

PORTARIA Nº 632, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2025

Institui a Política Distrital de Atenção Ambulatorial Especializada.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no exercício das atribuições que lhe conferem o artigo 105 da Lei Orgânica do Distrito Federal e o artigo 448 do Regimento Interno da Secretaria de Saúde, Decreto nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018;

Considerando o art. 196 à 200 da Constituição Federal de 1988; Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

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

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando a Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012 que estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 37.515, de 26 de Julho de 2016 que institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital;

Considerando o Decreto Distrital nº 38.488, de 13 de setembro de 2017, que cria a estrutura do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, como autoridade sanitária para a regulação de todos os serviços de saúde no âmbito do SUS do Distrito Federal (DF);

Considerando a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de Setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de Setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de Setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do SUS;

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

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

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

Considerando o Decreto Distrital nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018, Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF); Considerando a Portaria 400, de 21 de Junho de 2022 que institui a Comissão de Acompanhamento Estratégico da Planificação da Atenção à Saúde no Distrito Federal (CAEPAS-DF), de caráter permanente;

Considerando a Portaria nº 182 de 1º de Junho de 2023 que institui e regulamenta os Grupos Condutores das Redes de Atenção à Saúde (RAS) na SES/DF;

Considerando a Portaria nº 321, de 15 de agosto de 2023, que dispõe sobre os horários de funcionamento das Unidades Orgânicas da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal SES/DF, a elaboração de escalas de serviços, a distribuição de carga horária, os critérios para o controle e aferição de frequência eletrônica dos servidores e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 11.911, de 6 de fevereiro de 2024 que altera o Decreto nº 7.469, de 4 de maio de 2011, para dispor sobre a constituição da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno e sobre a composição do Conselho Administrativo da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno;

Considerando a Portaria nº 72, de 27 de fevereiro de 2024 que institui os Centros Especializados em Saúde Mental no âmbito do Distrito Federal;

Considerando a necessidade de estabelecer diretrizes e consolidação das normas para o desenvolvimento da Atenção Ambulatorial Especializada no Distrito Federal, resolve:

## CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º - Instituir a Política Distrital de Atenção Ambulatorial Especializada (PDAAE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Art. 2º - Para os fins desta política, considera-se:

I - Atenção Ambulatorial Especializada (AAE): é um componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que reúne um conjunto de ações e serviços de natureza especializada, ofertados em nível ambulatorial, com densidade tecnológica variável, conforme o tipo e a complexidade do cuidado prestado. Compreende cuidados e intervenções especializadas em saúde, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, organizados de acordo com as necessidades de saúde da população, de forma a garantir a interdisciplinaridade e o trabalho em equipes interprofissionais, promovendo uma abordagem integral, colaborativa e centrada nas necessidades dos usuários.

II - Ambulatório Hospitalar: unidade ambulatorial integrante da estrutura física do hospital, destinada à oferta de atendimentos ambulatoriais especializados de caráter cirúrgico e ou de nível terciário, que garantem a continuidade do cuidado no âmbito hospitalar.

III - Carta de Serviços: instrumento de gestão pública e controle social que tem como objetivo informar os cidadãos sobre os serviços prestados em uma unidade. Detalha como esses serviços são ofertados e acessados, os padrões de qualidade esperados e os compromissos assumidos no atendimento.

IV - Carteira de Serviços: Instrumento técnico e normativo, voltado à gestão e ao planejamento da rede de saúde, que define as ações, procedimentos, exames e composição mínima de equipe a serem ofertados nos estabelecimentos da SES/DF, com o objetivo de organizar a assistência, facilitar a regulação do acesso e promover a equidade da oferta.

V - Centros Especializados: Unidades temáticas da AAE, voltadas para uma linha de cuidado específica, oferecendo atendimento multiprofissional e serviços relacionados ao respectivo eixo temático.

VI - Colaboração Interprofissional: Processo de trabalho em saúde que envolve a atuação conjunta, integrada e colaborativa entre pelo menos dois profissionais de diferentes áreas e formações, com base no respeito mútuo, complementaridade de saberes e fazeres, compartilhamento e corresponsabilização no cuidado.

VII - Compartilhamento do Cuidado: Abordagem colaborativa em saúde que garante a integralidade e a continuidade da atenção, na qual responsabilidades e conhecimentos são compartilhados entre diferentes profissionais, serviços e a própria família do(a) usuário(a), visando a um tratamento mais completo e eficaz. Deve ser realizado com a participação ativa do profissional gestor do cuidado, que articula os diferentes pontos da AAE e estabelece a interface com os demais componentes da RAS.

VIII - Educação Continuada: Processo de aprendizado contínuo que visa atualizar e aperfeiçoar os conhecimentos e as habilidades dos profissionais ao longo de suas carreiras. Está amplamente relacionado ao desenvolvimento profissional, incentivando uma constante adaptação às mudanças tecnológicas, científicas e sociais.

IX - Educação em Saúde: Conjunto de práticas pedagógicas voltadas à população, com foco na promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento do autocuidado. Tem como base o diálogo entre profissionais e usuários, considerando os determinantes sociais da saúde e incentivando o protagonismo das pessoas no cuidado com sua saúde.

X - Educação Permanente: processos de capacitação dos trabalhadores da saúde como referência às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

XI - Estratificação de Risco: É o processo de análise clínica e epidemiológica mais aprofundada que identifica a complexidade clínica e vulnerabilidade do usuário em relação a uma condição de saúde ou perfil populacional. Leva em consideração doenças crônicas, fatores sociais, históricos de descompensações, internações, adesão ao tratamento, entre outros, com o objetivo de orientar a linha de cuidado, o acompanhamento longitudinal e a alocação adequada dos recursos em saúde.

XII - Fixação indevida dos usuários (“Efeito velcro”): Vinculação definitiva ou duradoura dos usuários na AAE, independente da gravidade e da estabilidade do seu quadro, que compromete a eficiência da AAE e gera iniquidades no cuidado em saúde.

XIII - Grupos em situação de vulnerabilidade: São populações que, devido a fatores históricos, sociais, econômicos, culturais, ambientais ou de saúde, estão mais expostas a riscos, barreiras de acesso aos serviços públicos e violações de direitos. Enfrentam desigualdades estruturais que impactam negativamente sua condição de vida, saúde e bemestar, demandando ações específicas e políticas públicas orientadas pela equidade.

XIV - Interprofissionalidade: Refere-se à articulação intencional entre diferentes profissões na produção do cuidado, com comunicação efetiva, planejamento conjunto e compartilhamento de responsabilidades. XV. Interdisciplinaridade: Envolve a integração de diferentes saberes e abordagens científicas na construção de soluções para os problemas de saúde, superando a fragmentação do conhecimento.

XV - Interoperabilidade: Capacidade de diferentes sistemas, serviços e organizações de saúde atuarem de forma integrada, compartilhando e utilizando informações de maneira eficaz e segura. Essa integração permite a continuidade do cuidado entre os diferentes níveis de atenção e contribui para a qualificação da gestão e da tomada de decisão em saúde.

XVI - Linha de Cuidado em Saúde: São estratégias organizativas que visam garantir um cuidado integral, contínuo e centrado nas necessidades do usuário, articulando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, em todos os níveis de atenção à saúde. Representam fluxos assistenciais organizados e integrados, voltados para problemas de saúde específicos, ciclos de vida ou grupos populacionais, com o objetivo de qualificar o acesso e o cuidado, reduzindo a fragmentação da atenção.

XVII - Matriciamento: Estratégia de intervenção técnico-pedagógica construída de forma compartilhada entre duas ou mais equipes, em que profissionais (matriciadores) oferecem suporte técnico e pedagógico a equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) ou de outros pontos da RAS. Tem como objetivos ampliar a resolutividade, qualificar o cuidado, fomentar práticas colaborativas, integradas e interdisciplinares, além de expandir o campo de atuação das equipes apoiadas. Também fortalece a clínica ampliada e contribui para a superação da fragmentação dos saberes e das práticas no cuidado em saúde.

XVIII - Ofertas de Cuidados Integrados (OCI): Arranjo assistencial que reúne procedimentos, exames, consultas e demais tecnologias em saúde, estruturados para o atendimento de agravos específicos, assegurando a integralidade do cuidado e promovendo a resolutividade qualificada e ágil dos casos;

XIX - Policlínicas: Unidades de AAE que concentram diversas especialidades de saúde em um mesmo espaço, garantindo assistência multiprofissional integrada.

XX - Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (Modelo PASA): modelo organizativo que estrutura a oferta dos serviços especializados com base em um ciclo de atenção contínua, envolvendo uma abordagem interprofissional, baseado em protocolos, fluxos e

linhas de cuidado, garantindo a integralidade, a resolutividade e a comunicação entre os pontos de atenção na RAS.

XXI - Profissional gestor do cuidado: Papel estratégico na coordenação do cuidado do usuário dentro da AAE. Atua facilitando o acesso aos serviços, acompanhando o percurso do paciente nas diferentes etapas da linha de cuidado e promovendo a articulação entre pontos de atenção, garantindo integralidade, continuidade e humanização do cuidado.

XXII - Regulação do Acesso de Segunda Geração: Modelo ampliado de regulação que vai além da simples oferta de vagas, baseando-se na análise clínica e funcional dos usuários, na definição da trajetória assistencial mais adequada e no compartilhamento do cuidado entre os níveis de atenção. Adota protocolos clínicos, tecnologias da informação, apoio matricial e estratégias de comunicação interprofissional para qualificar o acesso. Implica a responsabilização de profissionais e serviços pela gestão do acesso, considerando a capacidade instalada da rede, o perfil dos usuários e a articulação entre fluxos regulatórios e processos assistenciais, especialmente entre a APS e a AAE.

XXIII - Saúde digital: conjunto de saberes, técnicas, práticas, atitudes, modos de pensar e valores relacionados ao uso de tecnologias digitais em saúde e ao crescimento do espaço digital. Modalidade de prestação de serviços de saúde a distância, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde, por meio de textos, de sons, de imagens ou outras formas adequadas. Abrange a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes.

XXIV - Telessaúde: sistema de prestação de serviços de saúde a distância, realizados com a ajuda das tecnologias da informação e de comunicação (TICs). A telessaúde engloba todas as atividades que podem ser prestadas a distância, como: Teleconsulta, Teleconsultoria, Telediagnóstico, Tele-educação, Teleinterconsulta, Telematriciamento, Telemonitoramento, Teleorientação, Teletriagem.

XXV - Teleconsulta: Atendimento clínico realizado entre profissional de saúde habilitados e usuário, com mediação de tecnologias de informação e comunicação, conforme protocolos específicos vigentes.

XXVI - Teleconsultoria: Consulta entre profissionais de saúde, mediada por tecnologias digitais, para esclarecimento de dúvidas clínicas, assistenciais ou de gestão. Pode ser realizada de forma síncrona ou assíncrona e visa apoiar a tomada de decisão, promover educação permanente e fortalecer a integração entre os níveis de atenção.

XXVII - Telediagnóstico: Serviço que utiliza tecnologias digitais para viabilizar a emissão de laudos, pareceres ou interpretações diagnósticas a distância. Os exames são realizados presencialmente em um serviço de saúde e enviados eletronicamente para análise por um profissional de saúde habilitado que está em outro local, diferente daquele onde o paciente foi atendido.

XXVIII - Tele-educação: Conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação.

XXIX - Teleinterconsulta: É a interação entre dois ou mais profissionais de saúde, de diferentes especialidades, para discussão clínica sobre um usuário específico,

geralmente com compartilhamento de dados clínicos e com consentimento do paciente. Acontece em tempo real (síncrona).

XXX - Telematriciamento: Forma de apoio matricial realizada a distância, em que equipes especializadas apoiam técnicos e profissionais da APS ou de outros pontos da rede por meio de discussões de caso, orientação técnica e pactuação de condutas.

XXXI - Telemonitoramento: Acompanhamento e monitoramento a distância de parâmetros de saúde ou doença de pessoas com agravos crônicos ou que necessitam de acompanhamento contínuo, com ou sem uso de aparelhos para obtenção de sinais biológicos.

XXXII - Teleorientação: Orientação não presencial a usuários, familiares e responsáveis por cuidados à saúde; adequação de conduta clínica terapêutica já estabelecida e orientações gerais em pré-exames, pós-exames diagnósticos e pós-intervenções clínicas e cirúrgicas.

XXXIII - Teletriagem: Ato realizado por um profissional de saúde com pré-avaliação a distância dos sintomas para definição e direcionamento do paciente ao tipo adequado de assistência necessária ou a um especialista.

XXXIV - Transição de Cuidado: Processo de transferência de responsabilidade e informações sobre um(a) usuário(a) entre diferentes pontos da RAS para garantir um cuidado contínuo da assistência, assegurando a integralidade.

XXXV - Vagas de primeira vez: São vagas destinadas a usuários que acessarão pela primeira vez os serviços da AAE, sem histórico anterior de atendimento especializado na unidade ou linha de cuidado correspondente.

XXXVI - Vagas de Retorno: São vagas reservadas para o seguimento clínico de usuários que já foram atendidos em consulta anterior e necessitam de acompanhamento contínuo dentro da mesma especialidade ou linha de cuidado. Esses retornos são indicados pelo profissional da AAE conforme a necessidade clínica e fazem parte da continuidade do plano de cuidado.

Art. 3º A PDAAE observará os princípios, diretrizes e fundamentos do SUS e das demais normas federais e distritais vigentes.

Art. 4º A atenção à saúde na AAE será conduzida com base na saúde centrada na pessoa, estimulando a participação ativa e a autonomia no cuidado com a própria saúde, prezando pela colaboração interprofissional, valorizando o respeito entre as diferentes categorias profissionais, a integração de saberes, compartilhamento e corresponsabilidade no cuidado envolvendo os usuários, familiares e comunidade.

Art. 5º A organização da AAE deverá considerar as linhas de cuidado priorizadas pela Planificação da Atenção à Saúde, prezando pela acessibilidade com qualidade na distribuição dos equipamentos públicos e promover a integração efetiva com os demais pontos de atenção da RAS, coordenado pela APS, assegurando a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a articulação com os processos de regulação do acesso e a conformidade com os princípios do SUS, com vistas à garantia da equidade e da resolutividade. Art. 6º São diretrizes da Política Distrital de AAE:

I - Planejamento racional da oferta de serviços especializados: Todas as ofertas de serviços da AAE devem estar previstas em Carteira de Serviços própria, periodicamente atualizada e compatível com a densidade tecnológica estabelecida para esse nível de atenção. A execução dessas ofertas em outros componentes assistenciais da RAS será admitida apenas de forma excepcional, quando comprovadamente necessária para garantir o acesso oportuno do usuário, não devendo se configurar como prática rotineira ou substitutiva da AAE;

II - Regionalização: A AAE deve ser organizada com base no perfil epidemiológico local e determinantes sociais, contribuindo para o planejamento regional e para a qualificação da gestão em saúde. Dessa forma, as ações e serviços especializados devem estar vinculados às Regiões de Saúde ou aos ambulatórios das Unidades de Referência Distrital (URD's), considerando sua área de abrangência, a organização regional da RAS e a garantia da acessibilidade dos usuários aos serviços ofertados;

III - Acesso regulado: O conjunto dos atendimentos será prestado por meio de fluxos e protocolos definidos pela SES/DF, com regulação do acesso realizado exclusivamente pelo sistema de regulação vigente. A regulação do acesso à AAE deve ser realizada com base na classificação de risco de cada linha de cuidado/especialidade ou procedimento, conforme previsto nos protocolos de acesso atualizados;

IV - Trabalho em equipe: Os serviços da AAE são compostos por profissionais de diversas áreas da saúde, com caráter interprofissional e interdisciplinar, atuando de forma preferencialmente de forma integrada e colaborativa;

V - Cooperação ativa: A AAE integra a RAS de forma cooperativa com os demais níveis de atenção, coordenado pela APS, visando a garantia da integralidade e continuidade do cuidado;

VI - Cuidado especializado em tempo oportuno e transição do cuidado de forma qualificada: A organização dos serviços e a assistência prestada à população na AAE deverá ser realizada de forma eficiente e eficaz, a fim de evitar a fixação indevida dos usuários na AAE, comprometendo a rotatividade assistencial e a ampliação do acesso;

VII - Contrarreferência: A fim de garantir uma transição segura do cuidado do usuário, tanto no que tange a confidencialidade das informações, quanto à garantia de comunicação interprofissional, sobretudo entre a AAE e a APS, os serviços da AAE deverão utilizar ferramentas de contrarreferência institucionalizadas;

VIII - Gestão de tecnologia em saúde: A AAE no âmbito da gestão deve realizar o planejamento, incorporação ou desincorporação, avaliação e uso racional de tecnologias em saúde, com foco na melhor relação custo-benefício e atualização dos recursos tecnológicos, para assegurar um sistema mais eficaz, otimizado e alinhado com as inovações tecnológicas;

IX - Humanização do cuidado: O cuidado em saúde na AAE será sempre pautado pelos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), visando o acolhimento, o respeito, a comunicação efetiva e a valorização da experiência do usuário, de seus familiares e/ou acompanhantes.

X - Enfrentamento das desigualdades e discriminações: A AAE é comprometida com práticas de promoção da equidade e enfrentamento ao racismo estrutural, à LGBTfobia, à

transfobia, ao capacitismo, à xenofobia, ao etarismo, entre outras formas de opressão, incluindo a discriminação de populações em situação de vulnerabilidade, garantindo um cuidado integral, centrado na pessoa, com reconhecimento das necessidades singulares, respeito às identidades e valorização das diversidades.

## CAPÍTULO II DAS RESPONSABILIDADES

Art. 7º A implementação, operacionalização e monitoramento da PDAAE são de responsabilidade compartilhada entre a área técnica no âmbito da Administração Central da SES/DF e as Regiões de Saúde, bem como as URD's nos casos aplicáveis, de acordo com os princípios da regionalização, da integralidade e da coordenação do cuidado. Art. 8º São responsabilidades comuns à Administração Central, às Regiões de Saúde e às URD's:

I - zelar pela implementação da Política Distrital de AAE;

II - assegurar o acesso oportuno aos serviços por meio de processos regulatórios adequados;

III - coordenar o planejamento, a avaliação e o monitoramento da AAE, considerando os territórios de saúde;

IV - apoiar a integração da AAE aos demais pontos de atenção da RAS;

V - garantir a transparência e o controle social;

VI - garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento dos serviços de AAE, assegurando espaço, mobiliário e equipamentos, acessibilidade de pessoas com deficiência, conforme normas vigentes;

VII - estabelecer, nos respectivos Planos Regionais e no Plano Distrital de Saúde, as prioridades, estratégias e metas para a organização da AAE;

VIII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais;

IX - garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a AAE com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo;

X - desenvolver, disponibilizar e implantar informatização nas unidades da AAE, a fim de garantir mecanismos que assegurem o uso qualificado do prontuário eletrônico e de outros sistemas de gestão e assistência;

XI - viabilizar as condições necessárias para a efetivação da contrarreferência, incluindo a interoperabilidade entre os sistemas de informação, a padronização de instrumentos clínicos e a implantação de fluxos operacionais que promovam a integração entre os serviços da RAS, assegurando a continuidade do cuidado em todos os níveis de atenção;

XII - coordenar e executar as ações de monitoramento e avaliação da força de trabalho da AAE;

XIII - mapear competências profissionais necessárias à execução da carteira de serviços da AAE, articulando estratégias para a qualificação da força de trabalho, com foco na ampliação da resolutividade assistencial;

Art. 9º À Administração Central da SES/DF caberá:

I - coordenar a implementação da PDAAE, garantindo alinhamento técnico, normativo e operacional entre os níveis central e regional;

II - apoiar institucionalmente as Regiões de Saúde e as URD's nos processos de implantação, qualificação e avaliação da AAE, promovendo o fortalecimento da governança regional;

III - pactuar, em conjunto com o Colegiado Gestor da AAE, estratégias e diretrizes para consolidação da PDAAE, respeitando as especificidades territoriais e os marcos normativos federais e distritais;

IV - elaborar normativas complementares, protocolos técnicos e instrumentos regulatórios que orientem a organização, operacionalização e qualificação dos serviços especializados;

V - coordenar a estruturação dos serviços da AAE, com base na carteira de serviços definida em normativa específica e nas necessidades de saúde da região;

VI - Monitorar e avaliar, de forma contínua e sistematizada, os indicadores e resultados da AAE, consolidando e divulgando relatórios periódicos para subsidiar a gestão estratégica;

VII - promover ações de capacitação, educação permanente e apoio técnico às Regiões de Saúde e às URD's, em parceria com a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) e instituições de ensino e pesquisa;

VIII - participar da regulamentação da expansão, territorialização e regionalização dos serviços especializados, considerando critérios epidemiológicos, demográficos, de vulnerabilidade e de acessibilidade;

IX - planejar e organizar a força de trabalho da AAE de forma regionalizada, considerando o perfil epidemiológico, a oferta assistencial existente e os parâmetros de dimensionamento da SES/DF;

X - fomentar a adoção de tecnologias de informação e comunicação que apoiem a organização, o monitoramento e a qualificação da AAE;

XI - fortalecer as instâncias de segurança do paciente nas Regiões de Saúde e nas URD's, por meio do apoio técnico e da alocação de recursos humanos adequados, bem como estabelecer diretrizes e orientações para a organização e o funcionamento das instâncias de Segurança do Paciente nos serviços de AAE, em consonância com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Art. 10 Às Regiões de Saúde e aos ambulatórios das URD's caberá:

I - coordenar, no âmbito da Região de Saúde, a implantação, implementação e acompanhamento da PDAAE, conforme diretrizes estabelecidas pela gestão central;

II - organizar e supervisionar os serviços da AAE sob sua gestão direta, assegurando a oferta da carteira de serviços conforme previsto em normativa específica e garantindo o cuidado resolutivo;

III - planejar a alocação de recursos humanos, físicos e tecnológicos da AAE regional de acordo com as necessidades do território, em articulação com as áreas técnicas e o planejamento regional integrado;

IV - apoiar a qualificação das equipes e o desenvolvimento de competências dos profissionais por meio da articulação com a educação permanente, matriciamento e apoio institucional;

V - monitorar, analisar e utilizar os indicadores e dados produzidos pelos serviços da AAE para subsidiar decisões de gestão e melhorias contínuas;

VI - articular com os demais pontos de atenção da RAS, incluindo a APS, Hospitalar e a Atenção Psicossocial, promovendo o compartilhamento e a continuidade do cuidado;

VII. Promover a escuta qualificada e o envolvimento dos usuários, conselhos de saúde locais e demais instâncias participativas na organização e avaliação dos serviços especializados;

VIII. Contribuir com a regulação regional do acesso à AAE, articulando-se com a área competente e com os serviços especializados para organização da oferta conforme critérios de risco, vulnerabilidade e territorialidade;

IX - realizar o planejamento regional da oferta, conforme a carteira de serviços e a capacidade instalada;

X - estimular e apoiar a instituição e o funcionamento das instâncias de Segurança do Paciente nos serviços de AAE da região, bem como monitorar e analisar as notificações de eventos adversos no sistema Notivisa e propor ações de melhoria regional, em consonância com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e as diretrizes da SES-DF;

XI - estabelecer a Gestão Compartilhada dos serviços ambulatoriais no âmbito de cada Região de Saúde, mediante a criação do Colegiado Gestor da AAE, com a realização de reuniões com periodicidade mínima bimestral, com registro em ata e encaminhamentos sistematizados para monitoramento, com ênfase na análise da produção, dos indicadores, do desempenho e das metas pactuadas;

XII - instituir uma Instância Regional de Segurança do Paciente, responsável por coordenar, apoiar e monitorar as ações de segurança do paciente nos serviços de AAE da respectiva região. As atribuições da equipe de Segurança do Paciente e sua composição mínima, bem como as atribuições da Instância Regional de Segurança do Paciente serão definidas em normativa complementar da SES-DF, em conformidade com as diretrizes nacionais de segurança do paciente.

Art. 11 Aos Serviços de AAE caberá:

I - organizar os processos de trabalho e fluxos assistenciais conforme descrito normativa específica da carteira de serviços;

II - ofertar a Carteira de Serviços da AAE com base na competência da equipe, nos recursos disponíveis e nas necessidades do território, assegurando a integralidade, continuidade e humanização do cuidado, bem como a articulação intersetorial com serviços e políticas públicas complementares, especialmente nas áreas de assistência

social, educação, justiça e direitos humanos, visando ampliar o acesso, qualificar o cuidado e garantir a resolutividade das demandas em saúde;

III - conhecer e participar ativamente do processo de estratificação de risco e da regulação do acesso, conforme descrito em normativa sobre Processo Regulatório de Acesso à Assistência, garantindo atendimento conforme critérios pactuados e promovendo a priorização clínica adequada;

IV - registrar e manter atualizadas as informações de saúde e administrativas no prontuário eletrônico e demais sistemas oficiais, garantindo a qualidade da informação para gestão, regulação e cuidado;

V - elaborar encaminhamentos, solicitações, relatórios e laudos, conforme a necessidade dos usuários, a partir das informações obtidas nos atendimentos e acompanhamento. Os encaminhamentos devem ser feitos em consonância com o protocolo de acesso da especialidade/procedimento;

VI - implementar ações de educação em saúde e corresponsabilização dos usuários, por meio do autocuidado apoiado, fortalecendo o vínculo e a adesão ao tratamento;

VII - participar de ações de educação permanente, apoio matricial e avaliação de desempenho, contribuindo para a qualificação da equipe e dos serviços prestados;

VIII - promover a articulação permanente entre os serviços da AAE e os demais pontos da RAS, com ênfase no cuidado compartilhado com a APS, assegurando a manutenção do vínculo do usuário com sua equipe de referência na APS durante todo o processo de cuidado. Quando indicado o encerramento do acompanhamento especializado, assegurar a devolutiva qualificada à APS, com registros clínicos adequados e orientações para seguimento;

IX - contribuir com a gestão regional por meio da produção de relatórios, participação em reuniões de monitoramento e análise crítica dos resultados assistenciais;

X - instituir e manter ativa uma instância de segurança do paciente, com o papel de promover, implementar e monitorar as ações de segurança do paciente e prevenção de eventos adversos no âmbito do serviço, em consonância com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e as diretrizes da SES-DF.

### CAPÍTULO III DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Art. 12 A AAE, no âmbito da RAS do DF, é corresponsável pela assistência aos usuários, com a função de prover retaguarda clínica especializada aos processos de cuidado, os quais têm como base o vínculo longitudinal com a APS e se articulam com os demais pontos de atenção.

Art. 13 Integram a AAE os serviços que ofertam atendimentos ambulatoriais especializados, a exemplo dos Centros Especializados, Policlínicas e Ambulatórios Hospitalares.

Art. 14 Não se incluem no escopo da AAE:

I – internações hospitalares;

II – procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que demandem internação ou permanência em estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas;

III – serviços de urgência e emergência, sejam hospitalares (internação) ou pré-hospitalares, fixos ou móveis.

Art. 15 A organização da AAE deverá adotar estratégias que promovam o acesso inclusivo, a permanência qualificada e a efetividade do cuidado, especialmente para os grupos em situação vulnerável, bem como populações específicas, de acordo com as premissas das políticas de promoção da equidade em saúde no SUS.

Parágrafo único. A equidade na AAE implica o reconhecimento e o respeito às diversidades socioculturais dos usuários, bem como o compromisso institucional com práticas de enfrentamento a quaisquer formas de discriminação, garantindo uma atenção especializada integral, centrada na pessoa e nas suas necessidades singulares.

Art. 16 Os serviços ofertados na AAE funcionarão, preferencialmente, no modelo PASA e através de OCI com organização e articulação entre serviços assistenciais especializados. De forma excepcional, a depender das características da demanda e especialidade, poderá ser adotado o modelo de ofertas pontuais, desde que previstos em linhas de cuidado de forma articulada na RAS, e com isso, contribua para a continuidade e a integralidade do cuidado.

Parágrafo único - A adoção de qualquer um dos modelos deverá estar alinhada aos fluxos e critérios estabelecidos pelos processos regulatórios, garantindo a conformidade com as diretrizes da RAS e a efetividade no acesso aos serviços especializados.

Art. 17 A Carteira de Serviços será estabelecida por normativa específica, publicada pela SES/DF, e tem por finalidade orientar e qualificar a organização dos serviços e das equipes da AAE, por meio de descrição das atividades assistenciais ofertadas.

Art. 18 A Carteira de Serviços da AAE deverá ser revisada anualmente e atualizada, sempre que necessário, pela Administração Central, em processo pactuado com as Regiões de Saúde e os ambulatorios das URD's, considerando critérios de regionalização, perfil demográfico e epidemiológico da população, capacidade instalada dos serviços e diretrizes da RAS.

Art. 19 As ações e procedimentos previstos na Carteira de Serviços serão realizados por profissionais de saúde habilitados, respeitadas as atribuições dos cargos e carreiras específicas, bem como os protocolos vigentes e as evidências científicas consolidadas.

Art. 20 O acesso aos serviços da AAE será regulado com base nas necessidades biopsicossociais e de saúde dos usuários, observados os protocolos de acesso vigentes, preferencialmente por meio de referência da APS e mediante estratégias de compartilhamento do cuidado entre os diferentes serviços especializados ambulatoriais.

Parágrafo único. Excetuam-se dessa regra o acesso aos Centros de Especialidades para Atenção à Pessoa Vítima (CEPAV) e ao Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL).

Art. 21 O referenciamento para a AAE deverá ocorrer a partir da estratificação de risco realizada na APS, conforme diretrizes estabelecidas em notas técnicas e protocolos de acesso vigentes.

§ 1º A aplicação da estratificação de risco visa garantir uma atenção centrada na pessoa, assegurando equidade no acesso e intensidade adequada de cuidados, com ênfase no monitoramento e seguimento dos usuários com alto risco de complicações.

§ 2º Os protocolos de acesso à AAE deverão contemplar critérios de vulnerabilidade social, em conformidade com o princípio da equidade, assegurando a priorização de atendimento das populações previstas em lei e considerando as evidências que correlacionem condições clínicas aos determinantes sociais da saúde.

Art. 22 Os usuários regulados para a AAE devem manter o vínculo e o acompanhamento pela APS, assegurando a integralidade e continuidade do cuidado.

Art. 23 A oferta de serviços nas unidades de AAE deverá contemplar um fluxo integrado de cuidados, englobando avaliação biopsicossocial e cuidados especializados, conforme necessidade da população, ou usuários.

Art. 24 Os usuários deverão ser recepcionados por serviços de acolhimento, pelo profissional de nível superior na gestão do cuidado que estará responsável por facilitar o acesso oportuno a cuidados na AAE, otimizar o fluxo de atendimento entre os serviços e com isso, melhorar a experiência dos usuários no sistema de saúde.

Parágrafo único - A regulamentação e a parametrização do profissional na gestão do cuidado nos serviços de AAE do DF será objeto de normativa específica.

Art. 25 O compartilhamento do cuidado da AAE para a APS deverá seguir protocolos vigentes a fim de reduzir a fixação indevida dos usuários (“efeito velcro”) e ampliar a rotatividade e acesso regulado aos serviços especializados.

Parágrafo único. O acompanhamento do usuário pela AAE deve ocorrer apenas enquanto houver necessidade clínica compatível com este ponto de atenção, sendo fundamental manter o cuidado compartilhado com a APS ao longo de todo o processo. Após resolução do caso ou de estabilização clínica, a AAE deverá realizar a transição do cuidado à APS para continuidade do cuidado.

Art. 26 O tempo de atendimento nas consultas da AAE será definido em normativa específica, considerando a carga horária dos profissionais, a complexidade da especialidade, o modelo assistencial adotado e a natureza do atendimento.

Parágrafo Único. A parametrização será definida em normativa específica da especialidade, após aprovação em colegiado da Administração Central. Sendo vedada, no âmbito regional, a definição de parâmetros relacionados ao tempo de atendimento nas consultas.

Art. 27 A consulta de primeira vez na AAE deverá ser previamente regulada, com agendamento realizado exclusivamente por meio do sistema informatizado de regulação.

Parágrafo Único - A priorização dos casos obedecerá a critérios clínicos e de vulnerabilidade social, com base na avaliação realizada na APS ou serviço de referência conforme disposto em protocolos de acesso ou notas técnicas vigentes para as especialidades/procedimentos.

Art. 28 O agendamento de consultas de retorno deverá considerar a complexidade do caso, o plano terapêutico estabelecido e a necessidade de acompanhamento multiprofissional.

Art. 29 A partir do primeiro atendimento na AAE, o serviço especializado será corresponsável pela condução clínica do usuário, no âmbito de sua competência técnica, em articulação com a APS e os demais pontos de atenção da rede.

Art. 30 A continuidade assistencial no âmbito da AAE deve ser garantida em situações de afastamento temporário ou definitivo de profissionais, observando-se as seguintes diretrizes:

§ 1º Nos casos de afastamento temporário de profissional, com retorno programado a unidade deverá organizar previamente a agenda assistencial, assegurando a continuidade do cuidado aos usuários em acompanhamento, observada a legislação vigente de gestão de pessoal e planejamento assistencial.

§ 2º Nos casos de saída definitiva do profissional, deve ser realizada a avaliação clínica da estabilidade dos casos, com definição de redirecionamento assistencial, conforme as seguintes possibilidades:

I - encaminhamento para outro profissional da mesma categoria na própria unidade;

II - retorno à APS, nos casos em que houver estabilidade clínica e possibilidade de seguimento adequado neste nível de atenção;

III - encaminhamento para outra unidade da AAE na mesma macrorregião, via pactuação entre regiões por meio da regulação, quando não houver disponibilidade de profissional na unidade de origem;

IV - seguimento por Telessaúde, quando aplicável, considerando a natureza do acompanhamento e a disponibilidade do serviço.

§ 3º O profissional que assumir o cuidado poderá realizá-lo presencialmente ou por teleconsulta, de acordo com a necessidade clínica do usuário e a capacidade operacional do serviço.

Art. 31 Os usuários deverão ser preferencialmente assistidos por serviços da sua região ou macrorregião.

Art. 32 O acesso aos nomes dos usuários regulados às unidades da AAE será realizado a partir de listas extraídas pelas próprias unidades executantes diretamente no Sistema de Regulação.

Art. 33 Os serviços de AAE deverão promover ações coletivas, como grupos, oficinas, salas de espera, vídeos e outros, a fim de transmitir informações, orientar o autocuidado e reduzir as complicações e sequelas dos agravos na perspectiva da prevenção terciária e quaternária.

Art. 34 Deverão ser planejados espaços no cronograma mensal para reuniões de colegiado, com duração de cinco horas e participação obrigatória de todos os membros da equipe, a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações e do processo de trabalho, questões administrativas, educação permanente, discussão de

casos e atenção à saúde mental do servidor, podendo contar com a participação de membros da comunidade em casos específicos.

Parágrafo único. As reuniões de colegiado deverão ser registradas em ata, com relato das discussões, decisões e lista de presença dos participantes, que ficará à disposição da Gerência.

Art. 35 Deverão ser previstas, no cronograma semanal das equipes, horas destinadas exclusivamente à discussão de casos clínicos e à construção conjunta dos planos de cuidados, com participação interprofissional e foco na integralidade, longitudinalidade e corresponsabilidade no cuidado.

Art. 36 A unidade deverá conter em local visível, próximo à entrada da unidade, as seguintes informações:

I - identificação da unidade e horário de atendimento;

II - identificação do gestor e dos componentes de cada equipe do serviço;

III - carta de serviços disponíveis na unidade;

IV - detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe;

V - telefone da ouvidoria responsável.

Art. 37 As Unidades da AAE deverão manter o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) atualizado.

Art. 38 As unidades de serviços da AAE devem dispor minimamente de recepção; sala de acolhimento; consultório de atendimento individual e compartilhado; espaço para matriciamento presencial ou virtual; ambiente para armazenamento de insumos; banheiro público; banheiro acessível; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; copa; sala de reunião e sala de procedimentos.

Art. 39 A estrutura física destinada à AAE deverá ser prioritariamente implantada em unidades extra-hospitalares, conforme serviços previstos na Carteira de Serviços e indicadas nos planos de trabalho regionais.

Art. 40 A fim de otimizar o caminho do cuidado dos usuários dentro dos serviços especializados, poderá haver mais de um serviço da AAE no mesmo espaço físico, desde que garantam o acolhimento adequado, a segurança do paciente e que haja sinalização adequada para diferenciação das unidades.

Art. 41 Os equipamentos, materiais permanentes e espaços físicos das unidades da AAE devem estar alinhados à carteira de serviços.

Art. 42 Os gestores locais devem compatibilizar a capacidade instalada da Rede local para planejar a aquisição/contratualização de equipamentos.

Art. 43 O financiamento e a alocação orçamentária para a estruturação das clínicas e centros especializados deverão ser incorporados ao Plano Distrital de Saúde (PDS), à Programação Anual de Saúde (PAS) e à Lei Orçamentária Anual (LOA), garantindo a adequação dos recursos para implementação e manutenção das referidas unidades.

#### CAPÍTULO IV DA INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO E REGISTRO

Art. 44 Esta Portaria estabelece as diretrizes e normas para o uso qualificado da informação, comunicação e registro no âmbito da AAE da SES/DF, com o objetivo de promover a continuidade do cuidado, a qualificação da assistência e a eficiência na gestão da rede.

Art. 45 O registro das informações de saúde deverá ser realizado exclusivamente em prontuário eletrônico estabelecido pela SES/DF, compatível com os sistemas nacionais de informação em saúde e interoperável com a APS e outros níveis de atenção.

Art. 46 As informações registradas em prontuário eletrônico e em outros sistemas da SES/DF deverão ser objeto de análise para subsidiar o planejamento em saúde, respeitando o sigilo profissional, a ética, e as disposições da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Parágrafo único - Todo paciente atendido na AAE terá assegurada a confidencialidade de suas informações, com garantia da segurança dos dados e conformidade com a LGPD.

Art. 47 É de responsabilidade dos profissionais e gestores das unidades da AAE zelar pela integridade, fidedignidade e atualidade das informações registradas nos sistemas de informação, prontuário eletrônico e bases oficiais da SES/DF.

Art. 48 Os gestores das unidades e instâncias da AAE devem manter atualizadas as informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dos sistemas de gestão utilizados pelo Ministério da Saúde e pela SES/DF.

Art. 49 Os profissionais de saúde são corresponsáveis pelos seus dados cadastrais inseridos no CNES, devendo zelar pela correta informação, comunicando aos respectivos responsáveis pelo cadastramento toda e qualquer mudança de situação relativa a si.

Art. 50 Os profissionais devem registrar todas as ações de saúde realizadas utilizando os códigos estabelecidos pelas normativas do Ministério da Saúde e da SES/DF.

Parágrafo único - Os códigos e orientações específicas para o registro das ações e serviços da AAE serão definidos em documentos normativos próprios da SES/DF.

Art. 51 - Os serviços deverão assegurar a realização das notificações compulsórias, conforme legislação vigente, como parte integrante das ações de vigilância em saúde, contribuindo para a detecção oportuna, o monitoramento e o controle de agravos relevantes à saúde pública.

Parágrafo único - As unidades e profissionais da AAE são responsáveis por manter registros atualizados e comunicar tempestivamente os casos de notificação obrigatória aos sistemas de informação definidos pelo Ministério da Saúde e pela SES/DF.

## CAPÍTULO V DA SAÚDE DIGITAL NO ÂMBITO DA AAE

Art. 52 Estabelece as diretrizes e normas da saúde digital no âmbito da AAE da SES/DF, com o objetivo de promover a continuidade do cuidado, a qualificação da assistência e a eficiência na gestão da rede.

Art. 53 A prestação de serviços na AAE poderá ocorrer de forma presencial e a distância, por meio das modalidades de Telessaúde, no âmbito da saúde digital, que será promovida pela SES/DF como estratégia estruturante da AAE e dos demais componentes da RAS, de

forma integrada, segura, ética e em conformidade com as normativas vigentes nos âmbitos distrital e federal.

§1º A AAE deverá incorporar tecnologias digitais em saúde de forma estratégica, considerando a efetividade clínica, a relação custo-benefício, a melhoria do acesso e da qualidade assistencial e a integração com os demais pontos da RAS, especialmente com a APS e os componentes hospitalares e de vigilância.

§2º Serão incentivadas iniciativas que utilizem ferramentas de saúde digital para teleconsultorias, telediagnóstico, telessaúde, regulação do acesso de segunda geração, prontuário eletrônico, interoperabilidade entre sistemas, bem como para o monitoramento remoto de condições crônicas e a educação permanente em saúde das equipes multiprofissionais.

Art. 54 As unidades de AAE devem ofertar também, serviços de telessaúde, garantindo um fluxo completo de avaliação, diagnóstico e tratamento personalizado. A estratégia de saúde digital no DF será regulamentada em normativa específica e abrangendo todos os componentes da RAS.

Art. 55 A incorporação das ferramentas de telessaúde aos serviços da AAE viabilizará a Telerregulação assistencial e a Regulação Assistencial de Segunda Geração, a qual será regulamentada por portaria específica.

Art. 56 Será assegurada a progressiva implantação e manutenção de infraestrutura tecnológica mínima para viabilizar os serviços de telessaúde, interoperabilidade de sistemas e prontuário eletrônico integrado, garantindo segurança da informação e conformidade com a LGPD.

## CAPÍTULO VI DO PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 57 O planejamento, o monitoramento e a avaliação serão desenvolvidos de forma integrada entre os níveis de gestão da SES/DF, articulados aos instrumentos oficiais de planejamento e gestão, incluindo o Plano Distrital de Saúde (PDS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e os Acordos de Gestão.

Art. 58 O planejamento das ações de saúde para fortalecimento e consolidação da AAE deverá ser elaborado de forma integrada no âmbito das Regiões de Saúde e dos ambulatorios das URD's, considerando as diretrizes desta Portaria, as necessidades de saúde da população identificadas na análise epidemiológica, as demandas de educação permanente das equipes da APS e da AAE, bem como a capacidade instalada e a projeção de expansão dos serviços. Parágrafo único - O planejamento dos serviços da AAE deverão ser oficializados por meio do Plano de Reorganização e Expansão da AAE em cada região.

Art. 59 O planejamento das ações de saúde nos serviços e das regiões deverá ser orientado pelas informações produzidas nos sistemas oficiais de informação em saúde, de forma a garantir a análise qualificada dos dados e subsidiar a tomada de decisão, bem como devem estar oficializados em Plano de Reorganização e Expansão da AAE de cada região.

Art. 60 O planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde da AAE deverão ser desenvolvidas de forma integrada entre todos os níveis de gestão da SES e

alinhadas ao planejamento estratégico da instituição Parágrafo único. O planejamento deverá ocorrer de forma ascendente com participação dos profissionais considerando os relatórios das conferências regionais de saúde

Art. 61 As ações em saúde planejadas e propostas pelas equipes dos serviços de AAE deverão considerar o elenco de ações de saúde que compõem a Carteira de Serviços, às necessidades das equipes de referência da APS e os indicadores estabelecidos pelo nível central da Secretaria, pelas superintendências nas Regiões de Saúde e nas URD's, bem como os princípios e diretrizes desta Portaria.

Art. 62 O monitoramento e a avaliação da AAE serão realizados pela unidade gestora de Planejamento, Monitoramento e Avaliação, de forma sistemática e periódica, com base:

I - nos indicadores de desempenho e metas pactuadas;

II - na produção registrada nos sistemas de informação oficiais;

III. Nos dados epidemiológicos e assistenciais. Parágrafo único. É responsabilidade dos profissionais o registro fidedigno de sua produção nos sistemas oficiais, como condição essencial para o monitoramento da AAE.

Art. 63. O monitoramento e a avaliação da força de trabalho da AAE deverão ser realizados de forma contínua e integrada, considerando aspectos quantitativos e qualitativos, tais como dimensionamento, qualificação, produtividade e satisfação dos profissionais.

Parágrafo único. Os resultados dessa avaliação subsidiarão as ações de planejamento da força de trabalho, bem como estratégias de fixação e valorização dos profissionais, visando à melhoria contínua da qualidade da atenção.

Art. 64. Os indicadores utilizados para o monitoramento e a avaliação da AAE serão pactuados entre a administração central da SES/DF, as Regiões de Saúde e as URD's tendo como base principal os indicadores dos Acordos de Gestão.

§ 1º Poderão ser instituídos outros indicadores complementares pelos serviços e pelas Regiões de Saúde, conforme necessidades identificadas nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação locais.

§ 2º As ações de monitoramento dos indicadores deverão observar os princípios da governança, da transparência e da responsabilização institucional, visando à melhoria contínua da qualidade da atenção e da gestão dos serviços.

Art. 65. Deverão ser instituídos, nos serviços da AAE, mecanismos regulares de autoavaliação das equipes, com o objetivo de subsidiar as decisões dos gestores e fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde.

## CAPÍTULO VII DA FORMAÇÃO, EDUCAÇÃO PERMANENTE E VALORIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO

Art. 66. Os processos educativos desenvolvidos na AAE deverão estar em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e o Plano de Educação Permanente em Saúde (PEPS) da Secretaria de Estado de Saúde do DF.

Art. 67. As Diretorias Regionais em parceria com os Núcleos de Educação Permanente em Saúde das Regiões (NEPS) deverão realizar levantamento das necessidades de

capacitação anualmente e identificar necessidades de atualização e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde atuantes na AAE, de forma participativa e ascendente. Todas as unidades da AAE são considerados potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS.

Art. 68. O levantamento das necessidades de capacitação, identificados anualmente, deverão ser encaminhados à Administração Central, com a finalidade de garantir a priorização e a definição estratégica das ações educativas da AAE e atualização do PEPS.

Art. 69. As ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) serão:

I - incorporadas aos processos de trabalho por meio de horários protegidos para capacitação;

II - desenvolvidas pelas equipes locais da Região de Saúde com apoio pedagógico dos NEPS com finalidade de certificação;

III - implementadas pelas áreas técnicas da Administração Central, em articulação com as áreas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, de acordo com o PEPS vigente, e em parceria com entidades vinculadas, estruturas de apoio educacional e instituições parceiras.

Art. 70. A AAE deverá implementar estratégias de matriciamento, apoiadas pela Gestão, com as equipes da APS, para o seguimento dos casos complexos de seu território.

Parágrafo único – Caberá aos serviços definir a disponibilidade de carga horária de no mínimo 10% e no máximo 20% para cada especialidade, conforme necessidades identificadas no território e mediante programação.

Art. 71. As estratégias educativas deverão ser desenvolvidas com base nas demandas assistenciais e organizacionais da AAE, e poderão ser ofertadas por meio de cursos, oficinas, treinamentos e demais atividades formativas presenciais, híbridas ou a distância, com ou sem certificação, em articulação com instituições formadoras, entidades parceiras e estruturas de apoio técnico-pedagógico da SES/DF.

Art. 72. As ações de Educação em Saúde deverão considerar os determinantes sociais do processo saúde-doença, o contexto sociocultural dos usuários e as especificidades de cada linha de cuidado, com articulação com a APS e com os demais pontos da Rede, respeitando os princípios da integralidade, equidade e participação social.

#### CAPÍTULO VIII DA CRIAÇÃO E EXTINÇÃO DE SERVIÇOS DA AAE

Art. 73. A criação de novos serviços, bem como a extinção de serviços existentes da AAE deverá respeitar o seguinte fluxo:

I - estar prevista em um dos instrumentos de gestão vigentes;

II - ter avaliado sua conveniência e oportunidade, tendo em vista a realidade da região e da SES-DF, a demanda e a capacidade de oferta;

III - ser aprovada pelo Colegiado de Gestão da SES-DF.

Art. 74. Após aprovação pelo Colegiado de Gestão, a proposta de novo serviço da AAE deverá ser submetida à área responsável, para que promova as alterações necessárias, quanto ao credenciamento, habilitação e orçamentação.

Art. 75. Fica vedada a criação de serviços fora dos estabelecidos no Capítulo III desta Política, excetuando-se aqueles cujo financiamento estejam definidos pelo Ministério da Saúde. Parágrafo único. A inclusão de novos serviços deverá observar a conformidade com as diretrizes do SUS, a disponibilidade orçamentária e a pactuação nas instâncias de gestão colegiada.

Art. 76. A extinção de serviços existentes da AAE somente poderá ocorrer quando estiver associada a uma reestruturação que resulte em aumento da oferta de serviços, conforme previsto na carteira de serviços ou nas normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Art. 77. Os ambulatorios existentes atualmente na SES/DF serão reorganizados para integrar os serviços previstos na Carteira de Serviços, à medida que estes forem criados e implementados. Parágrafo único - Os profissionais, os insumos, equipamentos e materiais permanentes dos ambulatorios passarão a compor aos serviços reorganizados.

Art. 78. A transição dos ambulatorios existentes para os serviços previstos na Carteira de Serviços, deverá observar plano de reestruturação progressiva, assegurando a continuidade assistencial, o aproveitamento da força de trabalho existente e a manutenção dos serviços até plena implantação das novas unidades;

Parágrafo único - Na eventual ociosidade em serviço cujo atendimento dependa de recursos que estejam temporariamente indisponíveis, os servidores deverão realizar atendimento em área afim, respeitadas as atribuições do seu cargo, até a normalização do serviço.

#### CAPÍTULO IX DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 79. A PDAAE será objeto de avaliação periódica, a cada quatro anos, ou sempre que necessário, para revisão de suas diretrizes, considerando as necessidades da população, os avanços tecnológicos e as diretrizes nacionais do SUS.

Parágrafo único. O processo avaliativo deverá assegurar os princípios da participação social, da transparência, da equidade e da integralidade do cuidado, com a colaboração dos representantes da gestão, da assistência e usuários, de modo a garantir a escuta qualificada da população e a transparência dos processos de monitoramento.

Art. 80. As Regiões de Saúde e as URD's deverão apresentar plano de trabalho para adequação dos serviços, com pactuação de responsabilidades e definição de prazos para a transição dos ambulatorios existentes ao modelo previsto na Carteira de Serviços e nas normativas desta Política.

Art. 81. Fica revogada a Portaria nº 773, de 19 de Julho de 2018, publicada no Diário Oficial do Distrito Federal nº 149, de 07 de agosto de 2018, seção I, página 12 e a Portaria nº 132, de 28 de fevereiro de 2020, publicada no Diário Oficial do Distrito Federal nº 40, de 2 de março de 2020, seção I, página 3.

Art. 82. Os casos omissos serão dirimidos pelo Coordenador da Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços, enquanto responsável pela área técnica de Atenção Ambulatorial Especializada na SES/DF.

Art. 83. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JURACY CAVALCANTE LACERDA JÚNIOR