



REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA EM SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Autor: Tiago Silva Vaz

Orientador: Prof. Dr. Leila Bernarda Donato Gottems

Brasília – DF

2024

REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA EM SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Política, Gestão e Educação em Saúde

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento, Gestão e Avaliação de Sistemas e Serviços

Autor: Tiago Silva Vaz

Orientador: Prof. Dr. Leila Bernarda Donato
Gottens

Brasília – DF

2024

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

VV393r Vaz, Tiago Silva
r Regulação do Acesso à Assistência Especializada em
Sistemas Públicos de Saúde: uma revisão de escopo /
Tiago Silva Vaz; orientador Leila Bernardo Donato
Gottems. -- Brasília, 2024.
201 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado Acadêmico em
Ciências da Saúde) -- Coordenação de Pós-Graduação e
Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde,
2024.

1. Atenção Primária a Saúde. 2. Atenção Secundária
à Saúde. 3. Listas de espera. 4. Acesso Efetivo aos
Serviços de Saúde. 5. Regulação em Saúde. I. Gottems,
Leila Bernardo Donato , orient. II. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

TIAGO SILVA VAZ

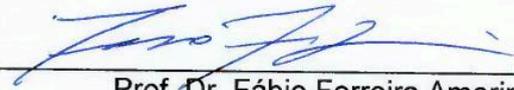
Regulação do acesso à assistência ambulatorial especializada em sistemas públicos de saúde: uma revisão de escopo

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre** em Ciências da Saúde, pelo programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde – Mestrado Acadêmico - da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/UnDF).

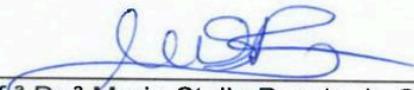
Aprovada em: 01/11/2024



Prof.^a Dr.^a Leila Bernarda Donato Göttems
Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/UnDF)
Orientadora



Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim
Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/UnDF)
Examinador Interno



Prof.^a Dr.^a Maria Stella Peccin da Silva
Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)
Examinadora Externa



Prof.^a Dr.^a Aline Mizusaki Imoto
Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/UnDF)
Suplente

Dedicatória

À Deus, criador de todas as coisas, por iluminar a minha jornada dando-me forças para vencer mais esta etapa de minha vida.

" Pois nele foram criados todas as coisas"
(Colossenses 1:16)

À minha família nuclear (pai, mãe e irmão), por estarem sempre presentes em minha vida, na alegria e na angústia, nas fortalezas e fragilidades, pelo apoio incondicional e pela inspiração constante, apoiando as lutas constantes para minhas realizações.

"Gratidão é a memória do coração."
(Lao Tzu)

Aos profissionais de saúde que, com dedicação e empatia, lutam diariamente para oferecer o melhor atendimento possível.

"Não é o que fazemos, mas sim o que somos que faz a diferença."
(Mahatma Gandhi)

Agradecimento Especial

À profa.dra. Leila Bernardo Donato Gottens pela oportunidade, paciência, respeito e dedicação dispensadas nos momentos de orientação; por confiar a mim tamanho empreendimento e, principalmente, pelo companheirismo e amizade travados ao longo destes mais de dois anos.

*"E não nos cansemos de fazer o bem, pois a seu tempo colheremos, se não
houvermos desfalecido."
(Gálatas 6:9)*

Agradecimentos

Aos meus colegas e companheiros de farda dos Núcleos de Saúde Mental (NUSAM) e de Educação em Urgência (NEU) do SAMU/DF, que me acompanharam e me estimularam a não desistir

À Sandra Monteiro, colega querida de profissão e grande incentivadora para entrar e permanecer no mestrado acadêmico.

Ao Washington de Oliveira, meu supervisor de enfermagem do TJDFT, por todo incentivo em forma de licenças e palavras de estímulo.

À todos meus amigos e colegas do Núcleo de Enfermagem (NUENF) do TJDFT, que souberam compreender os motivos das minhas ausências e "devaneios" em vários momentos durante o percurso.

Ao Francisco Júnior, que me apoiou nas etapas finais deste percurso. Sua presença, carinho e incentivo foram fundamentais para a realização deste trabalho."

Ao colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e a todos os que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação da Escola Superior de Ciências da Saúde do DF, Dra. Ana Lúcia Ribeiro Salomon, Dra. Aline Mizusaki Imoto, Dra. Ana Maria Costa Lattes, Dr. Fábio Ferreira Amorim Lattes, Dra. Geisa Sant'Ana Lattes, Dra. Maria Rita Carvalho Garbi Novaes, Dr. Vinicius Zacarias Maldaner da Silva e Dra. Carmélia Matos Santiago Reis pelos ensinamentos durante as disciplinas.

Aos servidores e funcionários terceirizados da secretaria de pós-graduação pelos trabalhos de apoio e funcionamento do programa.

Ao Ricardo Ganda, que fez parte da minha jornada. Sua contribuição e aprendizado foram importantes na minha formação pessoal."

"Educação não transforma o mundo. Educação muda pessoas. Pessoas transformam o mundo."
(Paulo Freire)

Epígrafe

Se quisermos dar sentido às alegações de que devemos uns aos outros acesso igual ou pelo menos equitativo ao cuidado, e isso significa que devemos superar várias barreiras de acesso ao cuidado que criam acesso desigual, então precisamos ter clareza sobre como determinar quando o acesso é desigual ou injustificadamente desigual.

Norman Daniels,
Professor da Escola de Saúde Pública Harvard TH Chan

RESUMO

Referência: Regulação do Acesso à Assistência Ambulatorial Especializada em Sistemas Públicos de Saúde: Uma Revisão de Escopo

Introdução: A coordenação do acesso a consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) é um dos principais desafios enfrentados por sistemas públicos de saúde em todo o mundo. A crescente demanda por serviços especializados, aliada à escassez de recursos e à desigualdade no acesso, dificulta a gestão eficiente dos fluxos assistenciais. **Objetivos:** Mapear os conhecimentos e as evidências disponíveis na literatura quanto à regulação do acesso a consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em sistemas de saúde, identificando as estratégias de encaminhamento de pacientes com vistas ao acesso oportuno à atenção ambulatorial especializada. **Método:** esta revisão de escopo foi conduzida seguindo as diretrizes do PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) a partir da pergunta: quais conhecimentos e evidências estão disponíveis na literatura sobre a regulação do acesso a consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em sistemas de saúde? A busca foi realizada nas bases de dados científicas PubMed, Scopus e SciELO em duas etapas. A primeira, entre 2021-2022 e a segunda em 2024, utilizando termos em inglês e português relacionados à "Atenção Secundária à Saúde", "Assistência Ambulatorial", "Listas de espera", "Agendamento de Consultas" e "Técnicas e Procedimentos Diagnósticos". Os artigos não foram limitados pela língua, país ou ano de publicação. O uso do chatGPT foi usado como apoio para construção do texto. **Resultados:** Dos 1.618 artigos identificados inicialmente, foram acrescentadas mais 30 publicações em segunda etapa, resultando em 105 incluídos nesta revisão. Ao final da leitura completa, os estudos foram conceituados e divididos em 3 domínios: Intervenções para melhorar o encaminhamento da Atenção Primária à Secundária (APAE); na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e no Percurso Assistencial do Paciente (PASP). A revisão demonstra que existem inúmeras intervenções propostas com o objetivo de aumentar o acesso a consultas e SADT em sistemas públicos. que perpassam por avaliação e ajustes no serviço, controle do tempo de espera, avaliação de barreiras e desafios, sistemas de coordenação e colaboração entre os níveis de atenção, abordagens holísticas e

aplicação de protocolos e diretrizes assistenciais. **Conclusões:** a implementação de intervenções que combinam tecnologias de informação à estratégias de fortalecimento da APS são recomendadas, além de sistemas de triagem e encaminhamento eletrônico como o ePROs, STAT, e-consults, SharedCare, e-Referral e HWGs; telessaúde; clínicas de acesso rápido; programas de gestão de casos complexos e doenças crônicas com profissionais especializados, e navegação assistencial; e por fim, educação permanente dos profissionais. Futuras pesquisas devem explorar mais profundamente os impactos, a viabilidade e aplicabilidade das intervenções em diferentes contextos de sistemas públicos com cobertura universal de saúde, a fim de garantir maior equidade no acesso aos serviços ambulatoriais especializados.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária à Saúde, Listas de espera, Acesso Efetivo aos Serviços de Saúde, Regulação em Saúde

ABSTRACT

Reference: Regulating Access to Specialized Outpatient Care in Public Health Systems: A Scoping Review

Introduction: Coordinating access to consultations and diagnostic and therapeutic support services (DTS) is one of the main challenges faced by public health systems around the world. The growing demand for specialized services, combined with the scarcity of resources and unequal access, makes it difficult to efficiently manage care flows. Objectives: To map the knowledge and evidence available in the literature on regulating access to consultations and diagnostic and therapeutic support services in health systems, identifying patient referral strategies with a view to timely access to specialized outpatient care. Method: This scoping review was conducted following the PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) guidelines, based on the question: what knowledge and evidence is available in the literature on regulating access to consultations and diagnostic and therapeutic support services in health systems? The search was carried out in the scientific databases PubMed, Scopus and SciELO in two stages. The first, between 2021-2022 and the second in 2024, using terms in English and Portuguese related to “Secondary Health Care”, “Outpatient Care”, “Waiting Lists”, “Appointment Scheduling” and “Diagnostic Techniques and Procedures”. The articles were not limited by language, country or year of publication. The use of chatGPT was used as support for constructing the text. Results: Of the 1,618 articles initially identified, a further 30 publications were added in a second stage, resulting in 105 included in this review. At the end of the complete reading, the studies were conceptualized and divided into 3 domains: Interventions to improve referral from Primary to Secondary Care (PACU); in Specialized Outpatient Care (SEA) and in the Patient Care Pathway (PASP). The review shows that there are numerous interventions proposed with the aim of increasing access to consultations and SADT in public systems. These include evaluation and adjustments to the service, control of waiting times, evaluation of barriers and challenges, coordination and collaboration systems between levels of care, holistic approaches and

application of care protocols and guidelines. Conclusions: the implementation of interventions that combine information technologies with strategies to strengthen PHC are recommended, in addition to electronic triage and referral systems such as ePROs, STAT, e-consults, SharedCare, e-Referral and HWGs; telehealth; rapid access clinics; complex case management and chronic disease programs with specialized professionals, and care navigation; and finally, continuing education for professionals. Future research should further explore the impacts, feasibility and applicability of interventions in different contexts of public systems with universal health coverage, in order to ensure greater equity in access to specialized outpatient services.

Keywords: Primary Health Care, Secondary Health Care, Waiting Lists, Effective Access to Health Services, Health Regulation

Lista de Figuras

Figura 1 - Estrutura NASSS para considerar influências na adoção, não adoção, abandono, disseminação, ampliação e sustentabilidade de tecnologias de saúde e cuidados voltadas ao paciente.....	44
Figura 2 - Distribuição dos artigos selecionados por país.....	51
Figura 3 - Fluxograma Prisma 2020 de busca e seleção dos estudos em bases de dados e outras fontes.....	53
Figura 4 - Mapa mental das intervenções para melhorar o acesso do paciente a consultas e SADT.....	54
Figura 5 - Mapa mental das Intervenções da APAE com os nomes dos grupos e suas frequências de distribuição.....	57
Figura 6 - Mapa mental das Intervenções da AAE com os nomes dos grupos e suas frequências de distribuição.....	65
Figura 7 - Mapa Mental das Intervenções no PASP com os nomes dos grupos e suas frequências de distribuição.....	71

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estratégia de busca na base de dados Medline via PUBMED.....	32
Tabela 2 - Distribuição dos artigos selecionados por país. Brasília, 2024.....	48
Tabela 3 - Exemplo de tabela com a distribuição das características dos estudos de intervenções de encaminhamento da categoria APAE	49
Tabela 3.1 - Características dos estudos de intervenções de encaminhamento da APAE	132
Tabela 4 - Exemplo de tabela com a distribuição das características dos estudos de intervenções da categoria APAE.	51
Tabela 4.1 - Características dos estudos de intervenções na AAE.....	156
Tabela 5 - Exemplo de tabela com a distribuição das características dos estudos de intervenções da categoria APAE.	52
Tabela 5.1 Características dos estudos de intervenções PASP.....	165

Lista de Quadros

Quadro 1 - Políticas para redução dos Tempos Máximos de Espera para acessar serviços especializados nos países da OCDE.....	28
Quadro 2 - População, Contexto e Conceito a serem pesquisados (PCC Framework).....	38
Quadro 3 - Critérios de inclusão e exclusão de acordo com o PCC Framework.....	39
Quadro 4. Estratégia de busca na base de dados EMBASE.....	125
Quadro 5. Estratégia de busca na base de dados LILACS.....	127

Lista de abreviaturas e siglas

APAE - Atenção Primária para a Atenção Especializada.

AAE - Atenção Ambulatorial Especializada.

APS - Atenção Primária à Saúde.

CUS - Cobertura Universal de Saúde

DECS - Descritores em Ciências da Saúde

eConsults - Teleconsultoria

ePROs - *Patient-Reported Outcomes*.

EPS - Educação Permanente em Saúde.

eReferral - Sistema Eletrônico de Encaminhamento.

HWGs - *Homogeneous Waiting Groups* (Grupos de Espera Homogêneos).

JBI - *Joanna Briggs Institute*

MESH - *Medical Subjects Headings*

NASSS - *Nonadoption, Abandonment, Scale-up, Spread, and Sustainability Framework*.

OMS - Organização Mundial de Saúde

PASP - Percurso Assistencial do Paciente.

PCC - População, Conceito, Contexto

PRISMA-ScR - *The Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews*

RTHC - *Right to Health Care* (Direito à Saúde).

SADT - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

STAT - *Short-Term Assessment Team*.

SUS - Sistema Único de Saúde.

WHO - World Health Organization

Sumário

Dedicatória.....	4
Agradecimento Especial.....	5
Agradecimentos.....	6
RESUMO.....	8
ABSTRACT.....	10
Lista de Figuras.....	12
Lista de Tabelas.....	13
Lista de Quadros.....	14
Lista de abreviaturas e siglas.....	15
Sumário.....	16
APRESENTAÇÃO.....	18
1. INTRODUÇÃO.....	19
2. JUSTIFICATIVA.....	24
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
2.1 COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE.....	26
2.2 MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	27
2.3 REGULAÇÃO EM SAÚDE.....	28
2.4 MODELO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ANDERSEN (REVISADO EM 1995).....	35
2.5 TEORIA DE EQUIDADE EM SAÚDE DE WHITEHEAD E DAHLGREN.....	36
3. OBJETIVOS.....	40
3.1 Objetivo Geral.....	40
3.2 Objetivos específicos.....	40
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	41
4.1. TIPO DE ESTUDO.....	41
4.2. REGISTRO DO PROTOCOLO.....	41
4.3. ETAPA 1 – IDENTIFICAÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA.....	42
4.3.1. PERGUNTA DE PESQUISA.....	42
4.4. ETAPA 2 – IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS RELEVANTES.....	43
4.4.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO.....	43
4.4.2. ESTRATÉGIA DE BUSCA.....	44
4.4.3. LITERATURA CINZENTA.....	46
4.5. ETAPA 3 – SELEÇÃO DE ESTUDOS.....	47
4.6. ETAPA 4 – EXTRAÇÃO DOS DADOS.....	48
4.7. ETAPA 5 – ORGANIZAÇÃO, ANÁLISE, SÍNTESE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	49
5. RESULTADOS.....	51
5.1 INTERVENÇÕES DO DOMÍNIO APAE, PARA MELHORAR O ENCAMINHAMENTO	

DA APS → AAE.....	55
5.1.1 Ajustes no Serviço.....	58
5.1.2 Sistemas Colaborativos.....	59
5.1.3 Avaliação de Barreiras.....	60
5.1.4 Diretrizes e Protocolos Clínicos.....	60
5.1.5 Redução dos Tempos de Espera.....	61
5.1.6 Capacitação ou Educação Permanente dos Profissionais de Saúde.....	62
5.1.7 Abordagem Integrativa.....	62
5.2 INTERVENÇÕES DA CATEGORIA AAE QUE FACILITAM O ACESSO DO PACIENTE A CONSULTAS E SADT.....	63
5.2.1 Ajustes na organização dos serviços especializados.....	66
5.2.2 Ferramentas para otimizar os processos.....	66
5.2.3 Criação de Serviços.....	68
5.3 INTERVENÇÕES NO PASP PARA OTIMIZAR O ACESSO A CONSULTAS E SADT DURANTE O PERCURSO ASSISTENCIAL DO PACIENTE.....	69
5.3.1 Coordenação do cuidado e navegação do paciente.....	71
5.3.1.1 Gestão de casos, listas e navegação assistencial.....	73
5.3.3 Intervenções com apoio tecnológico.....	73
6. DISCUSSÃO.....	78
6.1 Discussão dos resultados de APAE com o seu conceito.....	80
6.2 Discussão dos resultados de AAE com o seu conceito.....	82
6.3 Discussão dos resultados de PASP com o seu conceito.....	86
6.5 Viabilidade de aplicação das intervenções apresentadas em sistemas públicos de saúde com cobertura universal.....	91
6.6 Recomendações de intervenções para aplicação em sistemas CUS de países em desenvolvimento, como o Brasil.....	92
6.7 Desafios relacionados à implementação das intervenções levantadas.....	93
7. CONCLUSÃO.....	95
7.1 Limitações do estudo.....	95
7.1 Financiamento.....	96
7.2 Aspectos éticos.....	96
7.3 Conflito de interesse.....	97
8. REFERÊNCIA.....	98
APÊNDICE 1.....	118
APÊNDICE 2.....	133
APÊNDICE 3.....	145
APÊNDICE 4.....	169
APÊNDICE 5.....	178
ANEXO I.....	196
ANEXO II.....	198

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Tiago Silva Vaz, graduado e licenciado em Enfermagem pela Universidade de Brasília (UnB), com especialização em áreas estratégicas da saúde, incluindo Gestão de Emergências e Desastres, Enfermagem Cardiológica e Enfermagem em Urgência e Emergência. Minha trajetória acadêmica e profissional é marcada por um compromisso contínuo com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no que diz respeito ao aprimoramento das práticas de enfermagem pré-hospitalar, regulação, acesso e assistência em saúde.

Com mais de duas décadas de atuação na área de enfermagem em serviços de urgência e emergência, trabalho no SAMU/DF, integrando equipes de Saúde Mental e Educação em Urgência, e no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT). Durante minha trajetória, atuei e ainda atuo como instrutor de cursos voltados à formação em emergências, como ACLS, ATCN e STOP THE BLEED, e participei da construção e disseminação de estratégias para qualificação de profissionais de saúde no âmbito pré-hospitalar distrital e federal.

Minha pesquisa de dissertação, intitulada “Regulação do acesso à assistência ambulatorial especializada em sistemas públicos de saúde: uma revisão de escopo assistida por inteligência artificial generativa”, reflete minha dedicação ao aprimoramento da gestão em saúde. O estudo aborda questões centrais como a eficiência no encaminhamento e na regulação de pacientes para a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) em contextos de sistemas de saúde universais. A pesquisa combina metodologia científica rigorosa com inovação tecnológica, utilizando a Inteligência Artificial Generativa como suporte para análise e síntese de dados. Com isso, busca não apenas mapear as melhores práticas disponíveis na literatura, mas também propor estratégias aplicáveis ao cenário brasileiro, alinhadas aos princípios de equidade, integralidade e eficiência do SUS.

Meu propósito é contribuir para que sistemas públicos de saúde, como o SUS, superem os desafios impostos por limitações de recursos e desigualdades regionais, promovendo maior equidade no acesso a serviços especializados. Espero que os resultados desta dissertação inspirem novas iniciativas de pesquisa, gestão e políticas públicas voltadas à melhoria contínua da assistência em saúde no Brasil e em outros países com sistemas de cobertura universal.

1. INTRODUÇÃO

Os sistemas de serviços de saúde possuem uma capacidade limitada de prover acesso a seus serviços de forma imediata a todas as pessoas que procuram cuidados de saúde, especialmente quando se observa uma demanda crescente por esses serviços. (Canadian Medical Association, 2013, Murray & Berwick, 2003; Wait Time Alliance, 2014). Embora a limitação na oferta dos serviços de saúde tenha sido exposta de forma mais evidente durante a pandemia de COVID-19, especialmente nos serviços de emergência (Barasa et al., 2020; Grasselli et al., 2020; Maves et al., 2020), o desequilíbrio entre a oferta e a demanda por atendimentos já tem ocorrido de forma significativa em diversos setores dos sistemas de saúde de diferentes países há vários anos, resultando em atraso no atendimento aos usuários com formação de filas de espera e, conseqüentemente, retardando o início das medidas eficazes para promover a melhora da saúde da população (Biehl et al., 2016; Santos et al., 2021; Starfield et al., 2005).

Um sistema de serviços de saúde é uma estrutura organizacional que visa fornecer cuidados de saúde à população de uma determinada região. Ele engloba uma ampla gama de componentes, incluindo estabelecimentos de saúde como hospitais, clínicas, centros comunitários entre outros; os profissionais de saúde que fornecem serviços de saúde diretos e desempenham papéis essenciais na prestação de cuidados de saúde e no apoio aos pacientes; as tecnologias médico-hospitalares, que incluem equipamentos médicos, dispositivos, medicamentos e procedimentos cirúrgicos que são utilizados para diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças; o sistemas de financiamento e as políticas de saúde (WHO, 2018; The Lancet, 2018; Thomas et al, 2020). Esses componentes interagem entre si para formar um sistema de serviços de saúde funcional.

As mudanças rápidas no perfil epidemiológico e demográfico das populações, a recorrência de conflitos, catástrofes, crises financeira, surtos, epidemias e pandemias, a exemplo da recente pela Pandemia de COVID-19, desvelam a necessidade de mudanças no modelo de cuidados e de gestão da atenção à saúde com vistas a sistemas mais resilientes (Thomas et al, 2020). Ademais, o

amadurecimento dos sistemas de cuidados originou novas organizações das intervenções em saúde, incluindo estabelecimentos voltados a prestação de serviços sociais e de apoio comunitário, assistência domiciliar, centros de cuidados prolongados, de cuidados paliativos incluindo gestão da clínica voltada à transformação da atenção à saúde, para sistemas integrados de saúde (Padilha et al, 2018).

A organização complexa dos estabelecimentos de saúde implica na necessidade de organização dos processos de referência e contrarreferência para a complementaridade e continuidade dos cuidados dos pacientes, requerendo alternativas aos recortes político-administrativos tradicionais, de modo a facilitar o fluxo da demanda e a reorganização das ofertas de serviços (Noronha et al, 2018; Mendes, 2019). Sob essa perspectiva, as questões relativas ao papel do Estado no desenvolvimento da política de saúde, reflete a necessidade de aperfeiçoamento da regulação pública, com a definição de parâmetros/diretrizes para o controle das ações e dos custos dos sistemas e serviços de saúde, de ajuste entre necessidades e oferta de serviços, de melhorias na qualidade da atenção e de disparidades regionais.

O sistema de encaminhamento é um elemento vital dos sistemas de saúde, com o objetivo de assegurar que o paciente tenha acesso a serviços de saúde especializados quando necessário, preservando a eficácia dos recursos. O processo de encaminhamento é caracterizado como uma dinâmica em que um profissional de saúde em um nível do sistema de saúde, com recursos ou autoridade insuficientes para tomar decisões sobre o manejo da condição clínica de um paciente, procura auxílio de outra unidade, seja no mesmo nível ou em um nível superior, para auxiliar no percurso do atendimento (WHO-EUROPA, 2023).

Entre os serviços de saúde, a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) consiste no conjunto de conhecimentos, práticas assistenciais, ações, técnicas e serviços envolvidos na produção do cuidado em saúde marcados, caracteristicamente, por uma maior densidade tecnológica, apoiando a Atenção Primária à Saúde em um sistema de cuidados integrais (Brasil, 2023). É composta

principalmente de consultas médicas (em especial, com especialistas) e com outros profissionais de saúde (como fisioterapeutas, psicólogos e terapeutas ocupacionais, entre outros). Também inclui uma gama de exames laboratoriais e de imagens para apoio ao diagnóstico e ao tratamento (Straub et al., 2021; Tesser & Poli Neto, 2017).

No Brasil, comumente esses serviços são ofertados em ambulatórios, nos quais os especialistas recebem usuários encaminhados de outras unidades de saúde, sem conhecer os profissionais que os encaminharam e, por vezes, sem acesso aos prontuários dos usuários (com os registros dos cuidados à saúde previamente realizados). Nesse aspecto, vários gargalos são apontados secundários a essa falta de articulação entre a APS e os outros níveis de atenção como a fragmentação assistencial, a dificuldade na garantia da continuidade assistencial em tempo oportuno e o estabelecimento de vínculo do usuário com os especialistas mais forte do que com a atenção primária à saúde (Straub et al., 2021; Tesser & Poli Neto, 2017).

A população alvo da AAE são pessoas que apresentam, num dado momento, a necessidade de cuidados mais intensivos e/ou diferentes daqueles disponíveis na Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, a AAE ocupa um lugar de retaguarda para a APS em um sistema de cuidados integrais. Significando que sua principal função é oferecer suporte técnico e assistencial fundamentada em diversos aspectos organizacionais e clínicos dos sistemas de saúde com foco nas condições de maior complexidade e reduzindo a fragmentação e sobrecarga direta aos serviços de saúde, por meio da continuidade e integralidade do cuidado. 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 APS, lugar de coordenação principal do cuidado do usuário. Seu acesso deve ser a partir da APS e a disposição de seus serviços deve ser regionalizada, evitando-se sobreposições, perdas de economia de escala e escopo, morosidade e ineficiências (Brasil, 2023).

O acesso oportuno à AAE é um dos grandes desafios enfrentados pelos sistemas de saúde, especialmente em países com desigualdades regionais e

sociais, como o Brasil. Esse tema envolve uma série de fatores inter relacionados que vão além da simples disponibilidade de serviços, incluindo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos (MENDES, 2012). A dificuldade de acesso em tempo hábil a consultas e exames especializados é um dos principais problemas que contribuem para a ineficiência do sistema de saúde e para a piora dos desfechos clínicos dos usuários, uma vez que atrasos no diagnóstico e tratamento podem agravar condições de saúde que poderiam ser resolvidas de forma mais simples e com menor custo (GIFFONI, 2017).

A capacidade instalada dos serviços de saúde, que se refere à infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos disponível para atender à demanda da população, é um fator crucial nesse contexto. Muitas vezes, a capacidade instalada é insuficiente para atender à crescente demanda por serviços ambulatoriais especializados, especialmente em regiões com menor desenvolvimento econômico. Além disso, a má distribuição dos recursos disponíveis agrava a situação, com uma concentração de serviços especializados em centros urbanos maiores, enquanto regiões mais remotas ou carentes sofrem com a escassez de profissionais e equipamentos adequados (SANTOS, 2020).

Outro fator determinante é a gestão política e econômica dos serviços de saúde. O subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde (SUS) tem limitado a capacidade de expansão e atualização da infraestrutura de saúde no Brasil, além de prejudicar a contratação e capacitação de profissionais especializados (BRASIL, 2015). Adicionalmente, questões de gestão organizacional, como a falta de integração entre os diferentes níveis de atenção, afetam a eficiência dos encaminhamentos e regulam mal o fluxo de pacientes, resultando em longas filas de espera para consultas e exames especializados (CAMPOS; DOMITI, 2019).

Do ponto de vista técnico, a insuficiência de tecnologias apropriadas para a gestão da saúde, como sistemas de regulação eficientes e informatizados, também é um desafio. A falta de ferramentas de gestão e de critérios claros para a priorização dos casos com maior gravidade compromete a capacidade de resposta do sistema de saúde (BRASIL, 2015). Por fim, os fatores simbólicos e sociais, como a percepção do usuário sobre a necessidade de atenção especializada e a

desvalorização da APS, fazem com que muitos pacientes procurem diretamente serviços especializados, sobrecarregando ainda mais o sistema (SILVA, 2016).

O presente estudo aliou à metodologia de revisão de escopo, o suporte da Inteligência Artificial (IA) generativa para a refinamento dos resultados obtidos e disussão do texto. Um chatbot (programa capaz de entender e gerar respostas usando uma interface baseada em texto) que é baseado na arquitetura de um transformador generativo pré-treinado (GPT) foi utilizado. O programa é denominado ChatGPT[®], versão 4o, da desenvolvedora OpenAI. (Dal Sasso et al., 2023).

2. JUSTIFICATIVA

O acesso oportuno a serviços especializados de saúde é um dos maiores desafios enfrentados por sistemas públicos de saúde em todo o mundo. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), embora se destaque como modelo de cobertura universal, sofre com a desigualdade regional, subfinanciamento e limitações em seus mecanismos regulatórios. A AAE desempenha um papel estratégico nesse sistema, servindo como retaguarda da APS e como intermediária para o atendimento especializado. No entanto, o SADT é frequentemente comprometido por gargalos no sistema, como longas filas de espera, fragmentação dos serviços e ineficiências nos processos de encaminhamento.

A regulação do acesso, enquanto instrumento de organização da oferta e demanda, é fundamental para promover equidade e eficiência nos sistemas de saúde. Modelos internacionais, como o adotado em países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), evidenciam o impacto positivo de intervenções que utilizam tecnologias avançadas e estratégias de coordenação integradas. No entanto, a realidade brasileira apresenta desafios adicionais, como a má distribuição de profissionais, a escassez de recursos e o baixo nível de informatização, que comprometem a adoção de práticas bem-sucedidas. Assim, identificar e adaptar intervenções aplicáveis ao contexto nacional torna-se uma necessidade urgente.

A escolha por uma revisão de escopo para este estudo justifica-se pela amplitude da questão investigada e pela diversidade de abordagens disponíveis na literatura. Diferente de revisões sistemáticas, a revisão de escopo permite mapear as evidências existentes e identificar lacunas no conhecimento, oferecendo uma visão abrangente sobre estratégias de regulação do acesso em sistemas de saúde. Além disso, a aplicação do ChatGPT, adiciona uma dimensão inovadora ao processo analítico, permitindo maior agilidade na construção de conceitos e na correlação de dados. Essa abordagem, embora emergente, demonstra grande potencial para apoiar pesquisadores na organização e síntese de informações complexas.

A relevância da regulação do acesso à AAE está associada ao impacto direto na saúde da população e na eficiência do sistema. A ausência de critérios

claros e processos estruturados para triagem e encaminhamento resulta em fluxos desordenados, atrasos no atendimento e piora dos desfechos clínicos. Ademais, a fragmentação assistencial e a falta de integração entre os níveis de atenção dificultam a continuidade do cuidado, prejudicando pacientes com condições complexas que necessitam de acompanhamento especializado. Este estudo busca abordar essas lacunas ao identificar intervenções que não apenas otimizem o uso dos recursos disponíveis, mas também promovam maior equidade no acesso, especialmente para populações vulneráveis.

Entre as intervenções mais discutidas na literatura destacam-se a implantação de sistemas informatizados de regulação, telessaúde, protocolos assistenciais claros e programas de capacitação de profissionais. A implementação dessas estratégias em países com sistemas de saúde descentralizados, como o Brasil, pode ser desafiadora, mas estudos apontam que, quando aplicadas com planejamento e critérios bem definidos, resultam em melhorias significativas na organização dos fluxos assistenciais. Além disso, a adoção de tecnologias como sistemas de triagem automatizados e referências eletrônicas pode reduzir o tempo de espera e aumentar a satisfação dos usuários.

Por fim, o presente estudo contribui para o avanço teórico e prático na área de regulação em saúde ao mapear evidências disponíveis e propor categorias de intervenções voltadas para a melhoria do acesso à AAE. O desenvolvimento de um mapa mental das intervenções, estruturado em domínios específicos, fornece subsídios importantes para gestores e formuladores de políticas públicas. Assim, espera-se que os achados desta pesquisa não apenas ampliem o conhecimento na área, mas também sirvam como base para a tomada de decisões que promovam maior equidade, eficiência e qualidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

3. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE

A saúde universal, conforme definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é o conceito de que todas as pessoas devem ter acesso aos serviços de saúde de que precisam, quando e onde necessitam, sem enfrentar dificuldades financeiras. A OMS reconhece que o alcance da cobertura universal de saúde (CUS) é fundamental para a melhoria da saúde global e o combate às desigualdades. O princípio baseia-se na garantia de que os indivíduos recebam cuidados de saúde essenciais e de qualidade, de forma equitativa, independente de suas condições socioeconômicas ou localização geográfica (WHO, 2010).

No contexto do acesso oportuno a consultas ambulatoriais e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), o conceito de saúde universal torna-se especialmente relevante. A regulação de acesso é um mecanismo necessário para assegurar que os recursos disponíveis sejam distribuídos de forma eficiente e equânime, priorizando os usuários com maiores necessidades de saúde, como preconizado pelos princípios da saúde universal. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) adota essa abordagem, utilizando sistemas de regulação para organizar a demanda por consultas e exames especializados, buscando garantir que todos tenham acesso a esses serviços de acordo com suas necessidades clínicas e não com sua capacidade de pagamento (BRASIL, 2015).

Contudo, desafios significativos ainda persistem para a concretização da saúde universal. Entre eles, destacam-se a desigualdade no acesso aos serviços, principalmente em regiões mais vulneráveis, e a disparidade na oferta de cuidados de saúde especializados. O SADT, que inclui exames de imagem, laboratoriais e terapias de suporte, muitas vezes enfrenta longas filas de espera, resultantes tanto da alta demanda quanto da escassez de recursos. A regulação do acesso a esses serviços precisa ser realizada com critérios clínicos bem definidos, garantindo que os casos mais urgentes sejam atendidos prioritariamente, respeitando o princípio de equidade promovido pela OMS. Vale esclarecer que outros fatores além da clínica

do usuário pode afetar a sua ordem de atendimento, que incluem fatores estruturais e vulnerabilidades relacionadas, devendo ser vista de forma mais holística (GIFFONI, 2017).

A implementação da saúde universal requer um esforço constante para equilibrar a oferta e a demanda por serviços de saúde. A regulação do acesso a consultas ambulatoriais e SADT desempenha um papel crucial neste processo, uma vez que possibilita a organização do sistema de maneira que as necessidades da população sejam atendidas de forma justa e eficaz. Isso envolve a construção de um sistema de saúde capaz de fornecer serviços básicos de alta qualidade na APS, ao mesmo tempo em que regula de maneira adequada o fluxo de pacientes para níveis secundários e terciários de atenção (MENDES, 2012).

Portanto, o conceito de saúde universal da OMS, quando aplicado à regulação do acesso a consultas e SADT, reforça a necessidade de um sistema de saúde inclusivo, eficaz e equitativo, que assegure que todos tenham o direito de receber os cuidados de saúde de que necessitam, sem barreiras econômicas ou sociais.

2.2 MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Modelo de APS é a base fundamental para a organização de sistemas de saúde eficientes e equitativos. De acordo com a Declaração de Alma-Ata, de 1978, a APS deve ser o primeiro nível de contato dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, funcionando como a porta de entrada para os demais níveis de atenção. A APS é organizada de forma integral e coordenada, oferecendo serviços preventivos, curativos, de reabilitação e promoção da saúde, com foco na acessibilidade, longitudinalidade e integralidade do cuidado (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a APS, em particular através da Estratégia Saúde da Família (ESF), desempenha um papel central na regulação do acesso a consultas ambulatoriais e aos SADT. A regulação, neste contexto, é o mecanismo utilizado para garantir que o fluxo de pacientes entre os diferentes níveis de atenção ocorra de forma organizada,

priorizando aqueles com maior necessidade clínica. A APS atua como filtro inicial, organizando a demanda e evitando que os pacientes acessem diretamente serviços de maior complexidade sem a devida triagem. Dessa forma, a APS regula o uso dos serviços especializados, direcionando os casos que realmente necessitam para o nível secundário ou terciário, garantindo a eficiência e a equidade na distribuição dos recursos disponíveis (MENDES, 2012).

A relação entre a APS e a regulação do acesso a serviços especializados é um dos principais pilares da coordenação do cuidado. A APS deve ser capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população, reduzindo a sobrecarga destes. No entanto, para que a APS desempenhe plenamente esse papel, é necessário um sistema de regulação eficiente que assegure que o encaminhamento para consultas e exames especializados ocorra de maneira justa e baseada em critérios clínicos claros. Estudos apontam que, em alguns casos, a falta de estrutura ou a baixa capacidade de resolução da APS pode levar ao aumento de encaminhamentos desnecessários, sobrecarregando o sistema e criando desigualdades no acesso (GIFFONI, 2017).

Portanto, o sucesso da APS depende de uma regulação eficaz, que organize o acesso aos serviços de saúde de forma integrada e eficiente. O modelo de APS, quando bem estruturado, não apenas melhora o acesso aos cuidados primários, mas também regula a demanda por serviços especializados, garantindo que esses sejam acessíveis para aqueles que realmente necessitam, promovendo a equidade e a eficiência no sistema de saúde como um todo (BRASIL, 2015).

2.3 REGULAÇÃO EM SAÚDE

Adota-se o termo regulação, que se refere aos macroprocessos de regulamentação, definição dos mecanismos utilizados na formatação e no direcionamento da assistência à saúde (Santos e Merhy, 2006). É um ato do campo de prestação de serviços, sendo exercido pelos diversos atores ou instituições que

proveem ou contratam serviços de saúde (Andreazzi, 2004). Assim, entende-se, aqui, o processo de regulação como a intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde pelos serviços de saúde (Santos e Merhy, 2006; Barbosa et al, 2016), alterando ou orientando a sua execução, seja por meio de mecanismos indutores, normalizadores, regulamentadores ou restritores. A demanda, assim como a prestação de serviços, pode se organizar das mais variadas formas, possibilitando uma diversificação das estratégias de regulação utilizadas nos diferentes entes federados do SUS (Santos e Merhy, 2006; Barbosa et al, 2016). Em outras palavras, a regulação em saúde ocorre em diferentes formas, dependendo dos modelos dos sistemas de saúde, sobretudo da participação do setor privado, na relação entre diferentes entes federados (União, estados e municípios), entre os diferentes níveis de atenção à saúde (atenção primária, secundária e terciária) e entre diferentes densidades tecnológicas dos estabelecimentos de saúde.

O conhecimento dos sistemas de regulação/coordenação assistencial de diferentes países é relevante para que sejam identificadas as estratégias, as fortalezas e as limitações de cada experiência, sobretudo para sistemas de saúde descentralizados.

A regulação em saúde no Brasil tem como objetivo organizar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde de forma equitativa, garantindo que as necessidades sejam atendidas de forma oportuna e eficiente. Este conceito envolve um observatório constante das condições de saúde da população e das necessidades de acesso aos equipamentos, como consultas especializadas, exames de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como internações e tratamentos mais complexos (BRASIL, 2007).

No Brasil, desde 2008 a Política Nacional de Regulação em Saúde (PNRS), por meio da Portaria nº 1.559/GM/MS de 2008, apresenta dispositivos, estruturas funcionais, métodos, técnicas e tecnologias para a coordenação assistencial entre níveis e estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2008).

A centralidade da regulação em saúde repousa, portanto, na gestão adequada dos recursos disponíveis para garantir que o usuário do SUS tenha acesso no tempo certo ao cuidado necessário. Neste contexto, o conceito de tempo resposta assume relevância fundamental para avaliar a eficiência e a qualidade da atenção ofertada (BRASIL, 2007).

De acordo com Santos (2012), o tempo resposta em saúde refere-se ao intervalo entre o momento em que o paciente demanda o serviço e o instante em que ele efetivamente é atendido. Esse tempo pode variar conforme a complexidade do serviço, a disponibilidade dos profissionais e a organização dos fluxos de atendimento. No contexto de regulação, uma das grandes metas é minimizar esse tempo de espera, assegurando que os recursos de saúde sejam distribuídos conforme a necessidade e urgência do caso. Isso requer um monitoramento constante por parte dos gestores para alinhar a oferta e a demanda por meio de mecanismos eficientes de regulação (SANTOS, 2012).

A regulação em saúde, portanto, atua em três níveis: o primeiro é o da organização do fluxo de entrada dos pacientes, onde se avalia a necessidade de encaminhamento para consultas especializadas ou exames de maior complexidade. O segundo nível refere-se à garantia de que, uma vez regulado o atendimento, o paciente seja atendido dentro do prazo adequado. Por fim, o terceiro nível envolve o acompanhamento e a avaliação dos resultados do atendimento, com o intuito de garantir que o tempo resposta esteja dentro dos padrões preestabelecidos pelos sistemas de saúde (BRASIL, 2015).

2.3.1 Tempo resposta e o Acesso em Tempo Oportuno ao Cuidado Certo

Segundo o PROADESS, o Acesso pode ser entendido como a capacidade do sistema de saúde em prover o Cuidado Certo em Tempo Oportuno. O que se encontra, portanto, em discussão é a a viabilidade de acessar serviços indispensáveis, tanto no tempo quanto no espaço apropriados, em quantidade adequada e a um preço acessível. Isto é, a garantia de acesso implica na eliminação de barreiras físicas, financeiras e demais impedimentos para a utilização dos

serviços disponíveis. Nesta perspectiva, encontra-se incorporada uma subdimensão relacionada ao acesso, a qual diz respeito ao conceito de Tempo Oportuno (timeliness). O Tempo Oportuno é o intervalo em que a prestação do cuidado – ou a intervenção – se torna mais vantajosa e indispensável (FIOCRUZ, 2024 *apud* JCAHO, 1993; Vuori, 1991).

A partir desse contexto, entender o impacto do tempo resposta é crucial para a organização dos serviços. Estudos como o de Almeida (2018) demonstram que longos períodos de espera para consultas especializadas e exames impactam diretamente na qualidade de vida dos usuários, muitas vezes retardando diagnósticos e tratamentos, o que pode agravar o quadro clínico. A redução do tempo resposta está diretamente associada à melhoria na qualidade dos serviços de saúde e na satisfação dos usuários, especialmente em situações críticas e casos urgentes, onde o tempo é um fator essencial para a sobrevivência e a recuperação dos pacientes (SOUSA, 2016).

O conceito de tempo resposta na regulação também envolve a capacidade de prever e agir diante de situações de sobrecarga no sistema de saúde. O trabalho de Costa et al. (2019) aponta que a eficiência no tempo resposta pode ser otimizada pela adoção de tecnologias da informação e comunicação (TIC), que permitem um melhor gerenciamento dos recursos, facilitando a triagem e priorização dos casos mais urgentes. A integração de sistemas de informação no SUS possibilita uma visão mais clara sobre os fluxos de atendimento e contribui para a agilidade no processo regulatório.

Outro fator que influencia o tempo resposta é a regionalização dos serviços de saúde, uma vez que a distância e a dificuldade de acesso a centros de maior complexidade podem aumentar significativamente o tempo de espera para o atendimento. Nesse sentido, o planejamento territorial e a descentralização dos serviços são fundamentais para assegurar que os pacientes tenham um acesso mais rápido e eficiente, conforme as necessidades da sua localidade (VIEIRA, 2020).

De acordo com a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), os longos tempos de espera são uma questão para os serviços de saúde e por isso uma série de políticas públicas foram adotadas por diferentes países na União Europeia (OECD, 2020). Embora todos esses países comecem definindo metas de tempo máximo de espera para consultas especializadas e/ou tratamentos eletivos, a maneira como esses tempos máximos são usados difere significativamente entre os países que foram divididos em cinco categorias, como se observa a seguir (quadro 1).

Quadro 1 - Políticas para redução dos Tempos Máximos de Espera para acessar serviços especializados nos países da OCDE.

Políticas de gestão dos Tempos Máximos de Espera	Países
Tempos máximos de espera para os prestadores.	Finlândia e Inglaterra
Máximas garantias de tempo de espera permitindo uma maior escolha de prestadores.	Dinamarca e Portugal
Aumento da oferta para atingir os objetivos de tempo de espera máximo.	Holanda, Irlanda, Austrália, Canadá, Hungria, Estónia, Polónia e Eslovénia
Melhor gestão da procura, dando prioridade aos doentes da lista.	Nova Zelândia, Noruega Austrália
Melhorar a coordenação entre os cuidados primários e secundários para reduzir os tempos de espera para consultas de especialidade	Polónia, Finlândia, Itália, Eslovénia e Costa Rica

Fonte: Adaptado de OCDE, 2020.

É importante reconhecer que esses grupos não são mutuamente exclusivos e que cada país pode ter introduzido elementos de diferentes políticas ao mesmo tempo ou pode ter mudado sua combinação de políticas ao longo do tempo.

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) regula os cuidados de saúde prestados em tempo considerado clinicamente aceitável para a condições de saúde sem caráter de urgência, por meio do indicador denominado Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), estipulando um prazo em dias para cada

procedimento ou consultas específicas. Esse indicador é garantido em lei aos utentes (usuários do SNS português), podendo os mesmo acompanhar se o tempo de espera foi respeitado, e caso contrário fazer reclamação perante a Entidade Reguladora de Saúde (ERS). Portanto, o termo regulação para este sistema de saúde assume um caráter mais fiscalizador, diferente do modelo brasileiro de regulação, que é conceitualmente mais abrangente. Porém, o TMRG revela um esforço do gestor público em garantir o acesso oportuno à população (ERS, 2024).

O modelo português adota as Unidades Locais de Saúde (ULS) como entidades articuladoras entre a APS e os serviços hospitalares. Essa unidade intermediária apresenta-se como um ponto de equilíbrio regulador no cumprimento dos tempos máximos de resposta e acesso, eficiência, produtividade, desempenho, qualidade e controle de custo (NUNES, 2019).

Na busca pela equidade e eficiência na regulação, o tempo resposta emerge como um indicador fundamental para medir o desempenho do sistema e a satisfação dos usuários. Políticas públicas voltadas para a melhoria desse indicador, como o fortalecimento da rede de atenção básica, a regionalização dos serviços e o uso de tecnologias, são fundamentais para garantir que os pacientes recebam o atendimento necessário no momento certo. A redução do tempo de espera está diretamente associada à melhoria dos desfechos clínicos e à satisfação dos usuários, sendo, portanto, um elemento central na avaliação da qualidade dos serviços de saúde (MENDES, 2022; OECD, 2020; NAIKER et al., 2018)

A regulação em saúde visa garantir o acesso, a qualidade e a equidade dos serviços, mas enfrenta desafios significativos, conforme apontado por diversos autores. Segundo Bastos et al. (2020) o termo "regulação" abrange uma série de práticas, desde a gestão de recursos até a garantia de direitos, o que o torna um conceito polissêmico e, por vezes, ambíguo. Essa pluralidade de significados dificulta sua aplicação de maneira uniforme em diferentes contextos, levando a interpretações variadas e, em alguns casos, conflitantes (BASTOS et al., 2020; LAVINAS; CORDILHA, 2018).

Outro desafio amplamente discutido na literatura refere-se à multiplicidade de atores envolvidos no processo regulatório, como o governo, operadoras de planos de saúde, profissionais e pacientes. Cecílio et al. (2017) destacam que a falta de coordenação eficaz entre esses atores pode gerar sobreposições de responsabilidades e ineficiências. Essa falta de integração prejudica a implementação de políticas de regulação que promovam de fato o acesso e a qualidade nos serviços de saúde. Além disso, a regulação, quando mal coordenada, pode perpetuar desigualdades ao favorecer grupos específicos em detrimento de populações vulneráveis que observam essa dinâmica em políticas de regulação de preços de medicamentos no Brasil (Cecílio et al., 2017 *apud* BARBOSA; GUIMARÃES, 2021).

A regulação do trabalho em saúde também tem sido alvo de críticas e reflexões. Para Aith (2023), as políticas regulatórias que envolvem a alocação de profissionais de saúde, jornadas de trabalho e remuneração muitas vezes não consideram as realidades locais e as necessidades dos trabalhadores. Desse modo, compreende-se que a regulação excessiva pode desestimular os profissionais e impactar negativamente a qualidade dos serviços prestados. Ao mesmo tempo, a ausência de regulação adequada pode levar à exploração desses trabalhadores, demonstrando a necessidade de um equilíbrio entre controle e flexibilidade.

Por fim, o papel crescente das tecnologias no cenário regulatório da saúde, como o uso de sistemas de informação e de inteligência artificial na regulação de saúde, traz novos desafios, como a proteção de dados dos pacientes e a confiabilidade dos algoritmos. Esses avanços tecnológicos exigem uma atualização constante dos marcos regulatórios, que muitas vezes não acompanham a velocidade das inovações. A implementação de padrões e protocolos regulatórios para garantir a qualidade dos serviços também enfrenta limitações, uma vez que a ausência de monitoramento adequado pode transformar a regulação em um processo meramente burocrático, sem impacto real nas práticas assistenciais (NOVAES; SOÁREZ, 2020).

2.4 MODELO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ANDERSEN (REVISADO EM 1995)

O Modelo de Acesso aos Serviços de Saúde, proposto por Ronald Andersen em 1975 e revisado em 1995, é amplamente utilizado para compreender os fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde. O modelo busca explicar como as características individuais e do ambiente determinam a utilização dos serviços de saúde, estruturando essas influências em três componentes principais: predisposição, capacidade de acesso e necessidade. A predisposição envolve fatores demográficos, como idade, gênero e escolaridade, enquanto a capacidade de acesso se refere aos recursos financeiros e organizacionais, como renda e cobertura de planos de saúde. Já a necessidade se relaciona com o estado de saúde do indivíduo e a percepção de sua própria condição (ANDERSEN, 1995).

Este modelo é particularmente útil para analisar o acesso aos serviços de saúde, que no Brasil estão sujeitos a regulação no âmbito do SUS e busca equilibrar a oferta e a demanda, priorizando o atendimento de acordo com a gravidade das condições de saúde e a urgência dos casos. No entanto, conforme aponta o modelo de Andersen, o simples fato de regular o acesso não garante equidade, uma vez que fatores predisponentes e de capacidade de acesso podem limitar o uso dos serviços por populações mais vulneráveis (ANDRADE et al., 2018).

No contexto brasileiro, o componente de capacidade de acesso é particularmente relevante. Como já mencionado anteriormente, estudos indicam que indivíduos com maior poder econômico ou que residem em regiões com melhor infraestrutura de saúde conseguem utilizar serviços de saúde especializados com maior facilidade, mesmo quando a necessidade clínica não é superior à de outros grupos (PEREIRA, 2017). Dessa forma, o modelo de Andersen reforça a importância de políticas de regulação que levem em consideração as diferenças de acesso entre as populações. Além disso, a percepção de necessidade, outro ponto chave do modelo, também pode ser distorcida por fatores sociais e culturais, o que torna a regulação baseada em critérios clínicos uma ferramenta fundamental para garantir que o acesso seja dado a quem realmente necessita dos serviços com maior

urgência (BRASIL, 2015).

Portanto, a aplicação do modelo de Andersen à regulação do acesso a consultas e SADT destaca a complexidade desse processo, evidenciando que o acesso é influenciado por múltiplos fatores que vão além da simples oferta de serviços. A regulação precisa ser estruturada para minimizar as disparidades entre os diferentes grupos da população, assegurando que as decisões sejam baseadas nas reais necessidades de saúde, conforme preconizado pelo SUS).

2.5 TEORIA DE EQUIDADE EM SAÚDE DE WHITEHEAD E DAHLGREN

A Teoria de Equidade em Saúde, formulada por Margaret Whitehead e Göran Dahlgren em 1991, aborda a equidade como um princípio que assegura que todos os indivíduos tenham acesso às mesmas oportunidades de alcançar seu pleno potencial de saúde. A equidade, neste contexto, não significa oferecer o mesmo a todos, mas sim proporcionar os recursos necessários de acordo com as necessidades de cada indivíduo. O modelo desenvolvido por Whitehead e Dahlgren propõe que a saúde seja influenciada por uma série de determinantes sociais, econômicos e ambientais que interagem entre si, formando um "arco-íris da saúde". Esses determinantes são divididos em camadas, que vão desde características pessoais até fatores socioeconômicos, culturais e ambientais, destacando que as iniquidades em saúde não são apenas questões de acesso ao sistema de saúde, mas também de condições sociais mais amplas (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Quando relacionado ao acesso a consultas ambulatoriais e aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), o conceito de equidade em saúde torna-se essencial para entender como a regulação desses serviços pode ser realizada de forma justa e eficiente. No Brasil, a regulação de acesso é um mecanismo crucial para garantir que os recursos limitados sejam distribuídos conforme a necessidade, evitando a superlotação e maximizando a efetividade dos serviços. A regulação deve ser pautada nos princípios da equidade, assegurando que pacientes com maiores

necessidades de saúde tenham prioridade, em detrimento de uma simples ordem cronológica de demanda (BRASIL, 2015).

No entanto, desafios persistem na prática da regulação, como o acesso desigual entre diferentes regiões e classes sociais. Estudos apontam que indivíduos com melhor posição socioeconômica tendem a ter mais facilidade para navegar no sistema, seja por maior acesso a informações ou por proximidade física aos centros de atendimento. Para enfrentar essas disparidades, é necessário um sistema de regulação transparente e baseado em critérios técnicos, que priorizem as necessidades clínicas dos pacientes (PEREIRA, 2020).

O conceito de equidade reversa em sistemas universais de saúde, especialmente no contexto da APS, surge de um paradoxo identificado em intervenções de saúde pública. A teoria propõe que novos programas e tecnologias de saúde tendem a beneficiar inicialmente os grupos socioeconômicos mais favorecidos, ampliando as desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde (HART, 1971). Apenas em um estágio posterior essas inovações atingem os grupos mais vulneráveis, o que, em tese, reduziria as iniquidades ao longo do tempo. Esse fenômeno, identificado por Victora et al., sugere que a disparidade no acesso inicial é um obstáculo a ser superado, antes que os menos favorecidos sejam plenamente contemplados (GUIMARÃES et al., 2018).

No entanto, o estudo sobre a aplicabilidade da equidade reversa no Brasil, conduzido por Raphael Guimarães, desafia essa teoria ao analisar a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 5.564 municípios brasileiros entre 2007 e 2016. Os resultados mostram que, apesar de um aumento geral da cobertura da ESF ao longo dos anos, foi observado um comportamento distinto. A partir de 2009, a cobertura passou a ser maior nos municípios com condições socioeconômicas menos favoráveis, contrariando a hipótese de que os mais ricos seriam os primeiros beneficiados pelas políticas de saúde pública. Isso sugere que a APS brasileira tem desempenhado um papel relevante na redução das desigualdades de acesso (GUIMARÃES et al., 2018).

A análise indica que a expansão da cobertura da ESF nos municípios mais pobres foi mais acelerada ao longo do tempo. Esse crescimento mais rápido, associado a uma mudança na correlação entre os indicadores sociais e a cobertura da APS, reflete que os critérios para expansão da ESF passaram a priorizar a pobreza absoluta, e não a desigualdade econômica relativa. Isso significa que o Brasil conseguiu focar os seus esforços em áreas mais necessitadas, promovendo uma maior equidade no acesso aos serviços de saúde. Em vez de aumentar as desigualdades inicialmente, o modelo da ESF mostrou-se eficaz em reduzir as barreiras de acesso nas regiões mais vulneráveis. Esse sucesso é atribuído, em parte, ao desenho das políticas públicas no Brasil, que priorizam a inclusão social e a descentralização do sistema de saúde, com uma forte ênfase no nível local e na atuação dos municípios como co-gestores da saúde pública (GUIMARÃES et al., 2018).

Controversamente, um estudo realizado em municípios do Sul do Brasil, avaliando a implementação da ESF entre 2008-2019, apresentou divergências entre os três estados brasileiros. No Paraná, foram encontradas as maiores desigualdades evidenciando que a hipótese da equidade inversa ainda não foi concluída completamente com a última etapa de redução das desigualdades. No estado de Santa Catarina, ocorreu exatamente o que prevê a hipótese da equidade reversa, com um período inicial de aumento das desigualdades e redução delas quando já existia cobertura de 90% dos municípios com maior IDH (índice de desenvolvimento humano). Somente no Rio Grande do Sul a hipótese foi refutada. Embora este estado seja o de menor proporção de municípios com o programa, houve maior equidade na implementação. Os autores concluem ser "necessário que esforços públicos contribuam para que a hipótese da equidade inversa deixe de ser uma realidade na implementação de políticas e serviços de saúde", ressaltando que as ações e serviços públicos sejam capazes de reduzir essas iniquidades na saúde (AUGUSTO et al., 2023).

Portanto, a aplicação da Teoria de Equidade de Whitehead e Dahlgren é fundamental para a melhoria da regulação do acesso a consultas e SADT, visto que a saúde, para ser considerada equânime, precisa superar barreiras estruturais e

garantir que os recursos disponíveis sejam distribuídos conforme as necessidades de cada indivíduo, respeitando as desigualdades existentes no ponto de partida de cada paciente.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Mapear os conhecimentos e as evidências disponíveis na literatura quanto à regulação do acesso a consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em sistemas de saúde.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar as estratégias de encaminhamento de pacientes para consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico que promovem o acesso oportuno à atenção ambulatorial especializada.
- Identificar as experiências, resultados e melhores práticas adotadas em sistemas de regulação de países, sobretudo daqueles que adotam políticas de acesso universal à saúde.
- Elaborar um mapa mental categorizando os resultados por domínios e categorias relacionadas às intervenções propostas pelos estudos.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de uma revisão de escopo conduzida de acordo com o método proposto por Arksey & O'Malley (Arksey & O'Malley, 2005; Westphaln et al., 2021) e seguindo as diretrizes do método Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2021).

A revisão de escopo é um tipo de síntese de conhecimento que visa mapear os principais conceitos e lacunas de conhecimento relacionados a uma questão de pesquisa exploratória e as fontes e tipos de evidências disponíveis (Colquhoun et al., 2014; Anderson et al., 2008; Abelson, 2019). A popularidade desse tipo de estudo aumentou nas últimas décadas, sendo utilizada cada vez com maior frequência (Tricco et al., 2016;). Entre as diversas abordagens para a condução de revisões de escopo, a proposta por Arksey e O'Malley (2005) é uma das mais frequentes, sendo desenvolvida em seis etapas: (1) identificação da pergunta de pesquisa, (2) identificação de estudos relevantes, (3) seleção de estudos, (4) extração dos dados, (5) organização, análise, síntese e apresentação dos resultados, e (6) consulta às partes interessadas (*stakeholders*), sendo que esta última etapa consiste em uma atividade na qual é fornecido *feedback* aos pesquisadores a partir dos resultados, fornecendo informações novas que podem ou não ser incorporadas nas tomadas de decisão subsequentes (Manafò et al., 2018; Anderson et al., 2008). Esta última etapa é facultativa e não foi realizada no presente estudo.

4.2. REGISTRO DO PROTOCOLO

O protocolo de pesquisa (Vaz et al, 2024) foi registrado no Open Science Framework sob o registro DOI 10.17605/OSF.IO/C9HT8 (Apêndice 1), e a extensão PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews) foi utilizada para reportar os resultados da análise de escopo (Anexo 1).

4.3. ETAPA 1 – IDENTIFICAÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA

A pergunta de pesquisa foi desenvolvida a partir da estrutura “população”, “contexto” e “conceito” (PCC Framework). O Quadro 2 resume o PCC Framework obtido a partir da população, contexto e conceitos da pesquisa descritos acima.

Quadro 2. “População”, “Contexto” e “Conceito” a serem pesquisados (PCC Framework). Brasília, 2024.

População (P)	População em geral. A revisão se concentrará na regulação do acesso a consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico oferecidos à população em geral em sistemas públicos de saúde, referenciadas pela atenção primária à saúde. Também serão incluídos estudos com foco em grupos populacionais específicos ou aqueles que sofrem de condições de saúde específicas em um determinado país ou área geográfica.
Conceito (C)	O conceito-chave é a regulação do acesso a consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em sistemas de saúde. Também serão avaliados estudos que abordem as estratégias, métodos e tecnologias do modelo de regulação adotadas, a sustentabilidade da intervenção, a experiência do paciente e as desigualdades na saúde.
Contexto (C)	O contexto são os sistemas de saúde em qualquer região ou país.

Fonte: elaborado pelo autor. 2024

4.3.1. PERGUNTA DE PESQUISA

- Quais conhecimentos e evidências estão disponíveis na literatura quanto à regulação do acesso a consultas e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) em sistemas de saúde?

4.4. ETAPA 2 – IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS RELEVANTES

A revisão de escopo incluiu estudos experimentais, quase-experimentais e observacionais com métodos quantitativos, qualitativos e mistos desde que possuísem os critérios de inclusão destacados e não compreendessem nenhum dos critérios de exclusão. Além disso, revisões da literatura, protocolos, teses, dissertações, livros, documentos técnicos e governamentais e outros textos provenientes da busca em literatura cinzenta também foram considerados, quando pertinentes.

4.4.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

O Quadro 3 apresenta os critérios de inclusão e exclusão a fim de que os artigos e documentos selecionados sejam elegíveis para o estudo.

Quadro 3. Critérios de inclusão e exclusão de acordo com o PCC Framework

	Critério de inclusão	Critério de exclusão
População (P)	População em geral. Grupos populacionais específicos ou aqueles que sofrem de condições de saúde específicas.	Pessoas hospitalizadas, atendimentos de urgência e procedimentos cirúrgicos.
Conceito (C)	Estudos experimentais, quase-experimentais e observacionais com métodos quantitativos, qualitativos e mistos que avaliem ou relatem a experiência com a regulação de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em sistemas públicos de saúde. Também	Estudos que não tiveram por objetivo principal a regulação de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, ou não abordaram especificamente este conceito, assim como artigos não disponibilizados na íntegra, mesmo após contato com os autores correspondentes.

	serão avaliados estudos que abordem as estratégias de regulação adotadas, a sustentabilidade da intervenção, a experiência do paciente e as desigualdades na saúde.
Contexto (C)	Países ou regiões com sistemas de saúde.

4.4.2. ESTRATÉGIA DE BUSCA

A estratégia de busca foi desenvolvida de acordo com *checklist* em consonância com o PRISMA-ScR para verificar sua adequação e garantir sua transparência e reprodutibilidade (Tricco et al., 2018).

Para a busca não houve restrição de idioma ou data de publicação do estudo e foram consultadas as seguintes bases de dados acadêmicas: PUBMED, EMBASE e LILACS (figura 1). A primeira refere-se a origem americana, a segunda à uma ampla base europeia e a última a base latino-americana, não sendo buscada neste momento outras bases de dados de grande relevância.

A estratégia de busca foi baseada nos descritores “Atenção Secundária à Saúde”, “Assistência Ambulatorial”, “Listas de espera”, “Agendamento de Consultas” e “Técnicas e Procedimentos Diagnósticos” de acordo consulta aos Descritores em Ciências da Saúde - DECS (<https://decs.bvsalud.org/>) e ao Medical Subject Headings – MESH (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>). A partir de buscas exploratórias iniciais, foi desenvolvida a estratégia na base de dados Medline via PUBMED, que mostrou acurácia boa para responder à pergunta de pesquisa (Tabela 1). Essa estratégia foi expandida e adaptada de acordo com as demais bases de dados a serem consultadas.

Tabela 1. Estratégia de busca na base de dados Medline via PUBMED

Base de Dados	Estratégia de Busca
Medline via PUBMED	<p>(((((((("Secondary Care"[Mesh]) OR (Secondary Care[Title/Abstract])) OR (Care, Secondary[Title/Abstract])) OR (Secondary Cares[Title/Abstract])) OR (((((((((((((((((((((((((((("Ambulatory Care"[Mesh]) OR (Ambulatory Care[Title/Abstract])) OR (Care, Ambulatory[Title/Abstract])) OR (Outpatient Care[Title/Abstract])) OR (Care, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Health Services, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Health Service, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Outpatient Health Service[Title/Abstract])) OR (Service, Outpatient Health[Title/Abstract])) OR (Outpatient Health Services[Title/Abstract])) OR (Outpatient Services[Title/Abstract])) OR (Outpatient Service[Title/Abstract])) OR (Service, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Services, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Services, Outpatient Health[Title/Abstract])) OR (Urgent Care[Title/Abstract])) OR (Care, Urgent[Title/Abstract])) OR (Cares, Urgent[Title/Abstract])) OR (Urgent Cares[Title/Abstract])) OR (Clinic Visits[Title/Abstract])) OR (Clinic Visit[Title/Abstract])) OR (Visit, Clinic[Title/Abstract])) OR (Visits, Clinic[Title/Abstract])) OR ((((((((((("Continuity of Patient Care"[Mesh]) OR (Continuity of Patient Care[Title/Abstract])) OR (Care Continuity, Patient[Title/Abstract])) OR (Patient Care Continuity[Title/Abstract])) OR (Continuum of Care[Title/Abstract])) OR (Continuum of Care[Title/Abstract])) OR (Care Continuum[Title/Abstract])) OR (Continuity of Care[Title/Abstract])) OR (Care Continuity[Title/Abstract])) AND (((((((((((((((((((((((((((("Facility Regulation and Control"[Mesh]) OR (Facility Regulation[Title/Abstract] AND Control[Title/Abstract])) OR (Facility Regulation[Title/Abstract])) OR (Facility Regulations[Title/Abstract])) OR (Regulations, Facility[Title/Abstract])) OR (Facility</p>

Control[Title/Abstract])) OR (Control, Facility[Title/Abstract])) OR
 (Control, Facility[Title/Abstract])) OR (Controls,
 Facility[Title/Abstract])) OR (Facility Controls[Title/Abstract])) OR
 (((((((((((((((("Referral and Consultation"[Mesh]) OR
 (Referral[Title/Abstract] AND Consultation[Title/Abstract])) OR
 (Consultation[Title/Abstract] AND Referral[Title/Abstract])) OR
 (Gatekeepers, Health Service[Title/Abstract])) OR (Health Service
 Gatekeepers[Title/Abstract])) OR (Gatekeeper, Health
 Service[Title/Abstract])) OR (Health Service
 Gatekeeper[Title/Abstract])) OR (Referral[Title/Abstract])) OR
 (Referrals[Title/Abstract])) OR (Second Opinion[Title/Abstract])) OR
 (Opinion, Second[Title/Abstract])) OR (Opinions,
 Second[Title/Abstract])) OR (Second Opinions[Title/Abstract])) OR
 (Consultation[Title/Abstract])) OR (Consultations[Title/Abstract])) OR
 (Hospital Referral[Title/Abstract])) OR (Referral,
 Hospital[Title/Abstract])) OR (Referrals, Hospital[Title/Abstract])) OR
 (Hospital Referrals[Title/Abstract])) AND (((("Population Health
 Management"[Mesh]) OR (Population Health
 Management[Title/Abstract])) OR (Health Management,
 Population[Title/Abstract])) OR (Management, Population
 Health[Title/Abstract])) OR (Population Health
 Managements[Title/Abstract])) OR (((("Waiting Lists"[Mesh]) OR
 (Waiting Lists[Title/Abstract])) OR (List, Waiting[Title/Abstract])) OR
 (Lists, Waiting[Title/Abstract])) OR (Waiting List[Title/Abstract]))

Para finalizar, o pesquisador principal realizou buscas de referência (*snowballing*) para frente (forward) e para trás (backward) para identificar quaisquer outros estudos relevantes que poderão não estar identificados na estratégia de busca inicial.

4.4.3. LITERATURA CINZENTA

A revisão de escopo considerou a inclusão de literatura cinzenta devido ao

desenvolvimento rápido de estratégias de regulação do acesso na área da saúde, especialmente nos últimos três anos em virtude da pandemia de COVID-19. Dessa forma, a busca na literatura cinzenta permitiu identificar experiências e conhecimentos emergentes que podem contribuir significativamente com a pergunta de pesquisa, sendo considerados como fonte de pesquisa os mecanismos de busca: Google Acadêmico (<https://scholar.google.com.br>), Epistemonikos (<https://www.epistemonikos.org>), Trip Database (<https://www.tripdatabase.com>) e ProQuest Dissertations & Theses Global (<https://www.proquest.com>), as bases de avaliação de tecnologias em saúde: Centre for Reviews and Dissemination (<https://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/>) e International Network of Agencies for Health Technology Assessment (<https://www.inahta.org/hta-database/>), e agências governamentais.

A literatura cinza de “primeiro nível” foi utilizada preferencialmente; esta é composta por políticas e documentos de órgãos governamentais, bem como relatórios, diretrizes, dissertações, teses, apresentações em conferências e *white papers*, incluindo experiências não acadêmicas. Essas documentações são confiáveis e facilmente recuperáveis de acordo com revisões que utilizaram métodos semelhantes (Engels et al., 2020; Milne-Ives et al., 2020; Valdes et al., 2022).

4.5. ETAPA 3 – SELEÇÃO DE ESTUDOS

Os títulos e resumos identificados por meio de todas as fontes de pesquisa foram transferidos para o *software* Rayyan (<https://www.rayyan.ai>), sendo então as duplicatas removidas, auxiliado pelo *software* MENDELEY (<https://www.mendeley.com>).

Em seguida, os estudos foram avaliados quanto à adequação dos critérios de elegibilidade de acordo com os títulos e os resumos por dois revisores de forma independente (cegamento). No caso de conflito, este foi resolvido por um terceiro avaliador em discussão e consenso com os dois avaliadores iniciais.

Após essa fase, os textos completos dos artigos foram avaliados quanto à relevância e pertinência para responder à pergunta de pesquisa pelos mesmos dois revisores de forma independente. Todos os motivos para a exclusão dos estudos nessa fase serão registrados e quantificados. Como na fase anterior, as divergências serão resolvidas por consenso e consulta com um terceiro revisor, sendo então definidos os estudos que serão elegíveis para a revisão de escopo.

4.6. ETAPA 4 – EXTRAÇÃO DOS DADOS

A extração dos dados foi realizada por dois pesquisadores, e, sendo obtidos dados referentes ao título, autor, ano, país do estudo, tipo de documento, população, conceito, contexto, métodos, estratégia utilizada na regulação ambulatorial e resultados relevantes para responder à pergunta de pesquisa a partir do texto completo dos artigos incluídos. Esses elementos foram mapeados em forma de tabela em relação aos domínios das estruturas, conforme o Template for Intervention Description and Replication (TIDIER) (anexo 2) e Nonadoption, Abandonment, Scale-up, Spread, and Sustainability (NASSS Framework) (figura 1) (HOFFMANN et al., 2014; GREENHALGH et al., 2017). Em alguns casos, os autores correspondentes foram contatados para solicitação e esclarecimento de dados ausentes ou adicionais. Para literatura cinzenta, a extração dos dados se concentrou apenas nos trechos selecionados.

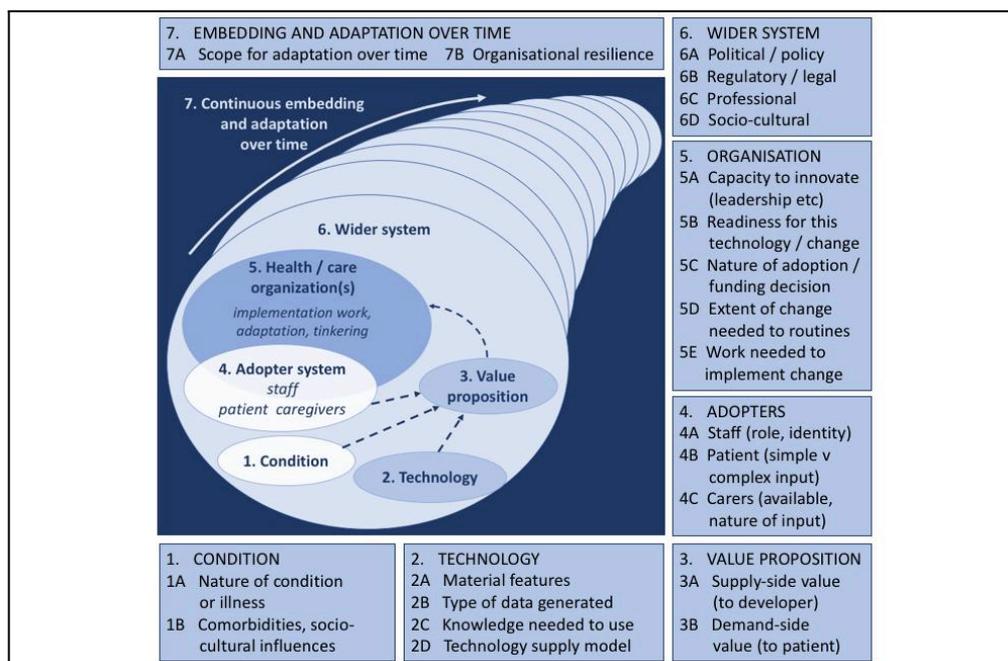


Figura 1 Estrutura NASSS para considerar influências na adoção, não adoção, abandono, disseminação, ampliação e sustentabilidade de tecnologias de saúde e cuidados voltadas ao paciente. Fonte: Greenhalgh et al, 2017.

4.7. ETAPA 5 – ORGANIZAÇÃO, ANÁLISE, SÍNTESE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a extração, os dados foram organizados em tabelas, analisados e sintetizados por dois pesquisadores, seguindo a mais recente orientação metodológica do JBI (Peters et al., 2021).

Nesta pesquisa, o ChatGPT® foi empregado de modo auxiliar para refinamento da formulação de três domínios: (1)**Intervenções para melhorar o encaminhamento da Atenção Primária para a Secundária**, que discute estratégias para otimizar o fluxo de pacientes entre esses dois níveis de atenção; (2)**Intervenções na Atenção Ambulatorial Especializada**, que foca em melhorias no atendimento especializado para reduzir listas de espera e melhorar o acesso a serviços de saúde ambulatorial; e (3)**Intervenções no Percurso Assistencial do Paciente**, que trata de estratégias voltadas para melhorar a continuidade e

integração do cuidado, facilitando o trajeto do paciente pelos diferentes serviços de saúde. Esses conceitos foram refinados e adaptados com base nas informações fornecidas pela ferramenta e em uma revisão da literatura existente, a partir dos descritores "Atenção Secundária à Saúde", "Assistência Ambulatorial", "Listas de espera", "Agendamento de Consultas" e "Técnicas e Procedimentos Diagnósticos".

O conceito de **Intervenções para melhorar o encaminhamento da Atenção Primária para a Secundária** foi relacionado com estudos que tratam da eficiência nos processos de referência do paciente, destacando a importância de um fluxo de comunicação claro entre esses dois níveis de atendimento (FERNANDES et al., 2020). Da mesma forma, o domínio das **Intervenções na Atenção Ambulatorial Especializada** foi agregado aos artigos que discutem o impacto de listas de espera e o papel do agendamento eficiente de consultas na redução dos tempos de espera para pacientes em necessidade de atendimento especializado (SILVA et al., 2019). Por fim, o conceito de **Intervenções no Percurso Assistencial do Paciente** foi associado a estudos que examinam a coordenação do cuidado e a continuidade assistencial, apontando as dificuldades encontradas por pacientes em percorrer os diferentes níveis de atendimento sem perda de informações ou descontinuidade no tratamento (ALMEIDA, 2018).

A apresentação final dos resultados consistiu em duas seções. Na primeira seção, foi descrito o processo de identificação e seleção dos estudos, incluindo o fluxograma de seleção de estudos de acordo com o PRISMA-Scr de modo a comunicar de uma forma clara e objetiva como foram selecionadas as evidências obtidas na revisão de escopo (Tricco et al., 2018).

Na segunda seção, os elementos dos critérios de inclusão do PCC foram usados para fornecer um resumo narrativo dos resultados e descrever como eles se relacionam com o objetivo e a pergunta da revisão. Ademais, foi reportada, a seguir, a análise descritiva dos dados extraídos (populações, conceito, contexto e país de origem) e tipo de documentos identificados, sendo os resultados principais que respondem à pergunta da pesquisa apresentados em forma de figuras e tabelas.

5. RESULTADOS

Inicialmente, foram identificados, entre os meses de janeiro e novembro do ano de 2022, um total de 1.643 artigos, com a inclusão final de 86 estudos. Em 2024, nova busca foi realizada com o intuito de atualizar a busca entre os anos de 2023 e 2024 incluindo literatura cinzenta, em que dos 30 artigos encontrados, 19 foram acrescentados à busca final e 11 estudos excluídos. Por fim, restaram 105 artigos com resumo e texto completo elegíveis para a análise do estudo (Figura 3).

Os artigos encontrados foram publicados entre os anos 2010 a 2024. São estudos originários de diversos países, com destaque para os países desenvolvidos com sistemas de saúde pública universal como o Reino Unido (36 artigos), Canadá (15 artigos) e Austrália (8 artigos), o que corresponde a mais de 55% dos estudos selecionados para essa revisão (Figura 2). Outros países como Itália, Alemanha, Países Baixos, França, Escócia, Nova Zelândia, Áustria, Irlanda e Turquia tiveram menos que 4 artigos publicados.

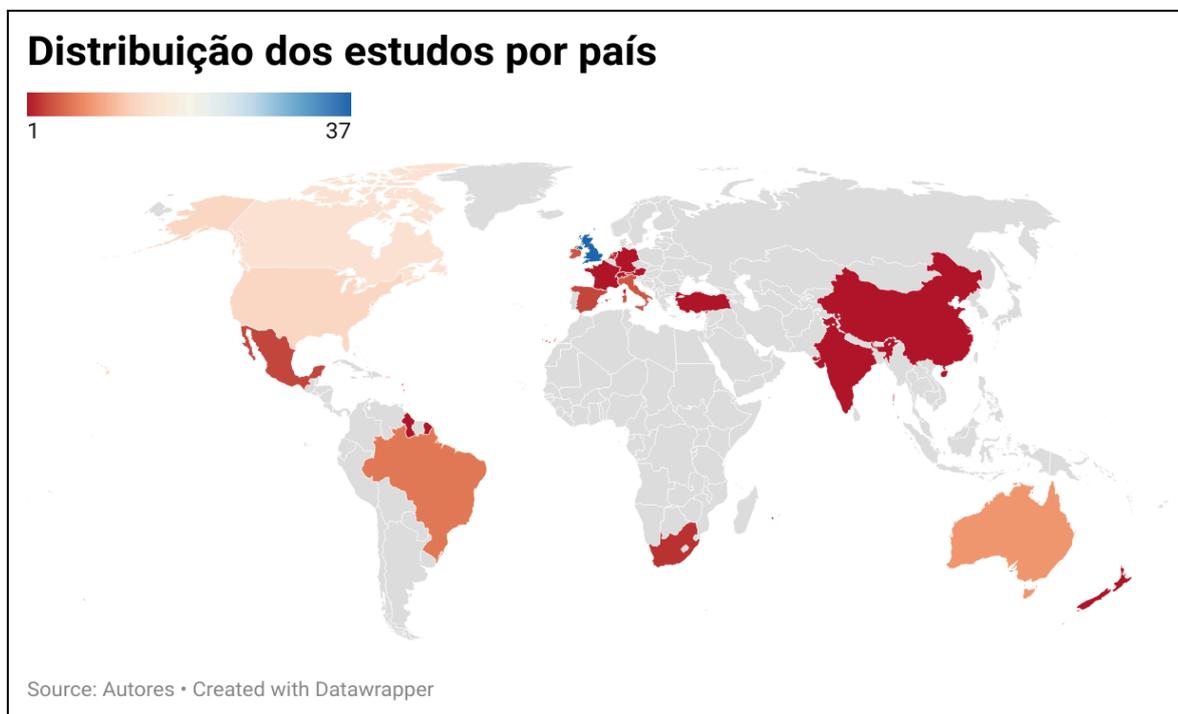


Figura 2 - Distribuição dos artigos selecionados por país. Fonte: Elaborado pelo autor, Brasília, 2024. Criado com Datawrapper©.

Os Estados Unidos, que adota um modelo de saúde fragmentado e predominantemente privado, também apresenta um número representativo (13 artigos). Dentre os países pobres ou em desenvolvimento, o destaque vai para o Brasil com 6 artigos publicados, o restante se divide entre África (do Sul/Austral), China, Índia, México e Guiana. Por fim, foi identificado 1 estudo multicêntrico nesta análise (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos artigos selecionados por país. Brasília, 2024

Países	Número de Estudos
Reino Unido	36
Canadá	15
Estados Unidos	13
Austrália	8
Brasil	6
Irlanda	4
Itália	4
África do Sul e Austral	2
México	2
Países Baixos (Holanda)	2
Alemanha	1
Áustria	1
China	1
Escócia	1
Espanha	1
México	1
França	1
Guiana	1
Índia	1
Multicêntrico	1
Nova Zelândia	1
Suíça	1
Turquia	1
Total	105

Fonte: Elaborado pelo autor.

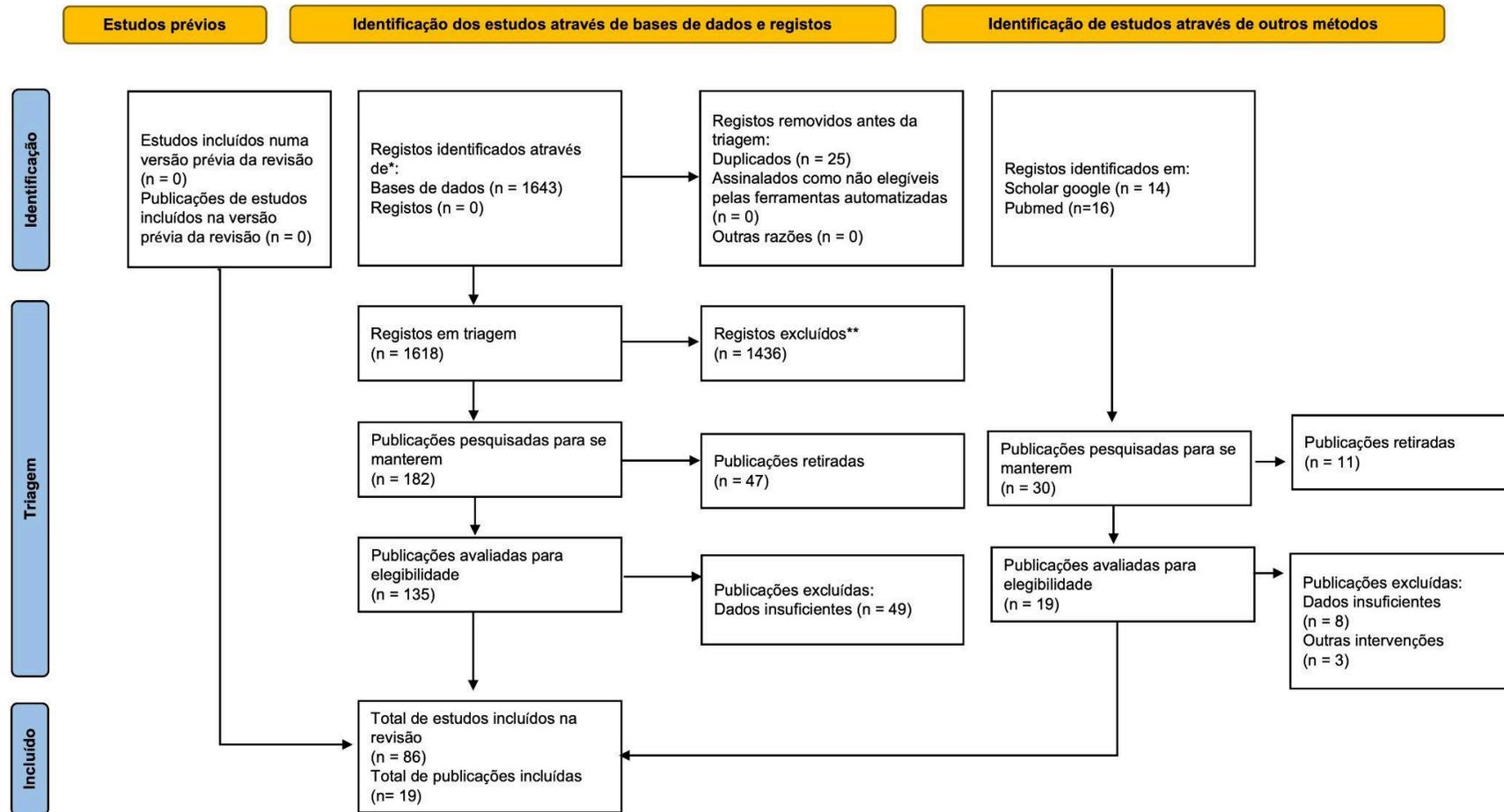


Figura 3 - Fluxograma Prisma 2020 de busca e seleção dos estudos em bases de dados e outras fontes (Versão original Flow Diagram European Portuguese). Fonte: Elaboração própria. Brasil, 2024.

Os estudos analisados buscaram investigar quais tipos de intervenção foram adotados para melhorar o acesso oportuno à consultas e SADT. Para melhor compreensão dos resultados, os artigos foram agrupados em 3 domínios e 12 categorias de intervenção: a) Intervenções para melhorar o encaminhamento da Atenção Primária à Secundária (APAE), sendo a categoria com a maior representação de artigos encontrados; b) Intervenções na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE); e c) Intervenções no Percurso Assistencial do Paciente (PASP) (figura 4).

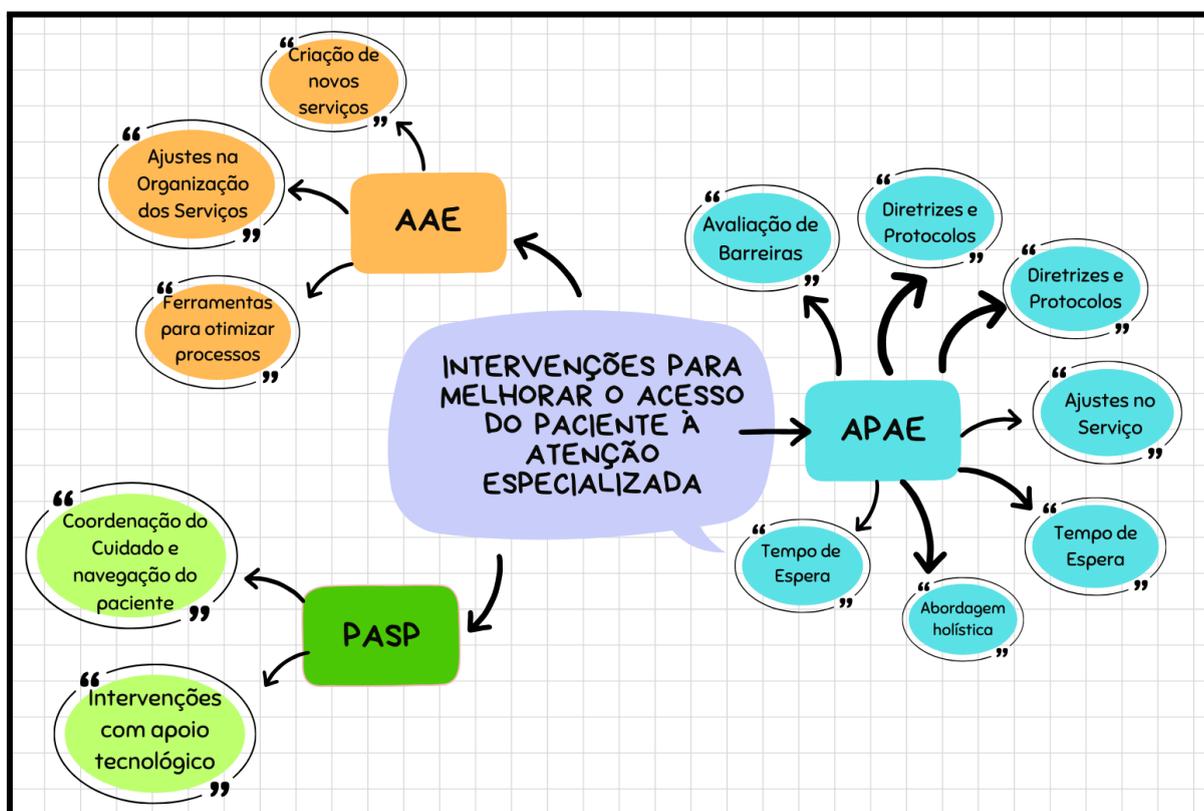


Figura 4 - Mapa mental das intervenções para melhorar o acesso do paciente a consultas e SADT. Brasília, 2024. Legenda: APAE = intervenções de encaminhamento da atenção primária para a especializada; AAE = intervenções na atenção ambulatorial especializada; PASP = intervenções durante o percurso assistencial do paciente. Fonte: Elaborado pelo autor. Brasil, 2024.

Neste caminho de entendimento, foi possível o desenvolvimento de conceitos que descrevessem o sentido de referenciamento do paciente no seu percurso entre os níveis de atenção à saúde (APS→AAE; AAE; APS⇒AAE), para dar sentido aos

tipos de intervenções associadas. A seguir, após a definição conceitual de cada categoria correspondente, apresenta-se a descrição dos seus resultados.

5.1 INTERVENÇÕES DO DOMÍNIO APAE, PARA MELHORAR O ENCAMINHAMENTO DA APS → AAE

As intervenções da categoria APAE referem-se a ações estratégicas implementadas para otimizar o processo pelo qual os pacientes são referidos da APS para níveis mais especializados de cuidado e natureza ambulatorial de um sistema de saúde. Essas intervenções têm como objetivo garantir que os pacientes recebam o atendimento especializado necessário de maneira oportuna, eficiente e baseada em critérios clínicos claros, sendo crucial para assegurar que o fluxo de pacientes entre os diferentes níveis de atenção seja organizado e equitativo (Mendes, 2011; MELO et al, 2021; OPAS, 2024).

Quanto aos resultados da APAE, foram encontrados 46 artigos que levantaram diferentes intervenções e seus contextos de implementação para melhorar o fluxo de encaminhamento entre a APS e a AAE. Algumas das principais intervenções da APAE, citadas na literatura, visam melhorar a eficiência do sistema de saúde, a qualidade do atendimento, reduzir filas e tempos de espera, e assim garantir que os pacientes tenham acesso ao nível de cuidado mais apropriado para suas necessidades. Uma amostra dos resultados do domínio APAE está descrita na Tabela 3. Para acessar a lista completa dos estudos, consulte a tabela 3.1 no apêndice 3.

Tabela 3 - Amostra de tabela com a distribuição aleatória de alguns estudos e suas características de intervenções de encaminhamento do domínio APAE.

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
-----------------	--------------	---	--	--

<p><i>The Effect of Triage Assessments on Identifying Inflammatory Arthritis and Reducing Rheumatology Wait Times in Ontario</i></p>	<p>2019; Canadá</p>	<p>Estudo de coorte retrospectivo. Aqueles que receberam intervenção de rotina foram o grupo controle.</p> <p>População: Reumatologista, provedores de cuidados primários (Fisioterapeutas ou Terapeutas ocupacionais de papéis estendidos, ERP) e pacientes</p>	<p>Avaliação de triagem realizada por ERP para identificar pacientes com suspeita de artrite inflamatória (IA) ou doenças reumáticas sistêmicas autoimunes (SARD) que necessitam de um reumatologista de forma mais acelerada.</p>	<p>Os resultados sugerem que a implementação de triagem por ERP pode melhorar o acesso aos cuidados de saúde para pacientes com IA/SARD que são identificados corretamente. Entre 177 pacientes que receberam uma avaliação de triagem por ERP, 75 pacientes foram acelerados e 102 não foram. Os pacientes acelerados tiveram um tempo médio significativamente mais curto para consulta com o reumatologista. Entretanto, são necessárias mais pesquisas para identificar um processo educacional contínuo para os ERP a fim de garantir o sucesso do modelo.</p>
<p><i>Addressing Barriers to Health Care Access of Congenital Heart Disease Patients in Guyana</i></p>	<p>2021, Guiana</p>	<p>Estudo qualitativo com base em questionários.</p> <p>52 famílias de crianças com Doença Cardíaca Congênita (CHD) e 12 profissionais de saúde</p>	<p>Identificação de barreiras para acessar cuidados especializados</p>	<p>A maioria das famílias identificou a distância, a necessidade de viajar e a incapacidade financeira e prática de frequentar a clínica como as principais barreiras para acessar cuidados especializados. Os profissionais de saúde entrevistados relataram conhecimento limitado sobre o diagnóstico e tratamento de CHD e perceberam a impraticabilidade de encaminhar pacientes para serviços especializados, apesar de estarem cientes do processo de encaminhamento.</p>
<p><i>Efectividad de un nuevo modelo de derivación telefónica compartida entre atención primaria y atención hospitalaria</i></p>	<p>2018, Espanha</p>	<p>Ensaio Clínico Controlado e Randomizado (ECR) sem cegamento, envolvendo 6 zonas básicas de saúde e 154 pacientes</p>	<p>Novo Modelo de Encaminhamento Telefônico compartilhado entre a atenção primária e atenção hospitalar</p>	<p>O encaminhamento telefônico reduziu significativamente os dias de espera para consultas na atenção secundária. Alguns médicos da atenção primária recusaram-se a participar do estudo porque consideraram o encaminhamento telefônico "muito trabalhoso e demorado". Entretanto, este tipo de encaminhamento não significou um "consumo excessivo de</p>
<p>Azul-Lopez e</p>				

colaboradores

tempo e esforço" para os clínicos gerais e não foi tão benéfico para pacientes complexos.

Fonte: Elaborado pelo autor. Brasil, 2024.

A partir das características dos estudos, essas intervenções foram distribuídas entre as sete categorias apresentadas na figura 5: 1) Ajustes no Serviço; 2) Sistemas Colaborativos; 3) Avaliação de barreiras; 4) Diretrizes e protocolos clínicos; 5) Tempo de espera; 6) Educação continuada; 7) Abordagem integrativa.



Figura 5 Mapa mental das Intervenções da APAE com os nomes das categorias e suas frequências de distribuição. **Fonte:** Elaborado pelo autor, 2024.

Quanto às frequências absoluta e relativa, os grupos "Ajustes no Serviço" e "Sistemas Colaborativos" aparecem com 14 e 12 artigos cada, respectivamente; ou seja, correspondem juntos a 56% do domínio APAE. Do mesmo modo, os grupos "Avaliação de barreiras", "Diretrizes e Protocolos Clínicos" e "Tempo de Espera" aparecem, respectivamente, com 15%, 14% e 11% de frequência de estudos. O grupo "Abordagem Integrativa" e o grupo "Educação Continuada", correspondem a apenas 4% do total.

5.1.1 Ajustes no Serviço

Essas intervenções incluíram principalmente mecanismos de triagem, como a utilização de sistemas de regulação centralizados que avaliam e priorizam os encaminhamentos com base na urgência e na necessidade clínica, garantindo que os casos mais graves ou complexos sejam atendidos primeiro.

Os meios utilizados foram diversos: triagem por questionários ou formulários de encaminhamentos para coletar informações, dados clínicos como os sinais e sintomas ou imagens digitais de exames (BRUSHI et al, 2013; BOROOAH et al, 2013), encaminhamentos feitos por telefone (Azogil-Lopez et al, 2018), triagem feita com médicos de família (HONE et al, 2016), por especialistas na APS, seja por médicos ou por profissionais com treinamento ampliado (AHLUWALIA et al, 2019), sistemas de informação e tecnologia tais como os Grupos de Espera Homogêneos (HWGs) (MARIOTTI et al, 2014), *eReferral* (MOHAMMED; PAYSON; ALARAKHIA, 2020), feedback eletrônico (MARIOTTI; GENTILINI; DAPOR, 2013) e triagem por email (JOHNSON; WHITE; LIVINGSTONE et al, 2015; PATTERSON et al, 2010). Encaminhamentos transmitidos eletronicamente no estudo de Ray et al (2017), foram associados a melhorias modestas nas consultas agendadas e retornos, com aumento da satisfação dos médicos com o processo.

Mudanças no funcionamento dos serviços de atendimento primário e comunitário (HAWTHORNE, GRZEBALSKI, 2009), como triagens específicas para podologia e retinopatia diabética. Além disso, as sessões de treinamento para a realização dessas triagens para médicos e enfermeiros foram consideradas positivas, mesmo com o aumento da demanda em uma década. Usando um questionário pré e pós procedimento, Hitchins et al (2014) investigou, os níveis de satisfação de pacientes com suspeita de câncer colorretal, mas que se submeteram à endoscopia diagnóstica antes de ir ao especialista, revelando alto nível de satisfação com os tempos de espera até o exame e até o resultado; apenas 8% preferiram ter consultado um especialista antes, porém ressalta que sucesso deste serviço depende fortemente da comunicação precisa entre o médico generalista, o paciente e o atendimento secundário.

O uso de prontuários eletrônicos e sistemas de informação que facilitam a troca de dados clínicos entre a atenção primária e a especializada, melhoram a continuidade do cuidado e a coordenação entre os níveis de atenção. O estabelecimento de mecanismos de comunicação eficazes entre os profissionais da atenção primária e os especialistas, permite um retorno sobre os casos encaminhados, ajuda a aprimorar a qualidade do cuidado inicial e os critérios de encaminhamento.

5.1.2 Sistemas Colaborativos

Trata-se de modelos integrados de coordenação e colaboração entre a APS e AAE. Gröber-Grätz et al (2011) coletou a experiência de profissionais e sua cooperação com especialistas para identificar critérios e barreiras no processo de encaminhamento dos pacientes, concluindo que círculos de colaboração de qualidade podem melhorar a relação entre clínicos e especialistas. Já Brainard et al. (2024), no Reino Unido, avaliaram um serviço de diálogo entre cuidados primários e secundários para dermatologia, abrangendo 3.300 pacientes. A intervenção resultou em alta satisfação tanto para pacientes quanto para clínicos, com uma redução nas listas de espera.

Em um estudo realizado na Suíça, Tomaschek et al (2022) investigou a colaboração entre médicos generalistas (GPs) e especialistas no tratamento de pacientes com lesão medular crônica. O modelo de colaboração entre 21 profissionais resultou em alta satisfação, embora tenha sido identificada a necessidade de melhorar os processos de encaminhamento.

Portanto, as ações colaborativas são estratégias que passam pela comunicação eficiente, modelos integrados de especialistas comunitários na APS (PHILIPOT et al, 2020; TAHHAN et al, 2020) como, por exemplo, o modelo de um pediatra de "acesso" e uma enfermeira navegadora para a triagem de pacientes a fim de apoiar os provedores de cuidados primários (DI GUGLIELMO et al, 2013). Incluem também as recomendações por escrito (SLUSAR et al, 2017) para garantir a clareza da impressão clínica do paciente e a continuidade do cuidado; bem como a

troca de informações por meio de reuniões de equipe com consultoria (SHAH et al, 2018) ou teleconsultorias (ONG et al, 2019). A precisão nos encaminhamentos eletrônicos, com o uso de grandes sistemas como o *Shared Care* (REA et al, 2018), projetado para permitir que profissionais da APS, comuniquem questões de encaminhamento e peçam orientação, também se destaca como intervenção bem sucedida.

5.1.3 Avaliação de Barreiras

A avaliação de barreiras versa sobre os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde para garantir um acesso equânime. Foram relatadas diversas barreiras físicas e sociais, como a distância, a necessidade de se deslocar e a incapacidade financeira e de frequentar uma clínica especializada (AMES et al, 2021) o que reflete a limitação de recursos e suporte social. Encaminhamentos inadequados ou inapropriados para a atenção secundária podem também estar relacionados a fatores do paciente, como aqueles referidos repetidamente com sintomas médicos inexplicáveis (MUS), o que onera diretamente os custos de financiamento (BURTON et al, 2012).

A falta de coordenação entre os níveis de atenção (Dos Santos M, 2021; Dos Santos T et al, 2021) e a ausência de protocolos ou parâmetros clínicos claros para encaminhar (MACINTYRE et al, 2011) se destaca em diversos autores. Smith et al (2020) diferencia dois tipos de fatores que influenciam as decisões de clínicos da APS em diagnosticar, tratar e encaminhar: os fatores relacionados ao sistema de saúde (acesso, demanda e oferta) versus aqueles ligados ao profissional (interesse clínico, características clínicas e histopatologia). Em suma, as barreiras perpassam por limitações de recursos, fatores sócio-culturais, acessibilidade, comunicação ineficaz, níveis de satisfação dos pacientes e profissionais de saúde, bem como a realização de encaminhamentos inadequados ou inapropriados.

5.1.4 Diretrizes e Protocolos Clínicos

O desenvolvimento e implementação de protocolos clínicos baseados em

evidências orientam os profissionais de saúde na APS sobre quando e como encaminhar pacientes para a AAE. Eles auxiliam na padronização das condutas e critérios a serem adotadas (BARBIER et al, 2008; BARBOSA et al, 2015; BLOOM et al, 2021; MCCAIN et al, 2011). Devido ao potencial de padronização das condutas, a implementação de recomendações clinicamente relevantes é economicamente viável (IBRAHIM et al, 2015).

Em 2009, Kumaraswamy et al., no Reino Unido, fizeram uma análise de aplicação da diretriz nacional do Reino Unido sobre o sistema de encaminhamento de espera de duas semanas para pacientes com suspeita de câncer testicular. Como resultado, o diagnóstico foi encontrado em apenas 8% dos pacientes encaminhados para o serviço de urologia, tendo 48% dos casos encaminhados avaliados como inadequados. Apesar do tempo de espera ter diminuído, os autores julgaram melhor alterar o sistema de duas semanas para a indicação precoce da ultrassonografia, o que tornaria a abordagem diagnóstica inicial mais custo-efetiva.

Dentre os artigos encontrados, convém destacar desenhos semelhantes às Linhas de Cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil que são baseados em recomendações de protocolos e diretrizes clínicas, como por exemplo, o mapa de caminho de atendimento ao paciente (Map of Medicine) de Philipa et al (2009), e o Health Pathways (BLYTHE et al, 2021). Ambos adotam caminhos desenhados para várias situações clínicas, com suporte tecnológico durante o percurso de encaminhamento do paciente, a fim de apoiar a tomada de decisão e condutas pelos provedores de saúde.

5.1.5 Redução dos Tempos de Espera

Os estudos destacam a importância da eficiência nos processos de encaminhamento, focando na redução do tempo de espera, alinhado com os conceitos de eficiência e gestão do tempo. Como resultado, foi identificado que fatores além das necessidades de saúde podem prolongar o tempo de espera. São elementos que afetam diferentes grupos de pacientes, como o sexo feminino, homens imigrantes ou com renda familiar baixa e aqueles encaminhados por um

médico de família. Entretanto, condições novas de saúde ou doenças potencialmente fatais têm tempos diminuídos para a espera (CARRIÈGE et al, 2010). Tempos de espera para novas consultas com o especialista é mais prolongado quando a condição não é urgente. Em um estudo observacional, Schachter et al (2013) demonstrou que o gerenciamento ativo, por clínicos da APS, do tempo de espera para acessar o especialista reduziu, sendo mais benéfico para pacientes de alta prioridade. Kassirian et al (2020) reforça que há atrasos significativos no diagnóstico e tratamento de câncer em um ambiente de saúde universal.

5.1.6 Capacitação ou Educação Permanente dos Profissionais de Saúde

A Educação Permanente em Saúde (EPS) dos profissionais da APS, principalmente de médicos e enfermeiros, visam melhorar a identificação de casos que necessitam de encaminhamento e também direcioná-los para um uso mais adequado dos recursos especializados (TEWARI et al, 2021).

5.1.7 Abordagem Integrativa

Burlotos e colaboradores avaliaram a eficácia do programa Direito à Saúde (RTHC) do México na melhoria da continuidade de cuidados entre APS e AAE. Tal programa reflete uma abordagem integrativa, mais holística, dos conceitos de suporte comunitário e integração de serviços sociais como métodos para melhorar a continuidade dos cuidados em saúde para níveis mais especializados, financiando os custos médicos e não médicos dos pacientes, coordenando serviços de assistência social (que encontra-se na APS) e fornecendo suporte e acompanhamento de navegação do paciente.

5.2 INTERVENÇÕES DA CATEGORIA AAE QUE FACILITAM O ACESSO DO PACIENTE A CONSULTAS E SADT

As intervenções na AAE referem-se a ações planejadas e implementadas para melhorar a eficiência, qualidade e equidade do atendimento oferecido em serviços de saúde especializados, que atendem pacientes com condições que não podem ser manejadas na atenção primária, por meio de consultas com especialistas e exames de apoio diagnóstico e terapêutico. Essas intervenções são particularmente importantes no contexto de sistemas públicos de saúde, onde os recursos são frequentemente limitados, e a demanda por atendimento especializado é alta, a fim de se garantir que os pacientes recebam os atendimentos necessários de forma oportuna, equitativa e eficiente.

Quanto aos resultados na AAE, foram encontrados 24 artigos que levantaram estudos discutindo diferentes estratégias de intervenção para reduzir tempos de espera, otimizar a regulação de consultas e integrar cuidados especializados com a atenção primária, como os exemplos de países como Austrália e Nova Zelândia. Uma amostra dos resultados da categoria AAE está descrita na Tabela 4. O acesso a lista completa dos estudos encontra-se na tabela 4.1 (apêndice 4).

Tabela 4 - Amostra de tabela com a distribuição aleatória de alguns estudos e suas características de intervenções de encaminhamento do domínio AAE.

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Implementation of a 'Joint Clinic' to resolve unmet need for orthopaedic service in patients with hip and knee osteoarthritis: a program evaluation</i>	2019, Nova Zelândia	Estudo observacional longitudinal População de 111 médicos da APS, 66 pacientes e 28 funcionários do hospital	Avaliação de implementação da Joint Clinic (Clínica Conjunta) para cuidados secundários de pacientes com osteoartrite (OA) em quatro componentes: avaliação de implementação, de processos, de	O Conceito Joint Clinic foi adequado ao propósito e reduziu a necessidade não atendida de consulta de cuidados secundários para pacientes com osteoartrite de quadril e joelho. Há evidências para mostrar que a colaboração multidisciplinar e comunicação são essenciais para promover cuidados contínuos, coordenados e centrados no

Abbott J e colaboradores			resultados e entrevistas pré e pós-implementação.	paciente em relação à OA
<i>Pre Consultation Questionnaires for Patients Attending Elective Foot and Ankle Clinics</i>	2021, Reino Unido	Estudo observacional do tipo transversal. Participantes: 53 pacientes com questionários e 51 pacientes sem questionários, com idades entre 15 e 81 anos. Questionário aplicado por profissionais de saúde.	Uso do questionário pré-consulta "Stockport Foot and Ankle Questionnaire" para investigar se o seu uso pode melhorar a eficiência, a produtividade e a padronização nas clínicas ambulatoriais de pé e tornozelo.	O tempo médio de consulta diminuiu de 22 minutos sem questionários para 15 minutos com questionários, economizando 7 minutos por consulta. A padronização das consultas também melhorou. O questionário pré-consulta é uma técnica inovadora para melhorar a eficiência, a produtividade e a padronização nas clínicas ambulatoriais de pé e tornozelo. Os autores recomendam o uso rotineiro desses questionários para economizar tempo valioso dos médicos.
Anugraha A e colaboradores				
<i>Evaluating the benefits of a rapid access chest pain clinic in Australia</i>	2019, Austrália	Estudo observacional de comparação prospectiva Participantes: 1914 pacientes encaminhados para avaliação ambulatorial de em uma clínica de acesso rápido a dor torácica de início recente (1479 pacientes atendidos no RACPC e 435 pacientes na clínica habitual de cardiologia)	Avaliação de comparação dos resultados e segurança de uma Clínica de dor torácica de acesso rápido (RACPC) versus clínica habitual de cardiologia	O tempo médio de revisão foi menor para RACPC do que para os pacientes que receberam cuidados habituais (12 dias versus 45 dias). Todos os pacientes atendidos no RACPC receberam um diagnóstico na primeira visita à clínica, mas apenas 139 pacientes no grupo de cuidados habituais (32,0%). Houve menos reatendimentos não planejados no departamento de emergência para os pacientes no grupo RACPC em 30 dias (1,6% versus 4,4%) e 12 meses (5,7% versus 12,9%) do que no grupo de controle. Os eventos cardiovasculares adversos graves foram menos frequentes entre os pacientes avaliados no RACPC (0,2% versus 1,4%).
Black JA e colaboradores				
Case Management may Reduce Emergency Department Frequent use in a Universal Health Coverage System: a Randomized Controlled Trial	2017, Suíça	Ensaio Clínico Controlado Randomizado (ERC). Participantes: 250 usuários frequentes do departamento de emergência (5 ou mais visitas nos últimos 12 meses) que	Intervenção individualizada de gerenciamento de casos (CM), que inclui assistência concreta na obtenção de direitos de renda, encaminhamento para atendimento médico primário ou especializado, acesso a cuidados	Houve 2,71 ($\pm 0,23$) visitas ao ED no grupo de intervenção e 3,35 ($\pm 0,32$) visitas no grupo controle após 12 meses. O gerenciamento de casos pode reduzir o uso do departamento de emergência por usuários frequentes através de uma melhor orientação no sistema de saúde. Os determinantes sociais de saúde desfavoráveis aumentam
Bodenmann P e				

colaboradores	visitaram o ED do Hospital Universitário de Lausanne entre maio de 2012 e julho de 2013.	de saúde mental ou tratamento de abuso de substâncias e aconselhamento sobre comportamentos de risco e utilização dos cuidados de saúde.	significativamente o uso do departamento de emergência por usuários frequentes.
---------------	--	--	---

Fonte: Elaborado pelo autor. Brasil, 2024.

A partir das características dos estudos, essas intervenções foram distribuídas entre os três categorias apresentados na figura 6: 1) Ajustes na Organização dos Serviços; 2) Criação de novos serviços; 3) Ferramentas para otimizar processos.

Quanto à comparação das frequências absoluta e relativa, o grupo "Ajustes na Organização dos Serviços" corresponde a 44% de toda a categoria. Entretanto, o grupo de "Criação de novos serviços" representa 39% do total. Sendo assim, não houve diferença significativa de um grupo ao outro. O último grupo caracterizado refere-se a "Ferramentas para otimizar processos" com 17% dos estudos restantes.

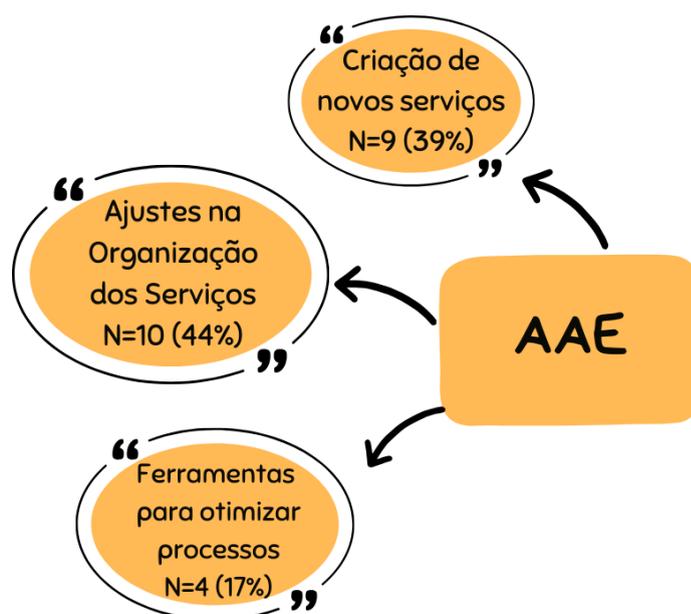


Figura 6 Mapa mental das Intervenções na AAE com os nomes das categorias e suas frequências de distribuição. **Fonte:** elaborado pelo autor. 2024

Os artigos exploraram diferentes abordagens para otimizar a gestão do acesso a serviços especializados - AAE, visando reduzir filas de espera e melhorar a qualidade do atendimento, proporcionando insights valiosos sobre práticas internacionais. Portanto, essas intervenções foram assim subdivididas:

5.2.1 Ajustes na organização dos serviços especializados

Envolve a implementação de sistemas, critérios e protocolos de triagem para garantir que os pacientes com maior necessidade clínica sejam atendidos prioritariamente. Veeroo (2020) destaca, como estratégia, a necessidade de triagem e nivelamento das necessidades de saúde, conforme a complexidade do caso. Uma lista de priorização e alta para a APS (Willis, 2011), a implementação de caminhos de cuidado (Magin, 2013), o gerenciamento do tempo para diminuir a lista de espera (Camden, 2013; Deslauriers, 2016) e seus obstáculos também foram mencionados.

Benn et al. (2023), no Reino Unido, realizaram uma auditoria retrospectiva de 571 pacientes com osteoartrite (OA) de joelho e demonstraram que uma intervenção biomecânica resultou em melhorias significativas na dor e função, com apenas 11% dos pacientes necessitando de cuidados secundários.

McCormack et al. (2023), também na Irlanda, revisaram 133 procedimentos cirúrgicos menores realizados em cuidados primários ao longo de 12 meses. A prática de realizar esses procedimentos em cuidados primários aliviou a pressão sobre os serviços de cuidados secundários.

5.2.2 Ferramentas para otimizar os processos

A implementação de sistemas de monitoramento e avaliação contínua da qualidade do atendimento, com indicadores específicos para a AAE, podem guiar ações de melhoria contínua. Anugraha et al. (2021) implementou e concluiu que o uso de um questionário pré-consulta foi significativo para otimizar o tempo gasto com o atendimento do paciente na AAE. Deve-se lembrar que o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) podem aumentar a eficiência clínica e

operacional (Collin S et al., 2008).

A implementação de sistemas de prontuário eletrônico e outras tecnologias que facilitem a gestão do cuidado, a comunicação e coordenação do cuidado entre profissionais de diferentes níveis de atenção e a tomada de decisões baseadas em dados são cruciais. Purcell et al. (2023), na Irlanda, conduziram uma auditoria em uma consulta de dor crônica com 100 pacientes. A introdução de telemedicina melhorou o acesso ao serviço e reduziu as listas de espera. O fortalecimento da comunicação e da coordenação entre a os níveis de atenção primária e secundária visam garantir a continuidade do cuidado e evitar duplicações de exames ou procedimentos.

Aldus et al. (2023), no Reino Unido, realizaram um estudo prospectivo de viabilidade com análise narrativa e entrevistas semiestruturadas, no qual foi avaliada a co-localização de clínicos gerais em departamentos de emergência. O serviço de triagem por clínicos gerais reduziu o tempo de espera e a sobrecarga do departamento de emergência, resultando em alta satisfação dos pacientes.

McConville et al. (2023), na Irlanda do Norte, desenvolveram um sistema de triagem avançada de consultas neurológicas (NARMS), avaliando 573 encaminhamentos eletrônicos. NARMS, ou "Neurology Advanced Referral Management System," é um sistema que gerencia encaminhamentos neurológicos, visando reduzir consultas presenciais. O sistema tria pacientes alternando investigações, consultas por telefone ou conselhos médicos. O estudo mostrou que 50% dos pacientes foram tratados remotamente, o que reduziu o tempo de espera e as emissões de carbono em 50%. Pacientes declararam altos níveis de satisfação com os resultados, especialmente em casos onde investigações como ressonância magnética eram suficientes para o diagnóstico.

O gerenciamento de casos clínicos (Bodenmann, 2017) também foi estratégia levantada que pode reduzir o uso do departamento de emergência (DE) por usuários frequentes através de uma melhor orientação no sistema de saúde, que incluiu a assistência social para garantir direitos de renda, encaminhamento para

atendimento médico na APS ou AAE, acesso a cuidados de saúde mental ou tratamento para abuso de drogas e aconselhamento sobre comportamentos de risco e seus cuidados com a saúde. Os determinantes sociais de saúde desfavoráveis aumentam significativamente o uso do DE por usuários frequentes.

A educação continuada e o treinamento dos profissionais que atuam na atenção especializada, podem garantir que estejam atualizados com as melhores práticas e protocolos clínicos, promovendo um atendimento mais seguro e eficaz. (Abbott, 2019; Black, 2019; Bondennam, 2017; Collin S, 2008).

5.2.3 Criação de Serviços

Novas formas de ofertar serviços especializados foram encontradas nos diversos estudos apontados. São clínicas de acesso rápido: para doenças reumatológicas (Joint Clinic para Osteoartrite), para tratamento de dor torácica com riscos de eventos cardiovasculares (RACPC), acolhimento em saúde mental (co-localizado em um local dentro da APS) e até uma clínica comunitária pediátrica para alergias liderada por clínicos com especial interesse - GPwSI (Abbott, 2019; Black, 2019, El-Shanawany, 2019; Haggarty, 2012).

Wong et al. (2024), em Singapura, conduziram um estudo piloto sobre a triagem liderada por fisioterapeutas para pacientes com problemas na coluna vertebral. A implementação da Clínica STAR reduziu significativamente os tempos de espera e os custos, mantendo alta satisfação dos pacientes.

Geralmente, essas clínicas assumem uma função de suporte intermediário entre a APS e o especialista, demonstrando-se operacionalmente mais baratas e mais viáveis. Para tal, torna-se necessário o treinamento de profissionais de saúde com perfil específico/especialização ou desempenhando atribuições profissionais com protocolos ampliados em práticas avançadas (Enfermeiros de práticas avançadas, bem como fisioterapeutas e optometristas com funções estendidas, dentre outros), bem como de clínicos gerais com especial interesse no problema a ser tratado. Esses serviços têm as vantagens de agilizar o acesso do paciente ao cuidado e aumentar a satisfação do usuário (Puchner, 2016; Rea, 2020; Risdale,

2008).

5.3 INTERVENÇÕES NO PASP PARA OTIMIZAR O ACESSO A CONSULTAS E SADT DURANTE O PERCURSO ASSISTENCIAL DO PACIENTE

As intervenções no Percurso Assistencial do Paciente (PASP) referem-se a ações e estratégias implementadas ao longo de todas as etapas da jornada do paciente no sistema de saúde, desde o primeiro contato na atenção primária até a conclusão do tratamento, passando por diagnósticos, encaminhamentos e cuidados especializados (Gartner JP et al, 2022). No contexto da regulação do acesso em sistemas públicos de saúde, essas intervenções diferem daquelas realizadas exclusivamente na AAE e no encaminhamento da APS para AAE, pois englobam uma visão mais abrangente e longitudinal.

Essas intervenções visam otimizar a experiência do paciente, garantindo fluidez, continuidade e integração nos cuidados oferecidos, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento e os desfechos clínicos. Portanto, elas focam na coordenação do cuidado, em como os diferentes serviços de saúde interagem e como o paciente navega por esses serviços.

No que se refere à categoria de resultados na PASP, foram selecionados 25 artigos que levantaram estudos discutindo diferentes estratégias de intervenção para reduzir tempos de espera, otimizar a regulação de consultas e integrar cuidados especializados com a APS. Uma amostra dos resultados da categoria PASP está descrita na Tabela 5. O acesso a lista completa dos estudos utilizados encontra-se na tabela 5.1 (apêndice 5).

Tabela 5 - Amostra de tabela com a distribuição aleatória de alguns estudos e suas características de intervenções de encaminhamento do domínio APAE.

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar os acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
-----------------	-----------	--	--	----------------------------------

<i>Tele dermatology Outcomes in the Providence Veterans Health Administration</i>	2019, EUA	Estudo retrospectivo de revisão de prontuários médicos. Participantes: 460 pacientes do Centro Médico de Assuntos Veteranos de Providence (PVAMC) que passaram por teleconsultas dermatológicas.	Avaliar o programa de Tele dermatologia do maior sistema integrado dos EUA (PVAMC).	Os dermatologistas completaram 84-99% de todas as teleconsultas dentro de uma semana após a indicação. 51% dos pacientes não precisaram de consulta dermatológica. 6% de todas as teleconsultas foram diagnosticadas com um câncer de pele comprovado por biópsia. 69% dos médicos solicitantes prescreveram medicamentos recomendados dentro de 7 dias.
Bertrand SE; Weinstock MA; Landow SM				
<i>Improving Patient Access to Medical Services: Preventing the Patient from Being Lost in Translation</i>	2009, Canadá	Pesquisa qualitativa com entrevistas. Participantes: profissionais de saúde e pacientes envolvidos no sistema de referência e acesso a especialistas médicos em Alberta, Canadá.	Avaliar o Projeto de Acesso Médico ao Serviço para melhorar o acesso do paciente à cuidados primários e especializado. Foi criado a Central de acesso e triagem (CAT) e o desenvolvimento de ferramentas de priorização (Alberta AIM).	A implementação do CAT e das ferramentas de priorização resultou em uma redução no tempo de espera dos pacientes e em uma maior eficiência na gestão de encaminhamentos. Os participantes do estudo relataram uma maior satisfação com o sistema e uma maior coordenação entre os prestadores de cuidados de saúde.
Bichel A e colaboradores				

Fonte: elaborado pelo autor. Brasil, 2024.

A partir das características dos artigos selecionados, as intervenções no PASP foram distribuídas entre os duas categorias, conforme sintetizado na figura 7: 1) Intervenções com apoio tecnológico; 2) Coordenação do Cuidado e Navegação do paciente.

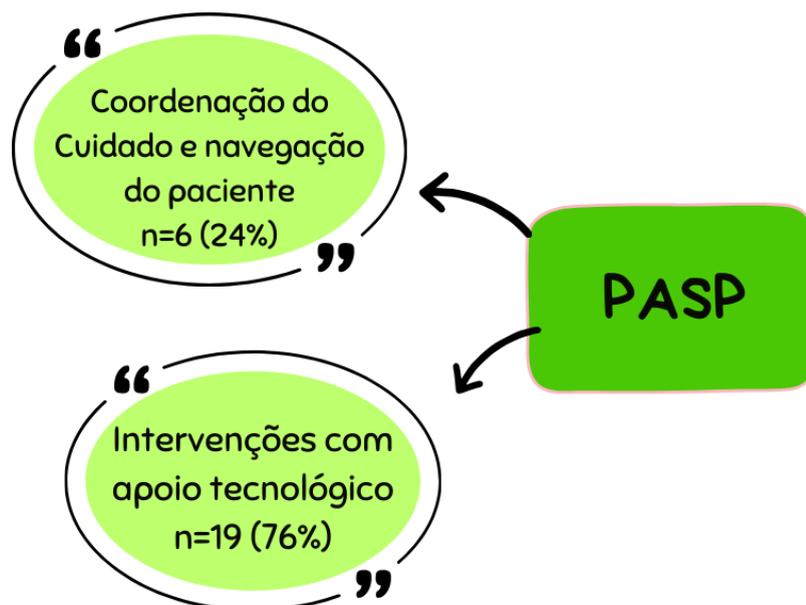


Figura 7 Mapa Mental das Intervenções no PASP com os nomes das categorias e suas frequências de distribuição. **Fonte:** elaborado pelo autor, 2024.

Essas intervenções no percurso assistencial são desenhadas para garantir a continuidade do cuidado, melhorar a satisfação do paciente e evitar a fragmentação do sistema, que pode ocorrer quando as etapas de cuidado não são devidamente articuladas. Portanto, as fontes pesquisadas oferecem uma visão abrangente sobre intervenções que otimizam o percurso assistencial do paciente, com foco em reduzir tempos de espera e melhorar a continuidade do cuidado por meio da coordenação entre níveis de atenção e uso de tecnologias. Elas foram assim agrupadas:

5.3.1 Coordenação do cuidado e navegação do paciente

Esse grupo de intervenções consistem de estudos que visam garantir que haja comunicação eficiente e compartilhamento de informações entre a atenção primária, secundária e terciária, de modo a evitar duplicações de exames ou tratamentos e a garantir que o paciente receba o cuidado certo no momento certo.

No Brasil, Jatobá et al. (2023) conduziram um estudo qualitativo baseado na Teoria Fundamentada nos Dados, explorando a descentralização da priorização de encaminhamentos na atenção primária à saúde (APS). Os resultados indicaram que a gestão de vagas, a padronização de critérios de priorização e o emprego adequado de protocolos de encaminhamento foram obstáculos significativos.

Amigoni et al. (2023), na Áustria, realizaram uma revisão de literatura sobre a gestão de listas de espera em sistemas de saúde financiados por impostos. A análise de 41 estudos destacou 15 políticas, categorizadas em aumento da capacidade, controle da demanda e abordagens mistas, observando a falta de pesquisas sobre custos e resultados clínicos.

No mesmo país (Reino Unido), Catsis (2023) modelou o fluxo de pacientes em listas de espera cardiovasculares durante a pandemia de COVID-19. A modelagem dinâmica de sistemas indicou que o aumento no número de consultas ambulatoriais em cardiologia seria a intervenção mais eficaz para melhorar o fluxo de pacientes e reduzir as listas de espera. Mountain et al. (2024), no Reino Unido, utilizaram modelagem de dados de referenciamento a clínicas respiratórias ambulatoriais entre 2012 e 2020. A intervenção, por meio de uma rede integrada de cuidados respiratórios, resultou em uma redução significativa nas taxas de referência.

No Canadá, Bichel A et al. (2009) realizaram uma pesquisa qualitativa com profissionais de saúde e pacientes no sistema de saúde de Alberta. O estudo destacou a importância da criação de serviços integrados para facilitar o acesso a cuidados especializados. A integração dos serviços de saúde resultou em um fluxo mais eficiente de encaminhamentos e maior satisfação dos pacientes com o acesso aos especialistas.

Em 2012, Schoch et al. (Austrália) descreveram reformas para reduzir o tempo de espera para consultas ortopédicas, mostrando que múltiplas estratégias de reestruturação foram eficazes em melhorar o acesso ao tratamento. As intervenções incluíram auditorias de lista de espera, políticas de "não comparecimento", diretrizes de triagem, clínicas lideradas por fisioterapeuta, instituição de uma função de enfermeiro líder ortopédico e um sistema de reserva focado no paciente. O grupo de Saxon et al. (Austrália, 2017) analisou o impacto de um novo modelo ambulatorial geriátrico que introduziu a uma política de substituição de profissionais de saúde com funções avançadas. A intervenção foi eficaz em reduzir o tempo de espera e melhorar o acesso ao atendimento.

5.3.1.1 Gestão de casos, listas e navegação assistencial

O monitoramento e gerenciamento ativo das listas de espera para consultas e procedimentos especializados, visa reduzir o tempo de espera e evita atrasos no tratamento que possam comprometer a saúde dos pacientes. Uma enfermeira dedicada para realizar triagem e priorizar o acesso do paciente, foi positivo (Wongsiriroj, 2020).

No México, Tamez-Salazar et al. (2020), um programa de navegação "Alerta Rosa" foi avaliado um sistema de priorização de pacientes com suspeita de câncer de mama. Esse programa usa um modelo de triagem e acompanhamento, com classificação por cores e acompanhamento profissional durante a jornada do paciente. O programa identificou adequadamente mulheres com diferentes probabilidades, demonstrando-se benéfico na redução de intervalos diagnósticos

Na Irlanda, Casey et al. (2022) introduziram uma clínica liderada por Enfermeiros de Práticas Avançadas (ANP) para tratar sintomas do trato urinário inferior. A implementação reduziu o tempo de espera e resultou em um encaminhamento adequado para 42% dos pacientes.

Portanto, programas de gestão e navegação de pacientes auxiliaram na redução dos intervalos do sistema de saúde, otimizando o uso dos recursos especializados e diagnósticos disponíveis, principalmente em sistemas universais de saúde com recursos limitados.

5.3.3 Intervenções com apoio tecnológico

O uso de prontuários eletrônicos integrados e ferramentas de telemedicina para acompanhar o paciente em todos os níveis de atenção, facilitam o acesso a exames, consultas e resultados de diagnósticos. A tecnologia tem facilmente sido empregada para integrar diferentes formas de assistência e acesso durante o percurso do paciente entre os níveis de atenção.

Em um contexto sul-africano, Blankenberg N et al. (2022) conduziram um estudo descritivo sobre o uso de um aplicativo de consulta e referência médica via smartphones por médicos da saúde pública na província do Cabo Ocidental. O estudo identificou uma alta taxa de adoção do aplicativo, sugerindo que o uso da tecnologia móvel pode ser uma solução eficiente para reduzir o tempo de espera e otimizar o processo de encaminhamento em regiões com infraestrutura de saúde limitada.

Em 2017, Piette et al. (França) investigaram a teledermatologia em clínicas gerais, mostrando que a tecnologia reduziu significativamente o atraso no início do tratamento para condições dermatológicas. Nos EUA, Bertrand SE et al. (2019) conduziram um estudo retrospectivo utilizando prontuários médicos de pacientes atendidos por meio de teledermatologia no Providence Veterans Affairs Medical Center (PVAMC), indicando que o uso da teledermatologia facilitou o acesso a especialistas em um ambiente com recursos limitados, além de melhorar o tempo de resposta e diminuir a necessidade de consultas presenciais, impactando positivamente a capacidade do sistema de saúde de fornecer cuidados dermatológicos especializados.

No Brasil, uma experiência de consultoria em teledermatologia na cidade de Florianópolis (Ferreira, et al., 2019) melhorou significativamente o acesso especializado, reduzindo tempo de espera e otimizando o processo de triagem. Em São Paulo (Giavina-Bianchi M et al., 2020), o uso dessa ferramenta como triagem revelou que a tecnologia reduziu o tempo de espera para consultas presenciais e melhorou o acesso para pacientes com lesões de pele mais graves e complexas, especialmente na rede pública. Livingstone et al (Reino Unido, 2015) demonstrou a custo-efetividade da teledermatologia em lesões cutâneas benignas. Em 2011, Morton et al. (Reino Unido) compararam a fototriagem com os métodos convencionais de encaminhamento para dermatologia e os resultados indicaram que a fototriagem foi eficaz e economicamente viável.

Entre os anos de 2020 e 2021, diversos autores reportaram o uso da telemedicina e tele consultoria de pacientes. Hull SA et al. (Reino Unido) analisaram

o impacto de uma clínica virtual de doença renal crônica (DRC) com apoio da teleconsultoria. Lewis et al. (Austrália) conduziram um estudo sobre teleatendimento para pacientes com primeira crise de epilepsia. Em ambos, os resultados revelaram a viabilidade da ferramenta, melhorando o acesso de pacientes de regiões mais distantes, reduzindo tempo de espera e necessidade de consultas presenciais, aumentando a satisfação dos envolvidos.

Outros estudos demonstraram que a aplicação da telemetria para melhorar o acesso do paciente a cuidados especializados pode ser usada em outras áreas da saúde. Em 2019, Pignatiello et al. (Canadá) exploraram os desafios da telepsiquiatria em áreas rurais, destacando as dificuldades de implementação, mas também a eficácia em melhorar o acesso a cuidados especializados.

Lindsay et al. (2020) avaliaram uma triagem ativa de encaminhamentos para osteoporose com o sistema e-triage. O estudo concluiu que a triagem ativa (que inclui gerenciar o fluxo de pacientes direto para investigação ou para fornecer consultoria virtual aos clínicos encaminhadores) melhorou a gestão de encaminhamentos e otimizou o acesso ao tratamento especializado. Em 2021, Li et al. (China) investigaram o uso de inteligência artificial para otimizar o tempo de espera e reduzir os custos no atendimento pediátrico. O estudo destacou que a implementação de IA foi eficaz em agilizar o processo de triagem e diagnóstico. .

Em 2023, Claessens et al. (Holanda) investigaram a triagem remota por uma equipe interdisciplinar por meio da telemedicina. O TeleTriageTeam (TTT) é um sistema de teletriagem que foi criado para manter a continuidade dos cuidados oculares durante a pandemia. Ele envolve um triagem inicial: Pacientes enviam informações e fotos de suas condições oculares para análise remota; em seguida estudantes de optometria fazem uma primeira análise sob supervisão; depois uma revisão de tutores optometristas (profissionais experientes) revisam os casos e decidem sobre a necessidade de consulta presencial; então, uma consulta remota com oftalmologista é feita, se necessário, o oftalmologista para monitorar e tratar. Cerca de 50% dos 3.658 casos avaliados pelo TTT evitaram consultas presenciais tradicionais. O sistema mostrou-se eficaz em reduzir as filas de espera e oferecer

uma alternativa sustentável para o seguimento de pacientes com doenças crônicas.

A pesquisa de Aiyegbusi (2023) no Reino Unido abordou o uso de sistemas de resultados relatados pelos pacientes (ePROs) para monitoramento remoto e triagem em cuidados ambulatoriais. O ePRO (Electronic Patient-Reported Outcomes) é um sistema eletrônico utilizado para coletar diretamente dos pacientes informações sobre seus sintomas, qualidade de vida, e outros aspectos relacionados à saúde. Funciona como uma ferramenta de monitoramento remoto, permitindo que os pacientes relatem seus resultados de saúde por meio de dispositivos digitais, como smartphones ou computadores. Esses dados são usados por profissionais de saúde para acompanhar o estado do paciente em tempo real, ajustar tratamentos, e reduzir a necessidade de consultas presenciais. A revisão narrativa que analisou 135 entradas de pesquisa demonstrou que o uso de ePROs reduziu a necessidade de visitas presenciais e melhorou o acompanhamento em diversas condições crônicas.

Sánchez-Machín et al. (2024), na Espanha, implementaram um ecossistema digital para a gestão de consultas de alergia. A adoção da telemedicina reduziu a necessidade de visitas hospitalares, destacando a eficácia das consultas digitais. No Reino Unido, Mountain et al. (2024), utilizaram modelagem de dados de referências à clínicas respiratórias ambulatoriais entre 2012 e 2020, demonstrando que a intervenção, por meio de uma rede integrada de cuidados respiratórios, pode reduzir significativamente as taxas de encaminhamento.

O modelo STAT, implementado na Austrália em 2023, foi investigado por Harding et al., em cinco centros comunitários de terapia pediátrica ao longo de três anos. A intervenção reduziu o tempo de espera em 33% sem impacto na satisfação dos funcionários. O STAT (Triagem, Treinamento, Acesso e Tratamento) é um modelo de acesso e triagem baseado em uma sequência de estratégias baseadas em evidências para melhorar o fluxo de pacientes, especialmente para crianças com distúrbios de desenvolvimento. Ele foca em: a) Triagem: Identificação precoce de problemas de saúde; b) Treinamento: Capacitação de profissionais para reconhecer e tratar essas condições; c) Acesso: Garantir que os serviços sejam acessíveis e

equitativos; e d) Tratamento: Fornecimento das intervenções e acompanhamentos necessários.

Consultas eletrônicas ("*e-consults*") são comunicações assíncronas entre um provedor de cuidados primários (PCP) e um especialista médico sobre a saúde de um paciente, dentro de um registro eletrônico de saúde (EHR). As e-consultas podem ser conduzidas por meio de uma plataforma compatível com a Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguro Saúde (HIPAA em inglês), telefone ou vídeo. As e-consults visam melhorar o acesso à expertise especializada para pacientes e provedores sem a necessidade de uma visita presencial (VIMALANANDA et al., 2015).

Nos EUA, Wasfy et al. (2016) investigaram o uso do (*e-consults*) em endocrinologia. Os resultados mostraram que o sistema aumentou a eficiência dos encaminhamentos e reduziu a necessidade de consultas presenciais. Já no Canadá (2017), Witherspoon et al. descreveram o impacto das e-consults em urologia, demonstrando que o serviço melhorou o acesso a cuidados especializados e reduziu a sobrecarga sobre o sistema de saúde pública. No mesmo ano e local, Skeith et al. também avaliaram o e-consults, mas para a medicina de trombose, concluindo que o sistema foi eficaz em reduzir o tempo de espera para consultas especializadas. Em 2019, Winchester et al. (EUA) analisaram a implementação de e-consults no Veterans Health Administration (VHA) para cardiologia e o sistema também foi capaz de reduzir o tempo de espera para consultas, melhorando o gerenciamento dos encaminhamentos. Ainda nos EUA, Tang et al. (2022) demonstraram que a implementação da e-consult para a gastroenterologia reduziu o tempo de espera e facilitou o acesso ao tratamento especializado.

6. DISCUSSÃO

Cada intervenção abordada nos artigos se alinha com o objetivo de melhorar o acesso e a eficiência dos serviços de saúde, seja otimizando o fluxo de pacientes, melhorando a qualidade do atendimento especializado ou gerenciando todo o percurso do paciente no sistema de saúde. A acessibilidade e disponibilidade são importantes para um atendimento ambulatorial eficiente e estão associados a melhores resultados em saúde, assim como redução do custo (Ansell et al., 2017; The Centre for Spatial Economics, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que entre 20% e 40% dos gastos dos sistemas de saúde são desperdiçados pelo uso ineficiente dos cuidados à saúde (Van Hoof et al., 2019), porque um atendimento especializado tem um custo mais elevado que o da APS. Por este motivo, a organização do acesso à atenção especializada requer critérios de priorização e mecanismos de gestão de filas de espera para consultas, exames e procedimentos.

Um tempo de espera prolongado para atendimento de pacientes pode trazer consequências como agravamento da morbidade e aumento da mortalidade. Essas consequências são mais evidentes em casos como doenças cardíacas, neoplasias e transtornos mentais (Ansell et al., 2017). Ferramentas como mudança na forma de agendamento (agendamento aberto), comunicação eletrônica, e o envolvimento dos profissionais de saúde para a implementação de políticas de ampliação do acesso aos serviços de saúde são importantes para melhorar o funcionamento do sistema. Outras estratégias vêm sendo implantadas no Brasil e em vários países, sobretudo na Europa, tais como a troca de conhecimentos e a colaboração entre generalistas da APS e especialistas de forma a ampliar e qualificar o cuidado, com diferentes nomes, como *colaborative care* e *shared care* (Vingilis et al., 2007).

Gerenciar encaminhamentos de pacientes com triagem e priorização adequadas usando formatos de encaminhamento estruturados provavelmente será eficaz para encurtar os tempos de espera. É relevante que a implementação de intervenções para reduzir o tempo de espera para consultas com especialistas e

realização de exames seja realizada com base em evidências disponíveis na literatura. Os estudos acerca desse tema geralmente se restringem a um determinado país ou a um desfecho específico (Lewis et al., 2018), sendo que alguns ainda sugerem mudanças para tipos de profissionais mais especializados na atenção primária (Naiker et al., 2018).

É importante ressaltar que os resultados serviram para mapear o tema do presente estudo, principal objetivo de uma revisão de escopo, que versa sobre a regulação do acesso oportuno a serviços especializados e que muitas variáveis foram identificadas no processo de busca das evidências científicas. A saber, os estudos variaram muito quanto ao delineamento metodológico (sendo a maioria composta de estudos observacionais descritivos e marcada pela ausência de revisões sistemáticas e metanálises) e nos desenhos de estudo (variaram de auditorias e avaliação de serviços, passando por aplicação de questionários para avaliar níveis de satisfação de profissionais e/ou usuários, passando por entrevistas e grupos focais, até pesquisas de intervenção com comparação de grupos controle ou intervenção).

Ballini et al. (2017) realizou um estudo de revisão sobre o acesso do paciente a serviços especializados em uma perspectiva de três óticas. A primeira, versa sobre a geração de capacidade de oferta de serviços especializados; a segunda, de controle ou racionamento da demanda; e a terceira, uma intervenção mista (oferta e demanda). Sua linha de avaliação privilegia intervenções custo-efetivas para o sistema de saúde, prezando pela eficiência.

Em outra revisão de escopo, Winpenny et al. (2017) avaliaram 183 estudos sobre estratégias envolvendo a APS que são projetadas para melhorar a eficácia e eficiência dos serviços ambulatoriais, sugerindo cinco domínios de intervenção: I) transferência de serviços do hospital para a atenção primária; II) realocação de serviços hospitalares para a atenção primária; III) trabalho conjunto entre profissionais de atenção primária e especialistas; IV) intervenções para mudar o comportamento de encaminhamento de profissionais de atenção primária; e V) intervenções para mudar o comportamento do paciente.

No presente estudo, optou-se por três domínios de intervenção: APAE, AAE e PASP. Essas categorias de análise foram criadas para expressar as intervenções que acompanham a transição do paciente entre os diferentes níveis de atenção, facilitando ou dificultando o seu acesso. Vale ressaltar que a forma de analisar e apresentar os resultados, que versam sobre intervenções ou tipos de encaminhamentos, pode variar entre os autores, pois não há um padrão único.

O acesso à atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) é um dos maiores gargalos de sistemas de CUS, como o SUS. A escassez de recursos assim como barreiras estruturais desafiam o seu *modus operandi* (MELO et al, 2021). Adicionalmente, os tomadores de decisão em sistemas de saúde e formuladores de políticas públicas devem considerar esses fatores à luz da bioética. Tendo em vista que a saúde pública visa o coletivo, a aplicação da bioética nas ações em saúde pública visa assegurar ao cidadão o direito à saúde, em observância aos princípios da justiça distributiva, alocação de recursos e baseada na equidade, proporcionando um acesso universal através de ações que reduzam o embate entre a autonomia individual e a justiça social (KHOO; LANTOS et al., 2020).

6.1 Discussão dos resultados de APAE com o seu conceito

As intervenções APAE visam otimizar o referenciamento de pacientes da APS para a atenção especializada, seguindo a teoria de regulação em saúde para garantir um acesso equitativo e eficiente (Mendes, 2011). A triagem eletrônica e encaminhamentos via eReferral (ou similares) asseguram que pacientes com necessidades complexas sejam atendidos de maneira prioritária, evitando sobrecarga em serviços secundários (Mohammed et al., 2020). Essas intervenções fortalecem a integração entre APS e especialidades, como observado em consultas compartilhadas que melhoram a continuidade do cuidado (Azogil-Lopez et al., 2018).

O modelo de Andersen destaca que as triagens clínicas atuam como fatores habilitadores para facilitar o acesso aos serviços especializados, beneficiando grupos com maior necessidade (Ahluwalia et al., 2019). A teoria de equidade de Whitehead e Dahlgren enfatiza a necessidade de eliminar barreiras evitáveis no

acesso à saúde. As intervenções APAE visam garantir que todos os pacientes, independentemente de sua localização ou condição socioeconômica, recebam o cuidado necessário (Ames et al., 2021). A implementação de triagens centralizadas nas intervenções APAE reforça a equidade ao priorizar pacientes com maior gravidade clínica, superando barreiras geográficas e socioeconômicas (Carriège et al., 2010).

A OMS define a cobertura universal como o acesso igualitário a serviços de qualidade. As intervenções APAE alinham-se a esse princípio ao promover o acesso eficiente e equitativo a cuidados especializados (WHO, 2024). A padronização de condutas através de diretrizes clínicas assegura que todos os pacientes recebam uma avaliação igualitária, promovendo a equidade no sistema (MacIntyre et al., 2011).

A adoção de protocolos clínicos nas intervenções APAE facilita a regulação do fluxo de pacientes e fortalece a APS, garantindo que os cuidados sejam oferecidos no nível certo e no momento adequado (Barbosa et al., 2015). Protocolos clínicos padronizados garantem que pacientes recebam o mesmo tipo de avaliação e encaminhamento, independentemente de fatores socioeconômicos, promovendo a equidade no sistema (Kumaraswamy et al., 2009).

A educação contínua dos profissionais de APS assegura que estejam preparados para identificar corretamente os pacientes que necessitam de encaminhamento, melhorando o uso dos recursos (Tewari et al., 2021).

Reduzir tempos de espera para consultas especializadas melhora a eficiência e minimiza desigualdades, promovendo um sistema de saúde mais equitativo (Schachter et al., 2013).

A colaboração entre médicos da APS e especialistas melhora a qualidade do atendimento ao paciente e previne atrasos no diagnóstico e tratamento (Gröber-Gratz et al., 2011). A colaboração entre APS e especialidades, como em teleconsultorias e consultas conjuntas, facilita o acesso a cuidados complexos,

promovendo a equidade (Philipot et al., 2020). A integração de sistemas colaborativos, como o *Shared Care*, promove o acesso equitativo e eficiente, conforme princípios de equidade e regulação em saúde (Rea et al., 2018). Sistemas de triagem centralizados e automatizados nas APAE garantem que pacientes com maior necessidade sejam priorizados, melhorando a coordenação entre APS e especialidades (Brushi et al., 2013).

A utilização de tecnologias como prontuários eletrônicos facilita a comunicação entre APS e especialistas, promovendo um sistema de saúde mais coordenado e equitativo (Hawthorne & Grzebalski, 2009). A implementação de teleconsultorias, conforme observado nas intervenções APAE, melhora a eficiência e equidade ao facilitar o acesso a especialistas em áreas remotas (Ong et al., 2019). Barreiras ao acesso, como distância e falta de recursos, são enfrentadas pelas intervenções APAE, que garantem que pacientes de áreas rurais ou menos favorecidas tenham acesso aos cuidados especializados (Kumaraswamy et al., 2009). A adoção de tecnologias de regulação, como sistemas eletrônicos de encaminhamento, assegura que todos os pacientes tenham acesso aos serviços de saúde especializados, reforçando os princípios de CUS (WHO, 2024).

6.2 Discussão dos resultados de AAE com o seu conceito

As intervenções AAE se alinham diretamente à teoria de regulação em saúde, pois visam a otimização do acesso a serviços especializados por meio de triagens, priorizando pacientes com maior necessidade clínica, um dos principais objetivos da regulação de sistemas de saúde (Veeroo, 2020).

A regulação eficiente dos recursos em saúde, promovida pelas intervenções AAE, permite que pacientes com maior necessidade de cuidados especializados sejam atendidos de forma oportuna, evitando sobrecarga nos serviços de emergência e melhorando a eficiência global do sistema (Bodennam, 2017).

A implementação de tecnologias, como prontuários eletrônicos e telemedicina, nas intervenções AAE é crucial para a regulação do fluxo de pacientes

entre os níveis de atenção. Isso facilita a comunicação entre APS e especialistas, promovendo uma gestão mais eficiente do cuidado (Purcell et al., 2023).

A criação de sistemas de triagem nas AAE, como o *NARMS* para consultas neurológicas, reduz a demanda por consultas presenciais e facilita a priorização dos casos mais urgentes, alinhando-se com os princípios de regulação da saúde (McConville, 2023).

Embora a AAE seja especializada, muitas de suas intervenções, como a realização de procedimentos em nível primário e a criação de clínicas comunitárias para suporte especializado, fortalecem a APS ao reduzir a pressão sobre os níveis secundários e promover um cuidado contínuo e integrado (McCormack et al., 2023).

As intervenções AAE, como a co-localização de serviços de saúde mental com a APS, visam garantir que o cuidado seja contínuo e coordenado, fortalecendo o papel da APS como porta de entrada e coordenadora do cuidado (El-Shanawany, 2019).

O gerenciamento de casos clínicos por meio da AAE também é uma intervenção que integra a APS ao coordenar melhor o fluxo de pacientes que frequentemente usam serviços de emergência, reforçando o papel central da APS na organização do sistema de saúde (Bodennam, 2017).

O modelo revisado de Andersen sugere que o acesso aos serviços de saúde depende de fatores predisponentes, habilitadores e necessidade. As intervenções AAE, como o uso de triagem clínica, funcionam como fatores habilitadores, facilitando o acesso aos serviços especializados por aqueles que mais necessitam (Aldus, 2023).

Intervenções que utilizam tecnologias como telemedicina facilitam o acesso a serviços de saúde especializados, removendo barreiras geográficas e financeiras, como sugerido no modelo de Andersen. Isso garante que mais pacientes possam acessar o cuidado especializado de forma equitativa (Purcell et al., 2023).

Ferramentas que otimizam os processos, como questionários pré-consulta, aumentam a eficiência dos serviços e reduzem as filas de espera, funcionando como facilitadores do acesso dentro do modelo de Andersen (Anugraha, 2021).

A teoria da equidade de Whitehead e Dahlgren propõe que a equidade no acesso aos serviços de saúde deve ser garantida, independentemente de fatores socioeconômicos. As intervenções AAE abordam essa questão ao implementar sistemas de triagem que priorizam pacientes com base na necessidade clínica, promovendo maior equidade (Willis, 2011).

Intervenções como a implantação de clínicas de acesso rápido garantem que pacientes com condições graves, como pacientes cardiopatas com dor torácica, tenham acesso rápido a cuidados especializados, promovendo a equidade no sistema de saúde e constituem interessantes estratégias para suprir a demanda da atenção especializada. Outras experiências com clínicas de acesso rápido para osteoartrite e saúde mental também foram relatadas como inovações que melhoram a regulação do sistema de saúde ao garantir que os pacientes sejam atendidos de acordo com suas necessidades específicas, evitando sobrecargas em outros níveis de cuidado (Abbott, 2019; Benn et al., 2023).

A co-localização de serviços especializados com a APS, utilizando-se das clínicas de acesso rápido para as condições crônicas são intervenções que facilitam o acesso equitativo e promovem a CUS (Rea et al., 2020).

Outras formas de oferecer serviços especializados, como a implementação de clínicas comunitárias para doenças crônicas, visam garantir que todos os pacientes tenham acesso ao cuidado, promovendo a equidade e a cobertura universal de saúde (Wong et al., 2024). A integração das clínicas comunitárias com a APS, promovida pelas intervenções AAE, fortalece o papel da APS como coordenadora do cuidado, ao facilitar o acesso a serviços especializados de forma eficiente e coordenada (El-Shanawany et al., 2019).

A adoção de um sistema universal de saúde, conforme preconizada pela

OMS, busca garantir que todos os indivíduos tenham acesso aos serviços de saúde de que necessitam, sem enfrentar dificuldades financeiras. As intervenções AAE, ao facilitar o acesso a serviços especializados por meio de tecnologias e triagens, estão alinhadas com esse princípio (WHO, 2024). O uso de tecnologias, como telemedicina e triagens eletrônicas, garante que os pacientes, independentemente de sua localização ou condição socioeconômica, tenham acesso a cuidados especializados, mitigando a equidade reversa (McConville et al., 2023).

O uso de prontuários eletrônicos e outras tecnologias de informação nas intervenções AAE facilita a coordenação do cuidado entre a APS e os serviços especializados, garantindo que os pacientes tenham acesso ao cuidado necessário de maneira eficiente e equitativa, como defendido pela OMS (Collin et. al., 2008).

Vale frisar, que o uso de prontuários eletrônicos nas intervenções AAE melhora a eficiência dos encaminhamentos e da coordenação entre APS e especialistas, facilitando o acesso dos pacientes aos cuidados necessários e evitando a duplicação de exames ou procedimentos (Collin et al., 2008).

O gerenciamento de casos clínicos por meio da AAE, com foco em pacientes vulneráveis que frequentemente utilizam serviços de emergência foi observado no estudo de Bondennam et al. (2017). É uma intervenção que promove a equidade ao garantir que esses pacientes recebam o cuidado adequado em vez de sobrecarregar os serviços de emergência (Bodennam et al., 2017).

A educação permanente dos profissionais de saúde, uma das estratégias das intervenções para melhorar a AAE, garante que os profissionais estejam atualizados com os protocolos clínicos, promovendo a eficiência e a regulação adequada do fluxo de pacientes entre os níveis de cuidado (Black et al., 2019).

No que tange a estratégia de capacitação de profissionais da APS para desempenhar funções ampliadas, como fisioterapeutas e enfermeiros com treinamento avançado, o resultado evidencia o fortalecimento da APS ao reduzir a pressão sobre os serviços especializados (Wong et al., 2024).

O monitoramento contínuo da qualidade dos serviços especializados, por meio de indicadores específicos, é uma estratégia de regulação fundamental nas intervenções AAE para garantir que os serviços ofereçam atendimento de qualidade e que o acesso seja equitativo e eficiente (Anugraha, 2021).

A co-localização de serviços especializados com a APS, uma estratégia das intervenções AAE, facilita o acesso dos pacientes aos cuidados necessários, removendo barreiras logísticas e promovendo um cuidado mais eficiente, conforme o modelo de Andersen (Aldus, 2023).

6.3 Discussão dos resultados de PASP com o seu conceito

Espera-se que o acesso equitativo a serviços de saúde, sem enfrentar barreiras financeiras, seja uma garantia ao se definir a cobertura universal para os sistemas de saúde. Nesse sentido, as intervenções PASP, ao integrarem sistemas de telemedicina e gestão de casos, garantem que os pacientes acessem cuidados especializados de maneira eficiente e sem custos adicionais (WHO, 2024).

A gestão de casos complexos envolve a participação de equipes multidisciplinares para monitorar e acompanhar pacientes com condições crônicas ou de alta complexidade ao longo de sua jornada assistencial, promovendo o acompanhamento contínuo e reduzindo falhas no cuidado. Dentre as intervenções estudadas, algumas propõe a associação de tecnologias e otimização de processos de trabalho para aumentar a eficiência e garantir uma linha de cuidado fluida.

A gestão ativa de listas de espera e o uso de protocolos claros de triagem, como observado no Reino Unido e na Irlanda, demonstram que o gerenciamento eficiente dos casos reduz significativamente o tempo de espera para consultas especializadas (Casey et al., 2022). Essa gestão, por meio de intervenções como auditorias de listas de espera e a introdução de clínicas especializadas, reforça a cobertura universal ao garantir que todos os pacientes, independentemente de sua condição, tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade (Sánchez-Machín et al., 2024).

A coordenação entre APS, secundária e terciária, é crucial para garantir que o paciente receba o cuidado certo no momento certo. A implementação de sistemas de navegação do paciente, como o programa "Alerta Rosa" no México, foi eficaz em priorizar pacientes com suspeita de câncer de mama (Tamez-Salazar et al., 2020). As intervenções PASP reforçam a APS como coordenadora do cuidado, integrando diferentes níveis de atenção e garantindo que o paciente seja adequadamente encaminhado para serviços especializados, reduzindo a fragmentação do sistema (Amigoni et al., 2023).

No modelo de Andersen, as intervenções PASP atuam como fatores habilitadores, facilitando o acesso aos serviços de saúde especializados, especialmente para pacientes que enfrentam longos tempos de espera (Bichel et al., 2009). São fundamentais para garantir a regulação eficiente do fluxo de pacientes no sistema de saúde, promovendo a continuidade do cuidado ao longo de todo o percurso assistencial, desde a APS até o tratamento especializado (Gartner et al., 2022).

A teoria de equidade de Whitehead e Dahlgren enfatiza a necessidade de eliminar barreiras evitáveis ao acesso. As intervenções PASP garantem que pacientes em áreas remotas ou em condições socioeconômicas desfavoráveis tenham acesso a cuidados especializados por meio de tecnologias como a telemedicina (Giavina-Bianchi et al., 2020). A equidade no acesso é promovida por intervenções que reduzem os tempos de espera para consultas especializadas, como as clínicas virtuais e a teleconsulta, garantindo que todos os pacientes tenham acesso oportuno a cuidados, independentemente de sua localização (Tang et al., 2022). O PASP promove a equidade ao garantir que pacientes de todas as regiões e classes sociais possam navegar pelo sistema de saúde de forma fluida e contínua, independentemente de suas condições econômicas, por meio de intervenções como teleconsultas e triagens virtuais (Hull et al., 2020).

O uso de tecnologias como a telemedicina e os prontuários eletrônicos integrados funcionam como habilitadores que facilitam o acesso a exames, consultas e diagnósticos especializados, removendo barreiras geográficas e

econômicas (Blankenberg et al., 2022). As intervenções no PASP, como o modelo *STAT* na Austrália, demonstraram que a regulação eficiente do fluxo de pacientes, combinada com triagens eletrônicas, reduz significativamente os tempos de espera e melhora a satisfação dos pacientes, sem sobrecarregar o sistema de saúde (Harding et al., 2023).

A integração da telemedicina ao PASP melhora a continuidade do cuidado, garantindo que pacientes recebam monitoramento e diagnósticos especializados de forma remota, sem a necessidade de deslocamentos frequentes, como observado em programas de teledermatologia (Bertrand et al., 2019). O uso de teleconsultorias e triagens eletrônicas facilita o acesso equitativo a especialistas, promovendo um dos pilares da cobertura universal de saúde, que é a eliminação de barreiras geográficas e econômicas (Piette et al., 2017).

A utilização de equipes interdisciplinares e triagens remotas, como o *TeleTriageTeam* na Holanda, contribui para a regulação do sistema de saúde, otimizando o fluxo de pacientes entre APS e atenção especializada e reduzindo as listas de espera (Claessens et al., 2023). O uso de *e-consults* e outros sistemas de consultas eletrônicas, como visto em endocrinologia e cardiologia nos EUA, aumenta a eficiência dos encaminhamentos e reduz a necessidade de consultas presenciais, otimizando o uso dos recursos de saúde (Wasfy et al., 2016). A adoção de sistemas de inteligência artificial e triagens eletrônicas no PASP, como na pediatria e no tratamento de doenças crônicas, permite um acesso mais rápido e equitativo a cuidados especializados, reduzindo os tempos de espera e otimizando os recursos (Li et al., 2021).

A coordenação do cuidado, um dos pilares das intervenções PASP, promove a equidade ao evitar duplicação de exames e garantir que pacientes vulneráveis recebam atenção especializada em tempo hábil (Wongsiriroj, 2020).

A colaboração entre níveis de atenção e o uso de tecnologias de monitoramento remoto no PASP, como o uso de ePROs no Reino Unido, aumentam a eficiência do sistema de saúde ao reduzir a necessidade de visitas presenciais e

melhorar o acompanhamento de condições crônicas (Aiyegbusi, 2023).

A continuidade do cuidado, fator central para a APS, pode ser fortalecida por estratégias de intervenção no PASP, como a implementação de clínicas lideradas por Enfermeiros de Práticas Avançadas, que melhoram o acesso a cuidados especializados sem sobrecarregar os serviços (Casey et al., 2022).

A navegação assistencial é uma estratégia essencial na regulação do acesso a consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, particularmente em sistemas de saúde públicos. O conceito se refere a um conjunto de ações executadas por profissionais de saúde com o objetivo de orientar e acompanhar o paciente ao longo de seu percurso assistencial, desde o primeiro contato com o sistema de saúde até a conclusão de seu tratamento, garantindo que ele receba o cuidado adequado no momento certo. Ao coordenar o atendimento, os navegadores ajudam a reduzir o tempo de espera e evitar a fragmentação do cuidado, especialmente em casos mais complexos que envolvem múltiplos encaminhamentos e serviços (BRASIL, 2021).

Os navegadores assistenciais podem ser profissionais de diversas formações, como enfermeiros, assistentes sociais, técnicos em regulação e, em alguns casos, até profissionais administrativos com treinamento específico. Esses profissionais atuam como facilitadores do cuidado, colaborando diretamente com médicos, gestores de saúde e equipes multiprofissionais para que o paciente seja encaminhado de forma eficiente e segura dentro do sistema de saúde (DAVIS et al., 2020). São profissionais dedicados, como "navegadores de pacientes", que auxiliam na orientação, esclarecimento de dúvidas e agendamento de exames e consultas, proporcionando uma experiência assistencial mais integrada e menos fragmentada. As ações dos Navegadores Assistenciais consistem:

- **Acompanhamento e orientação do paciente:** Os navegadores assistenciais monitoram o progresso do paciente ao longo de todo o percurso assistencial, verificando se ele compareceu às consultas, exames e tratamentos indicados, além de esclarecer dúvidas sobre o processo.

- **Agendamento de consultas e exames:** Eles auxiliam na marcação de consultas e exames, reduzindo os obstáculos logísticos que os pacientes possam enfrentar e garantindo que os procedimentos sejam realizados de maneira oportuna.
- **Integração de informações:** Trabalham para garantir que os dados clínicos do paciente, como resultados de exames e laudos, sejam corretamente compartilhados entre os profissionais envolvidos no tratamento, promovendo a continuidade e qualidade do cuidado.
- **Educação e apoio ao paciente:** Oferecem informações sobre as condições de saúde, tratamentos e o funcionamento do sistema de saúde, ajudando o paciente a entender sua condição e os passos do tratamento, além de apoiar emocionalmente o paciente durante o processo.
- **Identificação de barreiras:** Os navegadores assistenciais identificam e solucionam problemas que possam dificultar o acesso do paciente aos serviços, como questões financeiras, barreiras geográficas ou limitações pessoais, buscando soluções junto às redes de apoio e serviços sociais.

6.4 Impacto das intervenções APAE, AAE e PASP para melhorar a oportunidade de acesso aos serviços especializados

As intervenções da **APAE** demonstraram um impacto positivo no gerenciamento do encaminhamento entre a atenção primária à saúde (APS) e os serviços especializados, reduzindo o tempo de espera para consultas. A utilização de triagens eletrônicas e o *eReferral* são exemplos dessas intervenções, que permitem priorizar pacientes com maior gravidade clínica, garantindo que aqueles com condições mais complexas sejam atendidos com maior celeridade (Mohammed et al., 2020). Com essas medidas, o sistema se torna mais eficiente ao identificar rapidamente os casos de resolução na atenção especializada, além de evitar a sobrecarga dos serviços secundários e os meios podem ser diversificados, como encaminhamentos compartilhados entre APS e AAE por telefone tornando a colaboração com mais pessoalidade do caso (Azogil-Lopez et al., 2018).

No caso da **AAE**, as categorias focam na regulação do acesso com base na

necessidade clínica. As tecnologias de triagem clínica e telemedicina reduziram a demanda por consultas presenciais e melhoraram a priorização de casos urgentes (Winpenny et al., 2017). Portanto, auxiliam na ampliação do papel da APS, proporcionando maior eficiência no gerenciamento dos casos que podem ser resolvidos no nível primário, evitando a sobrecarga de outros níveis de atenção.

As intervenções **PASP** são externas para a gestão de casos complexos e a integração de tecnologias como a telemedicina. Com foco na continuidade do cuidado, as categorias do PASP garantem que pacientes com condições crônicas ou de alta complexidade sejam monitorados e acompanhados em uma contínua linha de cuidado, facilitando a transição entre os níveis de atenção e reduzindo o risco de fragmentação no tratamento (Casey et al., 2022).

6.5 Viabilidade de aplicação das intervenções apresentadas em sistemas públicos de saúde com cobertura universal

A previsão das intervenções apresentadas em sistemas de saúde com cobertura universal, como o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, depende de uma série de fatores, incluindo a infraestrutura física e tecnológica, e a capacidade de gestão de recursos humanos e financeiros. As estratégias de intervenção APAE, por exemplo, são viáveis em sistemas públicos desde que haja integração entre os diferentes níveis de atenção por meio de tecnologias como o prontuário eletrônico e sistemas similares ao *eReferral* (MacIntyre et al., 2011). A criação de fluxos regulatórios eficientes e a priorização baseada em critérios clínicos são essenciais para garantir que essas intervenções tenham o impacto desejado.

As intervenções AAE também são viáveis em sistemas com CUS, especialmente quando combinadas com o uso de telemedicina e triagens eletrônicas. Essas tecnologias não apenas facilitam a comunicação entre APS e os serviços especializados, mas também permitem uma melhor gestão do fluxo de pacientes, o que é fundamental em um sistema com recursos limitados (Purcell et al., 2023). No entanto, a implementação dessas intervenções exige investimentos contínuos em educação profissional e infraestrutura tecnológica.

As intervenções PASP, por sua vez, demonstram grande potencial em sistemas de saúde universais, pois promovem a continuidade do cuidado e o acompanhamento de casos complexos, o que é essencial em um cenário onde a demanda por cuidados especializados é elevada e necessita que o paciente seja monitorado durante o todo o percurso terapêutico para que haja sucesso no tratamento (Tamez-Salazar et al., 2020). A integração de telemedicina e navegação assistencial permite a redução de barreiras geográficas, socioeconômicas e culturais, promovendo equidade de acesso.

6.6 Recomendações de intervenções para aplicação em sistemas CUS de países em desenvolvimento, como o Brasil

Para sistemas com CUS de países em desenvolvimento, como o Brasil, cuja demanda excede a capacidade de oferta de serviços especializados e que sofrem de importantes barreiras estruturais, organizacionais e subfinanciamento para o funcionamento, recomenda-se a implementação de intervenções que combinam tecnologias de regulação com estratégias de fortalecimento da APS.

Primeiramente, a adoção de sistemas de triagem e referenciamento eletrônico seria uma solução eficaz para reduzir as filas de espera e garantir que pacientes com maior necessidade clínica sejam priorizados (Ahluwalia et al., 2019). Essas tecnologias, quando aplicadas em larga escala, podem facilitar a cooperação do cuidado entre os diferentes níveis de atenção e garantir uma melhor alocação de recursos.

Em segundo lugar, o uso da telemedicina e das clínicas de acesso rápido, como descrito nas intervenções na AAE, são estratégias potencialmente eficazes com o potencial de reduzir a sobrecarga nos serviços especializados e proporcionar um atendimento mais ágil e equitativo, especialmente em áreas remotas (Bodennam, 2017). O Brasil, com sua vasta extensão territorial e desigualdades regionais, se beneficia enormemente de estratégias de teleconsultoria e consultas virtuais (telemedicina e telessaúde).

Por fim, recomenda-se a criação de programas de gerenciamento de casos e de melhoria na comunicação e feedback, reuniões conjuntas entre as equipes da APS e AAE, e a ampliação da equipe interprofissional. Nas intervenções PASP, vimos que a implementação de programas de gestão de casos complexos e de enfermeiras de navegação assistencial garante que pacientes com condições crônicas e complexas sejam monitorados de maneira contínua, reduzindo o risco de complicações e evitando o uso desnecessário de serviços de cuidados agudos (Blankenberg et al., 2022). É válido lembrar, que a criação de clínicas comunitárias para doenças crônicas, apoiadas com a capacitação e educação permanente dos profissionais da APS, também fortaleceria o sistema de saúde e promoveria a equidade no acesso aos serviços especializados (Wong et al., 2024).

6.7 Desafios relacionados à implementação das intervenções levantadas

Percebe-se uma série de intervenções e iniciativas promissoras que podem melhorar a eficácia e eficiência dos serviços ambulatoriais especializados, sendo algumas inovadoras e outras nem tanto, pois já são bem difundidas.

Ainda há lacunas substanciais nas evidências, particularmente sobre custo-efetividade e novas intervenções devem continuar a ser avaliadas à medida que são implementadas de forma mais ampla (Balini et. al., 2015). É improvável que uma mudança para especialistas trabalharem na comunidade ou na APS (principal porta de entrada dos usuários nos sistemas CUS) seja custo-efetiva sem antes se investir na melhoria das habilidades clínicas dos prestadores de cuidados primários ou comunitários, por meio de educação permanente ou consultas conjuntas com pacientes complexos, por exemplo. Pesquisas mais robustas e melhores níveis de evidência devem responder essas indagações.

A maior preocupação dos sistemas de cobertura universal em saúde é garantir o acesso do usuário ao cuidado certo e em tempo oportuno. Estabelecer critérios objetivos de tempos de espera e ao mesmo tempo aperfeiçoar a forma de entrega dos serviços de saúde permanece como grande desafio, pois enfrenta dificuldades que passam por inúmeros fatores (BRASIL, 2024), tais como:

- inexistência de protocolos clínicos e de regulação;
- desorganização do processo de regulação;
- carência de recursos humanos;
- ausência de pactuação das ações e serviços de saúde;
- deficiência na elaboração da programação assistencial;
- necessidade de gestão dos contratos de serviços de saúde; e
- carência de conhecimento técnico dos profissionais envolvidos, dentre outros.

Em um país com vasta extensão territorial, como o Brasil, os desafios esbarram por diferenças culturais, crenças, nível local de organização dos sistemas de regulação e/ou referenciamento dos pacientes, além dos determinantes sociais de saúde que disfuncionam por meio de desigualdades consideradas injustas que refletem custos sociais e econômicos significativos. Essas iniquidades em saúde continuam a impactar significativamente a situação de saúde dos diversos grupos populacionais, principalmente das camadas mais pobres (BRASIL, 2008)

7. CONCLUSÃO

A busca por melhorias nas formas de acesso do paciente aos cuidados especializados, no contexto dos sistemas de saúde universais, especialmente em países em desenvolvimento, requer um esforço coordenado entre os diferentes níveis de atenção à saúde, investimentos em infraestrutura física, tecnológica, capacitação profissional e também educação popular em saúde. Essas estratégias não apenas promovem o acesso oportuno e equitativo aos serviços especializados, como também melhoram a eficiência geral do sistema de saúde, garantindo que todos os cidadãos recebam o cuidado a que são devidos, independentemente de sua localização geográfica ou condição sócio-econômica e político-cultural.

Concluindo, o acesso em tempo oportuno a serviços especializados é um desafio complexo e multifatorial, que requer intervenções integradas envolvendo políticas públicas de saúde, melhoria da capacidade instalada, financiamento adequado e a utilização de tecnologias de gestão eficientes. Além disso, é fundamental que a APS seja fortalecida para desempenhar seu papel na coordenação do cuidado e reduzir a demanda desnecessária por serviços especializados.

7.1 Limitações do estudo

Embora este estudo tenha alcançado seus objetivos e fornecido contribuições significativas ao levantar intervenções para melhorar o acesso do paciente aos serviços ambulatoriais especializados, é importante considerar algumas limitações que podem ter influenciado os resultados e as conclusões.

A pesquisa foi realizada com uma amostra relativamente limitada, tendo em vista que os dados foram buscados em apenas 03 (três) bases de dados. Isso pode ter limitado a generalização dos resultados para outras leis ou contextos mais amplos. O período disponível para a coleta de dados foi restrito, o que pode ter impactado a profundidade da análise ou a inclusão de outros fatores contextuais que

puderam fornecer uma visão mais abrangente. Entretanto, foram coletados em dois momentos distintos com objetivo de atualizar com as evidências mais recentes.

A escolha do método de revisão de escopo, apesar de aumentar a abrangência da busca, por considerar também a literatura cinzenta, apresenta algumas limitações inerentes deste tipo de estudo, pois não realiza análises estatísticas por metanálise, não avalia a qualidade dos estudos e não realiza medidas de sumarização. Futuras pesquisas poderiam se beneficiar da aplicação de métodos como revisões sistemáticas com metanálise.

Por fim, houve dificuldades no acesso a algumas fontes relevantes para o estudo, seja por questões de privacidade, disponibilidade de informações ou restrições geográficas e alguns artigos foram excluídos por este motivo. Isso pode ter restrições à abrangência de algumas análises ou à inclusão de variáveis adicionais.

Essas limitações não comprometem os principais achados do estudo, mas sugerem áreas que merecem mais atenção em futuras pesquisas. É importante considerar esses aspectos ao interpretar os resultados e às investigações futuras planejadas que ampliam o conhecimento sobre o tema.

7.1 Financiamento

Esta pesquisa tem o financiamento do Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

7.2 Aspectos éticos

Por se tratar de uma revisão de escopo este trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, porém seguiu todo o rigor metodológico para sua elaboração.

7.3 Conflito de interesse

O autor declara ausência de conflito de interesse.

8. REFERÊNCIA

ABBOTT, J. H. et al. Implementation of a “Joint Clinic” to resolve unmet need for orthopaedic services in patients with hip and knee osteoarthritis: a program evaluation. **BMC musculoskeletal disorders**, v. 20, n. 1, p. 324, 2019.

ABELSON, J. Supporting the evaluation of public and patient engagement in health system organizations: results from an implementation research study. **Health Expectations**, v.22, n.5, p1132-1143. 2 agosto 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.12949> Acesso em 01 setembro 2024.

AHLUWALIA, V. et al. The effect of triage assessments on identifying inflammatory arthritis and reducing rheumatology wait times in Ontario. **Journal of Rheumatology**, v. 47, n. 3, p. 461–467, 2020.

AITH, FMA. A regulação do trabalho em saúde em tempos complexos e instáveis. **Saude soc.**, São Paulo, v. 32 (Suppl 2), 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023230093pt>. Acesso em: 15 outubro 2024.

AIYEGBUSI, O. L. et al. Reducing the pressures of outpatient care: the potential role of patient-reported outcomes. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 116, n. 2, p. 44–64, 2023.

ALDUS, C. et al. Feasibility and evaluation of an emergency department-based general practitioner streaming and treatment service. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 29, n. 3, p. 485–494, 2023.

ALMEIDA, M. C. **A qualidade do atendimento no Sistema Único de Saúde: Impactos e desafios**. São Paulo: Editora Saúde, 2018.

ALMEIDA, M. F. Coordenação do cuidado em saúde: desafios e estratégias no percurso assistencial. **Revista Brasileira de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1221-1234, 2018.

AMES, S. et al. Addressing Barriers to Health Care Access of Congenital Heart Disease Patients in Guyana. **Global Pediatric Health**, v. 8, 2021.

AMIGONI, F.; LEGA, F.; MAGGIONI, E. Insights into how universal, tax-funded,

single payer health systems manage their waiting lists: A review of the literature. **Health services management research**, p. 9514848231186772, 2023.

ANDERSEN, Ronald M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.

ANDERSON, S. et al. Asking the right questions: scoping studies in the commissioning of research on the organization and delivery of health services. **Health Research Policy and Systems**, v.1, n.7, agosto 2008. Disponível em: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-6-7>
Acesso em 12 julho 2024.

ANDRADE, Marisa V. et al. A regulação do acesso à assistência no Brasil: uma avaliação da Central de Regulação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 439-452, 2018.

ANSELL, D. et al. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, p. 295, 2017.

ANUGRAHA, A. et al. Preconsultation Questionnaires for Patients Attending Elective Foot and Ankle Clinics: Is This the Way Forward in Outpatient Clinics? **Foot & ankle specialist**, v. 15, n. 5, p. 487–493, 2022.

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice**, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005.

AUGUSTO, N. A. et al. A hipótese da equidade inversa na implementação do NASF-AB em municípios do Sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.28, n.7, p.2099-2108, jul. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.04952022>. Acesso em: 15 outubro 2024.

AZOGIL-LÓPEZ, L. M. et al. [Effectiveness of a new model of telephone derivation shared between primary care and hospital care]. **Atencion primaria**, v. 51, n. 5, p. 278–284, 2019.

BALLINI, L.; NEGRO, A.; MALTONI, S.; VIGNATELLI, L.; FLODGRÉN, G.; SIMERA, I.; HOLMES, J.; GRILLI, R. Intervenções para reduzir tempos de espera para procedimentos eletivos. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Londres, v. 2,

art. CD005610, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005610.pub2>. Acesso em: 1 out. 2024.

BARASA, E. W.; OUMA, P. O.; OKIRO, E. A. Assessing the hospital surge capacity of the Kenyan health system in the face of the COVID-19 pandemic. **PLoS ONE**, v. 15, n. 7, e0236308, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236308>

BARBIER, P.; ALIMENTO, M.; BERNA, G. Clinical utility of guideline-based echocardiography: a prospective study of outpatient referral patterns at a tertiary care center. **Journal of the American Society of Echocardiography: official publication of the American Society of Echocardiography**, v. 21, n. 9, p. 1010–1015, 2008.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. <https://doi.org/10/1414-462X>

BARBOSA, DSJ; GUIMARÃES, MCL. Os atores da regulação assistencial no SUS: quem regula a rede? **Saúde em Debate**, v. 45, n. 129, p. 287-299, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112903>. Acesso em: 14 de setembro de 2024.

BARBOSA, N. R. DE A. et al. Análise do perfil de encaminhamentos realizados pela Atenção Básica/Saúde da Família do município de Belo Horizonte ao serviço de Estomatologia do Hospital Municipal Odilon Behrens. **Arq. odontol**, v. 51, n. 2, p. 67–75, 2015.

BASTOS, LBR et al. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 54, p. 25, 2020. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001512>.

BENN, R.; RAWSON, L.; PHILLIPS, A. Utilising a non-surgical intervention in the knee osteoarthritis care pathway: a 6-year retrospective audit on NHS patients. **Therapeutic advances in musculoskeletal disease**, v. 15, p. 1759720X231187190, 2023.

BERTRAND, S. E.; WEINSTOCK, M. A.; LANDOW, S. M. Tele dermatology Outcomes in the Providence Veterans Health Administration. **Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association**, v. 25, n. 12, p. 1183–1188, 2019.

BICHEL, A. et al. Improving patient access to medical services: preventing the patient from being lost in translation. **Healthcare quarterly** (Toronto, Ont.), v. 13, p. 61–68, 2009.

BIEHL, J.; SOCAL, M. P.; AMON, J. J. The judicialization of health and the quest for state accountability: evidence from 1,262 lawsuits for access to medicines in southern Brazil. **Health and Human Rights**, v. 18, n. 1, p. 209-220, 2016.

BLACK, J. A. et al. Evaluating the benefits of a rapid access chest pain clinic in Australia. **Medical Journal of Australia**, v. 210, n. 7, p. 321–325, 2019.

BLANCKENBERG, N.; MOTALA, T. Facilitating remote access to specialist medical expertise through the scaled up adoption of a smartphone application: A South African case. **South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde**, v. 112, n. 2, p. 13504, 2022.

BLANDING, D. P. et al. Linkage to specialty care in the hepatitis C care cascade. **Journal of investigative medicine: the official publication of the American Federation for Clinical Research**, v. 69, n. 2, p. 324–332, 2021.

BLOOM, C. I.; WALKER, S.; QUINT, J. K. Inadequate specialist care referrals for high-risk asthma patients in the UK: an adult population-based cohort 2006–2017. **Journal of Asthma**, v. 58, n. 1, p. 19–25, 2021.

BLYTHE, R. et al. Economic Analysis of Specialist Referral Patterns in Mackay, Queensland Following HealthPathways Implementation. *Journal of primary care & community health*, v. 12, p. 21501327211041490, 2021.

BODENMANN, P. et al. Case Management may Reduce Emergency Department Frequent use in a Universal Health Coverage System: a Randomized Controlled Trial. **Journal of General Internal Medicine**, v. 32, n. 5, p. 508–515, 2017.

BOROOAH, S. et al. Using electronic referral with digital imaging between primary and secondary ophthalmic services: a long term prospective analysis of regional service redesign. **Eye** (London, England), v. 27, n. 3, p. 392–397, 2013.

BRAINARD, J. et al. Retaining dermatology patients in primary care through dialogue with secondary care providers: A service evaluation. **Annales de dermatologie et de venerologie**, v. 151, n. 2, p. 103248, 2024.

BRASIL. Ministério da saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**. Brasil, 2008. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf acesso em 10 outubro 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a organização dos serviços de saúde no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para Gestão da Fila de Espera**. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: https://wiki.saude.gov.br/regulacao/index.php/Orienta%C3%A7%C3%B5es_para_Gest%C3%A3o_da_Fila_de_Espera#cite_note-1. Acesso em: 15 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.559, de 1º de agosto de 2007**. Dispõe sobre a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde**. *Diário Oficial da União*, Brasil, 2023

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 14.450, de 21 de setembro de 2022**. Cria o Programa Nacional de Navegação de Pacientes para Pessoas com Neoplasia Maligna de Mama. ¹ Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14450.htm. Acesso em: 30 set 2024.

BRASIL. **Regulação em Saúde: orientações técnicas e operacionais para gestores municipais**. Ministério da Saúde, 2015.

BRUSCHI, E. et al. Improving diagnosis of early inflammatory arthritis : results of a novel triage system. **Clinical and experimental rheumatology**, v. 31, n. 4, p. 606–609, 2013.

BURLOTOS, A. et al. Impact of a Novel Social Work Program on Access to Tertiary Care. **Annals of Global Health**, v. 88, n. 1, 2022.

BURTON, C. et al. Healthcare costs incurred by patients repeatedly referred to secondary medical care with medically unexplained symptoms: a cost of illness study. **Journal of psychosomatic research**, v. 72, n. 3, p. 242–247, 2012.

CAMDEN, C.; SWAINE, B.; LEVASSEUR, M. Did waiting times really decrease following a service reorganization? Results from a retrospective study in a pediatric rehabilitation program in Québec. **Disability and rehabilitation**, v. 35, n. 9, p. 719–724, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITI, Ana Carolina Fonseca. A regulação do acesso à atenção especializada em saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2305-2316, 2019.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. **Health and health care for an aging population**. Policy Summary of The Canadian Medical Association. Ottawa, 2013. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332441/Policy-brief%2036-1997-8073-eng.pdf?sequence=1> Acesso em 16 outubro 2024.

CARRIÈRE, G.; SANMARTIN, C. Waiting time for medical specialist consultations in Canada, 2007. **Health reports**, v. 21, n. 2, p. 7–14, 2010.

CASEY, L. et al. Introduction of an advanced nurse practitioner (ANP)-led male lower urinary tract symptom (LUTS) clinic and development of integrated referral pathway. **Irish journal of medical science**, v. 192, n. 2, p. 945–949, 2023.

CATSI, S. et al. Process modelling of NHS cardiovascular waiting lists in response to the COVID-19 pandemic. **BMJ open**, v. 13, n. 7, p. e065622, 2023.

CLAESSENS, J. et al. The TeleTriageTeam, Offering Continuity of Personalized Care Through Telemedicine: Development and Evaluation. **JMIR human factors**, v. 10, p. e46145, 2023.

COLLIN, S. et al. Implementation of computerised physician order entry (CPOE) and picture archiving and communication systems (PACS) in the NHS: quantitative before and after study. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 337, p. a939, 2008.

COLQUHOUN, H. L. et al. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 67, n. 12, p. 1291-1294, 2014.

Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013> Acesso: 01 setembro 2024

COSTA, R. E.; SILVA, J. P.; MARTINS, A. O papel da tecnologia na otimização do tempo resposta em saúde pública. **Revista de Gestão em Saúde**, v. 14, n. 2, p. 67-84, 2019.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe.** Institute for Futures Studies, 1991. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health_Background_document_to_WHO_-_Strategy_paper_for_Europe Acesso em 14 julho 2024.

DAVIS, M. M.; FREEMAN, M.; KINNEY, A. Y.; et al. The role of patient navigators in ambulatory care: overview of systematic reviews. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 2, p. 78-85, 2020. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com>

DESLAURIERS, S. et al. Access to publicly funded outpatient physiotherapy services in Quebec: waiting lists and management strategies. **Disability and rehabilitation**, v. 39, n. 26, p. 2648–2656, 2017.

DEVANI, N. et al. Integrated diagnostic pathway for patients referred with suspected OSA: a model for collaboration across the primary-secondary care interface. **BMJ open respiratory research**, v. 7, n. 1, 2020.

DI GUGLIELMO, M. D. et al. A new model to decrease time-to-appointment wait for gastroenterology evaluation. **Pediatrics**, v. 131, n. 5, p. e1632–e1638, 2013.

DIAS, M. P. Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte. p. 205–205, 2012.

DOS SANTOS MENDES, L. et al. Experience with coordination of care between primary care physicians and specialists and related factors. **Cadernos de Saude Publica**, v. 37, n. 5, 2021.

DOS SANTOS TREICHEL, C. A.; BAKOLIS, I.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Determinants of timely access to Specialized Mental Health Services and

maintenance of a link with primary care: a cross-sectional study. **International journal of mental health systems**, v. 15, n. 1, p. 84, 2021.

DVIR, Y. et al. An assessment of satisfaction with ambulatory child psychiatry consultation services to primary care providers by parents of children with emotional and behavioral needs: The Massachusetts child psychiatry access project university of Massachusetts parent satisfaction study. **Frontiers in Psychiatry**, v. 3, 2012.

EL-SHANAWANY, I. R.; WADE, C.; HOLLOWAY, J. A. The impact of a General Practitioner-led community paediatric allergy clinic: A service evaluation. **Clinical and experimental allergy : journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology**, v. 49, n. 5, p. 690–700, 2019.

ENGELS, N. et al. Shared decision-making in advanced kidney disease: a scoping review protocol. **BMJ Open**, v. 10, n. 2, e034142, 2020.

Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG). Lisboa: ERS, [ano da última atualização]. Disponível em: <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/tempos-maximos-de-resposta-garantidos-tmrg/>. Acesso em: 15 out. 2024.

FERNANDES, P. R.; SOUZA, T. M.; OLIVEIRA, A. M. Eficiência no encaminhamento da Atenção Primária para a Secundária: uma análise sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 210-222, 2020.

FERREIRA, I. G. et al. Teledermatologia: uma interface entre a atenção primária e atenção especializada em Florianópolis. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, v. 14, n. 41, p. e2003–e2003, 2019.

GARDNER, D.; NIXON, I. J. An analysis of waiting times in patients with thyroid cancer. **The surgeon : journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland**, v. 18, n. 6, p. e51–e54, 2020.

GIAVINA-BIANCHI, M.; SANTOS, A. P.; CORDIOLI, E. Teledermatology reduces dermatology referrals and improves access to specialists. **EClinicalMedicine**, v. 29, 2020.

GIFFONI, Marcelo Gomes. O papel da Atenção Primária à Saúde na regulação do acesso aos serviços especializados. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 285-297,

2017.

GRASSELLI, G.; PESENTI, A.; CECCONI, M. Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy: early experience and forecast during an emergency response. **JAMA**, v. 323, n. 16, p. 1545-1546, 2020.

GREENHALGH, T. et al. Beyond adoption: a new framework for theorizing and evaluating nonadoption, abandonment, and challenges to the scale-up, spread, and sustainability of health and care technologies. **Journal of Medical Internet Research**, v. 19, n. 11, p. e367, 2017. DOI: 10.2196/jmir.8775. Disponível em: <https://www.jmir.org/2017/11/e367/>. Acesso em: 29 set. 2024.

GRÖBER-GRÄTZ, D. et al. [Which criteria affect the cooperation between general practitioners and specialists in ambulatory care? A qualitative study about general practitioners' perception]. **Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen**, v. 105, n. 6, p. 446–451, 2011.

HAGGARTY, J. M. et al. Wait time impact of co-located primary care mental health services: the effect of adding collaborative care in northern Ontario. Canadian journal of psychiatry. **Revue canadienne de psychiatrie**, v. 57, n. 1, p. 29–33, 2012.

HARDING, K. E. et al. An evidence-based demand management strategy using a hub and spoke training model reduces waiting time for children's therapy services: An implementation trial. **Child: care, health and development**, v. 50, n. 1, p. e13154, 2024.

HART, J.T. The inverse care law. **The Lancet**, País de Gales, ed. 7696, v. 297, p. 406-142, 27 de Fev. 1971. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067367192410X> Acesso em 10 outubro 2024.

HAWTHORNE, G.; GRZEBALSKI, D. K. Service redesign: The experience of Newcastle Diabetes Service 2001-2007. **Practical Diabetes International**, v. 26, n. 1, p. 19–22, 2009.

HITCHINS, C. R. et al. The straight to test endoscopy service for suspected colorectal cancer: meeting national targets but are we meeting our patients' expectations? **Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland**, v. 16, n. 8, p. 616–619, 2014.

HOFFMANN, T. C. et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. **BMJ**, v. 348, g1687, 2014.

HONE, T. et al. Effect of primary health care reforms in Turkey on health service utilization and user satisfaction. **Health policy and planning**, v. 32, n. 1, p. 57–67, 2017.

HULL, S. A. et al. Do virtual renal clinics improve access to kidney care? A preliminary impact evaluation of a virtual clinic in East London. **BMC nephrology**, v. 21, n. 1, p. 10, 2020.

HUNTER, B. et al. Patients and Providers Win with a Collaborative Community-Based, **Health Education and Wellness Program**. **Frontiers of health services management**, v. 40, n. 3, p. 24–29, 2024.

IBRAHIM, N. et al. Improving efficiency and saving money in an otolaryngology urgent referral clinic. **World journal of clinical cases**, v. 3, n. 6, p. 495–498, 2015.

JATOBÁ, A. et al. Decentralizing referral prioritization to general practitioners at the primary care level: A qualitative case study based on the Grounded Theory. **Work (Reading, Mass.)**, v. 77, n. 4, p. 1189–1203, 2024.

JOHNSON, G.; WHITE, A.; LIVINGSTONE, R. Do general practices which provide an acupuncture service have low referral rates and prescription costs? A pilot survey. **Acupuncture in medicine : journal of the British Medical Acupuncture Society**, v. 26, n. 4, p. 205–213, 2008.

KASSIRIAN, S. et al. Delay in diagnosis of patients with head-and-neck cancer in Canada: impact of patient and provider delay. **Current oncology** (Toronto, Ont.), v. 27, n. 5, p. e467–e477, 2020.

KHOO, E. J.; LANTOS, J. D. Lessons Learned from the COVID-19 pandemic. **Acta Paediatrica**, [S.l.], v. 00, n. 00, p. 1-3, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/343576735_Lessons_learned_from_the_COVID-19_pandemic. Acesso em: 1 out. 2024.

KUMARASWAMY, P. et al. Audit of two-week rule referrals for suspected testicular cancer in Cornwall, 2003-2005. **Annals of the Royal College of Surgeons of England**, v. 91, n. 3, p. 239–244, 2009.

LAVINAS, L.; CORDILHA, A. C.. Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. Lições da França e do Brasil. **Cien Saude Colet**, v. 23, n. 7, p. 2147-2158, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.11422018>

LEWIS, A. K. et al. Reducing wait time from referral to first appointment. **BMC Health Services Research**, v. 14, p. 348, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-348>

LEWIS, A. K. et al. The feasibility of delivering first suspected seizure care using telehealth: A mixed methods controlled study. **Epilepsy Research**, v. 169, 2021.

LI, X. et al. Artificial intelligence-assisted reduction in patients' waiting time for outpatient process: a retrospective cohort study. **BMC health services research**, v. 21, n. 1, p. 237, 2021.

LINDSAY, J. R.; LAWRENSON, G.; ENGLISH, S. A service evaluation of e-triage in the osteoporosis outpatient clinic-an effective tool to improve patient access? **Archives of osteoporosis**, v. 15, n. 1, p. 53, 2020.

LIVINGSTONE, J.; SOLOMON, J. An assessment of the cost-effectiveness, safety of referral and patient satisfaction of a general practice teledermatology service. **London journal of primary care**, v. 7, n. 2, p. 31–35, 2015.

MACINTYRE, K. C. E. et al. Barriers to referral in Swaziland: Perceptions from providers and clients of a system under stress. **World Medical and Health Policy**, v. 3, n. 4, 2011.

MAGIN, P. et al. Referral and triage of patients with transient ischemic attacks to an acute access clinic: risk stratification in an Australian setting. **International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society**, v. 8, p. 81–89, 2013.

MANAFO, E. et al. Patient and public engagement in priority setting: a systematic rapid review of the literature. **PLoS One**, v. 13, n. 3, e0193579, 2018.

MARIOTTI, G. et al. Waiting time prioritisation for specialist services in Italy: The homogeneous waiting time groups approach. **Health Policy**, v. 117, n. 1, p. 54–63, 2014.

MARIOTTI, G.; GENTILINI, M.; DAPOR, V. Improving referral activity on primary-secondary care interface using an electronic decision support system. **International journal of medical informatics**, v. 82, n. 12, p. 1144–1151, 2013.

MAVES, R. C. et al. COVID-19 an implementation guide for regional allocation: an expert panel report of the task force for mass critical care. **Chest**, v. 158, n. 1, p. 212-225, 2020.

MCCAIN, S. et al. Referral patterns, clinical examination and the two-week-rule for breast cancer: a cohort study. **The Ulster medical journal**, v. 80, n. 2, p. 68–71, 2011.

MCCONVILLE, J. et al. A Neurology Advanced Referral Management System (NARMS) Reduces Face-to-Face Consultations By Over Sixty Percent. **The Ulster medical journal**, v. 92, n. 1, p. 19–23, 2023.

MCCORMACK, D.; FRANKEL, A.; GALLAGHER, J. Minor surgery in primary care has reduced minor surgery waiting lists: a 12-month review. **Irish journal of medical science**, v. 192, n. 1, p. 41–43, 2023.

MELO, E. A. et al. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis**, v.31, n.01, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>. Acesso em: 27 ago. 2024.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012.

MENDES, E. V.. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, M.S.G. **Tempos Máximos de Resposta Garantidos: Uma Análise do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental**. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa. Lisboa, 2022. Disponível em <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/24996/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Marta%20Mendes.pdf>> Acesso em: 09 out. 2024.

MILNE-IVES, M. et al. The impact of Brexit on the pharmaceutical supply chain of the United Kingdom: scoping review protocol. *JMIR Res Protoc.*, v. 9, e17684, 2020. DOI: <https://doi.org/10.2196/17684>

MOHAMMED, H. T.; PAYSON, L.-A.; ALARAKHIA, M. The impact of integrating electronic referral within a musculoskeletal model of care on wait time to receive orthopedic care in Ontario. **PLoS ONE**, v. 15, n. 11, 2020.

MORTON, C. A. et al. Community photo-triage for skin cancer referrals: an aid to service delivery. **Clinical and experimental dermatology**, v. 36, n. 3, p. 248–254, 2011.

MOUNTAIN, R. et al. Spatio-temporal modelling of referrals to outpatient respiratory clinics in the integrated care system of the Morecambe Bay area, England. **BMC health services research**, v. 24, n. 1, p. 229, 2024.

MURRAY, M.; BERWICK, D. M. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. **JAMA**, v. 289, n. 8, p. 1035-1040, 2003.

NAIKER, U. et al. Time to wait: a systematic review of strategies that affect out-patient waiting times. **Australian Health Review**, v. 42, n. 3, p. 286-293, 2018.

NOVAES, HMD; SOÁREZ, PC. A Avaliação das Tecnologias em Saúde: origem, desenvolvimento e desafios atuais. Panorama internacional e Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.36, n.9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00006820>. Acesso em: 14 de setembro de 2024.

ONG, S. W. et al. An Integrated Kidney Care eConsult Practice Model: Results from the iKinect Project. **American Journal of Nephrology**, v. 50, n. 4, p. 262–271, 2019.

OPENAI. **ChatGPT: understanding and improving human language understanding**. OpenAI Technical Papers, 2023. Disponível em: <https://openai.com/blog/chatgpt>. Acesso em: 24 set. 2024.

OpenIA. **ChatGPT. 2024. (Ago 01 versão ChatGPT-4o)**. Disponível em: <https://chat.openai.com/chat>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção primária à saúde**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em:

27 ago. 2024.

PATTERSON, V. et al. Email triage is an effective, efficient and safe way of managing new referrals to a neurologist. **Quality & safety in health care**, v. 19, n. 5, p. e51, 2010.

PEREIRA, T.R. Acesso e regulação: desafios e perspectivas no sistema público de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 12-20, 2020.

PEREIRA, Tânia Regina. Desigualdades no acesso aos serviços de saúde: a perspectiva do modelo de Andersen. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 3, p. 405-418, 2017.

PETERS, M. D. J. et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. **JBI Evidence Implementation**, v. 19, n. 1, p. 3-10, 2021.

PHILLIPS, L. A.; DONOVAN, K. L.; PHILLIPS, A. O. Renal quality outcomes framework and eGFR: impact on secondary care. **QJM: monthly journal of the Association of Physicians**, v. 102, n. 6, p. 415–423, 2009.

PHILPOT, L. M. et al. Effect of Integrated Gastroenterology Specialists in a Primary Care Setting: a Retrospective Cohort Study. **Journal of General Internal Medicine**, v. 36, n. 5, p. 1279–1284, 2021.

PIETTE, E. et al. Impact of a store-and-forward teledermatology intervention versus usual care on delay before beginning treatment: A pragmatic cluster-randomized trial in ambulatory care. **Journal of telemedicine and telecare**, v. 23, n. 8, p. 725–732, 2017.

PIGNATIELLO, A. et al. Lessons Learned in a Physician Referral to Pediatric Telemental Health Services Program. **Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**, v. 28, n. 3, p. 99–104, 2019.

PUCHNER, R. et al. Efficacy and outcome of rapid access rheumatology consultation: An office-based pilot cohort study. **Journal of Rheumatology**, v. 43, n. 6, p. 1130–1135, 2016.

PURCELL, A.; O'SHEA, D.; POWER, C. Advanced clinical prioritisation in an Irish,

tertiary, chronic pain management service: an audit of outcomes. **Irish journal of medical science**, v. 192, n. 2, p. 817–821, 2023.

QIAN, J. et al. A retrospective review of rheumatology referral wait times within a health centre in Quebec, Canada. **Rheumatology International**, v. 30, n. 5, p. 705–707, 2010.

RAY, K. N. et al. Impact of Implementation of Electronically Transmitted Referrals on Pediatric Subspecialty Visit Attendance. **Academic pediatrics**, v. 18, n. 4, p. 409–417, 2018.

REA, C. J. et al. An Innovative Model for Providing Dermatology Services Within Primary Care. **Academic pediatrics**, v. 21, n. 4, p. 723–727, 2021.

REA, C. J. et al. Shared Care: Using an Electronic Consult Form to Facilitate Primary Care Provider-Specialty Care Coordination. **Academic pediatrics**, v. 18, n. 7, p. 797–804, 2018.

RIDSDALE, L. et al. A new GP with special interest headache service: observational study. **The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 58, n. 552, p. 478–483, 2008.

SÁNCHEZ-MACHÍN, I. et al. The paradigm shift in allergy consultations through a digital ecosystem. **Frontiers in digital health**, v. 6, p. 1402810, 2024.

SANTOS, A. C. et al. Intensive care unit prioritization: the impact of ICU bed availability on mortality in critically ill patients who requested ICU admission in a Brazilian cohort. **Journal of Critical Care**, v. 66, p. 126-131, 2021.

SANTOS, Henrique Silva. A gestão do acesso aos serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 54, p. 52-61, 2020.

SANTOS, L. P. **Regulação em saúde: Fundamentos, práticas e desafios**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

SAXON, R. L.; GRAY, M. A.; OPRESCU, F. I. Reducing geriatric outpatient waiting times: Impact of an advanced health practitioner. **Australasian journal on ageing**, v. 37, n. 1, p. 48–53, 2018.

SCHACHTER, M. E. et al. The British Columbia Nephrologists' Access Study (BCNAS) - a prospective, health services interventional study to develop waiting time benchmarks and reduce wait times for out-patient nephrology consultations. **BMC nephrology**, v. 14, p. 182, 2013.

SCHOCH, P. A.; ADAIR, L. Successfully reforming orthopaedic outpatients. **Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association**, v. 36, n. 2, p. 233–237, 2012.

SCHOEN, C. et al. How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries. **Health Affairs**, v. 29, n. 12, p. 2323–2334, 2010.

SCOTT, I. C. et al. Primary care challenges in diagnosing and referring patients with suspected rheumatoid arthritis: A national cross-sectional GP survey. **Rheumatology Advances in Practice**, v. 2, n. 1, p. 1–6, 2018.

SHAH, A. et al. Improving access to services through a collaborative learning system at East London NHS Foundation Trust. **BMJ open quality**, v. 7, n. 3, p. e000337, 2018.

SILVA, A. L.; PEREIRA, M. C.; GONÇALVES, H. A. Impacto das listas de espera no atendimento ambulatorial especializado: uma revisão crítica. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n. 3, p. 1-9, 2019.

SILVA, S. C. O impacto da regulação no acesso à saúde: uma análise crítica. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 70, p. 33-41, 2016.

SKEITH, L. et al. The use of eConsults to improve access to specialty care in thrombosis medicine. **Thrombosis Research**, v. 160, p. 105–108, 2017.

SLUSAR, J.; COUBAN, S.; SHIVAKUMAR, S. P. Evaluation of a novel strategy of triage in the haematology ambulatory care setting. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 23, n. 2, p. 340–343, 2017.

SMITH, A. L. et al. GPs' involvement in diagnosing, treating, and referring patients with suspected or confirmed primary cutaneous melanoma: A qualitative study. **BJGP Open**, v. 4, n. 2, 2020.

SOUZA, F. R. **Tempo de espera em serviços de urgência e emergência no Brasil: Avaliação e perspectivas**. Saúde Coletiva, v. 12, n. 3, p. 245-258, 2016.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. et al. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. **Health Affairs (Millwood)**, v. 24, Suppl Web Exclusives, W5-97-W5-107, 2005.

STRAUB, M. et al. O conflito público-privado no SUS: a atenção ambulatorial especializada no Paraná. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 131, p. 1033-1048, 2021.

TAHHAN, N. et al. Evaluating the cost and wait-times of a task-sharing model of care for diabetic eye care: A case study from Australia. **BMJ Open**, v. 10, n. 10, 2020.

TAMEZ-SALAZAR, J. et al. Prioritization of Patients with Abnormal Breast Findings in the Alerta Rosa Navigation Program to Reduce Diagnostic Delays. **Oncologist**, v. 25, n. 12, p. 1047–1054, 2020.

TANG, Z. et al. A model for the pandemic and beyond: Telemedicine for all outpatient gastroenterology referrals reduces unnecessary clinic visits. **Journal of telemedicine and telecare**, v. 28, n. 8, p. 577–582, 2022.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Specialized outpatient care in the Unified Health System: how to fill a void. **Ciê. Saúde Colet.**, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.

TEWARI, A. et al. SMART Mental Health Project: process evaluation to understand the barriers and facilitators for implementation of multifaceted intervention in rural India. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 15, n. 1, 2021.

THE CENTRE FOR SPATIAL ECONOMICS. The economic cost of wait times in Canada. Milton, **Canada: Canadian Medical Association**, 2006.

THE LANCET GLOBAL HEALTH. **High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution**. Commissions from the Lancet journals, 05 setembro 2018. Disponível em: <https://www.thel.com/commissions/quality-health-s>. Acesso em: 01 setembro 2024.

THOMAS, S. et al. Strengthening health systems resilience: **key concepts and strategies**. European Observatory on Health and Systems and Policies. Disponível em: <https://iris.who.int/bit/handle//106/332/Policy-brief%2036-1997--807-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em 01 setembro 2024

TOMASCHEK, R.; GEMPERLI, A.; ESSIG, S. Improving collaboration between specialists and general practitioners in services for individuals with chronic spinal cord injury living in rural areas of Switzerland: Baseline results from the SCI-Co study. **The journal of spinal cord medicine**, v. 47, n. 3, p. 423–431, 2024.

TRICCO, A. C. et al. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. **BMC Med Res Methodol.**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2016.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-SCR): checklist and explanation. **Ann Intern Med.**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

VALDES, D. et al. Global evidence on the rapid adoption of telemedicine in primary care during the first 2 years of the COVID-19 pandemic: a scoping review protocol. **Syst Rev.**, v. 11, n. 1, p. 124, 2022.

VAN HOOFF, S. J. M. et al. Substitution of outpatient hospital care with specialist care in the primary care setting: a systematic review on quality of care, health and costs. **PLoS One**, v. 14, n. 8, e0219957, 2019.

VAZ, T. et al. Access' **Regulation To Appointments, Diagnostic And Therapeutic Support Services In Public Health Systems: A Scoping Review Protocol**. Disponível em: <osf.io/c9ht8>. Acesso em 14 mar 2024.

VEEROO, H. J.; TRAVESS, H. C. Service evaluation of referrals to secondary care: A question of complexity? **Journal of orthodontics**, v. 47, n. 3, p. 232–239, 2020.

VIEIRA, A. P. **Regionalização e regulação em saúde: Desafios do planejamento territorial**. Planejamento em Saúde, v. 9, n. 1, p. 32-49, 2020.

VIMALANANDA, V. G. et al. Electronic consultations (e-consults) to improve access to specialty care: a systematic review and narrative synthesis. **Journal of Telemedicine and Telecare**, v. 21, n. 6, p. 323-330, set. 2015. DOI: 10.1177/1357633X15582108. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4561452/>. Acesso em: 23 out. 2024.

VINGILIS, E. et al. Descriptive and process evaluation of a shared primary care program. **Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice**, v. 5, n. 4, p. 1-10, 2007.

WAIT TIME ALLIANCE. **Time to close the gap**. Ottawa, Canada: Author, 2014.

WASFY, J. H. et al. Initial experience with endocrinology e-consults. **Endocrine**, v. 55, n. 2, p. 640–642, 2017.

WEINER, M. et al. A Web-based Generalist-Specialist System to Improve Scheduling of Outpatient Specialty Consultations in an Academic Center. **Journal of General Internal Medicine**, v. 24, n. 6, p. 710–715, 2009.

WESTPHALN, K. K. et al. From Arksey and O'Malley and beyond: customizations to enhance a team-based, mixed approach to scoping review methodology. **MethodsX**, v. 8, 101375, 2021.

WHO. **World Health Report: Health Systems Financing, the Path to Universal Coverage**. Geneva: World Health Organization, 2010.

WINPENNY, E. M.; MIANI, C.; PITCHFORTH, E.; KING, S.; ROLAND, M. Improving the effectiveness and efficiency of outpatient services: a scoping review of interventions at the primary-secondary care interface. **Journal of Health Services Research & Policy**. Londres, v. 22, n. 1, p. 53-64, jan. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1355819616648982>. Acesso em: 1 out. 2024

WONG, W. S. et al. Reducing wait times and medical costs for patients: the physiotherapy-led Spine Triage and Rehabilitation (STAR) Clinic. **BMJ open quality**, v. 13, n. 2, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes**. Disponível em: <https://www.w.int/healthsystems//strategy/e.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies**. Disponível em: https://www.w.int/hea/s/WHO_MBHSS_2010.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care Policy Implementation**

and the Future of Health Systems: Addressing the Triple Crisis in Europe. Geneva: World Health Organization - European Region, 2023. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367955/WHO-EURO-2023-7452-47219-69202-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 09 out. 2024.

WESTWOOD, G. et al. A primary care specialist genetics service: a cluster-randomised factorial trial. **The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 62, n. 596, p. e191-197, 2012.

WINCHESTER, D. E. et al. Electronic consults for improving specialty care access for veterans. **The American journal of managed care**, v. 25, n. 5, p. 250–253, 2019.

WITHERSPOON, L. et al. Improving access to urologists through an electronic consultation Service. **Canadian Urological Association Journal**, v. 11, n. 8, p. 270–274, 2017.

WONGSIRIROJ, S. et al. Management of Migraine and the Accessibility of Specialist Care: Findings from an Extended Multinational Survey (My Migraine Center Survey). **Neurology and Therapy**, v. 9, n. 2, p. 551–565, 2020.

APÊNDICE 1

ACCESS' REGULATION TO APPOINTMENTS, DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC SUPPORT SERVICES IN PUBLIC HEALTH SYSTEMS: A SCOPING REVIEW

1. INTRODUCTION

Health care systems have a limited capacity to provide immediate access to their services for all people seeking health care, especially as demand for these services increases. (Canadian Medical Association, 2013, Murray & Berwick, 2003; Wait Time Alliance, 2014). Although limitations in the supply of health care services were more evident during the COVID-19 pandemic, particularly in emergency services (Barasa et al., 2020; Grasselli et al., 2020; Maves et al, 2020), the imbalance between supply and demand for care has been significant in different sectors of health systems in different countries for several years, resulting in delays in the provision of care to users, with queues forming, and consequently delaying the start of effective interventions to promote improvements in the health of the population (Biehl et al., 2016; Santos et al., 2021; Starfield et al., 2005).

A health services system is an organizational structure that aims to provide healthcare to the population of a given region. It encompasses a wide range of components, including health facilities such as hospitals, clinics, community centers, and others; the health professionals who provide direct health services and play essential roles in providing health care and support to patients; the medical technology which includes medical equipment, devices, drugs, and surgical procedures that are used for diagnosis, treatment, and prevention of diseases; the financing systems and health policies (WHO, 2018; The Lancet, 2018; Thomas et al, 2020). These components interact with each other to form a functioning health services system.

The epidemiological and demographic profile of populations is rapidly changing, and there is a recurrence of conflicts, disasters, financial crises, outbreaks, epidemics, and pandemics, such as the recent COVID-19 pandemic. These events highlight the need for changes in the model of care and health care management to create more resilient systems (Thomas et al., 2020). Furthermore, the development of care systems has led to the emergence of new healthcare organizations, such as those focused on providing social and community support services, home care, long-term care centers, and palliative care. These organizations aim to transform healthcare into integrated health systems (Padilha et al., 2018).

The organization of healthcare establishments is complex, which necessitates the organization of referral and counter-referral processes to ensure complementarity and

continuity of patient care. This requires alternatives to traditional political-administrative boundaries to facilitate the flow of demand and the reorganization of service offerings (Noronha et al., 2018; Mendes, 2019). From this perspective, issues related to the role of the state in the development of health policy reflect the need to improve public regulation. This can be achieved by defining parameters and guidelines for controlling the actions and costs of health systems and services, balancing the needs and supply of services, improving the quality of care, and reducing regional disparities.

Specialized Outpatient Care (SC) is a set of knowledge, care practices, actions, techniques, and services involved in the production of health care. It is characterized by a greater technological density and supports Primary Health Care in a system of comprehensive care (Brazil, 2023). The medical care provided by SC primarily involves consultations with medical specialists and other healthcare professionals, such as physiotherapists, psychologists, and occupational therapists. Additionally, a variety of laboratory and imaging tests are conducted to aid in diagnosis and treatment (Straub et al., 2021; Tesser & Poli Neto, 2017). SC is intended for individuals who require more intensive care or care that is not available through Primary Health Care (PHC). Specialized Outpatient Care serves as a secondary option to PHC in a comprehensive care system. It provides temporary care and accountability for users while maintaining their relationship and preferential link with PHC, which is the main coordination point for user care. The services must be regionalized to avoid overlaps, loss of economies of scale and scope, delays, and inefficiencies. It should be accessed from PHC. (Brazil, 2023).

In Brazil, outpatient clinics commonly offer these services. Specialists receive users referred from other health units, without knowing the professionals who referred them and sometimes without access to users' medical records, which contain records of the health care previously provided. Several bottlenecks are identified due to the lack of coordination between primary health care (PHC) and other levels of care. These include fragmented care, challenges in ensuring timely continuity of care, and stronger patient relationships with specialists than with PHC (Straub et al., 2021; Tesser & Poli Neto, 2017).

Accessibility and availability are important for efficient outpatient care and are associated with better health outcomes, as well as reduced cost (Ansell et al., 2017; The Center for Spatial Economics, 2006). The World Health Organization (WHO) has estimated that between 20% and 40% of health system spending is wasted by inefficient use of health care (Van Hoof et al., 2019), because specialized care costs more than PHC. For this reason, organizing access to specialized care requires prioritization criteria and queue management mechanisms for consultations, exams and procedures. Prolonged waiting times for care can

have consequences such as worsening morbidity and increased mortality. These consequences are more evident in cases such as heart disease, neoplasms and mental disorders (Ansell et al., 2017). Tools such as a change in scheduling (open scheduling), electronic communication and the involvement of health professionals in implementing policies to increase access to health services are important for improving the functioning of the system. Other strategies have been implemented in Brazil and in various countries, especially in Europe, such as the exchange of knowledge and collaboration between PHC generalists and specialists in order to expand and qualify care, under different names, such as *collaborative care* and *shared care* (Vingilis et al., 2007).

It is important that the implementation of interventions to reduce waiting times for consultations with specialists and tests is based on the evidence available in the literature. Studies on this topic are generally restricted to a specific country or a specific outcome (Lewis et al., 2018), with some even suggesting changes to a more specialized type of professional in primary care (Naiker et al., 2018).

In Brazil, since 2008, the National Health Regulation Policy (PNRS), through Ordinance No. 1.559/GM/MS of 2008, presents devices, functional structures, methods, techniques and technologies for coordinating care between levels and health establishments. The term regulation is used to refer to the macro-processes of regulation, defining the mechanisms used to shape and direct healthcare (Santos and Merhy, 2006). It is an act in the field of service provision, exercised by the various actors or institutions that provide or contract health services (Andreazzi, 2004). Thus, the regulation process is understood here as the intervention of a third party between the user's demand and the effective provision of the health act by the health services (Santos and Merhy, 2006; Barbosa et al, 2016).

Regulation is understood as the ability to intervene in service provision processes, altering or guiding their execution, whether through inducing, standardizing, regulating or restricting mechanisms. Demand, like the provision of services, can be organized in a wide variety of ways, making it possible to diversify the regulation strategies used by the different federated entities of the SUS (Santos and Merhy, 2006; Barbosa et al, 2016). In other words, health regulation occurs in different forms, depending on the models of health systems, especially the participation of the private sector, in the relationship between different federal entities (Union, states and municipalities), between the different levels of health care (primary, secondary and tertiary care) and between different technological densities of health establishments.

Knowledge of care regulation/coordination systems in different countries is

important for identifying the strategies, strengths and limitations of each experience, especially for decentralized health systems. This study therefore aims to map the knowledge and evidence available in the literature on regulating access to consultations and diagnostic and therapeutic support services in health systems and to identify the experiences, results and best practices adopted in regulation systems in countries, especially those with the principle of the right to universal access to health.

2. METHODS

2.1 TYPE OF STUDY

This is a scoping review protocol to be developed according to the method proposed by Arksey & O'Malley (Arksey & O'Malley, 2005; Westphaln et al., 2021) and following the guidelines of the Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2021) and PRISMA-ScR (The Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews) (Tricco et al., 2018).

A scoping review is a type of knowledge synthesis that aims to map the main concepts and knowledge gaps related to an exploratory research question and the sources and types of evidence available (Colquhoun et al., 2014; Anderson et al., 2008; Abelson, 2019). The popularity of this type of study has increased in recent decades and it is being used more and more frequently (Tricco et al., 2016). Among the various approaches to conducting scoping reviews, the one proposed by Arksey and O'Malley (2005) is one of the most common and is developed in six stages: (1) identification of the research question, (2) identification of relevant studies, (3) selection of studies, (4) data extraction, (5) organization, analysis, synthesis and presentation of the results, and (6) consultation with *stakeholders*, the last stage consisting of an activity in which *feedback* is provided to the researchers from the results, providing new information that may or may not be incorporated into subsequent decision-making (Manafò et al., 2018; Anderson et al., 2008).

2.2. REGISTRATION OF THE PROJECT

Before data collection begins, the final version of the protocol will be registered in the Open Science Framework directory (<https://osf.io/>). Any changes to the protocol will be reported when the scope review is published.

2.3 STAGE 1 - IDENTIFYING THE RESEARCH QUESTION

The research question was developed from the "population", "context" and "concept" framework (PCC Framework). Table 1 summarizes the PCC Framework obtained from the population, context and research concepts described above.

Table 1 - "Population", "Context" and "Concept" to be researched (PCC Framework)

Population (P)	General population. The review will focus on the regulation of access to consultations and diagnostic and therapeutic support services offered to the general population in public health systems, referred by primary health care. Studies focusing on specific population groups or those suffering from specific health conditions in a given country or geographical area will also be included.
Concept (C)	The key concept is the regulation of access to consultations and diagnostic and therapeutic support services in health systems. Studies that address the strategies, methods and technologies of the regulation model adopted, the sustainability of the intervention, the patient experience and health inequalities will also be evaluated.
Context (C)	The context is public health systems in any region or country, with no date or language restrictions.

2.3.1. RESEARCH QUESTION

- What knowledge and evidence is available in the literature on regulating access to consultations and diagnostic and therapeutic support services in public health systems?

2.4 STAGE 2 - IDENTIFICATION OF RELEVANT STUDIES

The scoping review will include experimental, quasi-experimental and observational studies with quantitative, qualitative and mixed methods as long as they meet the inclusion criteria outlined and do not meet any of the exclusion criteria. In addition, systematic and scoping reviews, protocols, theses, dissertations, books, technical and government documents and other texts from the gray literature search can also be considered.

2.4.1. INCLUSION AND EXCLUSION CRITERIA

Table 2 presents the inclusion and exclusion criteria so that the articles and documents selected are eligible for the study.

Table 2. Inclusion and exclusion criteria according to the PCC Framework

	Inclusion criteria	Exclusion criteria
Population (P)	The general population. Specific population groups or those suffering from specific health conditions.	Hospitalized people, emergency care and surgical procedures.
Concept (C)	Experimental, quasi-experimental and observational studies using quantitative, qualitative and mixed methods that evaluate or report on the experience of regulating consultations and diagnostic and therapeutic support services in public health systems. Studies that address the regulation strategies adopted, the sustainability of the intervention, the patient experience and health inequalities will also be evaluated.	Studies whose main objective was not to regulate consultations and diagnostic and therapeutic support services, or did not specifically address this concept, as well as articles that were not made available in full, even after contacting the corresponding authors.
Context (C)	Countries or regions with health systems.	

2.4.2. SEARCH STRATEGY

The search strategy was developed according to a *checklist* in line with PRISMA-ScR to verify its suitability and ensure its transparency and reproducibility (Tricco et al., 2018).

There will be no restrictions on the language or publication date of the study and the following academic databases will be consulted: PUBMED, SCOPUS, EMBASE, CINAHL, Não

Cochrane Library, LILACS and Web of Science.

The search strategy will be based on the descriptors "Secondary Health Care", "Outpatient Care", "Waiting Lists", "Appointment Scheduling" and "Diagnostic Techniques and Procedures" according to the Descriptors in Health Sciences - DECS (<https://decs.bvsalud.org/>) and the Medical Subject Headings - MESH (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>). Based on initial exploratory searches, the strategy was developed in the Medline database via PUBMED, which showed good accuracy in answering the research question (Chart 3). This strategy will be expanded and adapted according to the other databases to be consulted.

Table 3. Medline database search strategy via PUBMED

Database	Search strategy
Medline via PUBMED	(((((((("Secondary Care"[Mesh]) OR (Secondary Care[Title/Abstract])) OR (Care, Secondary[Title/Abstract])) OR (Secondary Cares[Title/Abstract])) OR (((((((((((((((((((("Ambulatory Care"[Mesh]) OR (Ambulatory Care[Title/Abstract])) OR (Care, Ambulatory[Title/Abstract])) OR (Outpatient Care[Title/Abstract])) OR (Care, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Health Services, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Health Service, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Outpatient Health Service[Title/Abstract])) OR (Service, Outpatient Health[Title/Abstract])) OR (Outpatient Health Services[Title/Abstract])) OR (Outpatient Services[Title/Abstract])) OR (Outpatient Service[Title/Abstract])) OR (Service, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Services, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Services, Outpatient Health[Title/Abstract])) OR (Urgent Care[Title/Abstract])) OR (Care, Urgent[Title/Abstract])) OR (Cares, Urgent[Title/Abstract])) OR (Urgent Cares[Title/Abstract])) OR (Clinic Visits[Title/Abstract])) OR (Clinic Visit[Title/Abstract])) OR (Visit, Clinic[Title/Abstract])) OR (Visits, Clinic[Title/Abstract])) OR (((((((("Continuity of Patient Care"[Mesh]) OR (Continuity of Patient Care[Title/Abstract])) OR (Care Continuity, Patient[Title/Abstract])) OR (Patient Care Continuity[Title/Abstract])) OR (Continuum of Care[Title/Abstract])) OR (Continuum of Care[Title/Abstract])) OR (Care Continuum[Title/Abstract])) OR (Continuity of

	<p>Care[Title/Abstract])) OR (Care Continuity[Title/Abstract])) AND ((((((((("Facility Regulation and Control"[Mesh] OR (Facility Regulation[Title/Abstract] AND Control[Title/Abstract])) OR (Facility Regulation[Title/Abstract])) OR (Facility Regulations[Title/Abstract])) OR (Regulations, Facility[Title/Abstract])) OR (Facility Control[Title/Abstract])) OR (Control, Facility[Title/Abstract])) OR (Control, Facility[Title/Abstract])) OR (Controls, Facility[Title/Abstract])) OR (Facility Controls[Title/Abstract])) OR (((((((((((((((("Referral and Consultation"[Mesh] OR (Referral[Title/Abstract] AND Consultation[Title/Abstract])) OR (Consultation[Title/Abstract] AND Referral[Title/Abstract])) OR (Gatekeepers, Health Service[Title/Abstract])) OR (Health Service Gatekeepers[Title/Abstract])) OR (Gatekeeper, Health Service[Title/Abstract])) OR (Health Service Gatekeeper[Title/Abstract])) OR (Referral[Title/Abstract])) OR (Referrals[Title/Abstract])) OR (Second Opinion[Title/Abstract])) OR (Opinion, Second[Title/Abstract])) OR (Opinions, Second[Title/Abstract])) OR (Second Opinions[Title/Abstract])) OR (Consultation[Title/Abstract])) OR (Consultations[Title/Abstract])) OR (Hospital Referral[Title/Abstract])) OR (Referral, Hospital[Title/Abstract])) OR (Referrals, Hospital[Title/Abstract])) OR (Hospital Referrals[Title/Abstract])))) AND (((("Population Health Management"[Mesh] OR (Population Health Management[Title/Abstract])) OR (Health Management, Population[Title/Abstract])) OR (Management, Population Health[Title/Abstract])) OR (Population Health Managements[Title/Abstract])) OR (((("Waiting Lists"[Mesh] OR (Waiting Lists[Title/Abstract]) OR (List, Waiting[Title/Abstract])) OR (Lists, Waiting[Title/Abstract])) OR (Waiting List[Title/Abstract]))))</p>
--	---

Finally, the lead researcher will carry out forward and backward *snowballing* to identify any other relevant studies that may not have been identified in the initial search strategy.

2.4.3. GRAY LITERATURE

The scoping review will consider the inclusion of gray literature due to the rapid

development of access regulation strategies in the health area, especially in the last three years due to the COVID-19 pandemic. In this way, the search in the gray literature will allow us to identify emerging experiences and knowledge that can contribute significantly to the research question, with the following search engines being considered as search sources: Google Scholar (<https://scholar.google.com.br>), Epistemonikos (<https://www.epistemonikos.org>), Trip Database (<https://www.tripdatabase.com>) and ProQuest Dissertations & Theses Global (<https://www.proquest.com>), health technology assessment databases: Centre for Reviews and Dissemination (<https://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/>) and International Network of Agencies for Health Technology Assessment (<https://www.inahta.org/hta-database/>), and government agencies.

Preference will be given to "first level" gray literature, consisting of policies and documents from government agencies, as well as reports, guidelines, dissertations, theses, conference presentations and *white papers*, including non-academic experiences. These documentations are reliable and easily retrievable according to reviews that have used similar methods (Engels et al., 2020; Milne-Ives et al., 2020; Valdes et al., 2022).

2.5. STAGE 3 - SELECTION OF STUDIES

The titles and abstracts identified through all the research sources will be transferred to the Rayyan *software* (<https://www.rayyan.ai>), and duplicates will then be removed, aided by the ZOTERO *software* (<https://www.zotero.org>).

The studies will then be assessed for compliance with the eligibility criteria according to the titles and abstracts by two reviewers independently. In the event of a conflict, this will be resolved by a third reviewer in discussion and consensus with the two initial reviewers.

After this phase, the full texts of the articles will be assessed for relevance and pertinence to answering the research question by the same two reviewers independently. All the reasons for excluding studies at this stage will be recorded and quantified. As in the previous phase, disagreements will be resolved by consensus and consultation with a third reviewer, and the studies that will be eligible for the scoping review will then be defined.

2.6 STAGE 4 - DATA EXTRACTION

Data extraction will be carried out by two researchers, obtaining data on the title, author, year, country of the study, type of document, population, concept, context, methods, strategy used in outpatient regulation and relevant results to answer the research question from

the full text of the articles included. These elements will be mapped in tabular form in relation to the domains of the Template for Intervention Description and Replication (TIDIER) (Hoffmann et al., 2014) and Nonadoption, Abandonment, Scale-up, Spread, and Sustainability (NASSS Framework) (Greenhalgh et al., 2017) frameworks. If necessary, the corresponding authors will be contacted to request missing or additional data.

For gray literature, data extraction will focus only on selected excerpts.

2.7. STAGE 5 - ORGANIZATION, ANALYSIS, SYNTHESIS AND PRESENTATION OF RESULTS

After extraction, the data will be organized, analyzed and synthesized by two researchers following the most recent methodological orientation of the JBI (Peters et al., 2021), and the final presentation of the results will consist of two sections.

In the first section, the process of identifying and selecting studies will be described, including the flowchart for selecting studies according to PRISMA-Scr in order to communicate in a clear and objective way how the evidence obtained in the scoping review was selected (Tricco et al., 2018).

In the second section, the elements of the PCC inclusion criteria will be used to provide a narrative summary of the findings and describe how they relate to the aim and question of the review. The authors will also include a mapping in graph and table form according to the Nonadoption, Abandonment, Scale-up, Spread, and Sustainability Framework (NASSS Framework) (Greenhalgh et al., 2017). In addition, the descriptive analysis of the data extracted (populations, concept, context and country of origin) and type of documents identified will be reported, and the main results that answer the research question will be presented in the form of figures and tables.

2.8. STEP 6 - CONSULTATION

After synthesizing the data, the main *stakeholders* identified will be consulted in order to collect additional data and help understand the results of the study. It is planned to carry out this phase by consulting the corresponding authors and health system managers in the countries or regions identified in the articles included in the review.

3. DISCUSSION

This scoping review aims to map the knowledge and evidence available in the literature on regulating access to consultations and diagnostic and therapeutic support services

in public health systems around the world in order to identify the experiences, results and best practices adopted in regulatory systems in countries that adopt the principle of the right to universal access to health. The review will also strive to highlight the various factors that guide specific regulation strategies, such as population size, infrastructure challenges, the state of development of the country or region, training of health professionals, models, methods and techniques for organizing and managing waiting lists for consultations and diagnostic and therapeutic support services and their results.

The review can contribute relevant information on strategies for regulating access to consultations and diagnostic and therapeutic support services for public health systems in different countries, as well as other interested parties, such as the Pan American Health Organization (PAHO). In this respect, in particular, this study is funded by the Brazilian Ministry of Health and PAHO with the aim of providing information on health regulation models in the Brazilian and international contexts to support the revision of the Brazilian guidelines for the National Regulation Policy of the Unified Health System.

FINANCING

This research was funded by the Ministry of Health and the Pan American Health Organization (PAHO).

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest.

REFERENCES

- Abelson J. Supporting the evaluation of public and patient engagement in health system organizations: results from an implementation research study. *Health Expect.* 2019;22(5):1132-1143.
- Anderson S, Allen P, Peckham S, Goodwin N. Asking the right questions: scoping studies in the commissioning of research on the organization and delivery of health services. *Health Res Policy Syst.* 2008;6:1-12.
- Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):295.

Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol Theory Pract.* 2005;8(1):19-32.

Barasa EW, Ouma PO, Okiro EA. Assessing the hospital surge capacity of the Kenyan health system in the face of the COVID-19 pandemic. *PLoS One.* 2020;15(7): e0236308.

Biehl J, Socal MP, Amon JJ. The Judicialization of health and the quest for state accountability: evidence from 1,262 lawsuits for access to medicines in southern Brazil. *Health Hum Rights.* 2016;18(1):209-220.

Canadian Medical Association. Health and Health Care for an Aging Population. Ottawa, Canada: Canadian Medical Association; 2013.

Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, Straus S, Tricco AC, Perrier L, Kastner M, Moher D. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *J Clin Epidemiol.* 2014;67(12):1291-1294.

Engels N, de Graav G, van der Nat P, van den Dorpel M, Bos WJ, Stiggelbout AM. Shared decision-making in advanced kidney disease: a scoping review protocol. *BMJ Open.* 2020;10(2):e034142.

Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M. Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy: early experience and forecast during an emergency response. *JAMA.* 2020;323(16):1545-1546.

Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsi C, Lynch J, Hughes G, A'Court C, Hinder S, Fahy N, Procter R, Shaw S. Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies. *J Med Internet Res.* 2017;19(11):e367.

Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, Altman DG, Barbour V, Macdonald H, Johnston M, Lamb SE, Dixon-Woods M, McCulloch P, Wyatt JC, Chan AW, Michie S. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ.* 2014;348:g1687.

Lewis AK, Harding KE, Snowdon DA, Taylor NF. Reducing wait time from referral to first

visit for community outpatient services may contribute to better health outcomes: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):869.

Manafò E, Petermann L, Vandall-Walker V, Mason-Lai P. Patient and public engagement in priority setting: A systematic rapid review of the literature. *PLoS One*. 2018;13(3):e0193579.

Maves RC, Downar J, Dichter JR, Hick JL, Devereaux A, Geiling JA, Kisson N, Hupert N, Niven AS, King MA, Rubinson LL, Hanfling D, Hodge JG Jr, Marshall MF, Fischkoff K, Evans LE, Tonelli MR, Wax RS, Seda G, Parrish JS, Truog RD, Sprung CL, Christian MD; ACCP Task Force for Mass Critical Care. Triage of Scarce Critical Care Resources in COVID-19 An Implementation Guide for Regional Allocation: An Expert Panel Report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians. *Chest*. 2020;158(1):212-225.

Milne-Ives M, Lam C, van Velthoven M, Meinert E. The Impact of Brexit on the Pharmaceutical Supply Chain of the United Kingdom: Scoping Review Protocol. *JMIR Res Protoc*. 2020;9:e17684.

Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 2003;289(8):1035-1040.

Naiker U, FitzGerald G, Dulhunty JM, Rosemann M. Time to wait: a systematic review of strategies that affect out-patient waiting times. *Aust Health Rev*. 2018 Jun;42(3):286-293.

Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, McInerney P, Godfrey CM, Khalil H. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evid Implement*. 2021;19(1):3-10.

Santos AC, de Oliveira SLF, Macedo VLM, Araujo PL, Fraiberg FS, Bastos NF, Alves RL, da Silveira CDG, Fernandes SES, Neves FAR, Amorim FF. Intensive Care Unit prioritization: The impact of ICU bed availability on mortality in critically ill patients who requested ICU admission in court in a Brazilian cohort. *J Crit Care*. 2021;66:126-131.

Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. *Health Aff (Millwood)*. 2005 (Suppl Web Exclusives):W5-97-W5-107.

Straub M, Gomes RM, Albuquerque GSC. O conflito público-privado no SUS: a atenção ambulatorial especializada no Paraná. *Saúde em Debate*. 2021;459(131):1033-1048.

Tesser CD, Poli Neto P. Specialized outpatient care in the Unified Health System: how to fill a void. *Cien Saude Colet*. 2017;22(3):941-951.

The Center for Spatial Economics. The Economic Cost of Wait Times in Canada. Milton, Canada: Canadian Medical Association; 2006.

Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun H, Kastner M, et al. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2016;16(1):1-10.

Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MDJ, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garritty C, Lewin S, Godfrey CM, Macdonald MT, Langlois EV, Soares-Weiser K, Moriarty J, Clifford T, Tunçalp Ö, Straus SE. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-473.

Valdes D, Alqazlan L, Procter R, Dale J. Global evidence on the rapid adoption of telemedicine in primary care during the first 2 years of the COVID-19 pandemic: a scoping review protocol. *Syst Rev*. 2022;11(1):124.

van Hoof SJM, Quanjel TCC, Kroese MEAL, Spreeuwenberg MD, Ruwaard D. Substitution of outpatient hospital care with specialist care in the primary care setting: A systematic review on quality of care, health and costs. *PLoS One*. 2019;14(8):e0219957.

Vingilis E, Paquete-Warren J, Kates N, Crustolo A, Greenslade J, Newman S. Descriptive and process evaluation of a shared primary care program. *Internet J Allied Health Sci Pract*. 2007; 5(4):1-10.

Wait Time Alliance. Time to close the gap. Ottawa, Canada: Wait Time Alliance; 2014.

Westphaln KK, Regoczi W, Masotyia M, Vazquez-Westphaln B, Lounsbury K, McDavid L, Lee H, Johnson J, Ronis SD. From Arksey and O'Malley and Beyond: Customizations to enhance a team-based, mixed approach to scoping review methodology. *MethodsX*. 2021;8:101375.

Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M., Pierson, R., & Applebaum, S. (2010). How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries. *Health Affairs*, 29(12), 2323-2334.

World Health Organization (2018). *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*. Available at: https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf

World Health Organization (2020). *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*. Available at: https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf

The Lancet Global Health Commission on High Quality Health Systems in the SDG Era (2018). Available at: <https://www.thelancet.com/commissions/quality-health-systems>

Thomas, S., Sagan, A., Larkin, J., Cylus, J., Figueras, J., & Karanikolos, M. (2020). *Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies*. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332441/Policy-brief%2036-1997-8073-eng.pdf?sequence=1>

Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cad saúde colet* [Internet]. 2016Jan;24(1):49–54. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010106>

Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial União*. 18 out 2023.

APÊNDICE 2

Estratégia de busca nas bases de dados com base na via Medline/PUBMED

a) PUBMED

Base de Dados	Estratégia de Busca
PUBMED	<p>((("Secondary Care"[Mesh] OR (Secondary Care[Title/Abstract])) OR (Care, Secondary[Title/Abstract])) OR (Secondary Cares[Title/Abstract])</p> <p>OR</p> <p>(((((("Ambulatory Care"[Mesh] OR (Ambulatory Care[Title/Abstract])) OR (Care, Ambulatory[Title/Abstract])) OR (Outpatient Care[Title/Abstract])) OR (Care, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Health Services, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Health Service, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Outpatient Health Service[Title/Abstract])) OR (Service, Outpatient Health[Title/Abstract])) OR (Outpatient Health Services[Title/Abstract])) OR (Outpatient Services[Title/Abstract])) OR (Outpatient Service[Title/Abstract])) OR (Service, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Services, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Services, Outpatient Health[Title/Abstract])) OR (Urgent Care[Title/Abstract])) OR (Care, Urgent[Title/Abstract])) OR (Cares, Urgent[Title/Abstract])) OR (Urgent Cares[Title/Abstract])) OR (Clinic Visits[Title/Abstract])) OR (Clinic Visit[Title/Abstract])) OR (Visit, Clinic[Title/Abstract])) OR (Visits, Clinic[Title/Abstract])</p> <p>OR</p> <p>(((((("Continuity of Patient Care"[Mesh] OR (Continuity of Patient Care[Title/Abstract])) OR (Care Continuity, Patient[Title/Abstract])) OR (Patient Care Continuity[Title/Abstract])) OR (Continuum of Care[Title/Abstract])) OR (Care Continuum[Title/Abstract])) OR (Continuity of Care[Title/Abstract])) OR (Care Continuity[Title/Abstract])</p> <p>AND</p> <p>(((((("Facility Regulation and Control"[Mesh] OR (Facility regulation[Title/Abstract] AND Control[Title/Abstract])) OR (Regulation, Facility[Title/Abstract])) OR (Facility Regulation[Title/Abstract])) OR</p>

	<p>(Facility Regulations[Title/Abstract]) OR (Regulations, Facility[Title/Abstract]) OR (Facility Control[Title/Abstract]) OR (Control, Facility[Title/Abstract]) OR (Controls, Facility[Title/Abstract]) OR (Facility Controls[Title/Abstract])</p> <p>OR</p> <p>((("Waiting Lists"[Mesh] OR (Waiting Lists[Title/Abstract])) OR (List, Waiting[Title/Abstract])) OR (Lists, Waiting[Title/Abstract])) OR (Waiting List[Title/Abstract])</p> <p>OR</p> <p>((((((((((("Appointments and Schedules"[Mesh] OR (Appointments[Title/Abstract] AND Schedules[Title/Abstract])) OR (Schedules[Title/Abstract] AND Appointments[Title/Abstract])) OR (Schedules[Title/Abstract]) OR (Schedule[Title/Abstract])) OR (Schedules, Patient[Title/Abstract]) OR (Patient Schedules[Title/Abstract])) OR (Patient Schedule[Title/Abstract]) OR (Schedule, Patient[Title/Abstract]) OR (Appointments[Title/Abstract]) OR (Appointment[Title/Abstract]) OR (Patient Appointments[Title/Abstract]) OR (Appointment, Patient[Title/Abstract]) OR (Appointments, Patient[Title/Abstract]) OR (Patient Appointment[Title/Abstract]))</p> <p>AND</p> <p>((((((((((("Referral and Consultation"[Mesh] OR (Referral[Title/Abstract] AND Consultation[Title/Abstract])) OR (Consultation[Title/Abstract] AND Referral[Title/Abstract])) OR (Gatekeepers, Health Service[Title/Abstract]) OR (Health Service Gatekeepers[Title/Abstract]) OR (Gatekeeper, Health Service[Title/Abstract]) OR (Health Service Gatekeeper[Title/Abstract]) OR (Referral[Title/Abstract]) OR (Referrals[Title/Abstract])) OR (Second Opinion[Title/Abstract]) OR (Opinion, Second[Title/Abstract]) OR (Opinions, Second[Title/Abstract])) OR (Second Opinions[Title/Abstract]) OR (Consultation[Title/Abstract]) OR (Consultations[Title/Abstract]) OR (Hospital Referral[Title/Abstract]) OR (Referral, Hospital[Title/Abstract]) OR (Referrals, Hospital[Title/Abstract]) OR (Hospital Referrals[Title/Abstract]))</p> <p>(Atenção Secundária à Saúde OR Assistência Ambulatorial OR Continuidade do Cuidado)</p> <p>((("Secondary Care"[Mesh] OR (Secondary Care[Title/Abstract])) OR (Care, Secondary[Title/Abstract])) OR (Secondary Cares[Title/Abstract])) OR ((((((((((("Ambulatory</p>
--	--

	<p>Care"[Mesh]) OR (Ambulatory Care[Title/Abstract])) OR (Care, Ambulatory[Title/Abstract])) OR (Outpatient Care[Title/Abstract])) OR (Care, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Health Services, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Health Service, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Outpatient Health Service[Title/Abstract])) OR (Service, Outpatient Health[Title/Abstract])) OR (Outpatient Health Services[Title/Abstract])) OR (Outpatient Services[Title/Abstract])) OR (Outpatient Service[Title/Abstract])) OR (Service, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Services, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Services, Outpatient Health[Title/Abstract])) OR (Urgent Care[Title/Abstract])) OR (Care, Urgent[Title/Abstract])) OR (Cares, Urgent[Title/Abstract])) OR (Urgent Cares[Title/Abstract])) OR (Clinic Visits[Title/Abstract])) OR (Clinic Visit[Title/Abstract])) OR (Visit, Clinic[Title/Abstract])) OR (Visits, Clinic[Title/Abstract])) OR (((((((("Continuity of Patient Care"[Mesh]) OR (Continuity of Patient Care[Title/Abstract])) OR (Care Continuity, Patient[Title/Abstract])) OR (Patient Care Continuity[Title/Abstract])) OR (Continuum of Care[Title/Abstract])) OR (Care Continuum[Title/Abstract])) OR (Continuity of Care[Title/Abstract])) OR (Care Continuity[Title/Abstract]))</p> <p>(Facilidade de controle e regulação OR listas de espera OR agendamento de consultas)</p> <p>((((((((("Facility Regulation and Control"[Mesh]) OR (Facility regulation[Title/Abstract] AND Control[Title/Abstract])) OR (Regulation, Facility[Title/Abstract])) OR (Facility Regulation[Title/Abstract])) OR (Facility Regulations[Title/Abstract])) OR (Regulations, Facility[Title/Abstract])) OR (Facility Control[Title/Abstract])) OR (Control, Facility[Title/Abstract])) OR (Controls, Facility[Title/Abstract])) OR (Facility Controls[Title/Abstract])) OR (((("Waiting Lists"[Mesh]) OR (Waiting Lists[Title/Abstract])) OR (List, Waiting[Title/Abstract])) OR (Lists, Waiting[Title/Abstract])) OR (Waiting List[Title/Abstract])) OR (((((((((((("Appointments and Schedules"[Mesh]) OR (Appointments[Title/Abstract] AND Schedules[Title/Abstract])) OR (Schedules[Title/Abstract] AND Appointments[Title/Abstract])) OR (Schedules[Title/Abstract])) OR (Schedule[Title/Abstract])) OR (Schedules, Patient[Title/Abstract])) OR (Patient Schedules[Title/Abstract])) OR (Patient Schedule[Title/Abstract])) OR (Schedule, Patient[Title/Abstract])) OR (Appointments[Title/Abstract])) OR (Appointment[Title/Abstract])) OR (Patient Appointments[Title/Abstract])) OR (Appointment, Patient[Title/Abstract])) OR (Appointments, Patient[Title/Abstract])) OR (Patient Appointment[Title/Abstract]))</p> <p>(Atenção Secundária à Saúde OR Assistência Ambulatorial OR Continuidade do Cuidado) AND (Facilidade de controle e regulação</p>
--	--

	<p>OR listas de espera OR agendamento de consultas)</p> <p>(((((("Secondary Care"[Mesh] OR (Secondary Care[Title/Abstract])) OR (Care, Secondary[Title/Abstract])) OR (Secondary Cares[Title/Abstract])) OR (((((((((((((((((((("Ambulatory Care"[Mesh] OR (Ambulatory Care[Title/Abstract])) OR (Care, Ambulatory[Title/Abstract])) OR (Outpatient Care[Title/Abstract])) OR (Care, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Health Services, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Health Service, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Outpatient Health Service[Title/Abstract])) OR (Service, Outpatient Health[Title/Abstract])) OR (Outpatient Health Services[Title/Abstract])) OR (Outpatient Services[Title/Abstract])) OR (Outpatient Service[Title/Abstract])) OR (Service, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Services, Outpatient Health[Title/Abstract])) OR (Services, Outpatient Health[Title/Abstract])) OR (Urgent Care[Title/Abstract])) OR (Care, Urgent[Title/Abstract])) OR (Cares, Urgent[Title/Abstract])) OR (Urgent Cares[Title/Abstract])) OR (Clinic Visits[Title/Abstract])) OR (Clinic Visit[Title/Abstract])) OR (Visit, Clinic[Title/Abstract])) OR (Visits, Clinic[Title/Abstract])) OR (((((((("Continuity of Patient Care"[Mesh] OR (Continuity of Patient Care[Title/Abstract])) OR (Care Continuity, Patient[Title/Abstract])) OR (Patient Care Continuity[Title/Abstract])) OR (Continuum of Care[Title/Abstract])) OR (Care Continuum[Title/Abstract])) OR (Continuity of Care[Title/Abstract])) OR (Care Continuity[Title/Abstract])) AND (((((((((((("Facility Regulation and Control"[Mesh] OR (Facility regulation[Title/Abstract] AND Control[Title/Abstract])) OR (Regulation, Facility[Title/Abstract])) OR (Facility Regulation[Title/Abstract])) OR (Facility Regulations[Title/Abstract])) OR (Regulations, Facility[Title/Abstract])) OR (Facility Control[Title/Abstract])) OR (Control, Facility[Title/Abstract])) OR (Controls, Facility[Title/Abstract])) OR (Facility Controls[Title/Abstract])) OR (((("Waiting Lists"[Mesh] OR (Waiting Lists[Title/Abstract])) OR (List, Waiting[Title/Abstract])) OR (Lists, Waiting[Title/Abstract])) OR (Waiting List[Title/Abstract])) OR (((((((((((("Appointments and Schedules"[Mesh] OR (Appointments[Title/Abstract] AND Schedules[Title/Abstract])) OR (Schedules[Title/Abstract] AND Appointments[Title/Abstract])) OR (Schedules[Title/Abstract])) OR (Schedule[Title/Abstract])) OR (Schedules, Patient[Title/Abstract])) OR (Patient Schedules[Title/Abstract])) OR (Patient Schedule[Title/Abstract])) OR (Schedule, Patient[Title/Abstract])) OR (Appointments[Title/Abstract])) OR (Appointment[Title/Abstract]) OR (Patient Appointments[Title/Abstract]) OR (Appointment, Patient[Title/Abstract]) OR (Appointments, Patient[Title/Abstract]) OR (Patient Appointment[Title/Abstract]))</p> <p>((Atenção Secundária à Saúde OR Assistência Ambulatorial OR Continuidade do Cuidado) AND (Facilidade de controle e</p>
--	--

	<p>regulação OR listas de espera OR agendamento de consultas)) AND (Encaminhamento e Consulta)</p> <p>(((((("Secondary Care"[Mesh] OR (Secondary Care[Title/Abstract])) OR (Care, Secondary[Title/Abstract])) OR (Secondary Cares[Title/Abstract])) OR (((((((((((((((((((("Ambulatory Care"[Mesh] OR (Ambulatory Care[Title/Abstract])) OR (Care, Ambulatory[Title/Abstract])) OR (Outpatient Care[Title/Abstract])) OR (Care, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Health Services, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Health Service, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Outpatient Health Service[Title/Abstract])) OR (Service, Outpatient Health[Title/Abstract])) OR (Outpatient Health Services[Title/Abstract])) OR (Outpatient Services[Title/Abstract])) OR (Outpatient Service[Title/Abstract])) OR (Service, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Services, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Services, Outpatient Health[Title/Abstract])) OR (Urgent Care[Title/Abstract])) OR (Care, Urgent[Title/Abstract])) OR (Cares, Urgent[Title/Abstract])) OR (Urgent Cares[Title/Abstract])) OR (Clinic Visits[Title/Abstract])) OR (Clinic Visit[Title/Abstract])) OR (Visit, Clinic[Title/Abstract])) OR (Visits, Clinic[Title/Abstract])) OR (((((((("Continuity of Patient Care"[Mesh] OR (Continuity of Patient Care[Title/Abstract])) OR (Care Continuity, Patient[Title/Abstract])) OR (Patient Care Continuity[Title/Abstract])) OR (Continuum of Care[Title/Abstract])) OR (Care Continuum[Title/Abstract])) OR (Continuity of Care[Title/Abstract])) OR (Care Continuity[Title/Abstract])) AND (((((((((((((((("Facility Regulation and Control"[Mesh] OR (Facility regulation[Title/Abstract] AND Control[Title/Abstract])) OR (Regulation, Facility[Title/Abstract])) OR (Facility Regulation[Title/Abstract])) OR (Facility Regulations[Title/Abstract])) OR (Regulations, Facility[Title/Abstract])) OR (Facility Control[Title/Abstract])) OR (Control, Facility[Title/Abstract])) OR (Controls, Facility[Title/Abstract])) OR (Facility Controls[Title/Abstract])) OR (((("Waiting Lists"[Mesh] OR (Waiting Lists[Title/Abstract])) OR (List, Waiting[Title/Abstract])) OR (Lists, Waiting[Title/Abstract])) OR (Waiting List[Title/Abstract])) OR (((((((((((((((("Appointments and Schedules"[Mesh] OR (Appointments[Title/Abstract] AND Schedules[Title/Abstract])) OR (Schedules[Title/Abstract] AND Appointments[Title/Abstract])) OR (Schedules[Title/Abstract])) OR (Schedule[Title/Abstract])) OR (Schedules, Patient[Title/Abstract])) OR (Patient Schedules[Title/Abstract])) OR (Patient Schedule[Title/Abstract])) OR (Schedule, Patient[Title/Abstract])) OR (Appointments[Title/Abstract])) OR (Appointment[Title/Abstract])) OR (Patient Appointments[Title/Abstract])) OR (Appointment, Patient[Title/Abstract])) OR (Appointments, Patient[Title/Abstract])) OR (Patient Appointment[Title/Abstract])) AND (((((((((((((((("Referral and Consultation"[Mesh] OR (Referral[Title/Abstract] AND Consultation[Title/Abstract])) OR (Consultation[Title/Abstract] AND Referral[Title/Abstract])) OR (Gatekeepers, Health</p>
--	---

Service[Title/Abstract]) OR (Health Service Gatekeepers[Title/Abstract]) OR (Gatekeeper, Health Service[Title/Abstract]) OR (Health Service Gatekeeper[Title/Abstract]) OR (Referral[Title/Abstract]) OR (Referrals[Title/Abstract]) OR (Second Opinion[Title/Abstract]) OR (Opinion, Second[Title/Abstract]) OR (Opinions, Second[Title/Abstract]) OR (Second Opinions[Title/Abstract]) OR (Consultation[Title/Abstract]) OR (Consultations[Title/Abstract]) OR (Hospital Referral[Title/Abstract]) OR (Referral, Hospital[Title/Abstract]) OR (Referrals, Hospital[Title/Abstract]) OR (Hospital Referrals[Title/Abstract])

b) EMBASE

A EMBASE usa a Emtree como vocabulário controlado, similar ao MeSH. Além disso, é possível usar operadores booleanos e termos livres. Aqui, o operador **/exp** indica uma busca por termos mapeados ao vocabulário Emtree, e **:ti,ab** é utilizado para buscar nos campos de título e resumo.

Quadro 4. Estratégia de busca na base de dados EMBASE.

Base de Dados	Estratégia de Busca
EMBASE	('secondary care'/exp OR 'secondary care':ti,ab OR 'ambulatory care'/exp OR 'ambulatory care':ti,ab OR 'outpatient care'/exp OR 'urgent care'/exp OR 'clinic visits':ti,ab OR 'continuity of patient care'/exp OR 'facility regulation'/exp OR 'referral consultation'/exp OR 'second opinion'/exp OR 'population health management'/exp OR 'waiting list'/exp) secondary health care: 'secondary care' OR 'secondary healthcare' ambulatory care: 'ambulatory care center' OR 'ambulatory service' OR 'dispensary care' OR 'extramural care' OR 'office visits' patient care: 'care, continuity of' OR 'continuity of care' OR 'continuity of patient care' OR 'episode of care' OR 'patient care management' OR 'patient care team' OR 'patient centered care' OR 'patient helper' OR 'patient management' OR 'patient navigation' OR 'patient-centered

	<p>care'</p> <p>hospital admission: 'admission, hospital' OR 'admitting department, hospital' OR 'hospital admittance' OR 'hospital admitting department' OR 'hospital admitting service' OR 'hospital admitting unit' OR 'patient admission' OR 'waiting list' OR 'waiting lists'</p> <p>patient referral: 'gatekeeping' OR 'referral' OR 'referral and consultation'</p> <p>health care access: 'access to health care' OR 'health services accessibility' OR 'healthcare access'</p> <p>No.QueryResults</p> <p>821</p> <p>#5</p> <p>#4 AND (2008:py OR 2009:py OR 2010:py OR 2011:py OR 2012:py OR 2013:py OR 2014:py OR 2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py)</p> <p>1,038</p> <p>#4</p> <p>#1 AND #2 AND #3</p> <p>96,722</p> <p>#3</p> <p>('health care access'/exp OR 'health care access' OR 'health care access':ab,ti OR 'access to health care':ab,ti OR 'health services accessibility':ab,ti OR 'healthcare access':ab,ti) AND [embase]/lim</p> <p>224,621</p> <p>#2</p> <p>('patient referral'/exp OR 'patient referral' OR 'patient referral':ti,ab OR 'gatekeeping'/exp OR 'gatekeeping' OR 'referral':ab,ti OR 'referral and consultation':ab,ti) AND [embase]/lim</p> <p>343,439</p> <p>#1</p> <p>('secondary health care'/exp OR 'secondary health care' OR</p>
--	---

	'secondary health care':ab,ti OR 'ambulatory care'/exp OR 'ambulatory care' OR 'ambulatory care':ti,ab) AND 'patient care'/exp OR 'patient care' OR 'patient care':ab,ti OR 'care, continuity of':ab,ti OR 'continuity of care':ti,ab OR 'continuity of patient care':ab,ti OR 'episode of care':ab,ti OR 'patient care management':ti,ab OR 'patient care team':ab,ti OR 'patient centered care':ab OR 'patient helper':ab,ti OR 'patient management':ab OR 'patient navigation':ti,ab OR 'patient-centered care':ab,ti) AND [embase]/lim
--	--

c) LILACS

LILACS utiliza os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), similar ao MeSH, mas permite buscas por palavras-chave também. Aqui, **tw** indica a busca por texto livre nos campos de título, resumo e palavras-chave em LILACS.

Quadro 5. Estratégia de busca na base de dados LILACS.

Base de Dados	Estratégia de Busca
LILACS	((tw:"Atención Secundaria" OR tw:"Atención Ambulatoria" OR tw:"Atención Ambulatoria" OR tw:"Servicios de Salud Ambulatorios" OR tw:"Cuidado Urgente" OR tw:"Visitas a Clínicas" OR tw:"Continuidad de la Atención al Paciente" OR tw:"Regulación de Establecimientos" OR tw:"Consulta y Referencia" OR tw:"Segunda Opinión" OR tw:"Gestión de la Salud Poblacional" OR tw:"Listas de Espera"))
	<p>Atenção Secundária à Saúde / Secondary Care / Atención Secundaria de Salud Sinônimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Atención Médica Secundária ■ Atención Secundária ■ Atención Secundária de Saúde ■ Cuidados Médicos Secundários ■ Cuidados Secundários ■ Cuidados Secundários de Saúde <p>Categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ N04.452.758.849.775

 N05.300.745
 SP2.630.189

(mh:(Atenção Secundária à Saúde)) OR (mh:(Secondary Care)) OR (mh:(Atención Secundaria de Salud)) OR (Atenção Médica Secundária) OR (Atenção Secundária) OR (Atenção Secundária de Saúde) OR (Cuidados Médicos Secundários) OR (Cuidados Secundários) OR (Cuidados Secundários de Saúde) OR (exN04.452.758.849.775\$) OR (exN05.300.745\$) OR (exSP2.630.189\$)

Assistência Ambulatorial / Ambulatory Care /

Atención Ambulatoria Sinônimos:

 Atendimento de Emergência
 Atendimento de Urgência
 Cuidados Ambulatoriais
 Serviços Ambulatoriais de Saúde
 Serviços para Pacientes de Ambulatório
 Visitas Clínicas

Categorias:

 E02.760.106
 N02.421.585.106
 SP2.840.013
 VS3.003.001.001

(mh:(Assistência Ambulatorial)) OR (mh:(Ambulatory Care)) OR (mh:(Atención Ambulatoria)) OR (Atendimento de Emergência) OR (Atendimento de Urgência) OR (Cuidados Ambulatoriais) OR (Serviços Ambulatoriais de Saúde) OR (Serviços para Pacientes de Ambulatório) OR (Visitas Clínicas) OR (exE02.760.106\$) OR (exN02.421.585.106\$) OR (exSP2.840.013\$) OR (exVS3.003.001.001\$)

Continuidade da Assistência ao Paciente /
 Continuity of Patient Care / Continuidad de la
 Atención al Paciente

Sinônimos:

 Acompanhamento dos Cuidados de Saúde
 Longitudinalidade

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Longitudinalidade da Assistência ao Paciente ■ Longitudinalidade do Cuidado ■ Longitudinalidade do Cuidado ao Paciente <p>Categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ E02.760.169 ■ N02.421.585.169 ■ N04.590.233.727.210 <p>(mh:(Continuidade da Assistência ao Paciente)) OR (mh:(Continuity of Patient Care)) OR (mh:(Continuidad de la Atención al Paciente)) OR (Acompanhamento dos Cuidados de Saúde) OR (Longitudinalidade) OR (Longitudinalidade da Assistência ao Paciente) OR (Longitudinalidade do Cuidado) OR (Longitudinalidade do Cuidado ao Paciente) OR (exE02.760.169\$) OR (exN02.421.585.169\$) OR (exN04.590.233.727.210\$)</p> <p>Listas de Espera / Waiting Lists / Listas de Espera</p> <p>Categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ N04.452.095.738 <p>(mh:(Listas de Espera)) OR (mh:(Waiting Lists)) OR (mh:(Listas de Espera)) OR (exN04.452.095.738\$)</p> <p>Agendamento de Consultas / Appointments and Schedules / Citas y Horarios Sinônimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Agenda Médica ■ Marcação de Consultas <p>Categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ N04.452.095 <p>(mh:(Agendamento de Consultas)) OR (mh:(Appointments and Schedules)) OR (mh:(Citas y Horarios)) OR (Agenda Médica) OR (Marcação de Consultas) OR (exN04.452.095\$)</p>
--	--

Encaminhamento e Consulta / Referral and Consultation /

Derivación y Consulta Sinônimos:

- Consulta
- Encaminhamento
- Encaminhamento a um Especialista
- Encaminhamentos
- Guardiães dos Serviços de Saúde
- Interconsulta
- Interconsultas
- Referência
- Referência e Consulta
- Segunda Opinião
- Setor de Referência Hospitalar

Categorias:

- N04.452.758.849

(mh:(Encaminhamento e Consulta)) OR (mh:(Referral and Consultation)) OR (mh:(Derivación y Consulta)) OR (Consulta) OR (Encaminhamento) OR (Encaminhamento a um Especialista) OR (Encaminhamentos) OR (Guardiães dos Serviços de Saúde) OR (Interconsulta) OR (Interconsultas) OR (Referência) OR (Referência e Consulta) OR (Segunda Opinião) OR (Setor de Referência Hospitalar) OR (exN04.452.758.849\$)

((Atenção Secundária à Saúde OR Assistência Ambulatorial OR Continuidade da Assistência ao Paciente) AND (listas de espera OR agendamento de consultas)) AND (Encaminhamento e Consulta)

(((((mh:(Atenção Secundária à Saúde)) OR (mh:(Secondary Care)) OR (mh:(Atención Secundaria de Salud)) OR (Atenção Médica Secundária) OR (Atenção Secundária) OR (Atenção Secundária de Saúde) OR (Cuidados Médicos Secundários) OR (Cuidados Secundários) OR (Cuidados Secundários de Saúde) OR (exN04.452.758.849.775\$) OR (exN05.300.745\$) OR (exSP2.630.189\$)) OR ((mh:(Assistência Ambulatorial)) OR (mh:(Ambulatory Care)) OR (mh:(Atención Ambulatoria)) OR (Atendimento de Emergência) OR (Atendimento de Urgência) OR (Cuidados Ambulatoriais) OR (Serviços Ambulatoriais de Saúde) OR (Serviços para Pacientes de

	<p>Ambulatório) OR (Visitas Clínicas) OR (exE02.760.106\$) OR (exN02.421.585.106\$) OR (exSP2.840.013\$) OR (exVS3.003.001.001\$) OR ((mh:(Continuidade da Assistência ao Paciente)) OR (mh:(Continuity of Patient Care)) OR (mh:(Continuidad de la Atención al Paciente)) OR (Acompanhamento dos Cuidados de Saúde) OR (Longitudinalidade) OR (Longitudinalidade da Assistência ao Paciente) OR (Longitudinalidade do Cuidado) OR (Longitudinalidade do Cuidado ao Paciente) OR (exE02.760.169\$) OR (exN02.421.585.169\$) OR (exN04.590.233.727.210\$))) AND (((mh:(Listas de Espera)) OR (mh:(Waiting Lists)) OR (mh:(Listas de Espera)) OR (exN04.452.095.738\$)) OR ((mh:(Agendamento de Consultas)) OR (mh:(Appointments and Schedules)) OR (mh:(Citas y Horarios)) OR (Agenda Médica) OR (Marcação de Consultas) OR (exN04.452.095\$))) AND ((mh:(Encaminhamento e Consulta)) OR (mh:(Referral and Consultation)) OR (mh:(Derivación y Consulta)) OR (Consulta) OR (Encaminhamento) OR (Encaminhamento a um Especialista) OR (Encaminhamentos) OR (Guardiães dos Serviços de Saúde) OR (Interconsulta) OR (Interconsultas) OR (Referência) OR (Referência e Consulta) OR (Segunda Opinião) OR (Setor de Referência Hospitalar) OR (exN04.452.758.849\$))</p>
--	--

APÊNDICE 3

Tabela 3.1 Características dos estudos de intervenções de encaminhamento da APAE.

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>The Effect of Triage Assessments on Identifying Inflammatory Arthritis and Reducing Rheumatology Wait Times in Ontario</i> Ahluwalia V. e colaboradores	2019; Canadá	Estudo de coorte retrospectivo. Aqueles que receberam intervenção de rotina foram o grupo controle. População: Reumatologista, provedores de cuidados primários (Fisioterapeutas ou Terapeutas ocupacionais de papéis estendidos, ERP) e pacientes	Avaliação de triagem realizada por ERP para identificar pacientes com suspeita de artrite inflamatória (IA) ou doenças reumáticas sistêmicas autoimunes (SARD) que necessitam de um reumatologista de forma mais acelerada.	Os resultados sugerem que a implementação de triagem por ERP pode melhorar o acesso aos cuidados de saúde para pacientes com IA/SARD que são identificados corretamente. Entre 177 pacientes que receberam uma avaliação de triagem por ERP, 75 pacientes foram acelerados e 102 não foram. Os pacientes acelerados tiveram um tempo médio significativamente mais curto para consulta com o reumatologista. Entretanto, são necessárias mais pesquisas para identificar um processo educacional contínuo para os ERP a fim de garantir o sucesso do modelo.
<i>Addressing Barriers to Health Care Access of Congenital Heart Disease Patients in Guyana</i> Ames S e colaboradores	2021, Guiana	Estudo qualitativo com base em questionários. 52 famílias de crianças com Doença Cardíaca Congênita (CHD) e 12 profissionais de saúde	Identificação de barreiras para acessar cuidados especializados	A maioria das famílias identificou a distância, a necessidade de viajar e a incapacidade financeira e prática de frequentar a clínica como as principais barreiras para acessar cuidados especializados. Os profissionais de saúde entrevistados relataram conhecimento limitado sobre o diagnóstico e tratamento de CHD e perceberam a impraticabilidade de encaminhar pacientes para serviços especializados, apesar de estarem cientes do processo de encaminhamento.
<i>Efectividad de un nuevo modelo de</i>	2018, Espanha	Ensaio Clínico Controlado e Randomizado	Novo Modelo de Encaminhamento Telefônico	O encaminhamento telefônico reduziu significativamente os dias de espera para consultas

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<p>derivación telefónica compartida entre atención primaria y atención hospitalaria</p> <p>Azogil-Lopez e colaboradores</p>		<p>(ECR) sem cegamento, envolvendo 6 zonas básicas de saúde e 154 pacientes</p>	<p>compartilhado entre a atenção primária e atenção hospitalar</p>	<p>na atenção secundária. Alguns médicos da atenção primária recusaram-se a participar do estudo porque consideraram o encaminhamento telefônico "muito trabalhoso e demorado". Entretanto, este tipo de encaminhamento não significou um "consumo excessivo de tempo e esforço" para os clínicos gerais e não foi tão benéfico para pacientes complexos.</p>
<p>Clinical Utility of Guideline-Based Echocardiography: a Prospective Study of Outpatient Referral Patterns at a Tertiary Care Center</p> <p>Barbier P e colaboradores</p>	<p>2008, Itália</p>	<p>Estudo prospectivo observacional.</p> <p>Estudo de 520 pacientes ambulatoriais de um hospital terciário</p>	<p>Solicitação de ecocardiogramas por médicos de família e especialistas em cardiologia, com e sem a utilização de diretrizes e indicação escrita.</p>	<p>A maioria dos ecocardiogramas (72%) foram solicitados por especialistas, os acompanhamentos foram frequentes (72%), e 14% desses ecocardiogramas se mostraram normais. A adesão às diretrizes para a solicitação de ecocardiogramas foi baixa e semelhante para médicos de família e especialistas em cardiologia.</p> <p>O fornecimento de uma indicação escrita específica para o exame correlacionou-se fortemente com sua utilidade clínica do exame ($P < .001$).</p>
<p>Análise do perfil de encaminhamentos realizados pela Atenção Básica/ Saúde da Família do município de Belo Horizonte ao serviço de Estomatologia do Hospital Municipal Odilon Behrens</p> <p>Barbosa NR e colaboradores</p>	<p>2015, Brasil</p>	<p>Estudo epidemiológico transversal baseado em análise retrospectiva e descritiva.</p> <p>Foram avaliados 1.992 encaminhamentos de pacientes</p>	<p>Encaminhamentos da Atenção Primária/Saúde da Família ao Departamento de Estomatologia do HOB.</p>	<p>Quanto à prioridade dos encaminhamentos, 37% foram de alta prioridade, 30% de prioridade média e 16% de baixa prioridade. Cinco por cento apresentaram alterações não descritas no protocolo, 4% foram erroneamente encaminhados e 8% não possuíam alterações no momento da consulta. Apesar da concordância com o que foi estabelecido pelo protocolo de regulação local, observou-se critérios de pouca objetividade, divergindo da</p>

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
				orientação do Ministério da Saúde, concluindo haver necessidade de revisão do protocolo e educação permanente.
<i>Inadequate specialist care referrals for high risk asthma patients in the UK: an adult population-cohort 2006-2017</i> Bloom CI, 2021	2021, Reino Unido	Estudo observacional do tipo Coorte 246.116 pacientes com asma elegíveis	identificação de pacientes com asma de alto risco, usando registros eletrônicos de saúde no Reino Unido entre 2006-2017	Dos pacientes elegíveis, houve um aumento ligeiro de encaminhamentos a atenção secundária de 2014 em diante, mas persistindo baixo, com <20%, em cada grupo de alto risco, ou seja, a maioria dos pacientes não foi encaminhada para cuidados especializados, como recomendado pelas diretrizes nacionais. Comparados a outros fatores de risco, aqueles admitidos no hospital tinham mais probabilidade de receber encaminhamento.
<i>Economic Analysis of Specialist Referral Patterns in Machay, Queensland Following HealthPathways Implementation</i> Blythe R e colaboradores	2021, Austrália	Análise retrospectiva de custos de atendimento ambulatorial especializado. Pacientes encaminhados por médicos generalistas de Mackay, Queensland, Austrália.	Análise econômica pré e pós implementação do HealthPathways, um portal de informações em saúde online, usado por clínicos gerais e outros profissionais de saúde da APS no ponto de atendimento que fornece suporte aos clínicos gerais quando as decisões de encaminhamento são complexas.	Foram avaliados os caminhos de 4 grupos de doenças (diabetes, doenças respiratórias, cardiologia e urologia) durante um período comparável de 3 meses antes e depois da implementação. A conclusão é que o portal tenha coincidido com a redução nos gastos ambulatoriais, com economias potenciais de centenas de milhares para o sistema de saúde. As limitações do estudo foram relacionadas a não se conseguir vincular isso a uma mudança nos resultados dos pacientes ou se a plataforma era custo-efetiva.
<i>Using electronic referral with digital imaging between primary and secondary</i>	2013, Reino Unido	Estudo observacional, longitudinal e prospectivo que	Viabilidade e Eficácia da Implementação de uma Unidade Centralizada de	Redução no tempo de espera de 14 para 4 semanas. 2178 novas consultas economizadas em 2008. Economia estimada de

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>ophthalmic services: a long term prospective analysis of regional service redesign</i> Borooah S e colaboradores		Pacientes encaminhados eletronicamente por médicos e optometristas.	Encaminhamento Eletrônico Oftalmológico (COERU) e criação de um novo formulário de encaminhamento eletrônico.	£239.580 por ano para novos atendimentos. Redução no número de queixas do departamento de 7,5 para 3,5 por ano.
<i>Improving diagnosis of early inflammatory arthritis: results of a novel triage system</i> Bruschi E e colaboradores	2013, Itália	Estudo de questionário comparando resultados do questionário com o diagnóstico feito pelo reumatologista após exame médico padrão. Foram incluídos 484 pacientes no estudo.	Administração de um questionário simples para identificar sinais e sintomas de artrite inflamatória (IA).	Dos 484 pacientes incluídos no estudo, 34 (7,02%) foram confirmados como tendo IA precoce. A pesquisa por telefone e a pesquisa em ambulatório foram capazes de detectar pacientes sem IA precoce em 99,5% dos casos. O tempo médio necessário para completar o questionário foi de 1 minuto em ambas as pesquisas.
<i>Impact of a Novel Social Work Program on Access to Tertiary Care</i> Burlotos A e colaboradores	2022, México	Estudo de coorte pareado 91 Pacientes rurais pobres de Chiapas, México.	Avaliar a eficácia do RTHC, um programa inovador e único no México que fornece intervenções para ajudar os pacientes a superar as barreiras aos cuidados de saúde, financiando os custos médicos e não médicos dos pacientes, coordenando serviços de assistência social (que encontra-se na APS) e	Os pacientes do RTHC tiveram mais probabilidade de ter uma referência aceita e de comparecer a uma consulta em comparação com o grupo controle pareado, eles também tiveram mais probabilidade de ter sua primeira referência aceita. Entre os pacientes com uma referência aceita, os pacientes do RTHC tiveram mais probabilidade de comparecer a uma consulta. Portanto, o RTHC foi bem aceito no aumento do acesso aos cuidados especializados, aumentando a aceitação do encaminhamento e a frequência às consultas. Um modelo econômico teórico publicado de um subconjunto de pacientes do programa

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
			forneendo suporte e acompanhamento de navegação do paciente.	RTHC prevê um impacto e custo-efetividade significativos
<i>Healthcare costs incurred by patients repeatedly referred to secondary medical care with medically unexplained symptoms: A cost of illness study</i>	2012, Reino Unido	Estudo de custo de doença para estimar os custos dos cuidados de saúde incorridos por pacientes referidos repetidamente para a atenção médica secundária com sintomas médicos inexplicáveis (MUS). Pacientes adultos <65 anos.	Análise de custo de doença, de um banco de dados de referência e revisão de notas de casos, para estimar os custos dos cuidados de saúde incorridos por pacientes referidos repetidamente da APS para serviços especializados do Reino Unido com MUS (não houve intervenção específica).	Os pacientes referidos repetidamente com MUS tiveram custos médios mais altos de internação, consulta ambulatorial e atendimento de emergência do que aqueles com pouca frequência. Uma forma alternativa de gestão que reduza tais encaminhamentos oferece potencial economia de custos.
Burton C e colaboradores				
<i>Waiting time for medical specialist consultations in Canada, 2007</i>	2010, Canadá	Estudo observacional transversal que usou modelos de regressão logística multivariada. Responderam 5.515 participantes com 15 anos ou mais à Pesquisa de Saúde da Comunidade Canadense de 2007	Descrição dos tempos de espera do serviço, considerando o sexo, nova condição de saúde, origem do encaminhamento, fatores sociais	Pacientes do sexo feminino, homens com renda familiar baixa, status de imigrantes e aqueles encaminhados por um médico de família tiveram tempos de espera prolongados para acessar um especialista. Quase metade dos pacientes, incluindo aqueles com uma nova condição em saúde mental e com doenças potencialmente fatais (doença cardíaca/AVC ou câncer), esperou menos de um mês para sua consulta inicial com um especialista. Enfim, fatores além das necessidades de saúde prolongaram o tempo de espera. Tomada de decisão e comunicação entre os profissionais da APS e AE devem ser melhor avaliados para entender quais casos são
Carrière G e colaboradores				

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
				urgentes e os fatores que afetam a triagem para os diferentes grupos de pacientes.
<i>Integrated diagnostic pathway for patients referred with suspected OSA: a model for collaboration across the primary–secondary care interface</i>	2020, Reino Unido	Estudo comparativo. 70 pacientes encaminhados com suspeita de Apnéia Obstrutiva do Sono (OSA) entre janeiro de 2018 e fevereiro de 2019.	Implementação de uma clínica mensal em uma prática geral local com suporte de uma equipe multidisciplinar virtual do hospital.	Redução significativa no tempo para realização do teste de sono (29 vs 181 dias), diagnóstico (40 vs 230 dias) e início do tratamento (127 vs 267 dias); maior satisfação do paciente; menos consultas ambulatoriais no hospital; economia de até £290 por paciente.
Devani N e colaboradores				
<i>A New Model to Decrease Time-to-Appointment Wait for Gastroenterology Evaluation</i>	2013, EUA	Estudo de intervenção, sem controle. Novos pacientes encaminhados para avaliação de gastroenterologia.	Implementação de um novo modelo de atendimento com um pediatra geral em vez de um especialista para determinadas queixas clínicas e uma enfermeira navegadora para triagem de pacientes; análise de todos os encontros de pacientes durante um período de 8 meses.	O pediatra de “acesso” avaliou e tratou aproximadamente 40% de todos os novos pacientes durante o período do estudo; cerca de 10% dos pacientes avaliados pelo pediatra foram encaminhados ao especialista; redução do tempo médio de espera para consultas de 25 dias para menos de 1 dia; alta satisfação dos pais/famílias.
Di Guglielmo MD e colaboradores				
<i>Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte</i>	2012, Brasil	Pesquisa avaliativa com estudos de caso, utilizando metodologias quantitativas e qualitativas. Médicos das equipes da Estratégia Saúde	Implementação de estratégias de coordenação entre APS e AE.	As estratégias de coordenação identificadas foram a regionalização de Centros de Especialidades Médicas (CEM), a organização de fluxos e acesso à atenção especializada, a implementação de comissão de regulação local e distrital, a implementação de protocolos/diretrizes/linhas de
Dias MP e				

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
colaboradores		da Família (SF), gerentes de serviços de saúde e cardiologistas em duas regionais de saúde do município de Belo Horizonte.		<p>cuidado, a implementação de prontuário eletrônico e iniciativas de comunicação entre os profissionais da APS e AE. A implantação do CEM promoveu a melhora da oferta e redução dos tempos de espera para consultas especializadas. A comissão de regulação local mostrou-se pouco formalizada, e os protocolos clínicos ou linhas de cuidado estão em processo de implantação e aprimoramento.</p> <p>A maioria dos médicos das equipes SF afirmou conseguir realizar um acompanhamento clínico satisfatório dos pacientes hipertensos nos centros de saúde. O prontuário eletrônico é utilizado por todos os médicos das equipes SF e pela maioria dos cardiologistas do CEM, e dois terços dos médicos das equipes SF avaliaram que o uso compartilhado do prontuário eletrônico melhorou a coordenação do cuidado. Encontros de diálogo clínico entre médicos das equipes SF e cardiologistas do CEM foram implementados recentemente e não sendo possível avaliar impactos no cuidado dos pacientes.</p>
Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados Dos Santos M e colaboradores	2021, Brasil	Estudo transversal, baseado no questionário COORDENA-BR 64 médicos da APS e da 56 da AE da rede pública de um município de	Não se aplica, pois o estudo analisa a experiência dos médicos e explora fatores relacionados à coordenação entre APS e AE.	Limitada articulação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com diferenças entre APS e AE. Falta de troca de informações sobre diagnóstico, tratamento e exames. Médicos da APS concordam mais com os tratamentos indicados na AE do que o contrário, mas a repetição de exames não é frequente. Médicos da APS

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
		médio porte da Região Nordeste do Brasil.		encaminham pacientes para AE quando necessário. A maioria dos médicos da AE não realiza encaminhamento para consulta de acompanhamento e não faz orientações para a APS, que, por sua vez, não esclarece dúvidas com o profissional da AE. Ambos referem longos tempos de espera para consulta especializada. Políticas e ações para a garantia de condições estruturais de melhoria do acesso, de condições de trabalho e de adaptação mútua mais favoráveis precisam ser implementadas de forma sistêmica para o conjunto dos serviços do Sistema Único de Saúde.
<p><i>Determinants of timely access to Specialized Mental Health Services and maintenance of a link with primary care: a cross-sectional study</i></p> <p>Dos Santos T; Bakolis L; Onocko-Campos R.</p>	2021, Brasil	<p>Estudo transversal</p> <p>341 usuários de Serviços Especializados de Saúde Mental em uma cidade de médio porte no Brasil.</p>	Estudo observacional	<p>Fatores positivamente associados ao acesso oportuno foram o diagnóstico de psicose ou uso indevido de substâncias psicoativas. Fatores inversamente associados incluíram maior renda, identificação da necessidade de cuidados de saúde mental em consulta por queixas gerais, encaminhamento pelo serviço de Atenção Primária e tempo de acompanhamento no serviço atual. O estudo reforça a necessidade de fortalecer a integração entre APS com os Serviços Especializados de Saúde Mental, tanto para reduzir o tempo de espera para encaminhamentos entre serviços quanto para beneficiar a continuidade do cuidado.</p>
<p><i>An analysis of waiting times in patients with</i></p>	2020, Escócia	Revisão de um banco de dados prospectivo.	Investigação dos cronogramas de gerenciamento do	Os resultados deste estudo mostram que o câncer de tireoide não se enquadra bem

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>thyroid cancer</i> Gardner D		Foram elegíveis 62 de 153 pacientes diagnosticados com carcinoma diferenciado da tireoide (DTC) na NHS Lothian, na Escócia,	câncer de tireoide, observando os fatores que afetam o tempo de tratamento e diagnóstico: influência da biópsia diagnóstica ou FNA (aspiração com agulha fina) pré-cirúrgica, tipo de encaminhamento do médico de família e outras variáveis demográficas e clínicas dos pacientes nos prazos de gerenciamento do câncer de tireoide.	nos alvos de tratamento e diagnóstico estabelecidos pelas diretrizes do governo escocês. Apenas 10% a 16% dos pacientes atenderam aos alvos de tratamento (62 dias) e diagnóstico (31 dias) estabelecidos para pacientes com suspeita de câncer, respectivamente. Além disso, o estudo revelou que a realização de biópsia diagnóstica ou FNA pré-cirúrgica com resultados Thy5 ou Thy4 altamente sugestivos pode acelerar significativamente o tempo até o tratamento e diagnóstico. O tempo médio até o diagnóstico e tratamento foi significativamente menor em pacientes que realizaram esses procedimentos em comparação com aqueles que não realizaram. Não houve um efeito significativo do tipo de encaminhamento do médico de família nos prazos de gerenciamento do câncer de tireoide. Em geral, a mortalidade foi baixa, com apenas um paciente..
Welche Kriterien beeinflussen Hausärzte bei der Überweisung zum Spezialisten in der ambulanten Versorgung? Eine qualitative Studie zur Sichtweise von Hausärzten Gröber-Grätz D e colaboradores	2011, Alemanha	Estudo qualitativo A população do estudo consiste em clínicos gerais que atuam na Alemanha.	Foram realizadas 22 entrevistas semiestruturadas com esses profissionais para coletar suas experiências e opiniões sobre a cooperação com especialistas e identificar critérios e barreiras no processo de encaminhamento dos pacientes.	Os resultados apontam que os clínicos gerais possuem critérios claros para encaminhar pacientes aos especialistas, como habilidades médicas, boa relação médico-paciente, satisfação do paciente, disposição para agendar consultas em curto prazo em casos urgentes, diagnóstico oportuno e comunicação adequada entre os profissionais. As barreiras expressas incluíram o tempo de espera por consulta e o aumento da oferta de serviços

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
				de saúde individuais por parte de especialistas. Medidas conjuntas de formação ou círculos de qualidade poderiam melhorar o contato pessoal entre médicos de clínica geral e especialistas numa região.
<i>Delay in diagnosis of patients with head-and-neck cancer in Canada: impact of patient and provider delay</i> Kassirian, S e colaborades	2020, Canadá	Estudo Transversal descritivo Pacientes que se apresentaram pela primeira vez à equipe multidisciplinar de câncer de cabeça e pescoço (hnc) comprovado por biópsia.	Foi aplicado um questionário sobre a apresentação inicial dos sintomas, suas consultas médicas anteriores e o tempo entre as consultas.	O estudo encontrou que o tempo médio para os pacientes terem sua primeira consulta foi de 15,1 meses, sendo 3,9 meses para os pacientes verem um profissional de saúde pela primeira vez desde o início dos sintomas e 10,7 meses desde a primeira consulta com um profissional de saúde até a clínica multidisciplinar. Os pacientes consultaram em média 3 profissionais de saúde antes da visita à clínica multidisciplinar. Os resultados sugerem que há atrasos significativos no diagnóstico e tratamento do hnc em um ambiente de saúde universal no Canadá.
<i>Do general practices which provide an acupuncture service have low referral rates and prescription costs? A pilot survey</i> Johnson, G; White, A; Livingstone, R.	2015, Reino Unido	Pesquisa de viabilidade sobre encaminhamentos e prescrições A população do estudo não é especificada no texto. Entretanto, o estudo foi realizado em três Primary Care Trusts (PCTs) na Inglaterra.	A intervenção avaliada neste estudo foi identificar a oferta de acupuntura realizada por membros das equipes de PCTs da APS da Inglaterra. A busca inicial foi por e-mail, seguida de dados sobre as taxas de encaminhamentos e de custos de prescrições de analgésicos não	Os resultados do estudo indicaram que apenas uma pequena proporção de práticas de cuidados primários na Inglaterra oferecem acupuntura no âmbito do NHS (Serviço Nacional de Saúde), e que há uma variação considerável na oferta de acupuntura entre diferentes áreas geográficas. No entanto, não foi possível demonstrar de forma consistente que a oferta de acupuntura em cuidados primários reduz a necessidade de encaminhamento para cuidados secundários ou reduz os custos de prescrição para

Título, Autores	Ano/ País	Delimitação do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
			esteroides (AINE) e não opióides foram obtidos da Prescription Pricing Authority.	tratamentos de dor musculoesquelética. Além disso, o estudo identificou imprecisões e variações na apresentação de dados pelos PCTs, o que tornou os resultados menos confiáveis. Portanto, conclui-se que seria necessário um levantamento em grande escala para identificar qualquer tendência consistente nas taxas de prescrição ou encaminhamento associadas à oferta de acupuntura em cuidados primários, e que as práticas de coleta de dados precisam ser melhoradas para garantir a precisão dos resultados.
<i>Improving efficiency and saving money in an otolaryngology urgent referral clinic</i> Ibrahim N e colaboradores	2015, Reino Unido	Auditoria em circuito fechado comparando os resultados antes e depois da implementação das mudanças. Pacientes encaminhados para a clínica de encaminhamento urgente de otorrinolaringologia (ORL) em dois ciclos: um inicial avaliou 490 pacientes e o subsequente avaliou 396 pacientes.	Implementação de recomendações clinicamente relevantes e economicamente viáveis, baseadas em dados coletados através de uma auditoria em circuito fechado	Os resultados do estudo demonstraram que a implementação de recomendações clinicamente relevantes e economicamente viáveis, baseadas em dados coletados através de uma auditoria em circuito fechado, resultou em uma melhoria significativa na eficiência e na economia de dinheiro na ORL de um hospital em Londres. Foi observada uma diminuição no número de pacientes atendidos, nas consultas de acompanhamento e nas referências inadequadas. As reservas diretas em clínicas ambulatoriais diminuíram 8%, devido à utilização correta da via de referência. Foi relatada uma economia financeira total de £ 32490 em um período de 3 meses (£ 590 por clínica). As comparações de todos os conjuntos de dados mostraram significância estatística $P < 0,05$.

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Effect of primary health care reforms in Turkey on health service utilization and user satisfaction</i> Hone T e colaboradores	2016, Turquia	Estudo longitudinal A população composta por todos os residentes nas 81 províncias da Turquia	Introdução gradual da medicina de família em todas as províncias entre 2005 e 2010 com o objetivo de melhorar o acesso aos serviços de saúde, aumentar a utilização dos serviços de APS e melhorar a satisfação do usuário com os serviços de saúde na Turquia. O estudo avaliou o efeito desta intervenção na utilização dos serviços de saúde e na satisfação do usuário.	Os resultados deste estudo mostram que a introdução gradual da especialidade teve um efeito positivo na utilização dos serviços de saúde e na satisfação do usuário. O número médio de consultas da APS aumentou e houve um crescimento anual mais lento nas consultas de APS e secundárias. A APS aumentou como provedor preferido em 9,5% ao longo de 7 anos, com os motivos de proximidade e satisfação com o serviço, que aumentaram em 14,9% (APS) e 11,8% (AE), respectivamente.
<i>The straight to test endoscopy service for suspected colorectal cancer: meeting national targets but are we meeting our patients' expectations?</i> Hitchins, CR e colaboradores	2014, Reino Unido	Estudo do tipo transversal e descritivo A população do estudo consiste em 174 pacientes que foram submetidos à um Serviço de Endoscopia Direta ao Teste (STT) por meio de um banco de dados	Um questionário anônimo de avaliação sobre a satisfação com o STT para suspeita de câncer colorretal, o tempo entre o encaminhamento e a investigação, as informações pré-teste, as instruções de preparação intestinal e o tempo até os resultados, bem como a preferência por uma consulta ambulatorial tradicional pré-teste ou	Com base nos 174 questionários obtidos, cerca de: - 82% dos pacientes estavam muito satisfeitos com o serviço em geral e com o tempo desde o encaminhamento até o teste; - 75% dos pacientes estavam satisfeitos com o tempo desde o teste até os resultados; - 73% estavam satisfeitos com as informações fornecidas sobre a endoscopia; e - 69% estavam satisfeitos com as instruções de preparação do intestino; 8% dos pacientes prefeririam ter consultado um especialista antes da endoscopia e 31% prefeririam uma consulta ambulatorial pós-teste; - 68,4% dos pacientes estavam satisfeitos de que o encaminhamento era para

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
			pós-teste e o conhecimento de que o encaminhamento era para suspeita de câncer intestinal.	suspeita de câncer de intestino. O estudo revela que o serviço atende às metas nacionais e minimiza a sobrecarga nos ambulatorios. No entanto, o sucesso deste serviço depende fortemente da comunicação precisa entre o médico generalista, o paciente e o atendimento secundário.
<p>Service redesign: the experience of Newcastle Diabetes Service 2001-2007</p> <p>Hawthorne G.; Grzebalski D.K.</p>	2009, Reino Unido	<p>Abordagem qualitativa baseada em relatos ou estudos de caso descritivo.</p> <p>A população do estudo foi de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII) no Serviço de Diabetes, localizado no Primary Care Trust (PCT) de Newcastle.</p>	<p>A intervenção no estudo incluiu mudanças nos serviços de atendimento primário, comunitário e especializado, como a criação de caminhos de atendimento para pacientes com DMII em 3 níveis, desde a atenção primária até a especializada. Também foram estabelecidos serviços especializados para jovens adultos, e desenvolvidas clínicas de avaliação comunitária (podologia, triagem de retinopatia diabética), facilitando o acesso rápido a conselhos e avaliações de especialistas. Atualizações regulares e</p>	<p>Como resultados, possibilitou que os pacientes com necessidades específicas recebessem cuidados no serviço especializado de diabetes, enquanto a maioria dos pacientes com diabetes tipo 2 era atendida na atenção primária e comunitária. Houve um aumento considerável no número de pacientes que recebiam todos os seus cuidados de diabetes na atenção primária, passando de 50% em 2000 para 67% em 2007, apesar do aumento na prevalência do diabetes. A colaboração e o apoio entre os serviços de atenção primária, comunitária e especializada foram fundamentais para alcançar esses resultados. O estudo também destacou a importância do suporte contínuo à atenção primária para que ela continue fornecendo cuidados de alta qualidade aos pacientes com diabetes, com o serviço comunitário de diabetes atuando como um apoio importante nesse processo.</p>

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
			sessões de treinamento para enfermeiros e médicos da APS foram realizadas.	
Barriers to Referral in Swaziland: Perceptions from Providers and Clients of a System under Stress Macintyre e colaboradores	2011, Africa Austral	Estudo Transversal População de 52 provedores seniores, 161 provedores e 307 pacientes em 52 unidades de saúde, além de 81 curandeiros tradicionais e 247 profissionais de saúde de 82 comunidades. Profissionais da rede privada também foram entrevistados	Aplicação de questionários estruturados e semiestruturados	Foram encontradas barreiras para regulação do acesso: fila de espera, falha de comunicação no sistema, falta de profissional e medo da falta de confidencialidade, falta de recursos. Para muitos serviços, a maioria dos profissionais de clínicas têm maior probabilidade de não fornecer um serviço e encaminhá-lo, em comparação com provedores de hospitais e centros de saúde que muitas vezes fornecem e encaminham para o serviço. A falta de um protocolo claro também foi evidenciada. Outro dado constatado é de que o serviço que recebe não tem informação sobre o estado do paciente.

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<p><i>Waiting time prioritization for specialist services in Italy: The homogeneous waiting time groups approach</i></p> <p>Mariotti G e colaboradores</p>	2014, Itália	<p>Estudo qualitativo</p> <p>População de Pacientes atendidos em Unidades Locais de Saúde, Clínico Geral, Especialistas</p>	<p>Implementação dos Homogeneous Waiting Groups (HWGs)</p>	<p>Os grupos de prioridade HWG são usados com mais frequência para áreas diagnósticas específicas. Em 2011, os encaminhamentos com a maior proporção de HWGs incluíam procedimentos de imagem e certos tipos de visitas especializadas. Em 2011, entre 67 GPs no distrito piloto, a proporção de encaminhamentos com HWGs (A, B, C, E, P) variou entre 6% e 43,5%, com média de 22%, mediana de 21% e desvio padrão de 8%. 79% dos GPs apresentaram uma proporção de encaminhamentos com HWGs entre 10% e 30%. A variação entre os GPs, portanto, não é muito alta. Essas variações refletem não apenas diferenças nas necessidades das populações, mas também diferentes graus de engajamento com a abordagem HWG.</p>
<p><i>Improving referral activity on primary–secondary care interface using an electronic decision support system</i></p> <p>Mariotti T, Gentilini M, Dapor V</p>	2013, Itália	<p>Estudo qualitativo</p> <p>62 médicos de família e especialistas.</p>	<p>Avaliar o feedback eletrônico e de uma sistema eletrônico de suporte à decisão de encaminhamento (ERSS), por meio de um sistema de classificação de tempo de espera com base em diferentes categorias de prioridade clínica, chamado de Homogeneous Waiting Groups (HWGs)</p>	<p>Observou-se um nível moderado de consenso na primeira fase da interface entre atenção primária e secundária, mas depois o consenso aumenta significativamente, mostrando uma substancial concordância na segunda fase e uma concordância muito alta na terceira. O aumento global no encaminhamento em 2011 pelos médicos de atenção primária que utilizam o ERSS (terceira fase) é explicado pela tendência dos mesmos médicos de aumentar as prescrições, mas especialmente pela utilização do HWG E (tempo máximo de</p>

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
				espera não especificado) e P (exame de repetição planejado para acompanhamento).
<i>The impact of integrating electronic referral within a musculoskeletal model of care on wait time to receive orthopedic care in Ontario.</i>	2020, Canadá	Estudo descritivo Pacientes com problemas musculoesqueléticos no quadril e joelho	Integração do eReferral (Encaminhamento eletrônico) com um modelo de cuidados musculoesqueléticos em quadril e joelho	Houve 1.723 pacientes inicialmente encaminhados eletronicamente para consultas de dor no quadril e joelho, enquanto 13.780 encaminhamentos começaram em papel e transcritos no sistema para serem encaminhados posteriormente eletronicamente pela central de atendimento para uma Clínica de acesso rápido. Observou-se superioridade de 21,76 dias a menos para os encaminhamentos eletrônicos em oposição aos feitos em papel, assim como uma espera média mais curta em 21,42 dias ($p < 0,001$). O mesmo vale para os encaminhamentos eletrônicos mais rápidos que via fax. Um total de 87,7% dos 393 ficaram satisfeitos com sua experiência com o processo de encaminhamento eletrônico e 81% concordaram que esperaram um tempo razoável para receber os cuidados necessários.
Mohammed HT, Payson L, Alarakhia M.				
<i>An Integrated Kidney Care eConsult Practice Model: Results from the iKinect Project</i>	2019, Canadá	Estudo descritivo misto População de 52 médicos da atenção primária e 23 nefrologistas	Avaliação de viabilidade e confiabilidade com o uso do eConsult entre médicos (PCPs) da APS e nefrologistas; Entrevistas semiestruturadas	Foram realizados 250 encaminhamentos tradicionais e 106 via eConsult durante esse período. O tempo médio de resposta para o eConsult foi de 15 (3–64) h, com 25% originados fora da região central de Toronto. O tempo médio para a primeira consulta clínica de um encaminhamento tradicional foi de 4 meses (111 [61–163] dias). Entrevistas com PCPs e nefrologistas revelaram alta satisfação do usuário,
Ong e colaboradores				

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
				citando eficiência e resposta oportuna como principais facilitadores. Conclusão: A plataforma eConsult foi aceitável, viável e facilitou o acesso ao tratamento nefrológico em comparação com os encaminhamentos tradicionais. Médicos relatam melhorias na prestação de cuidados médicos, lacunas no atendimento nefrológico, experiência do paciente e utilização de serviços de saúde.
<i>Email triage is an effective, efficient and safe way of managing new referrals to a neurologist</i> Patterson e colaboradores	2010, Reino Unido	Revisão retrospectiva. População de pacientes de dois pequenos hospitais rurais da Irlanda referenciados para clínicas cujo o autor era o neurologista, juntamente com um neurologista assistente alternativo.	Sistema de triagem por e-mail	O estudo iniciou-se em 2002 em três clínicas, ampliado para outras clínicas em 2004. Não houve evidência de aumento do encaminhamento para a neurologia convencional à medida que o sistema de e-mail se tornou mais amplamente utilizado a partir de 2004. O tempo de espera para encaminhamento convencional caiu de 72 para 13 semanas em 2007, pois os pacientes que esperavam mais do que isso eram atendidos no setor privado. Não houve mudança óbvia na qualidade do encaminhamento ao longo do tempo.
<i>Renal quality outcomes framework and eGFR: impact on secondary care</i> Phillips LA, Donovan KL, Phillips AO	2009, Reino Unido	Estudo observacional descritivo População de 560.000 habitantes atendidas por cinco Conselhos Locais de Saúde Primária, de um único NHS Trust.	Caracterizar o impacto de um Mapa de caminho de atendimento do paciente (Map of Medicine) associado à triagem sistemática de todos os novos encaminhamento	A triagem sistemática dos novos encaminhamentos demonstrou que 36% eram inadequadas ou insuficientes em termos de informações clínicas fornecidas. A introdução da via de atendimento renal foi associada a uma redução tanto no número de referências inadequadas quanto no número total de novas referências recebidas. No geral, 62% de

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
				<p>todos os consultórios de atenção primária registrados no Map of Medicine enviaram uma proporção maior de encaminhamentos apropriados e eram menos propensos a gerar um encaminhamento do paciente com informações inadequadas. A iniciativa também possibilitou altas gerenciadas de configurações de cuidados secundários para primários, liberando capacidade ambulatorial.</p>
<p><i>Effect of Integrated Gastroenterology Specialists in a Primary Care Setting: a Retrospective Cohort Study</i></p> <p>Philpot e colaboradores</p>	<p>2020, EUA</p>	<p>Coorte retrospectiva</p> <p>População de 265 pacientes que tiveram uma consulta com um dos especialistas em ICS-GI e os comparou (1:2) a 530 pacientes semelhantes vistos antes da implementação do modelo ICS-GI.</p>	<p>Modelo de especialista em gastroenterologia da comunidade integrado à APS (ICS-IG) e o modelo de "patient-centered medical home" (PCMH)</p>	<p>Observou-se que o modelo ICS-GI estava associado a um tempo reduzido para consulta especializada, menos visitas à prática de referência GI padrão sem aumento do uso de serviços de emergência e aumento da probabilidade de visitas com atendimento primário. Um modelo ICS-GI pode reduzir o tempo para consultas presenciais quando o especialista está incorporado à prática de atendimento primário. O modelo oferece uma oportunidade para o especialista em ICS-GI trabalhar por meio de modalidades de cuidado não presenciais (e-consultas, mensagens), o que fornece orientação para o médico da APS fazer o acompanhamento do paciente com mais conforto, reduzindo a necessidade de visitas clínicas de pacientes GI ambulatoriais.</p>
<p><i>A retrospective review of rheumatology referral wait times within a</i></p>	<p>2010, Canadá</p>	<p>Revisão retrospectiva</p> <p>População de 202 pacientes de um</p>	<p>Avaliação dos tempos de espera para novas consultas de pacientes com</p>	<p>Os resultados mostraram que os pacientes com artrite inflamatória foram atendidos aproximadamente 34,6 dias (mediana 26) após o</p>

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>health centre in quebec</i> Qian e colaboradores		centro de cuidados	artropatias inflamatórias	encaminhamento. O tempo de espera para indivíduos que finalmente foram diagnosticados com condições não urgentes (osteoartrite, fibromialgia e reumatismo de partes moles) foi em média de 41,0 dias (mediana 29).
<i>Impact of Implementation of Electronically-Transmitted Referrals on Pediatric Subspecialty Visit Attendance</i> Ray e colaboradores	2017, EUA	Estudo transversal Um hospital infantil autônomo com 315 leitos no sudoeste da Pensilvânia.	Implementação de Encaminhamentos eletrônicos	A introdução de encaminhamentos transmitidos eletronicamente foi associada a melhorias modestas nas consultas agendadas e nas visitas realizadas após o encaminhamento, bem como ao aumento da satisfação do médico da APS com aspectos do processo de encaminhamento.
<i>Using an Electronic Consult Form to Facilitate PCP-Specialty Care Coordination</i> Rea e colaboradores	2018, EUA	Estudo transversal Um total de 82 PCPs (profissionais da atenção primária) realizaram 510 consultas durante o período piloto.	Sistema eletrônico de consulta e encaminhamento (Shared Care), projetado para permitir que PCPs comuniquem questões de encaminhamento, peça orientação sobre gerenciamento médico e facilitem consultas agendadas com urgência para problemas semi-urgentes.	Os especialistas responderam a 88% das solicitações em até 3 dias úteis. Dezoito por cento das consultas especializadas foram adiadas e 21% foram aceleradas. Em ambos, os tempos de espera diminuíram de 48 para 34 dias. A maioria dos PCPs disse que o sistema Shared Care facilitou uma melhor comunicação com os especialistas (89%) e permitiu que eles prestassem atendimento superior ao paciente (92%). Os especialistas relataram que o sistema exigia uma quantidade mínima de tempo e permitia que eles educassem os PCPs e encaminhassem a triagem.
<i>The British Columbia Nephrologists' Access Study (BCNAS) - a</i>	2013, Canadá	Estudo Observacional prospectivo, pré e pós-intervenção.	Iniciativa provincial com a colaboração de médicos no gerenciamento	Em 2010 e 2012, participaram 43/52 (83%) e 46/57 (81%) dos nefrologistas da BC. O tempo de espera diminuiu de 98 (IQR44.157) para 64

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>prospective, health services interventional study to develop waiting time benchmarks and reduce wait times for out-patient nephrology consultations</i>		Pacientes com doença renal crônica encaminhados para consultas ambulatoriais de nefrologia na Columbia Britânica (BC).	ativo do tempo de espera associada ao melhor acesso a nefrologistas, a fim de se estudar o tempo e parâmetros de espera.	(IQR21.120) dias de 2010 a 2012 (p = <0,001), apesar de nenhuma mudança na eGFR de referência, dados demográficos, nem número de horas/semana de atendimento. O tempo de espera melhorou mais para pacientes de alta prioridade.
Schachter e colaboradores				
<i>Primary care challenges in diagnosing and referring patients with suspected rheumatoid arthritis: a national cross-sectional GP survey</i>	2018, Reino Unido	Estudo transversal Cinco mil médicos de clínica geral (GPs) ingleses, selecionados aleatoriamente usando o banco de dados de Binley .	Identificação de barreiras modificáveis ao encaminhamento precoce de pacientes suspeitos de artrite reumatóide (AR), por meio de um questionário, entre GPs ingleses	Hum mil trezentos e oitenta e oito GPs retornaram o questionário. O inchaço e a dor nas pequenas articulações foram os mais influentes no diagnóstico de AR (91 e 84% classificaram a importância destes como 4 ou 5 em uma escala de Likert de cinco pontos, respectivamente); investigações incluindo o fator reumatóide (RF) (61% classificação 4 ou 5) e anticorpo anti-CCP (72% classificação 4 ou 5) foram menos influentes. A história do paciente teve o maior impacto na decisão de encaminhar (92% classificando 4 ou 5 em uma escala Likert de 5 pontos), com marcadores de fase aguda (74% classificando 4 ou 5) e sorologia (76% classificando 4 ou 5) menos impactantes. Apesar da importância dada à história e ao exame, apenas 26% referiram suspeita de AR imediatamente sem investigação; 95% dos GPs que organizaram testes adicionais optaram por testar o RF.
Scott e colaboradores				
<i>Improvising</i>	2018,	Sistema de	Sistema de	Ao longo dos 2 anos do projeto,

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>access to services through a collaborative learning system at East London NHS foundation Trust</i> Shah e colaboradores	Reino Unido	Aprendizagem Colaborativa, tipo pesquisa-ação participativa População de 15 equipes baseadas na comunidade em ELFT (East London NHS Foundation Trust)	aprendizagem colaborativa um projeto desenvolvido para ajudar as equipes a se reunirem em intervalos regulares, compartilhar dados, testar e ampliar ideias por meio da melhoria da qualidade e ter acesso ao treinamento de consultores de melhoria qualificados na equipe central de melhoria da qualidade da ELFT	o tempo de espera desde o encaminhamento até a primeira consulta presencial diminuiu de uma média de 60,6 dias para 46,7 dias (uma redução de 23%), o não comparecimento na primeira consulta presencial reduzido de uma média de 31,7% para uma média de 20,5% (uma redução de 36%). Quanto à referência, o volume aumentou de uma média de 1021 por mês para uma média de 1280 por mês (um aumento de 25%)
<i>Evaluation of a novel strategy of triage in the haematology ambulatory care setting</i> Slusar J; Couban S; Shivakumar SP	2017, Canadá	Estudo transversal Pacientes hematológicos	Recomendações por escrito para um subconjunto de pacientes encaminhados	Um total de 444 de 2.400 encaminhamentos foram gerenciados com uma carta de recomendações. No seguimento de 1 ano, 58 (13%, 95% CI) das anormalidades que motivaram o encaminhamento foram resolvidas e 201 (45%, 95% CI) permaneceram estáveis. Apenas 1 morte durante o acompanhamento de 1 ano e a anormalidade hematológica piorou em 1% dos pacientes. Dos 203 (71%) profissionais de referência que responderam à pesquisa de satisfação, 90% indicaram que ficariam satisfeitos com as recomendações por escrito no futuro.
<i>GPs involvement in diagnosing, treating, and</i>	2020, Austrália	Abordagem qualitativa com entrevistas	Entrevistas semi-estruturadas visando identificar	Múltiplos fatores foram identificados como influenciando as decisões dos

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>referring patients with suspected or confirmed primary cutaneous melanoma: a qualitative study</i> Smith e colaboradores		semi-estruturadas e uma análise temática População de 23 médicos de clínica geral (GPs) que trabalham em clínica geral ou clínicas de câncer de pele na Austrália.	os fatores que influenciam as decisões dos GPs sobre diagnóstico, tratamento ou encaminhamento de pacientes com melanoma cutâneo	GPs para diagnosticar, tratar ou encaminhar pacientes com melanoma suspeito ou confirmado. Os fatores no nível do sistema de saúde incluíram a sobreposição de funções de GPs e especialistas e acesso e/ou disponibilidade de especialistas. Os fatores do nível de prática incluem oportunidades de treinamento formal e informal e ter um clínico geral com interesse especial em câncer de pele em sua prática. Os fatores do GP e do paciente incluíram os interesses clínicos do GP, as características clínicas (por exemplo, local e tamanho) e histopatologia do melanoma suspeito, elegibilidade para possível biópsia do linfonodo sentinela e preferências do paciente.
<i>Evaluating the cost and wait0times of a task-sharing model of care for diabetic eye care: a case study from Australia</i> Tahhan e colaboradores	2020, Austrália	Estudo transversal (Auditoria retrospectiva) Pacientes com diabetes de baixo risco recebidos em uma unidade de oftalmologia de hospital terciário.	Community Eye Care (C-EYE-C). C-EYE-C, um modelo de cuidado colaborativo, envolvendo avaliação optometrista baseada na comunidade e 'revisão virtual' por oftalmologistas para tratar pacientes de baixo risco.	O estudo encontrou maior eficiência no modelo de atendimento C-EYE-C em comparação com o atendimento hospitalar padrão em termos de tempo de espera e custos gerais para pacientes recém-encaminhados de baixo risco com doença ocular diabética. O modelo C-EYE-C reduziu o tempo de espera do paciente em 15 semanas (levando em consideração tanto a evasão hospitalar quanto a redução do tempo de espera de encaminhamento) e resultou em uma redução de 43% nos custos do sistema de saúde.
<i>SMART Mental Health Project: process</i>	2021, Índia	Estudo transversal quali-quantitativo	Implementação do Projeto de Avaliação,	Ao todo, 41 Ativistas de Saúde Social Credenciados (ASHAs) e 6 médicos da APS foram

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>evaluation to understand the barriers and facilitators for implementation of multifaceted intervention in rural India</i> Tewari e colaboradores		População: 3 unidades básicas de saúde (UBS) que atendiam as 12 aldeias no sul do estado indiano de Andhra Pradesh.	Encaminhamento e Tratamento Médico Sistemático de Saúde Mental (SMART)	treinados em sintomas de saúde mental e seu manejo. Os ASHAs acompanharam 98,7% dos casos positivos de triagem, e 81,2% destes foram diagnosticados clinicamente e tratados pelos médicos da APS. Os principais facilitadores da implementação foram treinamento e supervisão adequados da equipe de campo, ASHAs e médicos, uso de suporte eletrônico à decisão, incorporação de uma campanha de porta em porta e uso de dramas/vídeos culturalmente adaptados para aumentar a conscientização sobre os transtornos (TMCs) e organizar a saúde dos acampamentos no nível da aldeia, facilitando a realização de atividades de intervenção.
<i>Improving collaboration between specialists and general practitioners in services for individuals with chronic spinal cord injury living in rural areas of Switzerland: Baseline results from the SCI-Co study</i> Tomaschek e colaboradores	2022, Suíça	Estudo descritivo com uso de Questionário População: 21 médicos: 8 GPs e 13 especialistas em SCI.	Modelo de colaboração entre GPs e especialistas em SCI.	Satisfação elevada na colaboração; necessidade de melhoria em processos de encaminhamento.
<i>Dermatology patients in primary care through dialogue with secondary</i>	2024, Reino Unido	Avaliação de 3300 pacientes em serviço de diálogo dermatológico	Serviço de diálogo entre cuidados primários e secundários para dermatologia.	Satisfação alta entre pacientes e clínicos, com redução das listas de espera.

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenções para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>care providers: A service evaluation</i> Brainard e colaboradores				
Referral patterns, clinical examination and the two-week-rule for breast cancer: a cohort study McCain e colaboradores	2011, Reino Unido	Análise de dados retrospectiva. Participantes: 1.098 pacientes foram encaminhados a uma clínica especializada em mama.	Avaliar o sistema de encaminhamento de espera de duas semanas (mudança de regulação)	Apenas 45% dos pacientes foram corretamente referenciados. Independentemente da experiência clínica do referenciador, a sensibilidade e a especificidade das diretrizes de duas semanas para detectar o câncer de mama são baixas. Simplificar os critérios de referência melhora a capacidade diagnóstica e o tempo de espera
Audit of two-week rule referrals for suspected testicular cancer in Cornwall, 2003–2005 Kumaraswamy e colaboradores	2009, Reino Unido	Estudo de coorte retrospectivo. Participantes: Dois grupos de pacientes do sexo masculino com suspeita de câncer testicular: um grupo referenciado sob o sistema de referência de duas semanas durante o período de 2003-2005 e um grupo controle avaliado nos três anos anteriores à introdução do sistema (1997-1999). Foram incluídos pacientes encaminhados por clínicos da APS.	Avaliar o sistema de encaminhamento de espera de duas semanas (mudança de regulação).	Após avaliar 241 prontuários, os resultados do estudo mostraram que o câncer testicular foi encontrado em apenas 8% dos pacientes encaminhados pelo sistema de referência de duas semanas. Além disso, o encaminhamento para avaliação no serviço de urologia foi considerado inadequado em 48% dos casos avaliados. Dos casos encaminhados, 78% não precisaram de tratamento cirúrgico. Houve uma melhora de 9 dias no tempo médio de encaminhamento por clínicos gerais

Fonte: Elaborado pelo autor. Brasil, 2024

APÊNDICE 4

Tabela 4.1 - Características dos estudos de intervenções na AAE.

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Implementation of a 'Joint Clinic' to resolve unmet need for orthopaedic service in patients with hip and knee osteoarthritis: a program evaluation</i> Abbott J e colaboradores	2019, Nova Zelândia	Estudo observacional longitudinal População de 111 médicos da APS, 66 pacientes e 28 funcionários do hospital	Avaliação de implementação da Joint Clinic (Clínica Conjunta) para cuidados secundários de pacientes com osteoartrite (OA) em quatro componentes: avaliação de implementação, de processos, de resultados e entrevistas pré e pós-implementação.	O Conceito Joint Clinic foi adequado ao propósito e reduziu a necessidade não atendida de consulta de cuidados secundários para pacientes com osteoartrite de quadril e joelho. Há evidências para mostrar que a colaboração multidisciplinar e comunicação são essenciais para promover cuidados contínuos, coordenados e centrados no paciente em relação à OA
<i>Pre Consultation Questionnaires for Patients Attending Elective Foot and Ankle Clinics</i> Anugraha A e colaboradores	2021, Reino Unido	Estudo observacional do tipo transversal. Participantes: 53 pacientes com questionários e 51 pacientes sem questionários, com idades entre 15 e 81 anos. Questionário aplicado por profissionais de saúde.	Uso do questionário pré-consulta "Stockport Foot and Ankle Questionnaire" para investigar se o seu uso pode melhorar a eficiência, a produtividade e a padronização nas clínicas ambulatoriais de pé e tornozelo.	O tempo médio de consulta diminuiu de 22 minutos sem questionários para 15 minutos com questionários, economizando 7 minutos por consulta. A padronização das consultas também melhorou. O questionário pré-consulta é uma técnica inovadora para melhorar a eficiência, a produtividade e a padronização nas clínicas ambulatoriais de pé e tornozelo. Os autores recomendam o uso rotineiro desses questionários para economizar tempo valioso dos médicos.
<i>Evaluating the benefits of a rapid access chest pain clinic in Australia</i> Black JA e colaboradores	2019, Austrália	Estudo observacional de comparação prospectiva Participantes: 1914 pacientes encaminhados para avaliação ambulatorial	Avaliação de comparação dos resultados e segurança de uma Clínica de dor torácica de acesso rápido (RACPC) versus clínica habitual de cardiologia	O tempo médio de revisão foi menor para RACPC do que para os pacientes que receberam cuidados habituais (12 dias versus 45 dias). Todos os pacientes atendidos no RACPC receberam um diagnóstico na primeira visita à clínica, mas apenas 139 pacientes no grupo de cuidados habituais (32,0%). Houve menos

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
		de em uma clínica de acesso rápido a dor torácica de início recente (1479 pacientes atendidos no RACPC e 435 pacientes na clínica habitual de cardiologia)		reatendimentos não planejados no departamento de emergência para os pacientes no grupo RACPC em 30 dias (1,6% versus 4,4%) e 12 meses (5,7% versus 12,9%) do que no grupo de controle. Os eventos cardiovasculares adversos graves foram menos frequentes entre os pacientes avaliados no RACPC (0,2% versus 1,4%).
<p>Case Management may Reduce Emergency Department Frequent use in a Universal Health Coverage System: a Randomized Controlled Trial</p> <p>Bodenmann P e colaboradores</p>	2017, Suíça	<p>Ensaio Clínico Controlado Randomizado (ERC).</p> <p>Participantes: 250 usuários frequentes do departamento de emergência (5 ou mais visitas nos últimos 12 meses) que visitaram o ED do Hospital Universitário de Lausanne entre maio de 2012 e julho de 2013.</p>	<p>Intervenção individualizada de gerenciamento de casos (CM), que inclui assistência concreta na obtenção de direitos de renda, encaminhamento para atendimento médico primário ou especializado, acesso a cuidados de saúde mental ou tratamento de abuso de substâncias e aconselhamento sobre comportamentos de risco e utilização dos cuidados de saúde.</p>	<p>Houve 2,71 ($\pm 0,23$) visitas ao ED no grupo de intervenção e 3,35 ($\pm 0,32$) visitas no grupo controle após 12 meses.</p> <p>O gerenciamento de casos pode reduzir o uso do departamento de emergência por usuários frequentes através de uma melhor orientação no sistema de saúde. Os determinantes sociais de saúde desfavoráveis aumentam significativamente o uso do departamento de emergência por usuários frequentes.</p>
<p>Did waiting times really decrease following a service reorganization? Results from a retrospective study in a pediatric rehabilitation program in Québec</p> <p>Camden C e colaboradores</p>	2013, Canadá	<p>Estudo observacional e descritivo.</p> <p>Participantes: 188 famílias de crianças com deficiência atendidas por um programa de reabilitação no sul do Québec, Canadá.</p>	<p>Avaliar a eficácia da reorganização do serviço de reabilitação pediátrica na redução dos tempos de espera e melhorar a acessibilidade dos serviços, antes, durante e após a intervenção, com base em informações retiradas de prontuários médicos e banco de dados administrativo.</p>	<p>Os tempos de espera para os serviços de reabilitação pediátrica diminuíram significativamente após a reorganização, variando de 42% a 80% de redução, dependendo da disciplina e da fonte de dados.</p>

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Implementation of computerised physician order entry (CPOE) and picture archiving and communication systems (PACS) in the NHS: quantitative before and after study</i> Collin S e colaboradores	2008, Reino Unido	Estudo Quase-experimental controlado, antes e depois do estudo. Participantes: Pacientes de quatro hospitais de atendimento agudo do NHS na Inglaterra.	Implementação de sistemas CPOE e PACS para avaliar o impacto de componentes do programa nacional de tecnologia da informação (NPfIT) em medidas de eficiência clínica e operacional. Foi feita uma análise de dados de admissões hospitalares e consultas ambulatoriais entre 2000 e 2005.	O CPOE e o PACS estiveram associados a aumentos e reduções nos exames e nas solicitações.
<i>Access to publicly funded outpatient physiotherapy services in Quebec: waiting lists and management strategies</i> Deslauriers S e colaboradores	2016, Canadá	Desenho descritivo-correlacional Participantes: Serviços de fisioterapia ambulatorial em hospitais financiados publicamente em Quebec.	Documentar o acesso a serviços públicos de fisioterapia ambulatorial para pessoas com distúrbios musculoesqueléticos em hospitais e explorar fatores organizacionais associados ao tempo de espera.	Um total de 97 locais responderam (99%) à pesquisa. O tempo médio de espera foi superior a seis meses para 41% dos serviços de fisioterapia ambulatorial. As estratégias de gerenciamento de tempo de espera mais utilizadas foram políticas de presença e cancelamento (99,0%) e priorização de encaminhamentos (95,9%). Com base nas análises multivariadas, o uso de um processo de priorização com uma avaliação inicial e intervenção foi associado a tempos de espera mais curtos ($p=0,008$).
<i>The impact of a General Practitioner-led community paediatric allergy clinic: A service evaluation</i> El-Shanawany IR; Wade C; Holloway JA	2019, Reino Unido	Estudo retrospectivo tipo coorte. População: pacientes pediátricos com queixas alérgicas atendidas em 2013, 2014 e 2016.	Introdução de uma clínica comunitária de alergia pediátrica liderada por clínicos gerais com especial interesse (GPwSI) para estabelecer se houve melhorias no atendimento a pacientes com alergias na região de Islington, em Londres	O estudo questiona se houve redução nas internações hospitalares relacionadas a alergias, se os pacientes foram encaminhados para a clínica correta, qual proporção dos pacientes necessitou de acompanhamento pelo GP com especialização em alergia, se houve boa satisfação do paciente e se houve mudanças no tempo de espera da clínica. Em 2013, 65% destes pacientes recorriam a outros serviços

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
				hospitalares para queixas relacionadas a alergia antes de sua primeira consulta na clínica de alergia. Isso foi reduzido para 27,3% (comunidade) e 36,9% (hospital) em 2014 e mantido em 2016 (27,5% comunidade e 37,5% hospital), $P < 0,01$. A satisfação do paciente no hospital e nas clínicas comunitárias é muito alta.
<i>Wait Time Impact of Co-Located Primary Care Mental Health Services: Effect of Adding Collaborative Care in Northern Ontario</i>	2012, Canadá	Estudo observacional retrospectivo. Participantes: 3589 encaminhamentos de pacientes para 5 serviços ambulatoriais de saúde mental ao norte de Ontário	Introdução de um serviço de saúde mental compartilhado, co-localizado com um local de atenção primária. No modelo de atendimento compartilhado, psiquiatras e médicos trabalham juntos nas mesmas áreas de escritório, escrevem suas anotações nos mesmos prontuários e podem trocar informações mais rapidamente sobre encaminhamentos e condições de saúde de seus pacientes. pacientes que necessitam de serviços de saúde mental.	Os resultados do estudo indicaram que o serviço de atendimento compartilhado teve um impacto positivo nos tempos de espera para os serviços de saúde mental. O local de atendimento compartilhado ofereceu serviços mais de 40 dias antes em comparação aos locais de atendimento não compartilhado e também ajudou a reduzir o tempo de espera nesses locais.
Haggarty JM e colaboradores;				
<i>Referral and triage of patients with transient ischemic attacks to an acute access clinic: risk stratification in an Australian setting</i>	2013, Austrália	Auditoria prospectiva. Participantes: 231 pacientes atendidos na clínica (127 encaminhados por médicos de clínica geral e 104 encaminhados por departamento	Estabelecer os caminhos de cuidado e os resultados para pacientes triados e encaminhados por médicos de clínica geral e departamentos de emergência para um serviço especializado em ataque isquêmico transitório	Os tempos desde o evento até a avaliação na clínica excederam as recomendações atuais e a estratificação de risco foi subótima, embora os resultados a curto prazo tenham sido bons. Melhorias nos mecanismos de encaminhamento podem melhorar a estratificação de risco e a triagem.
Magin P e colaboradores				

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
		s de emergência)		
<i>Efficacy and Outcome of Rapid Access Rheumatology Consultation: An Office-based Pilot Cohort Study</i> Puchner R e colaboradores	2016, Áustria	Estudo de coorte. Participantes: pacientes atendidos em Clínicas de Reumatologia de Acesso Rápido (RAC) encaminhados por. Foram avaliados 335 pacientes nos 6 consultórios cooperados durante o horário de expediente dedicado.	Clínica de Acesso Rápido	Mais de um terço dos pacientes apresentaram sintomas < 3 meses. A suspeita diagnóstica de doenças reumáticas inflamatórias foi confirmada em quase 90%. As taxas de confirmação foram de 93% para AR (59 pacientes) e 84% para espondiloartrite (SpA; 46 pacientes). No exame de acompanhamento, a escala visual analógica para dor em pacientes com AR diminuiu significativamente. Esta iniciativa demonstra a viabilidade de um serviço de acesso rápido e indica alta precisão diagnóstica em tal ambiente
<i>An Innovation Model for Providing Dermatology Services Within Primary Care</i> Rea CJ e colaboradores	2020, EUA	Estudo transversal. Participantes: 1709 pacientes encaminhados com queixas dermatológicas	Implementação de novo modelo de atendimento de serviços de dermatologia, co-localizando-os na atenção primária para aumentar a proporção de pacientes tratados por queixas básicas de pele dentro da casa médica centrada no paciente (PCMH), para diminuir o tempo de espera.	Do total de encaminhamentos, 58% foram atendidos na clínica de cuidados com a saúde da comunidade (RASH). O tempo médio de espera mensal para novas consultas foi significativamente menor. Dez por cento das visitas resultaram em um encaminhamento para dermatologia após serem atendidos na clínica RASH para condições como eritema nodoso, psoríase grave e nevos atípicos. Além disso, 25% das visitas incluíram pelo menos 1 necessidade adicional de cuidados primários.
<i>A new GP with special interest headache service: observational study</i> Ridsdale L e colaboradores	2008, Reino Unido	Estudo Observacional. Participantes: Clínica geral e serviço de neurologia hospitalar no centro da	Treinamento de GPs (clínico geral) com interesse especial (GPwSI) em cefaléia e a criação de uma clínica GPwSI em clínica geral, e relatar uma comparação com o serviço de	Verificou-se que o grupo encaminhado para o GPwSI teve níveis semelhantes de impacto da cefaléia como o grupo encaminhado para neurologistas. O grupo de pacientes encaminhados ao GPwSI relatou mais satisfação com o serviço de nível intermediário,

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
		cidade de Londres.	neurologia existente em termos de gravidade do caso, satisfação do paciente e custo.	descrevendo-o como mais o tipo de serviço que desejavam. O novo serviço ficou mais barato do que a tarifa cobrada pelos hospitais.
<p>Service evaluation of referrals to secondary care: A question of complexity</p> <p>Veeroo HJ; Travess HC</p>	2020, Reino Unido	<p>Estudo transversal retrospectivo.</p> <p>Participantes: Todos os pacientes vistos como novos encaminhamentos durante o período de estudo de três meses.</p>	<p>Avaliar o cumprimento das diretrizes de comissionamento para casos aceitos para tratamento na atenção secundária, categorizando e comparando os níveis de complexidade com os dados do Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico (IOTN).</p>	<p>Um total de 493 pacientes foram incluídos na análise de dados. O tempo médio de espera para uma nova consulta de paciente foi de 11,0 semanas. Para todo o grupo de estudo, 53,8% eram IOTN 5, 30,8% IOTN 4, 9,7% IOTN 3; os níveis de complexidade foram 54,2% complexidade 3b, 37,1% 3a e 6,7% 2. Dos pacientes, 30% receberam tratamento na atenção secundária no primeiro atendimento; destes, 74,3% eram IOTN 5, 93,2% eram nível de complexidade 3b. O registro rotineiro do nível de complexidade é recomendado para todos os pacientes atendidos no ambiente de atenção secundária.</p>
<p>The successful, sustainable elimination of waiting list for urology outpatients</p> <p>Willis S e colaboradores</p>	2011, Reino Unido	<p>Estudo Descritivo.</p> <p>Participantes: População atendida por uma clínica especializada no sudeste de Londres.</p>	<p>Lista de priorização, Alta para atenção primária</p> <p>O projeto descrito neste trabalho tinha como objetivo reduzir o tempo de espera para 10 dias após o encaminhamento do paciente ao urologista.</p>	<p>Em única visita, 75% dos pacientes foram diagnosticados, tendo 35% destes recebido alta, 25% foram agendados diretamente para cirurgia e 35% foram acompanhados.</p> <p>Metade dos retornos passaram por revisão no tratamento iniciado. O tempo de espera para uma nova consulta foi de 9 dias (2008) versus 54 dias (2007). Em 2009, foram atendidos 4.700 novos pacientes e o tempo de espera permaneceu em 9 dias, sugerindo que essas melhorias podem ser sustentáveis pelo menos a médio prazo. Observou-se um aumento no número de encaminhamentos terciários como resultado do desenvolvimento de serviços</p>

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
				especializados; isso não afetou o serviço de balcão único.
Management of Migraine and the Accessibility of Specialist Care: Findings from an Extended Multinational Survey (My Migraine Center Survey) Wongsiriroj S e colaboradores	2020, Multicêntrico	Estudo transversal. Participantes: A pesquisa global envolveu profissionais de saúde (HCPs) de 239 centros em 16 países da Ásia-Pacífico e Oriente Médio, Europa, América Latina e América do Norte	Revisar profundamente os principais obstáculos identificados em publicações anteriores em relação ao tratamento de pacientes com cefaléia, tempo de espera e acesso a cuidados especializados.	No total, 474 HCPs foram entrevistados em 16 países. A proporção de pacientes com enxaqueca crônica e enxaqueca episódica variou entre os centros e países. Houve acesso limitado a centros especializados nesta amostra ampliada; com fila de espera média global de 3,7 meses para a primeira consulta e 2,5 meses para a consulta de seguimento. As longas listas de espera para atendimento de pacientes com cefaléia são um problema importante em vários países, com as listas de espera para novas consultas de pacientes estendendo-se por até 14 meses. A presença de uma enfermeira dedicada foi correlacionada positivamente com o uso de triagem para priorizar o acesso do paciente (coeficiente de correlação: 0,85) e preenchimento do diário de enxaqueca (0,71).
A Neurology Advanced Referral Management System (NARMS) Reduces Face-to-Face Consultations By Over Sixty Percent John McConville e colaboradores	2023, Irlanda do Norte	Sistema de triagem avançada Público: 573 encaminhamentos neurológicos eletrônicos em 6 meses.	Sistema de triagem avançada para gerenciamento de consultas neurológicas sem necessidade de consulta presencial.	O NARMS reduziu em mais de 60% as consultas presenciais e manteve a satisfação do paciente alta, com 50% das consultas resolvidas remotamente.
Reducing wait times and medical costs for patients: the	2024, Singapura	Estudo Piloto População: Mais de 300	Clínica STAR liderada por fisioterapeutas para triagem de	Redução significativa dos tempos de espera e custos, com alta satisfação do

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>physiotherapy-led Spine Triage and Rehabilitation (STAR) Clinic</i> Wong e colaboradores		pacientes avaliados ao longo de 13 meses.	pacientes.	paciente.
<i>Utilising a non-surgical intervention in the knee osteoarthritis care pathway: a 6-year retrospective audit on NHS patients</i> Benn et al.	2023, Reino Unido	Auditoria retrospectiva de 571 pacientes com OA de joelho.	Intervenção biomecânica para OA de joelho.	11% dos pacientes referidos para cuidados secundários; melhora significativa na dor e função.
<i>Advanced clinical prioritisation in an Irish, tertiary, chronic pain management service: an audit of outcomes</i> Purcell et al.	2023, Irlanda	Auditoria de 100 pacientes em consulta de dor crônica.	Priorização clínica avançada em dor crônica.	Telemedicina melhora no acesso e reduz listas de espera.
<i>Minor surgery in primary care has reduced minor surgery waiting lists: a 12-month review</i> McCormack et al.	2023, Irlanda	Revisão de 133 procedimentos cirúrgicos menores em 12 meses.	Procedimentos cirúrgicos menores realizados em cuidados primários.	Procedimentos menores na atenção primária ajudam a aliviar pressão sobre cuidados secundários.

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Introduction of an advanced nurse practitioner (ANP)-led male lower urinary tract symptom (LUTS) clinic and development of integrated referral pathway</i> Casey L e colaboradores	2022, Irlanda	Estudo clínico que inclui coleta de dados quantitativos sobre sintomas e a experiência dos pacientes, além de análise de resultados clínicos e operacionais.	Implementação de uma clínica de sintomas do trato urinário inferior liderado por Enfermeiros de Práticas Avançadas (ANP) e desenvolvimento de uma linha de cuidado integrada	O tempo médio de espera do encaminhamento para retorno foi de 24 meses; 442 pacientes que estavam esperando mais de 18 meses para retorno foram avaliados, o que não aconteceria se a clínica não existisse; 38% receberam orientação, educação e alta. O tratamento foi iniciado em 42% O retorno foi necessário para 11% dos pacientes. Apenas 6% exigiram encaminhamento de volta à clínica dos consultores.
<i>Feasibility and evaluation of an emergency department-based general practitioner streaming and treatment service</i> Aldus C e colaboradores	2023, Reino Unido	Estudo prospectivo de viabilidade com análise narrativa e entrevistas semiestruturadas com pacientes e equipe. Público: clínicos gerais	Serviço de triagem e tratamento por clínicos gerais co-localizado em departamentos de emergência.	A triagem de clínicos gerais reduziu o tempo de espera e a carga sobre o departamento de emergência, com alta satisfação.

Fonte: elaborado pelo autor. Brasil, 2024

APÊNDICE 5

Tabela 5.1 Características dos estudos de intervenções na PASP.

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Reducing the pressures of outpatient care: the potential role of patient-reported outcomes</i> Aiyegbusi OL e colaboradores	2023, Reino Unido	Revisão narrativa com 18 estudos incluídos	Uso de sistemas de resultados relatados pelos pacientes (ePRO) para monitoramento remoto de sintomas.	Redução nas consultas presenciais e melhor controle de sintomas.
<i>Teledermatology Outcomes in the Providence Veterans Health Administration</i> Bertrand SE; Weinstock MA; Landow SM	2019, EUA	Estudo retrospectivo de revisão de prontuários médicos. Participantes: 460 pacientes do Centro Médico de Assuntos Veteranos de Providence (PVAMC) que passaram por teleconsultas dermatológicas.	Avaliar o programa de Teledermatologia do maior sistema integrado dos EUA (PVAMC).	Os dermatologistas completaram 84-99% de todas as teleconsultas dentro de uma semana após a indicação. 51% dos pacientes não precisaram de consulta dermatológica. 6% de todas as teleconsultas foram diagnosticadas com um câncer de pele comprovado por biópsia. 69% dos médicos solicitantes prescreveram medicamentos recomendados dentro de 7 dias.
<i>Improving Patient Access to Medical Services: Preventing the Patient from Being Lost in Translation</i> Bichel A e colaboradores	2009, Canadá	Pesquisa qualitativa com entrevistas. Participantes: profissionais de saúde e pacientes envolvidos no sistema de referência e acesso a especialistas médicos em Alberta, Canadá.	Avaliar o Projeto de Acesso Médico ao Serviço para melhorar o acesso do paciente à cuidados primários e especializado. Foi criado a Central de acesso e triagem (CAT) e o desenvolvimento de ferramentas de priorização (Alberta AIM).	A implementação do CAT e das ferramentas de priorização resultou em uma redução no tempo de espera dos pacientes e em uma maior eficiência na gestão de encaminhamentos. Os participantes do estudo relataram uma maior satisfação com o sistema e uma maior coordenação entre os prestadores de cuidados de saúde.

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Reducing the pressures of outpatient care: the potential role of patient-reported outcomes</i> Aiyegbusi OL e colaboradores	2023, Reino Unido	Revisão narrativa com 18 estudos incluídos	Uso de sistemas de resultados relatados pelos pacientes (ePRO) para monitoramento remoto de sintomas.	Redução nas consultas presenciais e melhor controle de sintomas.
<i>Facilitating remote access to specialist medical expertise through the scaled up adoption of a smartphone application: A South African case</i> Blanckenberh N; Motala T	2022, África do sul	Estudo descritivo. Participantes: Médicos da saúde pública da Província do Cabo Ocidental.	Aplicativo de consulta e referência médica em smartphones.	O uso do aplicativo cresceu rapidamente, de 40 para 16.437 referências por trimestre após 5 anos de uso. Em julho de 2019, havia 913 médicos enviando e 298 recebendo informações através do aplicativo, representando 20 especialidades médicas. 80% dos encaminhamentos foram classificados como agudos e 20% como não urgentes. Os resultados das referências incluíram 51% aceitos para transferência, 19% aceitos para uma consulta com um especialista e 13% concluídos apenas com aconselhamento, sem a necessidade de uma consulta especializada ou transferência de paciente. O aplicativo móvel tem o potencial de reduzir a necessidade de visitas presenciais a especialistas, melhorando assim o uso dos recursos médicos escassos.

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Reducing the pressures of outpatient care: the potential role of patient-reported outcomes</i> Aiyegbusi OL e colaboradores	2023, Reino Unido	Revisão narrativa com 18 estudos incluídos	Uso de sistemas de resultados relatados pelos pacientes (ePRO) para monitoramento remoto de sintomas.	Redução nas consultas presenciais e melhor controle de sintomas.
<i>Linkage to Speciality Care in the Hepatitis C Care Cascade</i> Blanding DP e colaboradores	2021, EUA	Estudo retrospectivo de dados de registros eletrônicos de saúde. Participantes: Pacientes com RNA positivo para Hepatite C (HCV) que frequentaram a clínica Casa Médica Centrada no Paciente (PCMH) entre 2012 e 2019.	Descrição do serviço	Dos 256 pacientes com RNA positivo para HCV, 229 (89,5%) foram encaminhados para um especialista, 215 (83,6%) tiveram uma consulta agendada, 178 (69,5%) compareceram à consulta com o especialista, 116 (45,3%) receberam prescrição para terapia antiviral e 87 (34,1%) tiveram resposta virológica sustentada (SVR) documentada durante o período do estudo. Dos 178 pacientes que compareceram consulta com o especialista, 62 (34,8%) não receberam uma prescrição, sendo que a barreira mais comum foi o desejo de mais investigações (40,3%). Lacunas foram observadas em todas as fases com quedas de atendimento antes e após o encaminhamento para os cuidados especializados.

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Reducing the pressures of outpatient care: the potential role of patient-reported outcomes</i> Aiyegbusi OL e colaboradores	2023, Reino Unido	Revisão narrativa com 18 estudos incluídos	Uso de sistemas de resultados relatados pelos pacientes (ePRO) para monitoramento remoto de sintomas.	Redução nas consultas presenciais e melhor controle de sintomas.
<i>The TeleTriage Team, Offering Continuity of Personalized Care Through Telemedicine: Development and Evaluation</i> Claessens e colaboradores	2023, Países Baixos	Estudo de desenvolvimento e avaliação envolvendo estudantes de optometria, tutores e oftalmologistas.	Uso de teletriagem para consultas oftalmológicas remotas	Cerca de 50% dos casos foram resolvidos sem consultas presenciais, melhorando o acesso e simplificando filas de espera
<i>An assessment of satisfaction with ambulatory child psychiatry consultation services to primary care providers by parents of children with emotional and behavioral needs: the Massachusetts</i>	2012, EUA	Estudo descritivo. Participantes: Famílias referenciadas para o serviço MCPAP da UMass por seus prestadores de cuidados primários	Aplicação do questionário MCPAP PSQ	Moderada a alta satisfação dos pais com o serviço MCPAP da UMass. Cerca de 50% dos pais relataram que a situação de seus filhos melhorou após o contato com o serviço. Cerca de 69% dos pais concordaram que o serviço atendeu às necessidades de suas famílias

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Reducing the pressures of outpatient care: the potential role of patient-reported outcomes</i> Aiyegbusi OL e colaboradores	2023, Reino Unido	Revisão narrativa com 18 estudos incluídos	Uso de sistemas de resultados relatados pelos pacientes (ePRO) para monitoramento remoto de sintomas.	Redução nas consultas presenciais e melhor controle de sintomas.

s Child Psychiatry Access Project University of Massachusetts Parent Satisfaction Study

Dvir Y e colaboradores

<i>Teledermatologia: uma interface entre a atenção primária e atenção especializada em Florianópolis</i> Ferreira IG e colaboradores	2019, Brasil	Estudo observacional, transversal e descritivo. Participantes: pacientes com afecções dermatológicas que foram atendidos no município de Florianópolis, em Santa Catarina, entre os anos de 2013 e 2017.	Teledermatologia por meio do Sistema Integrado Catarinense de Telemedicina e Telessaúde	Redução de 52,6% na taxa de encaminhamentos para dermatologia e diminuição do tempo de espera de cerca de 3 anos, em 2013 e 2014, para 20 dias em 2017. Tendência à qualificação dos encaminhamentos ao serviço, com redução nos laudos emitidos com classificação azul, manejados na APS, e aumento de laudos com classificação amarela, referenciados para dermatologia.
--	--------------	---	---	--

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Reducing the pressures of outpatient care: the potential role of patient-reported outcomes</i> Aiyegbusi OL e colaboradores	2023, Reino Unido	Revisão narrativa com 18 estudos incluídos	Uso de sistemas de resultados relatados pelos pacientes (ePRO) para monitoramento remoto de sintomas.	Redução nas consultas presenciais e melhor controle de sintomas.
<i>Tele dermatology reduces dermatology referrals and improves access to specialists</i> Giavina-Bianchi M; Santos AP; Cordioli E	2020, Brasil	Estudo transversal e retrospectivo. Participantes: A população avaliada no estudo consistiu em indivíduos que estavam na lista de espera por uma consulta dermatológica na rede pública de hospitais da cidade de São Paulo, no período de julho de 2017 a julho de 2018.	Teleconsultoria como uma ferramenta de triagem para casos dermatológicos na atenção primária à saúde.	Os achados foram que 53% dos paciente foram tratados com o médico da APS, 43% encaminhados pessoalmente ao dermatologista, 4% diretamente para a biópsia, levando a redução de 78% no tempo de espera para visitas presenciais, melhorando o acesso aos cuidados de saúde com sabedoria.
<i>An evidence-based demand management strategy using a hub and spoke training model reduces waiting time for children's therapy services: An implementation trial</i> Harding KE e colaboradores	2023, Austrália	Estudo de intervenção não randomizado Participaram cinco centros de saúde comunitária com 2564 crianças (idade média de 3,2 anos).	Aplicação do modelo STAT, com triagem rápida e designação de atendimentos específicos.	Redução de 33% no tempo de espera e manutenção da satisfação dos funcionários.

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Reducing the pressures of outpatient care: the potential role of patient-reported outcomes</i> Aiyegbusi OL e colaboradores	2023, Reino Unido	Revisão narrativa com 18 estudos incluídos	Uso de sistemas de resultados relatados pelos pacientes (ePRO) para monitoramento remoto de sintomas.	Redução nas consultas presenciais e melhor controle de sintomas.
<i>Do virtual renal clinics improve access to kidney care? A preliminary impact evaluation of a virtual clinic in East London</i> Hull SA e colaboradores	2020, Reino Unido	Estudo observacional Participantes: A população/participantes antes do estudo foram os pacientes com doença renal crônica (DRC) em East London, bem como os médicos de clínicas gerais e nefrologistas envolvidos no atendimento aos pacientes. O estudo envolveu todas as 130 práticas de clínicas gerais em três grupos de comissionamento clínico (CCGs) de Londres.	Teleconsultoria em nefrologia	A clínica virtual de DRC foi eficaz em melhorar o acesso dos pacientes com DRC a serviços especializados de nefrologia e reduzir o tempo de espera por aconselhamento especializado. A taxa de encaminhamento para nefrologistas aumentou, sendo >80%, não precisaram de uma consulta presencial, podendo ser gerenciada com conselhos por escrito para o médico que fez o encaminhamento. O tempo de espera caiu de 64 para 6 dias. Os médicos relataram melhoras no acesso dos pacientes incapazes de viajar, resposta rápida a perguntas clínicas e aumento da satisfação do paciente.
<i>The feasibility of delivering first suspected seizure care using telehealth: A mixed methods controlled study</i>	2020, Austrália	Estudo de abordagem mista, usando grupos focais e testes. Participantes: pacientes que tiveram a primeira crise de epilepsia	Telessaúde	A telessaúde na primeira crise de convulsões foi viável. Entretanto, conexão com internet, hardware e software de computador, confiança do paciente e suporte organizacional impactaram a sua prática. Dos pacientes elegíveis, 25% optaram pela teleconsulta, sendo a maioria composta de mulheres

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Reducing the pressures of outpatient care: the potential role of patient-reported outcomes</i> Aiyegbusi OL e colaboradores	2023, Reino Unido	Revisão narrativa com 18 estudos incluídos	Uso de sistemas de resultados relatados pelos pacientes (ePRO) para monitoramento remoto de sintomas.	Redução nas consultas presenciais e melhor controle de sintomas.
Lewis e colaboradores				
<i>Artificial intelligence-assisted reduction in patients' waiting time for outpatient process: a retrospective cohort study</i> Li e colaboradores	2021, China	Estudo de Coorte retrospectivo. Participantes: 12342 visitas de pacientes, sendo 6171 de um grupo convencional e 6171 de um grupo assistido por IA	Uso da Inteligência artificial (IA) para solicitar automaticamente exames de imagem ou laboratoriais com base em suas principais queixas.	O tempo médio de espera foi de 0,38 horas para o grupo assistido por IA em comparação com 1,97 horas para o grupo convencional. O custo para o grupo assistido por IA foi mais baixo. Portanto, o uso de IA pode reduzir significativamente o tempo de espera dos pacientes e melhorar o processo de serviços ambulatoriais.
<i>A service evaluation of e-triage in the osteoporosis outpatient clinic—an effective tool to improve patient access?</i> Lindsay e colaboradores	2020, Reino Unido	Análise de dados retrospectiva. Participantes: registro dos atendimentos dos pacientes	Triagem eletrônica (e-triage) no apoio a caminhos alternativos de gestão, através de aconselhamento virtual para investigação clínica nos serviços de osteoporose	Revisão dos resultados de triagem eletrônica de 809 encaminhamentos (692 mulheres; 117 homens) para serviços de osteoporose. A triagem eletrônica demonstrou alto grau de concordância entre o clínico e o especialista; 73,3% compareceram presencialmente, 18,4% foram direto para investigação e 8,3% foram finalizados. A triagem eletrônica demonstrou-se eficaz, mas deve-se observar as limitações logísticas

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Reducing the pressures of outpatient care: the potential role of patient-reported outcomes</i> Aiyegbusi OL e colaboradores	2023, Reino Unido	Revisão narrativa com 18 estudos incluídos	Uso de sistemas de resultados relatados pelos pacientes (ePRO) para monitoramento remoto de sintomas.	Redução nas consultas presenciais e melhor controle de sintomas.
<i>An assessment of the cost-effectiveness, safety of referral and patient satisfaction of a general practice teledermatology service</i> Livingstone e colaboradores	2015, Reino Unido	Análise de dados retrospectiva. Participantes: pacientes adultos usando tele dermatologia para diagnóstico e manejo da pele	Teleconsultoria Tele dermatologia por provedores privados	Duzentos e quarenta e oito pacientes foram encaminhados para cuidados secundários de rotina. Evidente economia de 12.400 libras com a tele dermatologia, alto grau de acurácia no diagnóstico e de satisfação dos pacientes. Demonstrou ser custo-efetiva.
<i>Community photo-triage for skin cancer referrals: an aid to service delivery</i> Morton e colaboradores	2010, Reino Unido	Estudo Observacional de comparação de encaminhamento para triagem de fotos com a triagem convencional Participantes: Clínicos gerais, fotógrafo médico profissional e dermatologista consultor	Implementação de um sistema de foto triagem para comparar resultados e os custos	A foto triagem permitiu que 91% dos pacientes alcançassem um atendimento definitivo na primeira consulta, em comparação com apenas 63% pelo caminho convencional. O tempo médio de espera foi ligeiramente mais curto. Houve uma redução de 72% de pacientes que exigiam comparecimento à clínica. A foto triagem foi mais barata que o atendimento convencional. Essa linha (caminho) de encaminhamento integrado da APS-AAE facilita um serviço especializado mais eficiente.

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Reducing the pressures of outpatient care: the potential role of patient-reported outcomes</i> Aiyegbusi OL e colaboradores	2023, Reino Unido	Revisão narrativa com 18 estudos incluídos	Uso de sistemas de resultados relatados pelos pacientes (ePRO) para monitoramento remoto de sintomas.	Redução nas consultas presenciais e melhor controle de sintomas.
<i>Impact of a store-and-forward tele dermatology intervention versus usual care on delay before beginning treatment: A pragmatic cluster-randomized trial in ambulatory care</i> Piette e colaboradores	2017, França	Estudo controlado randomizado, pragmático, de grupo aberto, com dois braços paralelos. Participantes: Pacientes atendidos em clínicas gerais de Paris.	Tele dermatologia de armazenamento e encaminhamento	Os pacientes foram acompanhados por três meses. O desfecho primário foi o atraso, em dias, entre a consulta do clínico geral e a resposta do especialista permitindo o início do tratamento. O atraso médio entre a consulta inicial e a resposta que permitiu o início do tratamento foi de quatro dias no grupo intervenção e 40 dias no grupo controle.
<i>Lessons Learned in a Physician Referral to Pediatric Telemental Health Services Program</i> Pignatiello e colaboradores	2019, Canadá	Pesquisa com método de abordagem mista Participantes: médicos de APS (PCP) e tele psiquiatras de crianças/ adolescentes	Aplicação de Pesquisa online a 43 médicos de APS e entrevistas qualitativas por 11 tele psiquiatras de crianças e adolescentes sobre o programa de telessaúde mental	A maioria dos PCP relataram pouco a moderada satisfação com o programa de telessaúde mental e desafios: falta de consultas oportunas de acompanhamento e continuidade dos cuidados; longos formulários de referência; e recomendações para serviços de saúde mental não acessíveis. Da mesma forma, os consultores psiquiatras expressaram frustração com as informações esparsas que receberam dos médicos solicitantes e, mais significativamente, com a

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Reducing the pressures of outpatient care: the potential role of patient-reported outcomes</i> Aiyegbusi OL e colaboradores	2023, Reino Unido	Revisão narrativa com 18 estudos incluídos	Uso de sistemas de resultados relatados pelos pacientes (ePRO) para monitoramento remoto de sintomas.	Redução nas consultas presenciais e melhor controle de sintomas.
				ausência de prestadores de serviços/profissionais adequados durante a consulta para fornecer informações colaterais e garantir a aceitação das recomendações.
<i>Efficacy and Outcome of Rapid Access Rheumatology Consultation: An Office-based Pilot Cohort Study</i> Saxon e colaboradores	2017, Austrália	Estudo observacional de pré e pós-intervenção Participantes: pacientes encaminhados ao ambulatório de geriatria	Treinamento profissional de práticas avançadas orientados por geriatras para avaliação e interpretação de exames, imagens e testes diagnósticos	Os tempos de espera foram reduzidos de uma média de 82 para apenas 35 dias, em um contexto de aumento das taxas de encaminhamento. A porcentagem de pacientes vistos dentro de suas categorias de triagem aumentou de 47% para 86%. Modelos de substituição de papéis profissionais melhora o fluxo de pacientes, o acesso e otimiza o tempo do clínico.
<i>Successfully reforming orthopaedic outpatients</i> Schoch e colaboradores	2012, Austrália	Estudo Observacional. Participantes: Pacientes ortopédicos.	Adoção de múltiplas estratégias: auditoria de listas de espera, diretrizes de triagem, clínicas lideradas por fisioterapeuta, política de faltas a consultas, uma função de enfermeira ortopédica e um sistema de agendamento com foco no paciente.	Houve redução de 66% no número de pacientes aguardando a primeira consulta; redução de 87% no tempo de espera desde o encaminhamento até a primeira consulta; uma redução de 10% de não comparecimento; e processos de comunicação e gestão de referências mais eficientes.

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Reducing the pressures of outpatient care: the potential role of patient-reported outcomes</i> Aiyegbusi OL e colaboradores	2023, Reino Unido	Revisão narrativa com 18 estudos incluídos	Uso de sistemas de resultados relatados pelos pacientes (ePRO) para monitoramento remoto de sintomas.	Redução nas consultas presenciais e melhor controle de sintomas.
<i>The use of eConsults to improve access to specialty care in thrombosis medicine</i> Skeith e colaboradores	2017, Canadá	Estudo transversal. Participantes: Pacientes com trombose	Uso e impacto do serviço de consulta eletrônica (E-consult) na especialidade de medicina de trombose	Houve 162 casos de trombose eConsult concluídos entre junho de 2012 e março de 2016. Os tópicos de encaminhamento mais comuns foram para testes de trombofilia, tratamento de trombose venosa superficial e a escolha e duração da anticoagulação para tromboembolismo venoso. Ao completar um eConsult, os PCPs relataram que 47,5% das consultas presenciais foram evitadas e 4,3% levaram a um encaminhamento de trombose que não foi originalmente contemplado.
<i>A model for the pandemic and beyond: Telemedicine for all outpatient gastroenterology referrals reduces unnecessary clinic visits</i> Tang e colaboradores	2022, EUA	Estudo descritivo. Participantes: As fontes de encaminhamento incluíram todas as clínicas de cuidados primários no CUC (Centros de Saúde CommUnityCare), bem como outras clínicas locais que atendem pacientes sem seguro ou apoiados por programas de	Programa e-consults ambulatoriais	Durante cinco meses consecutivos, 1.243 consultas eletrônicas híbridas foram realizadas com 356 (29%) resultando em uma consulta clínica. As restantes 887 (71%) consultas eletrônicas foram resolvidas sem necessidade de deslocamento à clínica. Quinhentas e quatorze (41%) consultas eletrônicas resultaram em um procedimento agendado diretamente sem agendamento na clínica. Oitenta e cinco por cento

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Reducing the pressures of outpatient care: the potential role of patient-reported outcomes</i> Aiyegbusi OL e colaboradores	2023, Reino Unido	Revisão narrativa com 18 estudos incluídos	Uso de sistemas de resultados relatados pelos pacientes (ePRO) para monitoramento remoto de sintomas.	Redução nas consultas presenciais e melhor controle de sintomas.
		cobertura de saúde		das consultas eletrônicas foram realizadas no mesmo dia do encaminhamento e 98% das consultas eletrônicas foram concluídas em menos de 20 minutos.
<i>Initial experience with endocrinology e-consults</i> Wasfy e colaboradores	2016, EUA	Estudo transversal. Participantes: Pacientes referenciados ao endocrinologista .	e-consults	Dentre os 92 encaminhamentos, os motivos mais frequentes foram doença da tireoide (30,4%), osteoporose (29,3%) e insuficiência adrenal (18,5%). As formas de encaminhamentos mais comumente solicitadas foram consultas eletrônicas (30,4%) vs 16,8% presenciais. Encaminhamentos para insuficiência adrenal foram mais comumente solicitados como consultas eletrônicas.

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Reducing the pressures of outpatient care: the potential role of patient-reported outcomes</i>	2023, Reino Unido	Revisão narrativa com 18 estudos incluídos	Uso de sistemas de resultados relatados pelos pacientes (ePRO) para monitoramento remoto de sintomas.	Redução nas consultas presenciais e melhor controle de sintomas.
Aiyegbusi OL e colaboradores				
<i>A Web-based Generalist–Specialist System to Improve Scheduling of Outpatient Specialty Consultations in an Academic Center</i>	2009, EUA	Estudo observacional com comparação de grupos de intervenção e controle. Participantes: Pacientes com 21 anos ou mais encaminhados de qualquer uma das 11 clínicas de cuidados primários para qualquer uma das 25 clínicas especializadas.	Implementação escalonada de um projeto de melhoria da qualidade, com comparação de grupos de intervenção e controle. Uso de aplicativo entre médicos da APS e especialistas	Entre 40.487 encaminhamentos, 54% levaram a consultas de especialidade agendadas antes da intervenção, em comparação com 83% com intervenção. O tempo médio de consulta foi de 168 dias sem intervenção e 78 dias com intervenção. O agendamento aumentou mais quando referências duplicadas não foram geradas (54% para pedidos únicos, 24% para pedidos múltiplos). Após o ajuste, os encaminhamentos com a intervenção tiveram duas vezes mais chances de ter consultas agendadas.
Weiner e colaboradores				

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Reducing the pressures of outpatient care: the potential role of patient-reported outcomes</i> Aiyegbusi OL e colaboradores	2023, Reino Unido	Revisão narrativa com 18 estudos incluídos	Uso de sistemas de resultados relatados pelos pacientes (ePRO) para monitoramento remoto de sintomas.	Redução nas consultas presenciais e melhor controle de sintomas.
<i>A primary care specialist genetics service: a cluster-randomised factorial trial</i> Westwood e colaboradores	2012, Reino Unido	Ensaio fatorial randomizado por cluster. Participantes: Novos pacientes encaminhados e cadastrados em consultórios gerais, em uma área que abrange três fundos de cuidados primários (PCTs), constituindo um 'spoke' com um único hospital de cuidados secundários no sul da Inglaterra.	Capacitação de médicos da APS	89 e 68 encaminhamentos feitos por 36 intervenções e 37 práticas de controle, respectivamente. Houve uma tendência para uma taxa de encaminhamento geral mais alta entre os GPs educados (taxa de encaminhamento [RRR] 1,34, intervalo de confiança [IC] de 95% = 0,89 a 2,02; P = 0,161) e eles fizeram encaminhamentos de câncer mais apropriados (RRR 2,36, IC 95% = 1,07 a 5,24; P = 0,035). Nenhuma indicação de diferença nas taxas de atendimento clínico ou satisfação do paciente. Os pacientes gastaram 49% menos tempo em viagens e levaram 33% menos tempo para comparecer a uma consulta na APS do que na AAE; 83% das consultas gerenciadas por GC atenderam ao encaminhamento de 18 semanas para o tratamento, meta do NHS.

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Reducing the pressures of outpatient care: the potential role of patient-reported outcomes</i> Aiyegbusi OL e colaboradores	2023, Reino Unido	Revisão narrativa com 18 estudos incluídos	Uso de sistemas de resultados relatados pelos pacientes (ePRO) para monitoramento remoto de sintomas.	Redução nas consultas presenciais e melhor controle de sintomas.
<i>Electronic Consults for Improving Specialty Care Access for Veterans</i> Winchester e colaboradores	2019, EUA	Estudo de coorte multifásico prospectivo. Participantes: Pacientes encaminhados ao Veterans Health Administration (VHA)	e-consult	O tempo médio de espera antes do processo GEA foi de 24 dias. Após a implementação do processo GEA, os tempos de espera diminuíram para 13 dias (redução de 46%). Aproximadamente 60% das consultas recebidas poderiam ser triadas em consultas eletrônicas, principalmente pelo gerenciamento de doenças estáveis ou sintomas menores.
<i>Improving access to urologists through an electronic consultation service</i> Witherspoon e colaboradores	2017, Canadá	Estudo transversal. Participantes: 190 e-Consults direcionados à urologia. A população de pacientes incluída neste estudo é a região de Champlain, no leste de Ontário	Descrever o uso e o impacto do serviço e-Consult em urologia e caracterizar o tipo e o conteúdo das questões clínicas colocadas, utilizando o Champlain Building Access to Specialist Advice (BASE)	Das 190 eConsultations, 70% foram concluídas em menos de 10 minutos. As dúvidas clínicas mais comuns relacionam-se à interpretação de laudos de imagem (16%) e exames a serem escolhidos para investigar uma condição (15%). Os diagnósticos mais comuns foram hematúria (13%) e massa renal (8%). Em 35% dos casos, o encaminhamento para um urologista foi originalmente contemplado e foi evitado. Em 8% dos casos, um PCP não acreditava que uma consulta fosse inicialmente necessária, mas um encaminhamento foi iniciado após a eConsultation.

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar o acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Reducing the pressures of outpatient care: the potential role of patient-reported outcomes</i> Aiyegbusi OL e colaboradores	2023, Reino Unido	Revisão narrativa com 18 estudos incluídos	Uso de sistemas de resultados relatados pelos pacientes (ePRO) para monitoramento remoto de sintomas.	Redução nas consultas presenciais e melhor controle de sintomas.
<i>Referral prioritization to general practitioners at the primary care level: A qualitative case study based on the Grounded Theory</i> Jatobá A e colaboradores	2023, Brasil	Estudo de casos qualitativo População: Dez regiões de saúde do Rio de Janeiro visitadas durante o trabalho de campo.	Entrevistas semiestruturadas e análise com base na Teoria Fundamentada nos Dados.	Os esforços para descentralizar o encaminhamento de pacientes para a APS enfrentam a crescente necessidade de expansão da cobertura de serviços de saúde. Os obstáculos vão além da gestão de vagas, inclui a padronização de critérios de priorização, emprego adequado de protocolos de encaminhamento, sobrecarga sobre os profissionais de diferentes formações e percepções.
<i>Insights into how universal, tax-funded, single payer health systems manage their waiting lists: A review of the literature</i> Amigoni F; Lega F; Maggioni E	2023, Áustria	Revisão de literatura Sem participantes diretos	Análise de 41 estudos, identificados por meio de um processo de seleção de 2 etapas, de um conjunto inicial de 1040 artigos potencialmente elegíveis	A revisão identifica 15 políticas voltadas para o gerenciamento de tempos de espera em sistemas universais de saúde, categorizando as intervenções em três tipos: aumento da capacidade de oferta, controle da demanda e abordagens mistas; observa que a maioria das estratégias é implementada junto com outras e destaca lacunas na pesquisa sobre custos e resultados clínicos.
<i>Prioritization of patients with abnormal</i>	2020, México	Coorte retrospectiva	Alerta Rosa, um programa que visa reduzir os atrasos que podem ser	Dos pacientes agendados, 59% foram classificados como prioridade “Vermelho”, 25% “Amarelo” e 16%

Título, Autores	Ano/ País	Delineamento do estudo/ Perfil dos participantes	Intervenção para melhorar os acesso à consultas e SADT	Desfechos/ Principais Conclusões
<i>Reducing the pressures of outpatient care: the potential role of patient-reported outcomes</i> Aiyegbusi OL e colaboradores	2023, Reino Unido	Revisão narrativa com 18 estudos incluídos	Uso de sistemas de resultados relatados pelos pacientes (ePRO) para monitoramento remoto de sintomas.	Redução nas consultas presenciais e melhor controle de sintomas.
<i>breast findings in the Alerta Rosa navigation program to reduce diagnostic delays</i> Tamez-Salazar e colaboradores		População: 561 pacientes que entraram em contato com o Alerta Rosa de dezembro de 2017 a dezembro de 2019 foram incluídos neste estudo.	influenciados pela navegação do paciente (ou seja, tempo até a primeira avaliação médica, biópsia de mama e diagnóstico) em mulheres com probabilidades diferentes de ter câncer de mama.	“Verde”. O tempo médio desde a estratificação até a primeira avaliação médica foi de 4, 6 e 7 dias, respectivamente (p = 0,003). Excluindo aquelas com diagnóstico prévio de câncer de mama, 21 pacientes foram diagnosticadas pelo Alerta Rosa , com a classificação inicial de prioridade “Vermelha” demonstrando uma sensibilidade de 95% e especificidade de 42% para câncer de mama. O tempo médio decorrido desde o contato inicial com o paciente até o diagnóstico e início do tratamento foi de 16 dias e 39 dias, respectivamente. A maioria (72%) dos pacientes foi diagnosticada em um estágio inicial (0-II).

Fonte: Elaborado pelo autor. Brasil, 2024

ANEXO I

Segue abaixo os Itens de Relatórios Preferenciais para para Revisões Sistemáticas e extensão de Meta-Análises para Revisões de Escopo (PRISMA-ScR).

Quadro X. Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist.

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	Click here to enter text.
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	Click here to enter text.
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	Click here to enter text.
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	Click here to enter text.
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	Click here to enter text.
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	Click here to enter text.
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	Click here to enter text.
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	Click here to enter text.
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	Click here to enter text.

Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	Click here to enter text.
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	Click here to enter text.
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	Click here to enter text.
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	Click here to enter text.
RESULTS			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	Click here to enter text.
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	Click here to enter text.
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	Click here to enter text.
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	Click here to enter text.
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	Click here to enter text.
DISCUSSION			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	Click here to enter text.
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	Click here to enter text.
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	Click here to enter text.
FUNDING			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	Click here to enter text.

ANEXO II

Itens incluídos no checklist do TIDieR (Guia para Descrição e Replicação de Intervenções)		
Informações a serem incluídas ao descrever uma intervenção e o local da informação		
Número do item	Item	Onde está localizado **
		Artigo primário (página número apêndice) ou do
		Outros (detalhes) †
	BREVE IDENTIFICAÇÃO	
1.	Fornecer um nome ou uma frase que descreva a intervenção	
	POR QUÊ	
2.	Descrever qualquer justificativa, teoria, ou o objetivo dos elementos essenciais da intervenção	
	O QUE/QUAIS	
3.	Materiais: descrever qualquer material físico ou informativo utilizado na intervenção, incluindo aqueles entregues aos participantes ou utilizados na intervenção ou no treinamento dos responsáveis por realizar a intervenção. Forneça informações sobre onde os materiais podem ser encontrados (por exemplo, um apêndice online, URL)	

4.	<p>Procedimentos: Descreva cada procedimento, atividade e/ou processo utilizado na intervenção, incluindo qualquer atividade que suporte ou possibilite a intervenção</p>		
5.	<p>QUEM REALIZOU</p> <p>Para cada categoria da intervenção (por exemplo, psicólogo, auxiliar de enfermagem), descrever sua especialidade, e qualquer treinamento específico que tenha sido fornecido</p>		
6.	<p>COMO</p> <p>Descrever o modo como foi fornecida a intervenção (tais como pessoalmente ou por algum outro mecanismo, como internet ou telefone) e se a intervenção foi fornecida individualmente ou em grupo</p>		
7.	<p>ONDE</p> <p>Descrever o(s) local(is) onde a intervenção ocorreu, incluindo qualquer infraestrutura necessária ou características relevantes</p>		
8.	<p>QUANDO E QUANTO (VOLUME)</p> <p>Descrever o número de vezes em que a intervenção foi realizada e durante qual período de tempo, incluindo o número de sessões, o seu cronograma, a sua duração, intensidade ou dose</p>		
9.	<p>INDIVIDUALIZAÇÃO</p> <p>Se a intervenção foi planejada para ser individualizada, específica ou adaptada, e descrever quais, por que, quando e como</p>		

	MODIFICAÇÕES		
10.†	Se a intervenção foi modificada durante a execução do estudo, descrever as mudanças realizadas (quais, por que, quando e como)		
	QUÃO BEM		
11.	Planejado: Se a adesão ou a fidelidade da intervenção foi avaliada, descrever como e por quem isso foi feito. Além disso, se alguma estratégia foi usada para manter ou melhorar a fidelidade, descrevê-la		
12.‡	Real: Se a adesão ou fidelidade da intervenção foi avaliada, descrever a extensão com que a intervenção foi realizada conforme planejado		

** **Autores** - usar N/A se um item não for aplicável para a intervenção que está sendo descrita. **Revisores** - usar '?' se as informações sobre o elemento não forem relatadas/não forem suficientemente relatadas.

† Se as informações não forem fornecidas no artigo primário, forneça detalhes de onde essas informações estão disponíveis. Podem ser considerados locais como um protocolo publicado ou outros artigos publicados (fornecer detalhes da citação) ou um site (fornecer o URL).

‡ Se o checklist for para um protocolo, esses itens não são relevantes para o protocolo e não devem ser descritos até que o estudo seja concluído.

*Recomendamos fortemente que o uso deste checklist seja feito em conjunto com o guia TIDieR que contém uma explicação e elaboração para cada item.

*O foco do TIDieR é reportar detalhes dos elementos de uma intervenção (e, quando relevante, elementos de comparação) de um estudo. Outros elementos e características metodológicas dos estudos são cobertos por outros instrumentos de reporte e checklists e não foram duplicados como parte do checklist do TIDieR. Quando um **estudo controlado aleatorizado** está sendo reportado, o checklist do TIDieR deve ser usado em conjunto com o CONSORT (consulte www.consort-statement.org) como uma extensão do **Item 5 do CONSORT 2010**. Quando um **protocolo de ensaio clínico** está sendo reportado, o checklist do TIDieR deve ser usado em conjunto com o SPIRIT como uma extensão do **Item 11 do SPIRIT 2013** (consulte www.spirit-statement.org). Para desenhos de estudo alternativos, o TIDieR pode ser usado em conjunto com o checklist apropriado para esse desenho de estudo (consulte www.equator-network.org).