de suma importância para a sustentabilidade dos serviços e sistemas de saúde, sempre dentro de um cenário específico, preservando a ética e a justiça social.

Então, se esses valores são princípios, o cuidado baseado em valor, como estratégia, deve refletir esses princípios. O significado do valor da saúde depende da perspectiva e dos objetivos de quem a discute ou dela se beneficie, mas seu propósito é sempre melhorar as condições de saúde e de vida para um indivíduo e, de forma equitativa, para um grupo de pessoas ou para toda a população, a depender do formato e alcance das intervenções de saúde realizadas (*Centre for Evidence-Based Medicine Report* - CEBM, 2014).

Para concluir, a governança clínica ou o valor em saúde são, ao mesmo tempo, estratégias e ferramentas para o desenvolvimento do cuidado. Elas podem ser utilizadas de forma mais ampla, como estratégias para o desenvolvimento de serviços e práticas em saúde, seja em nível institucional ou de forma mais sistêmica. Mas, a partir da utilização

dos seus atributos e elementos centrais, podem ser utilizadas como ferramentas para abordar e produzir impactos em pontos específicos do processo assistencial.

4. EXPERIÊNCIAS INOVADORAS E SUA CORRELAÇÃO COM O ACESSO, QUALIDADE E GOVERNANÇA CLÍNICA NAS PORTAS DE URGÊNCIA E LEITOS HOSPITALARES

4.1 Teleatendimento nas UPAs de Contagem

4.1.1 Apresentação

As experiências em telessaúde têm se expandido significativamente nos últimos anos, especialmente após a pandemia da Covid-19, que acelerou em todo o mundo a regulamentação e adoção de serviços digitais em saúde. Por outro lado, a disseminação do acesso à internet por meio de equipamentos e mídias mais potentes, rápidas e de fácil manejo ampliaram as possibilidades de uso da telessaúde em todos os níveis de atenção para muito além das teletriagens por telefone.

É inescapável a utilização das novas possibilidades tecnológicas para facilitar e ampliar o acesso a todos os níveis dos serviços de saúde, que podem aumentar exponencialmente sua eficiência e efetividade. Experiências têm sido levadas a cabo em todo o mundo, em sistemas de saúde público ou privado. Hospitais virtuais, consultas virtuais, serviços de saúde mental, monitoramento de enfermos crônicos são de uso disseminado e crescente.

Em todas essas experiências são considerados como atributos indispensáveis a autorização do paciente, a proteção dos dados, a confidencialidade e o registro dos procedimentos. Os principais desafios são a capacitação profissional, a segurança dos dados, as desigualdades da inclusão digital, que compromete a equidade no seu uso, e a interoperabilidade dos sistemas, como os dos prontuários eletrônicos. Os marcos legais e operacionais estão bem definidos por legislação própria, portarias do SUS e resoluções do Conselho Federal de Medicina.

4.1.2 Contexto

Contagem, município de 677.000 habitantes, da Região Metropolitana de Belo Horizonte, conta com cinco UPAs na sua rede atendimento, dispersas na área total de 195 km².

Realizam diariamente **1.600** atendimentos, sendo **220** teleatendimentos. Todas utilizam o Protocolo de Manchester. O Hospital Municipal de Contagem (HMC) e o Centro Maternoinfantil formam o núcleo hospitalar do sistema.

Desde novembro de 2021 essas unidades estão sob gestão do “Serviço Social Autônomo Contagem” (“SSA Contagem”), pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de natureza paraestatal, criada por lei municipal.

Essa modalidade de atendimento segue as diretrizes do SUS, com controle social por meio de conselhos, participação popular e mecanismos de ouvidoria.

4.1.3 Descrição da experiência

Em quatro UPAs foram instaladas cabines para teleconsultas, para onde são direcionados os pacientes da Clínica Médica, adultos com até 70 anos, classificados como de baixa prioridade clínica, ou seja, “verde” ou “azul” pelo protocolo. Excluem-se os portadores de dor torácica ou abdominal.

Cada cabine é dotada de uma mesa, cadeira, computador equipado com microfone, som e vídeo, cabeado em internet, para operar a plataforma, considerada segura o suficiente para garantir a confidencialidade e a proteção dos dados, requisitos fundantes da telemedicina.

Atualmente o SSA Contagem utiliza um sistema adicional para a telemedicina. Uma interface de fácil navegação, que permite a realização do vídeo consulta, agendamento único e visualização de todos os horários de forma simultânea entre todas as unidades. Esse sistema possui canal audiovisual para receber atendimentos, permite o agendamento de consultas, emissão de prescrição e atestados assinados de forma digital. Permite, ainda, a geração de relatórios gerenciais para acompanhamento dos atendimentos.

O sistema fornece o controle da agenda pelo administrador e garante a segurança do acesso à plataforma por meio de *login* e senha.

A visualização da agenda única de todos os médicos por todas as UPAS em tempo real foi um ponto decisivo para a contratação desse *software*, visto que as UPAS com mais demanda conseguem agendar mais pacientes e, assim, reduzir seu tempo de espera.

O atendimento é realizado por profissionais médicos generalistas em plantões de 12 horas diurnas, alocados em uma Central de Teleatendimento localizada no Complexo Hospitalar do SSA. Os médicos utilizam duas telas, sendo uma para realização da

videoconsulta, geração de receita e assinatura digital e na outra tela é feita a evolução no prontuário do paciente.

Se for o caso, o paciente recebe a alta e a receita médica. Ao finalizar a consulta, o técnico responsável pelo acolhimento faz a impressão da receita médica e atestado, ambos assinados de forma digital, e entrega ao paciente. O sistema utilizado atualmente faz a interface com a assinatura digital fornecida pelo CFM.

Em caso de medicação a ser administrada imediatamente antes da alta ou indicação de exames laboratoriais, o paciente é acompanhado pelo técnico de enfermagem direcionador de fluxo, que direciona o paciente para um dos médicos que realizam atendimento presencial nas UPAs. Hoje, em média, 6% de pacientes são encaminhados para o atendimento presencial.

Cada médico na Central de Atendimento possui a capacidade máxima de 60 atendimentos diários, que são compartilhados de acordo com a demanda de cada uma das quatro UPAs.

Toda a estrutura é também utilizada para telematriciamento dos pacientes que estão em observação nas UPAs. Nesses casos, os especialistas, em horários predefinidos, concorrem à Central de Telemedicina localizada no hospital onde são plantonistas e realizam a teleinterconsulta. O procedimento tem se revelado muito eficaz no atendimento desses pacientes, evitando internações e traslados até o hospital. Não tem custos extras, uma vez que a teleconsulta é realizada nos horários de plantão dos especialistas.

4.1.4 Resultados e conclusões

Muitos pacientes de baixa gravidade chegam espontaneamente às UPAs. O atendimento rápido deles, logo após sua classificação, contribui para diminuir as filas, baixar a tensão na portaria e agilizar o atendimento aos pacientes mais graves. O procedimento via teleconsulta parte do Protocolo de Manchester e não oferece riscos para o paciente. A plataforma usada garante a confidencialidade, a segurança e o registro dos dados. A rapidez no atendimento concorre para a satisfação do usuário e baixa o tempo de espera para todos os usuários. Os profissionais se adaptam facilmente às novas tecnologias, pela sua praticidade.

O telematriciamento, que se vale da mesma infraestrutura das teleconsultas, dá suporte especializado e seguro aos plantonistas, evitando traslados desnecessários e acelerando a alta dos pacientes em observação.

A experiência de Contagem mostra que o uso das ferramentas da Telessaúde nas portas de entrada das urgências é possível e eficaz, tanto como teleconsultas como telemonitoramento, ampliando notavelmente o acesso ao equipamento e contribuindo para a satisfação do usuário. Tais ferramentas - legais, normatizadas e disponíveis - são de fácil operação e demandam apenas disposição para inovar.

4.2 Score de prioridades - Hospital Risoleta Tolentino Neves

4.2.1 Apresentação

A adoção de um escore de prioridades, baseado na gestão de riscos e vulnerabilidade, pactuado entre todos os que o utilizam, garante impessoalidade, mais equidade e efetividade no uso de um recurso escasso (no caso, leitos para internação mais prolongada). Os seus diversos itens e a ponderação deles é reflexo da composição da clientela do hospital e do reconhecimento das particularidades no cuidado a agravos específicos.

4.2.2 Contexto

O Hospital Regional Risoleta Neves é dedicado ao atendimento das urgências e emergências do eixo norte da Região Metropolitana de Belo Horizonte, onde está situado. Comporta ainda uma unidade de atendimento materno-infantil.

Hospital com forte vocação regional, é referência para os 1.200.000 habitantes das regiões norte e Venda Nova de Belo Horizonte e para mais duas microrregiões de saúde (Vespasiano e Sete Lagoas). Conta com 451 leitos, assim distribuídos:

- a) 135 leitos “de urgência” no pronto-socorro, alocados nas suas próprias dependências, para pacientes que necessitem de mais de 24 h de permanência;
- b) 148 leitos na linha de cuidados clínicos, distribuídos em leitos para portadores de AVC, neurologia clínica, cuidados paliativos, idoso frágil e isolamento;
- c) 86 leitos na linha de cuidados cirúrgicos. O hospital provê toda a linha de cirurgias de urgência e emergência, incluindo Neurocirurgia, Ortopedia e Cirurgia Vascular;
- d) 35 leitos de terapia intensiva de adultos;
- e) 47 leitos da linha de cuidados materno-infantil, sendo 16 leitos de UTI neonatal.

Opera por demanda espontânea no pronto-socorro, além daquela do SAMU. São realizados mensalmente 5.500 atendimentos no pronto-socorro, 170 partos e outros procedimentos obstétricos, que geram média mensal de 1.490 internações. Além da

demanda espontânea, a forte vocação regional do hospital gera fidelização de parte da clientela que necessita de atendimentos sequenciais de urgência e emergência.

Fortemente pressionado pela crescente demanda das regiões referenciadas, opera regularmente com taxas de ocupação superiores a 100% em todas as suas unidades. A existência de leitos de “urgência” no próprio pronto-socorro (eles mesmo com taxas de ocupação superiores a 100%), ocupados indistintamente por pacientes tributários de cuidados variados, evidencia a grande pressão por leitos definitivos, dedicados inteiramente a cada linha de cuidado.

Note-se que os leitos para terapia intensiva de adultos são claramente insuficientes, mais ainda se considerarmos a sua extensa gama de atendimentos ao trauma. Mesmo descontando os leitos da linha de cuidados maternoinfantil, o hospital deveria contar com pelo menos 45 leitos de terapia intensiva de adultos, de acordo com todos os parâmetros.

Existe um esforço sustentado, há anos, por parte da alta direção do hospital, no sentido de prover o cuidado mais adequado às necessidades de cada paciente. Esse desiderato está sempre ameaçado pela alta e crescente demanda, que impõe às equipes a utilização de todos os espaços e recursos disponíveis no tempo das urgências e emergências. O desenvolvimento de um “escore de prioridades” visa manter essa individualização do cuidado. Fornece a todos, especialmente ao Núcleo Interno de Regulação (NIR), um instrumento seguro, ágil, que considere os múltiplos determinantes no atendimento e os hierarquize, tanto priorizando o uso de um leito (recurso tornado escasso pela demanda) quanto na indicação do leito mais adequado para cada paciente.

Todos os pacientes em observação por mais de 24 horas são internados. O escore é requisito obrigatório e compõe o prontuário de todos os pacientes cuja internação é solicitada a partir das salas de observação. Não é aplicado para as gestantes em trabalho de parto, nem para pacientes com indicação de cirurgia de emergência ou de terapia intensiva no primeiro atendimento.

4.2.3 Descrição da experiência

São consideradas prioridades ABSOLUTAS:

- a) O uso de nutrição parenteral periférica ou central;
- b) uso de dopamina, octeotride, heparina, metilprednisona e imunoglobulina em BIC;
- c) traumatismo raquimedular agudo;

- d) obesidade mórbida IMPOSSIBILITANDO acomodação em leito ou maca no pronto-socorro;
- e) necessidade de isolamento respiratório, exceto meningite;
- f) doença tegumentar grave, com exposição dérmica extensa (>30% superfície corpórea);
- g) perspectiva de morte iminente (<72 horas sem proposta de tratamento invasivo);
- h) neutropenia grave (<500) ou HIV com CD4<200 ou condição oportunista;
- i) colonização/infecção por *clostridium sp.*VRE, KPC, RMER;
- j) dreno de tórax;
- k) fratura bilateral de mandíbula;
- l) paciente sob ameaça /risco de segurança;
- m) cuidado paliativo - sintomas descontrolados;
- n) diálise peritoneal - necessidade de isolamento;
- o) AVC - maior potencial de reabilitação;
- p) paciente vasculopata com comanejo da Clínica Médica;
- q) paciente com necessidade de contenção química/mecânica;
- r) diagnóstico ou suspeita de Guillain Barret;
- s) fratura de fêmur (≥ 75 anos ou ≤ 74 anos com mais de 24h de internação no pronto-socorro);
- t) crianças (até 12 anos 11 meses e 29 dias) em acompanhamento com especialidades cirúrgicas.

São consideradas prioridades RELATIVAS:

- a) IR agudizada grave (CICr estimado <20 mL/min) ou CICr estimado <30 mL/min em descenso);
- b) diabetes *mellitus* com comportamento glicêmico errático;
- c) vítima de traumatismo raquimedular prévio com sequelas;
- d) gestante/puérpera;
- e) *delirium*;
- f) AVC - menor potencial de reabilitação;
- g) pacientes traqueostomizados com complicações agudas;

- h) pacientes com deficiência e necessidade de acompanhamento;
- i) pacientes em acompanhamento com mais de uma especialidade cirúrgica.

Os dados do paciente são anotados no modelo da Figura 1:

Figura 1 - **Prioridade de internação em enfermaria**

Hospital Risoletto Tolentino Neves PRIORIDADE DE INTERNAÇÃO EM ENFERMARIA	
Especialidade responsável pelo preenchimento:	
Diagnóstico que motiva a internação em enfermaria:	
A - Existe alguma condição dentre as seguintes, que configure PRIORIDADE ABSOLUTA de internação na enfermaria?	
B - Existe alguma condição dentre as seguintes, que configure PRIORIDADE RELATIVA de internação na enfermaria?	
C - Caso o paciente esteja em acompanhamento com a Equipe de cuidados paliativos:	
<input type="checkbox"/> Impressão de Morte iminente (<72h) sem proposta de tratamento invasivo <input type="checkbox"/> Lesões que exijam curativo complexo <input type="checkbox"/> Definição de Cuidado Paliativo Predominante ou Exclusivo <input type="checkbox"/> Sintomas Descontrolados - Dor <input type="checkbox"/> Sintomas Descontrolados - Dispneia <input type="checkbox"/> Sintomas Descontrolados - Náusea e Vômitos <input type="checkbox"/> Sintomas Descontrolados - Outros <input type="checkbox"/> Delirium <input type="checkbox"/> Obstrução Intestinal	
D - Idoso com delirium e ou demência?	
Alguma necessidade específica?	
E - DESTINO PROPOSTO:	
RESULTADO: 4	

Fonte: Núcleo Interno de Regulação (NIR) do HRTN.

O escore é então calculado pela fórmula a seguir (Figura 2):

Figura 2 - **Cálculo do escore**

MODELO DA FERRAMENTA

CÁLCULO DO SCORE

Idade
4 pontos + 0,1 a cada 1 ano acima de 40
Se prioridade absoluta, idade elevada ao cubo
Se prioridade relativa, idade elevada ao quadrado

Perguntas do item C
Valem 50,100,150,200 de acordo com a prioridade

Tempo internação
1 ponto por dia de internação até 7 dias.
2 pontos por dia de internação acima de 7 dias

PRIORIDADE DE INTERNAÇÃO EM ENFERMARIA

Resposta: respondida pelo profissional

Descrever a que motivo a internação em enfermaria:

A - Existe alguma condição dentro de seguintes, que configure PRIORIDADE ABSOLUTA de internação na enfermaria?

B - Existe alguma condição dentro de seguintes, que configure PRIORIDADE RELATIVA de internação na enfermaria?

C - Com a seguinte escala em acompanhamento com o fim de controle profilático:

- ☐ Infarto do Miocárdio recente <120 dias precedido de internação recente
- ☐ Cadeia que require cuidados complexos
- ☐ Deficiência de Cuidado Paliativo Predefinido no Sistema
- ☐ Síndrome Desconhecida - Dor
- ☐ Síndrome Desconhecida - Dispnéia
- ☐ Síndrome Desconhecida - Náusea e Vômito
- ☐ Síndrome Desconhecida - Outros

D - Alvo com dano a ou de dano?

Alguma necessidade específica?

E - DESTINO PROPOSTO:

RESPOSTA: 4

Fonte: Núcleo Interno de Regulação do HRTN.

Com o escore de cada paciente compõe-se um painel de prioridades de transferência (Figura 3), para uso do NIR.

Figura 3 - **Painel de Prioridades**

SOUL - PRIORIDADE INTERNAÇÃO ENFERMARIA													
NOME	UNIDADE	LEITO	SCORE	IDADE	MOTIVO	T_QUADRO	DIAS	ATENDIMENTO	DESTINO	PRIO_AB	PRIO_REL	OBS	IDOSC ALTA_BREVE
	1ª - INT INTERNO SALA AMARELA	SAINT02	364.9290	71	ÚLCERA INFECTADA MIE	0	4	3513176	7B, 4A e 4B - Clínica Cirúrgica	Paciente vasculopatia com co-manejo da Clínica Médica	Diabetes Mellitus com comportamento glicêmico errático		Sim
	1ª - INT SALA AMARELA PS	SA 02	9.96	69	TVP (WELLS 4) - AGUARDA DUPLEX SCAN	0	3	3513683	UI - 1ª andar (1ª UI Feminina) 1ª UI Masculina) 1ª UI Mistá)				Não
	1ª - INT INTERNO SALA AMARELA	SAINT09	8.1980	41	TCE E TRAUMA DE FACE	0	4	3512959	UI - 1ª andar (1ª UI Feminina) 1ª UI Masculina) 1ª UI Mistá)				Não
	CLIN A DSE				SITUAÇÃO: 1) Dor e distensão abdominal + hepatomegalia + ascite + plaquetopenia. Doença hepática? Neoplasia? Colelitíase associada?				UI - 1ª andar (1ª UI Feminina) 1ª UI Masculina) 1ª UI Mistá)				

Fonte: Núcleo Interno de Regulação do HRTN.

4.2.4 *Resultados e conclusão*

Com ampla gama de atendimentos cirúrgicos e clínicos, o HRTN encontra dificuldades em absorver, nos seus leitos de enfermaria, os pacientes que esperam internação nas

próprias dependências do pronto-socorro, atendidos e cuidados, mas em condições piores do que o próprio hospital pode fornecer em suas enfermarias.

Os diversos itens do escore refletem a composição da clientela e o que poderíamos chamar da “cultura” do hospital. Como exemplo, a inclusão de pacientes com “perspectiva de morte iminente” entre as prioridades absolutas, que mostra preocupação com os familiares e com os outros pacientes.

O escore evita o uso do tempo de internação na sala de observação como critério único. Garante, sobretudo, impessoalidade, mais segurança e tranquilidade a todos os profissionais envolvidos na decisão do uso de um recurso escasso.

Atualmente, o NIR trabalha na elaboração de um escore próprio para os pacientes que já têm indicação para leitos de terapia intensiva, em tratamento nas próprias dependências do pronto-socorro.

4.3 Implantação da ferramenta dias vermelhos em verdes - Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro

4.3.1 Apresentação

“Dias Vermelhos em Verdes (*“Red and Green Bed Days”*) é um método utilizado, sobretudo, no *National Health Service* (NHS) da Inglaterra. Possibilita a toda a equipe envolvida no acompanhamento de cada paciente identificar visualmente os dias de internação em que por quaisquer razões se perdeu tempo e que, portanto, não agregaram “valor” (dias vermelhos), em oposição aos dias em que todas os procedimentos necessários foram realizados tempestivamente (dias verdes) e que, portanto, agregaram “valor” ao plano terapêutico.

4.3.2 Contexto

O Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro (HMDCC), situado na região do Barreiro, no município de Belo Horizonte, conta com 460 leitos, sendo 240 para internação clínica, 80 para internação cirúrgica, 80 de terapia intensiva de adultos, 30 para AVC.

Não atende por demanda espontânea. Todos os pacientes são internados pela via da Central de Internação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Os pacientes oriundos das UPAs passam pela Unidade de Decisão Clínica. O hospital opera com um sistema de gestão hospitalar e o prontuário é completamente eletrônico. Como se vê, os leitos para internação clínica são mais da metade do total. A taxa de ocupação deles

é de 95% e a média de permanência em 2022 era de 11,1 dias, a mais alta do hospital, o que levou à decisão de implantar a ferramenta inicialmente nesses leitos.

4.3.3 *Descrição da experiência*

No método “Dias Vermelhos em Verdes”, todos os dias devem ser avaliados e considerados “verdes” ou “vermelhos”. Essa avaliação deve ser amplamente compartilhada com a equipe multiprofissional, mediante instrumentos de fácil visualização.

De maneira clara, quatro perguntas devem ser respondidas diariamente pelo paciente ou seus familiares e pela equipe:

- a) Por que estou internado?
- b) Que procedimentos, exames ou intervenções estão programadas hoje ou nos próximos dias e em que prazos?
- c) Qual o critério clínico para a alta?
- d) Qual a data prevista para a alta?

A resposta clara por parte dos responsáveis diretos pelo paciente a cada uma dessas perguntas fornece um roteiro preciso para aquele dia e para os próximos, além de uma revisita diária ao plano terapêutico. Usualmente a ferramenta é utilizada em conjunto com o “*SAFER Flow Bundle*”, que preconiza uma visita “sênior” diária, fluxo (*flow*) dos pacientes entre as enfermarias antes das 10:00h, altas antes do meio-dia e revisão sistemática por toda a equipe multidisciplinar de todos os pacientes com mais de sete dias de permanência.

A equipe de TI do hospital desenvolveu um aplicativo no qual constam as evoluções médicas, os resultados dos exames laboratoriais e de imagem, interconsultas, pacientes em precaução/isolamento, dados vitais e gerenciamento das metas de risco. O aplicativo pode ser acessado de qualquer ponto do hospital por celular, computador ou *tablet* e pode ser atualizado em tempo real. Têm acesso ao manuseio do aplicativo as lideranças de nível estratégico e tático, como a alta direção e os responsáveis intermediários de cada disciplina envolvida.

Em cada ala foi instalado um painel eletrônico, onde toda a equipe pode checar a posição verde ou vermelha de cada leito a cada momento.

A situação de cada paciente é avaliada diariamente pela equipe assistencial. Todas as variáveis são consideradas, mas o “registro” do dia vermelho ou verde acontece no momento da evolução médica. O médico não pode fechar a evolução sem esse registro.

Os leitos de Clínica são distribuídos em três andares - alas norte e sul -, 40 leitos em cada ala. São realizadas corridas de leito semanais em cada uma das seis alas. Participam das corridas de leitos o médico de apoio à gestão, médico horizontal, médicos-residentes, enfermeiros e técnicos em enfermagem e equipe multidisciplinar, psicólogo, serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia e equipe de gestão de altas. Essas reuniões têm sido realizadas regularmente desde 2022, apesar das dificuldades inerentes a esse tipo de atividade. Os dados são submetidos a auditorias periódicas e análises críticas trimestrais.

4.3.4 Resultados e conclusões

A ferramenta mostrou-se útil para o compartilhamento dos dados e a consecução de objetivos comuns a todos os membros da equipe assistencial, pela clareza e impacto de uma classificação de um dia em “verde” ou “vermelho” ou do trânsito durante a evolução do paciente de “verde” para “vermelho”, ou vice-versa.

A média de permanência no ano de 2024 baixou de 11,1 dias (2022) para 9,44 dias em 2024. O melhor resultado foi de junho de 2025 (8,55 dias). Isso equivaleu à oferta de 1.300 diárias no comparativo 2023/24.

A média de permanência, mantidos outros indicadores de eficácia, é uma medida importante da eficiência dos serviços hospitalares, por depender da convergência tempestiva de variados recursos para o paciente certo (material médico-hospitalar, interconsultores, exames complementares, bloco cirúrgico, entre outros). Seu monitoramento e sua manutenção em níveis adequados ao perfil assistencial do hospital não é tarefa só dos médicos, mas de toda a equipe, que deve estar informada o tempo todo e de maneira clara sobre o andamento da estadia de cada um dos pacientes. A classificação diária da internação em “vermelho” ou “verde”, compartilhada por todos no aplicativo e em painéis de fácil visualização, propicia essa informação.

4.4 Uso de ferramentas de gestão na otimização do tempo de internação hospitalar - Hospital Metropolitano Odilon Behrens

4.4.1 Apresentação

O objetivo do projeto é **otimizar** a permanência do paciente no hospital. Objetiva não somente diminuir a média de permanência de cada paciente, mas preocupa-se com a oferta do melhor tratamento disponível e com a monitorização dos indicadores de eficácia, tais como a mortalidade institucional e readmissão com menos de 30 dias.

4.4.2 Contexto

O Hospital Metropolitano Odilon Behrens é um dos maiores centros de atenção às urgências e emergências de Minas Gerais, disponibilizando 521 leitos integralmente para o SUS. Acessível por demanda espontânea, acolhe pacientes na sua porta de entrada própria e em uma UPA anexa. Provê atendimentos de emergência para a Região Metropolitana de BH em praticamente todas as especialidades cirúrgicas e clínicas, incluindo algumas de oferta difícil, como urologia e cirurgia bucomaxilofacial. Oferta ainda atendimento pediátrico e materno-infantil e é referência para aborto legal e para vítimas de violência sexual.

4.4.3 Descrição da experiência

A experiência parte da identificação de vários gargalos comuns em instituições desse porte, como retrabalho e ineficiência no processo, mas o foco principal foi na melhoria da comunicação em todos os níveis: entre familiares e pacientes com a equipe multidisciplinar, entre os membros da equipe e entre os diversos setores, como médicos horizontais, unidade de imagem, laboratório e interconsultores. As pactuações ocorreram por meio de reuniões da equipe gestora com os médicos preceptores, outra com os médicos-residentes e outra com a equipe multiprofissional.

Das reuniões semanais de alinhamento e avaliação participam a equipe médica (preceptor e residente), equipe multiprofissional (enfermagem, físiio, TO, fono, serviço social, nutrição, psicologia, farmácia clínica), equipe gestora (administrativo e gerente), escritório de gestão de alta (EGA), equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD). A condução dessas reuniões no sentido de torná-las objetivas e produtivas ainda é um desafio, mas são fundamentais para criar coesão entre seus participantes.

Outra providência considerada de fundamental importância foi a chamada “regionalização” dos leitos, ou seja, a atribuição a uma equipe multidisciplinar definida da responsabilidade pelo bom andamento da internação de cada paciente.

São utilizadas as seguintes ferramentas:

a) ***The SAFER patient flow bundle***

S - Visita Sênior (S). Todos os pacientes terão uma visita de um médico sênior antes do meio-dia.

A – Todos (ALL) os pacientes devem ter uma data provável e um critério clínico bem definido para a alta.

F - O fluxo (*FLOW*) de pacientes entre as unidades deve começar o mais cedo possível, antes das 10:00h.

E - Dos pacientes de alta, 33% devem sair de antes do meio-dia (*EARLY*).

R - Revisão (*REVIEW*) sistemática por equipe multidisciplinar de todos os pacientes com média de permanência de mais de sete dias.

- b) ***Redesigning systems to improve teamwork and quality for hospitalized patients: RESET Project Implementation Guide (Reset)***, da *Society of Hospital Medicine* e da *American Nurse Association*.

Projeto de médio e longo prazo, de reorganização de fluxos.

- c) **Dias vermelhos em verdes, do *National Health Service (NHS)* britânico**

Essa ferramenta categoriza cada dia da internação em “vermelhos”, em que se perdeu tempo, ou que não agregou “valor” à internação, em oposição aos “verdes”, que, sim, agregaram “valor” à estadia. Quatro perguntas devem ser respondidas diariamente pela equipe e pelo paciente e familiares, e cada leito é considerado “vermelho” ou “verde” a depender das respostas. São elas:

- a) Por que estou internado?
- b) Que procedimentos, exames ou intervenções estão programadas hoje ou nos próximos dias e em que prazos?
- c) Qual o critério clínico para a alta?
- d) Qual a data prevista para a alta?

Respondidas as perguntas, a cor verde ou vermelha é então anotada no *check-list* diário que é preenchido pelo preceptor (médico horizontal) responsável pelos cuidados dos pacientes e posteriormente compilados por um profissional administrativo.

4.4.4 Resultados e conclusões

As ferramentas foram aplicadas inicialmente em uma enfermaria de 55 leitos, conseguindo reduzir a média de permanência de 9,1 dias para 7,2 dias, abaixo da média pactuada com a Secretaria Municipal de Saúde (oito dias).

A meta de 33% de alta médica concluída antes de meio-dia não foi alcançada. Apesar disso, a manutenção dos dados de redução da média de permanência durante o ano de 2024 foi muito positiva, um marco na cultura do hospital. Atualmente, o projeto está em implantação na enfermaria de AVC e na enfermaria clínica de um anexo do HOB.

4.5 **Experiência: implantação do Escritório de Valor em Saúde, Fundação Educacional Lucas Machado**

4.5.1 *Apresentação*

Desde 2021, o hospital implantou o Escritório de Valor em Saúde (EVS) (*Valle Management Office*) com vistas a identificar falhas em todos os seus processos e implementar as melhorias necessárias. Compõe-se de profissionais dedicados a mapear processos, identificar falhas e propor melhorias. O objetivo é promover a cultura de valor por meio da racionalização e melhoria contínua dos processos, visando a economia, o ganho de qualidade na assistência prestada e o aprimoramento na formação dos profissionais de saúde.

4.5.2 *Contexto*

O Hospital Universitário Ciências Médicas, hospital filantrópico gerenciado pela Fundação Lucas Machado (FELUMA), tem como prioridade a formação acadêmica, residências e pós-graduações. Seus 235 leitos estão divididos entre 187 para adultos, 20 pediátricos e 28 para terapia intensiva de adultos. Possui ainda uma Unidade de Nefrologia com 13 máquinas e realiza regularmente transplantes renais. Não é acessível por demanda espontânea. Sendo 100% SUS, todas as suas vagas de internação e tratamento ambulatorial são ofertadas à Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde.

Utilizam sistemas de gestão hospitalar e prontuário eletrônico, a plataforma *Diagnosis Related Group* (DRG) para auditoria hospitalar e SACIH3i. O controle de infecções também possui os outros sistemas SACIH. Em 2016, alcançou e vem mantendo a Certificação ISO 9001.

4.5.3 *Descrição da experiência*

Atualmente, o escritório é composto de Auditoria Hospitalar (DRG), o Núcleo de Segurança do Paciente, o Núcleo de Práticas Assistenciais e uma equipe exclusiva para implantação das estratégias do EVS propriamente dito.

Foram definidos oito macroações, como objetivo inicial:

- a) Elaborar campanha de comunicação e marketing para divulgação do EVS.
- b) Definir os pilares de governança clínica para implantação da metodologia
- c) Revisar todos os processos dos setores que compõem o EVS e traçar ações com objetivos de melhorias dos processos para mudança do modelo assistencial.

- d) Estruturar cronograma de atividades externas dos setores do EVS.
- e) Implantar metodologia do *Round* e monitorar resultados.
- f) Implantar metodologia do *Huddle* e monitorar os resultados.
- g) Implantar metodologia do 5s e monitorar os resultados.
- h) Elaborar plano de ação para melhoria das tecnologias e automatização dos processos nos setores do EVS.

O escritório usou os Manuais da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e da *Joint Commission International* (JCI) como orientadores no diagnóstico de cada setor do hospital. A campanha de divulgação foi realizada ao tempo em que era realizado o diagnóstico, conseguindo mobilizar todos os setores do hospital para os próximos passos.

A partir da revisão dos processos, foram definidas 48 microações, que abarcaram praticamente todo o hospital, com diagnósticos e planos de ação precisos. Com o envolvimento de todas as equipes, as novas tecnologias foram implantadas e as mudanças implementadas. No dizer de um membro da equipe, o Escritório de Valor transformou-se em uma “locomotiva de melhorias”, sem necessidade de grandes investimentos.

4.5.4 Resultados e conclusões

Nesses anos de funcionamento, o Escritório de Valor ganhou relevância na estrutura organizacional da instituição, conseguindo envolver o corpo clínico e todos os demais colaboradores no processo de melhorias e exercício continuado nas novas tecnologias de gestão. Sua atuação resultou em otimização de todos os processos, mais qualidade e segurança assistencial e mais interface entre as equipes assistenciais e a gestão.

Os resultados mais destacados foram:

- a) Redução de 79% nas infecções relacionadas à assistência (IRAs);
- b) redução de 78,65% nas admissões não planejadas;
- c) redução de 18,46 na média de permanência.

5. CONECTANDO A TEORIA, AS EXPERIÊNCIAS E A PNAES

As experiências aqui apresentadas dialogam com a ampliação do acesso e qualidade da Atenção Especializada prestada, no âmbito dos estabelecimentos de saúde onde são desenvolvidas.

Ao atender os usuários com recursos de telessaúde, a experiência das UPAs de Contagem reduz tempos de espera; garante segurança assistencial ao delimitar tipos de sinais e sintomas não elegíveis ao teleatendimento; além de exames e segunda avaliação serem feitos de forma presencial. Reduz custos, melhora a satisfação do usuário, pois reduz tempos de espera. Além disso, pratica a formação da equipe com o matriciamento.

As tecnologias SAFER (Hospital Metropolitano Odilon Beherens) e Dias Vermelhos em Verdes (Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro) otimizam a utilização da oferta de leitos, reduzem desperdícios e geram mais segurança assistencial ao reduzir a permanência do paciente do ambiente hospitalar. É sabido que, quanto mais longo o tempo de internação, maiores são as possibilidades de condições adquiridas.

O escore de gravidade do Hospital Risoleta Neves faz regulação interna do acesso aos leitos hospitalares, com base em riscos e vulnerabilidades dos pacientes. Garante também mais segurança assistencial e reduz o nível de estresse e insegurança das equipes assistenciais da porta de urgência (pronto-socorro), retirando delas a responsabilidade pelo cuidado de pacientes gravemente enfermos, por tempo prolongado e em ambiente inadequado para tal.

O Escritório de Valor em saúde do Hospital Universitário Ciências Médicas elegeu as atuações articuladas de cinco serviços (SCIRAS, Núcleo de Segurança do Paciente, governança clínica, auditoria hospitalar e epidemiologia hospitalar) como tecnologia de intervenção para a mudança de processos e resultados. Qualificou-se a gestão da informação, foram utilizadas ferramentas de gestão da qualidade e realizadas capacitações nos diversos setores. Tudo com o envolvimento da alta direção. Também aqui os resultados foram redução dos índices de infecção, redução de custos, otimização da utilização de leitos, aumento das internações.

Todas as experiências estão sendo desenvolvidas em equipamentos de saúde que compõem programas estratégicos e/ou redes temáticas do SUS dos três entes federados, como a Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas (HMDCC, HMOB, HUCM, Risoleta), a Rede de Urgência e Emergência (HMDCC, HMOB, HUCM, Risoleta, UPA Contagem), a Rede Alyne (HMOB, Risoleta), o Sistema Nacional de Transplantes na captação de órgãos e/ou na realização de transplantes (HMDCC, HMOB, HUCM, Risoleta), as habilitações em alta complexidade. Portanto, são unidades pilares ou de grande relevância para os sistemas municipais e para as regiões de saúde de Contagem e Belo Horizonte, sendo algumas delas referência macrorregional.

Existem aspectos comuns nas experiências apresentadas, como a utilização do prontuário eletrônico do paciente/PEP, a gestão da informação, tendo esta como definidora da tomada de decisão, investimentos em tecnologias de comunicação e todos são serviços regulados pelo respectivo gestor. A atuação multidisciplinar também é marca comum.

Portanto, avaliando as experiências, observam-se conexões entre essas e as diretrizes e eixos da Política Nacional de Atenção Especializada/PNAES. Nos conteúdos da PNAES que tratam da atuação dos serviços de Atenção Especializada, preconiza-se cuidado resolutivo e em tempo oportuno, qualidade, sustentabilidade e continuidade do cuidado (Brasil, 2023b). Nos conteúdos que tratam do modelo de atenção à saúde encontramos equipes multiprofissionais que atuam de modo interdisciplinar, modelo que assegura o acesso, a qualidade da assistência, a coordenação do cuidado e a segurança do paciente, plano de cuidado elaborado e registrado em prontuário compartilhado pela equipe multiprofissional, equipe atuando em estratégias de educação permanente, apoio clínico e cuidado compartilhado, incluindo apoio matricial, interconsulta, navegação do cuidado e diversas ações de telessaúde (Brasil, 2023c).

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. Intervenções para solucionar a superlotação em emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700002>. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 604**, de 16 de maio de 2023. Dispõe sobre a execução do Projeto Mais Médicos par o Brasil – PMMB. Brasília, Distrito Federal, 2023a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/pri0604_18_05_2023.html . Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3** de 28 de setembro de 2017. Consolidação de normas das redes de atenção à saúde. Brasília, Distrito Federal, 2017a. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 20 maio 2025.

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, Distrito Federal, 2023b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.048**, de 05 de novembro de 2002. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Distrito Federal, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 maio 2025.

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). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3492_11_04_2024.html. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 7.177**, de 10 de junho de 2025a. Dispõe sobre o Projeto Mais Médicos Especialistas, instituído no âmbito do Programa Mais Médicos com foco no aprimoramento de médicos especialistas, por meio da integração ensino-serviço, no contexto da atuação no SUS, como parte das ações do Programa Agora Tem Especialistas. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-7.177-de-10-de-junho-de-2025-635330489>. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 7.266**, de 18 de junho de 2025. Dispõe sobre o Programa Agora Tem Especialistas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2025b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-7.266-de-18-de-junho-de-2025-637187199>. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde:** congestão e superlotação dos serviços hospitalares de urgências [recurso eletrônico]. Brasília, Distrito Federal, 2020. 83 p.: il. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087521/13-sintesecongestaosuperlotacaofinal31mar2020.pdf>. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Seminário Internacional de Atenção Especializada à Saúde. Documento Disparador. **Subsídios para a construção da Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde**. Brasília, Distrito Federal, 2023c.

BRASIL. Sala de Apoio a Gestão. **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h)**. 2025c. Disponível em: <https://novasage.saude.gov.br/politicas-programas-projetos-estrategias-e-aco-es/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h?tab=687ea50528fcb500017d5b37> Acesso em: 20 jul. 2025.

CARMO, M. Hospitais de pequeno porte e rede de atenção à saúde: um estudo de sua inserção e avaliação em Minas Gerais no período de 2004/2014. 2016. **Tese (Doutorado em Administração)** - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE REPORT (CEBM). **Defining value-based healthcare in the NHS**, 2014. Disponível em: https://www.cebm.net/wp-content/uploads/2019/04/Defining-Value-based-healthcare-in-the-NHS_201904.pdf Acesso em: 1 jul. 2025.

DATASUS. **Informações de saúde (Tabnet)**. Rede Assistencial. Brasília: DATASUS, [2025].

DYER, C. Bristol Inquiry condemns hospital's "club culture". **British Medical Journal**, v. 323, p. 181, 2001. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1120824/pdf/181.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2025.

EUROPEAN COMMISSION. Expert panel on effective ways of investing in health. **Defining value in "valuebased healthcare"**: report of the Expert Panel on effective ways of investing in *Health (EXPH)*, 2019. Disponível em: https://health.ec.europa.eu/publications/defining-value-value--based-healthcare_en. Acesso em: 12 jun. 2025.

FLEURY, S. Desigualdades injustas: o contra o direitiro à saúde. **Psicologia & Sociedade**, v. 23. n. spe., p. 45-52, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400007>. Acesso em: 12 jun. 2025.

GOMES, R. *et al.* A polissemia da governança clínica: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2431-2439, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11492014> . Acesso em: 11 jul. 2025.

GRAGNOLATI, M.; LINDELOW, M.; COUTTOLENC, B. Twenty years of health system reform in Brazil: An assessment of the Sistema Único de Saúde. Directions in development. Human Development. International Bank for Reconstruction and Development. **The World Bank**, 2013. Doi:10.1596/978-0-8213-9843-2.

HALLIGAN, A.; DONALDSON, L. Education and debate. Implementing clinical governance: turning vision into reality. **British Medicine Journal**, v. 322, p. 1413–7, 2001. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1120478/pdf/1413.pdf>. Acesso em: 08 de jul. 2025.

JOINT COMMISSION RESOURCES - JCM. **Gerenciando o fluxo de pacientes**: estratégias e soluções para lidar com a superlotação hospitalar. Tradução Magda França Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 12 jun. 2025.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - OECD. Tackling wasteful spending on health. **OECD Publishing**, Paris, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>. Acesso em: 09 jul. 2025.

PORTER, M.; TEISBERG, E. **Redefining health care**: creating value-based competition on results. Harvard Business School Press, 2006.

SANTOS, I.; SÁ, E. Estratégias de governação clínica. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 26, p. 606-612, 2010. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/viewFile/10803/10539>. Acesso em: 08 jul. 2025.

SCALLY, G.; DONALDSON, L.J. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. **British Medical Journal**, v. 317, p. 61-5, 1998. Doi: 10.1136/bmj.317.7150.61.

STEIN, A.T.; SANTOS, A.M.; ROCHA, D.O.S. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas com base em evidências. In: TOMA, T.S. *et al.* (org.). **Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. p. 312-328. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/11050>. Acesso em: 20 jul. 2025.

TRAVASSOS C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, suppl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PkysrjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2025.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Acórdão nº 693/2014** – TCU – Plenário. Processo nº TC 032.624/2013-1. Brasília, Distrito Federal, 2014. Disponível em https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/documento/acordao-completo/*/NUMACORDAO%253A693%2520ANOACORDAO%253A2014%2520COLEGIADO%253A%2522Plen%25C3%25A1rio%2522/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0 Acesso em: 20 jul. 2025.

VIRGINIA COMMONWEALTH UNIVERSITY (VCU). **The clinical inquiry process resource guide**. 2025. Disponível em: <https://guides.library.vcu.edu/c.php?g=283853&p=6317661>. Acesso em: 20 jul. 2025.

WIERSEMA, J.E.; BRESSER, C.; VAN DER NAT, P. Organizing care around conditions: An expanded model of value-based health care. **New England Journal of Medicine Catalyst**, v. 4. 2023. Doi: 10.1056/CAT.23.0180.

Tecnologias e estratégias de regulação: transparência e agilidade no acesso à saúde

CLARISSA SANTOS LAGES
ROSIENE MARIA DE FREITAS

1. INTRODUÇÃO

Este capítulo traz uma contribuição para a discussão do papel das tecnologias e estratégias para tornar o acesso mais justo, ágil e transparente, pautando-se nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), especialmente quanto à ampliação e garantia do acesso aos serviços especializados em tempo oportuno, com referência territorial e considerando as necessidades locais, com equidade, integralidade, qualidade na assistência e mais efetividade e eficiência na aplicação dos recursos financeiros (Brasil, 2023a).

O foco principal do capítulo está inserido no eixo da PNAES que trata da qualificação da regulação assistencial (ou do acesso) centrada no usuário e produtora de cuidado para a garantia da integralidade e que busca monitorar, reduzir os tempos de espera, minimizar o absenteísmo e evitar a realização de procedimentos desnecessários, com o objetivo de aumentar a transparência, fortalecer a coordenação do cuidado e promover a vinculação, corresponsabilização e comunicação entre serviços e usuários. Para tanto, a regulação do acesso deve seguir estratégias de diretrizes clínicas, protocolos assistenciais e de acesso e critérios de priorização com base em avaliações de risco e vulnerabilidade, utilizando mecanismos de gestão e transparência das filas de espera, matriciamento, educação permanente, alta responsável, telessaúde, telerregulação assistencial e cuidado compartilhado entre profissionais da Atenção Básica e Especializada (Brasil, 2023b).

O capítulo se estrutura a partir da contextualização do problema das filas de espera para a Atenção Especializada no SUS, seguindo para uma discussão pautada pelas perspectivas colocadas na Política Nacional de Regulação em Saúde.

Especialmente, interessa destacar, neste capítulo, ferramentas possíveis na regulação do acesso, bem como apresentar experiências desenvolvidas em municípios do estado de Minas Gerais que vêm ao encontro das soluções propostas a partir da PNAES.

Nesse sentido, serão analisadas três experiências concretas desenvolvidas nos municípios de Juiz de Fora, Manhuaçu e Itamarandiba, identificadas no Projeto de Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde (AES), que ilustram diferentes estratégias de enfrentamento do mesmo desafio. A análise dessas vivências permite lançar luz sobre problemas semelhantes presentes em outros municípios do país, revelando tanto limites quanto potencialidades dos instrumentos de regulação como ferramentas de transparência. Ao mesmo tempo, cada uma dessas experiências oferece relevantes aprendizados, capazes de subsidiar gestores, profissionais e pesquisadores na construção de caminhos mais equitativos, resolutivos e coordenados para a organização da Atenção Especializada em saúde.

2. O ACESSO DESIGUAL NO SUS: AS FILAS DE ESPERA

O problema das filas para a Atenção Especializada no SUS tem como consequências os elevados tempos de espera pela atenção e, em decorrência, o comprometimento da qualidade da assistência e do enfrentamento oportuno aos agravos, com a perda de oportunidades terapêuticas. No Brasil, elevados tempos de espera para marcação de consultas, exames especializados e cirurgias constituem a maior causa de insatisfação referida pelos usuários do SUS. São também um problema em países da OCDE com serviços nacionais de saúde e em sistemas com formas distintas de organização e predomínio de prestadores privados, como na Austrália, Canadá e Nova Zelândia (Conill; Giovanella; Almeida, 2011).

Entre os fatores explicativos para a existência de filas de espera na Atenção Especializada, a insuficiência de recursos financeiros seria o principal determinante, considerando comparações internacionais que mostram que uma oferta mais ampla está associada a reduzidas esperas (Hurst; Siciliani, 2003; Mojan-Azzi; Mojan, 2008 *apud* Conill; Giovanella; Almeida, 2011). No entanto, outros fatores também contribuem com essa explicação. No âmbito organizacional e gerencial são citados o uso ineficiente da rede; a baixa

resolutividade da APS; referenciamentos inapropriados; remarcações desnecessárias para o especialista; descontinuidade do cuidado por problemas no contrarreferenciamento e na gestão das listas de espera; e uso incipiente de protocolos de classificação de riscos, entre outros (Gianotti; Louvison; Chioro, 2025).

Ainda na gestão, é citada a insuficiência de capacitação profissional, considerando a necessidade de conceitos e conhecimentos operacionais específicos para lidar com os fatores anteriormente listados. Do ponto de vista da demanda e da utilização, são citadas as características sociodemográficas e epidemiológicas da população referida, a disponibilidade de tecnologias, o desbalanço entre oferta e demanda e seu gerenciamento entre generalistas e especialistas, por exemplo (Conill; Giovanella; Almeida, 2011).

Em seu estudo, esses autores relacionam, associadas a esse elenco de problemas, várias estratégias para o enfrentamento das filas. Para o aumento da oferta, incluem a ampliação de leitos públicos e do quantitativo de especialistas e a compra de serviços no setor privado. Do ponto de vista da produtividade, as estratégias envolvem o financiamento de atividades extras e remuneração por desempenho, bonificações e sanções associadas a metas de produção e de redução de tempo. Para aumentar a eficiência da capacidade instalada surgem estratégias como a definição de trajetórias para os pacientes, ou seja, o percurso do indivíduo a partir do sistema de saúde, envolvendo múltiplos serviços e cuidados; a maximização do uso dos recursos humanos; e a melhoria dos sistemas de informação e agendamento, entre outras. Sobre a demanda, as principais intervenções incluem o gerenciamento do acesso, com diretrizes ou classificação por níveis de prioridade, a definição de metas com tempos máximos e os incentivos financeiros e não financeiros.

Cabe ressaltar que as filas são estudadas por métodos estatísticos (Teoria das Filas) que analisam sua formação e estimam os tempos de espera, buscando subsidiar o dimensionamento dos serviços e evitar desperdícios e gargalos. São analisados elementos como os regimes de chegada, de serviço e de disciplina da fila. São também estabelecidas regras de atendimento das filas. As mais comumente utilizadas são: *first in-last out* - FILO - por ordem de chegada; *last in-first out* - LIFO, o último a chegar é o primeiro a ser atendido; *priority servisse* - PRI, por ordem de prioridade; *service in random order* - SIRO, por ordem aleatória. Na saúde preconiza-se que as filas devem ser geridas por listas de espera, em que o PRI deveria ser o mecanismo utilizado (Giannotti; Louvison; Chioro, 2025).

No Brasil, estratégias específicas são adotadas, por nível de atenção, buscando a garantia do acesso e a integralidade. Nas emergências tem sido implantada a metodologia *Lean*, usando princípios técnicos e operacionais que visam reduzir o desperdício de recursos, melhorar a qualidade e maximizar o valor do serviço entregue aos pacientes em urgências e emergências de hospitais públicos. O *Lean* objetiva melhorar a qualidade e agilidade do atendimento em unidades hospitalares, por meio de ações baseadas na redução de sete desperdícios: falta de qualidade, espera, estoques, movimentação, transporte, processos desnecessários e superprodução.

As ações são focadas na melhoria dos fluxos de trabalho nas emergências, centro cirúrgico, centro diagnóstico, unidades de internação e unidades críticas; no desenvolvimento e implantação de um plano de capacidade plena para situações de superlotação; e na disponibilização de acesso a plataforma para compartilhamento de experiências. No Brasil, a iniciativa teve início em agosto de 2017 com o Hospital Sírio Libanês. Em 2022 o projeto havia atendido 128 instituições públicas e filantrópicas (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/l/lean-nas-emergencias>).

Na APS a demanda espontânea é uma importante parcela do formato de atendimento, que também pode gerar filas presenciais. Na teoria das filas preconiza-se que a melhor forma de agendamento é por bloco de horas (agenda com hora marcada), o que possibilita, além de diminuir o tempo de espera, o encaixe da demanda espontânea. O bloco de horas introduz flexibilidade na atenção aos usuários, com tempos diferenciados conforme suas demandas (Mendes, 2019). Esse método se mostrou eficaz na redução de absenteísmo e das filas, favorecendo a continuidade do cuidado (Giannotti; Louvison; Chioro, 2025).

Na AE, normalmente as filas são geradas pelo próprio sistema de saúde a partir da demanda e da aplicação de critérios que definem os encaminhamentos. Ou seja, os usuários são encaminhados por uma unidade solicitante, mediados ou não por uma central de regulação, para um serviço especializado que organiza a oferta, monitorando as novas consultas, a necessidade de exames, os retornos e as altas. Não havendo possibilidade de agendamento imediato, os usuários são inseridos em listas de espera, as quais devem ser scrutinadas em sua especificidade e de acordo com a necessidade de cada situação para que o cuidado integral e o acesso oportuno sejam garantidos (Giannotti; Louvison; Chioro, 2025). Não se trata, portanto, de filas, mas de listas de espera.

Considerando o pressuposto da análise das listas em sua especificidade, depreende-se que o problema, em si, não é a existência das listas, mas o fato de elas se constituírem

apenas em registros nos quais as necessidades e singularidades dos usuários são desconhecidas pelos serviços e pelos sistemas de informação. Algumas questões, nesse sentido, são o fato de estarem dispersas em vários sistemas que não interoperam entre si, apresentarem duplicidade e até demandas que podem não ser mais necessárias (Giannotti; Louvison; Chioro, 2025). O grande desafio é reduzir o tempo de espera, além de focar no fato de as listas estarem diminuindo ou aumentando. Longas filas para cirurgias, por exemplo, podem sugerir o aumento do número de consultas para especialidades, abrindo a possibilidade de ali se encontrarem pacientes até já operados ou sem indicação. Por outro lado, uma lista pode diminuir simplesmente pelo fato de uma baixa oferta resultar em não encaminhamentos para determinada especialidade. Ou a lista pode aumentar com a implantação de um novo serviço.

Alguns dispositivos são reconhecidos na gestão das listas de espera e promovem o acesso, além da redução de perdas primárias e do absenteísmo. Nas unidades básicas, o acompanhamento dos usuários inseridos em listas pode identificar casos para atendimento na própria unidade, reduzindo a necessidade de encaminhamentos. Conhecer o usuário, qual o seu agravo, qual o tempo de espera, quais cuidados podem ser oferecidos ali, qual o seu grau de prioridade são mecanismos para a gestão da lista de espera. Processos de matriciamento com a Atenção Especializada e de educação continuada são também importantes estratégias, além do planejamento da oferta de acordo com as necessidades reais, do fortalecimento de medidas de promoção, prevenção e diagnóstico precoce, com potencial de diminuir ou minimizar o número de futuros casos mais graves. Dispositivos de comunicação entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada, consultas compartilhadas, discussão de casos, adoção de critérios de inclusão e exclusão das filas, capacitação e orientação para condução de casos, elaboração de projetos terapêuticos e outras possibilidades de cuidado são também cruciais (Giannotti; Louvison; Chioro, 2025).

Especialmente relevantes são os mecanismos de garantia da transparência das filas, que envolvem o desenvolvimento de sistemas informatizados que contribuam no conhecimento e monitoramento das listas de espera, na definição das prioridades clínicas e no controle do absenteísmo. Algumas questões a serem solucionadas, nesse sentido, passam pela padronização da nomenclatura dos procedimentos e da terminologia utilizada, pela transparência dos critérios adotados para priorização, pela unificação ou interoperabilidade dos sistemas, entre outras (Giannotti; Louvison; Chioro, 2025).

Esses mecanismos e estratégias, aqui compilados, situam-se no campo da regulação do acesso que, na PNAES, a coloca em um papel de desenvolvimento de um projeto terapêutico que aposte, para além dos seus processos *stricto sensu*, na dimensão cuidadora e relacional das práticas de saúde a partir de tecnologias leves: a chamada “regulação a quente”, que envolve a promoção da corresponsabilização e do olhar para a singularidade do usuário na produção e continuidade do cuidado.

3. REGULAÇÃO ASSISTENCIAL: CONCEITOS, CONTEXTOS E DESAFIOS NO SUS

No campo da Economia, a regulação é entendida como uma restrição do Estado sobre a atividade de mercado, podendo estar contida nos modelos de imposições para corrigir falhas de mercado; de estímulo do Estado para certos tipos e padrões de serviços, quando este é comprador ou regulador; de limite ao que é disponibilizado no mercado; e de definidor do critério de oferta de serviços no mercado. Na economia política, a regulação busca a coerência e compatibilidade entre a oferta e a demanda, em interação dinâmica. Nas Ciências Sociais, a questão da regulação está relacionada à discussão dos mecanismos sociais que assegurariam a estabilidade e a inércia das regras sociais. Na Ciência Política, representa um modo de conciliação de conflitos, caracterizando-se como função essencial do poder político (Oliveira, 2014; Oliveira; Elias, 2012). Trata-se, portanto, de um conceito polissêmico (Magalhães Jr., 2006 *apud* Santos; Mehry, 2006).

No campo da saúde, a regulação é inerente a qualquer sistema e se desenvolve em um cenário de disputas e interesses conflitantes (Santos; Mehry, 2006). A noção de regulação está também associada à relação entre Estado e mercado, sendo que, especificamente no setor saúde brasileiro, considerando a natureza mista do sistema – pública e privada –, o modelo regulatório busca direcionar-se, na medida das necessidades, às ações de acesso dos usuários aos serviços de saúde, à regulamentação do subsistema público e às falhas do mercado no subsistema privado (Veloso de Albuquerque *et al.*, 2013).

A regulação em saúde vai além da regulamentação do mercado, dado que se relaciona com o desempenho dos sistemas de saúde, atuando no processo de definição de políticas e regras para os mesmos e assumindo a função de reitoria (Magalhães Jr. 2006; Oliveira, 2011 *apud* Veloso de Albuquerque *et al.*, 2013). Ou seja, além de referir-se aos macroprocessos de regulamentação, define também os mecanismos de formatação e direcionamento da assistência à saúde (Santos; Mehry, 2006). E suas políticas buscam o equilíbrio macroeconômico entre despesas e receitas, a eficiência microeconômica,

com um nível satisfatório de prestação de serviços, e a equidade social, traduzida no acesso e na distribuição geográfica dos meios. Seus resultados, portanto, influenciam na equidade no acesso, a partir da intervenção na distribuição de equipamentos e recursos humanos, na formação de profissionais, na relação entre os prestadores e os objetivos do sistema e na adequação do cuidado aos usuários.

Desde a implementação do SUS até meados dos anos 1990, o sistema de regulação concentrou suas atividades no controle e avaliação financeira e contábil. A regulação assistencial foi pautada com a norma Operacional da Saúde (NOAS) 2001/2002, embora dirigida apenas à média e alta complexidades, não incluindo a Atenção Básica como componente central do processo. Além disso, era desarticulada das funções de controle e avaliação. Com o Pacto pela Saúde de 2006 a regulação assistencial foi definida como “o conjunto das relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes” (Brasil, 2006).

A regulação assistencial (ou do acesso) passou a configurar-se como elemento da regulação da atenção, articulada às atividades de contratação, controle, avaliação e auditoria assistencial. Estando pautada nas diretrizes de universalidade, integralidade e equidade, a regulação assistencial pode expandir ou reduzir determinada oferta, visto que sua principal meta é subsidiar o dimensionamento da oferta e responder às questões assistenciais e à satisfação dos usuários. Implica, portanto, articulações na esfera técnico-política e no âmbito do cuidado.

Em 2008, a Portaria GM/MS nº 1.559 instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS e especificou três dimensões da regulação, necessariamente articuladas entre si: a regulação dos sistemas de saúde, que define macrodiretrizes como a elaboração de normas, o planejamento e o financiamento; a regulação da atenção à saúde, com foco na organização da rede de serviços, contratualização, controle e avaliação; e a regulação do acesso à assistência (regulação assistencial), que foca a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. A portaria ratifica o processo de regulação do acesso a partir da APS, para que seja disponibilizada a assistência mais adequada à necessidade de saúde do usuário, por meio de mecanismos como a regulação médica da atenção ambulatorial e hospitalar, o controle de leitos, a padronização de solicitações e o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de atenção (Brasil, 2008). Nos arranjos de regulação do acesso destacam-se as centrais de regulação e os complexos reguladores, espaços privilegiados de observação e gestão de oferta do conjunto do sistema.

Em 2010, o manual Diretrizes para Implantação de Complexos Reguladores ressaltou a importância da regulação pela necessidade de qualificação do acesso, otimização dos recursos e reforço das funções de gestão. A ação regulatória foi definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, considerando a classificação do risco e o cumprimento de protocolos estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada. Solicitações padronizadas por protocolos devem ser adotadas pela APS nos municípios, claramente olhando para a organização das listas e a garantia da equidade no acesso (Brasil, 2010).

Em outras normas, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 e 2017, a regulação é reforçada como mecanismo articulado a outros pontos da rede, com o objetivo de aumentar a qualidade da própria regulação e o acesso oportuno a outros pontos de atenção, com equidade, bem como para defender o uso racional de recursos de forma a minimizar deslocamentos desnecessários e trazer mais eficiência e equidade à gestão das listas de espera. O matriciamento surge como ferramenta para potencializar a resolução de casos no âmbito da APS e o telessaúde compõe um conjunto articulado de suporte às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso. O Manual Instrutivo do Telessaúde, de 2015, já apontava essa ferramenta como estratégia para ampliar e facilitar o acesso a determinadas ações de saúde, aumentar a resolutividade da Atenção Básica, incluindo o matriciamento, e ser uma ferramenta de educação permanente (Alves Melo *et al.*, 2021).

Em 2023 a Portaria GM/MS 90 instituiu o Programa Nacional de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas, com o objetivo de ampliar o acesso a procedimentos na Atenção Especializada, especialmente aqueles com demanda reprimida, fomentando também a implementação de um novo modelo de custeio. A portaria já trazia, como um dos objetivos, a mudança do modelo de gestão e regulação das filas para a Atenção Especializada (regulação do acesso), visando adequar a oferta de ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades de saúde e a estratificação de risco (Brasil, 2023b).

Ainda em 2023, a PNAES (Brasil, 2023a) trouxe o arcabouço de diretrizes na perspectiva da Atenção Especializada, orientando ações específicas para o cuidado ambulatorial, com destaque para a regulação do acesso e tendo como centro o processo de cuidado, e realçando a necessidade de mudança no que estava anteriormente estabelecido para a regulação assistencial. O processo de cuidado refere-se à organização e funcionamento dos serviços de Atenção Especializada, com o objetivo de garantir a oferta de cuidados

integrados, o monitoramento da qualidade e a continuidade do atendimento, constituindo para tal os Núcleos de Gestão do Cuidado e as Ofertas de Cuidados Integrados. O foco é a redução da fragmentação do cuidado, a otimização dos recursos e a garantia de que os usuários transitem de forma eficaz entre a APS e a AES.

A regulação do acesso enfrenta diversos desafios e frequentemente ainda é vista como o espaço das “portas fechadas”, geradora de restrições e redundâncias, cartorial e sem produção de soluções. No âmbito da oferta, são reconhecidos os vazios assistenciais, referentes tanto à capacidade instalada quanto à disponibilidade de profissionais. Considerando essa limitação da rede própria, o SUS enfrenta a dependência de prestadores privados e filantrópicos para a prestação de serviços, o que traz desafios para os gestores, do ponto de vista da governabilidade, dado que muitas vezes não conseguem ampliar a oferta de acordo com a necessidade em seu território. Essa questão acaba por reverberar na regulação da atenção, restringindo a capacidade de oferta do sistema de saúde (Universidade de São Paulo, 2025).

Em relação à demanda, o desafio é sua qualificação constante, tanto na APS quanto da AES, como suporte ao processo regulatório. Ou seja, ainda são observadas lacunas de embasamento para o processo regulatório, comprometendo a definição da melhor solução para o usuário. Também são constatadas a insuficiência de parâmetros e diretrizes nacionais para o estabelecimento de protocolos de acesso e do tempo oportuno para condições prevalentes. No entanto, é importante ressaltar os investimentos recentes feitos no sentido de estabelecer parâmetros assistenciais em alguns âmbitos de cuidados nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Perpassando todos esses desafios, impõe-se a questão da gestão dos sistemas de informação na regulação, ainda um cenário restrito ao Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e a alguns sistemas municipais e estaduais – estes por vezes muito simples – que não “conversam” entre si. Essa ausência de interoperabilidade entre os sistemas, que mostra a grande fragmentação e muitas vezes revela redundância das informações, dificulta análises mais qualificadas para a regulação do acesso, com reflexos nas filas de espera e na atenção em tempo oportuno, entre outras. A Portaria GM/MS nº 1.434 de 14 de maio de 2020 instituiu a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), componente do Sistema Nacional de Informações em Saúde (SNIS), plataforma nacional voltada à integração e à interoperabilidade de informações em saúde entre estabelecimentos de saúde públicos e privados e órgãos de gestão de estados e municípios, com o objetivo de garantir o acesso à informação necessário ao cuidado do usuário. Segundo

levantamento da RNDS existem hoje cerca de 120 sistemas em operação, sendo que 48 já estão integrados (Universidade de São Paulo, 2025).

Como já mencionado, esses problemas acarretam fragmentação, baixa qualidade e resolutividade do cuidado; filas de espera sem critérios e prioridades; vinculação dos usuários à Atenção Especializada; baixa transparência das filas; tempo elevado de espera e absenteísmo; insatisfação dos usuários e piora nos indicadores de saúde.

Para superar essas questões, coloca-se a aposta no avanço na PNAES no sentido de dirigir o foco para o usuário, tanto no modelo de acesso quanto no processo regulatório, com um olhar mais integrado em suas necessidades, e promover o cuidado compartilhado e a transparência dos processos e das filas. Focar no usuário implica olhar para a jornada mais adequada em cada situação. Para tanto, os protocolos de acesso e as diretrizes clínicas, o uso de informação, da saúde digital e da telessaúde são importantes estratégias para a qualificação da demanda, coordenação do cuidado e redução de filas e tempos de espera.

Outra estratégia é o investimento na vinculação entre as equipes demandantes e ofertantes, no sentido de ampliar a resolutividade e a coordenação na APS, na responsabilização e navegação do cuidado, com o olhar voltado à trajetória individual do usuário e identificação de possíveis lacunas. Devem ser estabelecidos canais regulares com o usuário, com a promoção de ações de acompanhamento pelo controle social e sociedade em geral (Universidade de São Paulo, 2025).

Entre as ferramentas para a regulação do acesso destacam-se as possibilidades abertas pelos protocolos para priorização de condições com longos tempos de espera, com critérios definidos e tempo adequado de atendimento; a gestão das listas de espera, com verificação periódica, informações qualificadas, itinerários organizados; e o telessaúde, por seu potencial de impacto na diminuição do tempo de espera, na ampliação do acesso e na melhor gestão das listas de espera.

4. ESTRATÉGIAS PARA AGILIDADE E TRANSPARÊNCIA DAS FILAS

Da discussão anterior depreende-se que o enfrentamento dos desafios relacionados às filas de espera no SUS exige abordagens inovadoras que articulem a regulação assistencial com ferramentas de gestão e tecnologias da informação. Assim, diversas experiências municipais têm implementado estratégias voltadas à transparência, racionalização e regionalização do acesso, como demonstram os casos de Juiz de Fora, Manhuaçu e

Itamarandiba, identificados no Projeto de Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde (AES), apresentados a seguir.

4.1 **Transparência e inteligência de dados: a plataforma “Busca Saúde” – SMS Juiz de Fora**

A experiência “Revelando Filas de Espera com Transparência e Refinando a Gestão através de *Business Intelligence* – BuscaSaúdeJF”, implementada pela Prefeitura de Juiz de Fora, é um exemplo emblemático de como a inovação digital pode qualificar a gestão da Atenção Especializada no SUS. O projeto nasceu da necessidade de enfrentar a ausência de informações claras sobre filas de consultas e exames especializados, que gerava desorganização, desperdício de recursos e insatisfação da população.

O BuscaSaúdeJF surgiu como resposta a esse cenário, oferecendo uma plataforma integrada ao SISREG, com dados atualizados em tempo real sobre posição e tempo médio de espera dos usuários. Desenvolvido em parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Transformação Digital e Administrativa, o sistema foi planejado com testes-piloto, capacitação de servidores e criação de um modelo de governança sustentável. Um diferencial relevante foi a integração com o *WhatsApp*®, permitindo confirmações de procedimentos e mais engajamento dos pacientes.

Os impactos foram significativos: mais de 30 mil usuários cadastrados, 1,3 milhão de interações e quase 400 mil visualizações. Além da transparência, a plataforma introduziu ferramentas de *Business Intelligence* (BI), possibilitando análises detalhadas de demandas reprimidas, mapeamento de unidades com maior volume de solicitações, índices de absenteísmo e indicadores de aproveitamento das vagas. Para os gestores, isso significou mais capacidade de tomada de decisão baseada em evidências, enquanto para os cidadãos trouxe mais confiança e clareza quanto ao andamento de suas demandas.

Entre os pontos fortes do projeto destacam-se:

- a) A transparência no acompanhamento das filas, reduzindo a desinformação e fortalecendo a confiança da população;
- b) o impacto na **gestão baseada em dados**, possibilitando melhor planejamento de consultas e exames e uso racional de recurso;
- c) A **ampla adesão** dos usuários (30 mil acessos, 1,3 milhão de interações e 400 mil visualizações), o que mostra significativa aceitação social;
- d) a **integração com o WhatsApp**, que aumentou a adesão dos pacientes e reduziu faltas por meio de confirmações automáticas;

- e) a **replicabilidade** do modelo, que pode ser expandido para outros municípios brasileiros que utilizam o SISREG;
- f) o **envolvimento participativo** dos profissionais de saúde, conselhos de saúde e gestores, o que fortalece o controle social e a legitimidade institucional.

Do ponto de vista da PNAES, a experiência de Juiz de Fora materializa diretrizes essenciais, como a regulação orientada pela equidade, a organização transparente das filas e a racionalização do uso dos recursos. O fortalecimento da articulação em rede, ao integrar dados entre a Atenção Básica, a Atenção Especializada e os serviços hospitalares, também reforça a diretriz da integralidade preconizada pela política. Além disso, ao democratizar o acesso à informação e facilitar o acompanhamento do percurso do usuário, a inovação contribui para mais autonomia e corresponsabilização da população no processo de cuidado.

Dessa maneira, o BuscaSaúdeJF representa uma prática inovadora e replicável que alia tecnologia, gestão baseada em dados e participação social à organização da Atenção Especializada. A experiência reforça os princípios da PNAES, ao assegurar mais transparência regulatória, eficiência na alocação de recursos e acesso ordenado aos serviços, configurando-se como um modelo inspirador para outros municípios do país.

O projeto representa um marco na modernização da regulação do SUS ao oferecer transparência e visibilidade sobre as filas de consultas e exames, mas sua análise crítica revela fragilidades importantes que precisam ser consideradas para que a iniciativa cumpra plenamente os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Um primeiro aspecto problemático é a dependência do *WhatsApp* como ferramenta de comunicação. Embora o aplicativo tenha contribuído para ampliar a adesão e reduzir faltas, trata-se de uma plataforma privada, não desenhada originalmente para o manejo de informações de saúde. Essa escolha pode gerar fragmentação do cuidado, já que os dados nem sempre são incorporados ao prontuário eletrônico ou aos sistemas oficiais do SUS. Além disso, a utilização de múltiplos canais amplia os riscos de violação da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), que exige protocolos rígidos de segurança, transparência e rastreabilidade no tratamento de informações sensíveis. Sem uma governança clara de proteção de dados, a credibilidade do sistema pode ser comprometida.

Outro ponto diz respeito à ausência de integração com o Conecte SUS, plataforma nacional que consolida dados clínicos e administrativos dos usuários. Essa falta de interoperabilidade reduz o potencial do BuscaSaúdeJF como ferramenta de coordenação do cuidado, limitando-o a um instrumento local de regulação, em vez de integrá-lo a

uma estratégia nacional de saúde digital. Para um país com dimensões continentais e redes de atenção interdependentes, essa desconexão compromete a continuidade e a integralidade do cuidado.

Além disso, a exclusão digital surge como uma barreira significativa. A eficácia da plataforma depende do acesso à internet, de *smartphones* e de letramento digital, condições que não estão igualmente distribuídas na população. Nesse sentido, o BuscaSaúdeJF pode reproduzir a lógica da Lei dos Cuidados Inversos (formulada pelo médico britânico Julian Tudor Hart em 1971), segundo a qual aqueles que mais necessitam de serviços e informações em saúde são justamente os que menos conseguem acessá-los. Idosos, populações rurais, pessoas com baixa escolaridade ou em vulnerabilidade social correm o risco de permanecer invisíveis, enquanto os grupos mais favorecidos ampliam seu acesso. Esse cenário confronta diretamente o princípio da equidade, que orienta o SUS a oferecer mais a quem mais precisa, corrigindo desigualdades históricas. Se não forem criadas estratégias complementares - como terminais de consulta nas UBS, linhas telefônicas de apoio ou agentes comunitários de saúde auxiliando os usuários no acesso à plataforma -, a ferramenta pode acabar reforçando desigualdades em vez de mitigá-las.

Portanto, ainda que o BuscaSaúdeJF tenha produzido avanços relevantes em termos de transparência e gestão baseada em dados, seu fortalecimento como política pública exige enfrentar de maneira estruturada os dilemas éticos e operacionais ligados ao uso de ferramentas privadas, à proteção de dados sensíveis, à integração nacional e à inclusão digital. Somente assim será possível assegurar que a inovação digital, em vez de aprofundar desigualdades, se torne de fato uma aliada no caminho da equidade e da justiça social em saúde.

Fragilidades e dificuldades observadas pelos autores do projeto:

- a) **Resistência cultural inicial** de usuários e profissionais, acostumados com modelos tradicionais de regulação;
- b) **desafios tecnológicos**, como integração com sistemas legados, instabilidade da internet em algumas unidades e heterogeneidade de equipamentos;
- c) **problemas estruturais** relacionados a inconsistências nos cadastros de usuários, desatualização de informações e necessidade de higienização constante das bases de dados;
- d) **desafios operacionais**, como a necessidade de capacitação continuada da equipe, comunicação entre níveis hierárquicos e limitação orçamentária para implementar todas as funcionalidades previstas;

- e) dependência da **manutenção contínua da governança** e da atualização tecnológica, sob risco de desatualização ou perda de confiança caso a plataforma não seja constantemente aprimorada.

Acesse aqui a plataforma para saber mais:



Fonte: <https://buscasaudejf.pjf.mg.gov.br/>.

Em síntese, o BuscaSaúdeJF mostra como o uso estratégico de tecnologias de informação e comunicação pode reconfigurar a regulação no SUS, transformando dados em instrumentos de transparência, eficiência e cidadania. A plataforma não apenas organiza as filas e melhora o planejamento da rede, como também amplia a participação social e fortalece a confiança da população no sistema. Sua principal contribuição é ressaltar que governança digital, aliada à inteligência de dados, pode ser determinante para enfrentar os gargalos históricos da regulação em saúde no Brasil. Contudo, sua consolidação como política pública sustentável dependerá da superação dos desafios tecnológicos e estruturais, da institucionalização de rotinas de monitoramento e da capacidade de manter a plataforma atualizada e integrada aos demais sistemas do SUS.

4.2 Regulação regionalizada e pactuada: Junta Reguladora da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – SMS Manhuaçu

A experiência da Junta Reguladora da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída no município de Manhuaçu em 2017, constitui-se em importante marco na consolidação da política estadual voltada para a garantia de direitos e a regulação

do acesso das pessoas com deficiência aos serviços especializados. Sua criação está fundamentada na normatização da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), que institucionalizou as Juntas Reguladoras em municípios-sede de serviços e centros de reabilitação, com o objetivo de organizar fluxos, reduzir barreiras e promover a integralidade do cuidado.

Em Manhuaçu, a Junta Reguladora estruturou-se como espaço intersetorial, envolvendo saúde, educação e assistência social. Seu propósito tem sido ampliar o acesso e aprimorar o atendimento às pessoas com deficiência, fortalecendo o vínculo dos usuários e de suas famílias com os diversos pontos de atenção. O fluxo de trabalho acontece por meio de reuniões semanais e concentra-se na regulação dos usuários, a partir da análise e deliberação das documentações encaminhadas, além de visitas periódicas aos serviços e apoio matricial. A Junta Reguladora também elabora propostas de intervenção que envolvem as equipes de Atenção Primária locais e microrregionais, os serviços da Rede de Cuidados, as referências técnicas e as Juntas Reguladoras das microrregiões vinculadas aos serviços especializados sediados em Manhuaçu.

Os resultados alcançados ao longo de seis anos são expressivos. Entre 2017 e meados de 2024, aproximadamente 4.800 pessoas com deficiência auditiva, física, visual, intelectual, ostomia ou múltiplas deficiências tiveram seu acesso regulado aos serviços especializados da Rede de Cuidados das microrregiões de saúde de Manhuaçu e Carangola. Nesse período, foram realizadas 12 visitas técnicas e 18 ações de matriciamento, permitindo a construção de projetos terapêuticos compartilhados, o fortalecimento do cuidado integrado e a qualificação dos serviços. Essa atuação contribuiu para vínculo mais forte entre famílias, profissionais e pontos de atenção, tornando a assistência mais resolutiva e equânime.

A experiência da Junta Reguladora de Manhuaçu apresenta importantes pontos fortes ao alinhar-se diretamente aos princípios do SUS. Em primeiro lugar, promove a equidade ao garantir que pessoas com deficiência, independentemente do tipo de necessidade, tenham acesso regulado e justo aos serviços especializados, reduzindo barreiras históricas. Além disso, assegura a integralidade do cuidado, ao articular saúde, educação e assistência social em fluxos coordenados que respondem de forma ampla às demandas dos usuários. A APS é fortalecida como porta de entrada e coordenadora do cuidado, responsável por encaminhar, acompanhar e manter vínculo com os pacientes ao longo de toda a rede. O processo também contribui para a educação permanente dos profissionais, por meio de ações de matriciamento e visitas técnicas, ampliando a capacidade

técnica das equipes locais. Por fim, a Junta reafirma o valor da inclusão, ao possibilitar que milhares de pessoas com deficiência tenham seus direitos assegurados, integrando família, serviços e profissionais em torno de projetos terapêuticos compartilhados, o que resulta em mais resolutividade e humanização da atenção.

O impacto da experiência também se expressa no reconhecimento institucional. Após seis anos de funcionamento, a Junta Reguladora de Manhuaçu consolidou-se como referência estadual, sendo convidada a compor o Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a compartilhar sua trajetória com outros municípios das Superintendências Regionais de Saúde de Leopoldina, Divinópolis e Itabira, além de cidades como Espera Feliz e Muriaé. Dessa forma, o trabalho desenvolvido em Manhuaçu transcende a realidade local, contribuindo para a disseminação de práticas exitosas em Minas Gerais.

Um ponto crítico a ser observado na experiência diz respeito ao baixo uso de tecnologias digitais no processo de trabalho. As reuniões e análises ainda se apoiam, majoritariamente, em encontros presenciais e procedimentos manuais de verificação documental, o que implica pouca automatização da regulação dos casos. Essa limitação tecnológica impacta diretamente a eficiência do modelo, já que a ausência de ferramentas de telessaúde para o apoio matricial e para a discussão de casos obriga profissionais a se deslocarem para reuniões ou visitas técnicas, gerando gastos adicionais com transporte, maior dispêndio de tempo e sobrecarga das equipes.

Em um cenário em que soluções como videoconferências seguras, plataformas de gestão compartilhada de casos e prontuários eletrônicos interoperáveis já estão disponíveis, é importante que a Junta incorpore recursos de teleconsultoria, telessaúde e sistemas informatizados de regulação, de modo a agilizar a análise dos processos, reduzir custos logísticos e aumentar a frequência e a qualidade do matriciamento. A pouca exploração dessas tecnologias faz com que o processo mantenha uma dependência de arranjos tradicionais, que podem se tornar menos sustentáveis em médio e longo prazos, especialmente diante da crescente demanda por serviços especializados para pessoas com deficiência.

Assim, ainda que a Junta Reguladora tenha alcançado resultados relevantes, a modernização tecnológica surge como desafio urgente. Incorporar ferramentas digitais não apenas qualificaria o processo regulatório e o matriciamento, mas também ampliaria a capacidade de alcance, a celeridade nas decisões e a economicidade da gestão pública,

permitindo que os recursos humanos e financeiros sejam empregados de forma mais racional e eficiente.

4.3 Protocolos padronizados com QR code: transparência e racionalização em Itamarandiba

A experiência “Informatização na saúde: uso de protocolos com QR code para transparência das filas”, desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde de Itamarandiba-MG, representa significativo avanço na gestão da Atenção Especializada. Seu objetivo central foi enfrentar problemas históricos relacionados à falta de transparência e à morosidade no acesso às consultas, exames e cirurgias, por meio da modernização do sistema de regulação.

O processo inicia-se no momento em que o paciente protocola seu encaminhamento e recebe um número com QR code, o que possibilita o acompanhamento em tempo real da posição na fila. Essa inovação, implementada em parceria com uma empresa privada, garante segurança dos dados, interface responsiva e acessível em dispositivos móveis, além de funcionalidades de busca, filtro e autenticação. Ao integrar-se aos sistemas já existentes, o projeto promoveu mais confiabilidade, transparência e acessibilidade, respondendo a uma demanda recorrente da população e alinhando-se às diretrizes da PNAES, que estabelece a regulação como eixo estruturante para garantir acesso ordenado, equidade e coordenação do cuidado.

Os impactos foram positivos: aumento da confiança dos usuários, redução da insegurança associada à espera, melhoria na coordenação entre setores e eficiência no gerenciamento de agendas, com priorização clínica mais justa e avisos automatizados de agendamento. Além disso, a experiência fortaleceu a articulação em rede, promovendo integração entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde, ampliando a resolutividade do cuidado. Esses avanços dialogam diretamente com os objetivos da PNAES, ao favorecer a transparência regulatória, a otimização do uso de recursos e a democratização da informação em saúde.

Os desafios, por sua vez, envolveram resistência inicial de trabalhadores, custos de implantação e necessidade de adaptação dos processos internos. Para superá-los, foram realizados treinamentos, reuniões de sensibilização e estratégias de comunicação transparente. O protagonismo dos trabalhadores de saúde foi essencial, desde a fase de testes até a implementação, garantindo adesão e qualificação do uso da tecnologia.

Em síntese, a experiência de Itamarandiba demonstra como a inovação tecnológica pode ser aliada estratégica na efetivação da PNAES, ao garantir filas de regulação mais transparentes, seguras e acessíveis. Trata-se de um modelo de boas práticas que alia informatização, participação social e integração em rede, podendo ser replicado em outros contextos do SUS, reforçando o compromisso com o acesso justo e a integralidade do cuidado. O projeto representa um importante avanço ao oferecer mais clareza e confiança no processo de regulação de consultas, exames e cirurgias. A utilização do QR code possibilita ao paciente acompanhar em tempo real sua posição na fila e os agendamentos futuros, aumentando a transparência do sistema e reduzindo a ansiedade gerada pela falta de informação. Quando o paciente acessa o QR code ele encontrará não apenas o seu lugar na fila, mas também informações sobre os protocolos clínicos, para que o paciente compreenda que a regulação não utiliza ordem cronológica para realizar os agendamentos, mas se baseia em critérios técnicos, que prioriza o atendimento por prioridade.

No entanto, apesar dos avanços evidentes, a experiência apresenta limitações e desafios que precisam ser considerados para que se consolide como política pública sustentável e plenamente alinhada aos princípios do SUS.

Uma primeira fragilidade está na dependência de um sistema privado, desenvolvido e hospedado por uma empresa de sistemas. Esse arranjo cria um cenário de aprisionamento tecnológico, no qual a evolução das funcionalidades, a manutenção e os custos do serviço ficam atrelados ao fornecedor, reduzindo a autonomia da gestão municipal e dificultando futuras migrações para plataformas públicas ou interoperáveis.

Outro ponto crítico refere-se à baixa aderência ao prontuário oficial do SUS (e-SUS AB/PEC). Ao operar em uma plataforma paralela, o projeto fragmenta as informações assistenciais e duplica processos que deveriam estar centralizados no sistema nacional, gratuito e sustentado pelo Ministério da Saúde. A ausência de integração efetiva com o e-SUS compromete a longitudinalidade do cuidado, dificulta o trabalho das equipes de Atenção Primária e aumenta o risco de retrabalho administrativo. Há ainda a oportunidade perdida de promover uma integração direta com o Conecte SUS, ferramenta que reúne dados clínicos e administrativos dos cidadãos em âmbito nacional. Embora o QR code seja útil como recurso local de transparência, a ausência de interoperabilidade com o Conecte SUS mantém a fragmentação da jornada do paciente e reduz a capacidade de coordenação do cuidado em escala regional e nacional. A adesão ao Conecte SUS possibilita unificação de informações, notificações integradas e melhor padronização dos processos.

As preocupações em torno da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) também se impõem. Informações sensíveis de saúde demandam protocolos rígidos de governança, com criptografia ponta a ponta, relatórios de impacto à proteção de dados, controle de acessos e mecanismos claros de consentimento. A terceirização da hospedagem para uma empresa privada torna ainda mais essencial a existência de regras contratuais bem definidas, auditorias periódicas e rotinas de monitoramento para evitar vazamentos ou acessos indevidos, que poderiam comprometer a confiança no sistema.

Outro limite importante diz respeito à integração com a APS. O foco do projeto está concentrado na regulação da Atenção Especializada, mas não há clareza sobre como os dados produzidos retroalimentam as equipes de referência da APS. Sem essa articulação, o risco é de que a ferramenta apenas organize filas, mas não contribua para o fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado, o que contraria as diretrizes centrais da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Atenção Especializada.

Por fim, é necessário considerar as barreiras de acessibilidade digital. O modelo baseado em QR *code* e interface *online* pressupõe que todos os pacientes tenham acesso a um celular com câmera, internet estável e letramento digital, o que não corresponde à realidade de parcelas vulneráveis da população. Idosos, moradores de áreas rurais ou pessoas em situação de pobreza podem enfrentar obstáculos para acessar essas informações.

Quadro 1- Comparativo das experiências dos municípios, na Atenção Especializada

Dimensão	Manhuaçu – Junta Reguladora	Itamarandiba – QR <i>code</i>	Juiz de Fora – BuscaSaúdeJF (BI)
TICs na Regulação	Baixo uso digital; inovação organizacional e fluxos intersetoriais.	QR <i>code</i> e sistema online para filas.	Avançado: API SISREG, BI e <i>WhatsApp</i> .
Transparência	Interna (equipes e serviços).	Externa (usuário acompanha posição) e interna.	Interna e externa (gestores + cidadãos).
Regionalização	Microrregiões de Manhuaçu e Carangola (32 municípios).	Escopo municipal, integração local.	Municipal e regional, com potencial nacional.
Equidade	Priorização de pessoas com deficiência.	Empoderamento do usuário e redução da ansiedade.	Gestão baseada em evidências e justiça distributiva.

Fonte: elaboração própria.

4.4 Interlocução entre as experiências: tipos de tecnologias, potencial transformador e contexto territorial

As experiências analisadas demonstram a diversidade de tecnologias e estratégias possíveis para qualificar a regulação e promover mais transparência no acesso aos serviços de saúde, mesmo quando partem de realidades municipais profundamente distintas. Embora distintas em sofisticação técnica e grau de digitalização, todas têm em comum o objetivo de tornar o manejo das filas as mais justas, racionais e visíveis.

Juiz de Fora exemplifica o uso de tecnologias de alta complexidade técnica, com integração de bases de dados, uso de sistemas de gestão e *dashboards* interativa via BI. Trata-se de uma solução que exige equipe especializada em tecnologia da informação, infraestrutura digital sólida e cultura de dados consolidada. Em contraponto, Itamarandiba investe em uma solução de baixo custo e alta acessibilidade – protocolos clínicos com QR *code* –, que oferecem autonomia e padronização sem necessidade de sistemas robustos. Já Manhuaçu apresenta um modelo organizacional baseado em fluxos reguladores formais com formulários digitalizados e pactuação intersetorial, reforçando a dimensão institucional e participativa da regulação.

Essa diversidade tecnológica não traduz hierarquia de valor, mas sim adaptação criativa às realidades locais. Enquanto o BI tem poder de análise populacional em larga escala e transparência pública, os protocolos com QR *code* empoderam equipes no ponto de atenção com acesso ágil à informação técnica, e os fluxos formalizados com suporte digital promovem governança horizontal e intersectorialidade. Cada tecnologia – com sua “força” específica – atua em pontos distintos do sistema: macro (gestão), meso (regulação e pactuação) e micro (prática clínica).

A utilização dos recursos trazidos por essas experiências municipais tem potencial para avançar em relação ao conhecimento e qualificação da demanda e contribuir para o dimensionamento da oferta dos serviços especializados. Com o estudo e análise dos resultados obtidos, é também possível que avancem no estabelecimento de critérios e protocolos para organização da demanda e da oferta, que possam ser replicados em outros municípios e contextos.

De suma importância, as inovações adotadas necessitam ter o olhar para a interoperabilidade dos sistemas de informação, de forma a contribuir para a redução da fragmentação na atenção e seus reflexos nas filas de espera, nas condições de saúde e na satisfação dos usuários.

Certo é que a transformação dinâmica que as tecnologias de informação em saúde têm apresentado ao longo dos últimos anos tem propiciado o aumento da credibilidade, da eficiência, da precisão e da organização dos sistemas de saúde, resultando em redução de erros e duplicação de serviços, diminuição dos tempos de espera e redução de deslocamentos desnecessários. Têm assumido papel cada vez mais relevante como ferramenta de regulação do acesso, propiciando melhoria da gestão e avanços no planejamento e monitoramento de indicadores e objetivos. A pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros (Comitê Gestor da Internet do Brasil - CGI Brasil, 2024) apurou que a adoção de sistemas eletrônicos para o registro de informações dos pacientes passou de 74% em 2016 para 87% dos estabelecimentos de saúde em 2023. Especialmente nos estabelecimentos públicos, esse aumento foi de 56% em 2016 para 85% em 2023, com significativo acréscimo entre 2019 e 2021, de 74% para 85%.

Nesse sentido, do ponto de vista dos princípios do SUS, as experiências aqui apresentadas, mesmo com a incorporação de tecnologias menos robustas, contribuem para o fortalecimento da:

- a) **Equidade**, ao direcionar recursos com base em critérios clínicos e sociais, priorizando quem mais precisa;
- b) **integralidade**, ao considerar as dimensões clínicas, sociais e territoriais na organização do cuidado, ficou parecido com a explicação da equidade, aqui eu acho que seria mais a integração dos serviços e a continuidade do cuidado;
- c) **universalidade**, ao enfrentar barreiras de acesso invisíveis, especialmente em contextos de opacidade das filas.

No entanto, as experiências também evidenciam as contradições sociais e desigualdades tecnológicas do Brasil. Municípios com mais capacidade técnica, maturidade digital e infraestrutura de dados conseguem operar soluções mais complexas e automatizadas, enquanto outros dependem de alternativas criativas e de menor custo, ainda que eficazes. Essa realidade expõe a complexidade dos territórios e as desigualdades estruturais entre os entes federativos, em especial no que se refere a:

- a) **Disponibilidade de recursos humanos** qualificados (ex. profissionais de TI, analistas de dados);
- b) **capacidade de investimento** em sistemas e conectividade;
- c) **maturidade digital institucional** para construir governança intersetorial e pactuada.

Essas diferenças, longe de desqualificar iniciativas menos sofisticadas tecnicamente, reforçam a necessidade de reconhecer e valorizar soluções aderentes ao contexto local, que respeitem os limites e potencialidades de cada território. Uma regulação justa e transparente não depende exclusivamente de grandes plataformas, mas sim da coerência entre tecnologia, processo e finalidade pública.

REFERÊNCIAS

ALVES MELO, E. *et al.* A regulação do acesso à Atenção Especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 90**, de 3 de fevereiro de 2023. Institui o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas. Brasília (DF), 2023b.

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), 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 7.266**, de 18 de junho de 2025. Dispõe sobre o Programa Agora Tem Especialistas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília (DF), 2025.

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. Brasília (DF), 2006.

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), 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores**. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET DO BRASIL - CGI Brasil. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros**: TIC Saúde 2023 [livro eletrônico]. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR. 1. ed. São Paulo.2024. Disponível em <https://cgi.br/publicacao/pesquisa-sobre-o-uso-das-tecnologias-de-informacao-e-comunicacao-nos-estabelecimentos-de-saude-brasileiros-tic-saude-2023/>.

CONILL, E.M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P.F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2783-2794, 2011.

GIANNOTTI, E.M.; LOUVISON, M.; CHIORO, A. Listas de espera na atenção ambulatorial especializada: reflexões sobre um conceito crítico para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 6, 2025.

MENDES, E.V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF. CONAS, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf> Acesso em: 25 jul. 2025.

OLIVEIRA, R.R. Dos conceitos de regulação às suas possibilidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1198-1208, 2014.

OLIVEIRA, R.R.; ELIAS, P.E.M. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 571-6, 2012. Disponível em: <https://www.scienceopen.com/document?vid=24c42e37-e0ab-40f2-82b9-cbf48e8b1fdb>

SANTOS, F.P.; MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface-Comunicação**, Saúde, Educação, Botucatu (SP), v. 10, n. 19, p. 25-41, jan. / jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BxMnXJMCn8J5TBWnxPg4Rbm/abstract/?lang=pt>

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. **Desafios para a Política Nacional de Regulação em Saúde na garantia do acesso à Atenção Especializada do SUS**. Webinar, 15 de agosto de 2025. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=PNFK-D9Hndw>. Acesso em: 20/08/2025.

VELOSO DE ALBUQUERQUE, M.S *et al.* Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 223-236, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4062/406263657020.pdf>

Estratégias para ampliação e incorporação da telessaúde e telemedicina no cotidiano dos profissionais do SUS

CLARISSA SANTOS LAGES
OROZIMBO HENRIQUES CAMPOS NETO

1. INTRODUÇÃO

A telemedicina e a telessaúde consistem no uso de tecnologias de comunicação para proporcionar serviços de saúde a distância, superando obstáculos geográficos e ampliando o acesso à saúde, especialmente em regiões de difícil alcance (Bashshur; Reardon; Shanks, 2011; Meyer *et al.*, 2017). Com o avanço do uso de videoconferência e dispositivos móveis, tornou-se possível acompanhar de forma mais eficiente condições crônicas e personalizar tratamentos (Jara *et al.*, 2014; Wang *et al.*, 2020).

Embora a telemedicina seja reconhecida como uma prática eficaz para aumentar a eficiência sem comprometer a qualidade do atendimento (Bashshur; Reardon; Shanks, 2011; Topol, 2019), alguns autores alertam para seus limites, especialmente no tocante ao diagnóstico e à relação entre médico e paciente (Meyer *et al.*, 2017). A adoção da telemedicina pode enfrentar resistência por parte dos profissionais de saúde (Goglia *et al.*, 2014). Segundo Palma, Klein e Pedron (2023), sete fatores clássicos de resistência incluem: regulações, preparo dos usuários, resistência à mudança, infraestrutura limitada, percepção de valor, características organizacionais e restrições financeiras. Outros fatores emergentes destacados são: o corporativismo, limitações técnicas para diferentes especialidades, a impossibilidade do exame físico remoto, preocupações com a mercantilização da Medicina e a relação médico-paciente.

O artigo de Kogien (2024) também articula resistência cultural, dificuldades técnicas (internet precária) e a necessidade de segurança jurídica, indicando que a consolidação da telemedicina depende de esforços educativos e investimentos em infraestrutura.

A questão da sustentabilidade financeira tem pontos de vista divergentes: alguns defendem que os ganhos em longo prazo justificam os investimentos iniciais (Wang *et al.*, 2020; Jara *et al.*, 2014), enquanto outros ressaltam a importância de um planejamento estratégico detalhado (Meyer *et al.*, 2017). Outro aspecto fundamental está relacionado à ética, sobretudo à proteção dos dados dos pacientes, que é crucial para manter a confiança no sistema, como enfatizam Bashshur, Reardon e Shanks (2011) e Topol (2019). Ainda há, no entanto, significativa carência de estudos longitudinais e pesquisas que aprofundem as barreiras culturais e socioeconômicas que influenciam a implementação da telemedicina (Bashshur; Reardon; Shanks, 2011; Meyer *et al.*, 2017).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a implementação da telemedicina esbarra em desafios como a resistência cultural dos profissionais e a precariedade da infraestrutura, notadamente a conexão limitada em certas regiões (Bashshur; Reardon; Shanks, 2011; Miller *et al.*, 2019). A qualidade do atendimento remoto ainda é um tema controverso, com autores como Topol (2019) questionando a eficácia da telemedicina em áreas que exigem exames físicos detalhados ou uma relação mais próxima entre médico e paciente.

A governança e coordenação eficientes são essenciais para integrar a telemedicina ao SUS, com destaque para a capacitação contínua dos profissionais e algumas apostas nas parcerias público-privadas (PPP) para garantir a sustentabilidade financeira (Goglia *et al.*, 2014; Miller *et al.*, 2019). A avaliação constante dos resultados da telemedicina também é necessária para ajustar as políticas públicas e garantir sua eficácia (Goglia *et al.*, 2014; Miller *et al.*, 2019).

Iniciativas como o Telessaúde Brasil Redes trazem estratégias para superar esses desafios. É consenso que a pandemia da Covid-19 acelerou a adoção dessas tecnologias, revelando seu potencial para suprir a falta de especialistas em locais mais carentes, conforme destacado por Rizzo *et al.* (2011) e Wang *et al.* (2020). Apesar dos obstáculos, essas iniciativas reforçam o papel da telemedicina em melhorar a acessibilidade e qualificar os atendimentos, sobretudo para populações vulneráveis.

Nesse contexto, o presente capítulo busca abordar a implementação da telemedicina no SUS, destacando o papel crucial que os gestores públicos desempenham na articulação e na execução de políticas públicas que visem à expansão do acesso à saúde e à melhoria da qualidade do atendimento, especialmente em regiões remotas e

periféricas. O gestor público, ao coordenar iniciativas de telemedicina, pode promover a inclusão digital na saúde, facilitar o acesso às consultas especializadas e otimizar o uso de recursos humanos, contribuindo para a redução das desigualdades no acesso aos cuidados em saúde.

O tema é relevante diante dos desafios contemporâneos do SUS, como a escassez de profissionais de saúde em áreas distantes, a sobrecarga dos serviços e a limitação de infraestrutura tecnológica. Além disso, investigar a atuação dos gestores públicos permite identificar boas práticas, desafios e lacunas nas políticas de telemedicina, contribuindo para o aprimoramento de modelos de gestão que garantam uma implementação eficaz e sustentável. Assim, o Projeto de Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde visou não só apresentar a melhoria das práticas de gestão da telemedicina no SUS, mas também as ações que tornaram a promoção de um sistema de saúde mais acessível e eficiente, com benefícios para a população presente e para as futuras gerações.

O objetivo deste capítulo foi a apresentação das experiências de implantação da telemedicina identificadas pela pesquisa, em alguns municípios de Minas Gerais, e sua análise a partir das diretrizes desse campo e da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES). A análise envolveu a avaliação de artigos, teses e estudos que abordam a telemedicina como ferramenta para reduzir custos com deslocamento e internações, expandir o acesso à saúde e melhorar a qualidade do atendimento, para compreender as ações das experiências selecionadas. A partir da pesquisa realizada para a análise neste capítulo, destacam-se nove pontos relevantes acerca da temática.

2. ELEMENTOS DA ANÁLISE

2.1 Abordagens para ampliação da telessaúde e telemedicina:

A) Alinhamento com o SUS Digital

A integração da telessaúde aos planos de transformação digital do SUS, especialmente a partir do Programa SUS Digital e da Rede Brasileira de Telessaúde, composta atualmente de 24 núcleos, permite a interoperabilidade de sistemas e a oferta de múltiplas modalidades de telessaúde, como a teleoftalmologia, teledermatologia e telecardiologia, levando serviços qualificados a todo o país (Araújo Gomes *et al.*, 2025).

B) Padronização e capacitação

Investimentos em padronização dos procedimentos, códigos de registro e na capacitação contínua dos profissionais são essenciais para operacionalizar a telessaúde com segurança e eficácia, garantindo a qualificação técnica e o desenvolvimento das competências digitais necessárias (Brasil, 2024).

C) Expansão da infraestrutura

A melhoria da infraestrutura de conectividade e equipamentos em regiões remotas é um desafio fundamental para garantir o acesso universal às tecnologias digitais. Segundo dados do Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR (NIC-BR), apenas 22% dos brasileiros com mais de 10 anos possuem conexão adequada para o uso efetivo dessas tecnologias, o que demanda ação estratégica governamental para superar tais barreiras (Comitê Gestor da Internet no Brasil - CGI, 2024).

2.2 Potencial transformador para o SUS

A telessaúde tem potencial para reduzir o impacto de barreiras geográficas, podendo solucionar até 98,7% dos casos na Atenção Básica do SUS, conforme estudo recente, demonstrando alta efetividade no suporte à população (Chagas *et al.*, 2025a). Além disso, a telessaúde apoia o cuidado integral e matricial, promovendo a educação permanente dos profissionais e estimulando o monitoramento remoto de pacientes, principalmente aqueles com doenças crônicas, o que pode melhorar significativamente os desfechos clínicos (Chagas *et al.*, 2025b).

2.3 Desafios da implementação

Os principais desafios incluem garantir segurança dos dados e privacidade, capacitação técnica, romper a resistência cultural de profissionais e pacientes ao uso de tecnologias, assim como a necessidade de adequar os protocolos clínicos e regulamentações para práticas digitais em saúde (Harzheim *et al.*, 2019). A infraestrutura tecnológica ainda é deficitária em muitas áreas e o acesso desigual às tecnologias digitais pode ampliar a exclusão, se não for adequadamente enfrentado (Oliveira Júnior *et al.*, 2024).

2.4 Estratégias de incorporação no cotidiano dos profissionais

A incorporação efetiva da telessaúde no cotidiano dos profissionais do SUS depende da integração de suas atividades com os fluxos assistenciais já existentes, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). A formação contínua e o desenvolvimento de competências digitais são essenciais para que as equipes possam utilizar as tecnologias

com segurança e resolutividade (Catapan *et al.*, 2024). A padronização das modalidades de teleatendimento foi formalizada pelo Ministério da Saúde em 2025, que incluiu na Tabela de Procedimentos do SUS códigos específicos para teleconsultoria, teleinterconsulta, teletriagem, telediagnóstico, entre outros. Essa medida é fundamental para o reconhecimento institucional e operacionalização das práticas, elevando a qualidade, o monitoramento e a valorização dos profissionais envolvidos (Brasil, 2024a). Além disso, investimentos em infraestrutura tecnológica, suporte técnico e na redução das barreiras técnicas e culturais constituem estratégias-chave para incentivar o uso sustentável da telessaúde (Oliveira Júnior *et al.*, 2024).

2.5 Tecnologias e plataformas utilizadas

O SUS conta com uma rede consolidada de núcleos estaduais de telessaúde, atualmente presentes em todos os estados e capitais, totalizando 27 núcleos. Essas unidades atuam em regime colaborativo, promovendo teleconsultorias, suporte técnico, teletriagem, telediagnóstico e educação permanente para equipes de saúde. Plataformas digitais integradas à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) garantem o fluxo seguro das informações e a continuidade do cuidado. As ferramentas abrangem diferentes especialidades, como Oftalmologia, Dermatologia e Cardiologia, elevando o padrão do atendimento em todas as regiões do país (Araújo Gomes *et al.*, 2025).

2.6 Desafios para a sustentabilidade e efetividade

Apesar dos avanços, a sustentabilidade da telessaúde no SUS enfrenta desafios relacionados a infraestrutura desigual, complexidade da regulação e resistência cultural por parte dos profissionais e usuários (Catapan *et al.*, 2024; Chagas *et al.*, 2025b). A segurança da informação, visando proteger dados sensíveis dos usuários conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), exige governança rigorosa nos sistemas digitais em saúde. Adicionalmente, a capacitação continuada e a avaliação de impacto são essenciais para que a telessaúde supere as limitações técnicas e atenda às necessidades específicas das populações atendidas, garantindo a qualidade e equidade no acesso (Brasil, 2022; Brasil, 2024c).

2.7 Experiências e iniciativas bem-sucedidas no SUS

O Programa Telessaúde Brasil Redes, iniciado em 2006, é a principal iniciativa que consolidou a telessaúde como política pública no país, com milhares de teleconsultas e telediagnósticos realizados anualmente. O programa tem sido fundamental para

levar serviços de alta complexidade às regiões mais remotas, reduzindo deslocamentos e filas de espera. Estudos recentes indicam que até 98,7% dos casos apresentados à telessaúde na Atenção Básica foram resolvidos sem necessidade de encaminhamento presencial, confirmando a eficácia da estratégia para ampliar o acesso e a resolutividade (Chagas *et al.*, 2025a).

2.8 Tendências futuras e inovações

Nos próximos anos, a telessaúde seguirá em expansão, incorporando inteligência artificial para suporte diagnóstico, uso ampliado de dispositivos vestíveis para monitoramento remoto e automação via assistentes virtuais para otimização administrativa e clínica. Espera-se que o SUS amplie a oferta de telessaúde nas áreas de saúde mental e doenças crônicas dois dos segmentos, com grande demanda e potencial para melhora da qualidade do atendimento digital. Para 2025 e além, o uso da inteligência artificial no apoio diagnóstico, monitoramento remoto com dispositivos vestíveis (*wearables*), automação com assistentes virtuais e mais integração da telessaúde aos sistemas digitais do SUS são tendências que prometem ampliar ainda mais o alcance e qualidade do atendimento (Bernardo *et al.*, 2025).

2.9 Exemplos de boas práticas

O Programa Telessaúde Brasil Redes, ativo desde 2006, lidera as iniciativas de telessaúde no país e já realizou milhões de atendimentos. A ampliação contínua dos núcleos estaduais, o apoio da gestão pública e a capacitação são pilares para o sucesso dessas experiências (Lisboa *et al.*, 2023; Santos *et al.*, 2006). A utilização da telessaúde para reduzir deslocamentos longos em áreas remotas, como na Amazônia, tem proporcionado cuidado mais ágil e menos oneroso para comunidades vulneráveis, promovendo inclusão social e equidade (Brasil, 2025).

O SUS apresenta diversos exemplos de boas práticas que demonstram a viabilidade e os benefícios da incorporação da Telessaúde. Destacam-se: a teleconsultoria entre profissionais da APS e especialistas, que facilita a tomada de decisão clínica e reduz encaminhamentos desnecessários para serviços de média e alta complexidade (Bernardo *et al.*, 2025). O projeto de teleconsultoria em Minas Gerais facilita discussões de casos clínicos entre profissionais da APS e especialistas de diversas áreas, como Dermatologia, Endocrinologia e Pediatria, reduzindo encaminhamentos e tornando mais eficiente o manejo dos pacientes nas Unidades Básicas de Saúde (Minas Gerais, 2024).

O uso do telemonitoramento remoto para controle de pacientes com doenças crônicas, especialmente hipertensão e diabetes, tem evidências de melhorias nos indicadores de saúde e diminuição de internações hospitalares (Santos *et al.*, 2006). O município de Manaus implementou uma rotina de telemonitoramento para pacientes com hipertensão e diabetes, integrando quase 5 mil usuários do programa Hiperdia. O acompanhamento remoto garante envolvimento ativo do paciente, melhora o controle das doenças e reduz complicações que levam a internações hospitalares (Manaus, 2022).

A valorização do contexto sociocultural e territorial por meio de ações adaptadas às realidades locais, sobretudo em comunidades indígenas e áreas rurais remotas, tem garantido a equidade no acesso e cuidado (Araújo Gomes *et al.*, 2025). Parcerias entre universidades, centros de pesquisa e gestores locais favorecem a educação permanente e a inovação tecnológica aplicada à telessaúde (Pisa *et al.*, 2023). Iniciativas no Acre, coordenadas pela Universidade Federal de Goiás e Ministério da Saúde, levaram serviços de telessaúde a comunidades indígenas, permitindo exames e trocas de informações clínicas a distância, reduzindo deslocamentos e assegurando acesso a cuidados especializados mesmo em áreas geograficamente isoladas. O engajamento das lideranças indígenas é fundamental para adaptar e legitimar o uso da telessaúde, conforme destacado pelos projetos em diferentes distritos sanitários especiais indígenas (Galindo, 2024; Universidade Federal de Goiás - UFG, 2024).

3. EXPERIÊNCIAS E INICIATIVAS INOVADORAS NO SUS APRESENTADAS NO PROJETO DE MAPEAMENTO DAS EXPERIÊNCIAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

No cenário de consolidação da Política Nacional de Telessaúde, que visa fortalecer o atendimento na APS por meio da integração de serviços digitais, incluindo teleconsultoria, tele-educação, teli diagnóstico e segunda opinião formativa. Instituída oficialmente pelo Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, essa política promove educação permanente para profissionais de saúde e amplia a resolutividade clínica com acesso remoto baseado em tecnologias da informação (Brasil, 2004a; Brasil, 2011). Assim, a telessaúde contribui para a melhoria do acesso, qualidade e equidade dos serviços oferecidos ao público no Sistema Único de Saúde.

Experiências municipais distintas vêm evidenciando a capacidade das tecnologias de informação e comunicação se adaptarem a diferentes realidades territoriais, demandas assistenciais e níveis de maturidade digital. Entre as múltiplas iniciativas implementadas

no país, destacam-se três casos - em Uberaba, Pirapora e Contagem -, que apesar de partirem de cenários e objetivos diversos, têm em comum o uso inovador da telessaúde para qualificar a prática clínica, ampliar a resolutividade dos serviços e fortalecer a articulação em rede.

Dessa forma, o exame detalhado das experiências desses municípios revela não apenas os desafios e as particularidades de cada modelo, mas também elementos comuns que ilustram o potencial da telessaúde como ferramenta estratégica para a reorganização dos processos de trabalho e qualificação do cuidado no SUS.

As três experiências analisadas demonstram diferentes formas de incorporação da telessaúde ao cotidiano dos serviços, variando quanto à complexidade tecnológica, abrangência assistencial e capacidade de articulação em rede.

3.1 Teleinterconsulta em Endocrinologia de Uberaba

O projeto de Teleinterconsulta em Endocrinologia de Uberaba foi concebido para enfrentar o aumento de encaminhamentos ao serviço especializado em diabetes, hipertensão e obesidade, muitos deles desnecessários e possíveis de manejo na Atenção Primária à Saúde (APS). Para organizar essa demanda, a gestão municipal instituiu, em fevereiro de 2024, um fluxo de atendimento: antes que o paciente seja encaminhado ao serviço especializado, o médico da APS deve apresentar o caso em uma sessão de teleconsultoria síncrona com a endocrinologista do município. Essas reuniões, realizadas por webconferência quatro vezes por semana, são coordenadas por uma assistente social e contam com a participação da médica especialista.

Na prática, o fluxo funciona da seguinte forma: o médico da APS identifica a necessidade de encaminhamento de um paciente e, antes de formalizá-lo, agenda uma teleinterconsulta. Durante a reunião *online*, o caso é discutido em conjunto: a especialista avalia se a condição clínica pode ser acompanhada pela própria APS, oferecendo orientações e suporte matricial, ou se há real necessidade de encaminhamento ao serviço especializado. Os pacientes mantidos na APS são monitorados pelo serviço de referência, garantindo segurança e continuidade do cuidado. Já os casos que de fato demandam atendimento especializado seguem para agendamento prioritário, com redução do tempo de espera.

Entre os pontos fortes do projeto estão a diminuição expressiva dos encaminhamentos desnecessários (78% dos casos puderam ser mantidos na APS), a integração mais efetiva entre os níveis de atenção, a qualificação das condutas médicas, a redução de filas e de

deslocamentos, bem como a otimização dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis. Além disso, a estratégia fortalece o vínculo entre APS e Atenção Especializada, promove mais confiança dos médicos generalistas em suas condutas e viabiliza o acompanhamento mais contínuo de pacientes com doenças crônicas, facilitando, inclusive, o monitoramento de indicadores de saúde.

Os efeitos operacionais relatados incluem mais resolutividade na APS (redução de encaminhamentos desnecessários); padronização de condutas; qualificação dos encaminhamentos, facilitando a análise da regulação; redução de pedidos de exame sem impacto; e ganhos de tempo-resposta para os casos que realmente demandam a via especializada.

É importante destacar que a resolutividade, na APS, deve ser compreendida como a capacidade do serviço em solucionar a maior parte dos problemas de saúde, considerando aspectos de efetividade, integralidade, acesso universal e satisfação dos usuários (Rezende; Grillo, 2010). A APS costuma representar a principal porta de entrada do sistema, oferecendo cuidado amplo, acessível e voltado para a comunidade, capaz de responder entre 80% e 90% das necessidades de saúde ao longo da vida das pessoas. Seu foco central está no acompanhamento integral dos indivíduos, indo além do tratamento de enfermidades específicas para cuidar das pessoas em sua totalidade (Organização Pan-americana da Saúde - OPAS, 2025).

3.1.1 Teleinterconsulta em Endocrinologia e o fortalecimento dos atributos da APS

a) Acesso de primeiro contato

A teleinterconsulta em Endocrinologia tem o potencial de organizar o fluxo de acesso ao especialista, evitando encaminhamentos desnecessários e garantindo que a APS continue sendo a porta de entrada preferencial para os usuários. Isso reduz barreiras de acesso e diminui o tempo de espera daqueles que realmente necessitam de Atenção Especializada, qualificando o sistema de regulação.

b) Longitudinalidade (ou vínculo)

Ao apoiar os médicos generalistas para que mantenham o acompanhamento de pacientes com hipertensão, diabetes e obesidade na própria APS, a estratégia reforça o acompanhamento continuado ao longo do tempo. Esse processo aprofunda o vínculo entre paciente e equipe de referência, evitando a fragmentação do cuidado.

c) Integralidade

A presença da Endocrinologista como suporte matricial, em conjunto com a equipe da APS, amplia a capacidade de resposta clínica do serviço, qualificando o manejo de condições crônicas. A integralidade é fortalecida na medida em que a APS passa a oferecer cuidado mais completo, sem depender exclusivamente da rede especializada.

d) Coordenação do cuidado

A teleinterconsulta deposita na APS o papel de coordenar o cuidado da pessoa, assegurando que o encaminhamento ao especialista ocorra apenas quando necessário e, mesmo que ocorra, que seu acompanhamento continuará sendo feito pela estratégia de saúde da família. Ao mesmo tempo, os pacientes mantidos na APS permanecem monitorados pelo serviço de referência, o que garante continuidade e integração da atenção (Brasil, 2017).

3.1.2 *Desafios*

Os desafios mapeados na experiência foram, sobretudo, a adesão inicial e a comunicação entre pontos da rede. A resposta institucional envolveu divulgação ativa do serviço, reuniões de alinhamento e oferta de apoio educacional (matriciamentos, devolutivas pedagógicas nas respostas).

Em termos de equidade, a teleinterconsulta aproxima o especialista de territórios mais vulneráveis; em integralidade, favorece cuidado continuado e centrado em metas; e, quanto à universalidade, amplia o acesso ao conhecimento especializado sem onerar a porta de entrada da Atenção Especializada. O desenho é escalável a outras linhas de cuidados crônicos e replicável onde haja prontuário estruturado e núcleos especialistas com vocação matriciadora.

Entre os pontos de atenção identificados, destaca-se o fato de a teleinterconsulta síncrona demandar agendamento prévio, o que limita sua utilização em situações em que a dúvida clínica surge durante o atendimento. Essa defasagem temporal pode exigir um novo retorno do paciente à unidade de saúde ou a realização de busca ativa pela equipe para comunicar o desfecho da discussão, o que impacta a agilidade da resposta assistencial. Soma-se a isso a necessidade de padronização e segurança no registro das informações produzidas nessas reuniões. Nesse aspecto, a observância da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018) torna-se imprescindível: o registro deve contemplar apenas dados pessoais e sensíveis estritamente necessários; deve haver clareza sobre a finalidade do uso; e é fundamental garantir a guarda segura em sistemas com controle de acesso. Além disso, a transparência quanto ao compartilhamento das

informações com especialistas e a rastreabilidade dos acessos devem ser asseguradas. Esses cuidados evitam vulnerabilidades éticas e jurídicas, preservam a confidencialidade médico-paciente e reforçam a credibilidade institucional do serviço.

3.2 Projeto “Lesões de pele suspeitas de malignidade” em Pirapora

No município de Pirapora, o foco da experiência é o câncer de pele - projeto “Lesões de Pele Suspeitas de Malignidade” da Secretaria Municipal de Saúde -, criado diante da necessidade de melhorar o acesso à especialidade de Dermatologia e, principalmente, de garantir o diagnóstico precoce do câncer de pele. A iniciativa surgiu após constatações de que pacientes com suspeita de neoplasias chegavam tardiamente à avaliação especializada, enquanto casos de reduzida prioridade ocupavam vagas no ambulatório de Dermatologia.

A solução encontrada foi a criação, em abril de 2023, de um grupo de discussão no *WhatsApp*, integrando todos os médicos da APS e tendo como referência técnica uma dermatologista do município, que passou a atuar como suporte matricial, mediante gratificação. No fluxo estabelecido, o clínico da APS avalia o paciente e, em caso de dúvida, apresenta o caso à especialista no grupo, anexando fotos e exames com os devidos cuidados à privacidade, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/18). A dermatologista, então, emite parecer e orienta a conduta: seguimento na APS, encaminhamento para Dermatologia, pequena cirurgia ou Oncologia. Quando não há resposta imediata, o paciente retorna posteriormente à APS para ajustes, conforme orientação.

O projeto trouxe diversas potencialidades. Houve otimização do fluxo de encaminhamentos, com melhor priorização dos casos graves, possibilitando diagnóstico precoce e mais resolutividade. A experiência promoveu segurança clínica aos médicos da APS, ampliou o matriciamento e a educação permanente para profissionais efetivos, contratados, residentes e do Programa Mais Médicos, além de favorecer a integração entre APS, regulação, Oncologia e Atenção Especializada. Foi registrada, até o final de 2023, redução da fila de espera para Dermatologia, o que indica impacto positivo na gestão da rede.

O projeto desenvolvido em Pirapora apresenta resultados relevantes para a resolutividade da APS, sobretudo pela priorização de casos graves e pelo apoio matricial direto aos médicos da Atenção Primária. No entanto, alguns limites precisam ser considerados de forma crítica.

Em primeiro lugar, observa-se ausência de monitoramento sistemático de indicadores, o que dificulta a avaliação do impacto real da intervenção sobre desfechos clínicos e epidemiológicos, como tempo até o diagnóstico, proporção de casos confirmados em estágios iniciais e taxa de encaminhamentos evitados. A PNAB (Brasil, 2017) destaca a importância do acompanhamento de resultados como componente central da gestão da Atenção Básica, o que evidencia a necessidade de institucionalização desse processo.

Outro ponto sensível é a dependência de ferramenta não institucionalizada (*WhatsApp*), utilizada para comunicação entre APS e especialistas. Embora seja ágil e acessível, tal recurso não se integra aos sistemas oficiais de regulação ou ao e-SUS AB, podendo gerar fragmentação do cuidado e falhas na continuidade assistencial. Além disso, mesmo com os cuidados declarados, persiste o risco quanto à proteção de dados pessoais e sensíveis, considerando que a Lei Geral de Proteção de Dados (Brasil, 2018) exige que o tratamento das informações em saúde observe princípios como finalidade, necessidade, transparência e segurança.

Do ponto de vista assistencial, ainda há limitações quanto à resolutividade em alta complexidade. Embora a estratégia contribua para o diagnóstico precoce, a demora na realização de procedimentos especializados, como cirurgias plásticas oncológicas via TFD, permanece como barreira estrutural do sistema. Tal fragilidade reforça a necessidade de fortalecer a integração da rede de atenção oncológica, conforme defendido pela OPAS (2025) para os diferentes níveis de atenção.

Adicionalmente, cabe destacar que a experiência se configura mais como um canal informal de apoio matricial do que como uma estratégia estruturada de teledermatologia. A ausência de protocolos digitais, interoperabilidade com prontuário eletrônico e registros sistematizados limita sua escalabilidade e sustentabilidade em longo prazo.

Por fim, a experiência revela forte dependência do capital humano individualizado, concentrado na Dermatologista local, cuja atuação é viabilizada mediante gratificação. Essa centralidade em um único profissional expõe o projeto a riscos de descontinuidade frente a possíveis ausências, rotatividade ou sobrecarga, comprometendo a estabilidade da estratégia como política pública.

Em síntese, a experiência de Pirapora fortaleceu a rede local ao criar um fluxo inovador e acessível de comunicação direta entre a APS e a Dermatologia, promovendo mais resolutividade e diagnóstico precoce de câncer de pele. Apesar dos avanços, sua consolidação depende da institucionalização do monitoramento de indicadores, integração com sistemas formais de telemedicina e regulação, bem como do enfrentamento das

barreiras relacionadas ao acesso a especialidades de alta complexidade, como a cirurgia plástica oncológica.

4. TELEMEDICINA NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS) DE CONTAGEM

O projeto de Telemedicina nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) de Contagem, implantado pelo Serviço Social Autônomo (SSA), surgiu da necessidade de diminuir o tempo de espera dos pacientes classificados como verde e azul, de baixa prioridade clínica segundo o Protocolo de Manchester, e de ofertar matriciamento especializado por meio da telemedicina. A motivação central foi a insuficiência da capacidade predial instalada, que impossibilitava a ampliação das equipes médicas presenciais, tornando urgente a adoção de soluções digitais.

A experiência teve início em julho de 2022, como projeto-piloto na UPA JK, e foi expandida para todas as demais unidades em junho de 2024. O fluxo de atendimento foi estruturado a partir da classificação de risco realizada pelo enfermeiro. Pacientes adultos até 60 anos, classificados como verde ou azul, e sem sinais de gravidade relacionados à dor torácica ou abdominal, são direcionados para as cabines de teleatendimento instaladas nas recepções internas das unidades, solução adotada para superar a limitação de consultórios convencionais. Esses atendimentos são acompanhados por técnicos de enfermagem, que auxiliam na conexão com o médico remoto e orientam o fluxo subsequente.

Os médicos realizam os atendimentos em salas administrativas equipadas com infraestrutura tecnológica adequada e com acesso a uma agenda compartilhada *online*, que permite múltiplos agendamentos em tempo real. São disponibilizados cerca de 60 atendimentos por plantonista, resultando em uma média de 3.500 consultas mensais. Durante a consulta *online*, o médico pode prescrever receitas ou atestados, entregues imediatamente ao paciente. Nos casos em que há alta com necessidade de medicação na própria UPA, há preferência pelas vias oral ou intramuscular, dispensando reavaliação. Quando há necessidade de exames complementares, o médico remoto solicita a investigação e o paciente é redirecionado a um clínico presencial para conclusão da conduta.

Além do atendimento clínico imediato, o projeto estruturou uma Central de Telemedicina para matriciamento. Nesse modelo, médicos das UPAs discutem casos com especialistas de áreas como Cardiologia, Pediatria, Neuroclínica, Neurocirurgia, Urologia, Nefrologia

e Cirurgia Torácica. Esses profissionais, com agenda fixa, destinam uma hora do turno de trabalho ao matriciamento, em reuniões previamente agendadas pelas unidades. Essa estratégia possibilita orientação quanto a exames de alto custo, discussão de condutas e mais integração entre a rede de pronto atendimento e o Hospital Municipal de Contagem.

De acordo com o relato, os resultados do projeto já são perceptíveis. Após a implantação do atendimento *online*, houve significativa redução no tempo médio de espera dos pacientes classificados como verde, de 2:38h para 1:49h. Também foi observada queda na taxa de desistência de pacientes, o que demonstra mais inclusão e acessibilidade ao serviço. O formato *online* impactou positivamente na produtividade dos médicos, dado que, em geral, esses profissionais solicitam menos exames ou encaminhamentos que nas consultas presenciais, gerando redução de custos e otimização do uso de recursos humanos. Além disso, a experiência mostrou potencial para atuar como retaguarda em momentos de hiperfluxo, como surtos, epidemias e sazonalidades, organizando as recepções das unidades e evitando colapso dos serviços de emergência.

Entre os pontos fortes da iniciativa destacam-se a inovação no uso da telemedicina no contexto de urgência e emergência, a melhora na eficiência assistencial com diminuição do tempo de espera, mais acessibilidade do usuário ao atendimento, a integração entre diferentes pontos da rede e a economia de recursos relacionados a exames, deslocamentos e logística.

A experiência de Contagem mostra que a telemedicina pode ser incorporada como ferramenta estratégica de reorganização da demanda nas urgências, com impacto positivo tanto para os usuários, que acessam o serviço de forma mais rápida e inclusiva, quanto para a gestão, que otimiza recursos, fortalece a integração entre níveis de atenção e amplia a resolutividade da rede.

Apesar dos importantes ganhos na organização do fluxo dentro das UPAs, o projeto tem limitações estratégicas. Ao priorizar pacientes que poderiam ser atendidos pela APS, acaba não fortalecendo a rede como um todo e cria soluções paliativas, sem atacar a raiz do problema. Para consolidar a telemedicina como ferramenta transformadora, seria fundamental integrá-la à APS, qualificar os profissionais envolvidos, permitir o atendimento remoto domiciliar e ampliar seu uso também para apoiar casos graves. Pode-se, portanto, destacar os seguintes pontos:

- a) Fragilidade na integração com a APS e coordenação do cuidado

O projeto não contribui para o fortalecimento da APS, que deveria ser a porta de entrada preferencial de usuários classificados como verde e azul. Esses usuários acabam sendo absorvidos pelas UPAs, em vez de serem direcionados às UBSs de origem, o que fragiliza o vínculo longitudinal, a coordenação do cuidado e a educação em saúde sobre os diferentes níveis de atenção.

b) Solução estrutural limitada

A lógica do projeto baseia-se na criação de mais cabines de teleatendimento dentro das UPAs para dar conta da demanda. Essa medida, ainda que alivie temporariamente o fluxo, não resolve a causa do problema: a baixa capacidade resolutive da APS local e o acesso insuficiente às consultas eletivas. Uma estratégia mais sustentável seria investir em equipes de Saúde da Família, ampliar a cobertura da APS e fortalecer o papel da Atenção Primária na regulação da demanda.

c) Potencial de duplicação de demanda

Os médicos responsáveis pelo teleatendimento precisam ser altamente qualificados e resolutivos. Caso contrário, podem gerar novas demandas dentro da própria UPA, como solicitação excessiva de exames ou encaminhamentos desnecessários, aumentando a sobrecarga do sistema em vez de reduzi-la. O risco é que o projeto se torne um desvio de fluxo, sem ganhos reais na resolutividade.

d) Limitação do uso da telemedicina como inovação plena

O modelo implantado exige que o paciente se desloque até a UPA para acessar a teleconsulta, o que reduz o potencial transformador da telemedicina. O ideal seria permitir que o paciente verde ou azul pudesse realizar esse atendimento de casa ou da UBS de referência, utilizando plataformas seguras integradas ao Meu SUS Digital. Dessa forma, seria possível evitar o deslocamento desnecessário e reforçar o vínculo com a rede de APS.

Entretanto, é preciso compreender que, ainda que ampliar o acesso remoto pareça desejável, é arriscado presumir que a boa orientação leve, por si só, cada usuário ao “serviço adequado”. Comportamentos de busca de cuidado são moldados por fatores culturais, de confiança, experiências prévias, barreiras logísticas, horários de funcionamento e até incentivos locais. Sem ajustes nos arranjos de governança APS x urgência a recomendação pode não se concretizar. Alternativa é acoplar a teleconsulta (domiciliar ou na UBS) a mecanismos de navegação e vínculo, acolhimento digital com classificação

de risco, agendamento ativo na APS, quando pertinente, pactuação de retorno e acompanhamento (inclusive por ACS), com devolutiva estruturada entre UPA e UBS.

e) Falta de foco em casos mais graves

O projeto concentra-se em pacientes de menos risco, mas não inova no atendimento dos pacientes classificados como amarelos ou vermelhos, que são os que mais necessitam de agilidade. O uso da telemedicina poderia ser ampliado para agilizar condutas em casos graves, por exemplo, permitindo a comunicação direta e em tempo real entre o médico da UPA e especialistas hospitalares, garantindo mais integração no manejo de emergências.

5. COMPARAÇÃO ESTRATÉGICA – UBERABA, PIRAPORA E CONTAGEM

A análise crítica das três experiências - Uberaba, Pirapora e Contagem - mostra caminhos distintos de incorporação da telessaúde ao cotidiano dos serviços, com graus variados de formalização tecnológica e de aderência aos objetivos estruturantes da PNAES.

Em Uberaba, a teleinterconsulta síncrona em Endocrinologia foi desenhada como etapa obrigatória antes do encaminhamento, o que reposiciona a APS como ordenadora do cuidado: o caso é discutido entre generalista e especialista, decisões são compartilhadas, 78% das demandas permanecem na Atenção Primária e a regulação passa a receber solicitações mais qualificadas. Há, portanto, coerência direta com a PNAES na ordenação de fluxos, na redução de filas e no uso racional da capacidade instalada, além de fortalecimento dos atributos da APS (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação). As limitações estão no custo organizacional de manter agendas síncronas, na necessidade de padronização dos registros e na observância estrita da LGPD. Ainda assim, o desenho é escalável a outras linhas de cuidado crônicas, havendo governança clínica e prontuário estruturado.

Pirapora, por sua vez, opera uma solução de baixo custo e alta capilaridade: um grupo de *WhatsApp* para discussão de lesões suspeitas de malignidade, com dermatologista de referência e toda a APS integrada. O arranjo produz efeitos rápidos - diagnóstico mais oportuno, reordenação de prioridades e redução da fila de Dermatologia -, além de ofertar matriciamento “no ato” para quem está na porta de entrada do sistema. Em termos de PNAES, a experiência melhora a oportunidade para condições prioritárias (câncer de pele) e integra APS-regulação-Oncologia. Todavia, sua dependência de ferramenta não institucional, a falta de monitoramento de indicadores clínicos

(tempo até biópsia, estadiamento ao diagnóstico, conversão em câncer confirmado) e a concentração do *know-how* em uma única especialista fragilizam a sustentabilidade e a segurança da informação. Sem interoperabilidade com o e-SUS/Regulação e sem protocolos digitais, a escalabilidade fica condicionada a arranjos locais e à proteção de dados em ambiente não assistencial.

Contagem investe em um modelo orientado ao fluxo nas UPAs: teleatendimento para pacientes triados como verde/azul em cabines dedicadas, com agenda *online* e retaguarda de matriciamento multiprofissional. Os resultados iniciais mostram diminuição do tempo de espera e menos desistências, além de ganhos de produtividade e de retaguarda em hiperfluxos. A estratégia dialoga com a PNAES ao desafogar a porta de urgência, organizar recepções e otimizar a capacidade instalada, inclusive com interconsultas para casos internos. Entretanto, do ponto de vista sistêmico, a centralidade nas UPAs para condições de baixa prioridade não reforça a APS como porta preferencial, podendo perpetuar a procura inadequada e deslocar esforços para um ponto de atenção mais oneroso. Por outro lado, a exigência de presença física para acessar a teleconsulta reduz o potencial transformador da telessaúde, e faltam integrações que permitam atendimento domiciliar ou na UBS de origem, assim como um eixo explícito para casos graves (teleemergência, *fast track* com especialistas hospitalares). Em suma, Contagem ganha eficiência local, mas ainda precisa reencaixar o desenho na coordenação do cuidado pela APS e na ampliação de usos da telemedicina para risco elevado.

Comparando os três arranjos sob um prisma estratégico, Uberaba representa a formalização regulatória via tecnologia síncrona, com forte aderência aos objetivos da PNAES e ganhos comprovados de resolutividade na APS. Seu desafio é manter a cadência e a qualidade dos registros, garantindo segurança jurídica e de dados. Pirapora evidencia a inovação frugal. Com um investimento mínimo, produz priorização clínica e aprendizado organizacional no ponto de cuidado da APS. O passo seguinte é institucionalizar a solução (protocolo, prontuário, indicadores, segurança da informação) para evitar dependência pessoal e riscos de fragmentação. Contagem mostra a eficiência operacional na urgência e a utilidade do matriciamento como retaguarda, mas precisa reconectar o modelo à porta de entrada adequada e ampliar o escopo tecnológico (teleconsulta domiciliar/UBS, integração com o “Meu SUS Digital”, teleapoio para amarelos/vermelhos), sob pena de transformar a telemedicina em mero “atalho” intramuros da UPA.

Em termos de lições cruzadas, Uberaba oferece um modelo estruturado de teleinterconsulta como filtro regulatório e dispositivo de qualificação da APS; Pirapora demonstra

como comunicação ágil, podendo antecipar diagnósticos críticos, mesmo em baixa maturidade digital; Contagem ensina que engenharia de fluxo e retaguarda especializada reduzem tempos e desistências em cenários de pressão assistencial.

A partir dessas experiências, torna-se claro que o caminho mais promissor para a evolução da telessaúde no SUS, em referência aos casos apresentados, é a construção de uma arquitetura combinada, que una os pontos fortes de cada modelo: uma teleinterconsulta formal para linhas crônicas prioritárias (como em Uberaba), um canal rápido de apoio matricial com registros institucionalizados para suspeitas oncológicas (aperfeiçoando a estratégia de Pirapora), e um teleapoio estruturado às urgências, que inclua vias domiciliares ou UBS para casos verde/azul e tele-emergência para amarelo/vermelho (recalibrando o modelo de Contagem). Essa convergência não apenas preserva o papel ordenador da APS, mas também representa o ideal de evolução desses projetos, ao reduzir filas com justiça distributiva, qualificar a regulação e consolidar a telessaúde como um meio estratégico para entregar cuidado oportuno, seguro e integral no SUS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências mostram que, embora a telemedicina tenha promovido avanços significativos, como o Telessaúde Brasil Redes, e ampliado o acesso a serviços especializados, ainda existem desafios relacionados à infraestrutura tecnológica, resistência de profissionais de saúde e questões de sustentabilidade financeira. Constatou-se também que, apesar de sua eficácia em algumas áreas, a qualidade do atendimento, especialmente em casos de doenças complexas, ainda é um tema controverso. As evidências indicam que a telemedicina tem demonstrado eficácia significativa em áreas como acompanhamento de doenças crônicas (hipertensão, diabetes), saúde mental e algumas especialidades que permitem avaliação visual e monitoramento remoto (Hendrie *et al.*, 2020; Lisboa *et al.*, 2023). Por outro lado, a qualidade do atendimento em casos de doenças complexas apresenta limitações inerentes a exames físicos, procedimentos diagnósticos especializados e interação médico-paciente, que são reduzidos em consultas remotas, podendo comprometer o diagnóstico e monitoramento adequados (Bueno; Tavares, 2024; Hendrie *et al.*, 2020; Moraes, 2024). Tais controvérsias também envolvem desafios éticos, de segurança da informação e a necessidade de infraestrutura adequada para garantir continuidade e confiabilidade assistencial.

A telessaúde e a telemedicina são ferramentas indispensáveis para a transformação do SUS em um sistema mais acessível, resolutivo e moderno. A incorporação efetiva dessas

tecnologias no cotidiano dos profissionais necessita de políticas públicas robustas, investimentos em infraestrutura e capacitação, regulamentações claras e enfoque centrado nas necessidades dos usuários. Além de ampliar a cobertura dos serviços, a telessaúde fortalece a Atenção Primária e integra níveis de atenção, contribuindo para a sustentabilidade econômica e social do sistema público de saúde. Com os avanços recentes e as tendências futuras, conclui-se que a telemedicina no SUS possui grande potencial para se consolidar como referência em saúde digital, promovendo inovação aliada à equidade e qualidade assistencial, mas sua expansão requer investimentos em capacitação, infraestrutura e a formação de parcerias público-privadas que garantam a sustentabilidade do modelo em longo prazo.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO GOMES, E.M. *et al.* Telessaúde no Brasil: uma análise situacional. **Sociedade em Debate**, [S. l.], v. 31, n. Ed. Esp., p. 01-09, 2025. Doi: 10.47208/sd.v31iEd. Esp.3707. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/3707>. Acesso em: 25 jul. 2025.
- BASHSHUR, R.L.; REARDON, T.G.; SHANKS, G.H. The empirical foundations of telemedicine interventions in primary care. **Telemedicine and Telecare**, v. 17, n. 6, p. 316-330, 2011. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1258/13576331111184715>. Acesso em: 25 jul. 2025.
- BERNARDO, D. *et al.* Telessaúde na Atenção Primária à saúde: um estudo das atividades e do tempo despendido pelos profissionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 33, p. e4501, 2025. Doi: 10.1590/1518-8345.7255.4501. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rlae/article/view/234768>. Acesso em: 25 jul. 2025.
- BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 15 ago. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm. Acesso em: 25 jul. 2025.
- BRASIL. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Regulamenta o exercício da telemedicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/Lei/L14510.htm. Acesso em: 06 ago. 2024.
- BRASIL. **Minas lança projeto que pode reduzir filas de consultas com especialistas no SUS.** Hospital das Clínicas da UFMG/ Ebserh. Belo Horizonte, 10 jul. 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-de-consultas-com-especialistas-no-sus>. Acesso em: 25 jul. 2025.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Brasília: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 25 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. **Diário Oficial da União**, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html. Acesso em: 20 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 6.640**, de 20 de fevereiro de 2025. Institui processo de seleção para participação em modalidades específicas do eixo da Saúde no âmbito do Programa de Aceleração do Crescimento - Novo PAC. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-6.640-de-20-de-fevereiro-de-2025-614250221>. Acesso em: 25 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Portaria SAES/MS nº 2.326**, de 6 de dezembro de 2024. Inclui Subgrupo de Telessaúde e Formas de Organização no Grupo 08-Ações Complementares e inclui novos procedimentos de Telessaúde na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. 2024c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-saes/ms-n-2.326-de-6-de-dezembro-de-2024-601712939>. Acesso em: 25 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Telessaúde**. Portal Gov.br, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/sus-digital/telessaude>. Acesso em: 20 set. 2025.
- BUENO, D.C.; TAVARES, E. Cartografia das controvérsias da telemedicina no Brasil. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 22, n. 5, p. e2023-0135, 2024. Doi: <https://doi.org/10.1590/1679-395120230135>
- CATAPAN, S.C. *et al.* Teleassistência no Sistema Único de Saúde brasileiro: onde estamos e para onde vamos? **Ciência Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 29, n. 7, jul. 2024. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.03302024>
- CHAGAS, M.E.V. *et al.* A telemedicina está preparada para contornar as barreiras de implementação no Brasil?: Experiências do TeleNordeste. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 46, p. 4010, 2025b. Doi: 10.5712/rbmfc19(46)4010. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/4010>.
- CHAGAS, M.E.V. *et al.* Specialized medical care in primary care using telemedicine in Northeast Brazil: a descriptive study, Rio Grande do Norte, Brazil, 2022-2023. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 34, p. e20240256, 2025a. Doi: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222025v34e20240256.pt>
- COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL (CGI). **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros**: TIC Domicílios 2023. São Paulo: CGI.br, 2024. Disponível em: https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/20241104102822/tic_domicilios_2023_livro_eletronico.pdf Acesso em: 25 jul. 2025.

- GALINDO, J.A. Ministério da Saúde e USP levam laboratórios de telessaúde a distritos sanitários indígenas. **Jornal da USP**, São Paulo, 25 jun. 2024. Disponível em: <https://jornal.usp.br/diversidade/ministerio-da-saude-e-usp-levam-laboratorios-de-telessaude-a-distritos-sanitarios-indigenas/>. Acesso em: 25 jul. 2025.
- GOGLIA, L.D. *et al.* Telemedicine and telehealth in the United States: Policy and the future. **Telemedicine and e-Health**, v. 20, n. 9, p. 798-806, 2014. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/tmj.2014.0062> Acesso em: 25 jul. 2025.
- HARZHEIM, E. *et al.* Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1881, 2019. Doi: 10.5712/rbmfc14(41)1881. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1881> Acesso em: 25 jul. 2025.
- HENDRIE, G.A. *et al.* Impact of a mobile phone app to increase vegetable consumption and variety in adults: large-scale community cohort study. **Journal of Medical Internet Research (Mhealth Uhealth)**, v. 8, n. 4, p. e14726, 17 abr. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32301739/> Acesso em: 25 jul. 2025.
- JARA, A.J. *et al.* A survey of internet of things for healthcare. **International Journal of Computer Science and Applications**, v. 11, n. 1, p. 11-22, 2014. Disponível em: <https://arxiv.org/abs/1406.2647> Acesso em: 25 jul. 2025.
- KOGIEN, A.B. Os desafios enfrentados na implementação e prática da telemedicina. **Revista de Gestão e Secretariado**, [S. l.], v. 15, n. 11, p. e4363, 2024. Doi: 10.7769/gesec.v15i11.4363. Disponível em: <https://ojs.revistagesec.org.br/secretariado/article/view/4363>. Acesso em: 25 jul. 2025.
- LISBOA, K.O. *et al.* A história da telemedicina no Brasil: desafios e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 1, p. e210170pt, 2023. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210170pt>
- MANAUS. **Prefeitura inclui pacientes com hipertensão e diabetes no programa de telessaúde**. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, 19 abr. 2022. Disponível em: <https://www.manaus.am.gov.br/noticia/monitoramento/prefeitura-inclui-pacientes-com-hipertensao-e-diabetes-no-programa-de-telessaude/>. Acesso em: 25 jul. 2025.
- MEYER, J. *et al.* Telemedicine in health care: A model for access to care and treatment. **Journal of Healthcare Management**, v. 62, n. 5, p. 305-313, 2017. Disponível em: <https://journals.lww.com/jhmonline/pages/articleviewer.aspx?year=2017&issue=07000&article=00001&type=-Fulltext>. Acesso em: 25 jul. 2025.
- MILLER, M.E. *et al.* The role of mobile health (mHealth) technologies in improving access to healthcare in rural areas. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 8, n. 1, p. 45-53, 2019. Disponível em: https://www.ijhpm.com/article_3614.html. Acesso em: 25 jul. 2025.

MINAS GERAIS. **Profissionais de saúde de Minas Gerais têm à disposição teleconsultoria para atendimento mais resolutivo e eficiente.** Agência Minas, 26 de dezembro de 2024. Disponível em: <https://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticia/profissionais-de-saude-de-minas-gerais-tem-a-disposicao-teleconsultoria-para-atendimento-mais-resolutivo-e-eficiente>. Acesso em: 25 jul. 2025.

MORAIS, B.Q. O papel da telemedicina no acompanhamento de pacientes crônicos: benefícios e limitações na prática clínica. **Studies in Health Sciences**, v. 5, n. 4, e11894, 2024. Doi: <https://doi.org/10.54022/shsv5n4-034>. Disponível em: 10.54022/shsv5n4-034. Acesso em: 25 jul. 2025.

OLIVEIRA JÚNIOR, H.A. *et al.* Teleconsultation on patients with type 2 diabetes in the Brazilian public health system: a randomised, pragmatic, open-label, phase 2, non-inferiority trial (TELECONSULTA diabetes trial). **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 39, 100923, nov. 2024. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100923>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Associação Pan-Americana da Saúde. **Atenção Primária à saúde.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 25 jul. 2025.

PALMA, E.M.; KLEIN, A.Z.; PEDRON, C.D. Aceitação da telemedicina por médicos no Brasil: um olhar sob a lente da teoria institucional. *In*: **XLV ENCONTRO DA ANPAD – EnANPAD 2021**, [on-line], 4-8 out. 2021, p. 1-25. Anais..., 2021. Disponível em: <https://anpad.com.br/uploads/articles/114/approved/46515dcd99ea50dd0671bc6840830404.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2025.

PISA, I.T. *et al.* **Modelo de maturidade de serviços de telessaúde para o cenário brasileiro** (TMSMM. br). SciELO Preprints, 2023. Doi: 10.1590/SciELOPreprints.6416. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/6416>. Acesso em: 25 jul. 2025.

REZENDE, V.A.; GRILLO, M.J.C. **A resolutividade da Atenção Básica:** uma revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2010, Belo Horizonte. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/_A_resolutividade_da_atencao_basica_uma_revisao_de_literatura/458 Acesso em: 25 jul. 2025.

RIZZO, A.S. *et al.* Virtual reality and clinical care: New frontiers for rehabilitation. **Journal ofVirtual Reality and Broadcasting**, v. 8, n. 5, 2011. Disponível em: <https://www.jvr.org/past-is-sues/8.2011/3095>. Acesso em: 25 jul. 2025.

SANTOS, A. F. **Telessaúde:** um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG, 2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-617907>

TOPOL, E. **Deep Medicine:** How artificial intelligence can make healthcare human again. New York: Basic Books, 2019. Disponível em: <https://www.basicbooks.com/titles/eric-topol/deep--medicine/9781541644649/>. Acesso em: 25 jul. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Iniciativas de telessaúde em comunidades indígenas do Acre**. Núcleo de Telessaúde e Telemedicina da Faculdade de Medicina da UFG. Publicado em: 17 out. 2024. Disponível em: https://tele.medicina.ufg.br/Noticias/Visualizar/Implementacao_. Acesso em: 25 jul. 2025.

WANG, F. *et al.* Big data analytics in healthcare: A review of applications and opportunities. **Journal of Healthcare Engineering**, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/jhe/2020/8894691/>. Acesso em: 25 jul. 2025.

Da Política à prática: a PNAES e as Inovações no Cuidado em Saúde Mental na RAPS

CLÁUDIA REGINA DE RESENDE CASTRO
LANA ESTEFANE DE OLIVEIRA BRAGA
MARCONI MOURA FERNANDES
POLÍBIO JOSÉ DE CAMPOS SOUZA

1. INTRODUÇÃO

Este texto tem o objetivo de analisar experiências exitosas e boas práticas de cuidado em saúde mental, mapeadas no âmbito da Atenção Especializada, relevantes para a implementação de novos arranjos técnico-assistenciais no Sistema Único de Saúde (SUS). O capítulo situa-se como um produto no âmbito do Projeto de Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde, tomando como foco a interface entre a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O texto parte do reconhecimento de que a Atenção Especializada historicamente se constituiu de forma fragmentada, hospitalocêntrica e pouco articulada com a Atenção Primária, gerando vazios assistenciais e desigualdades no acesso. A criação da PNAES organizada pela Portaria GM/MS nº 1.604/2023 (Brasil, 2023) aparece como um marco regulatório capaz de organizar a Atenção Especializada em rede, de maneira regionalizada e centrada nas necessidades dos usuários, incorporando a RAPS como parte integrante dessa rede.

Nesse contexto, busca-se analisar como algumas experiências inovadoras em saúde mental vêm sendo produzidas, com destaque para experiências de Minas Gerais, articulando dimensões clínicas, políticas, éticas e sociais. Trata-se das experiências: Modelagem

do cuidado colaborativo e integração entre a RAPS e Estratégia de Saúde da Família (ESF) - Belo Horizonte; A potência da educação continuada em saúde mental - Serra do Salitre; Atendimento a pacientes com sofrimento mental em Hospital Geral - Belo Horizonte; Equipe Itinerante de Saúde Mental - Contagem; e, por fim, Oficinas Externas com Parcerias - Pirapora.

A RAPS (Brasil, 2011) é apresentada não apenas como uma estrutura organizacional, mas como uma clínica territorializada, construída com foco no protagonismo dos usuários, na interdisciplinaridade e no cuidado em liberdade. Assim, o texto se insere na discussão mais ampla da Reforma Psiquiátrica brasileira, das boas práticas e das inovações no campo da saúde mental referenciadas na literatura, tais como o modelo *Recovery* e o Diálogo Aberto, o Cuidado Colaborativo, intervenções de suporte de pares, matriciamento e educação continuada. Conecta as políticas públicas que reconfiguram o cuidado especializado em saúde mental em direção a um modelo integrado, humanizado e centrado na construção de cidadania.

2. A PNAES NO SUS E SUA INTERFACE COM A RAPS: RUMO A UM CUIDADO INTEGRAL E CIDADÃO

A vinculação da RAPS com a PNAES representa significativo avanço no reconhecimento explícito dos serviços de atenção psicossocial como parte integrante da Atenção Especializada (Brasil, 2023). Essa inclusão formaliza e fortalece a articulação entre a saúde mental e as demais áreas do cuidado no SUS, alinhando-se aos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e da luta antimanicomial. A RAPS preconiza um modelo de cuidado em saúde mental territorial e transdisciplinar visando a desinstitucionalização, a produção de autonomia e a cidadania plena (Brasil, 2011). A PNAES, ao incorporar a RAPS, potencializa seus objetivos de diversas formas:

2.1 Cuidado integrado e humanizado

A diretriz da PNAES de promover um “modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde das pessoas” (Art. 4º, IV) e o eixo de um “modelo de atenção à saúde (...) com base na universalidade, integralidade e equidade” (art. 9º, II) dialogam diretamente com a filosofia da RAPS. Isso significa que o cuidado em saúde mental não deve se restringir aos seus dispositivos específicos, mas permear toda a rede de saúde. Um paciente com transtorno mental intenso, por exemplo, deve ter suas necessidades clínicas (como um distúrbio cardiometabólico ou oncológico) atendidas de forma articulada entre o

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os ambulatorios de especialidades e Atenção Primária à Saúde (APS), com um plano de cuidado compartilhado.

2.2 Fortalecimento do matriciamento e da coordenação do cuidado

A PNAES enfatiza o apoio matricial como ferramenta para qualificar a APS e fortalecer a integração entre os níveis de atenção (art. 17). No campo da saúde mental, o matriciamento realizado pelas equipes dos CAPS com as Equipes de Saúde da Família (ESF) é fundamental para ampliar e qualificar a capacidade de cuidado em saúde mental no território, evitando encaminhamentos desnecessários e promovendo a corresponsabilização. A política reforça essa prática como um dispositivo central para a regulação e a continuidade do cuidado.

2.3 Produção de cidadania e articulação intersetorial

A PNAES reconhece a importância da “interlocação intersetorial com outros equipamentos e serviços no território que possam complementar o cuidado para a promoção e reabilitação em saúde e reintegração social do paciente” (art. 14, VI). Esse princípio é a base do cuidado em liberdade promovido pela RAPS. A cidadania de uma pessoa em sofrimento psíquico não se constrói apenas com o tratamento de sintomas, mas com o exercício da cidadania, acesso ao trabalho, à cultura, educação, lazer, segurança alimentar e moradia. Ao prever essa articulação como parte do modelo de atenção, a PNAES legitima e impulsiona as ações dos dispositivos da RAPS na construção de projetos terapêuticos singulares (PTS) que garantam direitos e liberdade.

2.4 Regulação do acesso e linhas de cuidado

A política propõe a regulação do acesso que supere a lógica burocrática e as barreiras de acesso às pessoas em vulnerabilidade, organizando-a a partir de linhas de cuidado regionalizadas (art. 11, IV). Para a saúde mental, isso representa a oportunidade de construir fluxos assistenciais que considerem as complexidades do sofrimento psíquico, garantindo, por exemplo, o acesso prioritário a leitos de atenção integral (em CAPS III e hospitais gerais) para situações de crise, em detrimento do encaminhamento ao hospital psiquiátrico.

Nessa interface entre a PNAES e a RAPS, o território só emergirá como o eixo articulador do cuidado quando integrado à APS. Para a RAPS o território sempre foi um pilar central - compreendido não apenas como um espaço geográfico, mas como um campo

vivo de relações sociais, afetivas, culturais e de produção da existência. Ao instituir o “planejamento ascendente de base territorial” (art. 4º, I) como diretriz, a nova política estabelece que a organização dos serviços especializados parta das necessidades concretas da população em seu âmbito de vida. É no território que o plano de cuidado compartilhado se torna viável, conectando a Unidade Básica de Saúde (UBS) a outros pontos da rede, assim como com os equipamentos intersetoriais da assistência social, justiça e cultura, garantindo que o PTS do usuário seja construído a partir de suas necessidades.

A PNAES poderia à primeira vista parecer focada exclusivamente nas tecnologias duras – equipamentos de ponta, exames complexos e procedimentos invasivos. Contudo, suas diretrizes revelam a valorização intrínseca das tecnologias leves, estas, definidas como as tecnologias das relações humanas – o acolhimento, a escuta qualificada, a produção de vínculo, a empatia e a construção de planos de cuidado compartilhados que respeitam as singularidades. As tecnologias leves são o cerne do modelo de atenção da RAPS e do cuidado no Sistema Único de Saúde (Merhy, 2005, Merhy *et al.*, 2006)

Ao orientar um “modelo de atenção centrado nas necessidades das pessoas” (art. 4º, IV) e ao valorizar a “capacidade de se responsabilizar e produzir vínculo com os usuários” (art. 8º), a PNAES absorve a sabedoria acumulada pela RAPS, entendendo que nenhum equipamento sofisticado poderá substituir a potência terapêutica de uma relação de confiança e de valorização do usuário como centro.

3. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO SUS: UM MODELO DE CUIDADO TERRITORIAL E COLETIVO EM SAÚDE MENTAL

A RAPS, instituída pela Portaria nº 3.088, consolidou um marco decisivo na transição do modelo asilar para um modelo territorial e transdisciplinar de cuidado em saúde mental no Brasil. Em consonância com os princípios do SUS e com os fundamentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a RAPS orienta-se pela defesa do cuidado em liberdade, da promoção da cidadania e da construção de PTSs ancorados no reconhecimento da pessoa em sofrimento como sujeito de direitos (Brasil, 2011). Articula-se por meio de uma variedade de dispositivos que funcionam de maneira integrada e escalonada, organizando-se de diferentes formas pelo país.

Na APS, a RAPS é composta de UBS, consultórios na rua, equipes multiprofissionais (eMulti) e centros de convivência. No nível especializado destacam-se os Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades (CAPS I, II, III, AD e Infantojuvenil). Além destes, integram a rede os pontos de atenção de urgência e emergência, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), os pronto atendimentos e o SAMU, os leitos em hospitais gerais, as unidades de acolhimento transitório (UAT) e os serviços de moradia assistida.

Entre esses dispositivos, os CAPS ocupam um lugar estratégico. São responsáveis por um território definido e oferecem atenção clínica diária, ações de reabilitação psicossocial, práticas terapêuticas e, no caso dos CAPS III, acolhimento noturno. Além disso, articulam-se com os demais pontos da RAPS e com a rede intersetorial, ampliando a capacidade de cuidado. A cogestão dos serviços e da rede no território constitui uma estratégia essencial, pois mobiliza diferentes atores a participar ativamente da construção dos percursos terapêuticos (Campos, 1999a).

O matriciamento, ou apoio matricial, constitui-se em uma estratégia de articulação entre diferentes núcleos de prática e de saber, visando um cuidado transdisciplinar. A dinâmica estabelecida entre a equipe de referência e a equipe de apoio matricial possibilita a alternância do lugar de saber e poder tradicionalmente atribuído ao especialista (Campos, 1999b; Campos; Domitti, 2007; Chiaverini, 2011).

O PTS funciona como eixo de integração entre os modos de vida dos usuários, os recursos intra e intersetoriais das políticas públicas e as redes de apoio existentes. Para sua efetivação, mobiliza diversos dispositivos e requer o uso de múltiplas ferramentas de compartilhamento do cuidado, como interconsultas, discussões de caso, visitas domiciliares, ecomapas, genogramas e fluxogramas. Esses instrumentos sustentam o trabalho cotidiano das equipes, configurando o modelo brasileiro de cuidado colaborativo.

O conceito-ferramenta usuário-guia expressa um princípio ético-clínico fundamental: é o usuário quem conduz seu PTS, orienta seus processos de inclusão e cidadania e organiza o trabalho das equipes (Feuerwerker *et al.*, 2016; Merhy *et al.*, 2016; Slomp; Franco; Merhy, 2022). Essa centralidade do usuário constitui a expressão brasileira do movimento global relacionado ao conceito de *Recovery*, fomentado pela OMS para afirmar o protagonismo dos usuários nas políticas de saúde mental (Costa, 2017; Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, 2022).

A valorização da continuidade do cuidado, do planejamento territorial ascendente, da corresponsabilidade e do apoio matricial abre um campo fértil de práticas voltadas à superação da fragmentação com seu aparato técnico-científico, produzida na modernidade. Em seu lugar, busca-se a emergência de um olhar holístico e humanizado

capaz de articular território, cidadania, formação e gestão. Trata-se de um quadrilátero composto de quatro dimensões interligadas: o cuidado e a produção da vida; a construção de cidadania e inclusão social; a gestão compartilhada dos serviços e dos processos de cuidado; a educação permanente dos profissionais e demais atores envolvidos (Amarante, 2015)

No entanto, apesar dos avanços alcançados desde sua criação, a consolidação da RAPS ainda enfrenta desafios estruturais significativos, entre eles a superação da lógica manicomial que, embora formalmente deslegitimada, persiste de maneira difusa nos fluxos assistenciais, nos processos formativos e na cultura, tanto nas políticas públicas quanto na saúde suplementar, operando em larga escala a reclusão, a fragmentação e a iatrogenia.

3.1 Novos arranjos técnico-assistenciais em saúde mental do SUS e em outros sistemas pelo mundo

O modelo e paradigma manicomial manteve sua hegemonia até a Segunda Guerra Mundial, sendo progressivamente contestado e superado apenas no período pós-guerra. Do ponto de vista assistencial, o centro da reforma psiquiátrica passou a ser a proposição de que o cuidado em saúde mental deve ocorrer no território, na comunidade, sem depender do hospital psiquiátrico.

Contudo, o movimento de reforma vai além da simples mudança no modelo de assistência *stricto sensu*: exige o avanço rumo à desinstitucionalização plena e à superação não apenas do modelo manicomial, mas também de todo o dispositivo biopolítico do “manicômio ampliado” - seus elementos administrativos, normativos, jurídicos e as construções científicas, ou seja, o saber-poder que o sustenta.

Aqui no Brasil, esse processo teve início apenas na segunda metade da década de 1980, marcado pela ausência de formulações teóricas e de políticas mais estruturadas voltadas à Atenção Primária. Ainda assim, experiências locais começaram a surgir, como em Belo Horizonte e na região metropolitana, onde já em 1984-1985 psicólogos e alguns psiquiatras atuavam em centros de saúde (Ferreira Neto, 2008).

Foi a partir da década de 1990 que se observou uma mudança teórica, prática e ontológica mais consistente. As experiências locais se multiplicaram e as formulações conceituais ganharam mais densidade. Começou a se delinear uma espécie de “escola de saúde mental coletiva”, que nasceu dessas práticas e, ao mesmo tempo, as enriqueceu. Cidades como Campinas, Belo Horizonte, Sobral, Quixadá, São Paulo e Santos, além do Projeto

Qualis I e II, desenvolveram modelos colaborativos que produziram saúde mental no território por meio das Equipes de Saúde da Família em articulação com as Equipes de Saúde Mental (Belo Horizonte, 2008; Campinas, 2001; Lancetti, 2013).

Essas experiências se fundamentam na implementação do SUS, da Estratégia Saúde da Família e da Reforma Psiquiátrica, o que possibilitou um percurso original de inserção da saúde mental na APS e de articulação entre essas duas áreas.

Na América Latina, o Brasil foi o país que mais logrou êxito, já que outros países mantiveram os hospitais como centro das redes de cuidado, apenas os cercando de dispositivos comunitários, o que ainda predomina. A maioria dos países mantém intacto o seu modelo manicomial ou avança muito lentamente e de forma desigual. Alguns países, como a Itália, Reino Unido, Canadá e outros conseguiram avançar muito nesse sentido.

No Reino Unido, nas décadas seguintes, essa visão se consolidou, e a saúde mental de matriz britânica passou a se estruturar com base em estudos epidemiológicos, centrada em um modelo que tinha o generalista como eixo. Nesse percurso, a contribuição de David Goldberg *et al.* é particularmente notável, com a formulação da teoria dos níveis e filtros - um modelo que organiza o cuidado e a alocação dos pacientes a partir de estudos de prevalência do sofrimento psíquico na comunidade. Essa teoria descreve o percurso dos usuários e as barreiras que precisam ser superadas para alcançar a resposta adequada (Goldberg; Huxley, 1980; Goldberg; Huxley, 1992). Trata-se de uma abordagem que possibilita compreender a trajetória dos indivíduos no sistema e identificar os pontos de dificuldade no cuidado.

A tradição britânica estruturou sua rede de cuidado a partir da centralidade do generalista como figura-chave. A partir das décadas de 1980 e 1990 emergiram propostas de cuidado em equipe baseadas no trabalho colaborativo entre generalistas, enfermeiras da APS, outros profissionais de saúde e profissionais de ligação responsáveis por conectar as equipes da APS às equipes de saúde mental especializadas (Goldberg; Gournay, 1997). Nesse contexto, foram experimentadas e estudadas diferentes formas de colaboração entre a APS e a saúde mental, bem como o impacto dessas articulações no cuidado (Bower; Gilbody, 2005).

Entretanto, a abertura para o trabalho em equipe ainda encontra resistência em países onde a Medicina de família se consolidou com forte ênfase na atuação isolada de profissionais e serviços.

A experiência canadense, embora também marcada inicialmente pela centralidade do médico generalista, passou, a partir da década de 1990, a desenvolver um esforço cooperativo entre médicos de família e psiquiatras. Dessa colaboração resultou uma produção contínua, materializada em três edições de um mesmo documento conjunto, elaboradas por suas entidades nacionais representativas (Kates *et al.*, 1997; 2011; 2023).

A edição mais recente, publicada em 2023, consolida décadas de experimentação e aprendizado, apresentando uma síntese do modelo de Cuidado Colaborativo e do Modelo de Cuidado Integrado. Ao sistematizar conceitos, princípios operacionais, dimensões organizativas e recomendações práticas para a integração e a colaboração efetiva entre os sistemas de saúde mental e a APS, destacou ainda o papel de ferramentas como a telessaúde e a telemedicina. Trata-se de modelos que se fundamentam na articulação entre saberes, no compartilhamento de responsabilidades clínicas e na construção conjunta de planos de cuidado, tendo como horizonte a integralidade, a longitudinalidade e o empoderamento dos usuários (Kates *et al.*, 2023).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi a instituição que centralizou os estudos e as formulações sobre as experiências de reforma mundiais. Passou a reforçar, de forma mais sistemática, a importância do cuidado comunitário a partir dos anos 2000, bem como o *QualityRights* - um conjunto de ferramentas da OMS para promover a qualidade e os direitos humanos nos serviços de saúde mental e social, baseado na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Organização das Nações Unidas - ONU, 2006). A saúde mental é reconhecida como um direito humano fundamental pela ONU e por outros órgãos internacionais, pautando documentos como o relatório Saúde Mental Nova Esperança (Organização Mundial da Saúde - OMS, 2001) e, logo em seguida, em 2003, a proposta das Redes Comunitárias Balanceadas (Thornicrof & Tansella, 2003; Thornicrof; Tansella, 2008).

Em 2018, pesquisadores vinculados à OMS e à produção de evidências no campo da Reforma Psiquiátrica e dos modelos de assistência em saúde mental afirmaram que as crises e os quadros agudos podiam ser totalmente manejados por serviços comunitários e hospitais gerais (Patel *et al.*, 2018). Em 2022, esse entendimento é reafirmado no Guia de Orientação para os Serviços Comunitários de Saúde Mental (OPAS, 2022).

A Organização Pan-Americana da Saúde, com a Declaração de Caracas (OPAS; OMS, 1990), convocou os países da América Latina e Caribe a substituírem progressivamente o modelo manicomial por redes comunitárias de saúde mental, reconhecendo sua importância na Atenção Primária. A OPAS antecipou a necessidade de reorientar os

sistemas de cuidado em direção ao território, ao vínculo e à promoção da cidadania, colocando a APS como plano prioritário para o enfrentamento do sofrimento mental.

O conceito de redes balanceadas refere-se à necessidade de um equilíbrio entre os diferentes níveis de atenção (Atenção Básica, Especializada e Hospitalar) com mecanismos de coordenação eficazes. Para subsidiar a construção dessas redes, a abordagem do “Equilíbrio do Cuidado” (*Balance of Care*) oferece uma metodologia de planejamento estratégico, explícita e baseada em evidências. Seu principal objetivo é identificar a combinação de serviços de base territorial e hospitalares para atender às necessidades de uma população. Para isso, o método utiliza modelos de simulação que avaliam os custos, os resultados clínicos e sociais de diferentes configurações de cuidado. A aplicação dessa abordagem demonstra consistentemente que modelos assistenciais territoriais, desde que abrangentes e bem financiados, produzem melhores desfechos a um custo similar ou inferior aos sistemas tradicionalmente centrados no hospital (Thornicroft; Tansella, 2013).

O processo de cuidado colaborativo em uma rede de saúde é comumente descrito como uma construção conjunta e articulada entre organizações/serviços e profissionais nos vários níveis de atenção, visando superar a fragmentação do cuidado. A compreensão de como se dá essa integração ocorre na transdisciplinaridade, comunicação interprofissional, trocas de saberes, construção de intervenções sistemáticas e estruturadas, bem como no investimento em arranjos organizacionais que permitam a aproximação entre os diferentes profissionais e serviços envolvidos (Pinheiro; Emerich, 2024).

Isso representa uma importante diferença ontológica: desde o início, o cuidado é uma coprodução, não apenas entre saberes profissionais distintos, mas entre técnicos, território e os usuários. Contudo, assim como os movimentos de inovação, a implementação efetiva de uma lógica antimanicomial e colaborativa esbarra em entraves estruturais e culturais ainda persistentes. Há, por exemplo, uma permanência do modelo médico-centrado, tanto nas práticas clínicas quanto nas políticas de financiamento. Frequentemente, observa-se que as redes concentram esforços na gestão de crises e estabilização psicofarmacológica, negligenciando estratégias de cuidado continuado e transdisciplinar, de fortalecimento das redes sociais e de promoção da saúde mental (Vasconcelos, 2019). Além disso, o modelo de atenção segue reproduzindo desigualdades territoriais e operando com baixa participação dos usuários nos espaços de decisão.

A inserção de abordagens inovadoras, como o *Recovery*, nesse processo amplia o horizonte ético-político-clínico das redes. Originado nos movimentos de usuários nos

Estados Unidos, desloca o foco do tratamento da “cura” para a reconstrução do sentido de vida, a autonomia e a cidadania ativa, mesmo diante de quadros persistentes de sofrimento (Antunes; Pelbart, 2013). Mais do que uma técnica, uma orientação ética, que reconhece os saberes da experiência dos usuários, a singularidade de cada trajetória e o direito inalienável à esperança.

A implementação de inovações no campo da saúde mental exige uma compreensão metodológica do engajamento dos diferentes atores envolvidos nos processos de cuidado em rede, usuários, redes de apoio, profissionais, gestores e outros. Estudos têm demonstrado a relevância da identificação e análise dos fatores que incidem sobre a implementação de estratégias de cogestão do cuidado na RAPS. Nesse sentido, a ciência da implementação, ao centrar-se nos chamados “ingredientes ativos” (potencialidades, barreiras e complexidades) do processo de mudança e inovação, contribui para a reflexão sobre as transformações necessárias e favorece a produção de conhecimento compartilhado (Eshriqui *et al.*, 2023; Lourencetti *et al.*, 2023).

Para avançar na construção de redes integradas a partir do cotidiano local, é preciso repensar a formação dos profissionais, incorporando metodologias ativas e inovadoras, bem como assegurando espaços e mecanismos de escuta e avaliação contínua. Essas redes devem ser capazes de sustentar vínculos, habitar os territórios, respeitar a singularidade e construir, junto com os usuários, os caminhos para sua recuperação.

Como afirma Amarante (1995), trata-se de uma transição paradigmática: da gestão da doença para a produção de cidadania e de vida. Para que essa transição se concretize, são indispensáveis uma dose de criatividade e a defesa incondicional do SUS.

4. ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS MINEIRAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL COMPONENTES DO “PROJETO DE MAPEAMENTO E ANÁLISE CRÍTICA DE EXPERIÊNCIAS INOVADORAS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE”

Com base nas diretrizes e no potencial de convergência entre a PNAES e a RAPS, destacamos a seguir cinco experiências inovadoras que ilustram caminhos possíveis para a consolidação de novos arranjos assistenciais para o cuidado em saúde mental.

4.1 Projeto Modelagem de cuidado colaborativo e integração entre a RAPS e a ESF. / Belo Horizonte

Apresentação

O projeto “Modelagem Inovadora de Cuidado Colaborativo e Integração entre a RAPS e a Estratégia de Saúde da Família” foi desenvolvido em Belo Horizonte, na Regional Barreiro - em uma de suas microrregiões de saúde com quatro centros de saúde -, com o objetivo de remodelar as práticas de cuidado em saúde mental na APS, promovendo uma atuação mais colaborativa, integrada e centrada no usuário. A proposta surgiu diante das dificuldades identificadas pelas equipes das UBS, como a baixa capacitação para lidar com demandas psicossociais, a dificuldade de acesso dos usuários aos serviços especializados e a fragilidade dos vínculos entre profissionais e a comunidade.

Organizado em três fases, o projeto teve início com um diagnóstico situacional em diálogo com os gestores e trabalhadores das UBS. Na segunda etapa, a equipe executora promoveu ações formativas e práticas nas equipes, com ênfase na escuta, na construção de vínculos e na capacitação dos profissionais. O projeto investiu no matriciamento, em atendimentos compartilhados, abordagens domiciliares, construção de PTS multidisciplinares e ações educativas, aproximando as equipes da vida cotidiana e das necessidades reais dos usuários. A terceira fase concentrou-se na implementação de novas abordagens em saúde mental, como a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), o suporte de pares e as oficinas em saúde. Ao capacitar os profissionais para o uso do *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP) e do Diálogo Aberto nas quatro UBS, fortaleceu e diversificou as práticas terapêuticas. Outra iniciativa foi a elaboração de um guia básico e prático para o cuidado em saúde mental na APS, fundamentado na literatura e nas boas práticas acumuladas pelas equipes, disponibilizado em formato físico e virtual.

Entre os principais resultados destacam-se a ampliação dos espaços de escuta qualificada, o fortalecimento da horizontalidade nas relações de trabalho, a valorização da dimensão psicossocial do cuidado e o reconhecimento da territorialidade como elemento estratégico para práticas clínicas significativas e terapêuticas. A experiência reafirma a relevância do cuidado colaborativo como estratégia ética e política que integra diferentes saberes, reconhece os determinantes sociais da saúde e coloca o usuário no centro do processo de cuidado.

Análise da experiência

A análise da experiência de cuidado colaborativo em Belo Horizonte, na Regional Barreiro, representa um esforço crítico e inovador voltado à superação dos desafios do modelo de saúde mental na APS. O ponto de partida do projeto é a constatação de que a RAPS

encontra-se sobrecarregada, restringindo-se, em grande medida, ao atendimento de urgências e emergências.

O modelo matricial e territorial implementado em Belo Horizonte apostou na criação de Equipes de Saúde Mental nas UBS, compostas de psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais. Essas equipes assumiram a responsabilidade pelo acolhimento e matriciamento de casos graves, em situação de vulnerabilidade ou crise, orientando o PTS dos usuários em articulação com os dispositivos da RAPS. Entretanto, apesar desse avanço, tais equipes acabaram por reforçar um modelo fragmentado de cuidado, permanecendo desarticuladas do território e das redes de apoio.

É histórico o desinvestimento na RAPS no Brasil, agravado pela limitação dos gastos públicos instituída em 2016, pelos ataques aos princípios do cuidado em liberdade e pela ascensão de novas práticas manicomiais - como o crescimento das comunidades terapêuticas, a escassez de psiquiatras, a centralidade do atendimento individualizado e a falta de capacitação em saúde mental para as Equipes de Saúde da Família.

O cuidado centrado na medicação reforça a percepção de que apenas o especialista - neste caso, o psiquiatra - seria o “clínico” capaz de diagnosticar e direcionar o tratamento, tornando-o um profissional raro e de difícil acesso. Nesse cenário, o apoio matricial perde força e se reduz a um fluxo burocrático de encaminhamentos, esvaziado da troca de saberes que deveria caracterizá-lo.

A Regional Barreiro, por se tratar de um espaço periférico da cidade, chegou, a determinado momento, a não contar com nenhum profissional psiquiatra em suas UBS e CERSAM. Esse cenário fragmentado e desmobilizado abriu espaço para mudanças que pavimentaram os caminhos da iniciativa do projeto, centrada na possibilidade de rearticulação da saúde mental na APS.

O projeto apostou na transição da multidisciplinaridade - que apenas reúne diferentes profissionais em um mesmo espaço - e da interdisciplinaridade - pautada pela troca de informações e conhecimentos - para a transdisciplinaridade, que busca algo além: a construção de um saber comum, horizontalizado e compartilhado. É nesse processo que a equipe aprende a atuar de forma integrada e colaborativa, superando as fronteiras rígidas de cada profissão e o burocratismo dos fluxos de cuidado.

O projeto também lança um olhar atento para a participação ativa dos usuários. Ao envolvê-los, reforça o compromisso de tornar o serviço mais colaborativo, humano, ético e responsivo às necessidades reais da comunidade. A verdadeira mudança acontece no

dia a dia, no momento da interação, cujo diálogo se torna a ferramenta principal para uma prática transdisciplinar que supera as barreiras burocráticas, acolhe a fragmentação e coloca o usuário no centro do cuidado.

As Diretrizes para o acolhimento foram sistematizadas a partir da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004), que delimitou a escuta qualificada como uma estratégia central de acolhimento e cuidado em saúde mental, especialmente na APS e na RAPS. Consiste em ouvir de forma ativa, empática, respeitosa e não julgadora, buscando compreender o sofrimento e as necessidades do usuário em sua complexidade biopsicossocial, e não apenas identificar sintomas.

Longe de se basear em tecnologias de alta complexidade, o projeto se apoia na mobilização de toda a equipe multiprofissional da APS (Enfermagem, Medicina, Assistência Social, Psicologia, Odontologia, etc.), utilizando um arsenal de metodologias acessíveis e já consolidadas, como a educação permanente, o apoio matricial, a intersetorialidade.

A inovação está no modo como o processo de educação permanente foi implementado, ressignificando a atuação no território e a articulação entre os profissionais, operando tanto na interface micro (relações entre profissionais e comunidade) quanto na macro (gestão distrital, rede de assistência e outras políticas). Destaca-se que a equipe de pesquisa capacitou e acompanhou os profissionais das unidades participantes, implantando o arcabouço metodológico descrito a seguir.

As ferramentas utilizadas no projeto “Modelagem Inovadora de Cuidado Colaborativo entre RAPS e Estratégia de Saúde da Família” foram baseadas em referências da literatura contemporânea, orientadas pelos princípios do *Recovery* e dos Direitos Humanos. Essas premissas foram amplamente trabalhadas com a rede no processo de educação permanente, visando à incorporação dessas práticas no cuidado em saúde mental.

A seguir, apresentam-se fundamentos, eixos ético-políticos e impactos esperados com as abordagens e ferramentas em saúde mental implementadas no projeto.

Quadro 1 – Síntese de abordagens inovadoras no cuidado em saúde mental

Abordagem/ Ferramenta	Fundamentos e Mecanismos	Eixo Ético-Político-clínico	Impacto Esperado
Diálogo Aberto (Open Dialogue)	Abordagem dialógica para o cuidado em crises agudas, originada na Finlândia. Mobiliza a rede social e afetiva da pessoa em encontros terapêuticos abertos e imediatos, onde a equipe atua como facilitadora do diálogo.	Tolerância à incerteza; polifonia (todas as vozes são ouvidas); O diálogo como o próprio espaço terapêutico, não apenas uma ferramenta.	Redução das taxas de internação, menos uso de neurolépticos e melhores desfechos funcionais e sociais em longo prazo, prevenindo a cronicização.
Gestão Autônoma da Medicação (GAM)	Dispositivo clínico-político que busca reequilibrar a relação de poder na prescrição. Utiliza um guia com questões sobre o medicamento e a vida da pessoa para fomentar a discussão crítica em grupo ou individualmente.	Empoderamento do usuário; direito à informação e ao consentimento informado; Aumento do poder contratual na negociação do projeto terapêutico.	Mais adesão (consciente e negociada) ao tratamento; redução de efeitos adversos; aumento da agência e da capacidade de autogestão do cuidado.
Suporte de Pares	Incorporam o saber da experiência vivida como uma fonte legítima de conhecimento e apoio. O suporte de pares formaliza essa função na equipe de saúde.	Reciprocidade e horizontalidade; desmistificação do saber técnico-científico; produção de esperança e identidade positiva a partir da identificação mútua.	Redução de estigma e do isolamento; fortalecimento de redes de solidariedade; aumento do engajamento com o serviço e com o próprio projeto de vida.
Programa de Ação para Lacunas em Saúde Mental (mhGAP)	Programa da OMS para ampliar o cuidado em países de baixa e média renda. Consiste em um guia com fluxogramas para avaliação e manejo de condições prioritárias por profissionais não especialistas.	Equidade no acesso à saúde; integração da saúde mental na Atenção Primária; descentralização do cuidado e racionalização dos recursos especializados.	Aumento da cobertura em saúde mental; detecção precoce de transtornos; redução da sobrecarga sobre os serviços especializados.

As práticas tomaram como base as seguintes referências: **Diálogo Aberto** em Olson, Seikkula e Ziedonis (2014); **Gestão Autônoma da Medicação (GAM)** em Onocko-Campos; Furtado (2006); **Suporte de Pares** em Davidson, Chinman e Sells (2006); **mhGAP** em World Health Organization – WHO, 2023a.

4.2 A potência da educação continuada em saúde mental (Serra do Salitre)

Apresentação

A experiência de Serra do Salitre é um estudo de caso notável sobre como a capacitação de profissionais pode solucionar falhas estruturais na rede de atenção à saúde. A iniciativa demonstra, na prática, a importância de fortalecer a APS em sua função de coordenadora do cuidado.

A iniciativa, sediada no CAPS I de Serra do Salitre (MG), surgiu como uma resposta direta ao cenário pós-pandemia de Covid-19, que intensificou a demanda por cuidados em saúde mental e expôs uma lacuna na formação dos profissionais da rede. A equipe do CAPS observou que profissionais de Enfermagem da APS, dos serviços de urgência e do hospital municipal sentiam grande dificuldade em manejar pacientes em sofrimento psíquico, resultando em excessivo volume de encaminhamentos para a Atenção Especializada, o CAPS.

Atendendo a uma demanda dos próprios profissionais, a gestão municipal apoiou a criação de um curso de Educação Continuada de 40 horas, voltado para enfermeiros de Serra do Salitre e de dois municípios vizinhos - Cruzeiro da Fortaleza e Guimarães. O objetivo central foi qualificar esses profissionais para um cuidado humanizado, capacitando-os no uso de tecnologias leves, como a escuta qualificada, o acolhimento, a criação de vínculos e a elaboração do PTS.

A metodologia adotada foi dinâmica, combinando fundamentação teórica, discussão de casos práticos trazidos pelos participantes e visitas técnicas. Como resultado, observou-se visível melhora na articulação da rede e na capacidade de resolução dos casos no próprio território, fortalecendo a assistência em saúde mental como um todo.

A experiência de Serra do Salitre constitui um exemplo prático de como a teoria da coordenação do cuidado pode ser aplicada na reestruturação de um sistema de saúde. Ao investir na base, por meio da capacitação e da troca de saberes com a equipe de Enfermagem do município, o projeto promoveu uma articulação mais fluida e lógica entre os diferentes níveis de atenção, qualificando a prática profissional por meio de um instrumento de avaliação de risco em saúde mental.

O resultado foi uma visível melhora na articulação da rede e na capacidade de resolução dos casos no próprio território. Trata-se de uma validação de que o fortalecimento da APS - com investimento em educação permanente e na construção de competências clínicas - é a chave para superar barreiras de acesso, racionalizar o processo de encaminhamento

e garantir que o cuidado seja, de fato, integral e acessível. A experiência evidencia que, ao restaurar a função da APS como coordenadora do cuidado, todo o sistema de saúde se beneficia, tornando-se mais responsivo e eficaz.

Análise da experiência

O problema inicial em Serra do Salitre, marcado pelo “volume excessivo de encaminhamentos” ao CAPS, evidencia como o desempenho da APS, como principal porta de entrada e coordenadora do cuidado, impacta diretamente a dinâmica e o funcionamento dos dispositivos da RAPS. Segundo a teoria da organização dos sistemas de saúde, a APS deve atuar como uma porta, responsável por coordenar e guiar o usuário ao longo da rede de serviços (Starfield, 2002).

No entanto, a falta de capacitação dos profissionais de enfermagem configurou, nesse caso, uma barreira de acesso de natureza qualitativa. Embora os serviços de saúde estivessem fisicamente disponíveis, a insegurança e o despreparo das equipes para lidar com o sofrimento psíquico inviabilizavam uma abordagem eficaz, levando à “desresponsabilização” do cuidado e à delegação das demandas para a especialidade, o CAPS. Nesse contexto, o excesso de encaminhamentos não representava um ato de coordenação, mas o sintoma de um sistema ineficiente, que sobrecarregava o serviço especializado e comprometia o fluxo de toda a rede.

O curso de Educação Continuada enfrentou diretamente a dificuldade de realizar uma estratificação de risco adequada. Esse processo é fundamental para a gestão do cuidado, pois possibilita diferenciar os casos de acordo com sua complexidade e direcioná-los ao nível de atenção mais apropriado. O uso de uma ferramenta de estratificação validada na literatura aproxima os profissionais da rede de práticas baseadas em evidências.

Antes da capacitação, os profissionais não dispunham dos instrumentos necessários para distinguir entre situações que poderiam ser manejadas localmente e aquelas que exigiam a intervenção do CAPS. Nesse sentido, a formação no uso de “tecnologias leves”, como a escuta qualificada e o acolhimento, foi crucial. Essas ferramentas são essenciais para um diagnóstico preliminar, que permite avaliar a gravidade da situação e o nível de suporte necessário.

Ao qualificar a equipe, a iniciativa desenvolveu competências para que os profissionais escutassem, avaliassem e tratassem casos no próprio território, fortalecendo tanto a autonomia profissional quanto a capacidade de resolução da APS.

Essa experiência exemplifica a estratégia de *Task-Sharing* (compartilhamento de tarefas), destacada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que busca capacitar profissionais de saúde generalistas para lidar com problemas de saúde mental comuns (Hoeft *et al.*, 2018). No entanto, a análise pode ir além ao demonstrar que a eficiência alcançada não é apenas financeira, mas também clínica. Ao qualificar a linha de frente, o projeto assegura que os usuários recebam o suporte inicial necessário no ambiente mais acessível, prevenindo o agravamento das condições e reduzindo a demanda por intervenções mais complexas e onerosas no futuro.

A análise evidencia, com precisão, a principal vulnerabilidade do projeto: a falta de institucionalização. A dependência de “indivíduos-chave” representa um risco que compromete a perenidade da iniciativa. Para que a experiência de Serra do Salitre se consolide como uma política pública robusta, é necessário que vá além da figura de seus idealizadores. Isso demanda um compromisso da gestão municipal em transformar a educação continuada em rotina de trabalho, com financiamento estável e fluxos claramente definidos.

Outro ponto crucial destacado é a limitação do escopo da formação à Enfermagem. O cuidado em saúde mental na APS é, por essência, multiprofissional. O *Task-Sharing* mostra-se mais eficaz quando o cuidado é distribuído e coproduzido por toda a equipe, valorizando o conhecimento e a capilaridade de cada profissional.

A crítica sobre a evolução do monitoramento é fundamental. A redução de encaminhamentos é um indicativo importante, mas não suficiente. A verdadeira medida do sucesso é a qualidade do cuidado e o impacto nos desfechos de saúde dos usuários. O projeto precisa estabelecer indicadores mais rigorosos, como a satisfação dos usuários, a redução de sintomas e a adesão ao tratamento, para validar sua eficácia clínica e demonstrar que a eficiência não compromete a qualidade.

Em suma, a experiência de Serra do Salitre é um modelo de inovação em saúde pública, comprovando que a transformação pode ser acessível e gerada a partir das bases do sistema. O desafio agora é a institucionalização. O que nasceu como um projeto inspirador precisa se tornar uma política pública resiliente, com processos contínuos de formação, rigoroso monitoramento e a inclusão de todos os atores da rede. Somente assim a valiosa lição de Serra do Salitre poderá ser replicada de forma segura e sustentável, concretizando a missão de levar cuidado em saúde mental de alta qualidade para onde as pessoas realmente precisam.

4.3 **Atendimento a pacientes com sofrimento mental em hospital geral (Belo Horizonte)**

Apresentação

Desenvolvida no Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro (HMDCC), em Belo Horizonte, essa experiência foi concebida para responder a uma grave lacuna assistencial: a ausência de leitos hospitalares de retaguarda para pessoas em sofrimento mental grave e em crise, acompanhadas pela RAPS-BH, que apresentam ainda problemas de saúde clínicos ou cirúrgicos.

Em uma pactuação estratégica da Secretaria Municipal de Saúde, o HMDCC estruturou uma unidade de internação com 10 leitos destinada a esse público. O grande diferencial do modelo é a presença de uma equipe multidisciplinar de referência, que reúne não apenas profissionais da Clínica e da Cirurgia, mas também o suporte especializado com médico psiquiatra, equipe de enfermagem com formação em saúde mental, além de residentes de Psiquiatria e especialidades multiprofissionais de saúde, tornando-se um importante campo de formação da RAPS.

O fluxo de pacientes é organizado pela Central de Regulação do município e pela Gerência da Rede de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. O processo de cuidado, por sua vez, é centrado na escuta qualificada e na construção de um PTS que integra as demandas psíquicas e físicas, articulando os serviços da RAPS e o território.

A iniciativa representa um avanço na concretização do cuidado integral preconizado pelo SUS, pois funciona de maneira integrada com a RAPS, construindo por meio dos espaços matriciais as articulações intra e intersetoriais.

Análise da experiência

Historicamente, pacientes com transtornos mentais em crise enfrentam barreiras de acesso ao cuidado em saúde, marcadas pela fragmentação, sobretudo quando apresentam problemas físicos associados. A internação em hospitais gerais era frequentemente dificultada, o que levava ao agravamento das condições e ao atraso no tratamento.

Essa iniciativa se insere em um movimento global de desospitalização e integração, que busca garantir às pessoas em crise psiquiátrica o acesso a tratamentos clínicos em ambientes mais acolhedores e integrados. A separação histórica entre o cuidado em saúde mental e a saúde geral produziu graves lacunas assistenciais, especialmente para aqueles que necessitam de internação em razão de condições clínicas ou cirúrgicas.

A recomendação para o atendimento das crises no hospital geral passou a figurar com ênfase crescente no Modelo dos Cuidados Balanceados e Integradas de Saúde Mental da OMS desde o início do milênio. Nos documentos do período 2001-2004 - a OMS e pesquisadores associados dos seus centros colaboradores (OMS, 2001; WHO, 2003b; Thornicroft; Tansella 2003, Thornicroft; Tansella, 2004) - os leitos, unidades, enfermarias de hospital geral compõem, juntamente com os serviços comunitários específicos de atenção à crise (modalidades diversas, dependendo do país e experiências locais de reforma), o leque de recursos para o cuidado à crise e casos graves que requerem cuidados intensivos. Um dos motivos para essa recomendação e para o destaque dado aos serviços de hospital geral estava na busca por dispositivos menos restritivos, não estigmatizantes e capazes de superar as barreiras de acesso e a fragmentação do cuidado. Essa população, já vitimada por excesso de morbidade e mortalidade por causas médicas, enfrenta grandes dificuldades para receber cuidados de saúde em geral, bem como Atenção Hospitalar e de Urgência.

Mas vale destacar que a OMS, ao reconhecer os leitos e unidades de hospital geral como um recurso de atenção à crise e urgências psiquiátricas mais clássicas, desde os seus documentos iniciais, já destacava um contingente da demanda que, necessariamente, precisaria do hospital geral. Conforme esses documentos citados, destacam-se por prioridades a esses leitos as pessoas que apresentam graves comorbidades médicas e psiquiátricas, incluindo os problemas graves decorrentes de álcool e drogas, ou aqueles com apresentações agudas de quadros neuropsiquiátricos, bem como idosos portadores de transtornos mentais com graves doenças físicas (Thornicroft; Tansella, 2004). E pelas reformas que lograram constituir uma rede comunitária específica e robusta de serviços para atenção à crise e urgência, com serviços comunitários funcionando 24 horas, sete dias por semana, tal como Trieste, Belo Horizonte e poucas dezenas de cidades pelo mundo, os leitos de hospital geral podem ter essa precisão se tornarem-se dedicados a esse contingente específico de problemas complexos, os quais exigem, concomitantemente, cuidado intensivo hospitalar e de saúde mental, com o máximo de colaboração e integração.

A experiência desenvolvida no Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro (HMDCC), em Belo Horizonte, emerge como uma resposta estruturada e potente a esse desafio, representando uma inovação alinhada às melhores práticas internacionais de integração do cuidado. A iniciativa do HMDCC, que estruturou uma enfermaria com 10 leitos dedicada a esse público, com equipe multidisciplinar de referência e suporte especializado de psiquiatria, exemplifica o que a literatura científica denomina Modelo de Cuidado

Integrado (MCI). Conforme definido por Hussain e Seitz (2014), esse modelo se caracteriza pela responsabilidade compartilhada no cuidado a todos os pacientes de um serviço, superando o modelo tradicional de interconsulta. Ao criar uma unidade integrada aos demais núcleos do hospital e com RAPS, o HMDCC materializa uma abordagem que, segundo evidências preliminares, pode melhorar os sintomas psiquiátricos, reduzir o tempo de internação clínica e a lacuna assistencial nos momentos de crise (Hussain; Seitz, 2014).

Ao mesmo tempo, a criação de leitos especializados em hospitais gerais insere-se em um debate filosófico mais amplo, cuja referência global é o modelo de Trieste, na Itália. Liderado por Franco Basaglia, esse modelo defende a desinstitucionalização radical e a construção de uma rede robusta de cuidados comunitários. Nesse sentido, a iniciativa de Belo Horizonte, ao investir na qualificação de leitos hospitalares, alinha-se a um princípio também presente em Trieste: a necessidade de um suporte hospitalar qualificado, humanizado e de curta permanência em hospitais gerais para tratar complicações clínicas de pessoas em crise ou psiquiatricamente desestabilizadas.

A influência de Basaglia no Brasil - que, desde sua visita em 1979, impulsionou a transição para o cuidado comunitário - contextualiza a experiência do HMDCC como um avanço necessário na retaguarda da RAPS. Argumenta-se que a qualificação desse dispositivo representa um avanço estratégico para o cuidado integral de casos complexos com comorbidades clínicas.

O debate sobre a desinstitucionalização psiquiátrica, impulsionado por marcos teóricos como o “modelo de cuidado balanceado” (*balanced care model*), proposto por pesquisadores como Thornicroft e Tansella (2008) e Patel *et al.* (2018), reposicionou o lugar do cuidado na crise. Essa diretriz, posteriormente ecoada em políticas da OMS, fundamenta-se em uma lógica de cuidado integral. A decisão de alocar leitos de cuidado intensivo em um ambiente hospitalar geral se justifica pela necessidade de abordar a complexidade dos quadros agudos, que frequentemente envolvem três eixos principais:

Comorbidades clínicas: pacientes com transtornos mentais graves que apresentam simultaneamente condições médicas (clínicas ou cirúrgicas) que exigem a tecnologia e a infraestrutura de um hospital geral.

Populações específicas: idosos e outras populações vulneráveis cujas crises psíquicas podem estar intrinsecamente ligadas a outras descompensações orgânicas.

Uso de álcool e outras drogas: quadros de dependências graves com manifestações médico-clínicas graves, que demandam suporte clínico intensivo, inviável em serviços exclusivamente comunitários.

O leito no hospital geral é concebido como um recurso especializado para um perfil específico de pacientes cuja complexidade não pode ser manejada de forma segura e eficaz apenas no território.

O leito de hospital geral, nesse arranjo, funciona como uma retaguarda qualificada para o “núcleo mais duro” e complexo dos casos. Sua função não é substituir os serviços comunitários, mas complementá-los, oferecendo suporte para situações em que a desestabilização psíquica está associada a um risco clínico que demanda intervenções médico-hospitalares. O serviço psiquiátrico no hospital geral, como o *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* (SPDC) do modelo italiano, atua tanto no cuidado direto dos pacientes internados em sua enfermaria quanto no suporte à equipe clínica do hospital por meio de interconsultas, garantindo o cuidado integrado dos pacientes (Pieretti; Vieira, 2022).

Portanto, a implementação de uma enfermaria psiquiátrica em hospital geral, como a do HMDCC, representa um amadurecimento do modelo de atenção psicossocial. Esse dispositivo, quando bem articulado com uma rede comunitária forte e resolutiva, qualifica o cuidado, oferecendo a tecnologia e a segurança necessárias para os casos agudos de mais complexidade clínica. Sua existência fortalece a Reforma Psiquiátrica e garante que a integralidade do cuidado seja assegurada em todos os níveis de complexidade da rede de saúde.

4.4 Equipe itinerante de saúde mental (Contagem)

Apresentação

A Equipe Itinerante de Saúde Mental de Contagem (MG) constitui uma resposta inovadora a uma demanda indicada pela própria população durante a Conferência Municipal de Saúde Mental: a dificuldade de acesso aos serviços por parte dos moradores do distrito sanitário Vargem das Flores, marcado por barreiras geográficas e sociais significativas. Foi nesse cenário que, em vez de exigir que o usuário criasse condições, muitas vezes além de suas possibilidades, para acessar a rede de saúde, a iniciativa inverteu o paradigma e estabeleceu que é o serviço, a Atenção Especializada, que deveria chegar até o usuário.

Partindo desse pressuposto, a Secretaria de Saúde estruturou uma equipe itinerante, composta de psiquiatra, psicólogo e assistente social, cuja missão não é substituir os

serviços já existentes, mas atuar como ponte - um elo criativo e ativo entre os usuários e a rede de cuidados e oferece suporte matricial às ESFs.

A equipe adota uma postura proativa no território, realizando buscas ativas de pessoas desassistidas, promovendo sua inclusão na rede, realizando visitas domiciliares e oferecendo discussão de casos por meio do matriciamento (apoio técnico) às equipes da Atenção Primária.

Seu foco central é assegurar equidade, intersetorialidade, acesso, acolhimento e escuta ampliada a grupos que, historicamente, encontraram dificuldade ou não conseguiram se vincular aos modelos tradicionais de atendimento, fortalecendo a rede de cuidados e garantindo assistência no próprio lugar onde as pessoas vivem.

Análise da experiência

Podemos fazer um paralelo entre a experiência da Equipe Itinerante de Saúde Mental de Contagem (MG) e a abordagem do Diálogo Aberto, desenvolvida na Finlândia, que embora tenham se originado em contextos bastante distintos, guardam importantes convergências em seus processos inovadores de oferta de cuidado em saúde mental. Ambas emergem como respostas a problemas concretos de assistência e de eficácia do cuidado em saúde mental, partindo de necessidades reais e de indagações sobre novas possibilidades de ação, sem se prenderem a modelos previamente estabelecidos. Em Contagem, o desafio era superar as barreiras geográficas e sociais que impediam populações periféricas de acessar os serviços; na Lapônia Ocidental, tratava-se de enfrentar as altas taxas de internação psiquiátrica (Seikkula; Arnkil, 2020). Em ambos os cenários, o desafio era inovar, criar e operar mudanças capazes de transformar e qualificar o cuidado.

O território, então, transforma-se no espaço onde o processo de cuidado se desenvolve, em contraste com o modelo tradicional, em que a assistência se concentra em um local físico específico, com fluxos rígidos. Em Contagem, a equipe se mobiliza, se flexibiliza e se desloca pelo território, atuando como ponte que vincula o usuário à rede de saúde, promovendo articulações intersetoriais e tecendo ações de cuidado capazes de alcançar demandas e necessidades até então desconhecidas.

No Diálogo Aberto, por sua vez, após o primeiro contato feito pelo usuário ou por um familiar, uma equipe de dois ou três profissionais se mobiliza e se desloca para acolher a situação de crise em saúde mental, preferencialmente no domicílio do paciente. Nesse encontro, profissionais, usuários, familiares e membros de sua rede social reúnem-se

em um diálogo aberto - uma reunião que se repetirá tantas vezes quanto necessário para o tratamento da situação. Como destacam Seikkula e Arnkil (2020), trata-se de uma intervenção eficaz em perspectiva de rede, que busca enfrentar a crise a partir de uma postura dialógica, compartilhada e enraizada no laço social.

Em ambos os casos, a lógica central é a mesma: adotar uma percepção sistêmica que inverta o eixo, de modo que não seja o usuário a se adaptar ao serviço, mas o serviço a se moldar às condições e necessidades do usuário, de sua rede social e de sua comunidade. Assim, é o usuário quem guia, a partir de sua singularidade, a construção de uma rede de apoio e de serviços.

Outro ponto de articulação é a função da equipe como elo de rede construindo inter-setorialidade e polifonia. A equipe itinerante de Contagem não substitui os serviços existentes; ao contrário, atua como articuladora, conectando atores e fortalecendo vínculos. Da mesma forma, no Diálogo Aberto, os profissionais se posicionam como facilitadores de uma rede polifônica, em que todas as vozes (usuário, família, comunidade, técnicos) têm lugar legítimo, sem verticalidade de poder. Essa polifonia altera sentidos, amplia realidades e promove deslocamentos subjetivos e objetivos, deslocando o centro do cuidado da figura do especialista para a teia relacional sistêmica, onde o tratamento será construído e produzido com responsabilidade coletiva (Seikkula; Arnkil, 2020).

O acolhimento e a escuta configuram-se como princípios fundantes nas duas experiências. Em Contagem destacam-se a equidade, o acolhimento, a construção de vínculos e a atenção às vozes de grupos historicamente negligenciados. Na Finlândia, esses aspectos ganham forma nos sete princípios que orientam a abordagem (ajuda imediata, inclusão da rede social, flexibilidade e mobilidade, responsabilidade, continuidade psicológica, tolerância à incerteza e dialogismo/polifonia) (Olson; Seikkula; Ziedonis, 2014). No dialogismo e na polifonia, onde nenhuma voz ocupa posição hierarquicamente superior, todos os participantes compartilham a produção de sentido e a construção das ações, afastando-se de protocolos rígidos e fluxos padronizados, orientando-se pela abertura às necessidades singulares, às narrativas que estruturam a experiência vivida e às realidades próprias de cada sujeito (Seikkula; Arnkil, 2020).

Em síntese, a experiência itinerante de Contagem e o Diálogo Aberto finlandês convergem em um paradigma comum: um cuidado comunitário, itinerante, dialógico e inclusivo, voltado ao apoio de pessoas em situações de vulnerabilidade psíquica e social, com ênfase na abordagem psicossocial. Ambos tencionam o modelo institucional clássico

e recolocam o cuidado em seu lugar mais fecundo: no território, no encontro humano e na rede de relações que sustentam a vida.

Por fim, em ambas as experiências evidencia-se uma concepção de cuidado como processo contínuo, e não como intervenção pontual. A itinerância em Contagem busca assegurar que os usuários permaneçam conectados à rede de serviços, recebendo apoio e evitando fragmentação ou abandono do tratamento. A equipe, ao acompanhar o usuário para além da crise, sustentando vínculos, construindo desfechos práticos e terapêuticos, previne rupturas e recaídas. Sendo assim, o que se constrói é um fluxo de cuidado que acompanha a vida e não se encerra no ato imediato da intervenção ou na formulação de um diagnóstico e seus desdobramentos.

4.5 Oficinas externas com parcerias (Pirapora)

Apresentação

A iniciativa do CAPS Infantojuvenil de Pirapora (MG) constitui um exemplo expressivo de como expandir o cuidado psicossocial para além dos muros institucionais, reduzindo os estigmas e ampliando a socialização a partir dos próprios recursos da comunidade.

A iniciativa partiu da identificação da equipe de profissionais sobre a necessidade de fortalecer a reinserção social de crianças e adolescentes em acompanhamento no serviço, estimulando sua participação em oficinas externas e sua circulação por espaços para além do círculo familiar e dos muros institucionais do CAPSi.

Para tanto, foram firmadas parcerias com instituições locais, que passaram a acolher oficinas terapêuticas em seus ambientes. Assim, oficinas de informática passaram a ser realizadas na biblioteca municipal; atividades esportivas, como futsal, na quadra do Instituto Federal; e exercícios físicos em uma academia da cidade e no batalhão da Polícia Militar. Todas as atividades são acompanhadas por profissionais do CAPSi, como pedagoga, fisioterapeuta e educadora física, que adaptam o cuidado aos diferentes contextos, assegurando acolhimento e vínculo.

Trata-se de um projeto que nasceu da criatividade diante de uma necessidade e da capacidade de articulação dos trabalhadores. Sua potência está na demonstração prática que o cuidado em saúde mental pode e deve acontecer em todos os espaços do território. Com suas ações que promovem autonomia, sentimento de pertencimento, cidadania e enfrentamento ao estigma, a experiência reafirma a potência da rede comunitária como aliada na promoção da saúde mental.

Análise da experiência

A experiência do CAPSi de Pirapora (MG), ao estabelecer oficinas terapêuticas em espaços da comunidade, constitui um paradigma de inovação em saúde mental, reforçando o conceito de território vivo. Trata-se de uma iniciativa capaz de ampliar a oferta terapêutica oferecida no CAPSi construindo parcerias com recursos locais já existentes e, ao mesmo tempo, fortalecer vínculos sociais e reduzir o estigma.

Mais do que um espaço físico delimitado em mapas, o território deve ser compreendido como o lugar onde se produzem e reproduzem as relações sociais, afetivas, políticas e culturais que estruturam a vida (Santos, 2000). É “vivo” porque está em constante transformação, marcado por práticas sociais, relações de poder e formas de resistência. Inclui, ainda, a dimensão simbólica e subjetiva: histórias, memórias, pertencimentos, sofrimentos e potências das pessoas que nele habitam (Cecílio, 2009; Merhy, 2002). O CAPSi, ao construir ações no território, reconhece que o cuidado em saúde está profundamente condicionado ao contexto de vida: moradia, trabalho, lazer, redes de apoio e acesso a políticas públicas (Campos, 2000).

No âmbito do SUS, especialmente na saúde mental, o território vivo é o espaço no qual o cuidado acontece concretamente: nas ruas, nas casas, nas escolas, nos espaços culturais e comunitários. É nele que se concretiza a articulação entre clínica e política, entre a rede formal de serviços e as redes informais de apoio, reafirmando sua centralidade como dimensão inseparável da produção de saúde e de subjetividades (Amarante, 2007).

A experiência de Pirapora com foco em ações psicossociais representa custo financeiro baixo ao mobilizar a infraestrutura já existente de parceiros na comunidade. Contudo, essa mesma característica pode trazer consigo um desafio quanto à sua sustentabilidade ao não se apoiar em parcerias formais entre os órgãos públicos e entidades que garantam a permanência da iniciativa.

Aliado a esse fator, tem-se o aspecto da rotatividade da equipe ou gestão (local e municipal), que pode levar à descontinuidade da ação diante de outras demandas clínicas e políticas. Isso pode sugerir que, para além do empenho notável da articulação inicial (CAPSi e recursos na comunidade), a gestão contínua dessas parcerias, envolvendo a negociação de expectativas e a avaliação conjunta das atividades, pode indicar como um fator essencial na sustentabilidade do processo implementado.

A iniciativa resgata um dos eixos estruturantes da PNAES ao instituir o “planejamento ascendente de base territorial” (art. 4º, I), que impulsionado pela criatividade da própria

equipe organiza o serviço a partir das necessidades concretas da população em seu âmbito de vida. É no território que o plano de cuidado compartilhado se torna viável, conectando o CAPS, a cultura, o lazer e a comunidade.

Traz em si a simplicidade de seus processos, como identificar parceiros, firmar acordos e acompanhar os usuários. A adaptabilidade da experiência de Pirapora permite a adequação das oficinas conforme os recursos de cada círculo social. Se a simplicidade e o engajamento definem o modo de operação dessa iniciativa, sua força conceitual reside em seu pilar fundamental: a intersetorialidade que conecta a saúde com a educação, a cultura, o lazer, a segurança pública e o setor privado, promovendo um cuidado comunitário colaborativo e compartilhado. Ao retirar crianças e adolescentes do espaço exclusivo da saúde, a iniciativa enfrenta o estigma e promove o pertencimento cidadão. Essa prática materializa o que a literatura especializada descreve como intervenções essenciais, que efetivam o cuidado ao deslocar o eixo do ambiente clínico para a vivência coletiva (Silveira;Silva, 2016; Simic; Morris, 2016).

Futuras pesquisas podem se dedicar à mensuração dos impactos dessa iniciativa, utilizando indicadores como a frequência de participação, a melhora nos índices de socialização e a percepção de bem-estar dos usuários e familiares.

5. CONCLUINDO: PERSPECTIVAS E HORIZONTES PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

A análise das cinco experiências aqui descritas permite identificar um conjunto de fatores estruturantes que atravessam os diferentes contextos, indicando caminhos possíveis para a consolidação de uma Atenção Especializada em saúde mental mais integrada, acessível e centrada nas necessidades dos usuários. Essas experiências não apenas demonstram a potência das práticas locais para instituir a RAPS como uma rede ativa e articulada ao território.

Uma primeira lição diz respeito à centralidade da clínica territorializada e da atuação interdisciplinar, que deslocam o cuidado do eixo hospitalocêntrico para o cuidado territorial. A escuta, o vínculo, o trabalho em equipe e o reconhecimento dos determinantes sociais do sofrimento psíquico não são aspectos periféricos, mas o próprio núcleo do modelo de cuidado psicossocial.

Outro elemento comum é a importância da educação permanente, seja na forma de oficinas, supervisões clínicas, apoio matricial ou construção compartilhada de protocolos.

A inovação não se sustenta sem investimento em processos formativos que envolvam todos os atores da rede como parte constitutiva da clínica e da política pública de saúde.

Destaca-se também a relevância da horizontalidade nas relações institucionais, que permitem a construção de espaços dialógicos e posturas sensíveis às singularidades. Projetos bem-sucedidos são aqueles que partem das necessidades reais das equipes e do coletivo.

Por fim, é preciso destacar que todas essas experiências evidenciam um desafio para o campo da saúde mental, por vezes sujeito a mudanças de gestão, desfinanciamento e descontinuidade de políticas. A inovação só se torna sustentável quando amparada por pactuações institucionais, redes de apoio técnico, financiamento adequado, participação ativa dos usuários e familiares e compromisso político com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

As experiências inovadoras aqui apresentadas, cuidado colaborativo no Barreiro, educação continuada em Serra do Salitre, integração hospitalar no HMDCC, equipe itinerante em Contagem e oficinas intersetoriais em Pirapora, evidenciam a potência criativa do SUS e sua capacidade de produzir arranjos assistenciais singulares, ancorados no território e nas necessidades da população. Cada uma delas demonstra que a inovação não se limita a tecnologias complexas ou novos equipamentos, mas emerge, sobretudo, da articulação de saberes, da escuta qualificada e da construção compartilhada.

Ao analisar os limites das experiências localizam-se os seguintes aspectos: dependência de gestores e profissionais-chave, fragilidade na institucionalização de práticas, sobrecarga das equipes, baixa utilização de ferramentas de monitoramento sistemático e, sobretudo, insuficiente participação de usuários e familiares nos momentos de planejamento e avaliação.

É necessário, portanto, avançar em direções estratégicas, como: consolidar a participação social, garantindo que usuários e familiares coproduzam os projetos desde sua concepção; fortalecer os mecanismos de avaliação e monitoramento, com uso de indicadores qualitativos e quantitativos que assegurem legitimidade e ampliem a possibilidade de replicação; institucionalizar as práticas inovadoras, protegendo-as das descontinuidades políticas e garantindo suporte técnico, financeiro e formativo.

As experiências reafirmam que inovação em saúde mental ocorre quando o cuidado é reorganizado a partir do território, das redes vivas e da garantia de direitos. O futuro das políticas públicas em saúde mental no Brasil passa pela consolidação de redes de

apoio social balanceadas, capazes de oferecer cuidado coletivo, integral e resolutivo, mas também de sustentar trajetórias singulares de vida, mesmo diante de condições persistentes de sofrimento.

A integração entre PNAES e RAPS pode e deve ser a plataforma que assegura que iniciativas como essas não permaneçam isoladas, mas se tornem políticas públicas robustas, sustentáveis e enraizadas no cotidiano do SUS. O desafio é transformar boas práticas em horizontes duradouros, capazes de tensionar as lógicas manicomiais ainda persistentes e de consolidar um modelo comunitário, dialógico e inclusivo de saúde mental, em que a técnica esteja sempre a serviço da vida, da liberdade e da produção de cidadania.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 136 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/s2xw>. Acesso em: 25 ago. 2025.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

ANTUNES, M.L.L; PELBART, P.P. Políticas do cuidado: fragmentos para uma genealogia do dispositivo da saúde mental. In: LOPES, R.E.; MALFITANO, A.P.S. (Orgs.). **Saúde mental, território e cultura**: desafios para o cuidado. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 33-48.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. In: NILO, K. *et al.* **Construindo caminhos em rede**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

BOWER, P.; GILBODY, S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. **British Medical Journal**, v. 330, n. 7495, p. 839-842, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Paidéia Saúde da Família**. Campinas: SMS, 2001.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-404, 1999a.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 1999b.

CECÍLIO, L.C O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco, 2009. p. 117-130.

CHIAVERINI, D.H. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CONFERÊNCIA REGIONAL: REESTRUTURACIÓN DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN AMÉRICA LATINA. **Declaração de Caracas**. Caracas: Organização Pan-Americana da Saúde, 1990.

COSTA, N.M. Recovery como estratégia para avançar a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 21, p. 01-17, 2017.

DAVIDSON, L.; CHINMAN, P.; SELLS, M. The lived experience of peer support: A conceptual framework for understanding the mechanisms of change. **The Journal of Humanistic Psychology**, v. 46, n. 4, p. 435-452, 2006.

ESHRIQUI, I. *et al.* Utilizando ciência da implementação para avaliar intervenção em saúde mental: proposta metodológica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, supl. 1, p. eAPESPE01954, 2023.

FERREIRA NETO, J.L. Psicologia e saúde mental: três momentos de uma história. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 78-80, p. 18–26, 2008.

FEUERWERKER, L.C.M. *et al.* **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo instituído nas redes. Livro 2. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

- GOLDBERG, D.; GOURNAY, K. The general practitioner, the psychiatrist and the burden of mental health care. **Maudsley Discussion Paper**, n. 1, Institute of Psychiatry, 1997.
- GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders**: A bio-social model. London: Routledge, 1992.
- GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Mental illness in the community**: the pathway to psychiatric care. London: Routledge, 1980.
- HOEFT, T.J. *et al.* Task-sharing approaches to improve mental health care in rural and other low-resource settings: A systematic review. **Journal of Rural Health**, v. 34, n. 1, p. 48-62, 2018.
- HUSSAIN, M.; SEITZ, D. Integrated models of care for medical inpatients with psychiatric disorders: A systematic review. **Psychosomatics**, v. 55, p. 315-325, 2014.
- KATES, N. *et al.* Collaborative mental health care in Canada: challenges, opportunities and new directions. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 68, n. 5, p. 372-398, 2023.
- KATES, N. *et al.* **Shared mental health care in Canada**. Ottawa: Canadian Psychiatric Association and College of Family Physicians of Canada, 1997.
- KATES, N. *et al.* The evolution of collaborative mental health care in Canada: a shared vision for the future. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 56, n. 5, p. 11-110, 2011.
- LANCETTI, A. (Org.). **Saúde mental e saúde da família**. 3. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.
- LOURENCETTI, A.L. *et al.* Uso de audit and feedback: lições de uma pesquisa de implementação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. eAPESPE02627, 2023.
- MERHY, E.E. *et al.* **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Livro 1. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
- MERHY, E.E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 113-150.
- MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed., São Paulo: Hucitec, 2005.
- OLSON, M.; SEIKKULA, J.; ZIEDONIS, D. The key elements of dialogic practice in open dialogue. **Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches**, v. 6, n. 4, p. 361-370, 2014.
- ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. **Gestão autônoma da medicação: uma proposta de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Adotada em 13 de dezembro de 2006. Promulgada no Brasil pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: saúde mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Guia de orientação para os serviços comunitários de saúde mental**. Brasília, DF: OPAS, 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS). **Declaração de Caracas**. 1990. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 20 set. 2025.

PATEL, V. *et al.* The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. **The Lancet**, v. 392, p. 1553-1598, 2018.

PIERETTI, A.C.S.; VIEIRA, V.B. O que podemos aprender com a reforma psiquiátrica italiana? Observações de uma residente brasileira em Trieste. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 14, n. 40, p. 30-52, 2022.

PINHEIRO, L.P.; EMERICH, B.F. Cuidado compartilhado em saúde mental: o que dizem os trabalhadores? **Interface - Comunicação**, Saúde, Educação, Botucatu, v. 28, e230324, 2024.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SEIKKULA, J.; ARNIKIL, T.E. **Reuniões dialógicas de redes sociais**: formas de dialogismo no trabalho psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 260 p.

SILVEIRA, C.D.S.; SILVA, M.T.A. A arteterapia como dispositivo terapêutico no CAPS: relato de experiência. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 8, n. 2, p. 143-152, 2016. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-21472016000300005. Acesso em: 13 ago. 2025.

SIMIC, M.C.; MORRIS, E.J. Innovative interventions in child and adolescent mental health. *In*: SIMIC, M.C.; MORRIS, E.J. (ed.). **Advanced interventions in child and adolescent mental health**. Cambridge: Cambridge University Press, 2016. cap. 1, p. 1-14.

SLOMP, H.J.; FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Projeto terapêutico singular**: produção de cuidado e formação em saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/projeto-terapeutico-como-dispositivo-para-o-cuidado-compartilhado/>. Acesso em: 08 jul. 2025.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. **The British Journal of Psychiatry**, v. 185, p. 283-290, 2004.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M.; LAW A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. **World Psychiatry**, v. 7, n. 2, p. 87-92, jun. 2008.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. The balanced care model for global mental health. **Psychology Medicine**, v. 43, n. 4, p. 849-863, abr. 2013.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **What are the arguments for community-based mental health care?** WHO regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Copenhagen: WHO, 2003.

VASCONCELOS, E M. **Psicologia social dos vínculos**: da teoria à prática. São Paulo: Cortez, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **mhGAP**: Mental Health Gap Action Programme. Geneva: WHO, 2023a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Organization of services for mental health**. Geneva:WHO,2003b. (Mental Health Policy and Service Guidance Package).

A Atenção Especializada à Saúde e sua relação com a Atenção Primária à Saúde nas experiências mineiras

*LÊDA LÚCIA COUTO DE VASCONCELOS
SÉRGIO VINÍCIUS CARDOSO DE MIRANDA*

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, passou por transformações profundas, consolidando-se como eixo organizador das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e coordenador do cuidado, assumindo papel central na ordenação das ações e serviços de saúde. A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, posteriormente denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi fundamental para a expansão da cobertura assistencial, com a reorganização da oferta de serviços e priorização da integralidade do cuidado, da equidade e da participação social

Esse movimento permitiu ampliar o acesso a serviços essenciais, reduzir desigualdades regionais e fortalecer a atuação multiprofissional nos territórios (Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, 2018). Além da ampliação da cobertura, os avanços normativos e institucionais impulsionaram a qualificação da APS.

No entanto, persistem na APS desafios estruturais relacionados ao subfinanciamento, à rotatividade de profissionais e à fragmentação das políticas públicas, que comprometem a continuidade do cuidado e a efetiva coordenação das redes de atenção. A implementação de modelos centrados na lógica da produtividade, em detrimento da integralidade e do vínculo longitudinal, também representa um risco à consolidação da APS.

Em 2017, a atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reafirmou o papel central da APS e introduziu inovações como o financiamento tripartite, novas tipologias de equipes e integração com redes assistenciais. Os investimentos em formação de médicos de família e comunidade, assim como o estímulo à educação permanente dos profissionais das equipes multiprofissionais, contribuíram de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde, especialmente em áreas vulneráveis. Tais ações fortaleceram a capacidade clínica e resolutiva da APS, promovendo o cuidado centrado na pessoa e ampliando a longitudinalidade do acompanhamento, além de consolidarem a responsabilização das equipes pelos territórios sob sua abrangência.

Essa qualificação profissional tem sido essencial para enfrentar as iniquidades sociais em saúde e responder aos perfis epidemiológicos complexos que demandam intervenções integrais e intersetoriais. Contudo, ainda são necessárias estratégias estruturantes para garantir a fixação desses profissionais, assegurar condições adequadas de trabalho e promover ambientes que valorizem a prática colaborativa e a tomada de decisão compartilhada. Apesar dos desafios persistentes, a trajetória da APS no SUS representa um exemplo exitoso de política pública universalista, reconhecido internacionalmente pelo seu alcance e grande impacto na saúde coletiva (Abrasco, 2018; Starfield, 2002).

Na Atenção Especializada à Saúde (AES), por sua vez, o processo de implementação de mudanças estruturais tem se mostrado notoriamente lento e representa um dos maiores desafios para a consolidação de um sistema público, universal e integral. A fragmentação do cuidado, as longas filas de espera, as barreiras de acesso a procedimentos de média e alta complexidade e a escassez de recursos humanos qualificados permanecem como obstáculos estruturais que comprometem a efetividade e a equidade da Atenção Especializada no SUS.

Fatores como o subfinanciamento crônico do SUS, a ausência de sistemas informatizados integrados e a resistência institucional de gestores e profissionais têm contribuído para a morosidade na implementação de reformas estruturantes na organização da AES. Soma-se a esse cenário a persistência do modelo biomédico que ainda predomina em muitos serviços de saúde, o que dificulta a incorporação de práticas interdisciplinares e a consolidação de abordagens centradas na integralidade, intersetorialidade e responsabilização pelo cuidado.

A integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Especializada à Saúde (AES) é fundamental para assegurar a continuidade, eficiência e integralidade do cuidado (Mc Donald, 2007). No Brasil, a superação da fragmentação assistencial é um objetivo

perseguido por sucessivas políticas públicas de saúde. Contudo, obstáculos estruturais como a desarticulação dos pontos de atenção, a ausência de protocolos clínicos unificados, a fragmentação dos mecanismos de financiamento, as desigualdades regionais na oferta e distribuição dos serviços, a fragilidade das pactuações intergestores e a baixa interoperabilidade entre sistemas de informação persistem como barreiras críticas (Almeida *et al.*, 2020).

A Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde (PNAES) foi concebida para enfrentar esses desafios, propondo a organização regionalizada das redes de Atenção Especializada, o fortalecimento da coordenação do cuidado e a integração com a APS por meio da adoção de linhas de cuidado articuladas. Para avançar, é imprescindível fortalecer os processos de avaliação, incrementar o financiamento e promover estratégias que assegurem o acesso equânime e qualificado à Atenção Especializada no SUS.

Para a implementação da PNAES foi criado o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada (PMAE), instituído pela Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024 (Brasil, 2024a), focado na expansão e qualificação da atenção ambulatorial especializada para reduzir o tempo de espera de consultas e exames, por meio de um modelo de fila única e Ofertas de Cuidados Integrados (OCI). Na sequência, foi editada a Medida Provisória 1.301/25, que criou o programa “Agora Tem Especialistas”, objetivando acelerar o atendimento de pacientes do SUS que estão aguardando consultas, exames e cirurgias, especialmente para o tratamento de câncer. O programa prevê 10 ações, entre elas, a formação de médicos especialistas, o credenciamento de instituições privadas, a ampliação dos horários de atendimento nas unidades públicas de saúde e a troca de dívidas de planos de saúde e hospitais privados por atendimentos ao SUS. Entre as ações que foram estabelecidas estão a qualificação de médicos especialistas em áreas prioritárias, a ampliação de mutirões, o uso de unidades móveis de saúde (carretas), a aquisição de transporte sanitário e o fortalecimento da telessaúde.

O “Agora Tem Especialistas” representa uma busca na consolidação da Atenção Especializada, ao promover educação permanente aliada à prática clínica e garantir a presença de profissionais qualificados em regiões que historicamente enfrentam escassez de especialistas (Brasil, 2025a). O diferencial do programa é integrar formação prática e atualização profissional, oferecendo aos médicos especialistas a oportunidade de atuar em hospitais e policlínicas do SUS, ao mesmo tempo em que aprofundam seus conhecimentos em áreas prioritárias. Organizações como a Associação Brasileira de

Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) têm enfatizado a importância do fortalecimento dos processos de formação de médicos com perfil generalista e equipes multiprofissionais de saúde para atuação na APS e nas redes de cuidado, além do uso de tecnologias leves e da ampliação do acesso por meio da telessaúde.

A valorização das práticas clínicas centradas na escuta qualificada, na construção compartilhada de projetos terapêuticos e no cuidado em rede é um passo fundamental para enfrentar os desafios da fragmentação do sistema e das desigualdades no acesso à AES. Nesse contexto, a instituição da PNAES (Brasil, 2023), do Programa para Ampliação e Consolidação da Atenção Especializada (PMAE) (Brasil, 2024a) e da iniciativa “Agora Tem Especialistas” (Brasil, 2025a) representa um conjunto de estratégias do Ministério da Saúde voltadas à indução de uma mudança de paradigma na atenção à saúde, com o objetivo de ampliar o acesso, reduzir filas e diminuir o tempo de espera por consultas e exames com especialistas.

Este capítulo, após considerar alguns aspectos da relação entre a APS e AES, analisa os dispositivos de integração propostos pela PNAES, tendo como referencial o material inscrito pelas instituições participantes no Projeto de Mapeamento de Experiências Inovadoras em Atenção Especializada à Saúde no estado de Minas Gerais, com foco na articulação com a APS. Busca-se identificar, sistematizar e valorizar práticas que contribuem para a qualificação do cuidado nas RAS, com foco especial na integração entre os diferentes níveis assistenciais.

2. RELAÇÃO DA APS E AES NA LEGISLAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Conforme preconiza a legislação brasileira, a relação entre a APS e a AES é um dos pilares para a consolidação de redes de atenção à saúde no SUS, de forma mais resolutiva e equânime. A Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, estabelece que a APS deve ser a porta de entrada prioritária do sistema, articulando-se com os demais níveis de atenção por meio de mecanismos como o encaminhamento regulado e a referência e contrarreferência dos usuários (Brasil, 1990). Essa diretriz visa garantir acesso qualificado, evitando fragmentação do cuidado, redundâncias e desperdício de recursos. Para efetivá-la, a APS deve acompanhar longitudinalmente os indivíduos e articular o acesso à Atenção Especializada, quando necessário. Tal coordenação exige sistemas de informação eficientes, comunicação e

educação permanente entre profissionais, além de pactuações e fluxos bem delineados para o usuário transitar entre os níveis de atenção. A clínica ampliada e o apoio matricial são estratégias fundamentais para favorecer a integração e o compartilhamento de responsabilidades entre equipes da APS e especialistas, promovendo mais resolubilidade e humanização do cuidado.

Uma relação ideal entre a APS e a AES deve ser pautada pelo diálogo e pela construção compartilhada de projetos terapêuticos, reconhecendo a singularidade dos sujeitos e dos territórios. Isso exige a superação de modelos hierárquicos e centralizadores, com a valorização do trabalho colaborativo e das necessidades reais da população (Campos *et al.*, 2007; Mendes, 2011; Merhy, 2002). Para tanto, torna-se fundamental a análise crítica dos processos de trabalho em saúde, com ênfase na valorização das tecnologias leves e no protagonismo dos sujeitos no processo de cuidado. São também pressupostos dessa relação a articulação permanente, uma comunicação efetiva, o respeito às competências de cada nível e o compromisso com a integralidade do cuidado.

O fortalecimento da APS como base do SUS, com financiamento adequado, qualificação permanente das equipes multiprofissionais e valorização do papel do médico de família e comunidade, é essencial para uma articulação orgânica com a AES, pautada na corresponsabilização e no trabalho em rede, de modo a garantir acesso oportuno, integralidade e equidade. Nesse processo, destaca-se também a importância da indução da construção de práticas de gestão e governança no SUS voltadas à produção, regulação e monitoramento das redes regionais de AES, assegurando melhor coordenação do cuidado, racionalidade no uso dos recursos e fortalecimento das regiões de saúde como espaço privilegiado da articulação interfederativa.

Por meio das diretrizes para organização das RAS, o Ministério da Saúde sustenta que a integração entre APS e AES é condição para superar a fragmentação e alcançar melhores resultados em saúde (Brasil, 2010). A regulação do acesso, o uso de protocolos clínicos e a implantação de linhas de cuidado são ferramentas essenciais para garantir fluxos resolutivos e eficientes, considerando a complexidade crescente das demandas em saúde da população. Além disso, o incentivo à educação permanente e ao apoio institucional potencializa a qualificação dos processos de trabalho e das relações interprofissionais.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reforça o papel da APS como ordenadora das redes de atenção e sua responsabilidade por organizar o acesso dos usuários aos demais pontos de atenção, inclusive à Atenção Especializada. A PNAB explicita que a APS deve garantir o acompanhamento contínuo dos indivíduos, a gestão do cuidado

e a articulação intersetorial, respeitando os princípios de integralidade e longitudinalidade (Brasil, 2017). Mais uma vez destacam-se o fortalecimento dos mecanismos de regulação, a qualificação das referências e contrarreferências e a integração de equipes multiprofissionais como estratégias recomendadas para promover uma relação eficiente e harmônica entre APS e AES.

A PNAB destaca também a importância da comunicação eficaz entre os níveis de atenção, utilizando instrumentos como o prontuário eletrônico e protocolos clínico-assistenciais. O compartilhamento de informações e a pactuação de fluxos contribuem para a segurança do paciente e para a efetividade do cuidado, evitando a perda de seguimento e a duplicidade de intervenções. A atuação conjunta entre APS e AES contribui para o fortalecimento das redes de atenção e para a ampliação do acesso, especialmente em regiões mais distantes das capitais e de difícil acessibilidade geográfica onde residem pessoas com mais vulnerabilidade social.

Por sua vez, a PNAES, publicada em 2023, estabelece diretrizes para a organização dos serviços especializados, buscando promover a integralidade e a continuidade do cuidado em articulação com a APS. A PNAES propõe que os serviços especializados atuem de forma complementar à APS, respeitando as demandas encaminhadas e contribuindo para o retorno qualificado dos usuários ao território de origem (Brasil, 2022). A Atenção Especializada deve oferecer suporte técnico, educativo e assistencial, reconhecendo a centralidade da APS no cuidado e promovendo práticas colaborativas, como o apoio matricial e a construção e o fortalecimento de linhas de cuidado.

Em suma, a relação fundamentada pela PNAB e PNAES deve ser orientada por princípios como a corresponsabilização, o respeito à autonomia dos sujeitos e a busca pela equidade. A integração entre os níveis de atenção fortalece o SUS como sistema público e universal, promovendo a saúde como direito de todos e dever do Estado. A concretização desse ideal depende do compromisso de gestores, trabalhadores, usuários e instituições, que devem atuar de forma articulada e colaborativa na construção de um cuidado integral, resolutivo e humanizado.

3. APROXIMAÇÃO DA RELAÇÃO ATUAL ENTRE APS E AES

3.1 O diagnóstico do problema: a fragmentação histórica e suas consequências

Os modelos de organização da APS no Brasil se desenvolveram a partir da consolidação do SUS e por meio da ESF, que passou a ser considerada a principal forma de reorganizar as ações de saúde, promovendo territorialização, vinculação da população a equipes multiprofissionais e integração com os demais níveis de atenção.

Mesmo com a ampliação da cobertura da ESF persistem dificuldades de articulação entre APS e AES, revelando desafios para a conformação de redes integradas e resolutivas (Almeida *et al.*, 2013; Rocha *et al.*, 2022) e refletindo uma divisão histórica que resultou em sistemas de saúde segmentados, com culturas organizacionais e modelos de financiamento distintos que operam de forma paralela, raramente se comunicando (Mendes, 2011). As barreiras são multifatoriais:

Fragmentação da rede: a organização em pontos de atenção isolados, sem clara definição de fluxos, gera descontinuidade do cuidado e sobrecarga para o usuário, que precisa navegar sozinho por um sistema complexo.

Regulação do acesso como “alocação de vagas”: o modelo tradicional de regulação, focado na administração de filas, é frequentemente alheio às necessidades clínicas do paciente, não priorizando por risco e não coordenando o itinerário assistencial. Essa abordagem reativa contribuiu para os longos tempos de espera, estopim para a declaração de Situação de Urgência em Saúde Pública (Brasil, 2025b).

Inoperabilidade de sistemas: a ausência de interoperabilidade entre os sistemas de informação da APS (e-SUS), hospitais e ambulatórios impede o compartilhamento de informações clínicas essenciais, gerando repetição de exames e decisões clínicas desinformadas (Silva; Sanine, 2021). A falta de adoção de padrões universais de comunicação tem sido um dos principais entraves tecnológicos para a construção de um registro de saúde eletrônico longitudinal do cidadão.

A ausência de um prontuário clínico único e a lógica fragmentada do financiamento e da oferta de serviços contribuem para a dificuldade de construção de trajetórias assistenciais coerentes e efetivas. Estratégias como o apoio matricial, protocolos clínicos, prontuários eletrônicos integrados, telessaúde e a descentralização da regulação têm sido adotadas para tentar superar essa fragmentação (Gomes; Melo, 2023; Melo *et al.*, 2021).

Apesar dos diversos esforços ao longo do tempo, o grau de integração da APS nas RAS ainda é considerado baixo, frágil, muitas vezes marcado pela descontinuidade do cuidado e comunicação deficiente entre os serviços, sobretudo em municípios de pequeno porte. Estudos mostram que a integração é um processo contínuo e depende de arranjos organizacionais, investimentos em infraestrutura, formação dos profissionais e mecanismos de regulação e governança compartilhada (Almeida *et al.*, 2024; Vieira *et al.*, 2017).

3.2 Indicadores da APS na integração com a AES

Os indicadores da APS, como os utilizados pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde, são ferramentas essenciais para mensurar o desempenho e a qualidade dos serviços ofertados nesse nível de atenção. Entretanto, muitos desses indicadores, como a cobertura de Equipes de Saúde da Família, acompanhamento de hipertensos e diabéticos ou o percentual de gestantes com pelo menos seis consultas do pré-natal, concentram-se exclusivamente no âmbito da Atenção Primária, limitando a análise das interações com a Atenção Especializada (Mendes, 2013).

Ao privilegiarem dimensões de acesso e continuidade de cuidados no território, esses indicadores acabam não abrangendo adequadamente as necessidades de interface e coordenação com os níveis secundário e terciário. A ausência de indicadores que expressem fluxos de referência e contrarreferência, tempos de espera para consultas e exames especializados, bem como a resolubilidade de casos encaminhados para a Atenção Especializada, demonstra um ponto cego dos instrumentos avaliativos da APS.

Do ponto de vista conceitual, a principal crítica está relacionada à redução da complexidade do cuidado a parâmetros predominantemente biomédicos, centrados em metas numéricas e desarticulados das especificidades dos territórios. Indicadores como a proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal ou o percentual de hipertensos com pressão arterial aferida e controlada, embora relevantes, não dão conta de capturar aspectos como a qualidade do vínculo, a escuta qualificada, a longitudinalidade, a integralidade do cuidado e a intersetorialidade, que são centrais na APS orientada pelos princípios da saúde coletiva. Isso significa que a SAPS, ao priorizar o desempenho interno das equipes de APS, negligencia a avaliação da articulação efetiva com a rede de Atenção Especializada, elemento central para a integralidade do cuidado. Assim, permanece subavaliada a capacidade do sistema de responder, de forma integrada, às demandas dos usuários que necessitam de atenção além do âmbito primário.

Outro fator relevante é que os indicadores do SAPS frequentemente utilizam desfechos e processos de cuidado próprios da APS, como imunização, consultas programadas e ações de promoção da saúde, sem considerar a adequação, pertinência e efetividade das referências realizadas para serviços especializados. Essa limitação resulta em uma compreensão parcial da linha de cuidado, dificultando a identificação de gargalos, duplicidade de procedimentos ou descontinuidade do cuidado entre os pontos da rede assistencial. Com isso, os gestores ficam restritos a dados fragmentados, inviabilizando ações efetivas na organização dos fluxos e no aprimoramento da resolutividade do sistema.

No plano operacional, há fragilidades na coleta, processamento e análise dos dados, especialmente nos municípios com menos capacidade técnica e infraestrutural. A subnotificação, os registros incompletos e a defasagem temporal entre a produção e a análise dos dados comprometem a confiabilidade desses indicadores. Ademais, muitos gestores locais relatam dificuldade em compreender os critérios de cálculo e os parâmetros de avaliação utilizados pela SAPS, o que dificulta a utilização efetiva dessas informações para fins de planejamento e tomada de decisão nos territórios.

Dessa forma, para que os indicadores da APS avancem em direção a uma avaliação mais robusta e integrada do sistema de saúde, é imprescindível incorporar métricas que contemplem não apenas o desempenho das equipes da APS, mas também a articulação com a AES. Indicadores que mensuram a coordenação do cuidado, a efetividade das referências e contrarreferências e a resolubilidade dos encaminhamentos são fundamentais para garantir a integralidade e a continuidade do cuidado. O aprimoramento dos instrumentos avaliativos permitirá uma visão sistêmica e mais fiel à complexidade dos processos de saúde-doença e do cuidado em rede.

4. ALGUMAS POSSIBILIDADES DE INTEGRAÇÃO APS E AES

A integração efetiva entre APS e AES depende de mecanismos de comunicação interprofissional e de tecnologias de informação em saúde. Sistemas informatizados, como o prontuário eletrônico compartilhado, facilitam o acompanhamento longitudinal do usuário e evitam duplicidade de exames e intervenções, otimizando recursos e melhorando resultados em saúde.

O modelo da RAS, consolidado pelo SUS, oferece um arcabouço para integração dos diferentes pontos de atenção (Mendes, 2011). A criação de polos assistenciais regionais

e a utilização de agendas reguladas para encaminhamentos especializados têm mostrado potencial para reduzir filas, ampliar o acesso e qualificar a atenção. Por sua vez, a governança das redes de atenção à saúde é central para a integração entre a APS e a Atenção Especializada. Essa governança deve contar com mecanismos claros para pactuação de responsabilidades, definição de metas e monitoramento de indicadores, envolvendo gestores, profissionais e a própria comunidade.

Além da integração organizacional e sistêmica, autores como Peduzzi e Agreli (2018) ressaltam a importância do trabalho colaborativo entre equipes multiprofissionais. A educação permanente em saúde, com ênfase na interprofissionalidade, favorece a compreensão compartilhada dos projetos terapêuticos e potencializa a resolutividade da APS em casos complexos.

Outro aspecto relevante é a participação do usuário na gestão do cuidado. Ao se envolver no planejamento e na tomada de decisões sobre seu próprio tratamento, o paciente colabora ativamente na construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Estratégias como o acolhimento, o apoio matricial e os Grupos de Trabalho Intersetoriais contribuem para a construção de planos terapêuticos singulares, articulando recursos da APS e da Atenção Especializada de forma personalizada. Esse processo garante que as necessidades e os contextos específicos sejam considerados, fortalecendo o vínculo entre profissionais e usuários.

O financiamento adequado e a regionalização dos serviços são também elementos estruturantes para a integração, segundo Paim *et al.* (2011). A provisão de recursos compatíveis com as demandas e a distribuição equitativa da oferta de serviços especializados evitam desigualdades de acesso e promovem mais efetividade nas redes.

Finalmente, experiências internacionais analisadas por Saltman, Rico e Boerma (2006), mostram que países com sistemas baseados em uma APS forte e articulada à Atenção Especializada apresentam melhores indicadores de saúde, equidade e satisfação do usuário. O fortalecimento da integração, portanto, é caminho necessário para consolidar o SUS como sistema universal, equânime e eficiente.

4.1 A nova arquitetura de governança: PNAES, PMAE e Agora Tem Especialistas

A PNAES e o PMAE estabelecem uma nova governança para a rede, baseada em dois dispositivos estratégicos detalhados no Manual Instrutivo (Brasil, 2024b), cuja amplitude tem sido reconhecida por gestores municipais em todo o país.

Núcleo de Gestão e Regulação (NGR): no nível tático-estratégico da gestão regional, o NGR tem a função de articular a rede. Suas atribuições extrapolam a regulação tradicional, incorporando a regulação clínica do acesso, o fomento ao telessaúde e matriciamento, a gestão ativa das filas e o monitoramento contratual e de indicadores das Ofertas de Cuidados Integrados (OCI). O objetivo é transformar a regulação de um “alocador de vagas” em um “coordenador de fluxos” na rede.

Núcleo de Gestão do Cuidado (NGC): atuando no nível micro (nos estabelecimentos de saúde), a missão do NGC é garantir o itinerário do paciente *dentro* do serviço. Suas funções incluem a organização da agenda interna, a navegação de pacientes e a articulação contínua com a UBS de referência, sendo o principal responsável por operacionalizar a “alta responsável”.

Nesse sentido, percebe-se que o PMAE, com o objetivo de reduzir as filas no SUS, “atende a uma lacuna histórica” e possui capilaridade para fortalecer a integração regional, oferecendo uma “solução para os vazios assistenciais” e qualificando a gestão das filas de espera (Brasil, 2024b). O programa “Agora Tem Especialistas”, que seguiu ao PMAE, tenta intensificar essas ações com novas frentes, como a formação de médicos especialistas e a ampliação do uso da tecnologia na saúde.

Para a expansão da oferta de serviços especializados, o Programa Agora Tem Especialistas prevê o credenciamento de clínicas, hospitais filantrópicos e privados para atendimento com foco em seis áreas prioritárias: Oncologia; Ginecologia; Cardiologia; Ortopedia; Oftalmologia e Otorrinolaringologia. A contratação deverá ser feita pelos estados e municípios ou, de maneira complementar, pela Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde e pelo Grupo Hospitalar Conceição, empresa pública vinculada ao Ministério da Saúde (Agência Câmara de Notícias, 2023a).

A medida provisória que instituiu o programa estabelece, ainda, que hospitais privados e filantrópicos realizem consultas, exames e cirurgias de pacientes do SUS como contrapartida para sanar dívidas com a União. Quando usuários de planos de saúde são atendidos no sistema público, os planos pagam (ou deveriam pagar) por esse serviço. Então, da mesma forma, essas empresas poderão ressarcir os valores ao SUS por meio da oferta de atendimento “gratuito”. A renúncia de arrecadação da União para essa ação está prevista em R\$ 4,4 bilhões por ano. Outro aspecto é a ampliação da oferta de telessaúde, com a meta de reduzir em até 30% as filas de espera por consulta ou diagnóstico da rede especializada do SUS.

O programa busca ampliar o acesso a consultas, exames e cirurgias, com a utilização de recursos do Novo PAC para obras e equipamentos. Além da realização de mutirões e utilização de unidades móveis de saúde (carretas) para agilizar o atendimento e do fortalecimento da telessaúde, também está prevista a ferramenta “Meu SUS Digital”, que emitirá alertas para agendamentos e atendimentos, utilizando WhatsApp e SMS para comunicação com os usuários (Brasil, 2025a).

Como já mencionado, a formação de médicos especialistas para atuar no SUS é um passo estratégico para qualificar a Atenção Especializada e reduzir desigualdades no acesso. O estudo “Demografia Médica 2025” (Scheffer, 2025) evidencia maior concentração na rede privada e na região Sudeste. No Brasil, a parcela de especialistas (59,1%) está abaixo da média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que é de 62,9%. Apenas 10% dos especialistas atendem exclusivamente pelo SUS.

Nesse sentido, alinhado à PNAES e por meio do Agora Tem Especialistas, o Ministério da Saúde lançou, em agosto de 2025, um edital voltado ao provimento e à formação de médicos que já possuíam especialização. Foram oferecidas bolsas para ampliar o número de profissionais especialistas, com foco em áreas prioritárias e regiões com mais dificuldade de acesso. As especialidades contempladas estão entre as de maior demanda no SUS, como cirurgia coloproctológica com foco em tumores colorretais; cirurgia ginecológica com foco em tumores ginecológicos; oncologia clínica com foco nos cânceres mais prevalentes; radioterapia: planejamento e execução no SUS e ultrassonografia mamária diagnóstica e intervencionista.

4.2 A coordenação do cuidado como função compartilhada: o papel da APS e da AES

A designação da APS como “coordenadora do cuidado” pela PNAB e a criação de estruturas de coordenação na AES, como o NGC, podem parecer contraditórias, mas representam o reconhecimento de que a coordenação eficaz em redes complexas é uma função multinível e compartilhada. Não se trata de uma disputa de papéis, mas da necessidade de uma rede de coordenadores que precisam atuar em complementaridade.

O papel da APS como coordenadora do cuidado deriva de sua essência. A longitudinalidade permite o acompanhamento do indivíduo ao longo do seu ciclo de vida, não apenas durante um episódio de doença. Sua coordenação é focada na pessoa em sua integralidade, gerenciando múltiplas necessidades de saúde. Portanto, a APS exerce a

coordenação da jornada externa do paciente, seu percurso *entre* os diferentes serviços da rede, ancorando o usuário no sistema.

Considerando que hospitais e ambulatórios especializados são ambientes de alta densidade tecnológica e de processos, não seria realista esperar que a equipe da APS gerenciasse, a distância, os microprocessos de uma internação complexa. As estruturas de coordenação na AES (o NGC) assumem, portanto, a coordenação desse fluxo, gerenciando o itinerário do paciente *dentro* do serviço especializado. Por exemplo, a experiência da Equipe Itinerante de Saúde Mental (Contagem) no Projeto de Mapeamento e Análise Crítica das Experiências Inovadoras em Atenção Especializada à Saúde - MG ilustra um modelo de matriciamento que não substitui, mas apoia a APS, levando a expertise especializada ao território, fortalecendo a capacidade de cuidado local sem retirar da APS seu papel coordenador. Sua visão é transversal, focada no episódio de cuidado ou na condição específica. O NGC atua como um navegador interno, removendo barreiras para garantir que o plano terapêutico seja executado no tempo e na sequência correta.

A necessidade de estruturas de coordenação na AES não enfraquece, mas fortalece o papel da APS. Ao garantir uma gestão interna eficiente e uma transição de cuidado segura, o NGC cria um parceiro qualificado para dialogar com a APS. A alta responsável e o plano de cuidado compartilhado são as principais ferramentas que conectam essas duas esferas, permitindo levar, de forma segura e substanciada, as informações da coordenação transversal (AES) de volta para a longitudinal (APS). A verdadeira coordenação em rede emerge da corresponsabilização entre esses diferentes níveis.

4.3 Ferramentas e processos para a integração clínica

Além de dispositivos de gestão, a integração requer ferramentas e processos clínicos que conectem os profissionais e o cuidado ao redor do paciente. Nesse sentido, o Plano de Cuidado Individual Compartilhado é um processo dinâmico, construído com o paciente, que estabelece metas, responsabilidades e intervenções acordadas entre as equipes da APS e da AES. É a principal ferramenta para o manejo de condições crônicas, pois “traduz a estratégia de cuidado em ações concretas e monitoráveis, promovendo o engajamento do paciente e a corresponsabilização profissional” (Bodenheimer; Wagner; Grumbach, 2002).

Os modelos de alta responsável, por sua vez, trazem a premissa de que a transição do cuidado do ambiente hospitalar para a APS é um momento de alto risco. A alta responsável é um processo estruturado que visa garantir uma transição segura, incluindo seu

planejamento, educação do paciente, sumário de alta completo e, crucialmente, o agendamento da consulta de seguimento na UBS, antes da saída do paciente. Experiências em hospitais brasileiros que implementaram protocolos de alta responsável demonstraram redução nas taxas de readmissão em 30 dias (Melo *et al.*, 2025).

A viabilidade de um plano de cuidado compartilhado e de transição de cuidado informada depende de um prontuário eletrônico interoperável. A estratégia do Ministério da Saúde, por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), é adotar o padrão HL7 FHIR para criar um ecossistema de informação unificado. A RNDS viabiliza, em tese, o acesso a um sumário de saúde do paciente em qualquer ponto da rede.

4.4 Financiamento e sustentabilidade: a transição para o pagamento por valor

Um dos eixos mais disruptivos da PNAES é a mudança no modelo de financiamento. A PNAES destaca a “substituição gradativa de um modelo de pagamento por procedimento para a remuneração centrada no cuidado integral” (art. 46, inciso IV). O PMAE operacionaliza essa diretriz por meio das OCIs.

As OCIs são inspiradas no modelo de pagamento por pacotes (*bundled payments*) ou remuneração por episódios de cuidado, uma abordagem de pagamento baseada em valor que tem ganhado espaço em sistemas de saúde internacionais. Nesse modelo, em vez de remunerar cada consulta, exame ou procedimento de forma isolada (o tradicional *fee-for-service*), o sistema paga um valor único e predefinido por um ciclo completo de cuidado para determinada condição ou evento, como uma cirurgia de artroplastia de quadril ou o diagnóstico de um tipo de câncer (Porter, 2010).

O objetivo é alinhar os incentivos financeiros com os resultados de saúde, promovendo a eficiência e a coordenação. Ao receber um valor fixo pelo “pacote”, os prestadores são incentivados a coordenar o cuidado, garantindo que todos os procedimentos necessários sejam feitos de forma articulada e sem desperdícios; aumentar a eficiência, evitando a repetição desnecessária de exames e procedimentos; e focar na qualidade, prevenindo complicações, pois os custos de seu tratamento não serão remunerados adicionalmente.

As OCIs são, portanto, a adaptação brasileira do conceito de pagamento por pacotes. Elas são definidas como “conjuntos de procedimentos [...] e tecnologias de cuidado necessários a uma atenção à saúde oportuna e com qualidade, integrados para concluir uma etapa na linha de cuidado” (Brasil, 2024a). Ao remunerar o conjunto e não as partes, o PMAE cria um poderoso incentivo para que os serviços de AES se organizem

de forma integrada, dialoguem com a APS e garantam a resolução da etapa assistencial do paciente, alinhando o financiamento à nova arquitetura de governança proposta.

4.5 Apoio matricial entre APS e AES

O apoio matricial é uma estratégia de intervenção técnico-pedagógica voltada para a ampliação da capacidade resolutiva das equipes de saúde no SUS, sem hierarquização rígida, mas por meio da colaboração interdisciplinar. Trata-se de um modelo de suporte longitudinal e dialógico, por meio do qual especialistas, os chamados apoiadores matriciais, colaboram com as equipes de referência na construção compartilhada do cuidado (Campos; Domitti, 2007), desenvolvendo estratégias pedagógicas e clínicas como estudos de caso, atendimentos compartilhados e construção coletiva de projetos terapêuticos singulares (Campos, 2012; Marques *et al.*, 2023). Além de reforçar a integralidade do cuidado, o apoio matricial se configura como um campo fértil para práticas ampliadas de saúde, considerando os determinantes sociais e subjetivos dos processos de adoecimento. A proposta ainda contribui para o enfrentamento da fragmentação do sistema e para a articulação dos diferentes pontos da RAS.

Na APS, o apoio matricial tem sido empregado como ferramenta estratégica para o aprimoramento da resolutividade das Equipes de Saúde da Família. Por meio de encontros periódicos e de dispositivos como o trabalho das Equipes Multidisciplinares de Saúde (eMulti), os apoiadores matriciais auxiliam na elaboração de projetos terapêuticos compartilhados e no manejo de casos complexos (Oliveira, 2019).

Na AES, o apoio matricial vem sendo adotado como forma de qualificar o processo de cuidado e garantir mais integração com os demais pontos da rede, especialmente com a APS. A pesquisa avaliativa de Marques *et al.* (2023) mostra que o matriciamento na atenção ambulatorial especializada contribuiu para a implementação da gestão de casos e para a integralidade do atendimento a pessoas com condições crônicas.

Apesar dos avanços, persistem desafios importantes. Na AES, o apoio matricial precisa ser sustentado por políticas institucionais claras e por mecanismos de incentivo que promovam a corresponsabilização no cuidado entre os diferentes pontos da rede. A interface entre a APS e a AES, mediada pelo apoio matricial, se fundamenta na lógica de corresponsabilidade e na superação do modelo de encaminhamento automático (Campos; Domitti, 2007). Propõe-se a construção de projetos terapêuticos compartilhados, que considerem o conhecimento clínico e territorial da APS e a expertise técnica da AES, integração que exige diálogo constante entre os profissionais e a construção

de fluxos de comunicação eficazes (Marques *et al.*, 2023). O fortalecimento da APS como ordenadora do cuidado passa, necessariamente, pela reconfiguração da AES como ponto de apoio técnico e clínico. A lógica da reciprocidade substitui a lógica do “encaminhamento e resposta”, promovendo mais responsabilização mútua sobre os usuários (Oliveira, 2019)

4.6 Dispositivos para a integração APS e Atenção Especializada

Primeiramente, destaca-se a implantação de protocolos clínicos baseados em evidências que favoreçam a padronização dos processos assistenciais, facilitando a comunicação entre os profissionais da APS e os da AES. De acordo com Mendes (2019), a utilização de protocolos contribui para a redução de variações indesejáveis na prática clínica, melhora a resolutividade da APS e organiza os fluxos de encaminhamento, promovendo mais integração entre os diferentes níveis de atenção. Conforme tem sido discutido há muito tempo, os protocolos são orientadores, mas não podem ser rígidos; devem permitir flexibilidade, diante da situação de cada usuário e diálogo com o profissional que o acompanha.

Prontuários eletrônicos integrados representam uma ferramenta fundamental para garantir a continuidade do cuidado ao permitir o compartilhamento seguro e ágil de informações entre equipes multiprofissionais. De grande importância é a interoperabilidade dos sistemas, que favorece a gestão longitudinal do paciente, reduz retrabalhos e repetições de exames, além de possibilitar a rastreabilidade dos atendimentos realizados, fortalecendo vínculos e otimizando o acesso à AES.

Outro dispositivo, a descentralização da regulação, contribui para tornar o acesso aos serviços especializados mais ágil e compatível com as necessidades locais. Ao transferir parte da regulação para o âmbito municipal ou regional, amplia-se a capacidade de resposta das redes de atenção e promove-se mais corresponsabilização entre gestores e equipes da APS, estabelecendo fluxos mais eficientes e integrados com a AES.

Por fim, destacam-se a telemedicina e a telessaúde. A telemedicina potencializa a integração ao permitir que médicos da APS consultem especialistas remotamente, obtenham segundas opiniões e realizem discussões de casos em tempo real. Desse modo, amplia a resolutividade da APS, reduz deslocamentos desnecessários e contribui para o acompanhamento compartilhado do paciente, promovendo articulação entre os níveis assistenciais e qualificação do cuidado. Já a telessaúde, como estratégia ampliada de uso das tecnologias de informação e comunicação, vai além da telemedicina ao

proporcionar capacitação dos profissionais, apoio diagnóstico e troca de informações em rede, fortalecendo a integração entre APS e AES. A implantação da telessaúde no Brasil tem ampliado o acesso ao conhecimento, qualificado a tomada de decisão clínica e reduzido a necessidade de encaminhamentos desnecessários, promovendo uma articulação mais efetiva entre os níveis assistenciais.

5. ALGUMAS EXPERIÊNCIAS NO TERRITÓRIO MINEIRO

5.1 A APS - e sua articulação com a AES - no estado de Minas Gerais

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) tem implementado, desde a década de 2000, um conjunto de políticas buscando o fortalecimento da APS, com destaque para o Plano Estadual de Atenção Primária à Saúde (PEAPS-MG) e a consolidação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS-MG) (Campos *et al.*, 2017).

O PEAPS, alinhado ao Plano Estadual de Saúde 2020–2023, adotou princípios como acesso, integralidade, coordenação e intersetorialidade, promovendo a responsabilização territorial das equipes de APS e a atenção centrada na pessoa.

A POEPS-MG, instituída pela Resolução SES-MG nº 5.250/2016 e atualizada pela Resolução SES-MG nº 7.610/2021, introduziu incentivos financeiros para ações relacionadas aos determinantes sociais da saúde, fortalecendo a equidade por meio da articulação inter-setorial. O Programa Previne Brasil, por sua vez, foi incorporado ao cenário estadual como componente importante no financiamento da APS em Minas Gerais.

Apesar de alguns avanços na APS, como a ampliação da cobertura de equipes da ESF e da melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde - UBS (Agência Minas, 2023b), muitos desafios persistem, como a desigual infraestrutura tecnológica entre municípios, a implantação parcial do prontuário eletrônico e a integração incipiente com a AES. Estudos sobre APS em áreas rurais de Minas Gerais demonstram fragilidade nos fluxos de comunicação e apoios matriciais escassos (Bittencourt *et al.*, 2014). Além disso, o monitoramento e avaliação da APS em rede ainda carecem de sistemas consolidados e indicadores robustos. Superar esses entraves dependerá da institucionalização da integração digital, do apoio matricial e do fortalecimento dos instrumentos de regulação e financiamento estadual.

O Programa Saúde em Rede marcou o início de uma estratégia escalonada de qualificação das RAS em Minas Gerais (Agência Minas, 2023a). Embora não tenha sido citada

uma resolução específica para o lançamento do Programa Saúde em Rede, sua institucionalização se deu por meio de diversos documentos e atos normativos da SES-MG, que apoiam a organização das RAS, incluindo normativas internas para suporte, monitoramento e financiamento, tais como Resoluções SES-MG e Notas Técnicas publicadas em 2022 e 2023.

O Saúde em Rede tem como objetivos a reorganização dos processos de trabalho da APS conforme as necessidades da população, a implementação de diretrizes clínicas voltadas a condições crônicas, por meio de educação continuada de equipes estaduais e municipais, e o aprimoramento da interlocução entre APS e AES. O programa se estrutura em metas específicas como habilitar 100% dos municípios nas macrorregiões, capacitar profissionais via teleconsultorias e oficinas regionais, com indicadores relacionados à adesão municipal, implementação de linhas de cuidado, monitoramento de desempenho e avaliação qualitativa da articulação entre níveis.

Entre as linhas de cuidado prioritárias trabalhadas pelo Saúde em Rede estão doenças crônicas não transmissíveis, saúde da criança e do adolescente, saúde mental, pré-natal de alto risco, atenção oncológica e renal crônica. Essas linhas seguem o modelo das RAS, com protocolos integrados e fluxos pactuados entre APS e AES. Os indicadores de monitoramento incluem cobertura da ESF, número de teleconsultorias realizadas, tempo médio de resposta entre níveis, aumento de resolutividade na APS e redução de encaminhamentos desnecessários à especialidade.

Entre os principais avanços identificados destacam-se a ampliação expressiva da capilaridade do Saúde Redes, contemplando todos os municípios das macrorregiões envolvidas, a incorporação das teleconsultorias em oito macrorregiões, desde 2024, que têm promovido troca técnica e apoio clínico entre APS e especialistas, ampliando a resolutividade na APS, o fortalecimento da governança regional por meio de oficinas com equipes regionais que estimulam a reflexão e reorganização de processos locais. Essas ações têm contribuído para mais integração, protagonismo da APS e melhoria na coordenação da rede (Minas Gerais, 2021).

No entanto, há desafios persistentes. A heterogeneidade entre municípios, especialmente os pequenos, acaba comprometendo o alcance uniforme das metas do programa. A implementação de linhas de cuidado e prontuários integrados ainda esbarram em limitações tecnológicas e de infraestrutura. A fragmentação da regulação entre níveis e a competição por vagas na Atenção Especializada também se mantêm como entraves. A

adesão à cultura do matriciamento, essencial para efetivar um cuidado compartilhado, ainda avança de maneira lenta e desigual nos diversos territórios.

A integração entre APS e AES em Minas Gerais é, portanto, um campo contínuo de construção. O Saúde em Redes vem impulsionando estruturas de diálogo, protocolos compartilhados e uso de tecnologias de comunicação – como teleconsultorias –, criando espaços de apoio clínico e educação profissional. Ainda assim, é necessário avançar na consolidação de um prontuário eletrônico único, no fortalecimento da regulação coordenada e na sustentabilidade dos incentivos financeiros estaduais para garantir a continuidade das ações. A efetividade dessa integração é um pré-requisito para que a APS assuma plenamente sua função de coordenação clínica e organizacional nas RAS do estado.

O Plano Estadual de Saúde (PES) de 2020-2023 também destaca que um gargalo para o processo de consolidação do SUS em Minas Gerais é a estruturação da Atenção Especializada ambulatorial, o acesso às consultas especializadas e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Esse documento descreve que é fundamental a reorganização da AES de modo a fortalecer a articulação com os demais pontos de atenção na rede, na perspectiva de possibilitar a garantia da integralidade do cuidado, otimizar os custos e incrementar a resolutividade da atenção à saúde (Minas Gerais, 2021).

Na perspectiva das RAS micro e macrorregionais, foram publicadas, pela Comissão Intergestores Tripartite, normas criando as seguintes redes temáticas em Minas Gerais: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Terapia Renal Substituta (TRS).

Na tentativa de dar conta da complexidade dessas RAS, a SES conta com os Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE). Esse tipo de serviço é a principal política estadual de AES e são pontos de média complexidade ambulatorial, integrantes da política estadual de atenção aos usuários com hipertensão, diabetes, doença renal crônica, crianças e gestantes de alto risco (Minas Gerais, 2021). A oferta assistencial do CEAE é fundamentada no perfil epidemiológico, necessidades de saúde dos territórios e na atenção programada, seguindo diretrizes organizativas do Saúde em Rede, e encontra-se ancorado teoricamente no MACC.

Atualmente, estão em funcionamento 27 unidades de CEAE, contemplando 44 regiões de saúde e atendendo uma população de aproximadamente 8 milhões de habitantes.

5.2 Experiências dos municípios mineiros

Serão apresentadas algumas experiências desenvolvidas por municípios mineiros na AES. Essas experiências foram selecionadas no Projeto de Mapeamento e Análise Crítica de “Experiências Inovadoras na Atenção Especializada em Saúde, em Minas Gerais”, abarcando inovações organizacionais, assistenciais e tecnológicas que visam qualificar a integração entre a AES e a APS. Foram selecionadas experiências que representam diferentes estratégias e níveis de intervenção, caracterizando os diferentes estágios de organização da Atenção Especializada nos territórios.

5.2.1 *Teleinterconsulta em Endocrinologia (Uberaba)*

O município de Uberaba, considerando a alta prevalência de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, implementou em 2020, além do apoio matricial, um serviço de saúde especializado em hipertensão, diabetes e obesos mórbidos. Foi identificado que muitas das condições clínicas dos pacientes encaminhados para o serviço especializado eram passíveis de manejo na APS. Com a sobrecarga e aumento de filas de espera, verificou-se a necessidade de alternativas. Assim, a gestão municipal realizou a implementação de fluxo compulsório de teleconsultoria antes do encaminhamento ao serviço.

Objetivando qualificar e reduzir os encaminhamentos, foi implementada, em fevereiro de 2024, a teleconsultoria síncrona em Endocrinologia no serviço de saúde especializado. Previamente ao encaminhamento, o médico da APS realiza a discussão do caso com um médico especialista. As teleconsultorias são realizadas por webconferência, quatro vezes por semana; operacionalizadas por uma assistente social; e têm, como teleconsultora, uma médica endocrinologista. Do total de teleconsultorias, 78% foram orientadas para acompanhamento na APS, com monitoramento pelo serviço especializado. Os casos que realmente necessitam do serviço especializado foram encaminhados para agendamento, com menor tempo de espera.

De acordo com os responsáveis pela iniciativa, além de reduzir a fila de espera e potencializar a capacidade resolutive da APS, ela vem facilitando a comunicação entre diferentes serviços e profissionais, permitindo troca de informações mais rápida e eficiente, dando segurança ao médico da APS na conduta e melhor cuidado no atendimento ao paciente. A iniciativa também trouxe impactos nos processos gerenciais, permitindo a integração mais eficaz entre os diferentes níveis de cuidado e otimizando a gestão de recursos humanos e tecnológicos, uma vez que diminui a necessidade de deslocamento de pacientes para as consultas. Além disso, a teleconsultoria capacita

e apoia os profissionais da APS na tomada de decisões, diminui os encaminhamentos desnecessários aos especialistas e possibilita acompanhamento mais contínuo e integrado aos pacientes, garantindo mais eficiência na coordenação do cuidado dos usuários.

Como visto, essa iniciativa se propõe a enfrentar o problema crônico das filas de espera na Endocrinologia por meio de teleinterconsultas mediadas por ferramentas de ampla disseminação (*WhatsApp* e *Google Meet*), representando uma inovação organizacional e de processo. Em vez de aguardar meses por uma consulta presencial, o médico da APS pode acionar o especialista para uma interconsulta, discutindo o caso e recebendo orientações de forma ágil.

A inovação não está na tecnologia em si, mas na “reconfiguração do processo de trabalho e dos fluxos de comunicação entre diferentes pontos de atenção” (Merhy, 2002). Essa abordagem é corroborada por experiências em outros estados, como o Rio Grande do Sul, onde a teleconsultoria assíncrona se mostrou uma ferramenta potente para qualificar a APS e racionalizar os encaminhamentos.

A simplicidade da inovação é um de seus maiores trunfos, pois utiliza tecnologias já dominadas por profissionais e pacientes, reduzindo as barreiras de implementação. Tem uma vantagem relativa que é percebida por múltiplos atores: para o paciente, significa acesso mais rápido e redução de custos com deslocamento; para o médico da APS, representa suporte qualificado e aumento da resolutividade; para o gestor, otimiza o uso do recurso especializado.

A experiência possui alto caráter substitutivo, pois muitas interconsultas resolvem a demanda que geraria uma consulta presencial. Estudo sobre o Telessaúde Brasil Redes demonstrou que mais de 50% das teleconsultorias evitaram um encaminhamento que seria feito. Seu potencial de replicabilidade é elevado devido ao baixo custo tecnológico inicial. Contudo, sua viabilidade econômica e sustentabilidade em longo prazo são frágeis, pois dependem da formalização de um modelo de remuneração para o especialista que realiza a teleinterconsulta, um desafio não equacionado na maioria dos serviços do SUS. Ressalta-se, ainda, que a experiência partiu da iniciativa de trabalhadoras e que, para ter sustentabilidade, necessita ser institucionalizada.

5.2.2 *Equipe Itinerante de Saúde Mental (Contagem)*

Após a Conferência Municipal de Saúde Mental de Contagem foi sinalizada pela população a dificuldade no acesso aos serviços de saúde mental do município, devido a características geográficas e sociais de uma região específica. Com isso, foi implementada a proposta de

uma Equipe Itinerante para prestar o cuidado aos usuários em sofrimento mental com condições e situações mais complexas e dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

A escolha do Distrito Vargem das Flores como projeto-piloto ocorreu devido a existência de muitas áreas de vulnerabilidade social, grandes distâncias geográficas e área rural, tornando-se barreiras de acesso. Devido a uma característica peculiar desse território, mesmo com a implantação de um CAPS os problemas detectados continuariam como barreira de acesso, não resolvendo a situação.

O Distrito Vargem das Flores é dividido em dois núcleos referenciados por equipes eMulti, sendo que a Equipe Itinerante está lotada em um desses núcleos e é referenciada pela Diretoria de Saúde Mental. A equipe inicia o atendimento ao usuário após inscrição do caso em um *link form* próprio, de acionamento pela UBS. Após essa etapa, a equipe realiza agendamento com a equipe da UBS para discussão do caso. A inserção de casos também pode ser a partir de demandas e discussões matriciais com as UBS, demais profissionais da eMulti e outros pontos da RAPS, conforme necessidade de cada caso. A equipe deve realizar articulações comunitárias, fortalecimento das redes (formal e informal) para ações de cuidados em Saúde Mental, realizar buscas ativas, visitas domiciliares, atividades coletivas visando prevenção e promoção à saúde mental, matriciamentos, articulações intersetoriais e promover acesso às políticas públicas e oferta de cidadania aliada aos cuidados de saúde mental para a população. A equipe está no território duas vezes na semana, manhã e tarde. Há um carro disponível para realizar o transporte da equipe até o Distrito e na circulação dentro desse Distrito.

É uma equipe itinerante, em sua definição, e se utiliza da potência criativa para fazer ponte entre os serviços (que já existem) e a população (que apresenta dificuldades para acessá-los), ampliando as possibilidades de cuidado em saúde mental. Trata-se de um trabalho de costura, de ligação e fortalecimento das redes formais e informais de cuidados em saúde mental, de modo que a Equipe Itinerante se configura como um recurso a mais no território, que não substitui os pontos existentes na rede, mas busca fortalecer estratégias de amarração entre os casos e os pontos de cuidado por meio de articulações comunitárias, buscas ativas, visitas domiciliares, matriciamentos e atividades coletivas - visando prevenção e promoção à saúde mental, de maneira articulada com os outros pontos da rede. Desde sua implantação, possibilitou o acesso a pessoas e famílias que anteriormente tinham dificuldade de chegar ou dificuldade na vinculação com os serviços tradicionais de saúde. Essa equipe itinerante, composta de psiquiatra, psicólogo e assistente social, direcionada a determinadas regiões desse

território, está possibilitando acesso a essa população, buscando garantir cuidado e proteção, inclusive nas conexões com outros serviços da rede de saúde.

A proposta teve algumas dificuldades iniciais, como a contratação de profissionais e levar a rede a entender o papel da Equipe Itinerante: que ela não substituiria as equipes de saúde mental da Atenção Primária, mas que somariam ao trabalho destas. Outros desafios foram a inexistência de uma plataforma institucional (as profissionais tiveram que adquirir o *Google Meet*) e conseguir proteger um horário para participar das reuniões.

É uma proposta que prioriza o acolhimento e escuta de grupos que tinham dificuldade no acesso ou vinculação aos serviços tradicionais de saúde.

Observa-se, em linha com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, que essa inovação de serviço e organizacional cria uma equipe móvel para realizar suporte matricial em saúde mental. A equipe se desloca até as Unidades Básicas de Saúde para discutir casos, realizar atendimentos conjuntos e construir Projetos Terapêuticos Singulares com as equipes da APS. O foco é “ampliar a capacidade de resolução da Atenção Primária, evitando encaminhamentos desnecessários e promovendo o cuidado em liberdade no território” (Campos; Domitti, 2007). Experiências similares, como a do “consultório na rua” em grandes centros como Belo Horizonte, São Paulo e Salvador, também utilizam a itinerância como estratégia para alcançar populações vulneráveis, demonstrando a potência desse modelo.

O forte componente de interdisciplinaridade é visível na composição da equipe, que articula diferentes saberes para um cuidado integral. A iniciativa amplia a acessibilidade ao levar o cuidado especializado até o usuário, superando barreiras geográficas e de estigma associadas aos serviços de saúde mental.

Apresenta alta adaptabilidade, podendo ajustar sua atuação às necessidades específicas de cada território. Seu foco em grupos vulneráveis é explícito, buscando ativamente casos de transtornos mentais graves e persistentes que possuem dificuldade de adesão aos serviços tradicionais.

5.2.3 PROMAI - Programa Maternoinfantil (Passos)

O Programa Maternoinfantil da Santa Casa de Misericórdia de Passos foi criado em 1998 com o objetivo de aprimorar a assistência obstétrica, reduzir a mortalidade materna e perinatal e garantir o melhor cuidado para mulheres e crianças. Pautado na humanização, equilibrando tecnologia avançada com foco na prevenção, a partir de trabalho multidisciplinar integrado à rede de atendimento do SUS.

O PROMAI continua a evoluir, melhorando a humanização do atendimento com novas estratégias para o período pré e pós-natal, dedicando-se ao atendimento integral de gestantes adolescentes e de alto risco, desde o pré-natal até a alta segura da mãe e da criança, promovendo o parto normal e oferecendo planejamento familiar adequado.

O programa também engaja a comunidade por meio de ações socioeducativas, educando e transformando a cultura com a participação de crianças em campanhas anuais de aleitamento materno nas escolas, concursos de frases e cartazes sobre a importância da amamentação, além de orientação para adolescentes sobre prevenção de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.

No campo da educação na rede assistencial, o PROMAI implementou projeto de educação permanente para profissionais de 27 municípios da região. Reuniões multidisciplinares alinham protocolos assistenciais, com sessões *online* gravadas e disponibilizadas para a rede básica, resultando em melhorias na identificação de riscos, encaminhamento oportuno e atendimento.

A iniciativa é inovadora porque aposta no atendimento multidisciplinar, individualizado e direcionado para necessidade de cada paciente, impactando no estado de saúde de usuários específicos, nos processos de trabalho relacionados diretamente ao cuidado dos usuários e buscando a diminuição da morbimortalidade materna e perinatal.

A iniciativa busca desenvolver ações multidisciplinares integradas e articuladas com a rede de atendimento do SUS, visando redução da taxa de mortalidade materna e infantil, bem como proporcionar melhorias na qualidade de vida da mulher e da criança.

O PROMAI é o elo entre a APS e o nível hospitalar. Trabalha no nível assistencial, educação da comunidade e profissional, promovendo o alinhamento e integração com a rede SUS. A integração entre os vários níveis de complexidade dentro do sistema de saúde ainda é hoje um desafio; e dentro desse projeto vários avanços já foram conseguidos por meio da educação continuada e cuidado integral entre a assistência primária e especializada.

Essa iniciativa consolida uma linha de cuidado maternoinfantil, representando uma inovação organizacional que integra o pré-natal na APS, o parto em ambiente hospitalar seguro e humanizado e o acompanhamento do recém-nascido. O programa estabelece fluxos, protocolos e canais de comunicação contínuos entre a APS e o serviço hospitalar, garantindo a coordenação do cuidado, em conformidade com o modelo da Rede Cegonha e Saúde em Redes.

Por ser um programa consolidado, possui alta testabilidade, com resultados e processos que podem ser observados e medidos. Sua inserção em um hospital filantrópico, muitas vezes com atividades de ensino, favorece a relação com o ensino e a formação de novos profissionais já inseridos em um modelo de cuidado integrado.

Embora demande uma estrutura robusta, o programa é parcialmente custo-efetivo, pois um cuidado maternoinfantil bem coordenado tanto reduz a morbimortalidade materna e neonatal, quanto as taxas de cesarianas desnecessárias e os custos associados a complicações evitáveis.

5.2.4 Perfil clínico-epidemiológico de gestantes (Taiobeiras)

A partir das dificuldades da Atenção Primária da micro Salinas/Taiobeiras em identificar os riscos das gestantes no 1º trimestre/ nas consultas de pré-natal para encaminhar ao CEAE na primeira janela de oportunidade, foi desenvolvido um estudo, pela Residência Multiprofissional de Saúde da Família e Comunidade - Unimontes, cujo resultado mostrou onde seria possível intervir e capacitar os profissionais da micro para superar as dificuldades encontradas.

Foi uma interação participativa entre a equipe e a profissional residente, dando-lhes a oportunidade de trocas de experiências entre Atenção Básica e Atenção Especializada, onde a residente realizou estudo epidemiológico a partir dos prontuários do serviço, para gerar os dados do estudo. O projeto permitiu conhecer o perfil das gestantes de alto risco atendidas no CEAE de Taiobeiras, sendo observado alto número de início tardio do pré-natal, assim como admissão em serviço de atendimento especializado.

Com base no estudo realizado, foi possível perceber que as mulheres atendidas no CEAE em Taiobeiras não apresentam perfil diferente de outros locais, o que reforça a importância na qualificação do serviço e dos profissionais de saúde a fim de melhorar a qualidade do acompanhamento, promovendo atenção à saúde mais voltada a essa população.

Foi realizada capacitação dos profissionais da micro Salinas/ Taiobeiras sobre quadros clínicos apresentados pelas gestantes, discussão dos casos, critérios de encaminhamentos, janelas de oportunidades e, após a capacitação, a experiência foi avaliada como exitosa pelos profissionais participantes.

Por meio da regulação interna dos encaminhamentos das gestantes de alto risco foi percebido que elas têm sido cada vez mais encaminhadas pela Atenção Primária de forma mais precoce, dando oportunidade a essa gestante para ser atendida com mais agilidade

pelo especialista, enquanto que as gestantes de alto risco podem ser atendidas pelo especialista mais precocemente, o que aumenta as chances de um desfecho favorável.

O estudo contribuiu para que a Atenção Primária conseguisse visualizar onde pode melhorar e fortalecer o compartilhamento do cuidado com a Atenção Especializada.

Essa inovação de processo consiste no uso da Epidemiologia como ferramenta para o planejamento e a qualificação do cuidado. Ao levantar e analisar sistematicamente o perfil das gestantes da região, a gestão e as equipes de saúde podem identificar riscos, direcionar ações de prevenção e organizar a oferta de serviços (como exames e consultas especializadas) de forma mais racional e equitativa.

Essa experiência pode avançar para constituir uma “sala de situação em saúde” como dispositivo, que é um espaço físico e virtual onde a informação em saúde é analisada sistematicamente por equipe técnica, para caracterizar a situação de saúde de uma população. É uma experiência consolidada em diversos municípios e estados, servindo para subsidiar a tomada de decisão em tempo oportuno.

A experiência fortalece diretamente a capacidade de planejamento territorial, um dos pilares para a organização de redes de atenção à saúde. O uso da informação qualificada permite “passar de uma lógica de oferta para uma lógica de necessidade” (Mendes, 2011).

Seus resultados são facilmente mensuráveis (testabilidade), e a metodologia é compatível com as atribuições da vigilância em saúde e com os sistemas de informação já existentes no SUS.

5.2.5 *Intervenções interdisciplinares em grupo (Santo Antônio do Monte)*

Na Fundação de Saúde em Santo Antônio do Monte funciona o Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), que se configura como ponto de atenção da média complexidade ambulatorial, voltado para atenção maternoinfantil de risco; saúde da mulher com ênfase na propedêutica do câncer de colo de útero e mama; hipertensão arterial sistêmica; diabetes *mellitus*; e doença renal crônica de alto e muito alto risco.

Além do atendimento individual, proporciona-se aos usuários um fórum de discussão sobre suas condições crônicas, incentiva-se o autocuidado e, especialmente, o autocuidado apoiado. O fórum de discussão trata-se de um atendimento multiprofissional em grupo, denominado Atenção Compartilhada em Grupo (ACG), uma tecnologia leve de atenção à saúde que vem sendo utilizada pelo CEAE há mais de uma década e que conta com a participação dos profissionais da equipe multiprofissional (enfermeiro,

psicólogo, assistente social, nutricionista e farmacêutico) e dos usuários atendidos no serviço. Seu objetivo principal é promover atenção adequada à multifatorialidade das condições crônicas de saúde (hipertensão, diabetes e gestação de cuidados especiais), evitando assim a fragmentação do cuidado. O foco da ACG é a participação do usuário, portanto, os profissionais envolvidos são moderadores que facilitam e incentivam a reflexão e o compartilhamento de situações de saúde, identificação e análise de problemas. O compartilhamento que ocorre na ACG é singular, considerando o usuário em sua subjetividade. Cada dia é único e se faz especial pelo fato da escuta empática e do compartilhamento de experiências e vivências dos usuários ali presentes.

A ACG inicia com a apresentação dos profissionais, respectivas funções e combinados: tempo de duração, objetivos, permanência no ambiente e o uso do celular. O moderador sempre utiliza um “gatilho” (exemplo: caixa de perguntas, dado da saúde, marmita do autocuidado, cartas da verdade, entre outros) como forma de estímulo à fala dos usuários. Os moderadores, ao perceberem distorções em informações técnicas, poderão fazer intervenções breves e pontuais sem chamar o foco da discussão para si ou para a área, atentando-se para a necessidade de atendimento individualizado. A troca de experiências gera a oportunidade de se aprender por meio das vivências de outras pessoas e a partir disso motivar e mostrar que todos são sujeitos passíveis de mudanças.

A iniciativa foi dos técnicos/ trabalhadores, que identificam os seguintes benefícios nessa experiência: incentiva o autocuidado e especialmente o autocuidado apoiado; promove a adesão dos usuários às orientações da equipe multiprofissional; monitora os planos de cuidados e os resultados obtidos pelos usuários; estimula a participação dos familiares, apoiadores e cuidadores durante o tratamento; promove trocas de experiências e de informações entre a equipe multiprofissional e os usuários; melhora a qualidade dos atendimentos em função do aumento do tempo disponível, sem prejuízo da oferta.

Essa inovação de serviço baseia-se na criação de grupos terapêuticos para pessoas com condições crônicas. Utilizando tecnologias leves de cuidado, como a escuta qualificada, o acolhimento e a educação popular em saúde, a iniciativa promove um espaço de troca e apoio mútuo. A abordagem grupal é uma estratégia amplamente difundida e validada no SUS para condições como diabetes e hipertensão, como mostram diversas experiências, incluindo as práticas integrativas e complementares (PICS), que frequentemente utilizam o formato de grupo para promover saúde e bem-estar coletivo.

O principal resultado é o fortalecimento da capacidade de autogestão dos usuários, que se tornam protagonistas de seu cuidado. A condução dos grupos por uma equipe

interdisciplinar (enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas) enriquece a abordagem e permite uma visão ampliada do processo saúde-doença.

É uma inovação de alta simplicidade e baixo custo, com grande impacto na acessibilidade e na humanização do cuidado, sendo facilmente replicável em diferentes contextos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PNAES, principalmente por sua formulação, mas também por meio do PMAE e pelo “Agora Tem Especialistas”, representa a mais robusta e estruturada política pública para enfrentar a fragmentação histórica entre APS e AES no Brasil. A proposta avança ao reconhecer a coordenação do cuidado como uma função compartilhada e ao criar os dispositivos de governança (NGR e NGC) para operacionalizá-la.

A efetivação dessa nova arquitetura, contudo, depende de forma crítica de três pilares: a) a implementação de ferramentas de integração clínica, como planos de cuidado compartilhados e protocolos de alta responsável; b) a consolidação de uma infraestrutura de saúde digital interoperável, baseada em padrões universais; c) e a transição para modelos de financiamento baseados em valor, como as OCIs, colaborando para superar a lógica produtivista. Enfrentar esses desafios será essencial para consolidar um sistema de saúde verdadeiramente integrado e centrado no usuário.

A superação do modelo tradicional de “encaminhamento” no sistema de saúde representa um avanço fundamental para a construção de redes assistenciais mais resolutivas, integradas e centradas nas necessidades dos usuários. Tradicionalmente, o encaminhamento é entendido como a simples transferência da responsabilidade do cuidado de um ponto da rede para outro, o que pode favorecer a fragmentação do cuidado e dificultar a integralidade da atenção à saúde. Nesse contexto, a comunicação limitada entre profissionais contribui para a manutenção de práticas verticalizadas, nas quais o conhecimento especializado permanece isolado, restringindo o potencial de aprendizagem coletiva e cooperação interprofissional.

O matriciamento surge, então, como uma das estratégias centrais para romper esse paradigma, promovendo o compartilhamento de saberes e a corresponsabilização pelo cuidado. Essa proposta amplia a resolutividade da APS a partir da atuação conjunta de equipes de referência e de apoio, por meio de discussões de casos, supervisão compartilhada e ações educativas e fortalece a articulação entre os diferentes pontos da rede, contribuindo para a integralidade do cuidado e acesso a AES.

Além do matriciamento, a literatura em Saúde Coletiva destaca a importância de outras formas de comunicação e interação entre profissionais, como as redes colaborativas, reuniões intersetoriais e a utilização de tecnologias digitais para o compartilhamento de informações. Tais estratégias possibilitam o enfrentamento das demandas complexas e multifatoriais dos usuários, promovendo um cuidado mais integrado, longitudinal e humanizado. A construção de espaços dialógicos e a valorização do trabalho em equipe tornam-se, assim, elementos essenciais para a qualificação das práticas e para a superação da fragmentação do cuidado.

Avançar para além do modelo de encaminhamento implica investir na formação de profissionais aptos ao trabalho colaborativo, no fortalecimento de espaços de encontro e na valorização da comunicação transversal entre os atores da rede de saúde. Essa mudança demanda compromisso institucional e políticas que estimulem o matriciamento e outras práticas integradoras, reconhecendo a complexidade dos processos de cuidado e a necessidade de corresponsabilização entre os diferentes pontos da rede.

O panorama das experiências inovadoras em AES em Minas Gerais demonstra um cenário dinâmico, com potencial transformador. As experiências evidenciam a capacidade dos serviços e profissionais do SUS de criarem respostas práticas e eficientes para as demandas atuais, impulsionando ações que geram mais produção de saúde para o usuário, revelam grande aderência aos eixos da PNAES, mas também expõem desafios estruturais.

O fortalecimento do apoio matricial, do uso de prontuários eletrônicos integrados, da telessaúde, de consultorias interprofissionais e da construção de linhas de cuidado pactuadas entre os níveis são estratégias fundamentais para romper com a lógica de transferência de responsabilidade e promover uma atuação clínica mais colaborativa e resolutiva. Ao investir em processos comunicacionais e educativos entre equipes da APS e da AES, amplia-se não apenas o acesso, mas, sobretudo, a qualidade e a continuidade do cuidado ofertado aos usuários do SUS.

A partir das experiências descritas, torna-se possível refletir sobre os desafios e potencialidades na organização dos fluxos assistenciais, na regulação do acesso e na articulação entre a APS e a AES, com destaque para iniciativas que pretendem romper com lógicas fragmentadas e promover cuidado integral e coordenado, com a utilização do matriciamento e outras formas de comunicação entre os profissionais de saúde dos diferentes pontos de atenção e gestão. As experiências analisadas revelam grande aderência aos eixos da PNAES, mas também expõem desafios estruturais. Pode-se dizer que todas as

experiências dialogam e fortalecem o eixo da PNAES que aborda o Modelo de Atenção e aquele que trata da Integração APS-AES, propondo alternativas ao modelo fragmentado e médico-centrado. A superação dos desafios históricos da fragmentação, do subfinanciamento e das desigualdades regionais depende do fortalecimento da base legal, da atuação crítica e inovadora dos profissionais, da produção sistematizada e integrada de informações e pelo protagonismo social na defesa do SUS.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **A Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceito, práticas e pesquisa. Abrascão, 2018.

AGÊNCIA MINAS. **Investimentos do Governo de Minas melhoram e ampliam atendimento nas unidades básicas de saúde do estado**. Notícia em 21 dez. 2023. Disponível em: <https://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticia/investimentos-do-governo-de-minas-melhoram-e-ampliam-atendimento-nas-unidades-basicas-de-saude-do-estado> Acesso em: 25 jul. 2025.

AGÊNCIA MINAS. **Projeto Saúde em Rede contempla 100% dos municípios da macrorregião**. Notícia em 15 maio 2023. Disponível em: <https://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticia/projeto-saude-em-rede-contempla-100-dos-municipios-da-macrorregiao-de-saude-oeste> Acesso em: 25 jul. 2025.

ALMEIDA, P.F. *et al.* Coordenação do Cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, spe1, set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/?format=html&lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

ALMEIDA, P.F. *et al.* Estratégias de integração entre Atenção Primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 400–415, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/BwsMVwPVx4PTNY3VcRDgbyC/?lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

ALMEIDA, P.F. *et al.* Transição entre Atenção Primária e Especializada no acompanhamento da hipertensão arterial sistêmica: acesso restrito e cuidados descontínuos. **Saúde & Sociedade**, v. 33, n. 4, p. e230594pt, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PjB3pGFqKY85PbMwZbjRdRF/?format=html&lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

ANDRADE, M.V. *et al.* Indicadores de avaliação da Atenção Primária à saúde no Brasil: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1023-1038, 2019.

BITTENCOURT, T.O.S. *et al.* Plano diretor de Atenção Primária à saúde em Minas Gerais e a produção científica. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 700–715, 2014. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/download/464/441> Acesso em: 25 jul. 2025.

BODENHEIMER, T.; WAGNER, E.H.; GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. **Journal of the American Medical Association - JAMA**, v. 288, n. 15, p. 1909-1914, 2002.

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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=208299 Acesso em: 25 jul. 2025.

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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 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: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.641**, de 01 de julho de 2022. Aprova a Política Nacional de Atenção Especializada. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 jul. 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024. Institui o Programa para Ampliação e Consolidação da Atenção Especializada (PMAE). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2024a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3492_11_04_2024.html Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 7.061, de 6 de junho de 2025. Declara Situação de Urgência em Saúde Pública. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 jun. 2025b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt7061_09_06_2025.html Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **PMAE: Manual Instrutivo dos Núcleos de Gestão e Regulação (NGR) e Núcleo de Gestão do Cuidado (NGC)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-instrutivo-ngr-ngc/view> Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Edital para provimento de mais médicos especialistas segue aberto até o próximo domingo (10/8)**, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/agosto/edital-para-selecao-de-medicos-especialistas-segue-aberto-ate-o-proximo-domingo-10-8> Acesso em: 25 jul. 2025.

CAMPOS, D.S.L. *et al.* Construção participativa da Política Estadual de Promoção de Saúde: caso de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3955-3963, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3dnHbjmfqjN7YPXddd6MZsD/?lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

CAMPOS, G.W. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em Redes de Atenção. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p.148-168, abr. 2012. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682012000100012 Acesso em: 25 jul. 2025.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, fev. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydjMRCQj/?format=html&lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

GOMES, G.G.; MELO, E.A. A regulação do acesso à Atenção Especializada pela Atenção Primária à Saúde da cidade do Rio de Janeiro: coordenação ou competição? **Physis**, v. 33, p. e33012, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/kTnZZdQNYXqQWcjHr4B5Snh/abstract/?lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

MARQUES, F.R.D.M. *et al.* Apoio matricial na Atenção Especializada respaldado no modelo de atenção às condições crônicas: pesquisa avaliativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 44, e20220166, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/9vxV5GBJF6XfDKXnv4SRcR-N/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

MC DONALD, K.M. *et al.* Care Coordination. In: SHOJANIA, K.G. *et al.* (Ed.). **Closing the quality gap: A critical analysis of quality improvement strategies**. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44015/> Acesso em: 25 jul. 2025.

MELO, E.A. *et al.* A regulação do acesso à Atenção Especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis**, v. 31, n. 1, p. e310109, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/86BXPhtn3CrBcZfDjBs33md/?lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

MELO, R.C. *et al.* Transição e continuidade do cuidado do pós-alta hospitalar à Atenção Primária: uma revisão de escopo. **Physis**, v. 35, n. 2, 19 maio 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/LThyQFvnXnmCgWjpBpTDzGn/?format=html&lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed., Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013.

MENDES, E.V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2019.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf Acesso em: 25 jul. 2025.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAS GERAIS. **Plano Estadual de Saúde 2020–2023**. Belo Horizonte: CONASS, 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/08-02-Plano-Estadual-de-Saude-de-Minas-Gerais-2020-2023.pdf> Acesso em: 25 jul. 2025.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS - SES-MG. **Resolução SES-MG nº 5.250**, de 19 de abril de 2016. Dispõe sobre a Política Estadual de Promoção da Saúde. Belo Horizonte, 2016.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS - SES-MG. **Resolução SES-MG nº 7.610**, de 21 de julho de 2021. Atualiza normas de cofinanciamento da POEPS-MG. Belo Horizonte, 2021.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS - SES-MG. **Resolução SES/MG nº 8.375/2022** e nº 9.076/2023. Belo Horizonte, 2023.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS - SES-MG. **Teleconsultorias em oito macrorregiões**. Belo Horizonte, 2025.

OLIVEIRA, G.C. Ações do apoio matricial na Atenção Primária à Saúde: estudo fenomenológico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 6, nov./dec. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/WR6JdYfCWtsxSSpXQkkkgxN/?format=html&lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

OLIVEIRA, M.A.F. *et al.* Integração entre Atenção Primária e serviços especializados: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, supl. 1, p. 619-626, 2018.

OLIVEIRA, R.S. *et al.* Telemedicina e integração assistencial: potencialidades e desafios. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2375, 2020.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 22, Suppl 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

PORTER, M.E. What is value in health care? The New England Journal of Medicine, v. 363, n. 26, p. 2477-2481, 2010.

ROCHA, F. *et al.* A interface entre Atenção Primária e especializada em cenário de descentralização de cuidados em HIV/Aids. **Saúde em Debate**, v. 46, n. (Esp. 7), p. 19–30, 2022. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7413> Acesso em: 25 jul. 2025.

SALTMAN, R.B.; RICO, A.; BOERMA, W. **Primary care in the driver's seat?** Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press, 2006.

SCHEFFER, M. (coord.). Demografia médica no Brasil 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

SILVA, S.F.; MEDINA, M.G. Trabalho em equipe na Atenção Primária à saúde: desafios e possibilidades. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe1, p. 81-94, 2017.

SILVA, M.A.; SANINE, P.R. Interoperabilidade entre os Sistemas de Informação em Saúde Brasileiros: uma revisão integrativa. **Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul**, v. 3, n. 2, p. 17–29, 2021. Disponível em: <https://revista.saude.ms.gov.br/index.php/rspms/article/view/78> Acesso em: 25 jul. 2025.

SOARES, C.S.; CAMARGOS, M.C.S.; NORONHA, K.V.M.S. Financiamento da Atenção Primária à Saúde e os resultados dos componentes do Programa Previne Brasil em Minas Gerais. **Revista Gestão e Planejamento-UNIFACS**, Salvador, v. 24, p. 223–240, jan. a dez. 2023. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/view/7962> Acesso em: 25 jul. 2025.

SOARES, C.S. *et al.* Impacto da mudança do modelo de financiamento da Atenção Primária à saúde para municípios do estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, abr. 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KYy5WHv6P5BynMLPrpgSbvd/?format=html&lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

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

VIEIRA, E.W. *et al.* Grau de integração da Atenção Primária à Saúde em município de pequeno porte na Rede de Atenção à Saúde. **Saúde & Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 448–461, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Hw3k8hnjJQQZRjgMmb3k9yw/?lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

Novas práticas no SAMU em Minas Gerais: diminuição do tempo de espera e qualificação da atenção pré-hospitalar

*ROSIENE MARIA DE FREITAS
SÉRGIO VINÍCIUS CARDOSO DE MIRANDA*

1. INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta três experiências inovadoras na Atenção Pré-Hospitalar (APH), especificamente no atendimento móvel de urgência (SAMU), identificadas no Projeto de Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada a Saúde (AES), com âmbito no estado de Minas Gerais, e faz um detalhamento e análise dessas experiências à luz dos princípios e diretrizes da Atenção Pré-Hospitalar (APH) e da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), formalizada pela Portaria GM/MS nº 1.604 de 2023 (Brasil, 2023).

Ao trazer essas experiências, propõe-se a contribuir para a reflexão acerca da ampliação do acesso em tempo oportuno às urgências, de novas modelagens de organização da APH, e sobre o papel estratégico da PNAES na indução da articulação entre os pontos da Rede de Urgências e Emergências.

Iniciamos com uma contextualização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), estruturada pelo Ministério da Saúde (MS) para garantir respostas rápidas, integradas e efetivas aos agravos agudos que colocam em risco a vida dos cidadãos. A RUE articula a Atenção Primária à Saúde (APS), as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e a Atenção Pré-Hospitalar (APH) com os hospitais de referência, conformando um fluxo contínuo e coordenado de cuidado. Nesse arranjo em rede, destacamos a APH,

com seu papel estratégico na redução de complicações, óbitos evitáveis e sobrecarga hospitalar, considerada a porta de entrada crítica do Sistema Único de Saúde (SUS) para situações de urgência e emergência.

Na APH, trazemos a estrutura do SAMU, principal dispositivo do componente móvel da RUE, com funcionamento a partir da regulação médica das chamadas telefônicas e do envio de equipes ao local da ocorrência. Sua atuação pode acontecer em diferentes níveis de complexidade: com equipes do Suporte Básico de Vida (SBV), realizado por técnicos de enfermagem e condutores socorristas, centrado em intervenções essenciais de manutenção da vida, como controle de hemorragias, suporte ventilatório básico e transporte seguro; ou na modalidade de equipe de Suporte Avançado de Vida (SAV), composto de médicos, enfermeiros e condutores socorristas, cujas ambulâncias ofertam recursos mais complexos, como Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Duas das experiências apresentadas no capítulo tratam de uma nova modalidade da APH no SUS, o Suporte Intermediário de Vida (SIV), que atua com equipes formadas por enfermeiros, técnico de enfermagem e condutor socorrista realizando determinados procedimentos de enfermagem de práticas avançadas, buscando ampliar a capacidade de resposta em regiões mais remotas e com pouca disponibilidade de equipes SAV e garantindo mais capilaridade e eficiência na resposta às urgências.

Na apresentação do SIV, o capítulo traz também uma breve discussão dos consórcios intermunicipais de urgência e emergência, modalidade que gerencia um dos casos aqui trazidos. A proposição do consórcio é de otimização de recursos, fortalecimento da governança compartilhada entre os municípios, garantia de mais eficiência na alocação de ambulâncias e na atuação das equipes de SBV e SAV, além da oferta da modalidade de SIV.

Também destacamos, como experiência inovadora, o uso do ultrassom *Point of Care* (POCUS) pelas equipes de suporte avançado do SAMU, demonstrando um relevante papel na diminuição do tempo de espera, na resposta e na qualificação da assistência médica. A incorporação dessa tecnologia no cenário pré-hospitalar permite diagnósticos rápidos, como pneumotórax, tamponamento cardíaco, choque hipovolêmico e decisões terapêuticas mais seguras, impactando diretamente no prognóstico dos pacientes.

Por fim, trazemos uma breve discussão das experiências à luz dos eixos da PNAES, especialmente tratando da ampliação do acesso oportuno à atenção à saúde e da qualificação do atendimento na APH. Ao trazer experiências inovadoras, pretende-se contribuir para o debate nacional acerca da modernização da APH, da consolidação da

RUE e da construção de um sistema mais resolutivo. Ainda permanecem importantes desafios nesse sentido, que vão desde dificuldades logísticas até questões relacionadas à sustentabilidade financeira, dimensionamento de equipes, educação permanente e integração regional.

2. O CONTEXTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS E DA ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR NO SUS

Na perspectiva biomédica, a urgência é definida como uma situação clínica ou cirúrgica aguda que não apresenta risco de morte imediato, mas que pode se agravar ou levar a óbito se não for tratada, enquanto a emergência é uma condição que surge de forma súbita e inesperada, representando um perigo para a vida e exigindo intervenção médica imediata (Paim, 1994 *apud* Nunes Conceição *et al.*, 2024).

No Brasil, buscando “articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna” (Brasil, 2011), foi instituída, na Portaria nº GM/MS nº 1.600 de 7 de julho de 2011, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

A RUE é uma das redes temáticas constitutivas da política de Redes de Atenção à Saúde (RAS), estruturada a partir dos componentes: promoção, prevenção e vigilância à saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas, hospitalar e de atenção domiciliar (Brasil, 2011). Contém em si os pilares do SUS: o direito à saúde, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos; o acesso, prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde nas 24 horas do dia e para toda a população; a qualidade da assistência; e a integralidade, compreendida também como a articulação e integração dos serviços e equipamentos de saúde constituindo redes de atenção (Tofani *et al.*, 2024).

Entre as metas da RUE interessa-nos destacar que o acesso ao sistema de saúde em situação de urgência e emergência deve ser efetuado de forma ágil e em tempo oportuno (Brasil, 2011; 2013), entendendo que o não atendimento em tempo hábil pode

aumentar os óbitos, o período de internação hospitalar e as decorrentes e possíveis sequelas da ausência de socorro.

Para uma resposta articulada às situações de urgência e emergência, estrutura-se a atenção pré-hospitalar (APH), entendida como a assistência prestada em um primeiro nível de atenção a quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, com acesso 24 horas a serviços em saúde, além de transporte para unidades da rede de saúde. Um sistema de APH eficiente pode contribuir para a diminuição da morbimortalidade por diferentes causas, principalmente aquelas tempo-dependentes, otimizando os resultados de todo o sistema de saúde. Em áreas remotas ou com acesso limitado a serviços de saúde, nas quais o tempo de resposta e a qualidade da assistência podem impactar diretamente nos desfechos clínicos, a APH é particularmente importante (Nunes Conceição *et al.*, 2024).

A APH compreende dois elementos: o componente pré-hospitalar fixo, que inclui as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatorios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares de atendimento às urgências; e o componente pré-hospitalar móvel, que abrange o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e os serviços correlatos de salvamento e resgate, sob supervisão médica em emergências, e com um número nacional unificado – 192 – sob a coordenação de uma Central de Regulação das Urgências (CRU) (Marques *et al.*, 2023).

O SAMU tem duas atividades assistenciais: atendimento às urgências e emergências pré-hospitalares, com o objetivo de chegar rapidamente à vítima, realizando o atendimento adequado e o transporte às unidades de saúde para continuidade da assistência; e o transporte entre unidades de saúde para pacientes em situação de urgência que necessitam de assistência de maior complexidade (Brasil, 2017). Além dessas atividades, tem também como funções orientar a população, por meio do telefone 192, sobre os cuidados básicos a serem tomados em situações de urgência até a chegada da equipe; integrar-se com outros serviços de saúde, como o Corpo de Bombeiros, a Defesa Civil e a Polícia Militar, para atuar de forma conjunta em casos de desastres ou acidentes de grande proporção; participar de programas de educação em saúde, visando a prevenção de agravos e a promoção da saúde da população; e avaliar continuamente a qualidade e a efetividade do serviço por meio de indicadores e protocolos, buscando a melhoria contínua do atendimento (Brasil, 2017).

Além do número 192 e da CRU, o SAMU possui uma modalidade assistencial em dupla camada, representada pelo Suporte Básico de Vida (SBV) e pelo Suporte Avançado de Vida (SAV), e recursos móveis (RM) com equipamentos padronizados, dispostos em bases descentralizadas localizadas em pontos estratégicos nos territórios cobertos. Para cada modalidade estão estabelecidos a composição de profissionais e parâmetros de treinamento, entre outros aspectos (Brasil, 2017). O SBV e o SAV representam dois níveis complementares na APH, sendo fundamentais na resposta às urgências e emergências no SAMU. As ambulâncias são divididas em duas categorias: Unidade de Suporte Básico (USB), composta minimamente de um condutor socorrista e um técnico ou auxiliar de enfermagem, e Unidade de Suporte Avançado (USA), formada por um condutor socorrista, enfermeiros e médicos.

As USBs são responsáveis por prestar o atendimento inicial a pacientes em agravos súbitos, realizando procedimentos não invasivos como avaliação clínica, controle de sinais vitais, desobstrução de vias aéreas e manobras de reanimação cardiopulmonar. As USBs permitem ampliar a cobertura assistencial, especialmente em municípios com infraestrutura limitada, sendo, portanto, uma estratégia essencial para a integralidade e regionalização do cuidado nas urgências (Maia *et al.*, 2014; Silva; Lima; Andrade, 2020). As unidades atuam sob regulação médica remota da CRU e cumprem papel crucial na estabilização do paciente até a chegada ao serviço hospitalar.

As USBs, portanto, favorecem a resposta ágil em áreas urbanas e rurais e garantem a continuidade do cuidado entre os diversos níveis da RAS, reduzindo o tempo de resposta e o número de complicações agudas evitáveis (Nogueira; Bezerra; Cavalcanti, 2019). Entretanto, enfrentam desafios importantes que impactam em sua resolutividade e efetividade. Um dos principais problemas é o déficit de profissionais capacitados, agravado por jornadas extenuantes e alta rotatividade. A falta de treinamento contínuo e de valorização profissional compromete a segurança do paciente e expõe os técnicos de enfermagem a situações de urgência e emergência para as quais nem sempre estão preparados. Além disso, dificuldades logísticas, como a escassez de veículos, manutenção inadequada da frota e falhas de comunicação com a central de regulação comprometem a eficiência do atendimento (Araújo; Cardoso; Gomes, 2021).

Outro desafio diz respeito à limitação legal e técnica de atuação dos profissionais das USBs que, apesar de estarem na linha de frente, não possuem habilitação para a realização de procedimentos invasivos. Essa limitação demanda mais agilidade e precisão na regulação médica e na integração efetiva com as USAs, o que nem sempre ocorre em tempo

oportuno. Ainda, a fragmentação entre os níveis de atenção e a ausência de protocolos regionais bem definidos dificultam a articulação das USBs com os demais pontos da rede, limitando sua atuação plena na resposta às emergências (Rocha; Figueiredo; Silva, 2022).

As USAs, por sua vez, representam o nível mais complexo da atenção pré-hospitalar móvel e são fundamentais na estruturação da RUE, sendo responsáveis por atender pacientes em situações de extrema gravidade, como traumas graves, eventos cardiovasculares agudos e paradas cardiorrespiratórias. Essas unidades são essenciais para iniciar condutas de alta complexidade ainda no local do agravo, como intubação orotraqueal, acesso venoso profundo, administração de drogas vasoativas e monitorização cardíaca avançada, garantindo mais chances de sobrevivência e estabilização antes da transferência ao hospital (Battisti *et al.*, 2019; França; Oliveira; Viana, 2020).

As equipes das USAs atuam de forma articulada com as CRUs e os demais pontos da rede, especialmente com as UPAs e hospitais de referência. Essa integração fortalece a organização de fluxos assistenciais e o encaminhamento adequado dos casos, respeitando critérios de risco e complexidade. As USAs têm papel estratégico na qualificação da resposta às urgências, pois ampliam a resolutividade da atenção pré-hospitalar e possibilitam assistência mais segura e tempestiva em situações críticas (Fernandes; Rocha; Cruz, 2021).

Diversos desafios, entretanto, comprometem a atuação plena dessa modalidade da APH. A escassez de médicos especializados em atendimento pré-hospitalar, a sobrecarga de trabalho e a alta rotatividade de profissionais são obstáculos recorrentes que impactam a capacidade de resposta e, consequentemente, a qualidade da assistência prestada à população (Malvestio *et al.*, 2024). Destacam-se, ainda, a falta de incentivos financeiros e o risco ocupacional elevado, que levam à evasão dos profissionais, impactando diretamente na cobertura e qualidade dos atendimentos. Além disso, existem limitações estruturais, como frota insuficiente, ausência de equipamentos atualizados e falhas na comunicação entre os serviços de regulação e as equipes em campo (Gomes; Andrade; Oliveira, 2022). Outro desafio relevante está na fragilidade da educação permanente para as equipes. Mesmo sendo exigido conhecimento técnico elevado, muitos profissionais ingressam sem formação específica em urgência e emergência ou em suporte avançado de vida. Essa lacuna na formação compromete a padronização dos atendimentos e aumenta os riscos clínicos durante intervenções complexas (Lima; Santos, 2021). Investir na formação técnica, na valorização profissional e na ampliação da frota são medidas extremamente necessárias para qualificar o papel das USAs e fortalecer a integralidade da RUE.

Do ponto de vista da cobertura, até 2019 o SAMU cobria 85% dos cidadãos em 3.750 municípios brasileiros (67,3%). Entre 2015 e 2019 foram incorporados 15,8 milhões de habitantes nessa cobertura, com acréscimo de sete centrais de regulação, 324 USBs, 56 USAs, 67 motos, duas embarcações e 11 aeronaves. Observou-se no período o crescimento de 0,6% da modalidade SBV e o mesmo decréscimo na modalidade de SAV (0,6%). Apenas a região Sul do país tinha cobertura superior à média nacional (85%): 94,6% da população coberta pelo SAMU, em 78,4% dos municípios. A menor cobertura populacional foi identificada na região Norte: 77,2% e 45,3% dos municípios cobertos pelo serviço (Malvestio; Martuchi, 2022).

Segundo o estudo de Malvestio e Martuchi (2022), o SBV compunha 83% do modelo terrestre do SAMU, na média nacional, em 2019. Nas regiões Centro-Oeste e Norte, esse percentual foi de 83,9 e 89,5, respectivamente. Na região Centro-Oeste a modalidade SAV compunha 16,1% da força de resposta, e na região Norte, 10,5%. A região Nordeste tinha em 2019 cobertura de 17% do SAV, ficando dentro da média nacional. A região Sul tinha a maior proporção de USA no modelo terrestre do SAMU: 18,3% de cobertura.

Considerando a extensão territorial dos municípios cobertos pelo SAMU, em 2019 uma USB cobria no país, em média, 1654,4 km², enquanto a USA cobria 7.388,4 km², com variação entre as regiões. Na região Norte, uma USB cobria 6.823,6 km² e uma USA, 54.101,2 km². Nas regiões Sudeste e Sul, respectivamente, uma USB cobria 671,1 km² e 1090,7 km², enquanto a USA cobre 2.848,5 km² e 4.643,8 km², respectivamente (Malvestio; Martuchi, 2022).

Entre as constatações do estudo destacam-se as diferenças de cobertura entre as regiões, menor nos municípios do interior do país; o predomínio do SBV, com variações na distribuição; e recursos restritos de SAV, com cobertura de extensos territórios e distribuição heterogênea. É importante ressaltar, consideradas as restrições expostas, que 85% da população, em 2019, já contava com o acesso à APH estruturada, com dígito telefônico de acionamento, veículos equipados e equipes definidas e capacitadas para o atendimento de urgência.

Fatores críticos podem comprometer, portanto, a qualidade e a acessibilidade da APH, bem como afetam também a equidade no acesso. Entre os desafios, o tempo de resposta inadequado, causando atrasos no atendimento, e a ausência de uma infraestrutura adequada, afetam diretamente a rapidez e a qualidade do atendimento emergencial, aumentando o risco de complicações graves.

3. CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) surgem no Brasil em meio a um cenário específico: de um lado, os municípios são incentivados a se tornarem autônomos na gestão de suas políticas de saúde; de outro lado, enfrentam dificuldades nessa gestão, principalmente no tocante à limitação de capacidade e recursos, identificando na cooperação um caminho para a execução das ações de saúde.

Os CIS são arranjos organizacionais com potencial para favorecer a construção de sistemas regionais pactuados, que enfrentam desafios crônicos na distribuição de serviços especializados e facilitando a implementação das estratégias de descentralização para a regionalização e hierarquização do SUS, na oferta de serviços (Flexa; Barbastefano, 2020). Podem se constituir, portanto, em importante ferramenta de regionalização e cooperação federativa no SUS, especialmente para aqueles municípios de pequeno e médio porte que isoladamente teriam dificuldade em oferecer certas especialidades ou tecnologias, permitindo que se associem para gerir e prover serviços de saúde de forma mais eficiente e com maior escala (Silva Martins *et al.*, 2024; Ventura; Suquisaki, 2020 *apud* Silva Martins *et al.*, 2024).

Quando estruturados, os CIS possibilitam a articulação conjunta entre os municípios para a oferta de serviços e aquisição de insumos, otimizando recursos e ampliando a cobertura assistencial. Têm se mostrado alternativa de gerenciamento para superar nos cenários de escassez de recursos e limitações impostas pelas desigualdades regionais, permitindo o compartilhamento de recursos, infraestrutura e conhecimento técnico. Em contrapartida, indicam a necessidade de superação de desafios relacionados à coordenação e governança, como o alinhamento de interesses entre diferentes municípios e a complexidade na tomada de decisões coletivas, e de redução do impacto das características políticas, econômicas e sociais de cada região no sucesso e na funcionalidade desses arranjos cooperativos (Silva Martins *et al.*, 2024).

Os consórcios entre os entes federados estão previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990. A Emenda Constitucional nº 19 de 1.998 deu nova redação ao art. 241 da Constituição Federal de 1988, estabelecendo que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios disciplinarão, por meio de lei, os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos (Brasil, 1998).

Em 2005 foi editada a Lei nº 11.107, regulamentada pelo Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007 (Brasil, 2007), que dispõe sobre as normas gerais de contratação de consórcios públicos. Pelo Regulamento, são várias as possibilidades de modelos organizacionais e atuação dos consórcios no âmbito do SUS:

- a) Oferta de especialidades médicas e exames: acesso a consultas especializadas e a exames de média e alta complexidade que podem ser inviáveis para oferta por um único município;
- b) gestão de serviços de urgência e emergência: organização e gestão do SAMU e outras unidades de urgência e emergência;
- c) aquisição conjunta de medicamentos, insumos, equipamentos e materiais em maior volume, gerando economia de escala e melhores preços;
- d) compartilhamento de profissionais: contratação e alocação de equipes multidisciplinares e de especialistas que podem atender à demanda de diversos municípios;
- e) gestão de unidades de saúde: podem gerenciar policlínicas, laboratórios ou mesmo hospitais, otimizando a utilização da estrutura física e de recursos humanos;
- f) planejamento regional: fortalecimento do planejamento integrado das políticas de saúde na microrregião, identificando necessidades e prioridades em conjunto;
- g) transporte sanitário: organização de frotas e logística para o transporte de pacientes entre os municípios consorciados para acesso a serviços de maior complexidade.

O Decreto nº 6.017 (Brasil, 2007) estabeleceu duas modalidades de consórcios – público de direito público e público de direito privado –, que têm distinções na natureza jurídica e nas implicações regimentais. Consórcios públicos de direito público são associações públicas consideradas autarquias interfederativas, integram a administração indireta dos entes consorciados e atuam com base no regime jurídico único. Por sua vez, consórcios públicos de direito privado são associações sem fins lucrativos, regidas subsidiariamente pelas normas do Código Civil, não integram a administração indireta dos entes consorciados, embora ainda operem com recursos públicos e sob controle público, e operam no regime celetista (CLT) para contratação de pessoal, embora a contratação de pessoal deva ocorrer também por concurso público – assim como naqueles de direito público –, considerando o caráter público dos recursos e finalidades (Brasil, 2007).

Nesse âmbito, e dadas as especificidades da atenção às urgências e emergências, os consórcios voltados para esse fim têm grande potencial no cenário do SUS, especialmente para a gestão do SAMU Regional. Considerando as grandes diferenças entre capacidades e estrutura dos municípios no Brasil, um modelo regionalizado de

organização do SAMU permite a centralização de recursos como ambulâncias, equipes e centrais de regulação, compartilhados entre participantes. A cobertura de uma área geográfica maior tem potencial para garantir o acesso ao atendimento pré-hospitalar móvel àquelas populações que, de outra forma, estariam desassistidas. A aquisição de equipamentos, contratação e treinamento de profissionais especializados e a implementação de protocolos padronizados podem elevar a qualidade do serviço. Ainda, uma central de regulação única para a região consorciada permite o direcionamento eficiente das ocorrências e a otimização das ambulâncias disponíveis.

Guardadas suas potencialidades, o relatório da Pesquisa Cartografia da Atenção Especializada (Diniz *et al.*, 2024) traz algumas limitações dos consórcios na urgência, tais como: fragilidade nos instrumentos de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas; o não envolvimento dos conselhos municipais de saúde nas discussões, que pode acontecer pelo fato de os gestores não valorizarem o controle social na fiscalização dos consórcios; e a ausência de integração entre os consórcios e as gestões municipal, micro ou macrorregional.

Focamos, neste capítulo, na experiência do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Ampliada Oeste para Gerenciamento dos Serviços de Urgência e Emergência (CIS-URG Oeste) em Minas Gerais, consórcio público de direito público, com natureza jurídica de autarquia interfederativa. Do ponto de vista legal, o CIS-URG Oeste integra a administração indireta de todos os municípios consorciados; possui personalidade jurídica própria distinta daquela dos municípios que o compõem, podendo celebrar contratos, adquirir bens e assumir obrigações; opera sob um regime jurídico de direito público, no qual as contratações de pessoal devem ser feitas por concurso público e suas aquisições e contratos seguem as normas de licitação pública, entre outras regras da administração pública; e está sujeito ao controle dos Tribunais de Contas e dos órgãos de controle interno dos municípios e do estado.

Esse consórcio iniciou seu funcionamento em março de 2014, com sede no município de Divinópolis, em Minas Gerais (MG). É responsável pela gestão e prestação do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), iniciado em 2017, atendendo uma população de cerca de 1,7 milhão de pessoas e conta com financiamento dos governos federal e estadual. O consórcio abrange atualmente 53 municípios da região Oeste de MG e 12 municípios da microrregião Centro 2 de Betim, totalizando 65 municípios. É também responsável por gerenciar as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de Campo Belo e Divinópolis.

Figura 4 - Cidades integrantes do CIS-URG Oeste, Minas Gerais



Fonte: Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Ampliada Oeste para Gerenciamento dos Serviços de Urgência e Emergência – CIS-URG Oeste, Minas Gerais.

No SAMU, o CIS-URG Oeste possui 37 bases descentralizadas, sendo 12 Unidades de Suporte Avançado (USA), 37 Unidades de Suporte Básico (USB) e as duas aeronaves no Batalhão de Operações Aéreas (BOA) do corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais, que configuram o Suporte Aéreo Avançado de Vida (SAAV), onde atuam médicos e enfermeiros do CIS-URG Oeste, integrados. A Figura 1 mostra os municípios que integram o consórcio, bem como a localização das bases do SAMU.

A gestão é feita por um grupo gestor que conta com representantes médicos, enfermeiros, ex-gestores municipais e macrorregionais de saúde e busca, entre outros, a otimização do uso dos recursos financeiros. Os gestores do consórcio dialogam com o Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS-MG), por meio da participação nas câmaras técnicas e reuniões de Comissão Intergestores Bipartite (CIB) microrregional/macrorregional, da participação em eventos realizados pela SES-MG e do trabalho de grupo que conta com a participação de todos os prefeitos e secretários de saúde dos municípios atendidos pelo consórcio. O modelo de governança é um ponto a ser destacado como potência para o êxito da gestão dos serviços. Ressalta-se, no entanto, o grande desafio nessa governança, considerando-se a variedade de atores envolvidos no processo decisório (Flexa; Barbastefano, 2020).

Um ponto a ser destacado no CIS-URG-Oeste é a organização do Núcleo de Educação Permanente (NEP), cujos coordenadores (enfermeiros e médicos) participam no núcleo gestor central. A principal atividade desenvolvida pelo NEP é a capacitação da equipe multiprofissional para o atendimento. Em Divinópolis, o NEP funciona desde a fundação do consórcio e promove treinamentos periódicos para os trabalhadores do SAMU e a população em geral, com o objetivo de capacitá-los a realizarem atendimentos de urgência e emergência. Para os trabalhadores, são realizados treinamentos específicos voltados para o suporte básico e avançado de vida e, para a população em geral, são desenvolvidos treinamentos com temáticas ligadas aos primeiros socorros. O NEP ainda oferece treinamento para todas as equipes de APS das regiões de abrangência, respondendo às demandas dos trabalhadores de saúde e das secretarias municipais de saúde.

O CIS-URG Oeste foi o primeiro no estado de Minas Gerais a implantar o uso do Tenecteplase nas USAs para o tratamento do infarto agudo do miocárdio (IAM). O MS regulamentou o financiamento e a utilização desse medicamento trombolítico no âmbito do SAMU por meio da Portaria nº 2.777, de 18 de dezembro de 2014, o que representou importante marco na qualificação do atendimento pré-hospitalar cardiovascular. Além desse

avanço, o consórcio incorporou o ultrassom *Point of Care* (POCUS) como ferramenta diagnóstica para as equipes do SAMU, otimizando a tomada de decisão clínica ainda na cena ou durante o transporte; e uma unidade do Suporte Intermediário de Vida (SIV), fortalecendo a capilaridade da rede e ampliando a cobertura e a eficiência da resposta regional às urgências e emergências.

4. NOVOS ARRANJOS NO SAMU: EXPERIÊNCIAS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE EM MINAS GERAIS

4.1 Suporte Intermediário de Vida (SIV)

O SIV é uma modalidade de atendimento relativamente recente na APH brasileira, tendo surgido como possibilidade entre o SBV e o SAV para atender à crescente demanda de cobertura e atendimento nas urgências e emergências, aumentando a capilaridade da rede e, com isso, reduzindo desigualdades no acesso (O'Dwyer *et al.*, 2017).

Historicamente, a implantação do SIV ocorreu de forma experimental em alguns estados brasileiros, inspirada em experiências internacionais que já previam equipes de enfermagem treinadas para intervenções intermediárias na APH. A modalidade desponta no escopo das estratégias de ampliação do acesso à saúde, para as quais estudos atuais já indicam a adoção de novos modelos de prestação de cuidados, impulsionando uma agenda de reformas que estimula a expansão do papel dos enfermeiros. Esses estudos reconhecem nesses profissionais competências avançadas que auxiliam no enfrentamento de desafios decorrentes da ampliação da população assistida, do envelhecimento populacional e do crescimento das doenças crônicas. Tais estratégias são particularmente importantes em municípios menores, áreas rurais e comunidades distantes de grandes centros (Malvestio *et al.*, 2024).

No Brasil, resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), especialmente a Resolução nº 701/2022, reconhecem e normatizam as ações e intervenções aprimoradas e expandidas executadas por enfermeiros, ofertando serviços de saúde direto a indivíduos, família e comunidade, englobando uma variedade de práticas assistenciais em diferentes áreas dos sistemas de saúde – as Práticas Avançadas de Enfermagem (PAE) – no atendimento pré-hospitalar móvel. As resoluções incorporam também, na APH, a modalidade de Suporte Intermediário de Vida (SIV) – unidades intermediárias entre o SBV e o SAV. Ainda em fase de consolidação, essa modalidade autoriza o enfermeiro, devidamente qualificado, a realizar procedimentos clínicos mais complexos, como

acesso venoso, administração de medicamentos de urgência e intervenções em vias aéreas, desde que respaldado por protocolos clínicos institucionais (Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, 2022). Para Teixeira Júnior e Araújo (2023), a disponibilidade de equipes de enfermagem capacitadas tem impacto direto na redução de complicações em casos de trauma, choque e emergências obstétricas.

O SIV tem como perfil principal o atendimento de ocorrências classificadas como de média gravidade que não demandam a presença de um médico no local, mas exigem intervenção técnica qualificada e imediata de um profissional de saúde habilitado para tal. Entre os principais tipos de atendimento estão os casos clínicos como síncope, convulsão, dor torácica com estabilidade hemodinâmica, quadros de insuficiência respiratória leve a moderada, hipoglicemia, emergências psiquiátricas, transferências inter-hospitalares de pacientes estáveis e ainda algumas situações traumáticas que requerem avaliação e imobilização (Barbosa; Siqueira, 2025).

Além da diminuição do tempo de resposta, o SIV também contribui para a qualificação da assistência e, consequentemente, para o fortalecimento da RUE. A prática da enfermagem em ambiente pré-hospitalar, orientada pela regulação médica, garante melhor padronização das condutas e a aplicação de protocolos clínicos, o que resulta em atendimentos mais seguros e resolutivos.

No Brasil, o SIV surge como uma importante estratégia dentro do SAMU, preenchendo uma lacuna entre o suporte básico e o avançado. A equipe da unidade SIV é composta de enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas, capacitados para prestar assistência em situações de urgência específicas, conforme protocolos. Essa modalidade de atendimento pode contribuir significativamente para a resolutividade do cuidado pré-hospitalar e ampliar a capacidade de resposta do SAMU, promovendo atendimento célere e eficaz em diversos contextos clínicos (Barbosa; Siqueira, 2025).

Apesar da sua relevância, o SIV ainda enfrenta desafios estruturais e culturais. Muitos gestores desconhecem o modelo ou não o aplicam devido à insegurança jurídica sobre a atuação autônoma do enfermeiro em situações de urgência. Para superar essas barreiras, entre outras questões, é necessário ampliar a divulgação das normativas do COFEN, estabelecer protocolos clínicos validados e promover a educação permanente das equipes. Sua consolidação depende, também, da valorização do protagonismo da enfermagem nas redes de urgência e da articulação interinstitucional para garantir infraestrutura e apoio decisório às equipes em campo (Monte *et al.*, 2024).

No Brasil, a atuação do SIV de forma ampliada ainda depende de regulamentação pelo Ministério da Saúde. As experiências que vêm sendo desenvolvidas com sua incorporação na APH são iniciativas de municípios ou consórcios de saúde na urgência, que têm desenvolvido e implementado os projetos com gestão e recursos próprios.

4.1.1 A experiência do Suporte Intermediário de Vida no Consórcio de Urgência CIS-URG Oeste - MG

A proposição de implantação da Unidade de Suporte Intermediário de Vida (SIV) no CIS-URG Oeste surgiu da necessidade de ampliação do acesso em uma microrregião com alta demanda de atendimento, recursos limitados, indisponibilidade da USA para cobertura do território e alta rotatividade de profissionais médicos. Vem se constituindo em um recurso de apoio ao atendimento da demanda, com possibilidade de atender casos mais complexos em relação àqueles atendidos pelas USB.

Para a implantação do SIV no CIS-URG Oeste foi elaborado um protocolo operacional padrão com o objetivo de sistematizar as condutas dos profissionais. Foi também definida a estrutura e recursos que compõem a unidade. O Núcleo de Educação Permanente (NEP) do Consórcio foi responsável por capacitar, atualizar e elaborar protocolos institucionais que orientam as práticas assistenciais, incluindo capacitações e protocolos específicos para o enfermeiro e equipe atuantes na unidade SIV. Todos os profissionais selecionados (18 enfermeiros) participaram de capacitação, com o objetivo de alinhar as condutas das práticas avançadas, conforme disposto no protocolo. Em 15 de março de 2024 a unidade SIV iniciou suas atividades.

Para a avaliação da operação, pela coordenação do projeto, e ainda sem dados compilados, têm sido utilizados indicadores de tempo-resposta, códigos das ocorrências, tipos de atendimentos, números de atendimentos, gastos em insumos e recursos humanos. Os principais resultados esperados são o auxílio no atendimento na demanda de números de atendimento; a disponibilização de uma unidade que atenda casos mais complexos executando procedimentos avançados; e a redução do tempo de espera, considerando que o elevado número de solicitações muitas vezes necessita que se aguarde a disponibilização de unidades de atendimento SBV ou SAV.

Existe também, em desenvolvimento, um estudo de custos e viabilidade da unidade, sendo analisadas variáveis relacionadas aos números de atendimentos, tempo-reposta, utilização de insumos, recursos humanos, combustível e manutenção de ambulâncias, bem como a análise dos atendimentos em relação à complexidade das ocorrências.

Entre os desafios para a consolidação do SIV como alternativa de atendimento na RUE está a necessidade de os profissionais entenderem o seu papel, não como uma substituição de unidade avançada, e sim de complemento de atuação em ocorrências nas quais as práticas avançadas de enfermagem são suficientes para ofertar um cuidado de excelência. De suma importância é a necessidade de regulamentação e habilitação pelo Ministério da Saúde, tanto para a efetivação de sua competência quanto para garantir a sustentabilidade e ampliação da proposta. Até o momento, a unidade é financiada com recursos captados, pelo Consórcio, dos municípios componentes.

4.1.2 A experiência do Suporte Intermediário de Vida em Contagem (MG)

O SAMU de Contagem atende também os municípios de Ibitiré e Sarzedo, na Microrregião 3, oferecendo cobertura assistencial a aproximadamente um milhão de habitantes. Na APH, um de seus desafios é a operação limitada a apenas duas USAs, o que pode comprometer a cobertura em situações de maior complexidade clínica. Nesse sentido, a implantação da unidade SIV surgiu como uma alternativa estratégica para qualificar a APH, particularmente pelo contexto urbano densamente povoado da Microrregião.

Na fase inicial do projeto foram promovidos encontros entre a gestão e enfermeiros das unidades móveis para discutir a implementação do SIV. De forma colaborativa, foram definidos os materiais que deveriam compor a nova unidade e estabelecida a articulação com a Central de Regulação. Uma ambulância foi destinada exclusivamente para essa finalidade. Além disso, foram promovidas capacitações em procedimentos invasivos, inclusive pelas empresas fornecedoras dos insumos utilizados.

Durante a fase de implementação do SIV, articulou-se a parceria direta entre a Central de Regulação do SAMU, por meio do médico regulador e o enfermeiro na unidade móvel. Essa fundamental integração foi cuidadosamente planejada, com alinhamento prévio da proposta, a fim de assegurar que os profissionais atuassem de forma conjunta, colaborativa e pautada na confiança mútua.

O projeto-piloto foi implantado em 2020, inicialmente previsto para funcionar por 30 dias em regime diurno, nos dias úteis. Para sua avaliação foram definidos os critérios de tempo-resposta da equipe, conformidade com os protocolos operacionais, número e perfil dos atendimentos realizados, grau de resolutividade no local da ocorrência, integração entre a equipe da SIV e a Central de Regulação e satisfação da equipe envolvida. Após a avaliação positiva dos resultados, o SIV teve sua carga horária ampliada para os finais de semana.

A unidade SIV de Contagem é dotada de equipamentos avançados, como desfibrilador manual, respirador, bomba de infusão, medicações de urgência, dispositivos de acesso intraósseo e vias aéreas supraglóticas, com elevado potencial resolutivo. Foram elaborados e implementados protocolos operacionais específicos e definidos critérios rigorosos de acionamento, com o objetivo de garantir que a atuação do SIV permanecesse restrita ao contexto do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência, excluindo-se o transporte inter-hospitalar de pacientes. Essa delimitação foi essencial para manter o foco assistencial e a efetividade da proposta.

Para a composição da equipe do SIV foi designado o enfermeiro com vínculo efetivo com o serviço, experiência profissional acumulada no atendimento pré-hospitalar, desempenho satisfatório nos processos de avaliação contínua do SAMU e interesse pela atuação na nova unidade. A seleção priorizou critérios técnicos e comportamentais, a fim de garantir a qualificação da assistência prestada. Respeitou-se integralmente a jornada de trabalho previamente estabelecida, sendo os profissionais remanejados de suas unidades de origem para atuarem na SIV, sem que houvesse prejuízo do funcionamento dessas unidades e sem ampliação de carga horária.

A consolidação da SIV no Consórcio Intermunicipal de Contagem tem representado um modelo de inovação organizacional, promovendo uma gestão por competências centrada na ampliação do acesso e qualificação do atendimento em situações de urgência. A iniciativa também reforça a capacidade de articulação com a rede regional de pactuação da atenção às urgências e preenche lacunas do modelo de APH, com a entrega de um cuidado técnico qualificado logo na chegada à cena, e com resolutividade ampliada.

Entre os avanços mais significativos destaca-se a adoção de um sistema informatizado que controla todas as etapas envolvidas no resgate, desde o recebimento da ligação, a regulação médica, o acionamento da ambulância e o atendimento ao paciente até o fechamento da ocorrência. Esse recurso foi implementado em 2022 pelo Consórcio, introduzindo o uso do prontuário eletrônico com registros clínicos sistematizados, além de permitir o monitoramento georreferenciado em tempo real das viaturas, o que contribuiu para a otimização da gestão assistencial e para a melhoria do fluxo de informações entre as equipes de campo e a central de regulação.

A nova proposta de cuidado representada pelo SIV tem sido amplamente divulgada e discutida pelo Consórcio, incluindo sua apresentação em congressos, encontros interdisciplinares e outros espaços de troca, nos quais recebeu reconhecimento institucional por meio de premiações. Essa visibilidade contribui para consolidar o modelo como

referência estadual e nacional, demonstrando que a qualificação da assistência passa necessariamente pela integração entre teoria, prática e valorização profissional

Embora o SIV tenha sido instituído há aproximadamente cinco anos, sua implementação ainda enfrenta obstáculos significativos, especialmente relacionados à sua normatização e ao financiamento. Trata-se de uma política emergente, cuja consolidação depende de esforços contínuos de articulação política, técnica e social. Como já ressaltado, em diversas regiões do país a implantação da SIV ocorre de maneira pontual, sustentada por iniciativas locais e sem respaldo orçamentário da esfera federal, dado que não existe regulamentação e, por consequência, possibilidade de habilitação para funcionamento na RUE.

Em Contagem, a unidade foi implementada com recursos exclusivamente municipais, com elaboração de protocolos clínicos e diretrizes próprias, adaptadas à realidade local. Ainda assim, diversos desafios permanecem, incluindo a necessidade de assegurar a disponibilidade contínua de viaturas em condições adequadas, tripulação completa e equipe dimensionada conforme a demanda assistencial. Destaca-se também a necessidade de fomentar a produção de pesquisas voltadas às especificidades regionais e operacionais da SIV, a fim de fundamentar e aprimorar a prática profissional.

4.2 O uso do ultrassom *Point of Care* no Suporte Avançado de Vida – CIS-URG Oeste

O ultrassom *Point of Care* (POCUS) é uma técnica de ultrassonografia realizada à beira do leito como complemento ao exame físico, oferecendo agilidade, segurança e baixo custo, podendo facilmente ser repetida para o acompanhamento de alterações nas condições do paciente. Emergiu como ferramenta complementar na Medicina de emergência a partir das décadas de 1990 e 2000, em países como Estados Unidos e Canadá, integrando protocolos de avaliação rápida em trauma e situações críticas.

Sua introdução na APH está alinhada a protocolos internacionais, como o *Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma* (eFAST), que orienta o uso rápido do ultrassom em pacientes politraumatizados (Pires *et al.*, 2024)). O exame também vem sendo utilizado em emergências cardiovasculares, respiratórias e obstétricas, oferecendo visão rápida e não invasiva da condição do paciente. Os cenários mais frequentes de uso incluem acidentes de trânsito e politrauma, especialmente em colisões de motocicletas em rodovias; parada cardiorrespiratória (PCR), para avaliação de causas reversíveis; choque de causa indeterminada; dispneia grave de etiologia incerta; e emergências obstétricas.

Esses casos representam a maioria das ocorrências pré-hospitalares de alta gravidade, o que reforça a utilidade do POCUS no SAMU (Bilouro *et al.*, 2024). Essa aplicação precoce reduz a incerteza diagnóstica, orienta a escolha do hospital de destino mais adequado e aumenta a precisão das intervenções no cenário pré-hospitalar.

O uso POCUS na APH representa um importante avanço na incorporação de tecnologias diagnósticas no campo da emergência médica. A portabilidade e a aplicabilidade em tempo real conferem ao recurso um impacto significativo na prática clínica das equipes do SAV, ampliando a capacidade de resposta e a segurança assistencial. Além de permitir uma avaliação imediata de situações críticas no local da ocorrência, o POCUS contribui para a tomada de decisão clínica ainda durante o transporte, antecipando condutas que antes só poderiam ser realizadas no ambiente hospitalar.

Do ponto de vista sistêmico, a utilização do POCUS no SAMU pode contribuir para a redução do tempo-resposta clínico, os encaminhamentos desnecessários, a diminuição de internações inadequadas e a racionalização do uso de leitos hospitalares de alta complexidade. Fortalecendo a resolutividade da APH, contribui com a eficiência da RUE. Do ponto de vista legal, seu uso encontra respaldo em normativas do Ministério da Saúde, como a Portaria GM/MS nº 2.048/2002 e a Portaria GM/MS nº 1.010/2012.

Adicionalmente, o POCUS fortalece a integração entre a equipe de campo e a central de regulação médica, pois permite transmitir imagens e achados em tempo real, quando associado a plataformas de telemedicina. Essa integração favorece uma conduta mais precisa, compartilhada e respaldada pela equipe reguladora, aumentando a segurança do paciente e a confiança dos profissionais no atendimento (Malvestio *et al.*, 2024). Na conduta médica, pode orientar decisões críticas, como a opção entre transporte imediato ou estabilização prolongada no local, definição do hospital de destino mais adequado, além de guiar possíveis procedimentos invasivos e apoiar a reanimação em casos necessários.

A experiência do CIS-URG Oeste é bastante representativa nesse sentido, com a incorporação do POCUS em suas equipes de Suporte Avançado de Vida. No relato da experiência, o recurso se mostrou fundamental em ocorrências de politrauma nas rodovias da região, diminuindo o tempo de decisão terapêutica e qualificando a assistência oferecida. Nesse consórcio, o POCUS é aplicado principalmente para diferenciar quadros de choque em cenários rurais e rodoviários, além de orientar decisões rápidas em casos de trauma grave.

A inovação dialoga com as categorias de análise do Projeto de Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde: acessibilidade, resolutividade, inovação e integração da rede de AES. O POCUS tem potencial para fortalecer a acessibilidade, ao antecipar diagnósticos fora do hospital, ampliar a resolutividade e ao guiar condutas no pré-hospitalar. E representa uma inovação tecnológica que se articula com a regulação e com os fluxos da RUE. A tecnologia também contribui para a qualificação do processo de trabalho e das condutas médicas, favorecendo a comunicação em equipe e com a regulação e, principalmente, aumentando a segurança no atendimento. Essa integração reforça a dimensão pedagógica do POCUS, por meio dos treinamentos periódicos ofertados pelo NEP, dado que sua utilização se converte em aprendizado contínuo para os profissionais envolvidos.

Outro aspecto relevante é o impacto na diminuição do tempo de espera. O diagnóstico precoce de hemorragias internas, por exemplo, evita que pacientes sejam encaminhados a hospitais sem suporte cirúrgico, reduzindo transferências desnecessárias e acelerando o acesso ao tratamento definitivo.

Do ponto de vista da gestão, a adoção do POCUS tem potencial para otimizar recursos, ao favorecer que hospitais de referência recebam pacientes com diagnósticos mais precisos, evitando sobrecarga em unidades de menor complexidade e qualificando a regulação de leitos (O'Dwyer *et al.*, 2017).

Entretanto, existem algumas barreiras e limitações para a sua utilização. A primeira delas é o custo de aquisição e manutenção dos equipamentos portáteis, ainda considerados onerosos para os serviços de saúde. Além disso, existem desafios na capacitação contínua das equipes, visto que o uso do POCUS exige treinamento médico regular e avaliação de competências. Outra barreira é a heterogeneidade entre regiões: enquanto consórcios como o CIS-URG Oeste já utilizam o POCUS rotineiramente, outros serviços ainda não incorporaram a tecnologia, o que aprofunda desigualdades de acesso e gera disparidades na qualidade da assistência.

Algumas iniciativas têm buscado responder a esses desafios. Destaca-se a indução pela PNAES, com o incentivo a projetos-piloto regionais e a criação de linhas de financiamento para inovação tecnológica no âmbito da RUE (Brasil, 2023). Outra iniciativa é a promoção de capacitação profissional, com cursos voltados para o uso do POCUS em emergências, incluindo treinamentos baseados em simulação realística. Essas ações reforçam o compromisso do SUS em garantir inovação tecnológica, sem abrir mão da segurança e da equidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS

Neste capítulo evidenciou-se que a APH constitui um pilar estratégico da RUE, desempenhando papel fundamental no tempo de resposta quando do atendimento aos cidadãos em situações de urgência ou emergência no local da ocorrência, realizando a estabilização inicial do paciente e garantindo suporte básico ou avançado de vida até sua chegada ao hospital. Do ponto de vista da rede, a organização da resposta às urgências fortalece a integração de seus diferentes pontos.

A análise da experiência do CIS-URG Oeste demonstrou que a qualificação da APH passa, necessariamente, pela integração de diferentes modalidades de suporte, pelo uso de tecnologias médicas e de cuidado e pela adoção de novos arranjos de gestão regionalizada. Assim, o SBV representa a linha de frente da APH, garantindo estabilização inicial, transporte seguro e comunicação contínua com a central de regulação médica, que orienta condutas e define o destino mais adequado para o cuidado. No SAV, a atenção está centrada na condução clínica de pacientes críticos, realizando procedimentos imediatos e de alta complexidade. Aqui, o POCUS agrega valor ao atendimento, permitindo avaliações rápidas e dirigidas no próprio local da ocorrência. Ao encurtar o tempo de diagnóstico e orientar condutas mais precisas, melhora a estratificação de risco, qualifica a tomada de decisão do médico e garante mais resolutividade no cuidado pré-hospitalar. Por sua vez, a modalidade atendimento do SIV surge como resposta inovadora para o fortalecimento da capacidade de resposta da RUE, ampliando a oferta de atendimentos e possibilitando mais capilaridade da assistência, valorizando a autonomia da enfermagem e permitindo que profissionais capacitados atuem de forma resolutiva em situações críticas, em articulação com a regulação médica.

As experiências do CIS-URG Oeste e de Contagem evidenciam a potência dessa modalidade, tanto pelo pioneirismo em Minas Gerais quanto pelas possibilidades de ampliação do acesso, com a redução do tempo-resposta e a qualificação das intervenções.

A análise das experiências apresentadas neste capítulo revela avanços na APH no Brasil, que passam pela articulação entre inovação tecnológica, arranjos institucionais de governança regionalizada e valorização da autonomia multiprofissional. Nesse cenário, a PNAES se consolida como referência fundamental, trazendo as diretrizes para a incorporação de novas práticas que promovam mais capilaridade dos serviços, reforçando o compromisso do SUS com um cuidado acessível, oportuno e resolutivo em situações de urgência e emergência.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T.R.F.; CARDOSO, T.A.O.; GOMES, A.C.C. Capacitação profissional e condições de trabalho nas unidades de suporte básico do SAMU: desafios e implicações. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 6, p. e20201389, 2021.

BARBOSA, G.C.M.D.; SIQUEIRA, L.S. Vivência no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência durante o internato: um relato de experiência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 49, n. 1, p. e007, 2025. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v49.1-2024-0098> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/bDx46bk5X4Tw7xNVhj3sqJP/?lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

BATTISTI, G.R. *et al.* Perfil de atendimento e satisfação dos usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/9pJCzdb5cBGwymtLxHSf8QK/?format=html&lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

BILOURO, M.A.M. *et al.* Os benefícios do ultrassom point-of-care (POCUS) na emergência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 4, 2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/15458> Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 6.017**, de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei nº 11.107 de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Brasília: MS, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 19**, de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília: MS, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: MS, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 3, de 3 de outubro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. **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: MS, 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: 25 jul. 2025.

BRASIL. **Portaria nº 1.600**, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html Acesso em: 25 jul. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 701/2022**: Normatiza a atuação do enfermeiro nas Práticas Avançadas de Enfermagem no contexto do atendimento pré-hospitalar móvel. Brasília: COFEN, 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-713-2022/> Acesso em: 25 jul. 2025.

DINIZ, B.F. *et al.* **Relatório final de pesquisa**: cartografia da atenção especializada no estado de Minas Gerais. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2024. 125 p.

FERNANDES, M.J.S.; ROCHA, A.R.; CRUZ, M.M. **Redes de atenção às urgências**: papel estratégico das Unidades de Suporte Avançado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 10, p. 4981–4990, 2021.

FLEXA, R.G.C; BARBASTEFANO, R.G. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 325-338, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QDbb8PkPmpczWtx7ZW9nKGk/abstract/?lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

FRANÇA, E.A.; OLIVEIRA, L.P.; VIANA, D.S. Atendimento pré-hospitalar avançado: análise da efetividade das Unidades de Suporte Avançado do SAMU. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 132, 2020.

GOMES, C.A.; ANDRADE, L.M.M.; OLIVEIRA, M.F.S. Fatores que influenciam a permanência de médicos nas equipes de suporte avançado do SAMU. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 2, p. e20210047, 2022.

LIMA, F.R.; SANTOS, R.M. Capacitação profissional em urgência e emergência: um desafio para o desempenho das Unidades de Suporte Avançado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 4, p. e134, 2021.

MAIA, E.R. *et al.* Conhecimentos em Atenção Pré-Hospitalar e Suporte Básico de Vida por estudantes recém-ingressos de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 1, p. 59-64, 2014.

MALVESTIO M.A. *et al.* **Enfermagem de práticas avançadas no atendimento pré-hospitalar**: desafios e estratégias de implementação. *Enfermagem em Foco*, 2024.

MALVESTIO, M.A.; MARTUCHI, S.D. Desigualdade na atenção pré-hospitalar no Brasil: análise da eficiência e suficiência da cobertura do SAMU 192. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 7, p. 2921-2934, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZdzHJw8Q9fbYsQNK66gVnyy/abstract/?lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

MARQUES, R.O. *et al.* A importância da assistência pré-hospitalar na redução do tempo de internação hospitalar. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 9, n. 09, 2023. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/download/11294/4988/19418> Acesso em: 25 jul. 2025.

MONTE, B.F. *et al.* Percepção dos enfermeiros acerca das práticas avançadas de enfermagem e suporte intermediário de vida. **Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana**, v. 22, n. 10, p. 01–22, 2024. Doi: <https://doi.org/10.55905/oelv22n10-119> Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/7222> Acesso em: 25 jul. 2025.

NOGUEIRA, L.S.; BEZERRA, I.M.P.; CAVALCANTI, P.G. Atenção pré-hospitalar móvel: perfil, demandas e desafios das equipes de suporte básico. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 102, 2019.

NUNES CONCEIÇÃO, J.C. *et al.* Implementação do serviço de atendimento móvel de urgência (samu): desafios da integração, da regionalização e da qualificação do serviço. **Revista Foco**, Curitiba (PR), v. 17, n. 4, p.01-14, 2024.

O'DWYER, M.T. *et al.* O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, p. 51:125, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/nrR5T-QcbpxkBZtdKvZPvcvr/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

PIRES, F.O. *et al.* O uso do E-FAST na emergência médica: uma revisão ampla. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 10, p. 282-299, 2024. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/3739> Acesso em: 25 jul. 2025.

ROCHA, R.M.; FIGUEIREDO, M.L.S.; SILVA, N.C. Integração entre unidades básicas e avançadas do SAMU: entraves e possibilidades na articulação da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1431–1440, 2022.

SILVA, G.M.; LIMA, M.E.S.; ANDRADE, L.O.M. O papel das Unidades de Suporte Básico do SAMU na consolidação das redes de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 1043–1053, 2020.

SILVA MARTINS, J.N. *et al.* Consórcio Intermunicipal de Saúde e os Desafios da Cooperação: análise da experiência na Zona da Mata de Minas Gerais. **Revista de Educação e Pesquisa em Contabilidade (REPEC)**, Brasília, v. 18, n. 4, art. 3, p. 490-508, out./dez. 2024. Disponível em: <https://www.repec.org.br/repec/article/view/3537> Acesso em: 25 jul. 2025.

TEIXEIRA JÚNIOR, E.P.; ARAÚJO, A.H.I.M. O atendimento de enfermagem no SAMU e seu respaldo legal: revisão bibliográfica. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, ano 6, v. VI, n.13, jul./dez., 2023. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/838> Acesso em: 25 jul. 2025.

TOFANI, L.F.N. *et al.* A política de Redes de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: contextos de influência e de produção de textos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 34, e34028, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/qnBxB7BLyM3F4gLkGTh6Md-g/?lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

A jornada da construção da PNAES e desafios persistentes da Atenção Especializada à Saúde no Brasil: insistir no caminho para a integralidade

*FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
LÊDA LÚCIA COUTO DE VASCONCELOS
MARIA DO CARMO*

1. INTRODUÇÃO

O esforço de todos os atores sociais comprometidos com a construção e fortalecimento do SUS tem sido para que, cada vez mais, ele atenda às necessidades de saúde da população e alcance a integralidade da atenção.

Ao longo do período da construção do SUS houve significativo investimento na formulação de dispositivos para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, com a estratégia de Saúde da Família e formulação e aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica, como também na elaboração e busca de controle na Atenção Hospitalar, com a implementação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (estabelecimento de algumas formas de regulação nesse âmbito e as centrais de regulação).

Na perspectiva de oferecer um sistema de saúde cada vez mais integral, o espaço representado pela Atenção Especializada ainda se constitui como um desafio.

Este capítulo, o último desta publicação, busca recuperar as iniciativas mais recentes de políticas públicas no campo da Atenção Especializada e discutir os principais desafios que persistem para buscar a integralidade na atenção à saúde.

2. SUPERANDO A LACUNA DE FORMULAÇÃO E RELATANDO OS MOVIMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA/PNAES

A Atenção Especializada à Saúde (AES) representa um componente vital na complexa estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Ela abrange a gama de serviços de saúde de média e alta complexidade, fundamentais para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de condições de saúde que transcendem a capacidade da Atenção Primária à Saúde (APS). A AES é essencial para garantir a integralidade do cuidado, um dos princípios basilares do SUS, que preconiza a assistência ao indivíduo em sua totalidade, considerando suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais ao longo de toda a sua trajetória no processo saúde/doença. No entanto, a materialização de uma Atenção Especializada equitativa, acessível e de qualidade no Brasil é, historicamente, vista como desafio de determinações múltiplas. Esse desafio reflete-se, também, na lacuna de formulação de propostas para a ampliação do acesso da população e para a organização da atenção em seus aspectos qualitativos e quantitativos, se considerarmos que a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica foi publicada no ano de 2006 e a Política Nacional de Atenção Hospitalar, componente importante de atenção especializada, publicada em 2013.

Já no planejamento da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde/SAES do ano de 2023 foram reafirmados os objetivos estratégicos mencionados no programa de governo presidencial para o período 2023 a 2026. Entre eles:

1- Ampliar o acesso da Atenção Especializada, em tempo oportuno, com referência territorial, visando a redução das filas para cirurgias eletivas, consultas e exames especializados, melhoria da qualidade assistencial, equidade, integralidade e a maior eficiência na aplicação dos recursos financeiros.

2- Formular e implementar a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (hospitalar e não hospitalar), no âmbito do SUS e integrada com a Atenção Primária à Saúde.

(...) (Brasil, 2023a, s.p.)

O primeiro objetivo trata da redução de filas para cirurgias, consultas e exames, ressaltando aspectos da qualidade, equidade, integralidade e eficiência na utilização dos recursos financeiros. O segundo objetivo explicita a intenção de formulação da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde/PNAES, com destaque para a compreensão de que esta deveria abranger o componente ambulatorial e o componente hospitalar.

Especificamente nesse segundo objetivo, foram feitos diversos movimentos pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) do Ministério da Saúde, para ampliar as discussões no sentido de reunir elementos teóricos, conceituais, operacionais, e relatos de experiências exitosas nacionais e internacionais, além de escuta do controle social, que contribuíssem para a formulação da política.

Como etapa preparatória para a 17ª Conferência Nacional de Saúde, em maio de 2023 a SAES realizou a “Conferência Livre de Atenção Especializada no SUS: desafios e perspectivas”. Foi realizada em formato virtual, contando com 650 inscrições e participação efetiva de 266 pessoas, entre acadêmicos, gestores, trabalhadores, do Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e entidades e representantes dos movimentos sociais. A pergunta que norteou os trabalhos dos grupos foi “quais são os desafios para o acesso à Atenção Especializada no âmbito do SUS?”. Da conferência saíram propostas relacionadas à ampliação do acesso; à retomada das agendas da regulação, programação em saúde e contratualização; à singularidade da AES para os povos indígenas; ao cuidado paliativo e ao cuidado multidisciplinar; à saúde digital; à formação, provimento e fixação de especialistas; e à comunicação com o usuário (Brasil, 2023b).

Outra ação ocorreu em junho de 2023, com a realização do **Seminário Internacional de Atenção Especializada** (2023), precedido pela elaboração de um Documento Disparador contendo informações, reflexões e proposições sobre o diagnóstico da Atenção Especializada no Brasil, possível escopo, desafios que deveriam ser enfrentados, proposta de diretrizes e propostas de eixos para a PNAES (Brasil, 2023c). O seminário contou com participações do Brasil, Espanha, Argentina, Dinamarca, Peru e El Salvador. Observou-se que nenhum país apresentou soluções completas ou sistêmicas para o enfrentamento do problema, mas, sim, experiências exitosas por problema ou tema, como saúde digital e governança de dados em saúde (Brasil e Dinamarca), gestão do trabalho, formação, provimento e fixação de especialistas (Brasil, Argentina, Espanha, Peru, El Salvador), regulação assistencial (Brasil).

A programação do Seminário contou com a realização de *workshop* envolvendo especialistas, com o objetivo de “promover um alinhamento político, conceitual e estratégico sobre a Atenção Especializada com atores chave do SUS, bem como refletir sobre as estratégias mais adequadas para subsidiar o aperfeiçoamento da formulação da política de Atenção Especializada, com maior capacidade de produzir acesso oportuno a serviços resolutivos” (Brasil, 2023d, s.p.).

Concomitantemente, a SAES/MS celebrou parceria com a Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP por intermédio do Laboratório de Saúde Coletiva/Lascol/Escola Paulista de Medicina, para realização do projeto “Apoio à formulação e implementação da nova Política Nacional de Atenção Especializada no Sistema Único de Saúde (SUS): Cartografia da Atenção Especializada no Brasil”. O objetivo geral foi diagnosticar e prospectar a Atenção Especializada nos estados brasileiros, visando subsidiar a formulação e a implementação da Política Nacional da Atenção Especializada (PNAES). Os objetivos específicos foram: qualificar o diagnóstico regional dos processos de gestão e da rede de cuidados especializados nos estados, prospectando práticas inovadoras de cuidado consoantes às diretrizes da Política Nacional da Atenção Especializada (PNAES); investigar os processos de governança, a construção de planos de cuidado e projetos terapêuticos singulares; e elaborar produtos científicos relacionados às experiências de diagnóstico e prospecção de arranjos de gestão e cuidado em redes na Atenção Especializada nas regiões de saúde (Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, 2023).

Assim, no processo, a SAES/MS diversificou e contemplou escutas envolvendo a academia, gestores do SUS, trabalhadores, usuários, especialistas nacionais e internacionais para construção da PNAES. O acúmulo de discussões, reflexões, e formulações resultou nas diretrizes, eixos e demais conteúdos da Política.

2.1 A Política Nacional de Atenção Especializada

Em agosto de 2023, foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a PNAES, publicada posteriormente como Portaria GM/MS nº 1604 de 18 de outubro de 2023, instituindo a Política Nacional de Atenção Especializada no âmbito do Sistema Único de Saúde. A política contemplou nove eixos estruturantes que tratam do planejamento com base territorial, tendo como referência a região de saúde; modelo de atenção à saúde com base nos princípios doutrinários do SUS; ênfase no fortalecimento da Atenção Primária; integração da AES com a assistência farmacêutica e vigilância em saúde; transparência e equidade na regulação do acesso e coordenação do cuidado; informação, comunicação e saúde digital; gestão dos serviços de AES; formação e gestão de pessoas; e financiamento. Cada eixo foi desenvolvido ao longo da normativa, trazendo premissas e recomendações organizativas e operacionais inovadoras, indicando o desafio da formulação de programas, projetos e demais estratégias, além de recursos de naturezas diversas para sua implementação (Brasil, 2023d).

2.2 O Programa de Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada (PMAE) – premissas de sua concepção

Além das iniciativas de retomada de discussões e investimentos em políticas e programas da Atenção Especializada já existentes, em agosto de 2023 iniciaram-se discussões sobre qual seria a estratégia inicial de implementação da PNAES que estava sendo gestada, resultando na formulação do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada (PMAE).

A proposta iniciou-se como um programa emergencial, evoluindo para um programa estruturante e de longo prazo que pudesse fazer uma inflexão no modo de cuidar e de fazer a gestão na Atenção Especializada ambulatorial praticada até então.

Considerando que já havia uma ação em curso direcionada às filas de procedimentos hospitalares eletivos, o programa teria foco inicial na Atenção Especializada ambulatorial. Deveria tirar o foco do procedimento, promovendo a integralidade da atenção, dentro do nível de resolubilidade do serviço de AES. Assim, surgiu a proposta de serem criados pacotes de procedimentos, posteriormente denominados Ofertas de Cuidados Integrados (OCI), conceituados como “conjuntos de procedimentos, tais como consultas e exames e as tecnologias de cuidado necessários a uma atenção à saúde 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 de tratamento” no âmbito do Programa Mais Acesso a Especialistas (Brasil, 2024a).

Para a primeira fase do programa foi eleito um primeiro bloco OCI com foco em consultas e exames necessários ao diagnóstico do câncer/Oncologia. Foram criadas OCIs para o câncer colorretal, câncer gástrico, câncer de próstata, câncer de mama e câncer de colo de útero. Em relação ao colo de útero foram inseridas duas OCIs que incluem procedimentos cirúrgicos. O segundo grupo de OCIs eleitas contempla especialidades cujo perfil de morbidade e risco de morrer é elevado, como as OCIs de Cardiologia; e agravos cujo perfil de morbidade e qualidade de vida são impactados com a rápida resolução diagnóstica e terapêutica como Oftalmologia, Ortopedia e Otorrinolaringologia. Em seguida, foram criadas OCIs de Ginecologia.

A OCI definiu o tempo máximo de realização de todos os procedimentos que a compõem, além da lógica de sua remuneração valorizar a integralidade e os dispositivos de gestão do cuidado. Portanto, o valor da OCI seria maior que a simples soma de valores unitários dos procedimentos que a compõem, tendo como base o Sistema de Gerenciamento da

Tabela de Procedimentos (SIGTAP). Assim, as OCIs surgiram agregando em si premissas de tempo-resposta, integralidade e inovação no modelo de financiamento.

A inovação nos processos de gestão do cuidado, a regulação do acesso, o financiamento e a contratualização de serviços eram premissas para atender a essa nova proposta e, também, a incorporação de dispositivos de saúde digital/telessaúde para a regulação e atenção, além da gestão das filas de espera, tanto dos sistemas estaduais e municipais de saúde, quanto no âmbito dos serviços de AES.

Para ampliar o acesso, uma das estratégias seria investir em elaboração de termos aditivos ou novos contratos com prestadores já existentes e em novos contratos de estabelecimentos de saúde privados não prestadores de serviços aos SUS. Os novos contratos ou aditivos deveriam contemplar as diretrizes e premissas do PMAE.

O Ministério da Saúde deveria apoiar os estados e municípios no financiamento, nos modelos de contratação de serviços e no modelo de monitoramento e avaliação do programa. A pactuação intergestores deslocaria a abrangência ou cobertura do programa, do município com mais capacidade de oferta e gestão para a abrangência regional ou microrregional, zelando pela equidade. Seriam ofertados aos gestores do SUS alguns instrumentos de gestão do programa, tais como: termo de adesão, planos de ação, modelos de contrato ou termo aditivo ao contrato já existente gestor/prestador, modelo de credenciamento para o setor privado e sistema de monitoramento e avaliação do programa com cardápio de indicadores. Foram propostos ainda dispositivos de gestão do cuidado (Núcleo de Gestão do Cuidado) e de apoio à gestão do programa (Núcleo de Apoio à Gestão/NAG); fóruns intergestores de gestão do programa (Grupo Condutor triparte nacional e Grupo Condutor Estadual) (Carmo, 2025). O PMAE foi instituído com essas premissas através da Portaria GM/MS nº 3.492 de 08 de abril de 2024 (Brasil, 2024b).

2.3 O Programa “Agora Tem Especialistas”

Sem revogar a normativa que cria o PMAE, em junho de 2024 foram agregados novos componentes e estratégias para a consecução do objetivo estratégico da SAES/MS para a gestão 2023-2026 que trata da ampliação do acesso à AES, visando à redução de filas, com o lançamento do Programa “Agora Tem Especialistas”, instituído pela Medida Provisória nº 1.301 de 30 de maio de 2025 e Portaria GM/MS nº 7.266 de 18 de junho de 2025 (Brasil, 2025a).

Em seu art. 5º a Portaria prevê os componentes do programa, a saber: ambulatorial; cirúrgico; acesso à radioterapia; créditos financeiros; ressarcimento ao SUS; componente de provimento, aprimoramento e formação pelo trabalho; fixação e gestão da força de trabalho especializada; SUS Digital; e prestação de serviços especializados em caráter complementar.

O programa incorpora o PMAE na forma de componente ambulatorial, e o Programa Nacional de Redução de Filas, direcionado às cirurgias eletivas, na forma do componente cirúrgico. As normativas do componente acesso à radioterapia, até o momento, ainda estão em construção. O componente crédito financeiro refere-se à compensação de dívidas tributárias de estabelecimentos hospitalares privados, com ou sem fins lucrativos, a partir da prestação de serviços, no âmbito do programa. O componente ressarcimento ao SUS refere-se às operadoras de planos de saúde, realizando procedimentos para reduzir suas dívidas com o SUS. O componente de provimento, aprimoramento e formação pelo trabalho, fixação e gestão da força de trabalho especializada tem como foco a disponibilização de profissionais especializados qualificados para a atenção e gestão na AES. O componente SUS Digital trata da interoperabilidade dos dados com a RNDS, das ações de Telessaúde, do monitoramento e avaliação de informações estratégicas e da disseminação de dados abertos. Já o componente prestação de serviços especializados em caráter complementar prevê a contratação pelo Ministério da Saúde, por meio da administração indireta federal ou AgSUS de serviços em unidades fixas e móveis, com regimentos específicos (Brasil, 2025b).

Os novos componentes trazidos pelo “Agora Tem Especialistas” potencializam o financiamento, respondendo parcialmente ao desafio da real garantia de ampliação do acesso e não somente à substituição de fonte de financiamento da produção já existente.

3. DESAFIOS PERSISTENTES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO BRASIL

Apesar de suas diretrizes promissoras, existem alguns desafios persistentes que afetam a implementação e a operacionalização da PNAES, por meio dos seus programas.

3.1 Inflexão no modo de produzir cuidado na Atenção Especializada

Entre os aspectos inovadores da PNAE/PMAE destacam-se as diretrizes e o conteúdo do modelo assistencial. A ordem é compartilhar decisões, processos de regulação do

acesso e cuidado, fazer o cuidado integral, promover a transição e continuidade do cuidado, acompanhar e intervir sobre a jornada do usuário nos serviços e na Rede de Atenção à Saúde, destinar tempo e disponibilidade para as tecnologias de telessaúde.

A implicação e a formação dos trabalhadores das equipes da atenção e da gestão para esse novo modo de produzir cuidado são desafios centrais do programa.

3.2 **Financiamento: o cerne da sustentabilidade da atenção especializada**

O financiamento adequado e contínuo é a espinha dorsal de qualquer sistema de saúde que almeje oferecer serviços de qualidade e equidade. No Brasil, a AES tem sido historicamente prejudicada por financiamento insuficiente, impactando diretamente a infraestrutura, a disponibilidade de profissionais e a capacidade de resposta do sistema (Brasil, 2023d). Essa insuficiência manifesta-se na precariedade de instalações, principalmente nas públicas, na escassez de equipamentos modernos e na dificuldade de reter e atrair profissionais qualificados, resultando em gargalos como as longas filas de espera para consultas, exames e procedimentos complexos.

A alocação de recursos, além de escassa, muitas vezes é desigual, tendendo a concentrar investimentos em regiões mais desenvolvidas e deixando áreas remotas e com mais vulnerabilidade social desassistida. Essa disparidade geográfica reforça iniquidades no acesso à saúde, perpetuando um ciclo de desigualdade que a PNAES pretende combater. A superação dessas barreiras exige a implementação de modelos de financiamento que não apenas aumentem o volume de recursos, mas que também priorizem a equidade e a eficiência na sua distribuição e aplicação. É essencial que o financiamento não se limite nem a uma lógica reativa, focada na doença (mas que estimule a prevenção e a promoção da saúde, alinhando-se aos princípios da integralidade) nem que seja procedimento centrado (seguindo uma lógica de produção e não de cuidado).

As **Ofertas de Cuidado Integrado**, como visto, são um mecanismo para promover a coordenação entre os diferentes serviços de saúde e níveis de atenção. O objetivo é criar fluxos de cuidado mais coesos, evitando a fragmentação e a duplicação de procedimentos e otimizando o uso dos recursos existentes. Ao articular os serviços de forma integrada, busca-se garantir a continuidade do cuidado ao usuário, desde a Atenção Primária até a especializada, e vice-versa, com uso mais eficiente dos recursos financeiros e humanos (Almeida *et al.*, 2025). Essa abordagem visa aprimorar a capacidade do sistema de responder às necessidades complexas dos usuários, permitindo

que os recursos financeiros sejam direcionados de forma mais estratégica, focando em desfechos e resultados de saúde.

Paralelamente, também foram criados programas para atender à carência de profissionais especializados em determinadas regiões do país, atuando como mecanismos para ampliar o número de médicos e outros profissionais da saúde em áreas desassistidas, visando reduzir as desigualdades regionais no acesso a serviços especializados (Rede Unida, 2025).

Outro objetivo dos programas é desafogar as filas de espera e melhorar o acesso à atenção de média e alta complexidade, utilizando o financiamento de forma direcionada para suprir as lacunas existentes.

Apesar do potencial dessas iniciativas, o desafio persiste na garantia de uma base financeira sólida e de mecanismos de gestão que permitam a sustentabilidade em longo prazo. É fundamental que as políticas de financiamento sejam estáveis e transparentes e baseadas em critérios técnicos que considerem as necessidades epidemiológicas e demográficas da população, assegurando que a PNAES possa ser plenamente implementada.

A complexidade na implementação das OCIs exige conhecimento técnico tanto no nível operacional quanto no de acompanhamento e regulação, para que não sejam consolidadas práticas que retirem a lógica pública do controle do processo, subsumindo-a à lógica privatista e procedimento centrado, que deve ser combatida.

A proposta de utilização dos recursos devidos pelas operadoras de planos de saúde e de dívidas tributárias de hospitais e clínicas com pagamento em serviços tensiona os aspectos buscados pelas OCIs, dado que essas instituições realizam procedimentos e não seguem lógicas integradoras de cuidados. Coloca, também, a necessidade de aprimoramento do controle no oferecimento e realização dos serviços, para serem evitadas qualidades diferenciadas na prestação dos mesmos.

3.3 Complexidade e dificuldades de implementação da PNAES/PMAE em todo o país de forma simultânea

A PNAES/PMAE tem complexidade e características singulares inovadoras, do ponto de vista da atenção e da gestão. Nesse sentido, sua implementação de forma simultânea em todo o país é desafiante, considerando as assimetrias de capacidade de governo da União, dos estados e dos municípios. A implementação em alguns territórios específicos traz a possibilidade de experimentação das pactuações intergestores, criação das

instâncias de governança, testes dos sistemas de informação, criação de estratégias de regulação do acesso, discussão dos protocolos, apoio aos estabelecimentos de saúde para a gestão do cuidado, gestão das filas, cumprimento dos tempos previstos para a realização das OCIs e estratégias de integração e matriciamento AES/APS.

3.3.1 Dificuldade das equipes da APS de decidir ou definir qual OCI deve ser solicitada - regulação do acesso

Por insuficiência técnica, alta rotatividade das equipes ou ainda devido às singularidades da especialidade (ex. Oftalmologia), essa dificuldade é colocada por gestores com sistemas de regulação e de gestão da APS consolidados.

Devido à multiplicidade de realidades dos sistemas locais de saúde, diversas estratégias poderão ser utilizadas dentro do mesmo município, como a elaboração e disseminação dos protocolos, com periodicidade que contemple a alta rotatividade de profissionais da APS; a utilização da telerregulação onde houver estrutura e equipes de especialistas ou profissionais das Equipes de Saúde da Família mais experientes para isso; a utilização de teleconsultorias - AES/APS - para a tomada de decisão; e o agendamento do usuário para o especialista, tendo este a delegação de definir qual ou quais OCIs utilizar.

3.3.2 Conhecimento e gestão das filas

O programa prevê o envio sistemático de informações sobre as filas de espera para a Rede Nacional de Dados em Saúde/RNDS, para conhecimento da demanda e dos tempos de espera, e outras informações de relevância.

Em dado momento da formulação inicial do programa, previa-se que o repasse dos recursos da produção das OCIs só seria feito para os gestores executantes, pós-produção, com fonte FAEC, e desde que houvesse compatibilidade do CPF ou CNS das filas informadas com o CPF ou CNS da APAC apresentada para faturamento. Essa seria uma forma de induzir a gestão de filas por parte dos gestores, o que é fundamental para a avaliação da redução dos tempos de espera e ampliação do acesso. A estratégia não foi implementada devido às insuficiências dos sistemas de informação para fazer o cruzamento das informações.

Da mesma forma, são necessárias soluções tecnológicas relacionadas aos sistemas de informação para integração, interoperabilidade, captação de dados e extração de relatórios, para dar conta da multiplicidade de sistemas de regulação e formas de envio das informações das filas existentes no país.

3.3.3 Criação e funcionamento dos Núcleos de Gestão do Cuidado (NGC) e dos Núcleos de Apoio à Gestão (NAG)

Para mudar a lógica atual de cuidado fragmentado, sem continuidade, desprovido de conhecimento das informações sobre a jornada do usuário nos serviços e, especialmente, sem intervenções que desembarquem essa jornada, foi prevista a criação dos NGCs. Uma das ferramentas potentes de atuação do NGC é a navegação do paciente.

Já os NAGs vêm para apoiar a gestão específica do PMAE, simultaneamente aos demais processos de controle, avaliação e regulação já existentes nas secretarias de saúde e em articulação e integração com os demais processos assistenciais e de gestão dos demais pontos de atenção da RAS.

Existem experiências incipientes de estruturação e atuação desses núcleos no SUS. Portanto, a observação das experiências em curso, o apoio ao aperfeiçoamento e à multiplicação dos núcleos, em modelos que considerem singularidades locais, faz parte da agenda estratégica do programa.

3.3.4 Ampliação do acesso e real redução das filas - enfrentar a simples substituição de fontes e forma de financiamento da oferta já existente

A simples substituição de fonte de financiamento e do modo de faturamento dos procedimentos das OCIs tem sido preocupação desde a concepção do PMAE. A produção de procedimentos poderá ocorrer de forma isolada, pois nem todas as indicações, do ponto de vista clínico, demandam complementaridade entre eles, na forma de OCI. No entanto, há o risco de a soma dos procedimentos realizados de forma isolada e aqueles realizados na forma de OCI não atingir ou ultrapassar a série histórica anterior. Recursos financeiros, organizativos e de gestão podem ser consumidos, com ganho no tempo-resposta e na integralidade, mas não necessariamente ampliando acesso ou reduzindo filas.

Para avaliar o comportamento da produção e da real ampliação do acesso, deve ser monitorada a curva de produção dos procedimentos no formato de OCI e a curva de produção de forma isolada dos mesmos procedimentos que as compõem. Avaliar o crescimento, a estabilidade ou a redução.

A expectativa é de que os novos aportes diretos e indiretos de recursos, a interiorização da produção via unidades móveis e outras estratégias trazidas pelos novos componentes, além de investimentos potentes no apoio à operacionalização do programa nos estados e municípios, garantam a real ampliação do acesso.

3.4 Articulação entre APS e AES: a urgência da construção de redes coesas

A integração efetiva entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Especializada (AES) é um pilar essencial para a concretização da integralidade do cuidado no SUS. A APS, com sua capilaridade e proximidade com a comunidade, é concebida como a porta de entrada preferencial e a coordenadora do cuidado, responsável por ordenar o fluxo dos usuários no sistema de saúde. Idealmente, ela deve realizar os encaminhamentos para a AES de forma oportuna, baseada em protocolos clínicos e nas reais necessidades do usuário, além de receber o usuário de volta para a continuidade do acompanhamento. Contudo, a realidade brasileira frequentemente revela uma articulação deficiente e permeada por barreiras que comprometem essa sinergia (Almeida *et al.*, 2025).

A comunicação inadequada e a ausência de protocolos clínicos compartilhados são falhas recorrentes que resultam na fragmentação do cuidado. A falta de informação sobre o histórico clínico do paciente, a razão do encaminhamento e as condutas já tomadas pela APS prejudicam a avaliação inicial na AES, podendo levar a exames repetidos, diagnósticos tardios e tratamentos inconsistentes. Essa descontinuidade não apenas compromete a qualidade do atendimento, mas também gera desperdício de recursos e insatisfação para o usuário e para os profissionais.

A sobrecarga da APS, a insuficiência de capacitação dos profissionais para a identificação precisa das demandas de encaminhamento e a carência de retaguarda da AES contribuem para um cenário de encaminhamentos inadequados. O fenômeno da peregrinação, onde pacientes são encaminhados repetidamente entre os níveis de atenção sem a resolução de seus problemas, congestiona os serviços especializados e retarda o acesso de quem realmente necessita de um atendimento mais complexo.

A implementação do PMAE tem sido marcada pelo foco maior na produção das OCIs pelos serviços especializados, ainda com esforços incipientes para envolver a APS no programa. Isso contraria uma das diretrizes da PNAES e do PMAE, que é dar mais resolutividade à APS. Observa-se ainda uma lacuna entre as estruturas gestoras da AES e da APS nas secretarias estaduais e municipais de saúde, na gestão do programa. Com isso, não há como construir conjuntamente as condições para tomada de decisão compartilhada entre a APS e AES sobre a referência do usuário para a AES nem a mediação da comunicação entre profissionais dos dois níveis de atenção para o matriciamento nem a transição de cuidado da AES para a APS. A intensificação dessa agenda faz-se necessária, envolvendo as instâncias de pactuação do SUS, as instâncias de governança do programa e os estabelecimentos de saúde da APS e AES. Uma estratégia indutora

pode ser, além de treinamentos, também capacitações, material de comunicação e manuais instrutivos, utilizar instrumentos e dispositivos de gestão, como indicadores e compromissos relacionados a essa integração que reverberem no componente variável do financiamento da APS.

Para fortalecer essa articulação, é necessário o investimento na implementação de sistemas de referência e contrarreferência eficazes, que garantam um fluxo contínuo e informacional entre os serviços. A adoção de prontuários eletrônicos compartilhados é uma ferramenta fundamental para a troca de informações clínicas de forma segura e ágil. Além disso, a promoção de espaços de discussão e formação conjunta entre equipes da APS e da AES pode fomentar a construção de uma cultura colaborativa, em que o reconhecimento mútuo dos papéis e responsabilidades seja a base para aprimorar o cuidado ao paciente. A interação entre especialistas e generalistas, por meio de teleconsultorias e reuniões clínicas, pode qualificar o manejo de casos e reduzir encaminhamentos desnecessários.

3.5 Regulação do acesso: o dilema da equidade e da eficiência

A regulação do acesso à Atenção Especializada é um instrumento estratégico fundamental para ordenar a demanda e garantir a equidade na utilização dos serviços no âmbito do SUS. Seu objetivo é otimizar a distribuição dos recursos disponíveis, gerenciar as filas de espera e assegurar que o acesso seja pautado pela necessidade clínica e não por fatores externos, como poder aquisitivo ou influência pessoal (Brasil, 2024b). A PNAES preconiza uma regulação transparente, equitativa e integrada, com decisões compartilhadas entre a APS e a AES, sustentadas por protocolos clínicos claros e sistemas de informação robustos.

Apesar dessa visão, a implementação de sistemas de regulação eficientes ainda enfrenta consideráveis obstáculos. Um dos desafios é a resistência, por parte de alguns profissionais e gestores, à plena aderência aos mecanismos regulatórios, muitas vezes por percepções equivocadas de perda de autonomia ou por desconhecimento das vantagens que um sistema regulado pode trazer para a organização do fluxo assistencial.

A falta de infraestrutura tecnológica adequada para o funcionamento de centrais de regulação que operem com agendamento eletrônico, teleconsultoria e monitoramento em tempo real das filas é também um impeditivo significativo. Sem essas ferramentas, a agilidade e a transparência do processo são comprometidas, favorecendo a ineficiência e a perpetuação de iniquidades.

A ausência de protocolos clínicos bem definidos e amplamente pactuados entre os diferentes níveis de atenção é outro ponto crítico. Sem critérios técnicos claros para a priorização de atendimentos, as decisões de encaminhamento podem se tornar subjetivas, levando a disparidades no acesso e na qualidade do cuidado. A regulação eficaz vai além do simples agendamento: ela envolve a gestão de todo o percurso do paciente na rede, desde o momento do encaminhamento pela APS até a alta do serviço especializado e o retorno à Atenção Primária. A ineficácia nesse processo resulta em tempos de espera excessivamente longos, perda de continuidade do tratamento e, consequentemente, em desfechos de saúde desfavoráveis.

Aprimorar a regulação exige investimentos em tecnologia, mas, sobretudo, em capacitação de pessoal e em mudanças culturais que promovam a adesão aos princípios de equidade e eficiência.

Torna-se necessária a educação permanente dos reguladores e dos profissionais de saúde sobre a importância e os mecanismos da regulação. Além disso, a transparência nos critérios de priorização e a comunicação clara com os usuários sobre os tempos de espera e os motivos dos encaminhamentos são essenciais para fortalecer a confiança no sistema e legitimar o papel da regulação.

3.6 Gestão do cuidado e integralidade: um olhar abrangente para o usuário

A gestão do cuidado na Atenção Especializada deve ser intrinsecamente orientada pelo princípio da integralidade. Isso significa transcender a visão fragmentada do paciente como um conjunto de doenças ou sintomas isolados, para compreendê-lo como um ser humano em sua totalidade, com necessidades biológicas, psicológicas, sociais e culturais interligadas (Machado *et al.*, 2018). A integralidade exige que a assistência seja multiprofissional, interdisciplinar e contínua, garantindo que o indivíduo receba todas as ações e serviços necessários em sua jornada de saúde. No entanto, a prática na AES predominantemente se contrapõe a essa premissa, operando de forma segmentada por especialidades.

A ausência de clareza nas delimitações de ações e competências entre os diferentes serviços especializados, combinada com a falta de um trabalho em equipe verdadeiramente interdisciplinar, compromete a entrega de um cuidado integral. É comum observar profissionais de diversas especialidades atuando de forma isolada, sem a comunicação e a coordenação necessárias para a construção de um plano terapêutico unificado e centrado no paciente. Essa fragmentação pode resultar em sobreposição de

procedimentos, lacunas na atenção a certas necessidades e uma visão parcial do quadro de saúde do indivíduo, o que, em última instância, pode levar a um tratamento menos eficaz e a menos satisfação do paciente, além da questão da polifarmácia e interações medicamentosas indesejáveis.

A precarização dos vínculos laborais, que afeta significativamente a estabilidade e a motivação dos profissionais de saúde, é outro fator que impacta negativamente a qualidade e a integralidade do cuidado. A alta rotatividade das equipes e a falta de investimento em educação permanente dificultam a construção de relações de confiança e o desenvolvimento de um trabalho colaborativo e integrado, que são essenciais para uma gestão do cuidado eficiente e humanizada. A PNAES sinaliza a superação dessa fragmentação, mas, para isso, é necessária uma mudança cultural profunda, que promova a cooperação interprofissional e a valorização do trabalho em equipe, com foco no paciente e não na especialidade. Essa mudança cultural exige um processo de formação que fomente a colaboração e sistemas de avaliação que incentivem práticas integrais.

3.7 Trabalho em Rede de Atenção: conectando níveis e garantindo a continuidade

A estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é a estratégia-chave para integrar os diversos níveis de atenção e pontos de cuidado do SUS, assegurando a continuidade e a integralidade do cuidado ao longo da vida do usuário (Vargas *et al.*, 2015). A PNAES reitera a importância de organizar os serviços especializados em redes regionalizadas, com a consideração de estratégias diferenciadas para regiões carentes de serviços e a promoção da transição digital das RAS (Rede Unida, 2025). Apesar do reconhecimento de sua importância, a implementação efetiva das RAS ainda se configura como um dos maiores desafios.

As barreiras políticas, organizacionais e estruturais são significativas. A ausência de uma governança regional robusta, com papéis e responsabilidades claramente definidos para cada ente federativo (União, estados e municípios), dificulta a coordenação e o planejamento estratégico das RAS. A fragmentação dos sistemas de informação, a falta de compartilhamento de dados entre os diferentes serviços e a desarticulação entre as diversas unidades de saúde, sejam elas da APS, da AES ou dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, impedem a operacionalização fluida do trabalho em rede.

A concepção de uma rede que funcione de forma articulada, onde o paciente seja encaminhado, atendido e acompanhado sem rupturas ou perdas de informação, exige

não apenas a conectividade tecnológica entre os pontos de atenção, mas, fundamentalmente, uma cultura de trabalho colaborativo e horizontal. Isso implica superar a lógica tradicionalmente hospitalocêntrica, que historicamente supervaloriza os hospitais em detrimento de outros pontos de atenção, e valorizar o papel central da APS como coordenadora da rede e ordenadora do cuidado. A construção de RAS eficazes demanda investimentos significativos em infraestrutura física e tecnológica, educação permanente e, acima de tudo, forte engajamento político para superar interesses setoriais e garantir que a saúde pública seja, de fato, uma prioridade.

Um dos desafios mais prementes e que perpassa todos os demais é a necessidade de reformular a formação dos especialistas em saúde no Brasil. Tradicionalmente, a formação tem sido focada em áreas específicas, com ênfase excessiva na doença e na fragmentação do corpo e com pouca ou nenhuma atenção à integralidade do cuidado e ao trabalho em rede (Rede Unida, 2025). Essa abordagem contribui para a dificuldade de articulação entre os níveis de atenção e para a fragmentação do cuidado ao paciente.

É essencial que os currículos dos cursos de especialização, residências médicas e multiprofissionais sejam reformulados para incorporar conteúdo que promovam uma visão holística do paciente. Isso inclui a compreensão de que o indivíduo é mais do que a soma de seus órgãos e sistemas e que sua saúde é influenciada por fatores sociais, econômicos e culturais. A formação deve enfatizar a importância da comunicação interprofissional, da colaboração em equipes multiprofissionais e da capacidade de atuar em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Programas de educação continuada e residências multiprofissionais, com forte componente de atuação em rede e na interface com a APS, podem contribuir significativamente para essa mudança de paradigma. A exposição dos futuros especialistas à realidade da APS, por exemplo, pode gerar uma compreensão mais profunda dos determinantes sociais da saúde e do papel da Atenção Primária na coordenação do cuidado. Além disso, a valorização da telemedicina e de outras ferramentas digitais na formação pode preparar os profissionais para as novas modalidades de assistência, que demandam habilidades de comunicação e manejo de tecnologia.

A capacidade de trabalhar em rede não é inata; ela precisa ser ensinada e praticada. Isso envolve o desenvolvimento de habilidades de liderança compartilhada, negociação, resolução de conflitos e, sobretudo, a habilidade de ver o sistema de saúde como um todo interconectado, e não como silos de especialidades. A formação deve estimular a reflexão crítica sobre o próprio papel do especialista dentro da RAS e a compreensão

de que a melhor assistência ao paciente muitas vezes reside na colaboração e na troca de saberes com outros profissionais e níveis de atenção.

3.8 Inovação tecnológica: potencial e desafios para a otimização da AES

A incorporação de tecnologias digitais na Atenção Especializada (AES) possui um potencial transformador para otimizar processos, elevar a qualidade do atendimento e ampliar o acesso aos serviços de saúde. A PNAES reconhece essa importância, propondo a ampliação do telessaúde e telediagnóstico, bem como a implementação de prontuários eletrônicos em toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Rede Unida, 2025). As ferramentas digitais, incluindo a inteligência artificial, podem, dependendo do seu uso, revolucionar a forma como a saúde especializada é entregue, desde a triagem e o encaminhamento de pacientes até o apoio ao diagnóstico e à decisão terapêutica.

Podemos destacar algumas dessas tecnologias e seus impactos, ressaltando que a inovação tecnológica na AES não se limita a essas ferramentas, podendo incluir também o uso de inteligência artificial para análise de grandes volumes de dados (*big data*), apoio à decisão clínica e até mesmo na personalização de planos de tratamento (Marchiori *et al.*, 2020). No entanto, para que a inovação seja plenamente benéfica, é fundamental que seja acompanhada de políticas públicas que garantam infraestrutura, capacitação e marcos regulatórios claros, evitando que a tecnologia se torne mais uma barreira de acesso em um sistema já desafiado.

3.8.1 Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) representa um avanço significativo na gestão da informação em saúde. Ele permite o registro digitalizado e padronizado de todas as informações clínicas dos pacientes, incluindo histórico médico, resultados de exames, diagnósticos, tratamentos e prescrições. O PEP facilita o acesso e a troca de informações entre os diferentes profissionais de saúde e os diversos pontos de atenção na rede, independentemente de sua localização geográfica. A implementação do PEP contribui, significativamente, para a continuidade do cuidado, pois permite que todos os envolvidos no tratamento de um paciente tenham acesso a um histórico completo e atualizado, reduzindo a necessidade de repetição de informações e exames. Ele também auxilia na redução de erros médicos, pois alertas automáticos podem ser configurados para interações medicamentosas ou alergias, e melhora a eficiência dos serviços ao agilizar o acesso à informação. No entanto, sua plena adoção enfrenta desafios como a interoperabilidade entre diferentes sistemas (garantir que sistemas de diferentes

fornecedores possam “conversar” entre si), a garantia da segurança e privacidade da informação (cibersegurança e Lei Geral de Proteção de Dados-LGPD) e a necessidade de padronização de terminologias e processos clínicos. Investimentos em infraestrutura de TI robusta e capacitação dos usuários se tornam imprescindíveis.

3.8.2 Telessaúde

A telessaúde, que engloba a utilização de tecnologias de informação e comunicação (TICs) para a prestação de serviços de saúde a distância, tem se mostrado uma ferramenta poderosa, especialmente no contexto da AES. Ela pode ser utilizada para teleconsultorias (orientação a distância de profissionais de saúde da APS por especialistas), telediagnósticos (interpretação de exames a distância, como telerradiologia e teledermatologia) e telemonitoramento (acompanhamento remoto de pacientes com doenças crônicas).

No âmbito da AES, a telessaúde tem o potencial de ampliar significativamente o acesso a especialistas, especialmente em regiões remotas ou com carência de profissionais, reduzindo as desigualdades regionais. Ela também pode otimizar o tempo dos especialistas, permitir a discussão de casos complexos sem a necessidade de deslocamento físico do paciente e qualificar a Atenção Primária por meio do apoio a distância.

Contudo, a implementação de programas de telessaúde requer investimentos substanciais em infraestrutura tecnológica (internet de alta velocidade, equipamentos de videoconferência), capacitação de profissionais para o uso adequado das ferramentas e, crucialmente, o estabelecimento de regulamentações claras e seguras para a prática, garantindo a qualidade e a segurança do atendimento.

3.8.3 mHealth (Saúde Móvel)

A *mHealth* refere-se ao uso de dispositivos móveis, como *smartphones*, *tablets* e *wearables* (dispositivos vestíveis), para a prestação de serviços de saúde. Aplicativos de *mHealth* podem ser utilizados para uma vasta gama de propósitos, como o monitoramento de condições crônicas (diabetes, hipertensão), envio de lembretes de medicação, promoção de hábitos saudáveis, acesso a informações de saúde confiáveis e comunicação facilitada entre pacientes e profissionais de saúde.

Na AES, a adoção de *mHealth* pode aumentar a adesão ao tratamento, ao permitir que o paciente gerencie sua própria saúde de forma mais ativa e receba suporte contínuo. Ela pode melhorar a comunicação, facilitando o contato para dúvidas e acompanhamento. Além disso, a coleta de dados em tempo real por meio de dispositivos móveis

pode fornecer aos especialistas informações valiosas sobre a evolução da condição do paciente, permitindo ajustes no tratamento de forma mais ágil e personalizada. Os desafios incluem a garantia da segurança dos dados, a necessidade de aplicativos com interface amigável e validade clínica e a superação de uma lacuna digital, para garantir que todos os pacientes, independentemente de sua condição socioeconômica, possam se beneficiar dessas tecnologias.

4. QUASE CONCLUSÃO: BUSCANDO SUPERAR OS DESAFIOS

A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), concebida para reorientar e qualificar a Atenção Especializada no SUS, enfrenta desafios complexos que reverberam em todos os pontos discutidos. A implementação de uma política nacional em um país de dimensões continentais e com uma estrutura federativa complexa como o Brasil é, por si só, uma tarefa hercúlea.

A governança federativa – a forma como os entes federal, estadual e municipal interagem e se coordenam – é um dos nós críticos. A complexidade do pacto federativo, com diferentes prioridades políticas, capacidades de gestão e realidades locais em cada esfera, dificulta a uniformidade e a celeridade na adoção e execução das diretrizes da PNAES.

A questão do financiamento, já amplamente abordada, emerge como uma barreira estrutural intransponível sem a garantia de recursos adequados e estáveis. Sem os investimentos necessários, as iniciativas ambiciosas propostas pela PNAES, como a ampliação da oferta de serviços, a modernização da infraestrutura, a aquisição de novas tecnologias e a capacitação de pessoal, permanecem no papel ou são implementadas de forma fragmentada e com impacto limitado.

A integração entre os níveis de atenção, a regulação eficiente do acesso e a gestão do cuidado centrada no usuário – que são os pilares da PNAES – exigem uma mudança paradigmática profunda na forma como o SUS é organizado e opera. Isso implica superar lógicas fragmentadas, corporativas e hospitalocêntricas, que historicamente moldaram a atenção à saúde no país, em favor de uma abordagem em rede, colaborativa e que coloque o paciente no centro do processo. A transição para um trabalho em rede, embora fundamental para a integralidade, encontra fortes resistências na prática diária, manifestadas pela falta de reconhecimento dos papéis de cada ponto de atenção, pela dificuldade de estabelecer fluxos contínuos de pacientes e informações e pela resistência à delegação de responsabilidades.

O “Agora Tem Especialistas” agrega novos atores externos, como Ministério da Fazenda, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS), operadoras de planos e seguros saúde, serviços privados diversos, exigindo mais capacidade do governo para as negociações necessárias. Exige arcabouço normativo denso do ponto de vista quantitativo e de conformidade legal. O mesmo ocorre com o desafio da adequação e criação de sistemas de informação compatíveis e com a gestão da informação. Portanto, o programa ampliou a necessidade de equipes em quantidade e com as competências e habilidades exigidas para a formulação e implementação de soluções nas três esferas: União, estados e municípios.

A inovação tecnológica, apesar de seu imenso potencial, também apresenta desafios significativos à implementação da PNAES. A disparidade no acesso à tecnologia entre as diferentes regiões do país, a necessidade de investimentos contínuos em infraestrutura de TI e a urgência de capacitação dos profissionais para o uso efetivo dessas ferramentas são pontos críticos. A superação desses desafios requer uma reflexão crítica e a adoção de estratégias que promovam a sustentabilidade, a equidade e a integralidade no SUS.

A PNAES é um documento norteador essencial, mas sua efetividade dependerá de um compromisso contínuo, articulado e multidisciplinar de todos os atores envolvidos na gestão e prestação de serviços de saúde no Brasil, acompanhado de rigoroso monitoramento e de ajustes contínuos para responder às necessidades dinâmicas da população.

Já dissemos que os desafios que se impõem à AES no Brasil são intrincados e multifacetados, tecendo uma complexa teia que reflete as particularidades do Sistema Único de Saúde e a vasta demanda por serviços de saúde em um país continental. A insuficiência e a iniquidade no financiamento, a desarticulação persistente entre a Atenção Primária e a Especializada, as ineficiências nos sistemas de regulação, a fragmentação da gestão do cuidado, as dificuldades inerentes à consolidação das Redes de Atenção à Saúde, os obstáculos à plena adoção da inovação tecnológica e os entraves na implementação da própria Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) configuram um panorama que exige intervenção estratégica e contínua.

A compreensão aprofundada desses desafios é o ponto de partida para a concepção e implementação de soluções inovadoras. A inteligência artificial, de fato, emerge como uma ferramenta possível para otimizar alguns dos processos de regulação de acesso, auxiliar no diagnóstico e tratamento, ajudar na personalização dos planos de cuidado e aprimorar a articulação entre os níveis de atenção por meio de sistemas integrados e preditivos. No entanto, é fundamental que sua incorporação seja planejada e executada

em conjunto com a superação dos desafios estruturais e organizacionais e com o protagonismo dos trabalhadores da saúde, garantindo que a tecnologia atue como um facilitador da equidade e do acesso, e não como mais um elemento de exclusão.

Superar os obstáculos delineados exige um comprometimento político firme, a alocação de investimentos consistentes e sustentáveis, a capacitação profissional contínua e a reorganização dos processos de trabalho com foco na integralidade e na centralidade no usuário. A formação de especialistas com uma visão mais ampla, aptos a atuar em rede e a compreender o paciente em sua totalidade, é um passo crucial nesse percurso. A PNAES, com suas diretrizes e proposições, oferece um roteiro valioso, mas sua plena concretização dependerá da capacidade do sistema de saúde brasileiro de transformar cada desafio em uma oportunidade de melhoria contínua, visando garantir acesso equitativo, qualificado e humanizado à Atenção Especializada para todos os cidadãos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.M. *et al.* **Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada no SUS**: reflexões para uma integração assistencial oportuna, efetiva e centrada no usuário do SUS. Rede APS, 2025. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2025/06/NT-Regulacao-Rede-APS-ABRASCO-08junho2025-versao-preliminar.pdf> Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. **Medida Provisória nº 1.301**, de 30 de maio de 2025. Institui o Programa Agora Tem Especialistas, dispõe sobre o Grupo Hospitalar Conceição S.A.. Brasília: MS, 2025a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2025/medidaprovisoria-1301-30-maio-2025-797527-publicacaooriginal-175524-pe.html> Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 1.604**, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde. Brasília: MS, 2023d. 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: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 3.492**, de 8 de abril de 2024. Dispõe sobre o Programa Agora Tem Especialistas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2024a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3492_11_04_2024.html Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 7.266**, de 18 de junho de 2025. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde. Brasília: MS, 2025b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-7.266-de-18-de-junho-de-2025-637187199> Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.492**, de 11 de abril de 2024. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde. 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES). **Documento Disparador**: subsídios para a construção da Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde. Brasília: MS, 2023c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES). **Relatório**: Conferência Livre de Atenção Especializada: desafios e perspectivas. Brasília: MS, 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. **Relatório da Oficina de Planejamento Estratégico**. Brasília: MS, 2023a.

CARMO, M. Programa Mais Acesso a Especialistas: histórico, desafios e governança. Belo Horizonte, 2025. Mimeo.

MACHADO, W.C.A. *et al.* Integralidade na Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 3, e4480016, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cjN6jtXwsf6nT43YgVDf8xf/?format=html&lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2025.

MARCHIORI, C. *et al.* **Artificial intelligence decision support for medical triage**. arXiv preprint arXiv:2011.04548, 2020. Disponível em: <https://arxiv.org/abs/2011.04548> Acesso em: 25 jul. 2025.

REDE UNIDA. **Seminário discute a nova Política de Atenção Especializada para o SUS**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/junho/seminario-internacional-discute-nova-politica-de-atencao-especializada-para-o-sus>. Acesso em: 25 jul. 2025.

SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA Brasília, DF. **Resumo Executivo -Workshop de Especialistas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Equipe de Relatoria.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). **Apoio à formulação e Implementação da Política Nacional de Atenção Especializada no Sistema Único de Saúde (SUS)**: Cartografia da Atenção Especializada no Brasil. [S. l.]: [s. n.], 2023. Documento orientador para pesquisadores de campo. doi: 10.13140/RG.2.2.31628.08323. Disponível em: repositorio.unifesp.br. Acesso em: 25 jul. 2025.

VARGAS, I. *et al.* Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health Policy and Planning**, v. 30, n. 6, p. 705-717, 2015. DOI: 10.1093/heapol/czu048. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapol/article/30/6/705/733288> Acesso em: 25 jul. 2025.

Projeto de Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde – AES

Este questionário deve ser preenchido por gestores e dirigentes de serviços especializados que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde-SUS, para o cadastramento de experiências inovadoras na Atenção Especializada.

As informações aqui registradas servirão de substrato para uma Mostra Virtual de Experiências Inovadoras, que será divulgada oportunamente.

Sugere-se que, antes de iniciar o preenchimento, sejam coletados documentos, fotos, arquivos de texto e de imagens relativos à experiência inovadora, que poderão ser anexados à descrição da experiência.

A qualquer momento você pode salvar o que já preencheu e voltar depois ao questionário. Para isso, você deve teclar a qualquer momento o botão “Para continuar depois”. Você receberá um *e-mail* com o remetente “Atenção Especializada” contendo um *link* que o redirecionará novamente para o questionário.

Importante: O tempo de resposta de todas as questões foi estimado em 30 a 45 minutos.

1. Olá, qual **seu nome**?
2. Você aceita este termo de consentimento?

Declaro que estou de acordo que os conteúdos por mim preenchidos neste questionário eletrônico sejam acessados, analisados e citados em publicações pela equipe de Coordenação e Pesquisadores do Projeto Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde (AES) e, se selecionados, seja autorizada a sua apresentação em Mostra Virtual de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde e em relatórios e apresentações no âmbito deste projeto.

3. Qual seu **melhor email**?

4. **Qual seu whatsapp?**
5. Qual o **nome da instituição?**
6. Qual seu cargo/função?
7. Especifique seu cargo/função em (nome da organização).
8. Digite o **nome** da experiência inovadora.

Se a experiência ainda não tem um nome, crie um bem curto, que remeta aos processos impactados e/ou resultados alcançados.
9. Precisamos saber o **município que sediou a origem** da experiência.

Selecione o município que sediou a origem da experiência.
10. Informe o **CNES da Unidade de Saúde** onde a experiência foi desenvolvida, testada ou implementada.
11. **Qual tipo** de instituição/entidade apresenta essa experiência inovadora?
12. Especifique o **tipo de instituição** ou entidade que apresenta essa experiência inovadora.
13. Qual o **nível da organização** onde se dá o principal *locus* da inovação?
14. Qual o **status** da experiência inovadora?
 - a) Em concepção
 - b) Em andamento
 - c) Concluída
15. A experiência (nome da experiência) ... Está **circunscrita a qual área?**
16. Especifique a área, local ou locais em que está circunscrita a experiência inovadora ou que é atingida pela inovação.
17. Especifique a **data de início** da experiência inovadora.
18. Especifique a **data de encerramento** da experiência inovadora.
19. Qual foi a motivação para a inovação?

Responda qual o problema/desafio a inovação se propôs a resolver.
20. A iniciativa da inovação foi de **qual ator?**
21. **Escreva o nome** do agente externo ou parceiro da organização.
22. A experiência inovadora **possui relação** com alguma organização externa?

(empresas, instituições de ensino/pesquisa, Outros)

23. Escreva o **nome da organização externa** que possui relação com a experiência inovadora:
24. **Descreva como foi a interação** da (o nome da organização) com a experiência (nome da experiência).
25. Em forma de texto, **descreva a experiência inovadora.**

O contexto e os problemas que ela pretendeu impactar, o histórico de seu desenvolvimento e implementação, avaliações realizadas, impactos alcançados, etc. Procure destacar aspectos da inovação relacionados à sua aplicabilidade em outras instituições.

26. Deseja anexar **arquivos complementares**?
27. Houve desenvolvimento de um **pré-teste** ou **experiência-piloto**?
28. Por favor, faça uma **breve descrição** de como foi o pré-teste/experiência-piloto.
29. Qual foi a **duração em meses** do pré-teste/experiência-piloto?
30. Qual foi a aceitação da inovação que compõe a experiência pelo **nível de direção** da organização? (Secretários, adjuntos, diretores, superintendentes, superintendentes adjuntos, assessorias de gabinete).
31. Qual foi a aceitação da inovação que compõe a experiência no **nível gerencial** da organização? (Gerentes de setor, chefes de departamento, gerentes de equipes, coordenadores de projetos ou programas).
32. Qual foi a aceitação da inovação que compõe a experiência no **nível operacional** da organização? (Atendimento direto ao paciente, atividades assistenciais ou de apoio).
33. A **aceitação** ou percepção dos usuários (pacientes e familiares) atingidos pela inovação foi medida?
34. Descreva o **instrumento de avaliação** aplicado.
35. Descreva qual instrumento de avaliação **foi elaborado** e **ainda não aplicado**.
36. Descreva eventuais **resistências** ou restrições à implantação da inovação, por quais atores ou setores e quais argumentos apresentados pelos resistentes.
37. A implantação da inovação foi precedida de um processo institucional e documentado de **planejamento**?

Por exemplo: publicação em órgão oficial, documento institucional do tipo: portaria, instrução normativa, ofício, memorando.

38. Por favor, descreva **sucintamente** como foi feito esse planejamento.
39. A implantação da inovação **reduz os custos** de algum processo ou conjunto de processos na área ou unidade?
40. Há evidências de que a experiência inovadora tenha gerado impacto nos custos?
41. Por favor, descreva o impacto nos custos.
42. A experiência inovadora gera **custos** regulares de custeio da manutenção da experiência?
43. Possui estimativa de **quanto** é o valor do gasto mensal para a manutenção da experiência?
44. Por favor, descreva em reais (R\$) aproximadamente o **quanto é o gasto** mensal com a experiência.
45. A experiência contou com um modelo de **avaliação** prévio?
46. Por favor, **descreva** o modelo de avaliação utilizado.
47. Os impactos da **experiência inovadora** (nome da experiência inovadora) foram medidos?
48. Por favor, descreva quais foram os impactos observados resultantes da experiência inovadora.
49. Que tipo de impacto direto a experiência inovadora causa?
50. Por favor, descreva como a experiência inovadora impacta a **saúde da população**.
51. Por favor, descreva como a experiência inovadora impacta a o **estado de saúde de usuários específicos**.
52. Por favor, descreva como a experiência inovadora impacta os **processos gerenciais de unidade de saúde hospitalar ou ambulatorial**.
53. Por favor, descreva como a experiência inovadora impacta nos **processos de trabalho relacionados diretamente ao cuidado dos usuários**.
54. A experiência inovadora tem algum componente que valoriza a escuta e/ou acolhimento dos usuários ou outra abordagem humanizadora do cuidado?
55. Por favor, descreva como a experiência inovadora (nome da experiência) valoriza a escuta e/ou acolhimento dos usuários ou outra abordagem humanizadora do cuidado.
56. Houve participação dos trabalhadores na elaboração e na implementação da experiência inovadora (nome da experiência)?

57. Por favor, descreva como foi a participação dos trabalhadores na elaboração e na implementação da experiência inovadora (nome da experiência).
58. Houve participação do controle social (Conselhos de Saúde) ou de outra modalidade ou forma de organização dos usuários dos serviços no processo de desenvolvimento ou implantação da experiência inovadora (nome da experiência)?
59. Por favor, descreva como foi a participação do controle social (Conselhos de Saúde) ou de outra modalidade ou forma de organização dos usuários dos serviços no processo de desenvolvimento ou implantação da experiência inovadora (nome da experiência).
60. A experiência inovadora contribui com a articulação em rede dos serviços de saúde ou na integração entre serviços de uma mesma unidade?
61. Descreva como a experiência inovadora contribui com a articulação em rede dos serviços de saúde.
62. A implantação da inovação foi precedida de um processo institucional de comunicação interna/divulgação?
63. Descreva como se deu o processo institucional de comunicação interna/divulgação.
64. Descreva os eventuais limites ou fatores dificultadores identificados na implantação/implementação da experiência inovadora.
65. Descreva eventuais estratégias propostas ou adotadas para a superação dos limites ou fatores dificultadores.

Muito obrigado pela sua participação neste levantamento!

As informações que você registrou neste questionário, após análise do grupo de pesquisadores, serão divulgadas numa Mostra Virtual de Experiências Inovadoras na AES, cujo lançamento será informado em seu *email*.

Qualquer informação sobre o projeto pode ser obtida por meio de envio de *email* para o endereço: mostraatencaoespecializada@feluma.org.br.

Listagem das experiências inscritas

Número	Experiência Inovadora	Instituição
1	Teleinterconsulta em Endocrinologia como mediadora da Atenção Especializada e Atenção Primária de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba
2	Implantação de um Centro de Saúde LGBT+ específico	Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba
3	Estratégias de melhoria no atendimento às urgências e emergências pediátricas em Belo Horizonte	Hospital Metropolitano Odilon Behrens – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
4	Acolher, cuidar, humanizar e integrar o cuidado em rede às vítimas de violências atendidas no HOB	Hospital Metropolitano Odilon Behrens – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
5	Caminhos para a implementação da profilaxia pré-exposição ao HIV	Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga
6	Atenção multiprofissional no pré-natal de alto risco	Hospital Metropolitano Odilon Behrens – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
7	Estratégia para o cuidado continuado na Pediatria por meio da alta responsável e ambulatório de egresso hospitalar	Hospital Metropolitano Odilon Behrens – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
8	Fortalecimento do cuidado ortopédico ao idoso: A implantação do protocolo para cirurgia de fêmur	Hospital Metropolitano Odilon Behrens – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
9	A utilização da ultrassonografia na consulta de enfermagem	Hospital Sofia Feldman
10	Garantia de acesso oportuno à Oncologia - por meio da transferência do cuidado entre o hospital geral e o centro de atendimento oncológico	Hospital Metropolitano Odilon Behrens – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
11	Casa da Gestante Zilda Arns	Hospital Sofia Feldman
12	Uso de ferramentas de gestão na otimização do tempo de internação hospitalar	Hospital Metropolitano Odilon Behrens – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
13	Implantação das linhas de cuidado da criança de risco, propedêutica do câncer de mama e pré-natal de alto risco	Policlínica Municipal de Ipatinga – Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga
14	Projeto Luz da Vida	Centro de Controle de Doenças Infectoparasitárias – Secretaria Municipal de Saúde de Ipatinga

15	Narrativa de uma prática inovadora em saúde mental em Perdões	Centro de Referência em Saúde Mental Perdões – Secretaria Municipal de Saúde de Perdões
16	Projeto Meu Rolê	Superintendência de Redes de Atenção à Saúde / Diretoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas / Secretaria Municipal de Saúde de Contagem
17	Equipe itinerante de saúde mental	Secretaria Municipal de Saúde de Contagem
18	Regulação, matriciamento e atendimento multiprofissional em Nefrologia no município de Belo Horizonte	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
19	PROMAI - Programa Maternoinfantil	Santa Casa de Misericórdia de Passos
20	Oficinas externas com parcerias interinstitucionais e comércio local	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Inspiração/ Secretaria Municipal de Saúde de Pirapora
21	A importância da implantação do Centro de Atenção Psicossocial I durante a pandemia do coronavírus 19	Secretaria Municipal de Saúde de Serra do Salitre
22	Letramento em saúde com ênfase na nutrição.	Centro Estadual de Atenção Especializada - CEAE Santo Antônio do Monte.
23	A potência da educação continuada em saúde mental focada no cuidado humanizado pelos profissionais de saúde da RAPS em interlocução com o CAPS I Regional de Serra do Salitre	Secretaria Municipal de Saúde de Serra do Salitre
24	perfil clínico-epidemiológico de gestantes de alto risco da micro Taioibeiras e Salinas	Centro Estadual Atenção Especializada CEAE de Taioibeiras – CEAE Taioibeiras
25	Intervenções interdisciplinares e suas conquistas	Centro Estadual de Atenção Especializada de Santo Antônio do Monte - CEAE Santo Antônio do Monte
26	Ostomia é vida: dando visibilidade a uma deficiência invisível	Unidade Ambulatorial de Pirapora / Secretaria Municipal de Saúde de Pirapora
27	Hospital em Rede	Fundação de Saúde Dilson de Quadros Godinho
28	Implantação da Central de Regulação de Consultas e Exames	Centro Estadual de Atenção Especializada Dona Lica de Patrocínio - CEAE Patrocínio
29	Lesões de pele suspeitas de malignidade	Secretaria Municipal de Saúde de Pirapora
30	Projeto Mãe Piraporense	Secretaria Municipal de Saúde de Pirapora
31	Informatização na Saúde: uso de protocolos com QR code para transparência das filas	Secretaria Municipal de Saúde de Itamarandiba-MG.
32	O saber e prática no SUS	Secretaria Municipal de Saúde de Ijaci
33	Inovando a jornada oncológica no sudoeste de Minas Gerais. Resultados de um piloto que utilizou aplicativo e plataforma digital para ofertar acesso às intercorrências clínicas, promover o cuidado digital e qualidade de vida durante o tratamento oncológico	Santa Casa de Misericórdia de Passos

34	Implantação do Escritório de Valor em Saúde	Hospital Universitário Ciências Médicas de Minas Gerais – HUCM / Fundação Educacional Lucas Machado – FELUMA.
35	Comanejo clínico-cirúrgico	Hospital Metropolitano Odilon Behrens – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
36	Implantação do huddle assistencial em um Hospital Geral	Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
37	Atendimento aos pacientes com transtornos mentais em um hospital geral	Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
38	Implantação do projeto de Experiência do Paciente em um hospital geral	Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
39	Implantação da ferramenta Dias Vermelhos em Verdes	Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
40	Comanejo clínico-cirúrgico e seus avanços para assistência integral	Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
41	Ressignificando e fortalecendo o papel do CEAE Leopoldina	Centro Estadual de Atenção Especializada de Leopoldina - CEAE Leopoldina
42	Implementação da IA NoHarm pelo serviço de Farmácia Clínica	Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
43	Optidata: sistema automatizado para aquisição e processamento de dados de ecobiometria no IOCM-MG	Instituto de Olhos Ciências Médicas -IOCM / Fundação Educacional Lucas Machado - FELUMA
44	Escore de prioridades	Hospital Risoleta Tolentino Neves
45	Linhas de cuidado para doenças cardiovasculares e gastrointestinais	Ambulatório Ciências Médicas / Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais - FCMMG
46	Aprimorando a governança de hospitais universitários por meio da melhoria de macroprocessos de faturamento hospitalar	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais - HCUFG/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH
47	Grupos aceleradores como ferramenta de gestão multiprofissional para ações de segurança do paciente.	Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro
48	Inteligência Artificial na Farmácia Clínica	Hospital Risoleta Tolentino Neves
49	Mutirão de limpeza integrada	Hospital Risoleta Tolentino Neves
50	Unidade de AVC: cuidados e equipe multiprofissional integrados	Hospital Metropolitano Odilon Behrens / Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
51	Habilitação, reabilitação e inclusão da pessoa com deficiência visual	Fundação Olhos d'Alma – Conselheiro Lafaiete
52	Junta Reguladora da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: regulando o acesso e garantindo direitos	Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu
53	Telemedicina na UPA JK Consulta online	Serviço Social Autônomo de Contagem

54	Plano de cuidados: uma ferramenta de qualificação do Centro Estadual de Atenção Especializada	Centro Estadual de Atenção Especializada de Teófilo Otoni - CEAE Teófilo Otoni
55	Redução dos gargalos e aumento de produção do TMO	Hospital Universitário de Universidade Federal de Minas Gerais - HU-UFJF/EBSERH
56	Implantação do suporte intermediário de vida - SIV	SAMU de Contagem – Secretaria Municipal de Saúde de Contagem
57	A experiência do CEAE Diamantina com o uso de plantas medicinais: valorização do saber popular	Centro Estadual de Atenção Especializada - CEAE gerenciado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha - CISAJE
58	Revelando filas de espera com transparência e refinando a gestão a partir de Business Intelligence - BUSCASAÚDEJF	Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora
59	Ciclo de atenção contínua	Centro Estadual de Atenção Especializada de Teófilo Otoni - CEAE Teófilo Otoni
60	Implantação da plataforma digital para agendamento no Centro Estadual de Atenção Especializada.	Centro Estadual de Atenção Especializada de Teófilo Otoni - CEAE Teófilo Otoni
61	Organização voltada para resultados	Centro Estadual de Atenção Especializada de Lavras - CEAE de Lavras
62	Laboratório de Cuidado de Crônicos em Rede – Etapa 1	Fundação de Saúde Dilson Godinho
63	Dimensionamento da capacidade operacional da equipe multiprofissional do CEAE de Brasília de Minas	Centro Estadual de Atenção Especializada de Brasília de Minas – CEAE Brasília de Minas
64	Equipe de antibioticoterapia	Secretaria Municipal de Saúde de Contagem
65	Implantação da Capelania no Serviço de Atenção Domiciliar	Secretaria Municipal de Saúde de Contagem
66	Contratualização global do HU-UFJF	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFJF / EBSERH)
67	Uso da tenecteplase no atendimento pré-hospitalar	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste para o gerenciamento de serviços de Urgência e Emergência - CIS-URG OESTE
68	Implantação da Unidade de Suporte Intermediário de Vida	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste para gerenciamento dos Serviços de Urgência e Emergência - CIS-URG OESTE
69	Curso de imersão de ultrassom <i>Point Of Care</i> no APH	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste para o gerenciamento dos Serviços de Urgência e Emergência - CIS-URG OESTE
70	Treinamento de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com dispositivo de feedback	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste para o gerenciamento dos Serviços de Urgência e Emergência - CIS-URG OESTE

71	Fluxograma mente integrada	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste para gerenciamento dos serviços de urgência e emergência - CIS-URG Oeste
72	Enfermeiro na Central de Regulação de Urgências	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste para o gerenciamento dos serviços de Urgência e Emergência - CIS-URG OESTE
73	Cuidar juntos para prevenção da mortalidade materno, infantil e fetal	Secretaria de Estado da Saúde - Unidade Regional de Saúde de Januária – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – SES MG

MINICURRÍCULOS

Cláudia Regina de Resende Castro

Especialista em Educação na Saúde pelo Hospital Sírio Libanês. Graduada em Psicologia pela UFMG, com formação em Psicanálise e Clínica AD. Ex-preceptora da RISM na RAPS-BH. Formação na abordagem Diálogo Aberto e Práticas Dialógicas pelo Instituto NOOS. Supervisora clínica na RAPS de Pará de Minas.

Clarissa Santos Lages

Médica. Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG. Especialista em Medicina de Família e Comunidade, com especialização adicional em Preceptoria Médica. Atua como Supervisora do Programa Mais Médicos para o Brasil, em regiões de difícil acesso da Amazônia. Coordenadora do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e professora da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Coordena, ainda, o Núcleo de Telessaúde da Fundação Lucas Machado.

Ernesto Azevedo

Médico pediatra neonatologista. Graduado pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (1989). Especialista em Pediatria e Neonatologia pela Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Mestrado em Ciências da Saúde pelo Instituto Fernandes Figueira (1996). Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Saúde Maternoinfantil, e na área de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Fausto Pereira dos Santos

Médico sanitarista. Doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp. Ex-Secretário Estadual de Saúde de MG. Ex-Secretário Adjunto de Saúde de Belo Horizonte. Ex-dirigente do Ministério da Saúde. Presidiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por dois mandatos. Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental (EPPGG). Pesquisador da Fiocruz Minas. Colaborador da FELUMA.

Francisco Carlos Cardoso de Campos

Graduado em Medicina pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (1982). Mestre em Administração pela FACE/ UFMG (2000). Desde 1989 é pesquisador no NESCON/ UFMG. Professor na Pós-graduação da FELUMA. Consultor da OPAS no Ministério da Saúde. Tem experiência na área de Administração, com ênfase em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Gestão Hospitalar, Métodos Quantitativos em Planejamento, Monitoramento e Avaliação e Gestão e Relações Intergovernamentais no setor. No Ministério da Saúde coordenou a elaboração da RENASES e dos parâmetros de programação da AES (Portaria 1631/2015).

Jorge Raimundo Nahas

Médico graduado pela *Universidad de La Habana* (Cuba). Especialista em Cirurgia Geral e Administração Hospitalar. Ex-diretor do Hospital Público Regional de Betim. Ex-coordenador-geral de Gestão Hospitalar do Ministério da Saúde. Ex-presidente da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

Lana Estefane de Oliveira Braga

Enfermeira formada pela UFV/MG. Referência técnica no CERSAM em Belo Horizonte. Especialista em Saúde Mental pelo HOB/MG. Especialista em Urgência e Emergência e em Saúde da Família pela Universidade Cândido Mendes-RJ. Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Europeia do Atlântico Norte.

Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos

Médica com residência em Medicina Preventiva e Social. Doutora em Saúde Coletiva. Professora adjunta da Universidade Federal de Sergipe. Mestre com concentração em Epidemiologia. Especialista em Medicina do Trabalho, em Gestão Hospitalar e em Direito Sanitário. Ex-Secretária de Saúde de Ipatinga. Ex-Secretária de Saúde de Aracaju. Ex-Secretária Estadual de Inclusão e Assistência Social de Sergipe. Ex-Subsecretária de Gestão Regional de Saúde de Minas Gerais. Ex-Secretária Executiva da ANS.

Marconi Moura Fernandes

Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2010). Pós-graduado em Análise Institucional, Esquizoanálise e Esquizodrama: Clínica de Indivíduos, Grupos, Organizações e Redes Sociais pelo Instituto Félix Guattari/ Fundação Gregório Barenblitt (2012). Mestre em Enfermagem na linha de Educação em Saúde pela UFMG (2016).

Maria do Carmo

Médica sanitaria. Doutora em Administração, com experiência na gestão hospitalar e na gestão do sistema de saúde - Secretária Adjunta da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Subsecretária na Secretaria de Estado da Saúde de MG. Diretora de departamentos do Ministério da Saúde. Atual consultora da SAES/Ministério da Saúde, e Vice-Reitora de Integração Docente Assistencial da FELUMA.

Orozimbo Henriques Campos Neto Profissional

Farmacêutico (UFMG). Mestre e doutor em Saúde Pública (UFMG). Pesquisador do GPES/UFMG e bolsista OPAS. Professor no MBA em Gestão de Saúde (PUC/MG), na Especialização em Saúde Coletiva (FACSETE) e nos cursos de Medicina (FASEH) e Farmácia (FCV). Professor substituto na UFMG e teleconsultor no Telessaúde Brasil Redes. Atuou como gestor na SES-MG e nas Secretarias de Saúde de Pedro Leopoldo e Contagem-MG.

Políbio José de Campos Souza

Psiquiatra e Sanitarista. Coordenador da Residência Integrada de Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental do HOB – RAPS BH (Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte). Psiquiatra do CAPS III - CERSAM Noroeste BH e compõe a Gerência da Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte.

Roseli da Costa Oliveira

Médica sanitaria. Residência em Medicina Preventiva e Social na Faculdade de Medicina da UFMG. Mestre em Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP. Especialista em Gestão Hospitalar pela ESP-MG, coordenadora Operacional de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Diretora do Hospital Regional de Betim, gerente de regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Secretária de Saúde de Sabará-MG. Subsecretária de Regulação da Secretaria de Estado da Saúde de MG.

Rosiene Maria de Freitas

Graduada em Ciências Biológicas pela UFMG. Especialista em Vigilância Sanitária e em Direito Sanitário pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Mestre em Saúde Pública – Políticas de Saúde e Planejamento pelo DMPS/ Faculdade de Medicina da UFMG. Doutora em Ciência Política pelo Departamento de Ciência Política da FAFICH / UFMG.

Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda

Doutor em Ciências da Saúde (UNIMONTES). Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Atenção Básica e Saúde da Família (UFMG). Graduado em Enfermagem (FIPMOC). Sanitarista com atuação na Gestão e Planejamento em Saúde e na Formação e Educação Permanente de profissionais para o SUS. Possui experiência na Atenção Especializada, como pesquisador do Projeto Cartografia da AE no Brasil (UNIFESP) e no Apoio Institucional da PNAES/PMAE em Minas Gerais (SAES/MS).

Este livro foi impresso na Gráfica Formato, no tamanho 17 x 24 cm, com miolo em papel couchê 90 g e capa em papel Supremo 250 g. O texto foi composto na fonte Myriad Pro e os títulos na fonte Constantia.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem como missão liderar esforços estratégicos de colaboração entre os Estados Membros e outros parceiros para promover a equidade em saúde, combater as doenças e melhorar a qualidade e prolongar a vida dos povos das Américas.

Nesse contexto, a cooperação técnica com a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (SAES/MS) do Brasil tem se destacado por fomentar inovações e o compartilhamento de experiências exitosas que fortalecem o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios de integralidade, universalidade e equidade e priorizando um enfoque de Atenção Primária à Saúde não apenas como um nível de cuidado, mas como uma filosofia que coloca o direito à saúde e as necessidades da população como eixo estruturador da organização dos serviços, que privilegia uma abordagem intersectorialidade da determinação social, meio ambiente e comerciais da saúde a partir do território e impulsionando uma projeção comunitária que reforça a participação social.

O Projeto de Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde (AES) é fruto de uma Carta Acordo firmada entre a OPAS e a Fundação Educacional Lucas Machado (FELUMA), em resposta a uma demanda da SAES/MS. O projeto teve como propósito identificar, avaliar, documentar e compartilhar experiências inovadoras na Atenção Especializada à Saúde, tanto ambulatorial quanto hospitalar, visando melhorar a qualidade dos serviços, o acesso à atenção especializada e a gestão desse setor no âmbito do SUS em Minas Gerais, contribuindo para a implementação da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES).

As experiências reunidas nesta publicação refletem o compromisso de gestores, profissionais e instituições com o aprimoramento contínuo da Atenção Especializada à Saúde. Elas traduzem o esforço coletivo em desenvolver e consolidar modelos inovadores de organização do cuidado, de gestão e de integração entre serviços ambulatoriais e hospitalares, orientados pelas necessidades das pessoas, de suas famílias e comunidades nos territórios.

Essas práticas evidenciam como soluções inovadoras e colaborativas podem promover melhorias significativas na qualidade da atenção, na eficiência da gestão e na ampliação do acesso aos serviços especializados, contribuindo para uma atenção mais resolutiva e articulada com o Primeiro Nível de Cuidados, numa perspectiva de regionalização coerente com os princípios da PNAES.

Ao valorizar e difundir essas iniciativas, este livro reforça o papel da produção de conhecimento e da gestão de evidências como instrumentos fundamentais para o fortalecimento do SUS. A OPAS reconhece o empenho da FELUMA, da SAES/MS e de todos os parceiros envolvidos nesta cooperação técnica, que reafirma a importância da inovação e da cooperação interinstitucional como caminhos para o avanço das políticas públicas de saúde no Brasil.

Que este trabalho sirva de inspiração para novas iniciativas e para a consolidação dos sistemas de saúde das Américas, avançando na agenda da Saúde Universal.

Dr. Cristian Morales

Representante da Organização Pan-Americana da Saúde /
Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil

ISBN: 978-65-88250-56-3



9 786588 250563

Projeto de Mapeamento e Análise Crítica de Experiências Inovadoras na Atenção Especializada à Saúde (AES)



REALIZAÇÃO



OPAS



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

APOIO

