

Obligatoriedad de la teleconsulta: una herramienta de gestión para la regulación en salud

Marcos Aurélio Maeyama

Centro de Telesalud de Santa Catarina.Consultor del Centro de Telesalud de Santa Catarina.Post-doctorado en Salud Colectiva de la Universidad Federal de Santa Catarina. <http://lattes.cnpq.br/3228569891617230> <https://orcid.org/0000-0003-4992-3810> Contacto: R. Delfino Conti, S/N - Trindade, Florianópolis - SC - 88040-370 (48) 3721 4448 Correo electrónico: marcos.aurelio@univali.br

Maria Cristina Marino Calvo

Centro de Telesalud de Santa Catarina. Coordinador del Centro de Telesalud de Santa Catarina.Doctorado en Ingeniería de Producción de la Universidad Federal de Santa Catarina.<http://lattes.cnpq.br/9980742756657663>

Luana Gabriele Nilson

Centro de Telesalud de Santa Catarina.Consultor del Centro de Telesalud de Santa Catarina. Doctorado en Salud Colectiva de la Universidad Federal de Santa Catarina.<http://lattes.cnpq.br/5240920334897552>

Luise Lüdke Dolny

Centro de Telesalud de Santa Catarina.Consultor del Centro de Telesalud de Santa Catarina.Doctorado en Salud Colectiva de la Universidad Federal de Santa Catarina. <http://lattes.cnpq.br/3803368514660074>

Fecha de submission: Julio, 12, 2020 | Fecha de aprobación: : Diciembre, 15, 2020

Resumen

Introducción: Una de las grandes dificultades para consolidar la Atención Básica de Salud (ABS) en el Brasil está relacionada con la capacidad resolutive de los equipos, en un escenario de excesivas derivaciones y largas filas de espera para varias especialidades. Una de las estrategias propuestas para la cualificación clínica en el ABS es la teleconsulta, que a través de la tecnología digital ofrece apoyo a los profesionales. Sin embargo, su uso espontáneo siempre ha sido históricamente incipiente. En 2015, el Centro de Telesalud de Santa Catarina inició un proceso de articulación con los Centros de Regulación, que hizo obligatorio el uso de la teleconsulta antes de la remisión a algunas especialidades. Metodo: El artículo describe y detalla el proyecto de teleconsulta y obligatoriedad, desarrollado por el Centro de Telesalud de Santa Catarina desde 2015 y sus resultados actuales. Resultados y conclusión: Los resultados mostraron un gran número de casos con la posibilidad de gestión en el ABS y la calificación del acceso a las especialidades, lo que refuerza la importancia de establecer el flujo obligatorio de teleconsulta como una herramienta de regulación para asegurar el acceso en un lugar y tiempo oportunos.

Palabras clave: Teleconsulta; Telesalud; Gestión de la Salud; Atención Sanitaria Básica; Sistema Único de Salud.

Abstract

Teleconsultancy compulsion: a management tool for health regulation

Introduction: One of the great difficulties in consolidating Basic Health Care (ABS) in Brazil is related to the resolving capacity of the teams, in a scenario of excessive referrals and long waiting lines for several specialties. One of the strategies proposed for clinical qualification at ABS is teleconsulting, which through digital technology offers support to professionals. However, its spontaneous use has historically always been incipient. In 2015, the Santa Catarina Telehealth Center began a process of articulation with the Regulation Center, which made compulsory the use of teleconsulting prior to referral to some specialties. Method: The article describes and details the teleconsulting and compulsory project, developed by the Telehealth Center in Santa Catarina since 2015 and its current results. Results and conclusion: The results showed a large number of cases with the possibility of management in ABS and qualification of access to specialties, reinforcing the importance of establishing the compulsory flow of teleconsultancy as a tool of regulation to ensure access in a timely place and time.

Keywords: Teleconsultancy; Telehealth; Health Management; Basic Health Care; Unique Health System.

Resumo

Compulsoriedade de teleconsultoria: uma ferramenta de gestão para regulação em saúde

Introdução: Uma das grandes dificuldades para consolidação da Atenção Básica à Saúde (ABS) no Brasil está relacionada à capacidade resolutive das equipes, num cenário de excesso de encaminhamentos e grandes filas de espera para diversas especialidades. Uma das estratégias propostas para qualificação clínica na ABS é a teleconsultoria, que por meio de tecnologia digital oferta apoio para os profissionais. Todavia, seu uso espontâneo historicamente sempre fora incipiente. Em 2015, o Núcleo Telessaúde de Santa Catarina iniciou um processo de articulação com as Centrais de Regulação, que tornaram compulsório o uso da teleconsultoria previamente ao encaminhamento para algumas especialidades. Método: O artigo descreve e detalha o projeto de teleconsultoria e obrigatoriedade desenvolvido pelo Centro de Telessaúde de Santa Catarina desde 2015, bem como seus resultados atuais. Resultados e conclusão: Os resultados demonstraram grande número de casos com possibilidade de manejo na ABS e qualificação do acesso às especialidades, reforçando a importância do estabelecimento do fluxo compulsório de teleconsultoria como ferramenta da regulação para garantia do acesso em local e tempo oportunos.

Palavras-chave: Teleconsultoria; Telessaúde; Gestão em Saúde; Atenção Básica à Saúde. Sistema Único de Saúde.

Introducción

Desde la creación del Sistema Único de Salud (SUS) en 1988, el modelo de atención propuesto por el Ministerio de Salud (MS) para organizar su sistema de salud fue el de la Atención Primaria de Salud (APS) en Brasil, llamado Atención Básica de Salud (ABS).

A pesar de su reconocida importancia en la mejora de los indicadores de salud a lo largo de los años¹, uno de los problemas que se enfrentan para su calificación radica en su capacidad resolutoria, que se sitúa en torno al 70%, muy por debajo de la capacidad resolutoria de los países con un sistema consolidado, que se sitúa entre el 85% y el 90%^{2,3}.

Una extensa encuesta realizada en más de 70 unidades de salud de varios estados del Brasil demuestra esta situación de baja solubilidad, presentando un número excesivo de remisiones, lo que provoca una sobrecarga de la atención especializada³.

Esta falta de criterios y de estratificación de riesgos en la atención básica hace que los servicios de atención ambulatoria especializada reciban tanto los casos de problemas más simples, de bajo y medio riesgo, como los casos de problemas más complejos y de mayor riesgo².

Una encuesta realizada en Belo Horizonte sobre la relación entre la atención básica y la atención especializada en cardiología reveló que la mayoría de los cardiólogos consideraban que la mayoría de las remisiones podían tener resolución y seguimiento en la atención básica⁴.

Estas referencias inadecuadas pueden generar problemas adicionales de desigualdad de acceso, con la creación de largas filas de espera, y el consiguiente retraso en la atención de los casos que realmente necesitan atención especializada⁵.

Los estudios demuestran que los largos períodos de espera para recibir atención especializada pueden conducir a un empeoramiento del problema de salud, prolongar el sufrimiento y, en casos extremos, provocar la muerte por retirada, además de los costos sociales inherentes al proceso de enfermedad o muerte⁴.

Algunos estudios muestran que la falta de establecimiento de criterios de acceso a la atención especializada puede dar lugar a colas con largos tiempos de espera, como en el estudio realizado en un pequeño municipio del estado de Minas Gerais, que indicaba un promedio de 244 días de espera para la consulta especializada⁶.

En el estudio realizado por Barros, Pereira y Pereira (2013) en un gran municipio del sur del Brasil, en un período de prerregulación sin evaluación clínica de los casos, el tiempo de espera en algunas especialidades superó los cinco años⁷.

Los largos tiempos de espera también provocan un alto porcentaje de ausentismo de los pacientes programados para la consulta especializada, que, en algunos casos, llega a ser cercano al 40%⁴, porque puede ocurrir que, en el momento de la autorización del procedimiento, el paciente ya no se encuentre o ya haya realizado la consulta o el examen por otros medios, o incluso haya fallecido⁷.

La dificultad de acceso a la atención especializada se ve corroborada por la insuficiente oferta de consultas en algunas especialidades y por el proceso de reglamentación aún incipiente en muchas regiones del país⁸.

Los instrumentos más utilizados para evitar remisiones innecesarias a la atención de expertos son los protocolos clínicos y los protocolos de reglamentación.

Los protocolos clínicos apoyan la práctica de la atención, con información basada en la evidencia para respaldar las decisiones terapéuticas⁹, y deben pasar por un proceso de validación de los diversos actores que participan en la atención, sobre los criterios de diagnóstico, los tratamientos recomendados, los mecanismos de seguimiento clínico y la verificación de los resultados terapéuticos⁸.

Los protocolos de regulación del acceso, por su parte, son conjuntos de directrices para la organización del proceso de regulación, promoviendo el uso apropiado y racional de las acciones y servicios de salud en las diversas áreas de atención, y se componen de criterios de derivación (estableciendo quién puede o no acceder a un determinado servicio), clasificación de riesgos y vulnerabilidades (priorizando los casos de mayor necesidad), flujo de acceso (orientando el lugar de atención más apropiado) y otros instrumentos, según la necesidad local¹⁰.

Aunque estos instrumentos son necesarios y útiles, el simple establecimiento de protocolos clínicos y la regulación del acceso pueden no garantizar la atención necesaria al usuario. Incluso con esta información, el médico tratante puede tener dudas o inseguridad sobre el manejo del paciente.

Las pruebas disponibles indican que la adopción pasiva de directrices clínicas probablemente no mejora el proceso de calificación de las remisiones¹¹.

Lo que parece facilitar el uso de los protocolos de gestión es el acercamiento entre el especialista y los médicos de Atención Básica, mediante el establecimiento de un diálogo clínico, mejorando la calidad de las remisiones a la atención especializada⁴.

La identificación de dificultades en la resolución de problemas sensibles a la atención básica y de remisiones teóricamente innecesarias a la atención especializada requiere, por lo tanto, actividades de educación permanente, que pueden ser de apoyo matricial, tanto en persona como mediante el uso de tecnologías virtuales¹².

Una de las iniciativas del gobierno federal para desarrollar acciones de educación permanente para la calificación de los equipos de Atención Básica fue la creación del Programa Telesalud Brasil, posteriormente redefinido como Programa Nacional Telesalud Brasil Redes, a través de la Ordenanza n. 2.546/GM/MS/2011, que, entre otros servicios, define como una de sus acciones prioritarias la oferta de teleconsulta clínica para mejorar la solubilidad en la Atención Básica¹¹.

La teleconsulta clínica consiste en una consulta registrada y solicitada por profesionales de la salud para aclarar dudas sobre procedimientos clínicos y acciones sanitarias, realizada a través de una telecomunicación bidireccional (teleconsultor / profesional solicitante)¹¹. Las directrices sugeridas por los teleconsultores se basan en las mayores pruebas científicas disponibles, respetando los límites de competencia y responsabilidad del profesional de la atención básica.

Ofrecido desde 2009 por el Centro de Telesalud de Santa Catarina, el uso de la teleconsulta clínica siempre ha sido incipiente en vista de su potencial para apoyar a los profesionales, incluso en un contexto regional de baja solubilidad y excesivas remisiones a especialidades médicas¹³. La misma dificultad de adhesión al uso había sido comunicada por otros Centros de Telesalud, cuando la modalidad de uso espontáneo del servicio de teleconsulta en diversos foros y reuniones de los Centros de Telesalud vinculados al Ministerio de Salud.

Metodo

A partir de 2015, el Centro de Telesalud de Santa Catarina, en asociación con la ciudad de Joinville, llevó a cabo un proyecto piloto para el uso obligatorio de la teleconsulta realizado por especialistas antes de la remisión a la Atención Especializada (Endocrinología y Ortopedia), con resultados muy expresivos en lo que respecta a la posibilidad de tratar casos en la Atención Básica, que alcanzó el 40% del total de solicitudes de teleconsulta¹⁴.

Es importante destacar que con la modalidad obligatoria de teleconsulta, su solicitud casi siempre representa un deseo de remisión por parte del médico solicitante, lo que implica que potencialmente la teleconsulta podría reducir en un 40% las solicitudes de remisión, que pueden ser resueltas en la Atención Básica.

Otras iniciativas de flujo obligatorio se han puesto en práctica en otros centros de regulación como en el municipio de Jaraguá do Sul (Endocrinología y Nutrición), y se han ampliado en mayor escala al Centro Estatal de Regulación Ambulatoria, incluso con la deliberación de la Comisión Intergubernamental Bipartita (CIB), que incluye especialidades como la Nefrología, la Neurología, la Gastroenterología, la Reumatología y la propia Endocrinología, con resultados satisfactorios en cuanto a la posibilidad de gestión en la Atención Básica¹⁵.

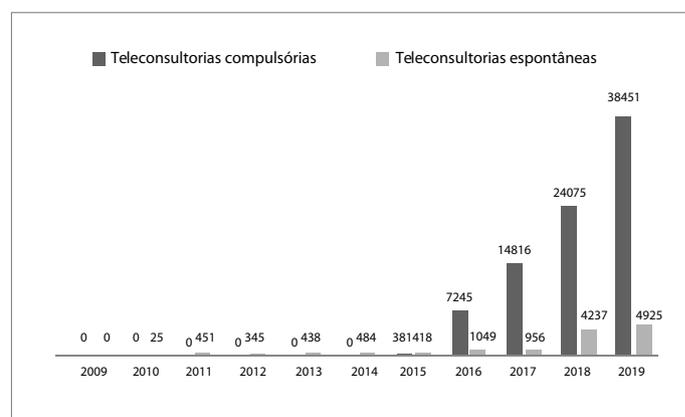
Resultados y Discusión

La definición de flujo obligatorio, al principio parece arbitraria. Por otra parte, el rechazo de la remisión errónea, junto con la posibilidad de discutir el caso clínico en cuestión, es una gran oportunidad para la calificación del profesional. En este sentido, la teleconsulta es bastante adecuada, ya que se dirige a necesidades de aprendizaje específicas e individualizadas, aumentando su potencial de resolución para casos futuros similares⁸.

Además, la oferta de acciones de educación permanente es responsabilidad y atribución de la dirección municipal, y a cambio, la realización de actividades educativas orientadas a la calificación de su práctica es responsabilidad del profesional de la salud¹³.

Sin embargo, en la práctica, los profesionales de la salud no se adhieren a las iniciativas de educación permanente. En relación con la teleconsulta, disponible para todos los profesionales del Estado de Santa Catarina desde 2009, la serie histórica demuestra cómo su uso en la modalidad espontánea siempre ha sido bastante incipiente, y con el inicio del flujo obligatorio en 2015, comienza a tener un aumento exponencial, según el gráfico 1.

Gráfico 1 . Evolución de la oferta de teleconsulta clínica realizada por el Núcleo Telesalud de Santa Catarina a los profesionales registrados, entre 2009 y 2019.



Gris oscuro: Teleconsultas obligatorias

Gris claro: Teleconsultas espontâneas

Fuente: Universidad Federal de Santa Catarina, Núcleo Telesalud de Santa Catarina, 2019.

Obviamente, no es posible analizar sólo desde el punto de vista cuantitativo el uso de la teleconsulta, pero lo que llama más la atención es que de este total de solicitudes, una buena parte estaba relacionada con la sugerencia de la dirección en la Atención Básica, con una reducción significativa de las derivaciones innecesarias, lo que justifica la propuesta de flujo obligatorio por parte de la dirección frente al cuadro anteriormente presentado de baja solubilidad en la Atención Básica, el excesivo número de derivaciones a especialidades, el uso todavía incipiente de recursos educativos.

Uno de los resultados más importantes presentados de la definición de los flujos obligatorios de teleconsulta se pudo observar en la Central de regulación del Estado de Santa Catarina. Una comparación en cuanto al número de personas que esperan en la cola y en cuanto al tiempo de espera en días, mostró una reducción expresiva en todas las especialidades, según el cuadro 1.

Cuadro 1 . Total de personas en la cola del sistema de regulación de la atención especializada en Santa Catarina, 2018.

Especialidad	Total en el mes de aplicación de la corriente	Total a diciembre de 2018	Porcentaje de disminución de la cola
Endocrinología	1172	431	Casi 200%
Reumatología	890	410	Más de 100%
Gastrología	1264	99	Más de 1100%
Neurología	480	230	Más de 50%
Nefrología	2019	413	Casi 400%

Fuente: Central de regulação ambulatorial do Estado. Secretaria Estatal de Salud, 2019.

Además de los resultados del centro de regulación del Estado, las experiencias de implantación en los centros de regulación de las ciudades de Joinville y Jaraguá do Sul, también presentaron resultados muy expresivos, con la reducción del tiempo de espera para la 1ª consulta, siendo prácticamente nulo, después de un período de seis meses de implantación de los flujos obligatorios de teleconsulta, en colas que anteriormente superaban los dos años en algunas especialidades^{14,15}.

La compulsión puede verse y justificarse aún desde el punto de vista de la regulación sanitaria. El término regulación, aplicado al sector de la salud en el país, tiene varios entendimientos, concepciones y prácticas.

La regulación de la asistencia puede entenderse como un conjunto de relaciones, conocimientos, tecnologías y acciones que intermedian la demanda de los usuarios de los servicios de salud y el acceso a los mismos, requiriendo el establecimiento de estrategias de base científica, así como la contribución de recursos humanos, materiales y financieros para la adecuación de la oferta, instituyendo, ampliando o reubicando de acuerdo con las necesidades de salud de la población. Por lo tanto, se refiere a la gestión del proceso de regulación del acceso¹⁶.

La regulación del acceso, por su parte, se entiende como el establecimiento de medios y acciones para garantizar el derecho constitucional de acceso universal, integral e igualitario¹⁶. Por lo tanto, se refiere a los mecanismos técnicos utilizados para garantizar el acceso a las acciones y servicios de salud, como los protocolos clínicos y los protocolos de regulación, así como la definición de líneas de atención y flujos asistenciales, orientando el mejor acceso para el usuario en función de sus necesidades¹⁶.

En esta lógica, los complejos reguladores se consideran una de las estrategias de regulación del acceso, implementada bajo la guía de herramientas de gestión clínica, que permiten coordinar los flujos de acceso a las acciones y servicios de salud dentro de las líneas de atención, según las necesidades del usuario, considerando la referencia y contrarreferencia en las Redes de Atención de Salud¹⁷.

Así entendida, la regulación de la asistencia y la regulación del acceso deben construir, respectivamente, procesos de gestión de la atención y de gestión clínica que eviten las remisiones innecesarias a la atención especializada, cuando éstas no presenten una indicación clínica comprobada. Esto implica un aumento de la solubilidad de la Atención Básica, que, además de proporcionar los cuidados necesarios, evita la exposición de los pacientes a procedimientos y desplazamientos innecesarios, y también optimiza el uso de los recursos en la salud¹⁷.

Dicho esto, el establecimiento de un flujo obligatorio de teleconsulta puede considerarse una estrategia para la regulación de la asistencia, y la teleconsulta en sí misma una herramienta de apoyo a la regulación del acceso, teniendo la educación permanente como eje rector, lo que de hecho corrobora la amplia comprensión de la regulación de la salud.

Además, la propia Ordenanza n° 2.546/GM/MS/2011 señala la responsabilidad de las Secretarías de Salud de los Estados de promover la articulación de Telesalud Brasil Redes con los Centros Reguladores Centrales, en asociación con la gestión municipal y federal, de forma compartida y articulada con los puntos de atención de la red¹¹, por lo tanto, de forma que se justifique el establecimiento de un flujo de teleconsulta articulado a la regulación y se refuerce el cumplimiento de las responsabilidades de las esferas de gestión del SUS.

Tampoco es cierto el argumento de que la coacción puede burocratizar el acceso a los casos en que se necesita efectivamente una atención especializada. La primera pregunta es que, a petición de la teleconsulta, las respuestas se publican en un plazo de 72 horas, lo que no perjudica significativamente a la posible programación de la consulta especializada, ya que se espera una regulación ambulatoria (casos electivos).

Además, la descripción del caso de manera detallada publicada mediante una solicitud de teleconsulta, cuando la necesidad de remisión permite la evaluación y clasificación del riesgo realizada por un especialista, que puede ayudar potencialmente a la decisión del regulador (generalmente generalista), con criterios más técnicos y un acceso más ecuaníme a la atención especializada.

Esta lógica responde a la función primaria de la regulación, que debe permitir el acceso a las acciones y servicios sanitarios de manera oportuna, especialmente a las citas médicas y a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos para los pacientes de mayor riesgo, necesidad, vulnerabilidad y/o indicación clínica⁸.

Otra ventaja de la obligatoriedad, incluso cuando es necesaria la derivación, es que el teleconsultor, por ser especialista en el área de la solicitud y también porque realiza su propia asistencia en Atención Especializada, puede ya sugerir a través del teleconsultor, solicitudes previas de exámenes (lo que puede implicar una disminución en una primera visita de retorno, ya que a veces el diagnóstico y la terapia se pueden realizar en esta primera visita), y también la gestión provisional hasta la fecha de la consulta especializada. En ambas situaciones, permite calificar el acceso a la atención especializada, incluyendo la posibilidad de acelerar la recuperación del paciente.

Un último argumento para apostar por la máxima resolución de los casos en la APS puede justificarse por un informe del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, que demostró que el costo de los procedimientos sanitarios realizados en la APS es 10 veces inferior al de la clínica ambulatoria especializada y 1.330 veces inferior al del hospital terciario².

En el campo operacional, la mayoría de los estudios que comparan los servicios de APS con otros servicios de atención especializada, además de la cuestión de los costos y la satisfacción de los usuarios a favor de la APS, no han demostrado ningún efecto adverso en la calidad de la atención o en los resultados de salud.

A pesar de la definición por el establecimiento de un flujo obligatorio de teleconsulta antes de la remisión a la Atención Especializada, este proceso debe tener una discusión previa con los Centros de Regulación, Cámara Técnica de Regulación, Comisión Intergubernamental Regional, Comisión Intergubernamental Bipartita, Coordinación de Atención Básica.

La experiencia del Centro de Telesalud de Santa Catarina, especialmente con el Centro Estatal de Regulación Ambulatoria, comenzó con un proceso de discusión en la Cámara Técnica de Regulación, en relación con las largas colas en varias especialidades, y la constatación por parte de los médicos reguladores de que muchos casos presentaban una descripción incompleta de los mismos o mostraban potencial de resolución en la Atención Básica, sin necesidad de derivación a las especialidades. Tras las deliberaciones entre los miembros de la Cámara Técnica, se propuso el uso obligatorio de la teleconsulta en forma de deliberación para la Comisión Intergubernamental Bipartita.

Con ello hubo una validación técnica (Cámara Técnica de Regulación) y una validación política (Comisión Intergubernamental Bipartita) para el proceso. Estos movimientos dan amplitud y legitimidad a cualquier proceso de cambio, especialmente cuando interfieren en el proceso de trabajo en el área de la salud.

Además, todo el proceso de aplicación precede a una capacitación de la red de atención básica para comprender el instrumento y los flujos propuestos para la integración con el proceso de reglamentación. Se llevan a cabo a través de web conferencia o para municipios más grandes que implementan sus propios flujos, de manera presencial.

Por último, es importante destacar que la obligación consiste en la solicitud de teleconsulta previa a la decisión de remisión, e independientemente de la sugerencia de la teleconsulta (ya sea de gestión y/o remisión), la decisión de qué hacer depende del médico tratante, asegurando su autonomía, según lo dispuesto en el código de ética médica. Por lo tanto, la teleconsulta no consiste en una barrera en cuanto al acceso a la Atención Especializada, sino sólo en una parte del flujo para garantizar su calificación.

Conclusión

La importancia y el alcance de la teleconsulta ya está bien establecida. La discusión de este artículo buscó discutir la necesidad de la institución de flujos obligatorios de teleconsulta articulados a los centros centrales de regulación, ya que la oferta de teleconsulta en la modalidad de uso espontáneo, si bien puede tener importancia en la calificación individual de algunos profesionales y consecuentes beneficios en la atención, no ha podido modificar de manera colectiva el excesivo cuadro de derivaciones innecesarias a la Atención Especializada, con perjuicio en la atención a la población en general.

En esta lógica, la articulación de la Telesalud con la regulación asistencial representa un gran paso para que la regulación sea efectivamente una tecnología de gestión, que tiene sus aplicaciones en el ámbito de la (micro regulación), los servicios (regulación del acceso) y el sistema sanitario (regulación de la asistencia)³.

Además, la herramienta de la teleconsulta como tecnología de la información y la comunicación, permite el acercamiento entre la Atención Básica, la Regulación y la Atención Especializada, promoviendo así un funcionamiento que propicia el trabajo cooperativo en red de atención, y lo más importante, a partir de las necesidades de los usuarios, que ahora tiene la garantía de un acceso con calidad, realizado en un lugar y tiempo oportunos.

Referencias

1. Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde. Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul - Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde; 2014.
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
3. Gérvas J, Fernández MP. Como construir uma atenção primária forte no Brasil: É possível transformar o círculo vicioso de má qualidade em um círculo virtuoso de boa qualidade, no trabalho clínico e comunitário na atenção primária no Brasil. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2011.

4. Dias MP. Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012
5. Gérvas J, Olmos LMG, Simó J, Peiró S. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. *Atención Primaria*. 2008;40(5):253-255.
6. Vieira EWR, Lima TMN, Gazzinelli A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2015;19(1):65-71.
7. Barros FAC, Pereira MF, Pereira J. Análise da Eficácia do Mecanismo de Regulação Médica da Central de Regulação de Consultas e Exames do Sistema Público de Saúde em Florianópolis In: Pereira MF, Costa AM, Moritz GO, Bunn DA (organizadores). *Contribuições para a Gestão do SUS*. Florianópolis: Fundação Boiteux; 2013. p. 63-81. (Gestão da Saúde Pública; v. 4).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional do Programa Telessaúde Brasil Redes. Nota Técnica nº 5/2015 – DEGES/SGTES/MS. Diretrizes para oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
9. Ferri SMN, Ferreira JBB, Almeida EF, Santos JS. Protocolos Clínicos e de Regulação: Motivações para Elaboração e Uso In: Santos JS, Pereira Jr GA, Bliacheriene AC, Forster AC. (organizadores). *Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 9-21.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
12. Almeida PF, Gérvas J, Freiere J, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em Debate*. 2013;37(98):400-415.
13. Maeyama MA, Calvo MCM. A integração do Telessaúde nas Centrais de Regulação: a teleconsultoria como mediadora entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2018;42(2):63-72.
14. Maeyama MA, Giaretta ALS, Pupim B, Machado DC, Lunardelli GK, Nilson LG, Oliveira MB, Calvo MCM. Integração do Telessaúde no fluxo entre Atenção Básica e Atenção Especializada no Município de Joinville – SC. *Revista Catarinense de Saúde*. 2016; 6(13):107-114.
15. Cortese M, Nilson LG, Maeyama MA, Leopoldo KCG, Silva TE, Calvo MCM. Avanço da teleconsultoria no Estado de Santa Catarina: uma parceria da Regulação do Estado com o Núcleo Telessaúde. *Revista Catarinense de Saúde da Família*. 2017;7(14):6-10.
16. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Regulação em Saúde*. Brasília: CONASS; 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS v. 10).
17. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

Conflicto de intereses: nada que declarar.