

PLANIFICASUS

Planificação da Atenção Ambulatorial Especializada

DIRETRIZES PARA AGENDAMENTO NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

1. A agenda e o modelo de atenção

A agenda e o processo de agendamento de um ambulatório de atenção especializada seguem os princípios do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

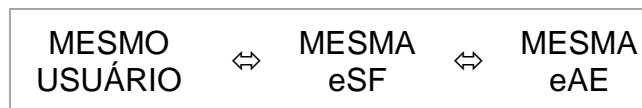
M1 - O público alvo da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) são usuários com condições crônicas, estratificados como alto risco, de acordo com os critérios estabelecidos pela diretriz clínica adotada.

- Assim, todos os usuários da AAE deverão ser previamente cadastrados, acompanhados e estratificados pela APS de origem.
- Os atendimentos no ambulatório são eletivos, ou seja, programados para o usuário com condição crônica não agudizada. Aqueles que forem identificados pela eSF com quadros de agudização deverão ser encaminhados para os serviços de urgência de referência para o município, estabilizados e, só então, agendados para o ambulatório especializado.

M2 - O ambulatório é um ponto de atenção implantado em uma região de saúde, sendo referência para as equipes da APS de todos os municípios.

- A regionalização da atenção à saúde delimita o território de abrangência e define a população residente beneficiária
- O dimensionamento dos serviços prestados e a programação da atenção são baseados na necessidade dessa população, considerando a população residente, cadastrada na APS e os parâmetros propostos pelas diretrizes clínicas adotadas.
- Deve ser estabelecida uma relação operacional de vinculação entre as equipes APS e AAE, de tal modo que os usuários de alto risco

acompanhados por uma determinada eSF sejam sempre atendidos pela mesma equipe especializada.



M3 – O ambulatório é um sistema fechado, com acesso regulado diretamente pela equipe de APS (MENDES, 2011).

- A equipe especializada deve conhecer, cadastrar e estabelecer canais de comunicação diretos com as equipes da APS.
- A recomendação é de que as próprias eSF realizem os agendamentos na AAE, eliminando etapas intermediárias que podem levar a uma burocratização do processo.

M4 – A atenção é focada no cuidado multiprofissional.

- A equipe especializada é multiprofissional e atua de maneira interdisciplinar por meio da tecnologia de atenção contínua com elaboração final de um plano de cuidados único para o usuário com condição crônica. O agendamento é feito para o ciclo de atenção contínua.
- A vantagem da atenção contínua para o usuário é que ele recebe um atendimento completo em uma única ida ao ambulatório, devendo retornar somente nos casos em que a equipe identifique a necessidade de um novo atendimento ou quando for realizar algum procedimento que requeira preparo, e termina com um plano de cuidados também completo, com todas as recomendações, prescrições e orientações para o cuidado. A vantagem para a gestão municipal é que pode proporcionar um atendimento de qualidade para seus municípios e racionalizar o uso de serviços logísticos, como o transporte sanitário.
- O processo da atenção contínua será aprofundado na Etapa 4 do PlanificaSUS.

M5 – O caráter de interconsultoria da AAE.

- O cuidado do usuário deve ser compartilhado entre as equipes da APS e AAE somente durante o período necessário para o alcance da estabilidade clínica, retornando para o acompanhamento pelas eSF, sempre com o apoio à distância da equipe especializada. Este é um critério importante para a organização da agenda de atendimentos.
- O contrário disso é o efeito velcro, pelo qual, uma vez tendo sido atendido por um especialista, o usuário ali permanece para o seguimento, independentemente da sua situação clínica.

2. Os pré-requisitos para o agendamento

Com relação à equipe de profissionais:

- Equipe multiprofissional, que atua de maneira interdisciplinar;
- Disponibilidade de profissionais, exames e serviços previstos na carteira de serviços do ambulatório, de acordo com a linha de cuidado implantada (priorizada);
- Contratação de profissionais por carga horária de trabalho e não por produção;
- Cumprimento da carga horária contratada por todos os profissionais;
- Compromisso contratual da equipe, considerando a programação da unidade e as competências de cada profissional, para desenvolvimento de ações assistenciais, educacionais, supervisionais e de pesquisa, tais como: realização de atendimentos individualizados; ações educativas para usuários; ações de educação permanente para profissionais da própria equipe e da APS; tutoria clínica presencial na AAE ou na APS; apoio a distância para profissionais da APS; visitas técnicas; participação em reuniões de equipe e apoio nas investigações clínicas operacionais.

Pactuação das regras de agendamento na Comissão Intergestores Regional (CIR):

- previsão anual de agenda de atendimentos do ambulatório, com apresentação dos feriados, recessos, manutenção programada de equipamentos, dentre outras situações previsíveis que possam gerar interrupção dos atendimentos, bem como, dias e horários de funcionamento da unidade ambulatorial;
- formas de comunicação do cancelamento de agendas, que gerem o menor impacto para as equipes da APS e usuários;
- plano de contingência para reposição de agendas que por excepcionalidade possam ser suspensas;
- critérios para compartilhamento do cuidado conforme diretriz clínica adotada para a linha de cuidado priorizada;
- checklist para a realização do agendamento;
- proposta de cronograma para capacitação dos profissionais para estratificação de risco e compartilhamento do cuidado pela SESA em primeiro momento e, posteriormente, pela equipe da AAE, por meio de parceria formalizada;
- distribuição de atendimentos conforme a planilha de programação assistencial;
- setores e profissionais envolvidos no processo;
- vias/canais de comunicação;
- datas, horários;
- apoio diagnóstico preconizado, indispensável para o atendimento na AAE;
- processo de devolutiva de usuários à APS que não atendam aos critérios estabelecidos;
- processo de suporte e ouvidoria em relação a este processo para usuários, profissionais e gestores;
- outros pontos relevantes para a região.

Gestão compartilhada da agenda:

- Apesar de agenda da AAE ser elaborada pela equipe especializada, ela não deve ser gerenciada de forma autônoma e independente.

- Sua gestão deve ser compartilhada e monitorada entre os gestores do ambulatório e gestores da região e o gerenciamento da rotina de agendamento, entre a coordenação assistencial do ambulatório e a coordenação da APS dos municípios.
- Recomenda-se a constituição de uma comissão técnica multiprofissional, com representantes dos municípios da região e SESA nível regional, para o acompanhamento periódico da unidade ambulatorial e verificação do cumprimento das ações pactuadas, subsidiando as discussões e deliberações dos gestores regionais na CIR. Isso também garantirá transparência para o processo de agendamento.

Com relação às funções da AAE:

- O ambulatório deve operar as funções assistencial, educacional supervisonal e de pesquisa, garantidas pela definição da agenda dos profissionais, com dedicação de carga horária adequada para essa finalidade.
- Mas, deve operá-las de maneira racional, com uma distribuição equilibrada da agenda. Um desequilíbrio pode comprometer a capacidade de resposta à população alvo: uma função assistencial que não deixe espaço para a educação permanente limitaria a possibilidade de qualificação da atenção primária no manejo e gestão da saúde da população com condição crônica e uma conseqüente maior dependência de especialistas; na situação inversa, uma maior dedicação à educação permanente poderia restringir o agendamento de primeiros atendimentos e subsequentes, gerando filas de espera e necessidade de aumento da oferta.

3. A organização da agenda

Os agendamentos devem ocorrer durante todo o horário de funcionamento do ambulatório, que deve ser compatível com os horários de funcionamento das UBS, sem interrupções para almoço, lanche e outras necessidades.

O ambulatório deve disponibilizar à APS os dias e horários de funcionamento do setor de agendamento e telefone, e-mail e nome dos profissionais responsáveis.

Os agendamentos poderão ser feitos por sistema de agendamento informatizado, por e-mail ou aplicativo de mensagens (WhatsApp ou similares) de uso estritamente institucional.

- Para as equipes que optarem pelo formato de agendamento por telefone, poderá ser pactuado com à APS o estabelecimento de dia e horário específico, como exemplificado no quadro abaixo:

eSF Azul do município Alberto Estião	Segunda-feira	14:00 às 14:30
eSF Amarela o município Conasul	Terça-feira	10:00 às 10:30
eSF Vermelha o município Planópolis	Quarta-feira	15:30 às 16:00
eSF Verde o município Proalândia	Quinta -feira	16:30 às 17:00

- Para as eSF que optarem pelo agendamento por e-mail, recomenda-se a pactuação da confirmação do recebimento da solicitação e do tempo para retorno.
- Para as unidades ambulatoriais que não dispuserem de sistema eletrônico próprio para agendamentos e optarem por utilizarem o sistema SISREG ou similar, a sua configuração e critérios de agendamento utilizados devem ser adequados às exigências do MACC.

O dimensionamento de atendimentos na agenda deverá ser feito de acordo com a programação integrada da atenção, pela qual são definidas metas de cobertura da subpopulação alvo estratificada e acompanhadas pelas eSF dos municípios da região de saúde. A Planilha para Dimensionamento da Capacidade Operacional da Atenção Ambulatorial Especializada (Anexo 9 – Etapa Preparatória) possibilita este dimensionamento.

A agenda deverá ser aberta por linha de cuidado, para a equipe prevista na carteira de serviços, minimamente a carteira básica, e de forma conjugada, ou seja, o agendamento para o médico implicará automaticamente no agendamento para todos

os profissionais, sendo um ciclo completo no primeiro atendimento e parcial nos atendimentos subsequentes, de acordo com a definição do plano de cuidados.

Para ilustrar, o caso abaixo apresenta o atendimento de Andréia, acompanhada na UBS Capim Dourado do município de Planópolis, no ambulatório de pré-natal de alto risco.

No dia 16 de janeiro, a recepcionista da UBS Capim Dourado do município de Planópolis, fez contato com a equipe da AAE para agendar o atendimento para a usuária Andréia, na linha de cuidados de pré-natal de alto risco. A responsável pelo agendamento aplicou o checklist, perguntou dados sobre identificação, vinculação com a UBS, estrato de risco, necessidades especiais, realização dos exames previstos para a idade gestacional, formulário de compartilhamento do cuidado devidamente preenchido pela equipe e anexos cartão da gestante, vacinação e medicações em uso. Informou que o atendimento na AAE seria no próximo dia 20 de janeiro, às 8:00h. A recepcionista da APS perguntou como faria para agendar os atendimentos dos outros profissionais da equipe no mesmo dia, como já tinha acontecido com outras gestantes do município. A profissional da AAE informou que já estava agendado e que Andréia seria atendida por toda equipe, composta por enfermeiro, psicólogo, nutricionista, médico obstetra, fisioterapeuta e assistente social e que, ao final, ela retornaria com um plano de cuidados para que a equipe da APS avaliasse e apoiasse em seus cuidados. A recepcionista da UBS disse que as gestantes gostam muito dos atendimentos e dos exames, porque tudo é realizado em um mesmo dia, horário e local.

Como vimos nesse diálogo, a agenda do ambulatório especializado é organizada segundo a lógica da atenção contínua, ou seja, o usuário receberá no mesmo dia uma série de atendimentos, exames e procedimentos, definidos na diretriz clínica para a linha de cuidados.

Para tanto, a agenda deve ser organizada por linha de cuidado, aberta em formato conjugada, com vinculação do profissional médico.

Quando a profissional agendou o atendimento para a gestante, Andréia, a estrutura programada foi:

USUÁRIO	DATA	BLOCO DE HORÁRIOS	TIPO DE ATENDIMENTO	LINHA DE CUIDADOS	EQUIPE QUE REALIZARÁ O ATENDIMENTO	EXAMES (SE NECESSÁRIOS)
Andréia	20/01	8:30h	1º atend.	Pré-natal de Alto Risco	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Olavo - Médico GO • Técnico em enfermagem • Enfermeiro • Psicólogo • Nutricionista • Fisioterapeuta • Assistente Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Ultrassonografia: <ul style="list-style-type: none"> – Obstétrica – Doppler – Morfológico • Cardiotocografia basal • Eletrocardiograma (ECG)

Durante os ciclos da atenção contínua é comum que os profissionais solicitem atendimentos subsequentes com datas diferentes. Porém, no final dos atendimentos, o profissional do ponto de apoio irá discutir com os profissionais e chegar a uma data única para o retorno do usuário, que seja de consenso e não provoque prejuízos ao seguimento. Em seguida, essa data única deve ser registrada no plano de cuidados e comunicada ao usuário e o agendamento deve ser efetivado no setor específico.

Os atendimentos subsequentes serão orientados pelo plano de cuidados estabelecido no atendimento anterior, de acordo com a solicitação de cada profissional e do consenso da equipe.

Voltando ao exemplo da usuária Andréia, em seu plano de cuidados a equipe solicitou que seu atendimento subsequente fosse agendado para o dia 04/02. Pode-se observar que a nutricionista, assistente social e fisioterapeuta não solicitaram atendimentos subsequentes e a agenda foi concluída da seguinte forma:

USUÁRIO	DATA	BLOCO DE HORÁRIOS	TIPO DE ATENDIMENTO	LINHA DE CUIDADOS	EQUIPE QUE REALIZARÁ O ATENDIMENTO
Andréia	04/02	10:00h	Atend. Subseq.	Pré-natal de Alto Risco	<ul style="list-style-type: none">• Dr. Olavo - Médico GO• Técnico em enfermagem• Enfermeiro• Psicólogo

Verifique que no exemplo acima é garantida a vinculação do usuário ao mesmo especialista.

A distribuição entre primeiros atendimentos e atendimentos subsequentes deverá ser equilibrada, devido à duração média diferente entre eles. Na fase inicial de funcionamento ou na ampliação da agenda de uma especialidade, tendencialmente há uma maior demanda por primeiros atendimentos. Esses primeiros atendimentos vão gerar atendimentos subsequentes e, daí para a frente, será importante encontrar

um ponto de equilíbrio em que haja uma oferta de atendimentos, primeiros e subsequentes, correspondente à demanda das eSF, sem gerar filas de espera e sem resultar em sobreagendamento e, conseqüentemente, sobrecarga da equipe. Experiências mais avançadas de organização da AAE definem, como ponto de equilíbrio, a distribuição de 30% para primeiros atendimentos e 70% para atendimentos subsequentes. Mas, é um ponto de equilíbrio alcançado depois de um tempo de funcionamento e aperfeiçoamento dos processos.

Algumas dicas para alcançar o ponto de equilíbrio sem prejuízo para a população demandante e para a equipe especializada:

- Na fase inicial de funcionamento do ambulatório ou na ampliação do atendimento, sempre que a demanda por primeiros atendimentos alcançar os 50% de vagas disponíveis, deve-se ter atenção para reduzir o número total final de agendamentos para o turno.

Caso da Andréia:

O Dr. Olavo tem disponibilidade de turnos de 4 horas de atendimento e definiu junto com a coordenação assistencial do ambulatório uma duração de 40 minutos para a primeira consulta e 20 minutos para as subsequentes. A sua prática clínica mostrou uma média geral de 20 minutos por consulta. Isso significa que, em um turno de atendimento, vai atender de 2 a 3 primeiras consultas e 8 a 9 subsequentes.

Nas primeiras semanas de atendimento, a agenda era preenchida integralmente por primeiras consultas, comportando somente 6 atendimentos. Com o passar do tempo, diminuiu a demanda por primeira consulta e apareceram as consultas subsequentes, o que resultou em um maior número final de atendimentos no turno: passou a ser 8, depois 10 e por fim 12 como é atualmente, mesclados em algumas poucas primeiras consultas e a maioria subsequente. Se acontecer de posteriormente aumentar a demanda por primeira consulta e for necessário abrir um novo turno de atendimento, vão novamente iniciar com 6 atendimentos e, progressivamente, fazer os ajustes até alcançar o ponto de equilíbrio.

- Se essa situação persistir (número de agendamentos de primeiras consultas alcançar ou superar os 50% repetidamente), deve ser avaliada a capacidade operacional da equipe frente à demanda compartilhada pela APS.

- Os tempos de espera para um primeiro atendimento são um sinalizador para a organização da agenda, não devendo ultrapassar os 15 dias para as gestantes de alto risco ou 30 dias para os usuários com outras condições crônicas. Caso o monitoramento desse indicador mostre tempos superiores, deve ser revisada a capacidade de operacional.

Existem outros fatores que devem ser considerados nessa organização da agenda, além da capacidade operacional do ambulatório: as metas de acompanhamento definidas no momento da programação (se o compartilhamento exceder o programado, fatalmente esgotará a capacidade operacional); a assertividade dos critérios para compartilhamento, em especial da estratificação de risco (compartilhamentos com critérios equivocados irão ocupar indevidamente vagas de atendimento); o fator velcro por parte da equipe especializada (usuários que alcançaram a estabilização clínica e continuam a ser acompanhados presencialmente no ambulatório); a não coincidência de atendimentos subsequentes dos vários profissionais da equipe (o usuário deverá retornar mais vezes ao ambulatório, desfigurando a atenção contínua e ocupando vagas de atendimento).

De uma maneira geral, a **capacidade operacional** de um profissional, equipe ou serviço pode ser definida como o conjunto de recursos utilizados para responder à demanda de uma determinada população; tem a ver com a disponibilidade, quantidade e qualidade desses recursos. De maneira mais específica, para a organização da agenda, significa a disponibilidade real dos itens previstos na carteira de serviços (equipe completa, equipamentos para realização dos exames complementares, etc.), na quantidade disponibilizada (carga horária contratada dos profissionais, número e capacidade de produção dos equipamentos, etc.). Essa capacidade operacional, do ponto de vista da função assistencial, acaba sendo traduzida em número de atendimentos da agenda do profissional.

Como dito antes, o modelo de atenção recomenda que a capacidade operacional seja coerente com a necessidade de saúde da população. Um dos pontos de estrangulamento dos sistemas de saúde atualmente é a falta dessa coerência,

resultando numa oferta de serviços que rapidamente se mostra limitada, impondo a necessidade de um novo serviço, que, por sua vez também vai se esgotar e frustrar a expectativa de tantos usuários, profissionais e gestores.

O estudo da capacidade operacional do ambulatório foi discutida na Etapa Preparatória do PlanificaSUS e deve ser retomada para a organização da agenda.

O exemplo abaixo retoma a base de cálculo geral para a atenção especializada para gestantes de alto risco.

A capacidade operacional do ambulatório de pré-natal de alto risco na Região de Planópolis.

As tabelas abaixo apresentam a programação de atendimentos e exames no ambulatório de pré-natal de alto risco, por município, para a região de saúde utilizada no exemplo acima, Região de Planópolis.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO 2018		NASCIDOS VIVOS 2018	GESTANTES ESTIMADAS 2019	
	TOTAL	%		TOTAL	ALTO RISCO
Alberto Estião	103.445	25,18%	1.265	1391	208
Conasul	51.870	12,62%	652	717	108
Planópolis	178.152	43,37%	2.175	2393	359
Proalândia	77.339	18,83%	961	1.057	159
Região	410.806	100%	5.053	5558	834

Município	Atendimento					
	Médico Obstétrico	Enfermeiro	Psicólogo	Assistente Social	Nutricionista	Fisioterapeuta
Alberto Estião	1.040	1.040	1.040	1.040	312	208
Conasul	540	540	540	540	162	108
Planópolis	1.795	1.795	1.795	1.795	539	359
Proalândia	795	795	795	795	238	159
Região	4.170	4.170	4.170	4.170	1.251	834

Município	Ultrassom obstétrico	Ultrassom Morfológico	Ultrassom com doppler	Cardiotocografia basal	ECG
Alberto Estião	416	416	416	416	62
Conasul	2.016	2.016	2.016	2.016	32
Planópolis	718	718	718	718	108
Proalândia	318	318	318	318	48
Região	1.668	1.668	1.668	1.668	250

O estudo da capacidade operacional é importante para todos os profissionais, embora seja a disponibilidade do médico a referência para o agendamento. O enfermeiro e o técnico em enfermagem devem disponibilizar uma capacidade operacional semelhante à do médico; os três profissionais, obrigatoriamente, participarão de todos os ciclos de atendimento, primeiros e subsequentes. Para os demais profissionais da equipe, o atendimento subsequente dependerá da avaliação inicial e do plano de cuidados definido.

A capacidade operacional deve ser também definida com relação às funções educacional, supervisonal e de pesquisa, correspondendo a uma determinada carga horária do profissional, protegida na agenda, para desenvolver as atividades que operacionalizem essa função.

Um segundo estudo, diretamente conectado ao primeiro, possibilita a qualificação da agenda de acordo com o MACC: o estudo da **capacidade de vinculação** da equipe especializada com os usuários e eSF de referência. Trata-se de uma análise comparativa

O estudo de capacidade de vinculação por profissional, por meio da análise da sua capacidade operacional, é fundamental para garantir a vinculação dos usuários.

Estudo da capacidade de vinculação - exemplo:

Dr. Olavo é médico ginecologista obstetra no ambulatório, atende de segunda a sexta-feira, de 8:00 às 12:00. Divide a sua carga horária semanal de 20 horas, dedicando 4 horas para a função de educação permanente para as eSF e 16 horas para a função assistencial. Com uma duração média de 20 minutos para os atendimentos (num equilíbrio de 30% de primeiros atendimentos e 70% subsequentes), ao final de um mês realizará 192 atendimentos. Considerando uma média de 5 atendimentos por gestante de alto risco e 11 meses de trabalho do profissional (salvaguardando o mês de férias), ele terá uma capacidade operacional para realizar 2.112 consultas, o que corresponde a acompanhar 422 gestantes por ano. Essa capacidade operacional significa uma “capacidade de vinculação”, ou seja, ele irá acompanhar em torno de 422 mesmas gestantes de um certo número de mesmas eSF dos municípios.

É importante realizar o estudo da capacidade de vinculação para garantir que, de fato, os usuários sejam atendidos por um mesmo profissional, além de dar previsibilidade à gestão para programar a contratação de mais carga horária do profissional ou de outro profissional, caso seja necessário.

A vinculação deve ser mantida na presença de mais um médico da mesma especialidade. Cada um deles vai ser referência para um grupo de eSF dos municípios da região de saúde.

Voltemos ao nosso exemplo.

A região de Planópolis conta atualmente com 136 eSF. Como o ambulatório de pré-natal de alto risco, dispõe de dois médicos ginecologista e obstetras, Dr. Olavo e Dra. Carla, o estudo da capacidade operacional mostrou suficiência para cobrir 100% da subpopulação de gestantes de alto risco da região. O estudo da capacidade de vinculação comparou a necessidade de saúde (número de gestantes de alto risco de cada município com suas eSF) com a capacidade operacional do médico obstetra e estabeleceu a vinculação, como demonstrado abaixo:

MUNICÍPIO	QUANTIDADE eSF	ESTIMATIVA GESTANTES	MÉDICO OBSTETRA
Alberto Estião	34	208	Dr. Olavo
Conasul	17	108	Dra. Carla

Planópolis	59	359	Dra. Carla
Proalândia	26	159	Dr. Olavo

Pode-se observar que a Dra. Carla será referência para as eSF de dois municípios e o Dr. Olavo para os outros dois. São quantitativos diferentes de equipes e gestantes, mas que “cabem” na carga horária dos médicos. Uma eventual carga horária de um profissional não ocupada com agenda de atendimentos pode ser destinada para fortalecimento das ações de matriciamento, ou indicar um redimensionamento da contratação de profissionais.

No momento do agendamento é importante identificar a UBS em que o usuário é acompanhado para vinculá-lo ao especialista responsável por aquela área.

A agenda deverá permanecer aberta para agendamentos minimamente por um período ~~mínimo~~ de 4 meses, sendo regularmente disponibilizada para os municípios e eSF. Ao término do primeiro mês do quadrimestre, um novo mês deve ser aberto, garantindo permanentemente a disponibilidade para os quatro meses subsequentes.

Exemplo: abertura de agenda quadrimestral.

Os dias em branco referem-se à disponibilidade para agendamento; os dias em azul e cinza correspondem a finais de semana e feriados.



No dia 31 de janeiro, deverá ser aberta a agenda do mês de maio/2020, mantendo o

quadrimestre sempre disponível para agendamentos.

As agendas quadrimestrais deverão ser disponibilizadas aos municípios da região atendida para que organizem seus fluxos internos de compartilhamento dos usuários para o ambulatório a partir da sua necessidade e realidade local.

O desenho da agenda de atendimentos

As agendas de acesso ao ambulatório são denominadas agendas externas, correspondendo à porta de entrada do ambulatório. O critério de acesso é definido pelas especialidades médicas, mas implicando imediatamente no agendamento da equipe multiprofissional padronizada na carteira de serviços.

Linha de cuidado	Especialidades da carteira básica (função de gestão do cuidado na AAE)	Especialidades das carteiras ampliada e avançada (função interconsultora da equipe gestora do cuidado)
Materno infantil	<u>Acesso a agenda:</u> Ginecologista/obstetra e Pediatra <u>Juntamente com as especialidades:</u> Técnico em Enfermagem Enfermeiro Psicólogo Nutricionista Fisioterapeuta Assistente Social	Ultrassonografista Neurologista pediátrico Oftalmologista pediátrico Fonoaudiólogo Terapeuta ocupacional
HAS/DM	<u>Acesso a agenda:</u> Endocrinologia e Cardiologia <u>Juntamente com as especialidades:</u> Oftalmologia Técnico em Enfermagem Enfermeiro Psicólogo Nutricionista Fisioterapeuta Educador Físico Farmacêutico Clínico	Nefrologista Angiologista Ortopedista Neurologista Terapia Ocupacional

	Assistente Social	
Câncer de mama e colo uterino	<p><u>Acesso a agenda:</u> Mastologista e Ginecologista</p> <p><u>Juntamente com as especialidades:</u> Técnico em Enfermagem Enfermeiro Psicólogo Fisioterapeuta Assistente Social</p>	Ultrassonografista

Para a abertura da agenda a coordenação do ambulatório deverá se certificar de que a equipe esteja completa para o ciclo de atenção contínua para os primeiros atendimentos. Deve elaborar um mapa de atendimentos, verificando: o profissional escalado, o horário, a quantidade e tipo (primeiro ou subsequente) e a escala para atividades educacionais para a APS (presenciais ou a distância), reunião de equipe ou capacitação.

Exemplo:

Dia 20 (Segunda – Feira)

ESPECIALIDADE / EXAME / PROCEDIMENTO	PROFIS-SIONAL	HORÁRIO TRABALHO	ATENDIMENTO PREVISTO (tipo e quantidade)	APOIO PRESENCIAL PARA APS	APOIO A DISTÂNCIA PARA APS	REUNIÃO EQUIPE	CAPACI-TAÇÃO
Endocrinologia	Dr. Gustavo	8:00 às 17:00	20 atend. 6 primeiros 14 subseq.	0	12:30 às 13:00	0	0
Cardiologia	Dra. Pamela	9:00 às 18:00	17 atend. 5 primeiros 12 subseq.	0	0	17:00 às 18:00	0
Cardiologia	Dr. João	8:00 às 17:00	12 atend. 4 primeiros 8 subseq.	14:00 às 17:00	0	0	0
Retinografia	Tec. Oftalm. Anselmo	8:00 às 18:00	25 exames	0	0	17:00 às 18:00	0
Ecocardiograma	Dra. Júnia	9:00 às 18:00	20 exames	0	0	17:00 às 18:00	0

O mapa de atendimentos deve incluir toda a equipe (ponto de apoio, técnico em enfermagem, técnico em oftalmologia, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico), mas vinculando-os à agenda do médico (a primeira consulta para o médico implicará no primeiro ciclo de atendimentos de toda a equipe).

A agenda será organizada em blocos de horários, como demonstra o anexo “Desenho da Agenda AAE”, para facilitar o acesso ao ambulatório.

A equipe deve discutir e pactuar com cada município o bloco de horário mais adequado, considerando a distância e tempo de deslocamento até o ambulatório, as rotas, disponibilidade de veículos e a otimização do transporte municipal.

Preferencialmente, os primeiros atendimentos devem ser agendados para o turno da manhã.

Cancelamento de atendimento

Ambas as equipes devem estar atentas para a efetivação do atendimento agendado.

Qualquer alteração na agenda deve ser evitada ao máximo, pelo fato de postergar uma intervenção destinada a um usuário de alto risco, arriscando perder o tempo de oportunidade; gerar transtornos na rotina familiar e de trabalho do usuário, acompanhante e família; e onerar o sistema de saúde pela não utilização de um serviço já organizado.

Cancelamento de atendimentos pela equipe do ambulatório:

- O cancelamento em situações realmente imprevistas deve ser prontamente comunicado e justificado para o usuário, equipes e gestores, acionando inversamente a cadeia de compartilhamento do cuidado: coordenação do AE comunica ao setor de agendamento da AAE >> setor de agendamento da AAE comunica a setor de agendamento da UBS >> setor de agendamento da UBS comunica a eSF e setor de transporte >> eSF comunica o usuário.

- No ato do cancelamento, deverá ser ofertado uma nova data de atendimento, com atenção para não ocorrer novo cancelamento.
- Do ponto de vista assistencial, por se tratar de usuários de alto risco, a eSF deve verificar a necessidade de uma reavaliação do usuário no intervalo até a nova data agendada, solicitando, se necessário, o apoio à distância da equipe especializada para a discussão do caso e elaboração do plano de cuidados.
- É um indicador que deve ser rigorosamente monitorado pela equipe gestora do ambulatório e apresentado aos municípios.

Cancelamento de atendimentos pelo município:

- Caso o usuário não possa comparecer ao atendimento ou haja alguma dificuldade de transporte, a APS também deve comunicar prontamente a equipe do ambulatório e solicitar a alteração do agendamento.
- Se o cancelamento for feito em tempo hábil para uma substituição, a equipe do ambulatório deve identificar junto às equipes da APS um outro usuário com disponibilidade para ocupar a vaga desistente.

Atendimentos subsequentes

Os agendamentos de atendimentos subsequentes e exames devem ser garantidos de acordo com os prazos definidos no plano de cuidados e devidamente comunicados às equipes da APS.

No momento da solicitação, o profissional deverá indicar o período do próximo atendimento, evitando solicitações do tipo “atendimento subsequente, se necessário” ou “próximo atendimento quando os exames estiverem prontos”.

Caso o período solicitado seja superior a 4 meses (período de abertura da agenda), o usuário será incluído na fila de espera, com aprazamento para a data solicitada, e esta informação será registrada no plano de cuidados. Posteriormente, com a antecedência pactuada, a eSF vai solicitar o agendamento para a data solicitada.

A equipe também deve estar atenta para que os usuários se desloquem o menor número de vezes possível até o ambulatório para a realização de consultas, exames e procedimentos. Para isso, deve gerenciar os agendamentos de cada usuário de maneira coerente com a proposta terapêutica estabelecida no plano de cuidados.

Exemplo:

Para um determinado usuário, para o qual foi solicitada a realização de teste ergométrico e ecocardiograma e aprazado o atendimento subsequente em 30 dias, os exames podem ser agendados para o mesmo dia, para que o usuário se desloque uma única vez.

No caso em que o método dos exames não permita a conciliação dos agendamentos, como os exames de MAPA e Holter, que requerem a presença para a instalação e novamente para a retirada, o atendimento subsequente deve coincidir com a retirada dos equipamentos, para que o profissional solicitante possa já avaliar os resultados e estabelecer o plano de cuidados.

Os exames e procedimentos previstos na carteira de serviço e que não necessitam de preparo para sua realização, devem ser realizados, preferencialmente, no dia da solicitação, como ultrassons obstétricos, cardiocardiografia, ECG, ecocardiograma, retinografia sem contraste, mamografia, dentre outros.

Gestão de fila de espera

Não deve existir fila de espera para primeiros atendimentos no ambulatório, seja qual for a linha de cuidado, uma vez que a disponibilidade de agenda deve ser coerente com a necessidade de saúde. As demandas devem ser prontamente respondidas, não ultrapassando 15 dias para as gestantes e 30 dias para os demais usuários com condições crônicas. Caso esses prazos sejam extrapolados, deve ser feita uma revisão do processo de agendamento, capacidade operacional e da assertividade dos critérios de compartilhamento do cuidado.

Para os atendimentos subsequentes, caso sejam solicitados com prazos superiores a 4 meses, serão incluídos na fila de espera do ambulatório. A equipe especializada fará a gestão dessa fila de espera, organizando-a por nome do usuário, data de nascimento, linha de cuidado, especialidade, tipo de atendimento (1º ou subsequente), data de inclusão da solicitação e município de origem, e realizando um rigoroso monitoramento para garantir o agendamento no tempo oportuno.

O monitoramento da agenda

Os gestores do ambulatório devem monitorar um conjunto de indicadores que permitam os ajustes contínuos no processo de agendamento e a resposta oportuna para o usuário. Devem avaliar:

- utilização dos serviços;
- usuários atendidos frente aos usuários estimados;
- tempo de acesso ao serviço;
- capacidade operacional dos profissionais e equipe;
- carga horária presencial para realização de atividades de apoio às equipes da APS;
- taxas de absentismo;
- oferta insuficiente frente a capacidade operacional da equipe já instalada;
- cancelamento de agendas;
- assertividade de compartilhamento;
- atendimentos subsequentes sem a resolutividade do caso.

CHECKLIST PARA O SETOR DE AGENDAMENTO

(este instrumento será avaliado pelo enfermeiro durante a avaliação que antecede a o ciclo de atenção contínua)

Informações gerais para cadastro do usuário que deverão ser confirmadas em todos os agendamentos
Nome do usuário
Data de Nascimento
Apresenta alguma necessidade especial
Número do telefone do usuário
Unidade de Saúde de origem
Nome do ACS da microárea
Linha de Cuidado
Estratificação de Risco
Primeiro atendimento ou subsequente na AAE

<i>Checklist</i> para agendamento dos atendimentos na AAE Linha de cuidados: GESTANTE DE ALTO RISCO				
S	N	ITEM		
		Formulário de compartilhamento do cuidado APS para AAE		
		Documento de identificação com foto		
		Cartão SUS		
		Caderneta da Gestante		
		Cartão de Vacinação		
		Prescrição com as medicações em uso		
		Mapa do monitoramento pressórico (se gestantes com Hipertensão Arterial)		
		Mapa do monitoramento glicêmico ou glicosímetro (se gestantes com Diabetes)		
		Se no período estiver sido internada, deverá apresentar sumário de alta hospitalar. Em caso de puérperas é necessário a apresentação do sumário de alta da maternidade.		
		É obrigatório a presença de acompanhante com maior idade legal, para usuários menores de 18 anos ou caso a gestante apresente insuficiência de autocuidado.		
EXAMES DO PRÉ-NATAL CORRESPONDENTES A IDADE GESTACIONAL			1ª TRI	2ª TRI
		Hemograma	X	
				X

	Tipagem sanguínea e fator Rh	X		
	Coombs indireto (se for Rh negativo)	X	X	X
	Glicemia de jejum	X		X
	Teste de tolerância para glicose		X	
	Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR	X		X
	Teste rápido diagnóstico anti-HIV	X		
	Anti-HIV	X		X
	Toxoplasmose IgM e IgG (Deverá ser repetido no 2º e 3º trimestre se o IgG e IgM não for reagentes no 1º trimestre)	X	X	X
	Sorologia para hepatite B (HbsAg)	X		X
	Sumário de urina	X	X	X
	Urocultura	X		X
	Eletroforese de hemoglobina	X		
	Citopatológico de colo de útero (último resultado, caso tenha sido colhido recente e aguarda o resultado, registrar no formulário de compartilhamento do cuidado a data da coleta)	X		
	Ultrassonografia obstétrica (exame não obrigatório, mas se já tiver realizado é importante que o traga para avaliação)	X		

<i>Checklist</i> para agendamento dos atendimentos na AAE Linha de cuidados: CRIANÇA DE ALTO RISCO		
S	N	ITEM
		Formulário de compartilhamento do cuidado APS para AAE
		Certidão de nascimento
		Documento de identificação com foto do responsável legal
		Cartão SUS
		Caderneta da Criança/Cartão de Vacinação
		Cartão de pré-natal da mãe
		Prescrição das medicações em uso
		Se crianças menores de um ano ou prematuros: sumário de alta da maternidade
		Se no período estiver sido internada, deverá apresentar sumário de alta hospitalar. Em caso de puérperas é necessário a apresentação do sumário de alta da maternidade.
		É obrigatório a presença de acompanhante com maior idade legal, responsável legal pela criança. Caso o responsável legal tenha baixa capacidade para o cuidado da criança, deverá ser acompanhada por pessoa que possa apoiar no cuidado.
EXAMES DE RASTREIOS NEONATAL		
		Teste do pezinho (se aguarda o resultado, registrar a data da coleta)

		Teste da orelhinha
--	--	--------------------

<i>Checklist</i> para agendamento dos atendimentos na AAE Linha de cuidados: HIPERTENSÃO E DIABETES DE ALTO RISCO		
S	N	ITEM
		Formulário de compartilhamento do cuidado APS para AAE
		Documento de identificação com foto
		Cartão SUS
		Cartão de Vacinação atualizado
		Prescrição das medicações em uso
		Mapa do monitoramento pressórico
		Mapa do monitoramento glicêmico ou glicosímetro
		Se no período estiver sido internado, deverá apresentar sumário de alta hospitalar. Em caso de atendimento em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou equivalente, informar a data e motivo no formulário de compartilhamento do cuidado
		É obrigatório a presença de acompanhante com maior idade legal, responsável legal pela criança. Caso o responsável legal tenha baixa capacidade para o cuidado da criança, deverá ser acompanhada por pessoa que possa apoiar no cuidado.

EXAMES LABOARATORIAIS

Para usuários em primeiro atendimento a data de realização deverá ser de no máximo 4 meses. Nas consultas subsequentes será de acordo com o plano de cuidados.

S	N	EXAME	DATA DA REALIZAÇÃO
		Hemograma	
		Glicemia de jejum	
		Glicose pós-prandial (2h após o almoço)	
		Hemoglobina glicada (método HPLC)	
		Creatinina plasmática	
		Potássio sérico	
		Ácido úrico plasmático	
		Análise da urina (exame de elementos e sedimentos anormais da urina – EAS)	
		Relação albumina/creatinina em amostra isolada da urina	
		TSH (em usuários portadores de DM tipo 1 dislipidemia ou em mulheres acima dos 50 anos)	
		TGO	
		TGP	
		GAMA GT	
		Colesterol Total	

		Colesterol HDL	
		Triglicérides	
		Vitamina B12 (usuários de metformina ou maiores de 50 anos)	
		Eletrocardiograma (ECG)	

<i>Checklist</i> para agendamento dos atendimentos na AAE Linha de cuidados: Saúde da Mulher - CÂNCER DE MAMA		
S	N	ITEM
		Formulário de compartilhamento do cuidado APS para AAE
		Documento de identificação com foto
		Cartão SUS
		Cartão de Vacinação atualizado
		Prescrição das medicações em uso
		Se no período estiver sido internado, deverá apresentar sumário de alta hospitalar.
		É obrigatório a presença de acompanhante com maior idade legal, responsável legal pela criança. Caso o responsável legal tenha baixa capacidade para o cuidado da criança, deverá ser acompanhada por pessoa que possa apoiar no cuidado.
S	N	EXAMES
		Mamografias anteriores (se mulheres de 50 a 69 anos de idade ou com idade inferior conforme protocolo de rastreamento ou mamografia diagnóstica)
		Ultrassons de mamas (se já tiver realizado anteriormente)
		Punção aspirativa com agulha fina - PAAF (se já tiver realizado anteriormente)
		Core Biopsy - punção aspirativa com agulha grossa (se já tiver realizado anteriormente)

<i>Checklist</i> para agendamento dos atendimentos na AAE Linha de cuidados: Saúde da Mulher - CÂNCER DE COLO DE ÚTERO		
S	N	ITEM
		Formulário de compartilhamento do cuidado APS para AAE
		Documento de identificação com foto
		Cartão SUS
		Cartão de Vacinação atualizado
		Prescrição das medicações em uso
		Se no período estiver sido internado, deverá apresentar sumário de alta hospitalar.
		É obrigatório a presença de acompanhante com maior idade legal, responsável legal pela criança. Caso o responsável legal tenha baixa capacidade para o cuidado da criança, deverá ser acompanhada por pessoa que possa apoiar no cuidado.
S	N	EXAME

		Citopatológico do colo uterino (Papanicolau) realizado nos últimos 6 meses
--	--	--

Checklist da Linha de Cuidados: SAÚDE DO IDOSO		
S	N	ITEM
		Formulário de compartilhamento do cuidado APS para AAE
		Documento de identificação com foto
		Cartão SUS
		Cartão de Vacinação
		Exames
		Prescrição com as medições em uso
		Se no período tiver sido internada deverá apresentar sumário de alta hospitalar.
		É obrigatório a presença de um acompanhante, preferencialmente o responsável legal, que conheça bem a rotina do idoso. Caso o responsável legal tenha baixa capacidade para o cuidado do idoso, deverá ser acompanhado por pessoa que possa apoiá-la no cuidado do idoso.

Checklist da Linha de Cuidados: SAÚDE MENTAL		
S	N	ITEM
		Formulário de compartilhamento do cuidado APS para AAE
		Documento de identificação com foto
		Cartão SUS
		Cartão de Vacinação
		Exames
		Prescrição com as medições em uso
		Se no período tiver sido internada deverá apresentar sumário de alta hospitalar.
		É obrigatório a presença de um acompanhante, preferencialmente o responsável legal, que conheça bem a rotina do usuário. Caso o responsável legal tenha baixa capacidade para auxiliar no autocuidado do usuário, deverá ser acompanhado por pessoa que possa apoiá-lo.