

# DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 20/10/2023 | Edição: 200 | Seção: 1 | Página: 87

Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete da Ministra

## PORTRARIA GM/MS Nº 1.604, DE 18 DE OUTUBRO DE 2023

Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A MINISTRA DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012 que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Considerando Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde;

Considerando a Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 202, que consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre Direitos e Deveres, Organização e Funcionamento do SUS;

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde.;

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, que consolida as normas sobre atenção especializada à saúde;



Considerando o "Documento Disparador para o Seminário Internacional de Atenção Especializada: subsídios para a construção da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde", e os debates e contribuições realizados durante o XXXVII Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e a 17º Conferência Nacional de Saúde; e

Considerando a necessidade de estabelecer diretrizes e normas para o desenvolvimento da Atenção Especializada em Saúde no âmbito do SUS, resolve:

## CAPÍTULO I

### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde.

§ 1º Para fins desta Portaria, entende-se como Atenção Especializada o conjunto de conhecimentos, práticas assistenciais, ações, técnicas e serviços envolvidos na produção do cuidado em saúde marcados, caracteristicamente, por uma maior densidade tecnológica.

§ 2º A Atenção Especializada compreende, dentre outras, as seguintes ações e serviços constantes em políticas e programas do Sistema Único de Saúde:

I - a rede de urgência e emergência;

II - os serviços de reabilitação;

III - os serviços de atenção domiciliar;

IV - a rede hospitalar;

V - os serviços de atenção materno-infantil;

VI - os serviços de transplante do Sistema Nacional de Transplantes (SNT);

VII - os serviços de atenção psicossocial;

VIII - os serviços de sangue e hemoderivados; e



IX - a atenção ambulatorial especializada, incluindo os serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos.

Art. 2º A Atenção Primária deve ser a porta de entrada preferencial, principal centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde - RAS e local que assume a maior responsabilidade na ordenação do acesso e coordenação do cuidado do usuário de seu território.

Parágrafo único. As pessoas atendidas pela Atenção Especializada apresentam, num dado momento, a necessidade de cuidados mais intensivos e/ou diferentes daqueles disponíveis na Atenção Primária, de modo que a Atenção Especializada deve desempenhar um papel de apoio à Atenção Primária em um sistema de cuidados integrais.

Art. 3º A PNAES possui diretrizes, dimensões e eixos estruturantes que deverão ser considerados na criação e reformulação de políticas e programas que tratem da Atenção Especializada, ou que se relacionam com ela, e que deverão orientar o modo de organização e funcionamento dos serviços de atenção especializada.

Art. 4º São diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde:

I - ampliação e garantia do acesso da população a serviços especializados, em tempo oportuno, com referência territorial e considerando as necessidades regionais, garantindo a equidade no atendimento, a qualidade assistencial, a integralidade e a maior efetividade e eficiência na aplicação dos recursos financeiros;

II - promoção da regionalização dos serviços de atenção especializada em saúde e da integração com os demais serviços na perspectiva da Redes de Atenção à Saúde (RAS), em consonância com as pactuações regionais e macrorregionais;

III - garantia da coordenação do cuidado e da continuidade assistencial, por meio de planejamento da estruturação e oferta de serviços, fluxos assistenciais e transporte sanitário em função das necessidades de saúde da população de um território definido, no âmbito das regiões de saúde;

IV - promoção de um modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde das pessoas e no cuidado ao usuário, que engaje a pessoa na produção de seu cuidado e favoreça o compartilhamento de decisões e a atuação interprofissional, interdisciplinar e integrada das diferentes equipes e serviços;

V - fortalecimento da Atenção Primária, por meio do adensamento da sua capacidade clínica, ampliação da sua resolubilidade, da sua capacidade de ordenação do acesso e coordenação do cuidado, de forma articulada com a Atenção Especializada, por meio da promoção da comunicação, corresponsabilização do cuidado, compartilhamento das decisões clínicas e de gestão de recursos necessários entre profissionais, equipes e serviços;

VI - promoção da cultura de segurança do paciente nos serviços especializados, de acordo com suas especificidades, por meio de monitoramento, avaliação e controle de estruturas, processos e resultados assistenciais, para garantir a qualidade no cuidado;

VII - estímulo à adoção de estratégias de formação, educação permanente, valorização, provimento e fixação de profissionais de saúde, visando a melhoria da atenção e a oferta de serviços com qualidade e em quantidade suficiente para garantir o acesso da população, em especial aquela de territórios mais vulneráveis e com vazios assistenciais;

VIII - qualificação da regulação assistencial, centrada no usuário e produtora de cuidado, na garantia da integralidade com critérios claros, equânimes e baseados em diretrizes clínicas compartilhadas pelos serviços da RAS, visando monitorar, reduzir os tempos de espera, minimizar o absenteísmo, evitar a realização de procedimentos desnecessários, aumentar a transparência, fortalecer a coordenação do cuidado e promover a vinculação, corresponsabilização e comunicação entre equipes demandantes, ofertantes e usuários;

IX - promoção da disponibilização de transporte sanitário regionalizado que busque garantir cuidado digno e deslocamento adequado, com financiamento tripartite;

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

XI - promoção de novas modelagens de serviços de atenção especializada, com a indução de boas práticas de atenção, educação, gestão e participação e a integração desses serviços na RAS;

XII - promoção de maior participação do governo federal no custeio, em pactuação com estados, Distrito Federal e municípios, diante do reconhecimento da diversidade de arranjos de organização dos serviços de atenção especializada, considerando o território e as desigualdades sociais e regionais;

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

XIV- promoção da articulação entre governos, instituições de ensino, pesquisa e desenvolvimento e a sociedade, visando a produção e disseminação de conhecimentos, a inovação e o desenvolvimento científico e tecnológico;

XV - substituição gradativa da forma de financiamento, alterando o modelo de pagamento por procedimento para a remuneração em modelo fundado no cuidado integrado e integral, na contratualização de metas qualitativas e quantitativas, 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;

XVI - participação da sociedade e atuação do controle social no processo de implementação, monitoramento e avaliação da política;

XVII - estímulo à práticas de gestão e de trabalho que assegurem a inserção das ações de vigilância em saúde, promoção e prevenção em toda a Rede de Atenção à Saúde;



XVIII - oferta de cuidado especializado orientado pelo princípio da equidade, promovendo a elaboração e implementação de estratégias que garantam o acesso e a qualidade da assistência aos grupos vulnerabilizados nos serviços e equipamentos da RAS, reconhecendo e respeitando as diversidades socioculturais e o enfrentamento do racismo estrutural; e

XIX - desenvolvimento de ações de assistência farmacêutica e de uso racional de medicamentos, de forma a garantir a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da União, ou do Distrito Federal de medicamentos nos pontos de atenção ambulatorial e hospitalar, visando a integralidade do cuidado.

## CAPÍTULO II

### DAS DIMENSÕES DA PNAES

Art. 5º A estruturação da Atenção Especializada em saúde no SUS se dará conforme as seguintes dimensões, que lastreiam os Eixos Estruturantes da PNAES:

I - sistêmica;

II - organizacional; e

III - profissional.

Art. 6º A dimensão sistêmica trata da articulação dos serviços de atenção especializada com os demais pontos de atenção e a integração das práticas profissionais, de acordo com planejamento regional integrado, visando a implementação da RAS, conforme o Anexo I da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, com ênfase no seu papel de apoio à atenção primária, com o objetivo de promover a integralidade, a continuidade do cuidado e evitar o desperdício de recursos.

Art. 7º A dimensão organizacional trata do modo como os serviços especializados organizam suas equipes multiprofissionais de forma interdisciplinar para garantir acesso, acolher, oferecer cuidado de qualidade aos usuários e prestar apoio, mediante matricialmente, a outras equipes e serviços da RAS, contribuindo com a regulação do acesso e a continuidade do cuidado da rede de atenção, seja por práticas presenciais ou remotas.

Art. 8º A dimensão profissional trata da forma como os profissionais de saúde dos serviços especializados promovem o cuidado interagem com os usuários, sendo influenciada pela capacidade técnica dos profissionais, pela sua postura ética e capacidade de se responsabilizar e produzir vínculo com os usuários, atuando de acordo com os melhores saberes e técnicas clínicas disponíveis, com bom senso e ética.

## CAPÍTULO III

### DOS EIXOS DA PNAES

Art. 9º São eixos estruturantes da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde:

I - planejamento ascendente de base territorial e organização dos serviços de Atenção Especializada em Saúde na RAS de acordo com o Planejamento Regional Integrado (PRI);

II - modelo de atenção à saúde centrado nas necessidades de saúde da população e com base na universalidade, integralidade e equidade;

III - fortalecimento e atuação integrada à Atenção Primária;

IV- integração da Atenção Especializada à Saúde com a Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde

V - regulação do acesso e coordenação do cuidado com equidade e transparência;

VI - informação, comunicação e saúde digital;

VII - gestão dos serviços de atenção especializada;

VIII - formação, educação permanente, valorização, provimento e gestão da força de trabalho em saúde; e



## IX - financiamento.

### Seção I

Planejamento ascendente de base territorial e organização dos serviços de Atenção Especializada em Saúde na RAS de acordo com Planejamento Regional Integrado (PRI)

Art. 10. Os serviços de atenção especializada em saúde no âmbito do SUS deverão ser ofertados de forma regionalizada, integrada aos demais pontos de atenção da RAS e articulada a outras políticas de saúde e políticas intersetoriais, para garantir:

- I - cuidado resolutivo e em tempo oportuno;
- II - economia de escala e definição de escopo;
- III - qualidade;
- IV - efetividade;
- V - sustentabilidade; e
- VI - continuidade e coordenação do cuidado.

Art. 11. A disposição territorial, o escopo, a escala, o papel e a gestão dos serviços de atenção especializada na RAS deverão ser resultados de planejamento ascendente e participativo, que considere:

I - necessidades de saúde da população bem como parâmetros tecnoassistenciais, epidemiológicos, ambientais, sanitários, demográficos e socioeconômicos existentes;

II - características do território, abrangência territorial da população que será referida a cada serviço, fluxos de deslocamento, disponibilidade de transporte sanitário e vinculação entre serviços, para assegurar os fluxos assistenciais e promover uma comunicação que viabilize a coordenação do cuidado;

III - capacidade instalada e programação da oferta, para evitar sobreposição e conflitos entre os serviços da RAS, sejam públicos ou complementares;

IV - implementação de linhas de cuidado regionais com fluxos assistenciais, pactuação e gestão compartilhada da demanda e da oferta, bem como de critérios e mecanismos regulatórios, no âmbito do PRI;

V - gestão compartilhada, com ênfase na relação entre estado e municípios da região de abrangência da RAS em questão;

VI - processos de pactuação e contratualização; e

VII - critérios de monitoramento e avaliação.

Art. 12. As instituições que atuam na atenção especializada à saúde, sejam de natureza pública ou privada, com ou sem lucrativos, são responsáveis por cumprir estritamente o estabelecido na pactuação com o gestor de saúde local, no que se refere ao escopo, escala, papel, gestão, padrões de qualidade, promoção da segurança do paciente, diretrizes e protocolos clínicos, critérios e mecanismos de acesso, ações de cuidado compartilhado, apoio clínico, telessaúde, entre outros.

### Seção II

Modelo de Atenção à Saúde centrado nas necessidades de saúde da população e com base na universalidade, integralidade e equidade.

Art. 13. Os serviços de atenção especializada à saúde deverão ser centrados na pessoa e suas necessidades, comprometida com a coprodução do cuidado entre sujeito, família, equipes demandantes e ofertantes.

Parágrafo único. Para fins do disposto no caput, os serviços devem ter equipes multiprofissionais que atuem de modo interdisciplinar, visando a melhoria da situação de saúde, do bem-estar e a ampliação da autonomia das pessoas e buscando os mais altos graus de integralidade.

Art. 14. A equipe multiprofissional deverá:

I - responsabilizar-se pela pessoa que acessa o serviço;

II - proporcionar um atendimento acolhedor, que respeite as especificidades socioculturais;



III - corresponsabilizar-se no cuidado no âmbito da RAS, buscando garantir a continuidade do cuidado e a referência segura e informada ao próximo ponto da RAS, que deverá continuar o atendimento ao usuário;

IV - orientar o usuário e familiares quanto à continuidade do cuidado, preferencialmente, por meio de um plano de cuidado integrado com a Atenção Primária à Saúde, reforçando a autonomia do sujeito e promovendo o autocuidado;

V - articular a continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, garantindo a transição do cuidado e sua referência segura e informada, em particular com a Atenção Primária; e

VI - articular a interlocução intersetorial com outros equipamentos e serviços no território que possam complementar o cuidado para a promoção e reabilitação em saúde e reintegração social do paciente.

Art. 15. O modelo de atenção à saúde no âmbito da atenção especializada deverá contemplar um conjunto de dispositivos de cuidado que assegurem o acesso, a qualidade da assistência, a coordenação do cuidado e a segurança do paciente.

§ 1º A clínica ampliada, a prática clínica centrada na pessoa e a gestão da clínica deverão ser a base do cuidado para assegurar a sua qualidade e o vínculo entre a equipe, o usuário e seus familiares.

§ 2º O Plano de Cuidado deverá ser elaborado e registrado em prontuário compartilhado pela equipe multiprofissional, tendo as informações clínicas relevantes para o cuidado disponíveis às equipes dos demais pontos de atenção.

§ 3º As equipes dos serviços especializados deverão desenvolver estratégias de educação permanente, apoio clínico e cuidado compartilhado, incluindo apoio matricial, interconsulta, navegação do cuidado e diversas ações de telessaúde (teleconsultoria, teleinterconsulta, telediagnóstico, teleconsulta, telerregulação assistencial), propiciando suporte nas diversas especialidades para as equipes de referência, visando a atenção integral ao usuário.

§ 4º Deverão ser pactuadas e implementadas ações que assegurem a qualidade da atenção e boas práticas em saúde, como protocolos e diretrizes clínicas, com vistas a garantir a segurança do paciente, com intervenções seguras e resolutivas, de forma a evitar ações desnecessárias e qualificar a assistência prestada ao usuário.

### Seção III

#### Do fortalecimento e atuação integrada à Atenção Primária

Art. 16. Os serviços de atenção especializada devem atuar de modo articulado e compartilhado com a atenção primária no cuidado à saúde das pessoas adscritas, contribuindo para o aumento da sua resolubilidade.

Parágrafo único. Para fins do disposto no caput, os serviços de atenção especializada deverão:

I - estar vinculados a um território e a uma quantidade definida de serviços de atenção primária;

II - compartilhar informações clínicas e promover a vinculação, comunicação e tomada de decisões compartilhadas entre os profissionais e equipes de ambos serviços, corresponsbilizando-se pela produção do cuidado dos usuários atendidos; e

III - definir conjuntamente protocolos de cuidado, de encaminhamento, de alta responsável ou de continuidade do cuidado a outro ponto de atenção que, efetivamente, oriente as práticas, fluxos e decisões de atenção e coordenação do cuidado.

Art. 17. Os serviços de atenção especializada devem, de acordo com o arranjo local ou regional da RAS, estar estruturados e aptos a:

I - matriziar as equipes de atenção primária à saúde, de maneira sistemática e regular, de acordo com as necessidades identificadas;

II - realizar interconsulta, teleconsultoria, segunda opinião formativa e teleducação junto às equipes de atenção primária à saúde;



III - realizar ações de telediagnóstico e de teleconsultas para casos cabíveis aos cuidados remotos de saúde;

IV - realizar telerregulação assistencial, integrando as ferramentas e a lógica do telessaúde ao processo de regulação do acesso; e

V - participar de processos de coordenação e navegação do cuidado para assegurar o melhor tratamento em tempo oportuno, às pessoas encaminhadas entre um serviço e outro, em especial aquelas que precisam ser atendidas em tempo oportuno para a resolução de um problema de saúde em evolução.

Art. 18. O processo de programação da oferta e de regulação do acesso a exames, consultas e outros procedimentos considerados mais estratégicos à Atenção Primária devem ser feitos, preferencialmente, de modo compartilhado com as equipes de atenção básica, buscando conferir às equipes de Atenção Primária a máxima autonomia na tomada de decisão.

§ 1º Para fins do disposto no caput, são considerados exames, consultas e outros procedimentos estratégicos aqueles:

I - que exigem tratamento em tempo oportuno;

II - mais demandados e que precisam ser gerenciados para evitar longo tempo de espera; e

III - que são relevantes para o aumento da resolubilidade da Atenção Primária.

§ 2º Deverão ser definidos protocolos que estabeleçam as necessidades e procedimentos para os quais caberá ao profissional da atenção primária definir as regras de acesso, bem como os casos em que a decisão e o cuidado serão compartilhados entre equipes demandantes e ofertantes.

§ 3º Devem ser evitados fluxos e processos burocráticos com carência de informações sobre o usuário, de modo a permitir a adequada avaliação e tomada de decisão clínica no processo de regulação do acesso.

#### Seção IV

#### Integração da Atenção Especializada à Saúde com a Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde



Art. 19. Para a promoção da integralidade das ações no sistema de saúde, deve haver a inserção da Vigilância em Saúde nas instâncias e pontos da RAS, por meio de articulação e construção conjunta de estratégias e ações.

Parágrafo único. Os serviços de Atenção Especializada devem se articular com a Vigilância em Saúde, visando a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos, bem como a redução da morbimortalidade, vulnerabilidades e riscos à saúde das pessoas.

Art. 20. As ações de Assistência Farmacêutica devem estar integradas aos serviços de atenção especializada, com vistas a contribuir para o acesso e melhoria da segurança e efetividade do uso de medicamentos a nível individual e populacional, colaborando para a tomada de decisões clínicas dos profissionais e do próprio usuário.

Parágrafo único. Os serviços de atenção especializada devem, preferencialmente, ofertar ações e serviços farmacêuticos, de forma a colaborar para maior efetividade dos tratamentos, prevenção e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia.

#### Seção V

#### Regulação do acesso e coordenação do cuidado com equidade e transparência

Art. 21. As ações, serviços e procedimentos de saúde na atenção especializada devem ser:

I - planejados e programados a partir das necessidades de saúde de uma determinada população;

II - regularmente contratualizados e executados; e

III - permanentemente monitorados e avaliados.

Parágrafo único. A integração das informações deve permitir maior transparência e o melhor suporte à tomada de decisões sobre investimentos, expansão e realização de novos contratos e a gestão sustentável dos recursos.

Art. 22. O acesso regulado, organizado em consonância com a Política Nacional de Regulação, com o objetivo de garantir a atenção em tempo oportuno e reduzir a taxa de absenteísmo e o tempo de espera, deverá:

- I - assegurar a equidade e a transparência;
- II - possuir práticas regulatórias produtoras de cuidado;
- III - estar organizado a partir de linhas de cuidado;
- IV - considerar o papel regulador de cada serviço da RAS;
- V - estar articulado com as respectivas centrais de regulação; e
- VI - possuir priorização por meio de critérios clínicos e que avaliem riscos e vulnerabilidades.

Art. 23. A regulação do acesso aos diversos prestadores deve:

I - possuir base regional, a partir da gestão compartilhada entre estado e municípios, sem prejuízo da autonomia de cada ente;

II - ter comando único; e

III - ordenar e regular o acesso aos diversos prestadores em um processo dinâmico de regulação, monitoramento e avaliação.

Art. 24. O gestor estadual, distrital ou municipal de saúde será responsável pela regulação do acesso, nos termos desta Política, da Política Nacional de Regulação do SUS e conforme pactuação, utilizando-se de:

- I - diretrizes clínicas, protocolos assistenciais e de acesso; e
- II - critérios de priorização com base em avaliações de risco e vulnerabilidade.



Art. 25. As ações regulatórias devem incluir dispositivos centrados nas necessidades do usuário como:

- I - a gestão e transparência das filas de espera;
- II - o matriciamento;
- III - a educação permanente;
- IV - a alta responsável;
- V - o telessaúde;
- VI - a telerregulação assistencial; e
- VII - o cuidado compartilhado entre profissionais da atenção básica e especializada.

Art. 26. Os protocolos de acesso e os processos e fluxos regulatórios devem possuir regras, critérios, processos de decisão e de agendamento pactuados, transparentes e compartilhados por todos os envolvidos em sua execução.

Art. 27. A regulação do acesso deve ocorrer na forma de linhas de cuidado ou de grupos de ofertas de cuidados integrados, dentro do nível de resolubilidade do estabelecimento de saúde e buscando evitar a vinculação definitiva do paciente, ou prolongando sua permanência, na atenção especializada, sem justificativa clínica (efeito velcro).

Art. 28. Os serviços de atenção especializada em saúde, de acordo com os fluxos regulatórios locais e com a Política Nacional de Regulação em Saúde, deverão:

I - disponibilizar sua oferta às centrais de regulação de acordo com o pactuado na contratualização; e

II - colaborar com a regulação do acesso a consultas, exames e procedimentos ofertados em suas dependências ou em outros serviços de saúde, compartilhando a responsabilidade na gestão das filas.

§ 1º A situação de saúde e as necessidades dos usuários devem ser consideradas na tomada de decisões no processo de regulação, mediante o acesso aos dados clínicos da pessoa.

§ 2º A regulação do acesso deve ser articulada às ações de telessaúde (tele-educação; teleinterconsulta; teleconsultoria; telediagnóstico e teleconsulta), na lógica da telerregulação assistencial, contribuindo para o aumento do acesso e da resolubilidade, além da redução dos tempos e filas de espera.

§ 3º Para conferir agilidade e a priorização adequada do acesso e reduzir a realização de procedimentos desnecessários, deve ser promovida maior responsabilização:

I - do demandante pelo processo regulatório, da Atenção Primária e de outros pontos de atenção, por meio da tomada de decisão compartilhada; e

II - dos profissionais e equipes demandantes e ofertantes pelas filas e tempos de espera, em especial, com relação às linhas de cuidado e problemas de saúde prioritários.

Art. 29. Deve ser estimulada a produção e gestão do cuidado compartilhado, por meio do relacionamento pessoal e o vínculo entre profissionais de saúde demandantes e ofertantes, para evitar a vinculação definitiva do paciente, ou prolongando sua permanência, na atenção especializada, sem justificativa clínica (efeito velcro), nas hipóteses em que o cuidado pode ser continuado na atenção primária.

Art. 30. Devem ser disponibilizados às equipes demandantes e ofertantes, mecanismos de coordenação do cuidado e de monitoração do acesso dos usuários aos serviços que compõem o itinerário terapêutico necessário ao seu cuidado.

§ 1º O processo de regulação deve ser informatizado, com ferramentas que apoiem a coordenação e integração do cuidado, que possibilitem ações de telessaúde e que visem ao monitoramento em tempo oportuno, à comunicação entre equipes demandantes e ofertantes e à tomada de decisões assertivas adaptável às necessidades locais e regionais.

§ 2º O Ministério da Saúde deverá prover soluções de tecnologias de informação e comunicação (TIC) que possibilite o compartilhamento de dados e informações entre os gestores, os profissionais de saúde e os cidadãos, com vistas a otimizar os processos de agendamento, reduzir o absenteísmo, qualificar o planejamento, monitoramento e avaliação do processo de regulação do acesso, incluindo filas e tempos de espera.

§ 3º Deve ser realizada gestão da informação com inteligência suficiente para conhecer as filas e gerenciá-las com tecnologias adequadas, a fim de evitar que a redução da fila de um tipo de procedimento gere outras na mesma linha de cuidado ou em outras linhas de cuidado que tenham procedimentos comuns.

## Seção VI

### Da informação, comunicação e saúde digital

Art. 31. As medidas relativas à saúde digital devem:

I - assegurar a proteção dos dados pessoais dos cidadãos e a governança pública das informações em saúde, nos termos da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD);

II - promover mudanças e inovações no processo de trabalho, ganhos de efetividade e eficiência;

III - promover o aperfeiçoamento do planejamento e da gestão de serviços e sistemas de saúde; e

IV - promover a melhoria do acesso e da qualidade do cuidado.

Art. 32. Devem ser adotadas medidas e ações para:

I - informatizar os serviços de atenção especializada, ambulatoriais e hospitalares;

II - garantir o registro e a atualização regular dos dados nos sistemas oficiais de informação do SUS;



III - assegurar a atenção remota; e

IV - garantir a interoperabilidade de dados.

§ 1º Para fins do disposto no inciso I do caput, a informatização deve ocorrer:

I - com soluções de tecnologias de informação e comunicação (TIC) de prontuários eletrônicos e sistemas de gestão de serviços de saúde que utilizem padrões de troca de dados e modelos de informação pactuados de maneira tripartite, garantindo a interoperabilidade entre as soluções e sistemas de informação;

II - com padrão adequado de infraestrutura e segurança de TIC; e

III - de forma a disponibilizar registro clínico eletrônico de saúde nos pontos de atenção da RAS, a ser utilizado para a tomada de decisões clínicas, coordenação do cuidado, apoio matricial e demais ações de telessaúde.

§ 2º Para fins do disposto no inciso III do caput, a atenção remota compreende a educação em saúde, a orientação de usuários, o telemonitoramento, a coordenação do cuidado, a navegação do usuário na RAS, a teleconsultoria, a teleinterconsulta, o telediagnóstico e a teleconsulta.

§ 3º A governança pública dos dados deve apoiar a decisão incrementando a capacidade analítica e utilizando ciência de dados e inteligência artificial para finalidades diversas, como:

I - pesquisas com relevância sanitária que utilizem dados de eventos pregressos;

II - previsão de situações futuras que exijam ações preventivas e preparatórias; e

III - mecanismos de controle interno e detecção de irregularidades.

## Seção VII

Da gestão dos serviços de atenção especializada

Art. 33. A gestão dos serviços da atenção especializada em saúde deverá ser pautada:

I - na garantia do acesso e qualidade da atenção;

II - no cumprimento de metas pactuadas nos processos de contratualização;

III - na eficiência e transparência da aplicação dos recursos; e

IV - no planejamento ascendente e gestão participativa e democrática.



Art. 34. São de avaliação da gestão interna do serviço:

I - a gestão participativa e democrática;

II - a atuação da ouvidoria;

III - as pesquisas de satisfação; e

IV - as demais modalidades de aferição e manifestação da opinião e sugestões dos usuários.

Art. 35. O gerenciamento das práticas de cuidado no serviço deverá ser realizado na perspectiva da integração da prática clínica, por meio da implementação de medidas para garantir:

I - o acesso de usuários encaminhados e que já estejam em processo de cuidado no serviço às várias ações e procedimentos necessários ao seu plano de cuidado;

II - a regulação interna entre diferentes profissionais e equipes, bem como para a realização de procedimentos, eliminando etapas evitáveis no itinerário terapêutico planejado para a pessoa;

III - a qualidade da atenção e gestão do cuidado, incluindo diversas práticas, como a educação permanente e auditoria clínica, visando o aumento da resolubilidade e da satisfação das pessoas;

IV - a otimização da capacidade instalada, com a redução do absenteísmo e a atenção à saúde remota para os problemas e necessidades sensíveis a este tipo de cuidado;

V - a análise do perfil de usuários atendidos, para monitorar ações e resultados, construir e implementar diretrizes clínicas e processos de cuidado que visem ao aumento da qualidade, efetividade e eficiência do serviço, para evitar a vinculação definitiva do paciente, ou prolongando sua permanência, na

atenção especializada, sem justificativa clínica (efeito velcro), e a realização de procedimentos desnecessários;

VI - a gestão da oferta, com o gerenciamento da agenda, realização de práticas de monitoramento do número de consultas por perfil de usuário com a decorrente avaliação da pertinência de dar alta e fazer contra referências responsáveis com a transição do cuidado à Atenção Primária; e

VII - a gestão da demanda, de forma a estimular a educação permanente dos profissionais da Atenção Primária e o matriciamento; e

VIII - o monitoramento de ações e resultados, visando o aumento da eficácia e eficiência do serviço, por meio de implementação de diretrizes clínicas e avaliação do número de consultas por tipo de usuário.

Parágrafo único. A análise do perfil de usuários atendidos de que tratam os incisos V e VI deste art. pode ocorrer por grupos de diagnósticos, condições de usuários ou por tipo de atenção prevista para um determinado grupo de usuários, como ações de apoio diagnóstico, cuidados resolutivos a serem pontualmente realizados na Atenção Especializada antes de voltar a ser atendido na Atenção Primária ou ainda cuidados com necessidade de continuidade e compartilhamento entre Atenção Primária e Especializada.

Art. 36. Devem ser adotadas ações de indução e apoio à formação de competências específicas de profissionais que ocupem cargos de direção e de gerência intermediária, para profissionalizar a administração dos serviços de Atenção Especializada.

Parágrafo único. A administração dos insumos, da infraestrutura, dos recursos financeiros e a gestão da força de trabalho serão direcionadas para o cumprimento do papel dos serviços de atenção especializada na RAS.

## Seção VIII

Da formação, educação permanente, valorização, provimento e gestão da força de trabalho



Art. 37. Os espaços de produção das ações e serviços de Atenção Especializada em Saúde devem se constituir como campo de prática para ensino, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde.

Parágrafo único. Os serviços de atenção especializada integrantes do SUS devem contribuir para a formação e educação permanente de suas equipes e dos trabalhadores dos demais pontos de atenção da RAS, por meio do matriciamento, de acordo com o pactuado com os gestores.

Art. 38. Os processos essenciais de gestão da força de trabalho em saúde devem ser orientados por competências articulando:

I - análise e descrição de cargos e posições em função das competências necessárias para o desenvolvimento de um processo de trabalho ou serviço;

II - dimensionamento da necessidade de profissionais por processo de trabalho, serviço e território;

III - seleção, contratação, alocação e redistribuição de profissionais;

IV - estabelecimento de diretrizes para a prática, formação, educação permanente e desenvolvimento profissional e pessoal;

V - reconhecimento, habilitação e acreditação profissional para realização das práticas requeridas; e

VI - sistema de remuneração, gestão de carreira profissional e avaliação de desempenho.

Art. 39. Em iniciativas de formação, provimento e fixação deve ser dimensionada, de forma tripartite, a necessidade de profissionais por região de saúde, em consonância com processos de investimento e planejamento regional integrado.

Art. 40. Deve ser almejado um processo de trabalho 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 dos usuários à Atenção Especializada com resolutibilidade e com os maiores graus de integralidade possíveis.

Art. 41. Devem ser propostos, nas regiões de saúde, perfis, escopo de práticas e competências para a atuação de profissionais de saúde para:

- I - a atenção às necessidades de saúde específicas; e
- II - a atuação em determinados serviços.

Parágrafo único. A definição de que trata o caput deve orientar as ações de formação mais pertinentes, sejam elas educação permanente, aperfeiçoamentos habilitadores de competências, especializações latu-sensu, residências médicas e multiprofissionais ou outras, articuladas ou não a processos de provimento e fixação.

Art. 42. Deverão ser ampliadas, diversificadas e combinadas as estratégias de formação e de habilitação profissional, com o objetivo de ampliar a oferta de serviços e o acesso da população, especialmente em áreas desassistidas.

Parágrafo único. As estratégias de que trata o caput deverão prever o reconhecimento da experiência do trabalhador, a certificação de suas habilidades e propor itinerários de formação em serviço realizados no sistema de saúde.

Art. 43. Os serviços de atenção especializada devem adotar as seguintes ações de valorização dos trabalhadores:

- I - avaliação de desempenho;
- II - educação permanente; e
- III - avaliação da atenção à saúde do trabalhador.

§ 1º A avaliação de desempenho dos trabalhadores pressupõe a existência de oportunidades sistemáticas para análises individuais e coletivas do trabalho, com participação ativa dos trabalhadores, buscando a corresponsabilização das equipes com as avaliações.

§ 2º O programa de educação permanente em saúde deve ser oferecido aos profissionais de saúde das equipes, baseado no aprendizado em serviço, de forma que as atividades de aprender e de ensinar se incorporem ao cotidiano dos serviços e equipes.

§ 3º A atenção à saúde do trabalhador contemplará ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças e reabilitação.

Art. 44. A gestão da força de trabalho na atenção especializada em saúde deverá ser direcionada para aperfeiçoar mecanismos de provimento, fixação e habilitação de profissionais, buscando atender aos pressupostos previstos nesta Política.

## Seção IX

### Do Financiamento

Art. 45. O financiamento da atenção especializada em saúde será realizado:

- I - de forma tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão;
- II - de acordo com as normas específicas do SUS; e
- III - em observância às necessidades de saúde da população e às dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde.

Art. 46. O financiamento da Atenção Especializada em Saúde poderá ser composto por recursos distintos relacionados a políticas e programas específicos, devendo seguir as seguintes diretrizes:

I - a busca da sustentabilidade, considerando a população de referência, o território de atuação, a missão e o papel dos serviços de Atenção Especializada desempenhado na RAS, pactuados regionalmente;

II - a ampliação da capacidade instalada, a renovação do parque tecnológico e a inovação de tecnologias, respeitando as especificidades regionais e as pactuações locais;

III - a alocação dos recursos de investimentos que deve considerar, prioritariamente, critérios que visem reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde, com objetivo de garantir a integralidade da atenção;



IV- a promoção da substituição gradativa de um modelo de pagamento por procedimento para a remuneração centrada no cuidado integral do usuário, por meio da implementação de linhas de cuidado e pela identificação de grupos de ofertas de cuidados integrados necessárias à atenção de determinadas necessidades e usuários;

V - a qualificação e integração dos sistemas de informação para que interoperem informações necessárias à gestão e financiamento;

VI - a qualificação dos sistemas de informação possibilitando o registro de toda a produção da Atenção Especializada realizada e custeada com recursos dos estados, do Distrito Federal, dos municípios e da União;

VII - o fortalecimento da contratualização de serviços com previsão de metas e resultados qualitativos e quantitativos, e remuneração por desempenho e alcance de resultados; e

VIII - o reconhecimento dos distintos arranjos da Atenção Especializada em Saúde existentes nos estados, Distrito Federal e municípios e da possibilidade de diversas formas de implementação desta Política pelos entes.

#### CAPÍTULO IV

#### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 47. Compete aos gestores do SUS, em suas esferas de atuação, a implementação da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde, mediante a elaboração de planos, programas e ações voltados para a organização e o funcionamento dos serviços especializados.

Art. 48 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**NÍSIA TRINDADE LIMA**

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

