

Seminário
Internacional de
**Atenção
Especializada
à Saúde**

**DOCUMENTO
DISPARADOR**

**Subsídios para a construção da
Política Nacional de Atenção
Especializada em Saúde**



SUMÁRIO

1. De que atenção especializada estamos falando?	3
2. Diagnóstico da atenção especializada no Brasil	4
3. Escopo da Política Nacional de Atenção Especializada	7
4. Desafios que deverão ser enfrentados em uma política para a Atenção Especializada	8
4.1. A mudança do modelo de Atenção Especializada com suas implicações na demanda e na oferta dos serviços de saúde no SUS.....	9
4.2. O modo de organização dos serviços e a necessidade de estruturá-los na lógica de Redes de Atenção à Saúde.....	10
4.3. O fortalecimento da AB promovendo a ampliação de sua resolubilidade e capacidade de ordenação do acesso e coordenação do cuidado.....	12
4.4. O modelo de gestão e de funcionamento dos serviços de AE.....	13
4.5. A qualificação da regulação assistencial.....	15
4.6. A orientação do processo de transformação digital na saúde.....	18
4.7. A incorporação tecnológica e a necessidade de atualização do parque tecnológico.....	20
4.8. A formação e provimento e a fixação de profissionais de saúde no âmbito da atenção especializada.....	20
4.9. A mudança do modelo atual de financiamento da AES.....	22
4.10 Problemas afeitos à relação público-privada na AE.....	23
5. Proposta de Diretrizes para a PNAES	24
6. Proposta de Eixos para a PNAES	25
7. Referências Bibliográficas	26

1. De que atenção especializada estamos falando?

As definições de Atenção Especializada (AE) na literatura e nas normativas federais são sempre relativas à e dependentes de outras definições. Delimita-se uma parte dentro de um todo que, normalmente, exige a referência a quatro elementos: a díade de atenção básica e atenção especializada; a tríade atenção primária, secundária e terciária; a subdivisão atenção ambulatorial e atenção hospitalar; a relação da atenção especializada com e na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Com relação à **díade**, considera-se de partida a definição de Atenção Básica (AB) (ou Primária - APS) historicamente presente na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Assim, a AB envolve ações de saúde individuais, familiares e coletivas; promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde; é realizada por equipe multiprofissional; é dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária; deve ser o local de acesso preferencial da população e centro de comunicação da RAS, buscando ao máximo garantir o acesso, coordenar e ordenar as ações dos demais pontos de atenção (Ministério da Saúde, 2017). Por oposição, o que não é AB seria AE.

A **tríade**, Atenção Primária, Secundária e Terciária remete à contradição entre garantir o máximo de acesso e racionalizar, hierarquizar e organizar estruturas e recursos no território com economia de escopo, de escala e de modo sustentável. Assim, da atenção primária à terciária, percorre-se o caminho do que mais pode ser capilarizado e colocado à disposição do máximo de pessoas com acesso menos regulado, ao que que é mais denso em termos de tecnologias duras, raro, caro e cujo acesso deve ser cuidadosamente regulado para garantir atenção oportuna e equidade. Observa-se essa mesma lógica nas subdivisões média e alta complexidade, sendo o custo dos procedimentos ofertados um fator decisivo para esta

A subdivisão **Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)** e **Atenção Hospitalar (AH)**, como o próprio nome diz, remete a distintos desenhos de cuidado e de serviços, sendo o fator intersetorial o diferenciador. Porém, é importante notar que não é a natureza do estabelecimento que determina esta distinção, haja vista que grande parte da AAE é realizada em ambulatórios de estabelecimentos hospitalares.

Por fim, o **papel que se atribui à AE na RAS** interfere fortemente em sua compreensão e desenho concreto. Além de caber a ela o papel de ser um nível de referência para a AB, há uma tessitura de pontos de atenção e fluxos, bem como sistemas de apoio e logísticos que resultam em uma complexidade de relações que estabelecem elencos de ofertas, compromissos e pedidos que os serviços reais de AE desenvolvem na RAS.

Considerando o tratado acima e as definições de Chioro e Solla (2012) e da Rede Humaniza-SUS (2023), propõe-se que a **AE seja compreendida como** um conjunto de conhecimentos, práticas e serviços de saúde envolvendo a atuação de profissionais especializados na produção do cuidado secundário e terciário, incluindo a utilização de insumos e equipamentos com maior densidade de tecnologias duras. A definição da AE nos coloca de imediato um problema teórico-prático a ser aprofundado pelo seu papel na produção do cuidado, sua interface com a atenção básica, sua interface

com a atenção hospitalar, ou mesmo a inclusão desta como parte da AE.

A AE é caracteristicamente demarcada pela incorporação de processos de trabalho que englobam maior densidade de tecnologia dura e deve ser ofertada de forma regionalizada e hierarquizada, com economia de escopo e escala, para assegurar adequada relação custo/benefício, qualidade da atenção, atendimento em tempo oportuno, efetividade e sustentabilidade. A população alvo da AE são pessoas que apresentam, num dado momento, a necessidade de cuidados mais intensivos e/ou diferentes daqueles disponíveis na AB. Assim, a AE ocupa um lugar de retaguarda da AB em um sistema de cuidados integrais. Assume responsabilidades pelos usuários, de modo temporário, atendendo-os com vínculo e responsabilização, mas dialogando, compartilhando decisões e preservando a relação e vínculo preferencial do mesmo com a AB, lugar de coordenação principal do cuidado do usuário. Seu acesso deve ser a partir da AB e a disposição de seus serviços deve ser regionalizada e articulada, evitando sobreposições, perdas de economia de escala e escopo, morosidade e ineficiências.

2. Diagnóstico panorâmico da atenção especializada no Brasil

O relatório do Governo de Transição observou que houve a partir de 2016 uma piora generalizada em indicadores de saúde, com destaque para (Gabinete de Transição Governamental, 2022): 1) redução da taxa de coberturas vacinais; 2) queda acentuada de consultas, cirurgias, procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados pelo SUS, na atenção básica, especializada e hospitalar, atrasando o início do tratamento de doenças crônicas, tais como cânceres e doenças cardiovasculares, entre outras; 3) retorno de internações por desnutrição infantil provocadas pela fome; 4) estagnação na trajetória de queda da mortalidade infantil; e 5) aumento de mortes maternas. Identificou como causas do grave quadro sanitário brasileiro os retrocessos institucionais, orçamentários e normativos que levaram ao desmonte das políticas de saúde, que afetaram o funcionamento de diversas áreas do SUS e que degradam a autoridade sanitária nacional e o papel de coordenação e articulação do Ministério da Saúde (MS).

O Grupo de Trabalho da Saúde do Gabinete de Transição (2022) pontuou os principais problemas relacionados à AE, incluindo algumas redes e linhas de cuidado. A equipe da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES), considerando este relatório e ampla análise feita a partir do início do governo até este momento, aponta como problemas prioritários da AE no SUS, ou com importante repercussão na AE, que deverão ser enfrentados:

1- Desmonte de ações do MS - descontinuidade de políticas para redes especializadas de atenção

1.1 Desfinanciamento e estagnação do processo de expansão da rede de cuidados oncológicos e redução de ações de rastreamento e diagnóstico como, por exemplo, mamografias, biópsias e exames anatomopatológicos no SUS;

1.2 Desfinanciamento, irregularidade nas habilitações e sucateamento dos equipamentos existente dos serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA);

1.3 Baixa cobertura e ineficiência do serviço do SAMU na região amazônica, do pantanal sul-mato-grossense e regiões de difícil acesso;

1.4 Extinção do Plano Viver Sem Limite, interrupção de ações voltadas para implementar a rede de cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no contexto da RAS e descontinuidade de ações de reabilitação articuladas entre Centro Especializado em Reabilitação (CER) e AB com o fim do financiamento aos NASFs;

1.5 Desmobilização de ações de cuidado para pessoas com autismo, incluindo capacitação profissional, projetos intersetoriais promovidos pela saúde com interface na cultura, mercado de trabalho, assistência social e esporte e lazer.

2- Desfinanciamento progressivo resultante da EC 95;

3- Ausência do papel do MS na Gestão compartilhada do SUS somada à aprovação de novas políticas sem pactuação com gestores estaduais e municipais;

4- Redes de Atenção à Saúde (RAS) negligenciadas e sem reajustes financeiros há anos com grande número de serviços estaduais e municipais em funcionamento sem financiamento federal por represamento de habilitações,

4.1 Atenção Domiciliar, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Urgência e Emergência (RUE), hospitais de ensino, hospitais filantrópicos 100% SUS e hospitais de pequeno porte (HPP) com repasses e incentivos sem reajuste há mais de 10 anos;

5- Modelo tradicional de atenção que remonta aos INAMPS da década de 1970;

6- Vigilância em Saúde e Emergências de Saúde Pública: o desastre humanitário da resposta à COVID-19

6.1 com queda acentuada de atendimentos, de exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos desde o início da Pandemia;

6.2 bem como aumento da demanda reprimida e agravamento das condições clínicas que dependem de tempo oportuno para diagnóstico e tratamento, como câncer, doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas não transmissíveis, com aumento do tempo de espera e das filas para especialistas;

7- Política Nacional de Atenção Básica errática, fragilização do Programa Mais Médicos e falta de efetividade do Programa Médicos pelo Brasil;

8- Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas antagônica à reforma psiquiátrica brasileira;

8.1 Ruptura no processo de construção, desfinanciamento e sucateamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), articulada com a AB e outros serviços de saúde, diminuindo a capacidade do SUS em acolher e ofertar cuidados psicossociais adequados;

8.2 Desmobilização de programas substitutivos para maior humanização no processo de cuidado das pessoas que necessitam de atendimento em saúde mental, como o Programa de Volta pra Casa;

8.3 Fragilização da atenção à saúde mental na RAPS e dos serviços de reabilitação infantil, sobrecarregando as famílias e cuidadores de crianças com problemas de saúde mental e/ou deficiências;

9- Política regressiva de Atenção Integral à Saúde das Mulheres;

10- Desmonte do Complexo Econômico Industrial da Saúde tendo como consequências, entre outras, o desabastecimento nos hospitais e centros especializados de insumos e material médico para realização de exames de apoio diagnóstico e procedimentos;

11- Ausência de diálogo com o controle social e participação popular.

3. Escopo da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES)

A situação atual impõe a necessidade de enfrentar problemas e responder de maneira imediata às necessidades atuais do sistema de saúde, ao mesmo tempo em que se constrói as bases estruturantes para melhorar as condições de enfrentamento permanente e sustentado desses mesmos problemas e de outros. Com isso, aponta-se aqui desafios e diretrizes para a construção de iniciativas de curto, médio e longo prazo.

Atualmente, a AE é regulamentada por diversas normativas, de forma fragmentada, não se constituindo propriamente enquanto uma política estruturada. Por essa razão, impõe-se ao MS, à gestão tripartite do SUS e ao Controle Social identificar e dimensionar adequadamente os principais problemas da AE, com vistas a apontar diretrizes de formulação e formular políticas, programas e iniciativas que enfrentem esses problemas.

Assim, a PNAES deverá tratar de princípios, diretrizes e eixos estruturantes que deverão ser observados em todas as iniciativas referentes à AE. As iniciativas devem ser coerentes entre si, sinérgicas e articuladas porque deverão ser implementadas em RAS reais. Deste modo, a PNAES deverá dar base, por exemplo, para a reformulação ou criação de Redes Temáticas, programas dirigidos a determinadas linhas de cuidado ou tipos de estabelecimentos de saúde; para a reformulação de políticas como a Política Nacional de Regulação, a Política Nacional de Atenção Hospitalar, a Política para Hospitais de Ensino, para uma nova política para os Hospitais Federais do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, a Política Nacional de Prevenção e Tratamento do Câncer, a Política Nacional de Transplantes, a Política Nacional de Controle do Tabagismo, a Política para o Sangue, a Política de Atenção às Doenças Raras, para a retomada e ampliação do Viver Sem Limites incorporando a linha de cuidado do autismo.

4. Desafios que deverão ser enfrentados em uma política para a Atenção Especializada

No Brasil, a atenção especializada é um campo de disputas entre interesses e projetos antagônicos. Cenário recortado por diferentes conflitos e poderes, a atenção especializada se caracteriza como um dos principais “nós críticos” do Sistema Único de Saúde (SUS) na busca pela garantia do direito universal à saúde integral e equânime.

O acesso em tempo oportuno à atenção especializada em saúde (AES), nos níveis secundário e terciário, apoio diagnóstico e terapêutico, é um ponto importante de estrangulamento do sistema de saúde. Constitui-se como um dos principais desafios para o SUS apontado em produções acadêmicas e análises de equipes de gestão do SUS (FRANCO, T. B. & MAGALHÃES JÚNIOR, 2003; SECRETARIA DE SAÚDE DE RECIFE, 2022). Há uma demanda crescente, à qual os gestores não conseguem responder, que exerce grande pressão por estes recursos assistenciais, resultando em longas filas de espera para os procedimentos com pior proporção oferta-demanda. Assim, **ampliar o acesso à atenção especializada**, em tempo oportuno, com referência territorial, visando a redução e otimização das filas para cirurgias eletivas, consultas e exames especializados, melhoria da qualidade assistencial, equidade, integralidade e a maior eficiência na aplicação dos recursos financeiros, é o mais importante objetivo da PNAES, que deverá ser objeto de ações de curto, médio e longo prazo.

Tendo como referência esse macro objetivo, a construção da PNAES passa, também, por analisar **alguns desafios** que expressam problemas e necessidades que deverão ser objeto de intervenção da política, tais como os apontadas à frente:

- 1- A mudança do modelo de Atenção Especializada (AE) com suas implicações na demanda e na oferta dos serviços de saúde no SUS;
- 2- O modo de organização dos serviços e a necessidade de estruturá-los na lógica de Redes de Atenção à Saúde (RAS);
- 3- O fortalecimento da AB promovendo a ampliação de sua resolubilidade e capacidade de ordenação do acesso e coordenação do cuidado;
- 4- O modelo de gestão e de funcionamento dos serviços de AE, bem como o processo de trabalho de suas equipes e a relação com a RAS;
- 5- A qualificação da regulação assistencial, cujo modo de organização e funcionamento tem resultado em longos tempos de espera, realização de procedimentos desnecessários, pouca transparência e utilização de diretrizes clínicas, frágil coordenação do cuidado, pouca responsabilização e comunicação entre equipe demandantes, ofertantes e usuários;
- 6- A orientação do processo de transformação digital na saúde em função das necessidades do SUS, aproveitando as suas potencialidades, promovendo ganhos de efetividade, de eficiência e inovações no processo de trabalho;
- 7- A incorporação tecnológica e a necessidade de atualização do parque tecnológico visando a efetividade e eficiência do sistema de saúde, o avanço

tecnológico, a geração de emprego e renda no Brasil;

8- A formação e provimento e a fixação de profissionais de saúde no âmbito da atenção especializada, com ênfase em regiões de maior vulnerabilidade e vazios assistenciais;

9- A mudança do modelo atual de financiamento dos serviços, procedimentos, estabelecimentos e equipes de saúde da AE; e

10- Problemas afeitos à relação público-privada na AE.

Além de apontar prioridades da agenda governamental, a discussão sobre os desafios tendo a amadurecer um certo modo de analisá-los e debatê-los que poderá informar a formulação da PNAES. Por este motivo, a seguir, são apresentadas reflexões disparadoras para provocar o debate coletivo associado a este processo de formulação da PNAES.

4.1 A mudança do modelo de AE com suas implicações na demanda e na oferta dos serviços de saúde no SUS

Diversos fatores são elencados como causadores dessa progressiva desproporção entre demanda e oferta de serviços. A crescente demanda pode ser relacionada a quatro fatores principais: a situação socioeconômica da população; a transição demográfica e epidemiológica; o modo como a população, influenciada pelo modelo de atenção hegemônico, demanda preferencialmente os serviços especializados; e a variação da resolubilidade da Atenção Básica. O modelo de atenção é decisivo tanto na geração da demanda quanto no modo específico de resposta à mesma. Compreender esse modelo e seu modo de produção e reprodução é necessário para compreender seu enraizamento, para analisar e intervir em sua reprodução enquanto práticas de saúde e estruturação dos serviços de saúde (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003; SOLLA; CHIORO, 2012; SECRETARIA DE SAÚDE DE RECIFE, 2022).

O modelo da atenção especializada, ainda bastante influenciado pelo modelo do complexo médico-industrial, é centrado em procedimentos médicos de diagnóstico e tratamento, responsabilizando-se pouco pela produção do cuidado de modo compartilhado com o usuário e pouco se comprometendo com a resolução de seus problemas de saúde. É focado na dimensão biomédica da doença e restringe-se ao indivíduo, em detrimento de colocar a pessoa e suas necessidades de saúde no centro do cuidado. Nele prevalece o controle da profissão médica sobre as práticas de maior valor simbólico e econômico, há pouco trabalho interprofissional, grande fragmentação do processo de cuidado e alienação do profissional em relação ao seu papel no processo de trabalho, na linha de cuidado e no sistema de saúde. Há excessiva autonomia e individualização da tomada de decisão de cuidado, reproduzindo nos serviços públicos de saúde a antiga lógica da medicina liberal do consultório individual, no qual as decisões cabem, somente, ao médico e ao cliente, com sobreposição daquele sobre este (MERHY, 2002; SOLLA; CHIORO, 2012; SECRETARIA DE SAÚDE DE RECIFE, 2022; CITAR GIRARDI; GERVAIS, MACHADO etc.).

O modo como a prática médica se estruturou na produção social de saúde e no mercado do Brasil ao longo do Século XX privilegia uma medicina superespecializada, fragmentada, intervencionista e hiperconsumidora de consultas, medicamentos,

exames e diversos outros procedimentos. Há uma valorização simbólica e econômica do subespecialista, em especial daquele que atua nos serviços privados. Essa valorização influencia as preferências dos usuários, a expectativa profissional dos médicos em formação e a proporção, absolutamente desequilibrada, entre médicos especialistas e generalistas nos sistemas públicos e privados de saúde no país (MERHY, 2002; SOLLA; CHIORO, 2012; SECRETARIA DE SAÚDE DE RECIFE, 2022; CITAR GIRARDI; GERVAS, MACHADO etc.)

Assim, entende-se que **mudar o modelo de atenção é um primeiro desafio central da PNAES** necessário para modificar a atual demanda da população e oferta dos serviços de saúde. Necessário para qualificar a atenção à saúde ampliando seus graus de integralidade e de interprofissionalidade, humanizando a atenção e fazendo-a mais centrada na cidadã e no cidadão, mais comprometida com a coprodução do cuidado junto com a pessoa, com a melhoria da situação de saúde, do bem estar e ampliação de autonomia das pessoas. Necessário ainda à melhoria da efetividade e eficiência dos serviços, possibilitando fazer mais e melhor com os recursos públicos mobilizados.

4.2 O modo de organização dos serviços e a necessidade de estruturá-los na lógica de Redes de Atenção à Saúde (RAS)

A localização e escopo dos serviços de saúde, o modo de organizar o acesso e o funcionamento de cada um deles, bem como as relações e fluxos entre estes serviços, em uma mesma rede de atenção à saúde, também apresenta uma série de problemas comuns que têm persistido ao longo do tempo. O modo como os serviços estão dispostos no território, seu escopo, escala e papel na rede de atenção, via de regra, estão desatrelados das necessidades de saúde da população e dos parâmetros técnicos e epidemiológicos existentes. Pode ser melhor explicado por um processo histórico caracterizado pela concentração da capacidade em mercados mais fortes e por decisões e respostas pouco planejadas à emergência de problemas na relação oferta-demanda (SOLLA; CHIORO, 2012; SECRETARIA DE SAÚDE DE RECIFE, 2022).

Assim observa-se, de um lado, sobreposição, redundância e competição entre serviços, internamente nas redes pública e privada, bem como entre serviços públicos e privados. A concentração de serviços, procedimentos com maior adensamento de tecnologia dura e de profissionais nos mercados consumidores mais ricos, contrasta com a escassez dos mesmos para atender a população mais pobre e vulnerável. Os longos tempos de espera para serviços especializados com oferta crítica no SUS contrastam com a subutilização de vários especialistas, seja devido ao modo de organização dos serviços, seja devido ao modo como o mercado de trabalho inclui, bloqueia a entrada ou exclui profissionais e especialistas. O cuidado é fragmentado, com pouca articulação, trabalho em equipe e coordenação do cuidado dentro de cada serviços e na relação de um serviço com os demais que compõem os itinerários terapêuticos dos usuários e usuárias e as diversas linhas de cuidado que compõem a rede. Os serviços acabam por apresentar resolubilidade abaixo do que seria o esperado (SOLLA; CHIORO, 2012; SECRETARIA DE SAÚDE DE RECIFE, 2022). Soma-se a isso, a baixa capacidade dos gestores municipais e estaduais contratarem serviços na rede complementar devido aos valores pouco atrativos e ao financiamento insuficiente. Assim, a capacidade ociosa da rede complementar para contratualização com o poder público é insuficiente às necessidades atuais.

O modo como os serviços estão dispostos e organizados expressa forte legado pré-SUS de uma RAS caracterizada por uma AB restrita, com programas verticalizados de saúde pública e serviços de pronto atendimento pouco resolutivos que funcionavam segundo o modelo denominado “consulta”, baseado em uma resposta queixa-conduta (GONCALVES; SCHRAIBER; NEMES, 1990; MAGALHÃES JÚNIOR, 2014). Grandes serviços ambulatoriais e, principalmente, os hospitais, em especial os universitários, portavam-se como se fossem um sistema de saúde completo, isolado do restante da rede, oferecendo serviços de nível primário, secundário e terciário, mas sem atuação no território (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014).

Após a Constituição de 1988 e a criação do SUS, ampliou-se os serviços públicos de forma significativa com notável protagonismo das gestões municipais. São marcantes o ousado processo de municipalização da gestão de serviços de saúde, a expansão da cobertura da AB com a Estratégia de Saúde da Família e a inovação na criação e organização de serviços que buscavam atender de maneira mais ampla e integral às necessidades de saúde da população. A iniciativa e experimentação municipal contrastava com a timidez de uma gestão estadual que ainda buscava compreender o seu papel em uma federação trina, uma gestão tripartite e um sistema que deveria ser regionalizado e com comando único. O MS, por sua vez, com dificuldades de planejamento central e de transformar os modos de financiamento do sistema herdados do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, (INAMPS), em um primeiro momento, foi assumindo protagonismo combinando a difusão nacional de políticas nascidas nos municípios com a progressiva indução financeira de programas e modos de organização dos serviços. Isso, a partir do Século XXI, por exemplo, conformou a AB, desenvolveu uma Rede de Atenção Psicossocial substitutiva ao modelo manicomial, implementou, expandiu e organizou uma Rede de Urgências, principalmente em seus componentes pré-hospitalares fixo e móvel. Porém, o conjunto dos serviços de saúde não foram planejados e organizados como RAS regionais, predominando a supracitada sobreposição, redundância e competição entre serviços (SILVA, 2009; SOLLA; CHIORO, 2012; MAGALHÃES JÚNIOR, 2014; SECRETARIA DE SAÚDE DE RECIFE, 2022).

Nos últimos anos, especialmente durante a vigência do chamado “teto de gastos”, disciplinado pela Emenda Constitucional nº 95, criado no Governo Temer e mantido no Governo Bolsonaro, houve retração dos recursos federais para a saúde sobrecarregando estados e municípios (MACEDO, 2021; MORETTI et al., 2022). Associado a isso, o governo federal perdeu protagonismo na coordenação nacional do sistema de saúde, sendo o caso mais gritante e trágico o observado no enfrentamento da Pandemia da Covid-19, quando estados e municípios precisaram assumir o comando das ações em seus territórios precisando contrapor, em algumas casos, recomendações federais (FERNANDEZ; PINTO, 2020).

Com falta de direção nacional e esgotamento da capacidade de financiamento municipal, o período mais recente observou um inédito protagonismo dos governos estaduais com muita variação em termos de intensidade, escopo e sentido entre uma unidade da federação e outra. No nível terciário observa-se uma espécie de “recentralização” devido ao número significativo de hospitais estaduais que foram criados nos últimos anos e à quantidade de serviços municipais que passaram para a gestão estadual, exercida diretamente ou por meio de organizações terceirizadas. No caso da atenção secundária, os últimos 10 anos viram surgir não só novos serviços esta-

duais como também políticas estaduais com propostas de regionalização de serviços de referência para grupos de municípios com maior ou menor articulação em rede. O mesmo pode ser observado com relação à programas de cirurgias e procedimentos eletivos e iniciativas relacionadas ao uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na saúde, seja para a informatização de serviços, para o compartilhamento de dados, em serviços de telessaúde/telemedicina ou ainda mais recentemente no contexto da Pandemia da Covid-19, serviços de orientação, atenção e monitoração remotos (BASTOS et al., 2022; PINTO et al., 2022).

Para enfrentar o cenário e problemas apontados acima, entende-se que **um segundo desafio da PNAES** é a organização dos serviços existentes, bem como a estruturação dos que ainda serão criados, como **RAS referidas a um território regionalizado**, tendo a AB como principal porta de entrada, ordenadora do acesso e coordenadora do cuidado, conformadas em função das necessidades de saúde da população, sem sobreposição e competição entre serviços, com gestão compartilhada, principalmente, entre estado e municípios da região de abrangência da RAS em questão, e com financiamento tripartite. A AES necessita ser organizada de forma regionalizada, buscando garantir a integralidade do cuidado em RAS (VIANA et al., 2018). A regionalização e a governança regional trazem a relação interfederativa como um desafio para a estruturação real das RAS regionais, devendo ser observados seus aspectos técnicos, políticos e a forma como são produzidas, inclusive pelas particularidades da estrutura federativa no contexto brasileiro (TOFANI et al., 2021). Componentes importantes para construção de um modelo de atenção especializada integrada às RAS são a provisão de transporte sanitário, planejamento, organização e financiamento com perspectiva regional.

4.3 O fortalecimento da AB promovendo a ampliação de sua resolubilidade e capacidade de ordenação do acesso e coordenação do cuidado

É forçoso reconhecer o enfraquecimento da AB no período recente fazendo-a perder, em parte, elementos importantes do modelo prioritário da AB do Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), tais como sua inserção territorial e responsabilidade por ações de promoção e proteção da saúde no território e junto à comunidade, sua atuação intersetorial e interprofissional para além dos muros dos consultórios, o vínculo entre os profissionais de uma mesma equipe e a própria ideia de atuação em equipe. Houve prejuízos também na prática mais ampla, integral e voltada às necessidades de saúde das pessoas, família e comunidades, dando lugar a uma pressão por foco em alguns poucos procedimentos e indicadores de saúde, com o risco de cuidar mais do cadastro e do indicador que das pessoas. Tudo isso reduz a resolubilidade da AB, sua capacidade de fazer diagnósticos precoces e de evitar evoluções indesejáveis para problemas de saúde que poderiam ser controlados em etapa anterior à necessidade de serviços especializados.

É farta a literatura nacional e internacional que mostra que os sistemas de saúde mais custo-efetivos e bem sucedidos tem base na AB. Esta, para cumprir esse papel, precisa cobrir mais de 70% da população, ser acolhedora e acessível, vincular os usuários, corresponsabilizar-se pela execução e acompanhamento dos planos de cuidado, ser resolutiva, ter mais capacidade de ordenar o acesso aos demais serviços da RAS e de coordenar o cuidado. Contudo, o que se observa é que a AB está sobrecarregada, com insuficiência de profissionais, de recursos e com muitas pessoas sob

sua responsabilidade, tem sido pouco resolutive, apresentado excessiva quantidade de encaminhamentos desnecessários, mostrando pouca capacidade de coordenar o cuidado e de tomar decisões sobre a realização de exames e encaminhamentos de usuários aos serviços da AE.

Com isso, articulado à estruturação das RAS, é necessário apontar **um terceiro desafio que é o fortalecimento da AB promovendo a ampliação de sua resolubilidade e capacidade de ordenação do acesso e de coordenação do cuidado**. Deve estar à disposição AB, por exemplo, os recursos terapêuticos e diagnósticos necessários para cuidar da gestação e do crescimento e desenvolvimento da criança, incluindo a decisão compartilhada sobre a necessidade de atendimento especializado. O mesmo deve ocorrer no caso da saúde mental, prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, cuidado às doenças crônicas, entre outras necessidades de saúde. Assim, a decisão sobre a realização para esses casos de exames como ultrassonografia, endoscopia, colonoscopia, eletrocardiograma, biópsias de baixa complexidade, entre outro, não pode ter o destino de uma fila de regulação.

O enfrentamento desse desafio exige a implementação de estratégias que deverão ser desenvolvidas a partir de uma articulação da AB com a AE. São exemplos dessas estratégias o apoio matricial e a promoção de formatos de decisão e cuidado compartilhado entre profissionais, equipes e serviços da AB e AE; a disponibilização de recursos de apoio diagnóstico e terapêutico para utilização e encaminhamento decidido diretamente pelas equipes de AB; a descentralização de decisões de regulação, entre outras. Esse fortalecimento da AB, por meio de uma gestão compartilhada desses processos e recursos mais, digamos, proximais da AE, demandará fortemente o uso intensivo de TIC e o avanço em dimensões do que tem sido chamado de transformação digital, assunto tratado um pouco mais à frente.

4.4 O modelo de gestão e de funcionamento dos serviços de AE

Um olhar específico sobre os serviços ambulatoriais especializados mostra problemas qualitativos e quantitativos. Muitos dos primeiros estão relacionados ao modelo de atenção tratado acima. No funcionamento dos serviços ambulatoriais especializados, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, hospitais e serviços de urgência e emergência, predomina uma postura passiva, de espera do usuário, pouco responsabilizada com o cuidado da pessoa que precisa de cuidado continuado. Além disso, utilizam pouco estratégias de matriciamento, com protocolos assistenciais baseados em evidências, e compartilhamento do cuidado com a AB. Envolvem-se pouco em estratégias de telessaúde e, ao contrário da tendência do setor privado, não se engajam em estratégias de atendimento remoto aos usuários do SUS, não avançando na redução das filas de espera por meio da resolução de situações antes de serem atendidas presencialmente nos serviços de AE.

Assim, faz-se necessário avançar na proposição de um novo modelo organizativo para a AE com atuação matricial, conectado a uma potente estratégia de educação permanente, telessaúde, regulação com decisões compartilhadas, transporte sanitário e continuidade do cuidado na rede de atenção, integrada à AB e à rede hospitalar. Com relação à gestão destes serviços o que se observa é pouca atuação na vigilância epidemiológica de casos que precisam de cuidado continuado, na organização da agenda e do processo de trabalho, para além da gerência de escalas e das cargas

horárias. São poucas, por exemplo, equipes e núcleos dedicados à gestão do cuidado nos serviços ambulatoriais especializados fazendo a análise do perfil de usuários atendidos, buscando eficácia clínica, monitorando o número de consultas por usuário, avaliando a possibilidade e pertinência de dar “alta” com transferência de cuidado e de vínculo do usuário à AB, buscando evitar o efeito velcro (quando pacientes que deveriam ser eventualmente atendidos em um nível de atenção ou estabelecimento de saúde, por diversas razões, passam a ser permanentemente atendidos em outro e não há a transferência de cuidado e de vínculo novamente à AB, por exemplo), evitar procedimentos desnecessários no cuidado dos usuários e eliminando etapas evitáveis na regulação e itinerário terapêutico planejado para a pessoa.

Assim, qualificar o modelo de gestão e de funcionamento dos serviços de AE, bem como o processo de trabalho de suas equipes e a relação com a RAS, especialmente a AB, é um quarto desafio apontado neste texto para a PNAES.

Quantitativamente, é importante notar que a grande maioria dos procedimentos de AE são realizados nos ambulatórios dos grandes hospitais. Carmo (2023), analisando dados de 2021 do DATASUS, mostrou que aproximadamente 16% do total de consultas especializadas foram realizadas em 100 estabelecimentos de saúde (100 CNES) e 86% em 13.935 estabelecimentos. Ainda que saibamos que alguns CNES podem agregar diversos estabelecimentos de saúde, como o de secretarias de saúde, por exemplo, Carmo mostra que dentre os 100 estabelecimentos há significativa participação dos seguintes grupos de serviços: ambulatórios de hospitais vinculados a Instituições Federais de Ensino Superior (IFES); ambulatórios de hospitais vinculados a Instituições de Ensino Superior (IES) estaduais; ambulatórios dos hospitais federais do Rio de Janeiro; ambulatórios do Grupo Hospitalar Conceição; ambulatórios das grandes Santas Casas e outros grandes hospitais filantrópicos; ambulatórios de hospitais vinculados às Secretarias Estaduais de Saúde (SES); ambulatórios de hospitais vinculados às Secretarias Municipais de Saúde (SMS); grandes serviços ambulatoriais isolados vinculados tanto às SES quanto às SMS.

Carmo (2023) aponta ainda que muitos desses serviços se caracterizam por: acesso não regulado; pouca articulação com a AB para o manejo de pacientes e escassez de medidas necessárias para evitar o efeito velcro; baixa produtividade; altas taxas de absenteísmo; reduzida proporção de primeiras consultas, o que limita o acesso e aumenta os tempos de espera; insuficiência de procedimentos complementares necessários, como consultas de outros especialistas e procedimentos demandados pela especialidade inicial; e uso incipiente de tecnologias de telessaúde, de coordenação do cuidado e de monitoramento de pacientes à distância.

Com isso, a PNAES pode combinar **diretrizes e instrumentos de política pública dirigidos tanto aos serviços ambulatoriais especializados quanto aos ambulatórios dos serviços hospitalares**, abrangendo hospitais de pequeno a grande porte. Além disso, estes estabelecimentos que concentram grande parte das consultas precisam ser objeto de medidas e pactos específicos que façam com que sua capacidade instalada e oferta seja aproveitada da melhor maneira possível em função das necessidades e planejamento da RAS.

4.5 A qualificação da regulação assistencial

Um dos maiores desafios do SUS é a regulação do acesso à assistência à saúde ou, simplesmente, regulação assistencial. Esta pode ser entendida como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda das pessoas usuárias por serviços de saúde e o acesso a eles segundo diferentes perfis de demanda e de oferta, e a regulação do acesso é o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional do acesso universal, integral e equânime, independente de pactuação prévia estabelecida na programação de ações e serviços de saúde e da disponibilidade de recursos financeiros (CONASS, 2023).

Alguns autores (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014; MENDES, 2014; SECRETARIA DE SAÚDE DE RECIFE, 2022; CARMO, 2023) têm apontado características e problemas importantes que precisam ser enfrentados na regulação assistencial. À frente, há uma síntese de elementos desses estudos que são importantes para formular a qualificação dos processos regulatórios nas RAS:

- há elevado tempo de espera para a maioria das filas para procedimentos na Atenção Especializada;
- alimentada pelo tempo de espera e retroalimentando-o, há elevada taxa de absenteísmo para estes procedimentos;
- há grande burocratização do processo regulatório, com exigência de etapas desnecessárias nos fluxos estabelecidos, com a realização de retrabalho, quando mais de uma consulta/profissional precisa solicitar o mesmo procedimento, e por ser feita de forma impessoal, na qual pessoas parecem “conversar” com sistemas;
- a regulação do acesso, muitas vezes, centra-se em cada procedimento em vez de ser centrada no usuário e de considerar a linha de cuidado e/ou um conjunto de procedimentos que garanta a integralidade naquele ponto de atenção, o que provoca perda de tempo e deslocamentos desnecessários do usuário;
- há desconexão entre a consulta com o especialista e os procedimentos propedêuticos necessários à finalização do diagnóstico e, como as filas não são coordenadas, a redução da fila para um procedimento pode aumentar a fila em outro também necessário para a resolução de um determinado problema de saúde;
- são vários os pontos de decisão sobre o agendamento de procedimentos, sendo que parte significativa dos mesmos não são feitos com base em regras e critérios compartilhados por um sistema regulatório que incida sobre aquele território;
- - também são vários os pontos que tentam coordenar o acesso dos usuários aos serviços necessários ao seu itinerário terapêutico, não havendo mecanismos precisos e um ponto estabelecido de coordenação;
- uma parte muito menor do que o desejado das decisões são tomadas com base nas necessidades singulares dos usuários, em evidências claras,

com o maior grau possível de transparência, utilizando diretrizes clínicas e instrumentos de estratificação e classificação de risco clínico e de vulnerabilidade social;

- há ainda forte clientelismo nas decisões de quem terá acesso e para onde, exacerbando quando mais crítica é a relação demanda e oferta, e observa-se uma escalada do processo de judicialização, ambos atuando como fatores de iniquidade na regulação assistencial;
- há pouca comunicação e uso eficaz de sistemas de comunicação entre equipes e unidades demandantes, reguladoras e ofertantes de serviços, e entre estas e usuários, resultando em um diálogo insuficiente sobre as decisões, suas consequências e necessidades de ações posteriores;
- ainda é incipiente a regulação interna nos estabelecimentos de saúde, tanto no que se refere aos leitos hospitalares para o atendimento de urgência, realizada pelos Núcleos Internos de Regulação, onde estes existem, quanto na gestão das filas internas para procedimentos cirúrgicos eletivos, essa última com determinação multicausal como a desorganização do processo de atenção pré operatória/risco cirúrgico com ou sem o concurso de outros especialistas, incompatibilidade entre a real oferta dos centros cirúrgicos e leitos de retaguarda X oferta de consultas de avaliação pré operatória;
- com tudo isso, o modelo de regulação assistencial acaba por desresponsabilizar os serviços e equipes demandantes no processo regulatório, especialmente os profissionais da AB/APS, que deveriam ser os responsáveis pela ordenação do acesso e coordenação do cuidado, é raro o diálogo e o processo de cuidado não é caracterizado pela tomada de decisões compartilhadas;
- as equipes demandantes solicitam mais procedimentos que os necessários, passando a responsabilidade da análise, regulação e aplicação do conceito de equidade, quase integralmente, a equipes de regulação que conhece menos do que ela a situação real e a necessidades dos usuários encaminhados;
- nota-se forte presença de efeito velcro;
- a solução de TIC disponibilizada pelo Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), não é passível de adaptação para as características e necessidades municipais e estaduais, além disso, constitui silos de informações exclusivas do Ministério da Saúde (MS) que não são compartilhadas nem mesmo com os estados e municípios que usam o SISREG; e
- o ajuste entre demanda e oferta é feito geralmente pelo incremento da oferta, não se utiliza, regularmente, mecanismos de racionalização da demanda e da oferta, nem se faz uso de uma inteligência regulatória que relativize a ideia de que todas as demandas que estão no sistema devam ser atendidas do modo como foram demandas.

Mendes (2014) concorda que uma regulação assistencial eficaz é fundamental para a RAS. Critica o que considera predominante no SUS, uma regulação assistencial com base na gestão da oferta e defende que o sistema deveria desenvolver e implantar uma nova forma de fazer regulação assistencial com base numa gestão de base populacional. Para o autor esse modelo de programação de serviços e de regulação assistencial deveria ser feito em função de parâmetros que expressem as necessidades da população, considerando riscos sociais e sanitários de subpopulações e diretrizes clínicas baseadas em evidência. Além disso, deveria, por um lado, ajustar a oferta e a demanda por uma ação que se inicia pela racionalização da demanda, seguida pela racionalização da oferta, só havendo incremento da oferta caso seja julgado necessário. Por outro lado, defende que haja uma inteligência regulatória que não parta do pressuposto de que todas as demandas devam ser atendidas do modo como foram feitas.

É central que se incorpore na AE estratégias que transponham a formalidade da regulação cartorial e os obsoletos fluxos de referência e contrarreferência para consultas médicas especializadas, exames e procedimentos, geradores de filas. Em síntese, com base em diversos autores (SOLLA; CHIORO, 2012; MAGALHÃES JÚNIOR, 2014; MENDES, 2014; REIS et al., 2017; SECRETARIA DE SAÚDE DE RECIFE, 2022; CARMO, 2023), nas normativas e no tratado neste documento, **o enfrentamento desse quinto desafio da PNAES passa por:**

- objetivar a redução, ao mínimo possível, do tempo de espera e da taxa absenteísmo de procedimentos considerados necessários e oportunos;
- utilizar diretrizes clínicas, instrumentos de estratificação e classificação de risco clínico e de vulnerabilidade social;
- fortalecer o papel da AB/APS de ordenar o acesso às ações e serviços de AES e de coordenar efetivamente o cuidado, aumentando o poder de decisão da pessoa/equipe que mais conhece a situação real e a necessidades dos usuários encaminhados;
- promover maior responsabilização do demandante, seja ele da AB/APS ou não, pelo processo regulatório, possibilitando a tomada de decisões compartilhadas, especialmente quando elas resultam na agilização e priorização do acesso e redução da realização de procedimentos desnecessários,
- estimular um relacionamento pessoal e com vínculo entre profissionais de saúde, evitando o efeito de velcro e favorecendo a produção e gestão do cuidado compartilhada entre profissionais das unidades demandantes e ofertantes;
- ter mecanismos de coordenação do cuidado e de monitoração do acesso dos usuários aos serviços necessários ao seu itinerário terapêutico por parte de equipes demandantes e ofertantes;
- funcionar por meio de um processo informatizado, transparente, passível de monitoração, que maximize as possibilidades de comunicação e tomada de decisões compartilhadas, bem como tenha plasticidade suficiente

para comportar a participação de diferentes perfis: demandante de serviço/procedimento, regulador, teleconsultor, apoiador matricial e ofertante de serviço/procedimento, seja presencial ou remoto;

- possuir um ecossistema de soluções de TIC, disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, que interoperem com as demais soluções do Ministério e com soluções similares de estados e municípios, que sejam passíveis de adaptação, parametrização e/ou customização em função das necessidades e dos sistemas locais, que compartilhem dados e informações com estados e municípios e que consigam municiar o cidadão de informações pertinentes, bem como receber interações de feedback úteis, seja para monitoração e avaliação, seja para mecanismos de confirmação de agendamentos que possam reduzir o absenteísmo;
- ter um processo e fluxo regulatório que possua pontos e processos de decisão e de agendamento, regras e critérios definidos, transparentes e compartilhados por todos os envolvidos em sua execução;
- buscar promover redes vivas, em cada região, acompanhadas de uma regulação regional, edificada a partir da gestão compartilhada entre municípios e estado ordenando e regulando, de fato, o acesso dos diversos prestadores (estadual sob administração direta ou OSS, universitários, municipal, conveniados e contratados) em função do processo de gestão compartilhada regional, sem prejuízo do comando único, com um processo dinâmico de regulação, monitoramento e avaliação; e
- exercitar a gestão da informação com inteligência para conhecer suficientemente as filas, gerenciá-las com tecnologias adequadas, para evitar que a solução da fila de um tipo de procedimento gere outras na mesma linha de cuidado ou em outras linhas de cuidado que tenham procedimentos comuns.

4.6 A orientação do processo de transformação digital na saúde

Muitas das estratégias de superação dos desafios passam pela **gestão da informação e comunicação na RAS**, o que coloca as tecnologias de informação e comunicação (TIC) em um papel decisivo. De um modo geral, o que se percebe ainda é uma grande quantidade de serviços de AE sem informatização e conectividade. Também não há interoperabilidade de dados entre as soluções do próprio MS e nem entre elas e os sistemas utilizados por estados e municípios, resultando em retrabalho, insuficiência de informação, baixa capacidade de análise, de planejamento e gestão. Apesar dos esforços e desenvolvimentos realizados há mais de uma década e de haver avanços e resultados consistentes no âmbito de estados e município, no âmbito federal ainda inexistem um Registro Eletrônico de Saúde (RES) federal - solução que reúne o conjunto de informações de interesse clínico sobre uma pessoa registradas nos diversos sistemas e soluções - que facilite o cuidado articulado do usuário nos vários pontos de atenção. Por fim, há uma insuficiente “inteligência local” (municipal, por região de saúde ou estadual) com foco na coordenação do cuidado, monitoração e vigilância dos pacientes crônicos mais complexos, com consumo sistemático de serviços de saúde, maior potencial de agravamento, hospitalização e morbimortalidade (funções dependentes de soluções em TICs e boa capacidade de gestão da informação).

Mundialmente, o perfil epidemiológico caracterizado pela predominância das doenças crônicas e degenerativas e pelo envelhecimento da população tem aumentado os gastos em saúde e demandado um modelo de atenção à saúde mais personalizado, com cuidado longitudinal e integral, que engaje as pessoas em seu autocuidado, que desenvolva um trabalho interprofissional e articule a ação de diversos serviços da RAS. O armazenamento e uso intensivo de dados e aplicação de ferramentas de TIC no processo de trabalho, buscando ganhos de efetividade e eficiência e visando à produção de inovações nos serviços de saúde, denominado transformação digital, tem provocado mudanças significativas nos modos de atenção e vigilância em saúde e na gestão dos serviços e sistemas de saúde (ESPANHA e FONSECA, 2010; MAKARY; DANIEL., 2016; PINTO; SANTANA; CHIORO, 2022).

Dentre as mudanças mais tratadas pela literatura científica as seguintes podem ser destacadas: maior volume e qualidade das informações clínicas sobre os pacientes com maior capacidade de disponibilizá-la ao cuidador em tempo oportuno para influenciar positivamente a tomada de decisão e aumentar a resolubilidade; maior comunicação e compartilhamento de decisões entre profissionais de saúde que atuam em diferentes serviços, melhorando a coordenação do cuidado; qualificação dos encaminhamentos realmente necessários a outros serviços e redução dos encaminhamentos e solicitação de procedimentos (como consultas e exames) desnecessários, que oneram o sistema de saúde sem benefícios aos usuários; e otimização da oferta de serviços de saúde, com redução de filas e tempos de espera (PATRÍCIO et al., 2011; BELL et al., 2012; GONÇALVES, et al. 2013; MARCOLINO et al., 2013; MAKARY; DANIELI, 2016; MAEYAMA; CALVO, 2018; CELES et al., 2018).

Podem ser identificadas quatro dimensões nas quais estão focados os processos de transformação digital na saúde, tanto no setor público quanto privado: 1^a- informatização dos serviços de saúde e processos de trabalho; 2^a- interoperabilidade e troca de informações entre profissionais e serviços; 3^a- atendimento remoto; e 4^a- uso de inteligência artificial (PINTO; SANTANA; CHIORO, 2022). Tanto as recomendações de organismos multilaterais quanto a busca por eficiência e lucratividade do mercado têm apontado para essas quatro dimensões (TASCA; MASSUDA, 2020; FORBES, 2022).

Assim, a transformação digital na saúde é um sexto desafio da PNAES, promovendo inovações no processo de trabalho, assegurando a proteção dos dados pessoais dos cidadãos e a governança pública dos sistemas de informações em saúde, almejando ganhos de efetividade e eficiência, aperfeiçoamento do planejamento e da gestão de serviços e sistemas de saúde e a melhoria do acesso e da qualidade do cuidado, entendemos que é um desafio.

Operativamente, com relação à 1^a dimensão, é importante estimular a informatização e oferecer soluções de prontuários eletrônicos e de sistemas de gestão de serviços de saúde gratuitas para a informatização dos estabelecimentos de saúde do SUS, ambulatoriais e hospitalares. Na 2^a é necessário promover a utilização de modelos de informação pactuados de maneira tripartite em um processo que deve ter a liderança do MS, bem como atuar ativamente para construir as condições para interoperar dados dos sistemas de informação e das diversas soluções, sejam do MS, dos estados, dos municípios ou do mercado. Essa interoperabilidade é essencial para informar os processos de decisão relativos ao planejamento, gestão, monitoração e

avaliação, do cuidado individual à organização da RAS e gestão do SUS.

Na 3ª dimensão urge atualizar as ofertas de atenção remota promovidas pelas políticas do MS e realizadas pelos serviços do SUS, que compreendam diversas modalidades de telessaúde com objetivos de educação em saúde, monitoramento de casos, coordenação do cuidado, consultoria de um profissional de saúde a outro, atendimento/consulta direto a usuários, teliagnóstico, entre outros. Na 4ª deve haver governança pública sobre a massa de dados gerados para que seja dado a ela o melhor uso da inteligência artificial para finalidade que vão de descobertas com relevância sanitária aplicadas a dados de eventos progressos a predição de situações futuras que exigem ações preventivas e preparatórias.

4.7 A incorporação tecnológica e a necessidade de atualização do parque tecnológico

Ainda no tema da tecnologia, observa-se um progressivo aumento dos gastos em saúde relacionado ao processo pouco crítico de incorporação tecnológica que, muitas vezes, não se baseia em critérios e evidências de ganhos para o usuário e para o SUS, não é planejada e está relacionado a equívocos do processo de judicialização da saúde, principalmente na área de medicamentos e de apoio diagnóstico e terapêutico. O modo como isso vem ocorrendo, tem levado ao comprometimento da sustentabilidade do sistema de saúde e ampliando as desigualdades (ATUN, 2012; GADELHA, 2006; DELGADO, 2016).

Ao mesmo tempo, há a necessidade de investir na modernização do parque tecnológico, com foco na ampliação da capacidade instalada e da resolutividade dos serviços e considerando intervenções em linhas de cuidado com o objetivo reduzir filas de espera consideradas prioritárias. Além disso, é necessário articular as necessidades do sistema de saúde com a construção de mecanismos de financiamento, dispositivos que facilitem as aquisições por partes de estados e municípios, bem como, usar o poder de compra do SUS para fomentar o desenvolvimento científico, tecnológico e industrial do país. Assim, um **sétimo desafio é atuar na análise crítica da incorporação tecnológica e na promoção da atualização do parque tecnológico** visando a efetividade e eficiência do sistema de saúde, o avanço tecnológico, a geração de emprego e renda no Brasil.

4.8 A formação e provimento e a fixação de profissionais de saúde no âmbito da AE

Um conjunto de problemas a serem enfrentados estão relacionados à política nacional para regulação, formação e provimento de profissionais para o SUS. De um modo geral, o arranjo institucional responsável pelas decisões relacionadas a esta política cabem mais ao Congresso Nacional (CN), que legisla sobre as profissões, e ao Ministério da Educação (MEC), que define o perfil de competências que devem ter os egressos, ouvindo os conselhos profissionais, e estabelece as regras de formação em nível de graduação e pós-graduação, inclusive a residência médica, definindo, entre outras coisas, as competências que devem ter os egressos dos cursos. A legislação brasileira delega aos conselhos profissionais, criados por lei e dirigidos por pessoas eleitas pelos membros da própria profissão, a responsabilidade pela regulamentação infralegal e pela fiscalização do exercício profissional. Além disso, no caso da Medici-

na, parte importante da definição de competências dos especialistas também estão sob o controle das organizações profissionais, neste caso, as chamadas sociedades de especialidades médicas. A legislação brasileira não impede que médicos “não especialistas” realizem quaisquer procedimentos médicos, não obstante, as sociedades de especialidades realizam uma titulação de especialistas que influencia as contratações e o mercado de trabalho público e privado. O MS tem uma influência relativamente pequena nesta política, especialmente se comparamos com o que ocorre em outros países com sistemas públicos de saúde abrangentes, como Reino Unido, Canadá, Espanha entre outros. O fato é que há no Brasil, especialmente em se tratando da profissão médica, uma grande estabilidade nesta política, no arranjo institucional dessa área e no status quo das relações entre as profissões e delas com Estado (MACHADO, 1997; CAMPOS, 1988; GIRARDI; FERNANDES; CARVALHO, 2000; FEUERWERKER, 2002; PETTA, 2013; PINTO; CÔRTEZ, 2022).

Alguns efeitos problemáticos deste estado de coisas podem ser identificados na AES, na qual aproximadamente 70% dos encaminhamentos são para consultas médicas especializadas. A baixa regulação estatal em função das necessidades de saúde e do SUS, dá lugar à predominância dos interesses corporativos no posicionamento dos profissionais e suas organizações. Na Medicina, a formação em nível de graduação e após, especialmente a realizada pelas organizações profissionais, são pautadas e voltadas às necessidades do mercado, uniprofissionais, centradas na doença e na produção de procedimentos. Inspira-se muito na ideia de um médico especialista liberal que trabalha em consultório privado. Observa-se uma baixa capacidade das gestões locais de contratar certos especialistas, entre outros motivos, por escassez dos mesmos no mercado de trabalho, pela remuneração abaixo do praticada no setor privado, pelo desinteresse dos profissionais em trabalhar no setor público, pela disputa por profissionais entre as unidades da federação ao invés de cooperação e de soluções interfederativas, pela prática de tentar restringir a determinadas profissões e especialistas certos procedimentos e o cuidado a certas necessidades de saúde.

A perspectiva corporativa, muitas vezes, age para bloquear a atuação em determinados mercados de trabalho de outras profissões, de outros profissionais da mesma profissão ou ainda de não especialistas naquela área. Tudo isso faz com que haja uma subutilização de profissionais e especialistas promovendo uma situação paradoxal, longas filas de espera mesmo onde há presença razoável de profissionais e especialistas. Em um complicado conluio de interesses imediatos, observa-se um avanço progressivo da contratação do trabalho via pessoas jurídicas, a chamada “pjotização do trabalho médico”.

Desenvolver estratégias visando a formação, o provimento e a fixação de profissionais de saúde no âmbito da atenção especializada, com ênfase em regiões de maior vulnerabilidade e vazios assistenciais, é um oitavo desafio da PNAES. É verdade que para o SUS poder, de fato, ordenar a formação da força de trabalho para a saúde, como prevê a Constituição, é necessário que o MS, em diálogo com o MEC e Ministério do Trabalho, consiga ter capacidade de reorientar a política de regulação, formação e provimento dos profissionais de saúde. Porém, em paralelo a esse esforço, é necessário que o MS assuma a liderança do planejamento, formação e provisão da força de trabalho.

Uma questão que impacta no acesso e formação de filas para atendimento especializado no SUS é o quantitativo de profissionais especialistas e sua distribuição pelas regiões do país. Há déficits e desequilíbrios na distribuição geográfica no país. Assim, a PNAES deve prever estratégias de formação, provimento e alocação de médicos especialistas considerando as desigualdades regionais. Para isso, algumas ações são necessárias:

- dimensionar a alocação dos profissionais e identificar a necessidade dos mesmos por região de saúde, em consonância com processos de investimento e planejamento regional, deve ser uma etapa constitutiva de iniciativas de formação, provimento e fixação;
- promover processos de decisão compartilhada, matriciamento e educação permanente em saúde entre profissionais (AB/AES), fortalecendo a comunicação e vínculo entre eles, bem como, a gestão conjunta de linhas de cuidado;
- analisar, propor e promover definições acerca do perfil de profissionais para atenção a determinadas necessidades de saúde e para a atuação em determinados serviços de saúde, desenvolvendo diferentes estratégias de formação em serviço - educação permanente, aperfeiçoamentos habilitadores de competências, especializações lato-sensu e residências - articuladas a processos de provimento; e
- ampliar e diversificar os processos de formação médica e multiprofissional, articuladas, para atenção especializada com o objetivo de ampliar a oferta de serviços e o acesso da população em áreas desassistidas.

É importante marcar que tudo isso deve ser feito no sentido de promover um processo de trabalho mais interprofissional, em equipe e visando a ampliação do campo de competências praticados pela equipe de saúde com o objetivo central de avançar nos graus de acesso à AES com resolubilidade e o maiores graus de integralidade possíveis.

4.9 A mudança do modelo atual de financiamento da AES

Um **nono desafio é o Financiamento**. O modo de alocar recursos, em especial os econômicos, é um elemento constituinte das políticas e programas. A importância dos mecanismos econômicos em uma política nacional é tal que alguns autores usam o financiamento como modo de entender o que realmente é considerado prioritário na agenda de um governo e qual a real intenção de um determinado programa, a despeito de seu discurso oficial. O que entra no centro da análise ou da formulação é: quais mudanças e reproduções de atitudes são ou podem ser induzidas por um determinado modelo de financiamento de um programa (MERHY, 1992; SECCHI, 2014; PINTO, 2018)?

Há certo consenso na literatura que o volume de recursos destinado ao SUS é insuficiente, seja comparando com os países com sistemas universais, seja comprando com os países da OCDE ou mesmo do Cone Sul. Além disso, predominam também as análises críticas acerca dos formatos de pagamento, sendo realizado ainda por procedimento individual no caso da AAE. No caso da Atenção Hospitalar já ocorreram alguns avanços, seja com o advento do formato da autorização de internação hospitalar (AIH), na forma de incentivos financeiros diversos ou ainda compondo mecanismos de contratualização. Contudo, predomina o modelo centrado em procedimentos que induz a realização dos mesmos, quer sejam oportunos e necessários ou não. Como em grande parte deles o valor não contempla o custo real, induz a escolha e concentração naqueles que “compensam”. Como não são agrupados, agregando grupos de intervenções necessárias para a solução de casos tipificados, podem fragmentar o processo de cuidado e gerar filas em certos pontos da linha de cuidado. Assim, superar o conjunto dessas deficiências ou parte delas em novos modelos de financiamento é um ponto decisivo para obter sucesso na implementação e resultados da PNAES. Além do quantitativo alocado, as modalidades de repasse financeiro devem ser remodeladas. É necessário pensar em sistemas de alocação de recursos que induzam e/ou fortaleçam a construção e implantação de linhas de cuidado integral (UGA; LIMA, 2013).

4.10 Problemas afeitos à relação público-privada na AES

O financiamento da AES no SUS está diretamente relacionado à lógica de mercado. Mesmo num contexto recente de sub e desfinanciamento do SUS (FUNCIA et al., 2022), algumas áreas da atenção especializada, sobretudo prestadas por serviços privados, aumentaram significativamente o financiamento, em detrimento de outras (TESSER; NETO, 2016). Sabe-se que a AES no Brasil foi construída historicamente sob a influência da atenção privada à saúde. Em geral, é a perspectiva privada que atribui sentido ao campo da AES. Quando nos aproximamos desse tema, tendemos a indagá-lo a partir dessa perspectiva, de forma naturalizada. Esse ponto de vista sobre a atenção especializada é reforçado na formação dos profissionais e está em sintonia com a percepção do usuário sobre “o que significa cuidar e qual a melhor estratégia para isso”, naturalizando-se o modelo tecnoassistencial biomédico. Assim, um **décimo desafio** é a relação público-privada na AES.

É preciso perceber que a AES, quando capturada pela lógica privada, consiste na oferta de cuidado enquanto produto (serviço) a ser consumido, movimentando o mercado privado de gestão das doenças (STARUB et al., 2021). A oferta privada desses serviços acaba organizando sua demanda de acordo com os interesses do mercado e não conforme as necessidades de saúde da população, em contraste com o planejamento em saúde, processo agravado pela regulação historicamente frágil desse setor (SOLLA; CHIORO, 2012). O mercado privado da medicina é pouco regulado. Os próprios usuários, na produção de seus mapas de cuidado, procuram a rede

privada para acessar os serviços especializados, com o objetivo de encurtar tempos, constituindo assim mapas que mixam serviços públicos e privados de saúde (CECILIO et al., 2014; MENESES, 2017). Assim, é decisivo que se crie as condições e se incremente, nas três esferas de governo, a capacidade estatal de regulação e ordenação, em função das necessidades de saúde das pessoas e visando o cuidado integral, da oferta complementar de serviços de saúde ao SUS.

5. Proposta de Diretrizes para a PNAES

- I - promoção da saúde, vigilância em saúde e prevenções secundária, terciária e quaternária;
- II - garantia da saúde como um direito de todos e todas e a busca dos maiores graus possíveis de acesso, equidade e integralidade, com estratégias diferenciadas para as áreas desassistidas;
- III - regionalização dos serviços de saúde, fluxos, transporte sanitário e regulação para assegurar a continuidade do cuidado em Redes de Atenção à Saúde, que devem se estruturar e serem programadas em função das necessidades de saúde da população de um território definido;
- IV - ampliação da resolubilidade e da capacidade de ordenação do acesso e coordenação do cuidado da atenção básica (primária) por meio da promoção da comunicação, integração e do compartilhamento das decisões e gestão de recursos entre profissionais, equipes e serviços de atenção básica e especializada;
- V - realização de uma regulação assistencial com critérios claros, equânimes e baseados em diretrizes clínicas compartilhadas pelos serviços da RAS, que busque reduzir ao máximo os tempos de espera, o absenteísmo, a realização de procedimentos desnecessários, que promova vínculo, comunicação e responsabilização das equipes demandantes, ofertantes e usuários;
- VI - promoção de um modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde das pessoas e no cuidado ao usuário, que engaje a pessoa na produção do cuidado, que favoreça o compartilhamento de decisões e a atuação interprofissional e integrada das diferentes equipes e serviços;
- VII – uso oportuno e adequado de soluções e inovações de saúde digital para compartilhar informações, melhorar a qualidade, agilidade, segurança, efetividade e eficiência dos serviços presenciais e remotos, bem como evitar deslocamentos e procedimentos desnecessários;
- VIII - reconhecimento de diferentes modos de organização dos serviços de atenção especializada visando a maior participação do governo federal no custeio, a integração desses serviços na RAS regional e a indução de boas práticas de cuidado e gestão;
- IX - articulação de diferentes estratégias de formação, provimento e fi-

xação de profissionais de saúde no âmbito da atenção especializada, em áreas prioritárias para o SUS, especialmente em vazios assistenciais e territórios com maior vulnerabilidade, objetivando a oferta de serviços com qualidade e em quantidade suficiente para garantir o acesso da população;

- X - gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS considerando critérios de custo-efetividade e a modernização do parque tecnológico visando o aumento da resolutividade e produtividade dos serviços;
- XI - qualificação do financiamento com o objetivo de induzir a continuidade, qualidade e integralidade do cuidado, considerando os recursos aplicados pelas três esferas de governo, as especificidades regionais, as pactuações nos espaços de gestão interfederativa do SUS e assegurando a transparência e eficiência na aplicação dos recursos; e
- XII - participação da sociedade e atuação do controle social no processo de formulação, planejamento, implementação, monitoramento e avaliação da política.

6. Proposta de Eixos para a PNAES

Assim como na Política de Atenção Hospitalar, os eixos da PNAES deverão orientar o modo de organizar e realizar a AES com repercussões em todas as políticas, programas e iniciativas criadas e reformuladas posteriormente à PNAES. A proposta de eixos é a que segue:

1. Promoção, prevenção e vigilância em saúde;
2. Programação e papel na Rede de Atenção à Saúde regional;
3. Fortalecimento e articulação com a Atenção Básica;
4. Regulação do acesso com equidade;
5. Atenção integral à pessoa e continuidade do cuidado;
6. Informação, comunicação e saúde digital;
7. Planejamento, organização, gestão, monitoramento e avaliação dos serviços de atenção especializada;
8. Formação, provimento e fixação dos profissionais de saúde;
9. Financiamento; e
10. Responsabilidades das esferas de gestão e relação público-privado.

7. Referências Bibliográficas

- Albieri FAO, Cecilio LCO. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. *Saúde Em Debate*, 39 (Saúde debate, 2015 39(spe))
- Almeida, PF. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.
- Almeida PF, Silva KS, Bousquat A. Atenção Especializada e transporte sanitário na perspectiva de integração às Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(10):4025-4038, 2022
- Arouca, Sergio. O dilema preventivista. São Paulo: UNESP, v. 1975, 2003.
- Atun, R. (2012) Health systems, systems thinking and innovation. *Health policy and planning*. 2012 Oct 1;27(suppl_4):iv4-8.
- Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saude Soc*. 2019; 18 Suppl 2:11-23.
- Bastos, Raimundo Jose Arruda et al. Reflexões sobre por que consorciar serviços públicos no Brasil in Borges, Fabiano Tonaco et al. (org). *Consórcios Públicos de Saúde*, Hucitec, 2022.
- Bell, D.; Strauss, S.; Wu, S.; Chen, A.; Kushel, A. Use of an electronic referral system to improve the outpatient primary care-specialty care interface. Agency for Healthcare Research and Quality (prepared by RAND Corporation), 2012.
- Brito-Silva K, Bezerra AFB, Tanaka OY. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(40):249-60.
- Campos, Gastão Wagner de Souza. Os médicos e a política de saúde. São Paulo: Hucitec; 1988
- Campos, Gastão Wagner de Souza. "A saúde pública e a defesa da vida." *A saúde pública e a defesa da vida*. 1994. 175-175.
- Canabrava CM. O Acesso à Atenção Especializada Hospitalar no SUS na Pandemia de COVID-19: Ampliação, Insuficiências e Iniquidades. CONASS, 2021.
- Carmo, Maria do. Notas sobre a retomada da Política Nacional de Atenção Hospitalar. Mimeo 2023.
- Cecílio LCO, Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidades em saúde. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS, IMS/ UERJ, CEPESC; 2006. p. 37-50.
- Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]*. 2011, v. 15, n. 37
- Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira; Reis, Ademar Arthur Chioro. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(8):e00056917
- Celes, Rafaela Santana et al. A telessaúde como estratégia de resposta do Estado: revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, p. e84, 2018.
- Chioro A; Andrezza R; Furtado LAC; Araujo EC; Nasser MA; Pereira AL; Cruz NLM; Tofani LFN; Harada J; Bizetto OF; Bragagnolo LM; Bigal AL; Feliciano DGCF; Silva GR; Guimarães CF; Rebequi A; Henchen MF; Bortoli JQ. Rede de Atenção às Urgências e Emergências e a Produção Viva de Mapas de Cuidados - Relatório Final. 2022. (Relatório de pesquisa).
- Coligação Brasil da Esperança. Propostas para a saúde, 2022.
- CONASS. Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS. Disponível em <<https://www.conass.org.br/guia-informacao/guiainformacao/>> acesso em 16 de abr 2023.
- Delgado, Ignacio José Godinho. Sistemas de atenção à saúde, Estado e inovação na indústria farmacêutica. *Cad. Saúde Pública [online]*. 2016, vol.32, suppl.2
- Espanha, Rita; Fonseca, Rui. Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Tecnologias de informação e comunicação. ISLA Lisboa, CIES-ISCTE/IULJ, p. 3, 2010.

Fernandez, Michelle; Pinto, Hêider. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. *Revista Saúde em Redes*, v. 6, Supl. 2, 2020.

Feuerwerker, Laura Camargo Macruz. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.

Forbes. Trends. Disponível em <https://www.forbes.com/search/?q=Trends#34cf9596279f>. Acesso em: 30 jun. 2022.

Franco, Túlio Batista; Magalhães Júnior, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.) *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.

Freire MP, Louvison M, Feuerwerker LCM, Chioro A, Bertussi D. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. *Saúde E Sociedade*, 29 (Saude soc., 2020 29(3)). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190682>

Funcia F, Bresciani LP, Benevides R, Ocké-Reis CO. Análise do Financiamento do Sistema Único de Saúde para o enfrentamento da COVID-19. *Saúde Debate*. 2022 46(133):263-76.

Gadelha, Carlos Augusto Grabois. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Revista de saúde pública*, v. 40, p. 11-23, 2006.

Giovannella, Lígia. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1081-1096, 2011.

Girardi, Sábado Nicolau; Fernandes Jr, Hugo; Carvalho, Cristiane Leite. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. *Espaço para Saúd* 2000; 2(1).

Gonçalves, João Paulo Pereira et al. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. *Saúde em Debate*, v. 37, n. 96, p. 43-50, 2013.

Goncalves, Ricardo Bruno Mendes; Schraiber, Lilia Blima; Nemes, Maria Inês Baptistella. Seis teses sobre a ação programática em saúde. *Programação em saúde* hoje, 1990.

Hartz, Zilda M. A.; Contandriopoulos, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. Supl, p. 331-336, 2004.

Macedo, David Newton dos Santos. Impactos da Emenda Constitucional nº 95/2016 sobre a saúde, crescimento e bem-estar: uma análise de equilíbrio geral. 2021. 40f. Dissertação (Mestrado em Economia de Empresas) - Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade - FEAAC, Programa de Economia Profissional - PEP, Universidade Federal do Ceará - UFC, Fortaleza (CE), 2021.

Machado, Maria Helena. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

Magalhães Júnior, Helvécio Miranda. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out. 2014.

Magalhães Júnior, Helvécio Miranda; Pinto, Hêider Aurélio. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia?. *Divulg. saúde debate*, p. 14-29, 2014.

Magalhães Júnior, Helvécio Miranda et al. Projeto de reestruturação do novo Ambulatório Ciências Médicas/FELUMA em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Mimeo, 2022.

Makari, Martin A.; Daniel, Michael. Medical error—the third leading cause of death in the US. *Bmj*, v. 353, p. i2139, 2016.

Marcolino; M. S., Maia; J. X., Alkmim; M. B. M.; Boersma, E.; Ribeiro, A. L. Telemedicine application in the care of diabetes patients: systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 2013, 8(11), e79246.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2009. p. 43-68.

Mayeama, Marcos Aurélio; Calvo, Maria Cristina Marino. A integração do telessaúde nas centrais de regulação: a teleconsultoria como mediadora entre a atenção básica e a atenção especializada. *Revis-*

ta Brasileira de Educação Médica, v. 42, n. 2, p. 63-72, 2018.

Melo EA, Gomes GG, Carvalho JO, Pereira PHB, Guabiraba KPL. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 31(Physis, 2021 31(1)). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>

Mendes, Eugênio Vilaça. *As Redes de Atenção à Saúde*. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2297- 2305.

Mendes, Eugênio Vilaça. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Saúde debate*, v. 52, p. 38-49, 2014.

Meneses CS, Cecilio LCO, Andreazza R, Carapinheiro G, Andrade M da GG, Santiago, S. M., Araújo, E. C., Souza, ALM, Reis DO, Pinto NRS, Spedo SM. O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (Ciênc. saúde coletiva, 2017 22(6)). <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14822016>

Merhy, Emerson Elias. *A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo, Hucitec, 1992.

Merhy, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. In *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo, Hucitec, 2005.

Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. *Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde*. *Divulg Saude Debate* 2014; 52:153-164.

Ministério da Saúde. Portaria nº 4279/2010 Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ministério da Saúde. Portaria nº 2488/2011 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).

Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390/2013 Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Ministério da Saúde. Programa Mais Especialidades – proposta preliminar, 2015.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436/2017 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).

Moretti, Bruno; Ocké-Reis, Carlos Octávio; Funcia, Francisco; Sá e Benevides, Rodrigo. *Sangrando o SUS*. Fundação Perseu Abramo, 2022. Disponível em <<https://fpabramo.org.br/focusbrasil/2022/03/20/sangrando-o-sus/>> Acesso em 22 abr 2023.

Oliveira Neto, Aristides Vitorino. *Mudanças, disputas e sentidos na conformação da atenção especializada no SUS Recife*. Projeto de Pesquisa, Unifesp, 2022.

Patrício, C. M.; Maila, M. M.; Machiavelli, J. L.; Navaes, M. D. A. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos?. *Scientia Medica*, 2011, 21(3).

Petta, Helena Lemos. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (Pró-Residência). *Rev Bras Educ Med* 2013; 37(1):72-79.

Pinto, Hêider Aurélio. "Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017." *Saúde em Redes* 4.1 (2018): 35-53.

Pinto, Hêider Aurélio; Coelho Neto, Giliate; Santana, José Santos; Campos, Thiago; Chioro, Arthur. *Consórcios da quarta revolução industrial: a experiência do Consórcio Nordeste e uma atuação na saúde com os olhos voltados para a transformação digital* in Borges, Fabiano Tonaco et al.; (org) *Consórcios Públicos de Saúde*, Hucitec, 2022.

Pinto, Hêider Aurélio; Santana, José Santos; Chioro, Arthur. Por uma transformação digital que assegure o direito à saúde e à proteção de dados pessoais. *Saúde em Redes*, 2022. 8(2), 361-371

Pinto, Hêider Aurélio; Coelho Neto, Giliate; Santana, José Santos; CAMPOS, Thiago; Chioro, Arthur.

Consórcios da quarta revolução industrial: a experiência do Consórcio Nordeste e uma atuação na saúde com olhos voltados para a transformação digital. in Borges, Fabiano Tonaco et al. (org). Consórcios Públicos de Saúde, Hucitec, 2022.

Pinto, Hêider Aurélio; Santana, José Santos Souza; Chioro, Arthur. Por uma transformação digital que assegure o direito à saúde e à proteção de dados pessoais. *Saúde em Redes*, v. 8, n. 2, p. 361-371, 2022.

Pinto, Hêider Aurélio; CÔRTEZ, Soraya Vargas. Tendência à estabilidade institucional: regulação, formação e provimento de médicos no Brasil durante o governo Lula. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2022. 27:2531-2541.

Rede HUMANIZASUS. Atenção especializada. Disponível em: <https://redehumanizadasus.net/93328-atencao-especializada/> Acesso em 27/01/2023.

Secchi, Leonardo. Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. Cengage Learning, 2014.

Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Ciênc & Saú Col*. 2017; 22(4): 1045-1054.

Scheffer M et al. *Demografia Médica no Brasil 2023*. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8.

Secretaria de Saúde de Recife. Política Municipal de Atenção Especializada, 2022.

Silva RVGO, Ramos FRS. Integralidade em saúde: revisão de literatura. *Cienc Cuid Saude*. 2010; 9(3):593-601.

Silva, Sílvio Fernandes. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 38-46, 2009.

Silva, Sílvio Fernandes; Magalhães Júnior, Helvécio Miranda. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S.F. (Org.). *Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS*. 2. ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

Solla, Jorge; Chioro, Arthu. Atenção Ambulatorial Especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadoras. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 547- 576

Straub M, Gomes RM, Albuquerque GSC de. O conflito público-privado no SUS: a atenção ambulatorial especializada no Paraná. *Saúde debate* [Internet]. 2021;45(Saúde debate, 2021 45(131)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113107>

Tasca, Renato; Massuda, Adriano. Estratégias para reorganização da Rede de Atenção à Saúde em resposta à Pandemia COVID-19: a experiência do Sistema de Saúde Italiano na região de Lazio. *APS EM REVISTA*, v. 2, n. 1, p. 20-27, 2020.

Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM, et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2021; 10:4769-82

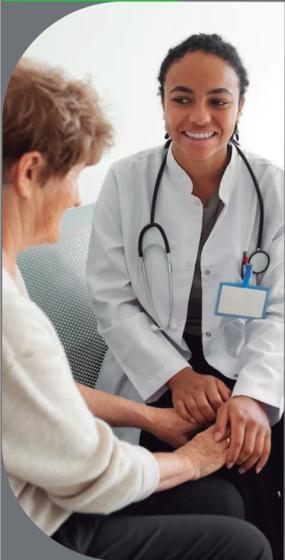
Tofani, LFN, Rebequi, A, Guimarães, CF, Furtado, LAC, Andreazza R, Chioro, A. Dimensões e regimes da regulação na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: um jogo de disputas entre o interesse público e o privado. *Cadernos De Saúde Pública*. 2023; 39(1): e00161222.

Ugá MAD, Lima SML. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços a saúde. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 135-168.

UNIFESP-LASCOL. Desafios para uma Política Nacional de Atenção Especializada, 2023.

UNIFESP-LASCOL. Apoio à formulação e implementação da nova Política Nacional de Atenção Especializada no Sistema Único de Saúde (SUS), 2023.

Viana ALD, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho AD, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018; 23(6): 1791-8.



Seminário
Internacional de
**Atenção
Especializada
à Saúde**