

## A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF

### The Organization of Secondary Outpatient Care at SHS-DF

Bruno de Almeida Pessanha Guedes (<https://orcid.org/0000-0001-5412-3581>)<sup>1</sup>

Fabiana Loureiro Binda do Vale (<https://orcid.org/0000-0002-8170-803X>)<sup>2</sup>

Rodrigo Wilson de Souza (<https://orcid.org/0000-0002-6123-6485>)<sup>3</sup>

Maria Katallini Alves Costa (<https://orcid.org/0000-0003-0039-8058>)<sup>4</sup>

Sandro Rodrigues Batista (<https://orcid.org/0000-0001-7356-522X>)<sup>5</sup>

**Abstract** *Secondary Outpatient Care (SOC) is a subject seldom studied in the literature, but of great importance for the strengthening of Primary Health Care (PHC) and the structuring of the Health Care Network. After the increase of PHC coverage following the Family Health Strategy (FHS) model, through the “CONVERTE APS” project, the State Health Secretariat of the Federal District (SHS-DF) identified the need to organize this level of care throughout the Federal District. SHS-DF has, as its Health Care Planning basis, the knowledge experienced in one of its regions, in addition to the theoretical framework produced and systematized by the National Council of Health Secretariats (CONASS) in recent years, as well as successful experiences in other regions of Brazil and countries with public health systems. The strategies to be used include the following: diagnosis and organization of facility structures, creation of a regional managerial level for Secondary Care, personnel sizing, development of the legal framework for level of care regulation, creation of technical milestones, regulation of medical and non-medical consultations in health regions and matrix support as an education strategy, but also of connection between levels of care.*

**Key words** *Secondary attention, Outpatient care, Specialized outpatient care*

**Resumo** *A Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) é um tema pouco estudado na literatura, porém de grande importância no fortalecimento da APS e na estruturação da Rede de Atenção à Saúde. Após a ampliação de cobertura da APS no modelo de eSF, por meio do CONVERTE APS, a SESDF, identificou-se a necessidade de organização deste nível de atenção em todo o Distrito Federal. Assim, tem como laboratório a experiência de Planificação da Atenção à Saúde vivenciada em uma de suas regiões, além de todo arcabouço teórico produzido e sistematizado pelo CONASS nos últimos anos, assim como experiências positivas em outras regiões do Brasil e de países com sistemas públicos de saúde. Para isso tem-se como estratégias o diagnóstico e a organização das estruturas físicas, criação de nível gestor regional da Atenção Secundária, dimensionamento de pessoal, desenvolvimento de marco legal para regulamentação do nível de atenção, criação de marcos técnicos, regulação das consultas médicas e não médicas nas regiões de saúde e o matriciamento como estratégia educação, mas também de vinculação entre os níveis de atenção.*

**Palavras-chave** *Atenção secundária, Atenção ambulatorial, Atenção ambulatorial especializada*

<sup>1</sup> Diretoria de Atenção Secundária e Integração de Serviços, Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. STN, Asa Norte. 70086-900 Brasília DF Brasil. [brunopguedes@yahoo.com.br](mailto:brunopguedes@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Secretaria Adjunta de Assistência, Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Brasília DF Brasil.

<sup>3</sup> Núcleo Telessaúde do Distrito Federal. Brasília DF Brasil.

<sup>4</sup> Subsecretaria de Planejamento em Saúde. Brasília DF Brasil.

<sup>5</sup> Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás. Goiânia GO Brasil.

## Introdução

A Atenção Secundária (AS) à saúde é um tema pouco explorado nos meios científicos de saúde pública, tendo aumentado o interesse neste nível de atenção nos últimos anos, principalmente quando se discute a organização dos sistemas de saúde na perspectiva de Rede de Atenção à Saúde, evoluindo-se de um sistema fragmentado para processos de trabalho integrados visando maior eficiência<sup>1</sup>.

No entanto, o termo tem sua origem há quase 100 anos, tendo aparecido pela primeira vez no informe Dawson (Inglaterra, 1920)<sup>2</sup>, que apresenta expressões atenção primária e secundária, como sendo níveis de atenção em um sistema de saúde, necessário para proporcionar de forma sistemática os serviços de saúde que deveriam estar à disposição dos habitantes de uma determinada região. Para compor uma rede de serviços, Dawson considera importante que os profissionais não fiquem isolados, mas que possam formar uma “corrente intelectual e de camaradagem” entre profissionais de diferentes serviços, de forma a atuar na formação dos mesmos e na eficiência das unidades de saúde.

De um modo genérico, pode-se estabelecer certa equivalência entre atenção especializada ambulatorial e AS, entretanto, notou-se que ações do escopo da atenção secundária, frequentemente, estão incorporadas nos serviços hospitalares, exigindo precaução em estabelecer essa relação como sinonímia<sup>3</sup>. Neste sentido, entende-se que as ações secundárias estariam em um conjunto mais amplo, podendo ou não envolver as atividades ambulatoriais.

No Distrito Federal (DF), durante seu processo de reforma do sistema de saúde, discute-se a necessidade de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>4-6</sup>. Embora não haja estudos específicos sobre AS no DF, acredita-se que pela baixa cobertura e dificuldade de acesso dos usuários à APS<sup>7</sup> há de se considerar a hipótese de que há necessidade de mudança de cultura da população acostumada com um sistema de saúde fragmentado, baseada em atendimento por especialistas focais. Neste contexto, considera-se que o termo “especializado” remete a um entendimento de hierarquização dos conhecimentos, gerando um senso comum de que pode estar relacionado a algo melhor, ou ainda associação com exames tecnológicos.

Entende-se ainda, neste contexto, a necessidade de “ambulatorização do cuidado”, definida por Lopes<sup>8</sup> como a alteração do paradigma de

prestação de um determinado tipo de cuidado médico ou cirúrgico, transitando de um regime de tratamento preferencial em internamento para um regime preferencial em ambulatório.

Na discussão de vocação da AS, leva-se em consideração a formulação de Rocha<sup>9</sup>, que assume que a Atenção Ambulatorial Especializada deve corresponsabilizar-se pelos usuários, cumprindo o objetivo de garantir retaguarda assistencial e consultora a processos cuidadores que se fundamentam num vínculo principal mais frequente com a Atenção Básica, articulando-se ainda com a Atenção Hospitalar e a Atenção às Urgências e Emergências.

Assim, optou-se no Distrito Federal (DF) por definir seus níveis de gestão e organização de serviços baseados em APS, Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) e Atenção Hospitalar (AH), sendo a AASE o conjunto de ações e serviços especializados em nível ambulatorial, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, que compreende serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico. Devendo ainda ser referência assistencial e consultora para a APS<sup>10</sup>.

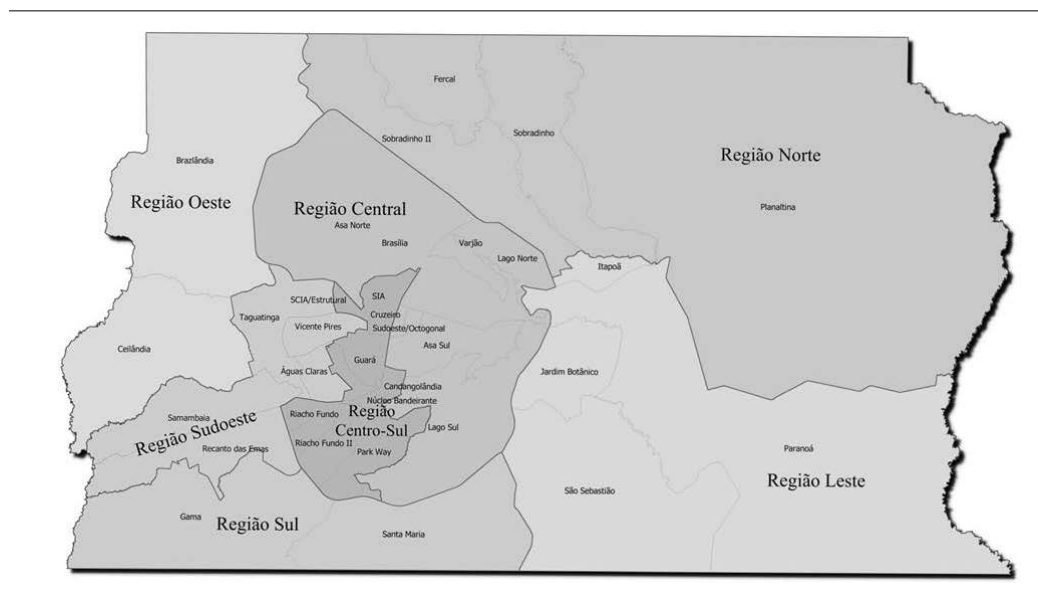
## Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, onde se expõe a construção da Atenção Ambulatorial Secundária no DF.

### Cenário pré-estruturação da AASE

O DF apresenta características organizacionais ímpares do seu território, não sendo diferente no setor saúde. Trata-se de um único estado e município, o que responsabiliza a Secretaria Estadual de Saúde (SESDF) pela gestão tanto da Atenção Primária quanto da média e alta complexidade, além das ações de vigilância em todo o seu território. O território se divide em sete Regiões de Saúde, cada qual com estrutura própria de gestão com certa autonomia, intensificada com o processo de regionalização iniciado em 2015, não havendo, no entanto, autonomia financeira<sup>11</sup> (Figura 1).

Apesar de tentativas prévias de organização da APS no modelo Estratégia Saúde da Família (ESF), houve nos últimos anos uma desconfiguração da rede de atenção, caracterizada por uma superconcentração de profissionais em zonas mais centrais e nobres, com uma rede fragmentada, com inúmeros pontos de atenção que



**Figura 1.** Representação gráfica do Distrito Federal, regiões de saúde e regiões administrativas, DF, 2018.

praticamente não se relacionavam entre si, conforme diagnóstico do Grupo de Trabalho criado para discutir a AASE no âmbito da SESDF<sup>12</sup>. Na APS, havia um misto de modelo tradicional formado por especialidades básicas convivendo com equipes de ESF. Acredita-se que, devido a gratificações e outras questões, houve um acúmulo de especialistas focais (infectologistas, cardiologistas, etc) nos equipamentos de saúde destinados à atenção primária, dividindo-se entre postos de saúde, unidades básicas de saúde, clínicas da família, centros de saúde, etc.

O passo fundamental na organização da Rede foi a realização do CONVERTE-APS, que estabelecia que a ESF seria o modelo de atenção, além de padronizar que todos os estabelecimentos da APS seriam denominados Unidades Básicas de Saúde (UBS). Dava-se a oportunidade que profissionais que tivessem atuando nestes estabelecimentos pudessem optar pela mudança da sua especialidade de origem para Médico de Família, mediante cumprimento das etapas de um curso de formação e realização de avaliação ao final do mesmo<sup>4,5</sup>.

Junto ao desenvolvimento do CONVERTE-APS surgem algumas questões que precisavam ser pensadas: a) quatro unidades onde não houve adesão das equipes que nela atuavam, estando em zonas de baixa vulnerabilidade e próximas a outros equipamentos de saúde; b) médicos que

não haviam aderido ao programa, muitos com restrições laborais que os impediam atuar em unidades de emergência e urgência; c) a necessidade de um nível de atenção que desse retaguarda assistencial para a APS; d) a necessidade de manutenção da formação e apoio matricial destes novos especialistas que atuariam na APS como médicos de família; e) a existência de uma rede de ambulatórios fragmentada principalmente em ambientes hospitalares que funcionavam sem acesso regulado, sem priorização das necessidades dos usuários, com filas intermináveis e mal qualificadas; f) a falta de diagnóstico da rede ambulatorial, com serviços muitas vezes formados por necessidade dos profissionais e não necessidade da população; g) ausência de um fluxo claro de encaminhamento e marcação de consultas, gerando duplicidade nas filas e uma cultura de “peregrinação” dos usuários em busca de consultas especializada; h) existência de centros de referência específicos que tinham estrutura própria e robusta de gestão, criando-se pequenos feudos que não conversavam com a rede.

Havia ainda dentro das Regiões de Saúde iniciativas positivas, como estratégias de matriciamento que estavam apresentando resultados exitosos e a Planificação da Atenção à Saúde (PAS), tendo esta sido experiência inspiradora para todo o projeto de organização da Atenção Ambulatorial Secundária no DF.

### **Planificação: a experiência da Região de Saúde Leste**

Com o processo de Regionalização da Saúde no DF e maior independência das Regiões de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) veio apoiar a Região de Saúde Leste na proposta da PAS. O projeto teve o diferencial de ser iniciado tanto na APS, com o intuito de promover a mudança da organização dos processos de trabalho das ESF, oferecendo uma maior resolutividade às mesmas, como também na atenção ambulatorial secundária<sup>13</sup>.

Com a organização dos processos de trabalhos devido à PAS, a Região Leste sentiu a necessidade premente de organizar os demais níveis de atenção. Dentre as demandas que apareceram de forma natural estavam a organização do nível ambulatorial secundário, a regulação de consultas e também a organização hospitalar para recebimento da referência e contrarreferência aos cuidados ordenados pela atenção primária.

O processo na AASE teve início com a apresentação da proposta às especialidades (endocrinologia e cardiologia) que aceitaram compor a linha de cuidado de condições crônicas não transmissíveis (diabetes e hipertensão). Os especialistas focais passariam pelas oficinas de planificação junto com os profissionais da APS. A seguir começariam a receber as tutorias pelos consultores do CONASS, iniciando-se o diálogo entre APS e atenção especializada.

Com a publicação da Nota Técnica de Diabetes e Hipertensão<sup>14</sup>, lançada pelas áreas técnicas da SES DF, inicia-se o processo de estratificação de risco dos pacientes na APS na linha de cuidado, classificados como baixo, médio, alto e muito alto risco pelas equipes de ESF. Nesta lógica, os pacientes de baixo e médio risco devem ser acompanhados pela eSF. Já os de alto e muito alto risco são encaminhados ao ambulatório de especialidades para acompanhamento pela equipe multiprofissional de acordo com o protocolo SESDF, mantendo-se, no entanto, o vínculo com a APS.

O ambulatório de atenção secundária foi desenhado no intuito de atendimento multiprofissional a partir do Modelo de Atenção as Condições Crônicas (MACC) proposto por Mendes<sup>15</sup>, sendo o usuário agendado para o serviço, onde será acolhido e atendido pela equipe de acordo com as suas necessidades identificadas, não havendo agendamento exclusivo para profissionais como no modelo tradicional, uma tecnologia de saúde que utiliza atendimento individual sequencial dos profissionais de uma equipe multi-

disciplinar, coordenado por um ponto de apoio, com vista ao cumprimento da programação assistencial integral para cada usuário que culmina com elaboração de um plano de cuidado para este, que é compartilhado com a APS e que se destina à estabilização clínica dos usuários.

Outra questão, é que o atendimento não se resume apenas na consulta médica individualizada, mas também, havendo atendimentos em grupos e atividades de promoção e prevenção, que otimiza o tempo do usuário e do profissional no serviço, além de melhorar a adesão do usuário ao proposto. Além disso, todo usuário receberá plano terapêutico produzido por toda a equipe, que é encaminhado à sua de referência, com as orientações necessárias para o seguimento e incentivando o vínculo com a APS. A equipe multiprofissional atualmente é formada por médicos (endocrinologista, cardiologista, oftalmologista), enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, serviço social e farmacêutico clínico. Há ainda suporte da equipe de odontologia hospitalar.

A participação das equipes de APS e AASE nas reuniões promovidas pelo CONASS e também a construção do plano de cuidado no processo de trabalho da AASE ampliaram de forma natural a relação e vinculação entre estas equipes. Nesse movimento, o alinhamento entre as equipes se torna evidente e a troca de saberes foi um passo dado na construção do que seria a posteriori um divisor de águas dentro da Região de Saúde Leste e no Distrito Federal.

A percepção dos especialistas de que as equipes tinham dificuldade em manejar os pacientes de baixo e médio risco se confirmou durante algumas reuniões da tutoria do CONASS. A partir desse ponto houve a decisão de realizar o matriciamento com as equipes de APS, para manejo dos pacientes que deveriam estar na APS e dos que estavam sendo contrarreferenciados pelo AAE, aumentando o potencial de resolutividade da APS e garantindo o melhor controle destas condições crônicas.

O matriciamento hoje acontece de forma natural da região e é destacado pela equipe do CONASS como exitoso. Respeitando as demandas de cada equipe e com metodologia adaptativa. Ocorrem a partir de rodas de conversas, com orientações práticas de como orientar o usuário, por exemplo, na aspiração e aplicação de insulina. Realiza-se também, quando necessário, consultas compartilhadas e discussão de casos. As equipes da AASE e APS mantêm grupos de rede social para tirarem dúvidas antes de realizarem

os encaminhamentos. Ali realizam orientações sobre exames necessários caso haja necessidade do encaminhamento ao ambulatório, e se há real necessidade do encaminhamento. Outra ferramenta utilizada foi a implantação da atenção compartilhada em grupo - atenção coletiva multiprofissional e interdisciplinar aos usuários que, preferencialmente, vivenciam condições crônicas de saúde e estratificação de risco semelhantes.

Como exemplo prático do impacto do matriciamento, cita-se que vários procedimentos eram desmarcados pela equipe de odontologia por picos hipertensivos. Após sua realização com a equipe de saúde da família houve redução de 95% dos casos suspensos. É interessante ilustrar tal movimento com a fala do cardiologista do ambulatório: “Antes eu reclamava do colega (MFC) que me encaminhava tudo errado, nem precisava estar dentro do ambulatório. Hoje me sinto responsável pelo encaminhamento incorreto e me levo a questionar em qual ponto do meu matriciamento eu errei.”

Atualmente, o que parecia impossível se tornou rotina nos processos de trabalho dos profissionais da região. A qualificação do cuidado é sem dúvida a maior vitória desse projeto na visão dos gestores da região, “é a garantia de acesso a quem de fato precisa. Reduz-se o efeito velcro que os especialistas tendem a replicar por acharem que a atenção primária não consegue realizar o manejo desse paciente. O foco aqui é o usuário do SUS, a partir da identificação das necessidades de saúde da população de determinado território com o cadastramento destes e para além disso, o monitoramento dessa população”.

Um efeito secundário, a integração formal de serviços, tem sido a redução da hospitalização nesses grupos de doenças crônicas não transmissíveis acompanhadas pelos serviços citados, onde muitos deles apresentam também alta vulnerabilidade social. Ainda há que se confirmar com o acompanhamento dos processos de trabalho, e a continuidade do cuidado, a redução de atendimentos no pronto-socorro<sup>16-18</sup>.

### Experiência da implantação da AASE no DF

Com a experiência adquirida na PAS, os gestores da Região Leste de Saúde levam à Secretaria Adjunta de Assistência a proposta de criação de um nível de atenção intermediário entre a APS e a AH que pudesse ser organizada de forma a atender as necessidades da APS.

Assim, houve a criação de uma nova função na Administração Central (ADMC) da SESDF,

representada pela Gerência de Serviços Ambulatoriais, com o objetivo de resgatar os modelos de Atenção Ambulatorial Secundária e delinear, junto aos demais atores envolvidos, uma proposta de modelo que atendesse às necessidades da nova conformação da APS.

Num primeiro momento, depara-se com a realidade da fragmentação dos serviços na rede, ausência de diagnóstico e informações de produtividade e de recursos humanos dos serviços existentes. Além disso, a falta de integração entre as regiões e entre os níveis de atenção em uma mesma região, a ausência de padronização de protocolos com critérios de encaminhamento, o que resultava em filas intermináveis para atendimento focal, com vagas disputadas por ordem de chegada e não por necessidade. Deparava-se também com serviços médico-centrados e guetos de excelência que prestava atendimento de qualidade aos que tinham oportunidade de entrar por inúmeras vias de acesso, porém, não estando disponível de forma transparente e igualitária. Com este cenário, desenvolve-se planejamento e posteriormente projeto estratégico para organização da atenção ambulatorial no DF, composto principalmente pelos eixos representados no Quadro 1.

### Diagnóstico e organização de estrutura física para a AASE

A fim de melhor entendimento da rede de atenção secundária do DF e planejar a estruturação da AASE, foi realizado trabalho de campo para catalogação das estruturas que apresentavam potencial para este nível de atenção, além de mapeamento dos processos de trabalho que neles existiam.

Inicialmente, foram disponibilizados quatro equipamentos de saúde da APS que não passa-

**Quadro 1.** Eixos do Projeto Estratégico para organização da AASE na SESDF, 2018.

- Diagnóstico e Organização das estruturas físicas (definição dos serviços da AASE).
- Criação de nível gestor regional da Atenção Secundária.
- Dimensionamento de pessoal
- Desenvolvimento de marco legal para regulamentação do nível de atenção
- Criação de marcos técnicos.
- Regulação das consultas médicas e não médicas nas regiões de saúde.
- Estabelecimento de estratégias de matriciamento nas regiões de saúde.

ram pelo processo de conversão, que após visita, observou-se estrutura física com potencial para instalação de atendimento ambulatorial, com necessidade de pequenas adaptações, onde se planejou a criação de policlínicas. Dentre elas, havia uma das estruturas que se destacava pelo espaço físico externo e interno, com espaço para realização de atividades físicas já construído, sendo então transformado em Centro Especializado em Reabilitação – CER II. Havia ainda uma policlínica funcionando em modelo tradicional fragmentado. Posteriormente, foram identificadas outras quatro estruturas para instalação de Policlínicas, e outra para implantação de um Centro de Referências e Diabetes, Obesidade e Hipertensão.

Considerando-se ainda que o Ambulatório Modelo da Planificação estava em uma região que não dispunha de estrutura extra-hospitalar para o seu funcionamento, porém, com adequações do espaço físico do ambulatório hospitalar foi possível o seu funcionamento, demonstrando ainda que o seu sucesso estava baseado na mudança de processos de trabalho e não em sua localização, optou-se por reavaliar todas as estruturas ambulatoriais hospitalares.

A Tabela 1 resume o conjunto de equipamentos que comporiam a rede de atenção ambulatorial secundária.

## Resultados e discussão

### Criação de nível gestor regional da atenção secundária

#### Histórico

Em 2015, a SESDF foi organizada administrativamente em Administração Central (ADMC), Superintendências das Regiões de Saúde (SRS) e Unidades de Referência Distrital (URD). Essa estruturação concretizou a mudança do modelo de gestão centralizado, para o modelo regionalizado, com perspectiva de descentralização orçamentária-financeira, conforme Decretos nº 36.918, de 26 de novembro de 2015<sup>19</sup>, nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016<sup>20</sup>, e nº 37.515, de 26 de julho de 2016<sup>21</sup>. A ADMC passou a ser responsável pela normatização, planejamento, controle e avaliação da gestão da Rede de Serviços do SUS/DF e as SRS e URD, responsáveis pelo planejamento, monitoramento e avaliação da execução de serviços, no âmbito regional.

A modelagem organizacional das SRS foi por níveis de atenção, bem como por gestão de processos. Assim, naquele momento, a estrutura

**Tabela 1.** Conjunto de equipamentos propostos para compor a rede de atenção ambulatorial secundária, SESDF, 2018.

Equipamento de Saúde	Quantidade
Policlínica Extra-Hospitalar	08
Policlínica Intra-Hospitalar	10
Hospital Dia	01
Centro Especializado em Reabilitação (CER)	01
Centro de Especialidades Odontológicas – CEO (extra-hospitalar)	03
Centro de Especialidades Odontológicas – CEO (intra-hospitalar)	10
Centro de Atenção Psicossocial	18
Centro de Referência	03
Laboratório Regional (extra-hospitalar)	02
Centro Radiológico	01

administrativa das SRS passou a ser composta por uma Diretoria Administrativa e Diretorias Assistenciais: Diretoria de Atenção Primária (DIRAPS) e Diretorias Hospitalar (DH).

A AASE foi estruturada por uma necessidade de organização dos serviços ambulatoriais. Tais serviços estavam parte vinculados à SRS ou à DH. Esses serviços não tinham um padrão de organização administrativa, uns estavam formalizados na estrutura enquanto que a grande maioria não. Dessa forma, em novembro de 2017 foram iniciadas oficinas para reestruturação dos cargos para a criação de uma Diretoria Regional de Atenção Secundária (DIRASE).

As oficinas aconteceram em cada SRS com a participação do superintendente e seu corpo diretivo. A estrutura proposta foi modelada com:

- Uma DIRASE por região de saúde vinculada a superintendência;

- Uma Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação com dois núcleos: um de captação e análise de informações do SUS e outro de Gestão de Custos, vinculada à DIRASE, seguindo o mesmo padrão de estrutura das outras diretorias de atenção;

- Gerências de Serviços de Atenção Secundária (GSAS), vinculadas a DIRASE, e quantificadas de acordo com os serviços ambulatoriais existentes em cada região;

Alteração da vinculação administrativa dos CAPS, UPAS e demais serviços ambulatoriais es-

pecializados, existentes na estrutura administrativa, à DIRASE.

A padronização da estrutura administrativa das regiões de saúde estabelece e especifica todas as atividades funcionais e os limites de responsabilidades das unidades orgânicas, além de equilibrar essas atividades em um todo harmônico, sem perder de vista que o processo organizacional sistêmico, em que os vários setores interagem, visando à coerência e à eficácia do conjunto. Teve por objetivo possibilitar e potencializar a governabilidade e o desempenho dos gestores e servidores, e criar espaços fluidos de atuação, gestão e trocas de experiências entre os gestores.

Realizou-se ainda curso de formação para os futuros gestores deste nível de atenção, incluindo temas como o modelo de atenção e RAS, planejamento, financiamento e orçamento, entre outros. Atualmente, ocorrem espaços colegiados entre os DIRASES de cada SRS para monitoramento e troca de informações sobre o processo de implantação do modelo.

#### **Dimensionamento de pessoal**

No processo de conversão, houve um quantitativo de médicos e enfermeiros que não aderiram à mudança, estando disponíveis para serem realocados em outros níveis de atenção. Posteriormente, com o desenvolvimento da regulamentação do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família – Atenção Básica (NASF-AB) no Distrito Federal, em número menor, houve também a disponibilização de outras profissões da saúde para os demais níveis de atenção.

Dentre os médicos, a maior parte do RH disponível era de especialistas em Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Clínica Médica. Considerando o novo modelo de atenção, definiu-se que o escopo de atuação destes profissionais em AS deveria se concentrar em atividades da especialidade focal ou ainda em áreas de atuação específicas de linhas de cuidado propostas. Para tanto, as áreas técnicas da ADMC iniciaram trabalho para a definição dos marcos técnicos para os limites de atuação destes profissionais.

Realizou-se então instrumento para elaboração de um banco de talentos, que consistia em identificar entre os profissionais a existência de uma subespecialidade, além de áreas de atuação ou treinamentos específicos de interesse para a organização das Policlínicas.

Nesta etapa, identifica-se profissionais dos ambulatorios hospitalares, até este momento ligados administrativamente às DH, que atuavam em especialidades de interesse para composição

dos serviços de atenção secundária. Foi realizada negociação e convencimento dos mesmos para atuação em policlínicas extra ou intra-hospitalares com vinculação à nova estrutura administrativa do secundário.

Por último, já com diagnóstico da distribuição das especialidades nas regiões e com a construção do manual de parametrização de sua força de trabalho, foram possíveis novas nomeações de profissionais visando à organização destes serviços, baseado ainda nas necessidades identificadas em cada região de saúde. Muda-se a lógica de lotações por interesses individuais para uma de organização de serviços por necessidades.

#### **Desenvolvimento de marco legal para regulamentação do nível de atenção**

A publicação do Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018<sup>22</sup>, foi uma divisor de águas para se oficializar a AS, pois, além de criar a nova estrutura administrativa conforme disposto anteriormente, instituiu oficialmente a criação deste nível de atenção. No entanto, a organização de novos serviços e a proposta de mudança nos processos de trabalhos, gerou a demanda principalmente pelos gestores regionais de normalização de critérios de funcionamento dos serviços, alocação das especialidades médicas entre DH e DIRASE, oficialização das policlínicas e suas funções.

Baseando-se nas experiências da Planificação, nas publicações teóricas e de experiências trazidas nas publicações do CONASS, com destaque ao CONASS DEBATE – Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada, além das experiências que já estavam ocorrendo na implantação do modelo em cada região de saúde, a SESDF faz a publicação da Portaria SES nº 773, de 19 de julho de 2018<sup>10</sup>, que estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Ambulatorial Secundária.

Dentre outras coisas, a portaria traz definições conceituais da AASE, Matriciamento e Carteiras de Serviço. Destaca-se ainda diretrizes e princípios para a organização deste nível de atenção, como: a suficiência; a complementaridade; a territorialidade, o acesso regulado; a coordenação pela APS e o caráter multiprofissional. Delimita-se o escopo de atuação da AASE.

Estabelece as linhas de cuidado para a Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, da Mulher, da Pessoa com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Saúde Bucal como obrigatórias em cada região, além de estimular as linhas de Cuidado de Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Infecciosas (IST/AIDS e doenças tropicais), a Saúde da Pessoa Idosa, as Práticas Integrativas

em Saúde e à Pessoa em Situação de Violência como preferenciais.

Sobre o funcionamento das unidades, estabelece-se parametrização das agendas e definição das marcações, estabelecendo que a totalidade das vagas de atendimento especializado serão reguladas, com prioridade, para a utilização do sistema de regulação pela APS, não havendo previsão de vagas para atendimento especializado em demanda espontânea.

Leva-se em consideração as experiências exitosas de matriciamento e a importância da AASE como referência consultora, responsabilizando-a também pela melhoria da qualidade do acompanhamento dos casos menos complicados pelas equipes da ESF. Assim, a fim de garantir as ações neste sentido, estabeleceu-se que as Unidades de AASE deverão atuar como espaço de educação em saúde para profissionais da APS, recomendando-se que entre 10% e 20% da carga horária total disponível em cada especialidade sejam dedicados a ações de matriciamento, conforme necessidades identificadas no território.

Por último, houve apoio do Conselho de Saúde do Distrito Federal, que identificando a importância da organização da AS aprova a Resolução nº 505, de 09 de outubro de 2018 (DODF, 15/10/2018)<sup>23</sup>, que resolve, dentre outros itens, determinar que a Atenção Ambulatorial Secundária seja uma estratégia de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, organizada a partir da territorialização e das linhas de cuidado, de acordo com os princípios de descentralização e regionalização do SUS.

#### **Criação dos marcos técnicos**

Para a organização dos fluxos, as áreas técnicas da SESDF trabalharam em protocolos de encaminhamento, delimitando os critérios que definem a permanência do usuário na APS, e quando estes precisam ser encaminhados para as especialidades. Com essa ação padroniza-se também a regulação em todas as regiões de saúde, que antes utilizavam protocolos diversos produzidos por outras instituições. Os protocolos foram construídos em grupos envolvendo todas as áreas de atuação nas linhas de cuidado, envolvendo a avaliação e a validação por equipes técnicas da Coordenação de Atenção Primária da SESDF.

No intuito de facilitar o manuseio dos protocolos, a Diretoria de Atenção Secundária da SESDF apresentou estes em formato Notas Técnicas (NT), que foram divulgadas a todas as equipes de ESF, assim como aos profissionais da AASE, além de disponibilização permanente em sítio

eletrônico. O cumprimento dos critérios de encaminhamento é monitorado pelos agentes de regulação das regiões, cabendo também aos profissionais da AASE avaliar a qualidade dos encaminhamentos, produzindo relatórios que diagnostiquem os pontos mais sensíveis das equipes, permitindo o planejamento das ações de matriciamento, que devem ser individualizadas às necessidades de cada equipe.

Dentre as NT, quatro especialidades ainda se beneficiaram com a introdução do Telessaúde, que soma-se a outras ações na melhoria da qualificação das filas e aumento da resolutividade na APS.

#### **Regulação das consultas médicas e não médicas nas SRS**

A reestruturação do sistema público de saúde do Distrito Federal com base na APS e ESF traz, como um desafio, a organização de uma rede de suporte para possibilitar que o primeiro nível de atenção seja o mais resolutivo possível. Evidências científicas demonstram que uma APS forte depende de retaguarda com a mesma robustez para que o cuidado em saúde das pessoas sejam o mais qualificado possível<sup>24</sup>. Assim, são desenvolvidos e reestruturados os níveis ambulatorial especializado e o hospitalar. Entretanto, um novo desafio apresenta-se para a gestão deste sistema: a necessidade de promover a integração entre tais níveis. Assim, foi necessária a organização de um dispositivo responsável pelo recebimento das solicitações provenientes das equipes de APS e que contribuísse para o fortalecimento do papel de *gatekeeper* da APS, conduzindo o acesso equânime, transparente e seguro para a atenção especializada e hospitalar. Desta forma, foi estruturado o Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF) e suas Centrais de Regulação (CR) para a execução de um processo regulatório de acesso baseado no desenvolvimento de panoramas de oferta de serviços de saúde e no modelo de regionalização do DF. Assim, configura-se serviços de Panorama 1 (aquele que as regiões de saúde são autossuficientes para oferta), Panorama 2 (serviços que precisam ser pactuados entre as regiões de saúde) e Panorama 3 (serviços estratégicos e escassos, disponibilizados para toda a população do DF e que ficam sob regulação direta do CRDF).

O CRDF tem, assim, a competência de exercer a Regulação do Acesso à Assistência, juntamente com as suas unidades operacionais. A regulação médica configura-se como autoridade sanitária e promove acesso baseando-se em protocolos, clas-



sificação de risco e demais critérios de priorização definidos e pactuados entre os gestores envolvidos para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão.

Responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, exames, bem como aos demais procedimentos ambulatoriais, a Central de Regulação Ambulatorial (CERA), subordinada à Diretoria de Regulação da Atenção Ambulatorial e Hospitalar (DIRAAH) é uma das oito CR que compõe o CRDF. A regulação ambulatorial segue o Panorama de Regulação ou Modelo de Regulação, adotado pela SESDF e seu CRDF, que consiste na subdivisão de serviços da atenção especializada e hospitalar, conforme distribuição regional, resultando na formação de quadros de oferta desses serviços.

#### **A implantação do Núcleo de Telessaúde Distrito Federal**

Processos inovadores de auxílio à gestão, como o Telessaúde, têm um papel importante no processo de reorganização da APS, da AS e da regulação do acesso no DF, visto que tais movimentos se convergem em práticas de regulação e ações de educação permanente que são capazes de integrar os níveis de atenção de forma regionalizada, de tal maneira a responsabilizar os profissionais de saúde na ótica da gestão do cuidado do usuário.

Neste sentido, o projeto Regula Mais Brasil é uma parceria do Ministério da Saúde e o Hospital Sírio-Libanês por meio do Programa de Apoio e Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS) para fomentar as ações de regulação e educação permanente na APS e na AS de quatro capitais brasileiras e o DF, baseando-se na experiência técnico-científica do Telessaúde do Rio Grande do Sul. Além disso, o projeto Regula Mais Brasil tem como propósito a implantação do Telessaúde DF.

O projeto teve início no final de 2017 quando os profissionais do CRDF participaram da capacitação do Regula Mais Brasil com o objetivo de identificar potencialidades e fragilidades na implantação do Telessaúde DF. No primeiro semestre de 2018 foi realizado um estudo amostral a partir das filas de espera para consultas especializadas sendo identificadas quatro especialidades médicas (cardiologia, endocrinologia, neurologia e pneumologia) para compor o escopo do projeto.

Nesse contexto, o Telessaúde DF encontra-se em fase de implantação, sendo possível elencar os principais avanços até o momento:

- Telerregulação das especialidades de cardiologia e endocrinologia da região sudoeste; as ações de regulação são realizadas no SISREG pelos médicos teleconsultores do Regula Mais Brasil, assim, os critérios de encaminhamento são avaliados conforme as NT e as solicitações podem ter três desfechos; aprovado, cancelado e devolvido. O “status” devolvido é realizado com orientações para o médico de família e comunidade com o objetivo de qualificar as informações do encaminhamento referenciando as NT e caso o médico solicitante deseje discutir o caso pode ser realizada a teleconsultoria.

- Contato de engajamento e/ou Teleconsultoria; no primeiro momento os contatos são ativos, justificando a necessidade do primeiro contato de engajamento ser realizado pelos médicos teleconsultores para os médicos de família e comunidade. Dessa forma, a equipe de campo realiza contato prévio com os gerentes de UBS para agendar horário para o contato do teleconsultor com o médico da UBS para apresentar o projeto, estabelecer vínculo e caso o médico de família e comunidade tenha a intenção de discutir casos de encaminhamentos que foram devolvidos via SISREG é realizada a teleconsultoria.

- Trabalho de campo; consiste em ações coletivas como reuniões de equipes, oficinas, contatos telefônicos e visitas técnicas as UBS para o engajamento dos profissionais de saúde no projeto Regula Mais Brasil.

#### **Conclusão**

Apesar das escassas publicações sobre a AASE, a partir do momento em que se deu início a Reforma Sanitária no DF pela Atenção Primária à Saúde, a necessidade premente de ocorrer a organização dos demais níveis estruturais foi imperiosa. Para isso, deu-se início a implementação de política pública de forma sistemática e criteriosa, a partir de todo diagnóstico realizado na Rede SES DF. Obteve-se resultados importantes tanto para organização do sistema quanto para suprir as necessidades de saúde da população, que vinha sofrendo com filas intermináveis e por tempo indeterminado. Ainda há que se percorrer um longo caminho para que as mudanças possam de fato serem percebidas pela população. Porém, pequenos avanços como filas de procedimentos e consultas transparentes e organizadas e melhor aproveitamento das horas disponíveis dos especialistas focais já podem ser vistos.

## Colaboradores

BAP Guedes, FLB Vale, SR Batista e RW Souza trabalharam na concepção e delineamento do

artigo, na pesquisa e organização de dados, na redação final, na revisão crítica e na aprovação da versão para submissão à publicação. MKA Costa trabalhou na pesquisa e redação.

## Referências

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *CONASS Debate – Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada*. Brasília: CONASS; 2016.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines*. Washington: OPAS; 1962.
3. Canonici EL. *Modelos de unidades e serviços para organização da atenção ambulatorial especializada em Sistemas Regionais de Atenção à Saúde*. São Paulo: ProadSus; 2014.
4. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2018; 9 abr.
5. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2018; 9 abr.
6. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Lei nº 6.133, de 6 de abril de 2018. Estabelece a Estratégia Saúde Família como modelo da atenção primária do Distrito Federal e promove medidas para seu fortalecimento. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2018; 9 abr.
7. Poças KC. *Avaliação da atenção primária à saúde no Distrito Federal* [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2017.
8. Lopes F. *Ambulatorização. Portal de Codificação e dos GDH*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2010.
9. Rocha DC. *Gestão do Cuidado na Atenção Ambulatorial Especializada: Elementos para pensar uma política* [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014.
10. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Portaria nº 773, de 19 de julho de 2018. Estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Ambulatorial Secundária. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2018; 7 ago.
11. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Decreto nº 36.918, de 26 de novembro de 2015. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2015; 27 nov.
12. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Ordem de serviço nº 83, de 3 de novembro de 2018. Art. 1º Criar Grupo de Trabalho com finalidade de discutir a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) no âmbito da SES-DF. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2017; 22 nov.
13. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). *Planificação da Atenção à Saúde – uma proposta de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Conass; 2019.
14. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF). *Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde*. Brasília: SES-DF; 2018.
15. Mendes EV. *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 (OPAS); 2012.
16. Khanassov V, Pluye P, Descoteaux S, Haggerty JL, Russell G, Gunn J, Levesque JF. Organizational interventions improving access to community-based primary health care for vulnerable populations: a scoping review. *Int J Equity Health* 2016; 15(1):168.
17. Huntley A, Lasserson D, Wye L, Morris R, Checkland K, England H, Salisbury C, Purdy S. Which features of primary care affect unscheduled secondary care use? A systematic review. *BMJ Open* 2014; 4(5):e004746.
18. Blank L, Baxter S, Woods HB, Goyder E, Lee A, Payne N, Rimmer M. Referral interventions from primary to specialist care: a systematic review of international evidence. *Br J Gen Pract* 2014; 64(629):e765-e774.
19. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Decreto nº 36.918, de 26 de novembro de 2015. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2015; 27 nov.
20. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Decreto nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2016; 29 abr.
21. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016. Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2016; 27 jul.
22. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2018; 11 abr.
23. Distrito Federal. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Resolução nº 505, de 9 de outubro de 2018. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2018; 15 out.
24. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde (MS); 2002.

Artigo apresentado em 28/11/2018

Aprovado em 06/02/2019

Versão final apresentada em 27/03/2019