

ANEXO 2 - Roteiro para conhecimento e vinculação com o território da Atenção Ambulatorial Especializada

O processo de regionalização da atenção ambulatorial especializada implica no conhecimento do território e de todos os componentes da RAS que integram o cuidado aos usuários com condição crônica.

O objetivo principal é a vinculação entre a equipe especializada e as equipes da APS dos municípios de uma região, mapeando e estabelecendo formas de comunicação direta e integração entre elas, para possibilitar a continuidade do cuidado. Ou seja, mesma equipe especializada, para as mesmas equipes de APS, para os mesmos usuários de uma população adscrita, como um único microsistema clínico de saúde.

Para isso, a equipe técnica e gestora da AAE deverá conhecer o território e sua população, bem como mapear e cadastrar os serviços com quem vai compartilhar o cuidado da população alvo.

Este roteiro propõe seis ações iniciais para o conhecimento do território e sua população e para conhecimento e vinculação com os serviços, gestores e profissionais que atuam no cuidado dos usuários com condição crônica, propondo também algumas pactuações acerca da dinâmica de atendimento proposta pelo modelo de atenção.

As informações deverão ser sistematizadas e disponibilizadas para as atividades rotineiras da assistência e gestão.

Objetivo 1

Conhecer o território de abrangência do ambulatório de atenção especializada

Justificativa

O território de abrangência do ambulatório de atenção especializada é a região de saúde e o seu conhecimento é o primeiro passo para a gestão de base populacional.

Informações sobre o número de municípios, tamanho e condições de vida da população residente, principalmente para identificar barreiras de vulnerabilidade socioeconômica ou cultural, bem como as distâncias, condições da malha viária e tempos de deslocamento são fundamentais para avaliar o acesso da população ao município sede, onde está o ambulatório. Garantir o acesso deve ser a primeira preocupação dos gestores da região.

A gestão da AAE convoca a solidariedade e corresponsabilidade entre os vários atores da RAS. O componente de governança é essencial para uma resposta efetiva às necessidades da população.

Várias das situações identificadas nos ciclos de atendimento da AAE remetem ao funcionamento da rede, como fragilidades na atenção primária ou nos sistemas de apoio diagnóstico e logísticos, ou as necessidades específicas dos usuários. Essas situações podem indicar a necessidade de ajustes nos processos ou na estrutura dos serviços e podem, também, apontar para necessidades específicas relacionadas à continuidade do cuidado dos usuários de alto risco, requerendo respostas rápidas.

Assim, a equipe do ambulatório deve conhecer e registrar profissionais de referência e seus contatos, pactuar canais de comunicação e desenvolver uma dinâmica de vinculação com os serviços do território.

Operacionalização

1.1. Mapear a Região de Saúde:

- Nome da região
- Caracterização geral: limites geográficos, vulnerabilidades socioeconômicas e culturais, possíveis barreiras de acesso
- Distância até o município sede da macrorregião, condições das vias de acesso e tempo médio de deslocamento

1.2. Mapear os municípios:

- Relação dos municípios
- População total, por faixa etária e sexo; proporção de população urbana e rural; população estimada e população cadastrada pela APS
- Percentual de cobertura da APS (ESF e Tradicional)
- Distância até o município sede da região de saúde, condições das vias de acesso e tempo médio de deslocamento

1.3. Elaborar o mapa da região, sinalizar as informações relevantes, regionais e municipais, e afixar na sala de espera da unidade

1.4. Cadastrar (planilha em anexo):

- Referências da Regional de Saúde da SESA
- Referências da SMS

1.5. Pactuar e organizar:

- Modalidades ágeis de comunicação (sempre que necessário) e rotina de reuniões com as referências regionais (minimamente mensais) e com as referências municipais (sempre que necessário), para compartilhar as necessidades relacionadas à organização da assistência, ações educacionais e de supervisão clínica e monitoramento e avaliação

Objetivo 2

Conhecer a Atenção Primária à Saúde dos municípios

Justificativa

O cuidado de uma pessoa com condição crônica depende de pelo menos três situações: a definição de um plano de cuidados por uma equipe de saúde multiprofissional, no qual a própria pessoa usuária participa da definição das metas terapêuticas, e a execução desse plano de cuidados; a capacidade de autocuidado da pessoa usuária, que tem a ver com a sua capacidade funcional e de letramento, a adesão terapêutica, a mudança de comportamentos e hábitos de vida e a capacidade de resistir às agressões do meio; o contexto familiar e comunitário, no qual pode encontrar apoio e recursos facilitadores. Essas situações remetem à vida da pessoa, às circunstâncias do dia-a-dia e ao seu cotidiano e a equipe de saúde deve entrar nesse contexto, para exercer seu papel de vigilância, cuidado e apoio.

A equipe especializada, apesar de estar distante desse contexto, deve exercer essa competência e responsabilidade, mesmo que indiretamente, por meio da integração com as equipes da APS.

Situações identificadas nos ciclos de atendimento, como usuários sem o preparo adequado para o atendimento (falta de documentação ou acompanhante, por exemplo), ou com necessidade de um monitoramento clínico mais intenso, ou medidas terapêuticas específicas, devem ser compartilhadas com agilidade com as equipes de referência na APS.

O instrumento que mais propicia a integração é o plano de cuidados, por meio do qual a equipe especializada compartilha com a equipe da atenção primária o conjunto de prescrições, recomendações e orientações para o usuário de alto risco, além das metas terapêuticas pactuadas com a participação do próprio usuário. Uma vez elaborado, o plano de cuidados deve ser comunicado para a eSF de referência que será responsável pelo seu monitoramento, podendo solicitar o apoio da equipe especializada sempre que necessário.

O apoio para a qualificação do manejo clínico e organização dos processos de cuidado é uma outra modalidade de integração entre as equipes, também

beneficiando indiretamente o usuário com condição crônica.

Para isso, equipe do ambulatório deve conhecer as UBS e suas equipes, ter o cadastro dos profissionais de referência, pactuar os canais de comunicação e organizar as ações educacionais e de supervisão clínica.

Operacionalização

2.1 Mapear as Unidades Básicas de Saúde:

- Relação de UBS, gerentes e equipes (eSF, eSB, NASF, Saúde Mental e outros profissionais) por município
- Sinalização sobre a adesão ao PlanificaSUS, para a planificação da APS

2.2 Cadastrar (planilha em anexo):

- Gerentes e profissionais de referência das unidades

2.3 Pactuar:

- Modalidades e ocasiões de conhecimento recíproco entre as equipes
- Canais de comunicação direta, formais e informais
- Disponibilidade para o compartilhamento do conhecimento e habilidades no cuidado da população alvo, monitoramento clínico conjunto

Objetivo 3

Conhecer os sistemas logísticos e de apoio

Justificativa

O acesso ao ambulatório de atenção especializada, pelo fato de ter uma abrangência regional, implica necessariamente no transporte dos usuários. A disponibilidade, frequência e qualidade do transporte influenciam diretamente no cuidado, principalmente quando se trata de usuários de alto risco, muitas vezes com limitações funcionais importantes. A agenda do ambulatório é organizada considerando a agenda do sistema de transporte e também a situação clínica funcional dos usuários, que podem apresentar vulnerabilidade importante (como o prematuro) ou limitação funcional (como o idoso frágil, o usuário com amputação). O absenteísmo, muitas vezes identificado e preocupante, porque significa descontinuidade do cuidado, possível ociosidade da equipe e custo para o sistema, frequentemente está associado a dificuldades no sistema de transporte adotado pelos municípios.

Por isso, a equipe especializada deve conhecer a capacidade operacional dos municípios para o transporte em saúde, compartilhar os critérios clínicos para o agendamento e pactuar o agendamento combinado do transporte e assistência.

Outra necessidade diz respeito ao apoio diagnóstico. As diretrizes clínicas definem o elenco e periodicidade dos exames complementares, tanto para a confirmação diagnóstica, como para a rotina de acompanhamento longitudinal. Os municípios têm diferentes formas de organização dos serviços de apoio diagnóstico, mas em todas

elas devem garantir o acesso do usuário e fornecer serviços de qualidade e em tempos de resposta adequados.

Os ciclos de atendimento na atenção especializada dependem da avaliação de exames laboratoriais, gráficos e por imagem, como um componente importante para o monitoramento clínico e definição do plano de cuidados.

Assim, a equipe especializada deve conhecer a capacidade dos municípios para realizar os exames laboratoriais necessários.

Da mesma maneira, as diretrizes ditam recomendações acerca da assistência farmacêutica, não somente na participação no acompanhamento clínico, mas também no suprimento de medicamentos, insumos e materiais necessários para o cuidado longitudinal. A equipe especializada deve conhecer a disponibilidade desses itens na atenção primária dos municípios, em função, principalmente, da elaboração do plano de cuidados do usuário.

Os municípios que dispõem de sistemas de prontuário eletrônico terão maior capacidade de integração com a atenção especializada e de monitoramento clínico do usuário. A equipe especializada, principalmente no caso de dispor também ela de um sistema eletrônico, deve se interessar por esse componente, com vistas à qualificação do cuidado do usuário.

Operacionalização

3.1 Mapear o transporte sanitário dos municípios:

- Agenda (dias e horários), distâncias (considerando as rotas possíveis) e tempos de deslocamento

3.2 Conhecer os serviços de diagnóstico laboratorial, gráfico e por imagem dos municípios:

- Avaliação geral sobre a coleta (se descentralizada nas UBS ou centralizada no laboratório municipal), carteira de exames disponíveis (de acordo com a diretriz clínica para a RAS priorizada), fluxo e tempos para a liberação dos resultados

3.3 Conhecer a assistência farmacêutica nos municípios:

- Levantar a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME)
- Verificar a disponibilidade de insumos e materiais específicos por linha de cuidado (como fórmulas infantis, curativos especiais, fralda geriátrica, fita de glicosímetro e outros)

3.4 Conhecer os sistemas de prontuário eletrônicos utilizados nos municípios

3.5 Cadastrar (planilha em anexo):

- Referência técnica da SMS para o serviço de transporte em saúde
- Referência técnica da SMS para o apoio diagnóstico

3.6 Pactuar:

- A agenda do transporte (dias e horários), considerando a disponibilidade dos municípios
- A garantia dos exames necessários por linha de cuidado e os tempos para coleta, processamento e liberação dos resultados

Objetivo 4

Conhecer a subpopulação alvo da atenção especializada

Justificativa

A população é a razão de ser de uma RAS. (Mendes, 2011). Ou seja, toda a organização da atenção especializada deve ser em função da resposta às suas necessidades de saúde. A sua capacidade operacional, expressa como carga horária dos profissionais ou quantidade de exames e procedimentos terapêuticos especializados, deve ser dimensionada em proporção à população adstrita ao território de abrangência.

Sendo um sistema de portas fechadas, o ambulatório é acessado pela população somente a partir das equipes da APS. A captação do usuário, sua confirmação diagnóstica e a estratificação de risco são processos desenvolvidos na APS, a partir dos quais é identificada a demanda para a atenção especializada. Por isso, novamente é fundamental a integração das duas equipes, de tal maneira a possibilitar um conhecimento adequado da população alvo.

As principais metas de qualidade da AAE se referem à população, como a cobertura de acompanhamento dos usuários estimados com a condição crônica ou o percentual de cumprimento das metas de estabilização clínica.

Tudo isso justifica a importância do conhecimento da população do território de abrangência da AAE.

Operacionalização

4.1 Conhecer a subpopulação alvo:

- Levantar o número de usuários com a condição crônica de saúde priorizada acompanhados, por eSF e município, total e estratificados como alto risco

4.2 Avaliar a qualidade do cuidado:

- Levantar o número de eSF e municípios com diretrizes clínicas para a atenção à condição crônica priorizada implantada
- Levantar o número de UBS e municípios com organização da linha de cuidado da condição crônica priorizada, com destaque para a estratificação de risco e manejo de acordo com o estrato de risco

4.3 Pactuar:

- A implantação das diretrizes clínicas para organização da atenção à condição crônica priorizada
- A autorização para a participação em horário protegido e organização da capacitação dos profissionais das eSF sobre a estratificação de risco da condição crônica e outros temas
- O monitoramento dos indicadores relacionados à população alvo, que irão compor o painel de monitoramento e avaliação

Objetivo 5

Organizar o acesso à atenção especializada na região de saúde

Justificativa

Na RAS, o acesso ao ponto de atenção secundário especializado (ambulatório AAE) é regulado pela APS, de preferência, diretamente pelas eSF. Isto implica em canais de comunicação ágeis, continuamente disponíveis, e mecanismos seguros de agendamento.

A agenda do ambulatório deve respeitar os princípios definidos pelo modelo de atenção, refletindo e operacionalizando a programação de base populacional, o critério da estratificação de risco e a coordenação do cuidado pela APS. Uma definição de agenda diferente disso irá somente corroborar o sistema fragmentado vigente, pelo qual os serviços são reativos às demandas apresentadas pelos usuários, gerando filas de espera, sem garantias para os usuários com maior necessidade de saúde. Assim, a equipe especializada deve pactuar junto aos municípios e equipes da APS os critérios para o agendamento, pactuando também a conduta frente aos casos compartilhados sem essa concordância.

As particularidades dos municípios relacionadas, por exemplo, ao seu porte populacional ou à organização do transporte em saúde, devem ser acolhidas na formatação da agenda.

Os processos internos desenvolvidos pela equipe são ordenados a partir da agenda e dependem do equilíbrio entre primeiros atendimentos e atendimentos subsequentes. O ponto de equilíbrio deve ser o tempo de espera para um e outro tipo de atendimento. Para isso, a programação da atenção é fundamental, por possibilitar o dimensionamento da demanda e, conseqüentemente, os ajustes na oferta de serviços.

O agendamento também deve assegurar a vinculação de usuários, compartilhados por uma eSF, aos mesmos profissionais da equipe especializada em atendimentos subsequentes.

Uma possível causa de desperdício nos serviços especializados é a falta de preparo do usuário para o ciclo de atendimentos, muitas vezes por falta de orientação adequada. Assim, a equipe especializada deve pactuar os requisitos relacionados à documentação necessária (formulários de compartilhamento, resultados de exames, laudos de internação e outros) e monitorar as solicitações de agendamento, de tal modo que a assegurar o comparecimento com o preparo adequado.

A transparência no processo de agendamento, bem como o monitoramento de indicadores como a taxa de absenteísmo, assertividade do critério de agendamento ou preparo adequado para o ciclo de atendimentos fortalece a corresponsabilização das equipes e gestores, qualificando a resposta ao usuário.

Operacionalização

- 5.1 Pactuar os critérios para o agendamento (critério clínico relacionado à estratificação de risco) e a conduta para os usuários com compartilhamento equivocado (fora do critério).
- 5.2 Pactuar os requisitos para o agendamento: comunicação prévia e regular da relação de usuários acompanhados na APS; formulários utilizados; preparação do usuário para o ciclo de atendimentos (documentos, resultados de exames, laudos, receitas, etc.), acompanhante para menores de idade, usuários com limitação funcional importante e para exames e procedimentos.
Pactuar também a conduta para os usuários compartilhados sem o preparo adequado.
- 5.3 Pactuar as modalidades para o agendamento (eletrônica, telefone, e-mail, outras), dias e horários para a solicitação do agendamento e a via ou canal para agendamento, dando preferência para a via direta (eSF-ambulatório), com relação à intermediada por sistema de regulação.

Objetivo 6

Conhecer os fluxos de atenção na macrorregião e estado

Justificativa

A organização da RAS deve prover uma suficiência de atenção especializada na região de saúde, definindo a continuidade do cuidado para a macrorregião de saúde ou até mesmo para referências estaduais, em casos de maior complexidade clínica ou demanda por serviços de maior densidade tecnológica e alto custo.

Assim, a equipe especializada deve conhecer os serviços de referência e os fluxos de acesso pactuados para as especialidades, exames e procedimentos previstos na carteira ampliada e avançada não disponíveis no ambulatório.

A SESA deve realizar o mapeamento e pactuações necessárias para a garantia desses fluxos de atenção.

Operacionalização

- 6.1 Conhecer os pontos de atenção e fluxos macrorregionais e estaduais pactuados:
 - Levantar os itens da carteira ampliada e avançada não realizados no ambulatório
 - Levantar os serviços de referência macrorregional e estadual para esses itens
 - Avaliar de maneira geral os tempos de acesso e filas de espera
 - Avaliar a possibilidade de fluxos protegidos para os usuários de alto risco acompanhados no ambulatório, considerando o princípio da equidade e a conclusão da propedêutica e terapêutica necessárias em tempos oportunos.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

