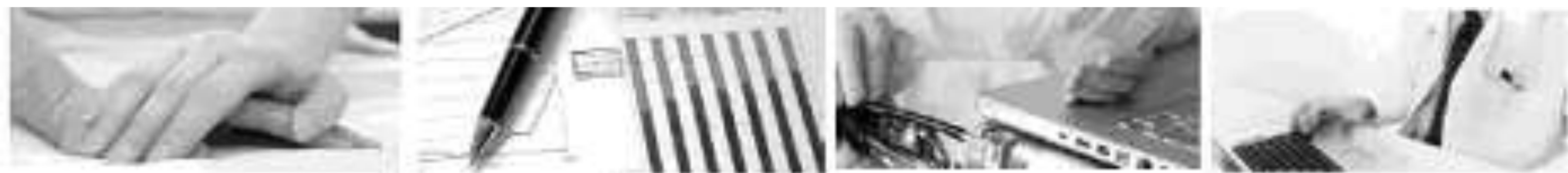


ORGANIZAÇÃO DO ACESSO NA APS

Secretaria Municipal de Saúde





Agentes Comunitários de Saúde da ÁREA PROGRAMÁTICA 3.1

O MELHOR QUE PODEMOS FAZER PELOS Usuários(as) É **ENTENDER** **O QUE DIZEM,** E UM PRÉREQUISITO É **OUVIR**

Quando eu era residente, eu tive uma experiência que mudou minha carreira. Comecei na cirurgia e, frequentemente, os usuários vinham à clínica com dores, mas não apresentavam qualquer problema cirúrgico, então eu os encaminhava para a clínica apropriada e lhes dava um número de telefone para ligar.

Presumia que assim eu tinha cuidado do problema

Mas um dia eu telefonei para aquele número só para ver o que os Usuários estavam passando. A 1ª vez a ligação caiu. Na 2ª vez caiu novamente, e na vez seguinte fui colocado em espera, e na outra me disseram que iriam transferir minha ligação. Acabei por fazer 14 ligações para marcar uma consulta.

Então comecei a me preocupar sobre como eu estava encaminhando meus usuários

Mudei para medicina de família e agora farei tudo o que posso por eles. Quando sinto que não posso fazer mais nada eu os encaminho.

*Estou disponível para cuidar de enfermidades, mas isso não é tudo o que faço. **Meus Usuários são muito mais complexos que suas enfermidades.** Óbvio que cuido de suas enfermidades e estou disponível para fazê-lo da forma que eles necessitarem, mas essa é uma pequena parte do que faço.*

Dr. C. in Starfield, B. New York, 1992

1

REFERENCIAL TEÓRICO

IMPLEMENTAÇÃO ANTERIOR À REFORMA DA APS

SAÚDE

Provisão de um pacote básico de intervenções sanitárias e de medicamentos essenciais focados em populações rurais pobres

Concentração em mães e crianças

Foco em doenças selecionadas, especialmente condições agudas de natureza infecciosa

Melhoria do saneamento e da educação em saúde no nível local

Uso de tecnologia simplificada por agentes comunitários de saúde, não profissionais

Participação como mobilização de recursos locais e gestão dos centros de saúde por meio de comitês locais

Financiamento governamental e prestação de serviços com gestão centralizada

Gestão da escassez

Ajuda e cooperação técnica bilateral

APS como antítese do hospital

APS é barata e requer modestos investimentos

IMPLEMENTAÇÃO ATUAL DA MUDANÇA DA APS

Transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, buscando o acesso universal e a proteção social em saúde

Atenção à saúde para toda a comunidade

Resposta às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e doenças

Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigação dos danos sociais e ambientais sobre a saúde

Equipes de saúde facilitando o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos

Participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político e nos mecanismos de *accountability*

Sistemas pluralísticos de atenção à saúde operando num contexto globalizado

Crescimento dos recursos da saúde rumo à cobertura universal

Solidariedade global e aprendizagem conjunta

APS como coordenadora de uma resposta ampla em todos os níveis de atenção

APS não é barata e requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o dinheiro investido que todas as outras alternativas

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Referência estruturante
do trabalho na APS

Atributos Essenciais

1º Contato (Acesso)

Integralidade

Longitudinalidade

Coordenação

Atributos Derivados

Orientação
Comunitária

Concentração na
Família

Competência
Cultural

Funções Essenciais da APS

■ Resolubilidade

- APS deve ser capacitada cognitiva e tecnologicamente para solucionar 80% dos problemas de saúde de sua população

■ Comunicação

- **A APS é o Centro de comunicação das redes de atenção à saúde e deve** coordenar fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e das informações entre os diferentes componentes da rede

■ Responsabilização

- Manifesta o conhecimento e o relacionamento íntimo nos microterritórios sanitários da população adscrita. O exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população adscrita

ACESSO

Percepção da necessidade de saúde

O usuário identifica alguma necessidade de cuidado, fator determinante para utilizar o serviço (Hulka e Wheat, 1985)

Possibilidade de utilizar os serviços de saúde quando necessário

A provisão de recursos e serviços de saúde e as condições que o usuário dispõe para acessá-los (Travassos, Oliveira, Viacava, 2006)

Equidade

Capacidade de reconhecer e atender a cada necessidade de saúde, adequando a disponibilidade de serviços às necessidades individuais e coletivas da população, garantindo o acesso universal.

Acesso

Disponibilidade

- Acesso do usuário aos serviços de que precisa
- Localização da Unidade (acessibilidade)
- Dias e Horários disponibilizados
- Atendimento à Demanda Espontânea
- Resolubilidade (resposta adequada a cada necessidade no tempo recomendado)

Acolhimento

- Comunicação, atitude, postura
- Recepção do usuário
- Escuta qualificada (Avaliar a demanda, identificar necessidades, definir prioridades e o tipo de cuidado adequado)
- Resolubilidade (resposta adequada a cada necessidade no tempo recomendado)

ACESSO E DEMANDA ESPONTÂNEA

- O usuário identifica alguma necessidade de cuidado e busca ajuda na Unidade/Equipe de APS. Isto já representa um avanço – e é fundamental -, pois indica que o usuário começa a reconhecer a APS como sua referência, superando a histórica busca pelas emergências para questões cabíveis aos cuidados primários .

Não por acaso, em toda literatura sobre o tema, uma das questões centrais está na relação estabelecida entre atendimento à **Demanda Espontânea e Acesso**, ainda que o acesso envolva outras dimensões estruturantes.

A Demanda Espontânea inclui as situações de urgência , mas não somente, envolve todas as demandas de cuidado/atendimento direcionadas à Equipe de Saúde que não foram programadas.

A forma como o serviço responde a essa demanda é um dos fatores que possibilita avaliar a garantia do acesso ou sua restrição. Ainda, compõe a avaliação do quanto a APS é ou não é sustentada como referência para o 1º contato e como porta de entrada do sistema.

QUANDO DEFINIMOS QUE:

- a) o usuário deve ter acesso a Equipe que cuida dele sempre que avaliar necessário;
- b) não deve haver um horário restrito para atender a demanda espontânea;
- c) o atendimento deve estar baseado em critérios clínicos, relacionados ao cuidado, de modo que seja possível avaliar, definir prioridades e as melhores respostas de cuidado (e não por ordem de chegada ou baseado em critérios administrativos);
- d) a agenda dos profissionais deve estar organizada de modo a contemplar a demanda programada e a demanda espontânea;

Adotamos direções de trabalho importantes para a garantia do acesso e da equidade.

DIMENSÕES DO ACESSO

Disponibilidade

Nível de cobertura da APS; volume e diversidade de tipos de serviços e recursos oferecidos considerando as necessidades de saúde da população; grau de credibilidade de que possível obter cuidado quando necessário; conhecimento/informações que o usuário dispõe para encontrar atenção/cuidado para a família; satisfação com a possibilidade de um atendimento de emergência quando necessário.

Acessibilidade Geográfica

Facilidade, distribuição geográfica – territorialização dos serviços; tempo gasto para chegar ao serviço, custo, barreiras físicas

Comodidade

Organização do serviço e níveis de acomodação dos usuários. A comodidade relaciona tempo de espera para marcar uma consulta, os horários que são oferecidos, o tempo de espera para ser atendido, a facilidade de entrar em contato com a equipe

Custos/Capacidade de Pagamento

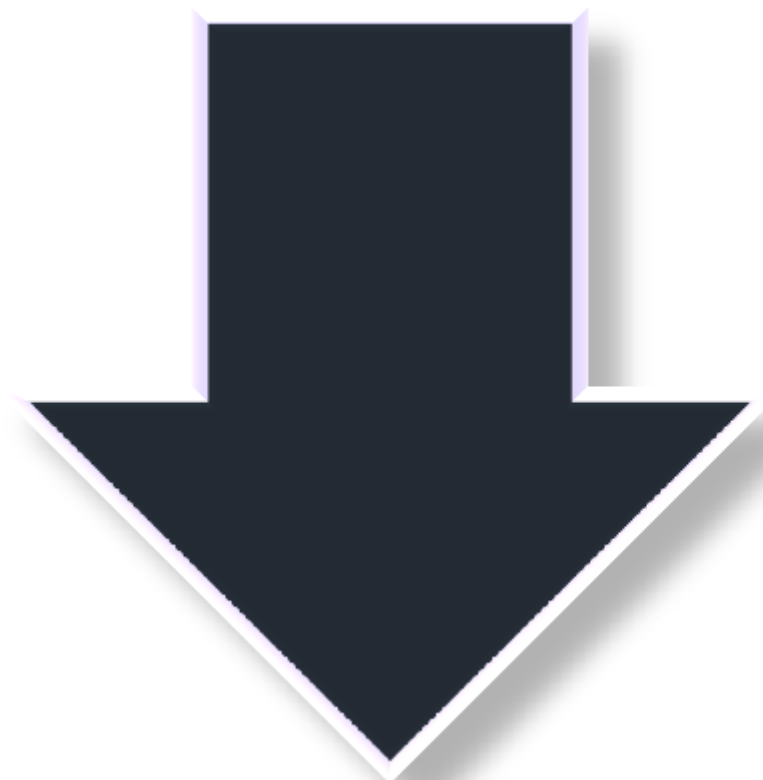
Capacidade de compra de serviços; modalidades de pagamento, incluindo copagamento pelo usuário, natureza do serviço, planos de saúde privados

Aceitabilidade:

Satisfação do usuário com ambiência, a localização, a vizinhança, o tipo de frequência, com a organização do serviço.

Acesso

**Fonte regular
de Atenção**

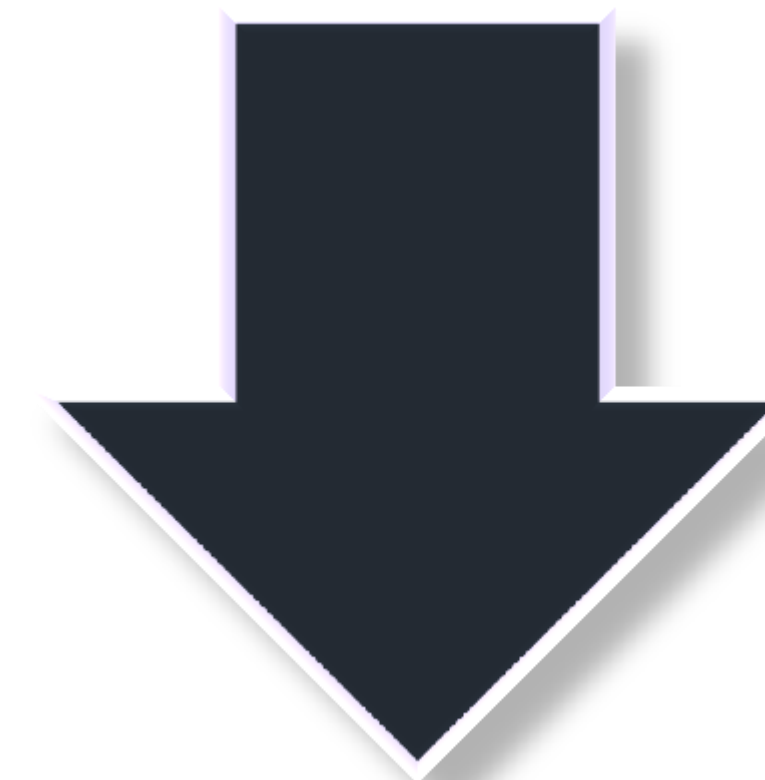


Qualidade da atenção
Longitudinalidade

*A mesma equipe cuidando
do usuário, de sua família e comunidade
ao longo do tempo*

Acesso

Utilização



Possibilidade de ter
Atenção
quando necessária

*Nº médio de consultas por pessoas
Nº de visitas ...
Atenção às condições prioritárias*

2

UM BREVE HISTÓRICO

Organização do Acesso no Município Cidade do Rio de Janeiro



3.5% cobertura da Estratégia de Saúde da Família (2008)



BREVE HISTÓRICO

Como estava organizado o acesso na APS?

- **Horário restrito para o atendimento à Demanda Espontânea** (distribuição de “nº” até 9/10:00 horas e de acordo com as faltas: lógica do encaixe)
- **Acesso regulado predominantemente pela oferta**
- **Atendimento a Demanda Espontânea por ordem de chegada (critério administrativo x critério clínico)**
- **Atendimento a Demanda Programada por ordem de chegada** (vários Usuários orientados para o mesmo horário) Indutor de filas e tempo de espera inadequado
- **Dias e horários específicos para atender determinadas patologias e ciclos de vida**

BREVE HISTÓRICO

Como estava organizado o acesso na APS?

- **Sem Coordenação da Agenda**
- **Baixo atendimento de pequenas Urgências na APS**
- **Excesso de encaminhamentos para especialistas e sem Sistema Regulador**
- **Descontinuidade do cuidado**, peregrinação de usuários na rede de atenção à saúde
- Emergências lotadas de situações cabíveis à atenção primária
- **Baixo investimento na APS**, orçamento concentrado na Atenção Hospitalar
- **Enfermeiros subutilizados** nas ações de decisão clínica
- **Inexistência de regras claras à Organização do Acesso**

“A FILA É CULTURAL”



VEJAMOS O CULTURAL

DEMANDA PROGRAMADA

- Estou marcando o Sr. para às 10:15 horas, mas chega bem cedo, a partir das 8:00 horas.
- Vários Usuários orientados à chegar no mesmo horário.
- Fila para separar prontuário no dia da consulta
- Fila única para demandas totalmente diferentes
- Vigilante 1º contato e organizador do fluxo

Critério

Ordem de Chegada
(Quem chegasse mais cedo era atendido 1º)

DEMANDA ESPONTÂNEA

Critério

Ordem de chegada

- O Sr. precisa voltar amanhã, mas chega bem cedo porque os números são distribuídos até 9:00 /9:30 horas.
- Madrugar para disputar um Nº - “Encaixe”
- Acesso regulado pela oferta
- Atendimento condicionado ao absenteísmo

MARCAÇÃO DE CONSULTAS e OUTROS PROCEDIMENTOS

- Dia e Horário específico para alguns procedimentos
- Dia e Horário específico para marcar consultas
- Agendas para especialidades aberta no balcão
- Marcação de consultas por patologia ou ciclo de vida em dias e horários específicos
- Sem Sistema de Regulação

FILAS

TEMPO DE ESPERA
INADEQUADO



Fila única para demandas totalmente diferentes!

Tô vindo da UPA, me mandaram pra cá...
Essa hora não consigo mais consulta!
Falaram que eu tenho que ir no
cardiologista.
Aqui tem?

Não adianta reclamar!
Minha medicação
acabou, eu tenho
pegar outra receita !

Eu tô marcado
agora para as
8:00 com Dr.
José, mas do
jeito que está a
fila, vou perder a
consulta

Eu só preciso
de um
Atestado! Será
que consigo?

Não estou nada
bem, mas não
consegui chegar
cedo!

Sr. pedido de
exame é com o
médico.
O Sr. aguarda que o
encaixe é por ordem
de chegada. Trouxe
o Cartão?

Eu tô marcado para
8:00 horas com o Dr
José

Vamos perder o
exame. Será que é
aqui?

Tô marcada para as 8:00
Dr. José

Eu
Tenho que
marcar o
Cardiologista,
tô há um mês
esperando...



O TRABALHO EM CURSO

DEMANDA PROGRAMADA

- Cada usuário deve ter o **horário de sua consulta** respeitado, com a recomendação de chegar com 15 minutos de antecedência
- O Prontuário deve ser separado no dia anterior (onde não tem PE)
- Coleta exames laboratoriais todos os dias da semana
- Fluxos definidos de acordo com o tipo de demanda
- Recepção e profissional de saúde 1ª abordagem

Critério
Horário
Marcado

DEMANDA ESPONTÂNEA

Critério
Prioridade

- Atendimento a Demanda Espontânea no horário integral de funcionamento da Unidade
- Avaliação de um Profissional de Saúde para definir prioridade e a melhor resposta de cuidado
- Agendas organizadas para atender a demanda espontânea e demanda programada.
- Demanda espontânea prevista na organização da agenda

MARCAÇÃO de CONSULTAS e OUTROS PROCEDIMENTOS

- Coleta todos os dias
- Procedimentos em sua quase totalidade em horário integral e sem precisar marcar
- Marcação de consultas todos os dias e em horário integral
- Consultas com Especialistas Coordenadas pela Atenção Primária e via Sistema de Regulação
- Atenção secundária: agendas das especialidades inseridas no SISREG
- A possibilidade de verificar o dia, a hora e o local da consulta ou exame solicitado ligando para a Unidade ou recebendo a ligação da Unidade.

REDUÇÃO RADICAL
DAS FILAS
DIMINUIÇÃO DO TEMPO DE ESPERA

- Ampliação da Cobertura APS – ESF
- Atendimento à Demanda Espontânea no horário integral de funcionamento da Unidade
- Agenda organizada considerando a Demanda Espontânea e a Demanda Programada
- Atendimento a Demanda Espontânea por prioridade, baseado em critério clínico
- Ampliação do horário de funcionamento das Unidades
- Aumento expressivo do atendimento à demanda espontânea
- Coordenação da Agenda e do Cuidado pela APS
- Atendimento de urgências menores na APS
- Redução expressiva de encaminhamentos para especialistas (e via Sistema de Regulação)
- Redução de busca pelas emergências para questões pertinentes à atenção primária
- Continuidade do cuidado na APS
- Enfermeiros potencializados nas ações de decisão clínica (no que compete à categoria)
- Definição de regras à organização do acesso
- Redução radical das Filas

UI Manoel Arthur Villaboim



O DIA

Busque no O Dia



Rio de Janeiro, RJ

min 28° max 32°

16/10/2013 00:30:08

Informe do DIA: Menos internações

Secretaria Municipal de Saúde comemora diminuição de 30% em relação a 2010

FERNANDO MOLICA

Rio - A Secretaria Municipal de Saúde comemora a diminuição nas internações hospitalares — entre janeiro e julho deste ano houve uma redução de 30% em relação ao mesmo período de 2010. Afirma que o fato está ligado à expansão da atenção básica e à criação de mais Clínicas da Família: o tratamento preventivo diminuiria a necessidade de ida aos hospitais.

De acordo com a prefeitura, as maiores quedas foram de pacientes com pneumonia, insuficiência cardíaca e diabetes. Já havia sido registrada menor procura pelas emergências municipais.



Hospital de S. João é o que registra mais atendimentos de urgência na Região Norte: 125 mil, nos primeiros seis meses do ano, menos 10 mil do que em 2009

Menos 62 mil idas às urgências desde Janeiro

Região Norte reduz atendimentos no primeiro semestre

rado. Fernando Araújo aponta três razões principais para explicar a redução de episódios nas urgências: a reforma dos cuidados de saúde primários, a aposta nos cuidados continuados e o aumento da produção hospitalar.

Menos espera, menos urgências

Por um lado, o doente que vai ao centro de saúde, renovado e transformado em Unidade de Saúde Familiar, sai mais satisfeito e deixa de recorrer à urgência em casos não emergentes; por outro lado, a resposta aos doentes idosos e crônicos, com a criação de camas de cuidados continuados e a assistência ao domicílio, evita uma afluência destes doentes às

ACESSO À ATENÇÃO

- *Oferta de médicos e enfermeiros por pessoa*
- *Número e distribuição de estabelecimentos de saúde nos vários níveis de atenção*



Superintendência de Atenção Primária
Subsecretaria de Atenção Primária,
Vigilância e Promoção da Saúde

CNES



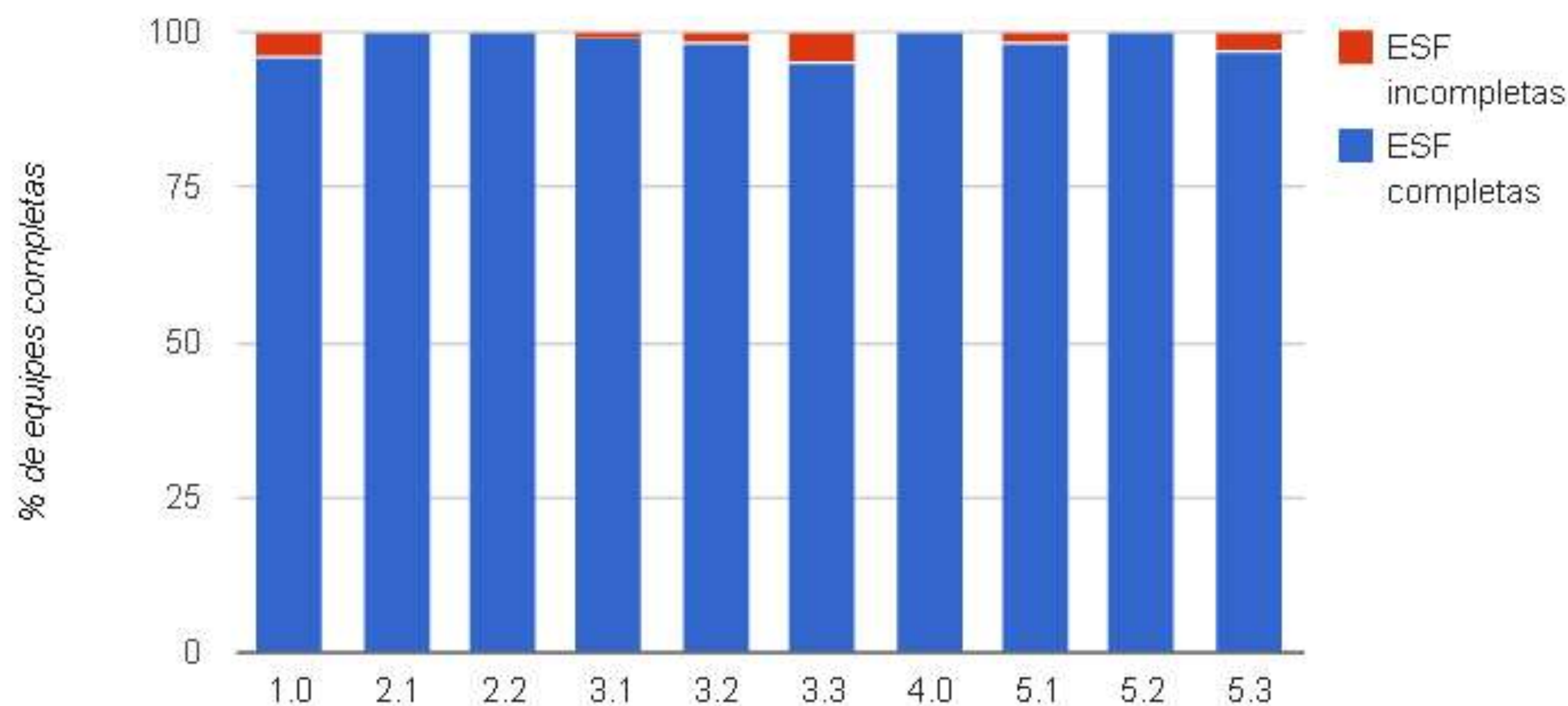
COBERTURA DE ESF

ultima competencia: 201407

AP	POPULAÇÃO	ESF completas	ESF incompletas	TOTAL equipes	% ESF completas	Cobertura (%)	Cobertura Total (ESF+EACS)	Total ESB	% ESB completas
10	294.919	51	2	53	96%	59.66%	62%	12	100%
21	645.100	60	0	60	100%	32.09%	32.09%	23	100%
22	375.221	21	0	21	100%	19.31%	19.31%	6	100%
31	896.350	138	2	140	99%	53.12%	53.89%	53	100%
32	576.268	81	2	83	98%	48.49%	49.69%	27	100%
33	959.404	113	6	119	95%	40.63%	42.79%	46	100%
40	919.420	48	0	48	100%	18.01%	18.01%	12	100%
51	678.457	105	2	107	98%	53.39%	54.41%	39	100%
52	672.549	116	0	116	100%	59.5%	59.5%	45	100%
53	372.607	111	3	114	97%	102.78%	105.55%	52	100%
TOTAL	6.390.295	839	17	856	98%	45.3%	46.21%	315	100%

Painel de Indicadores

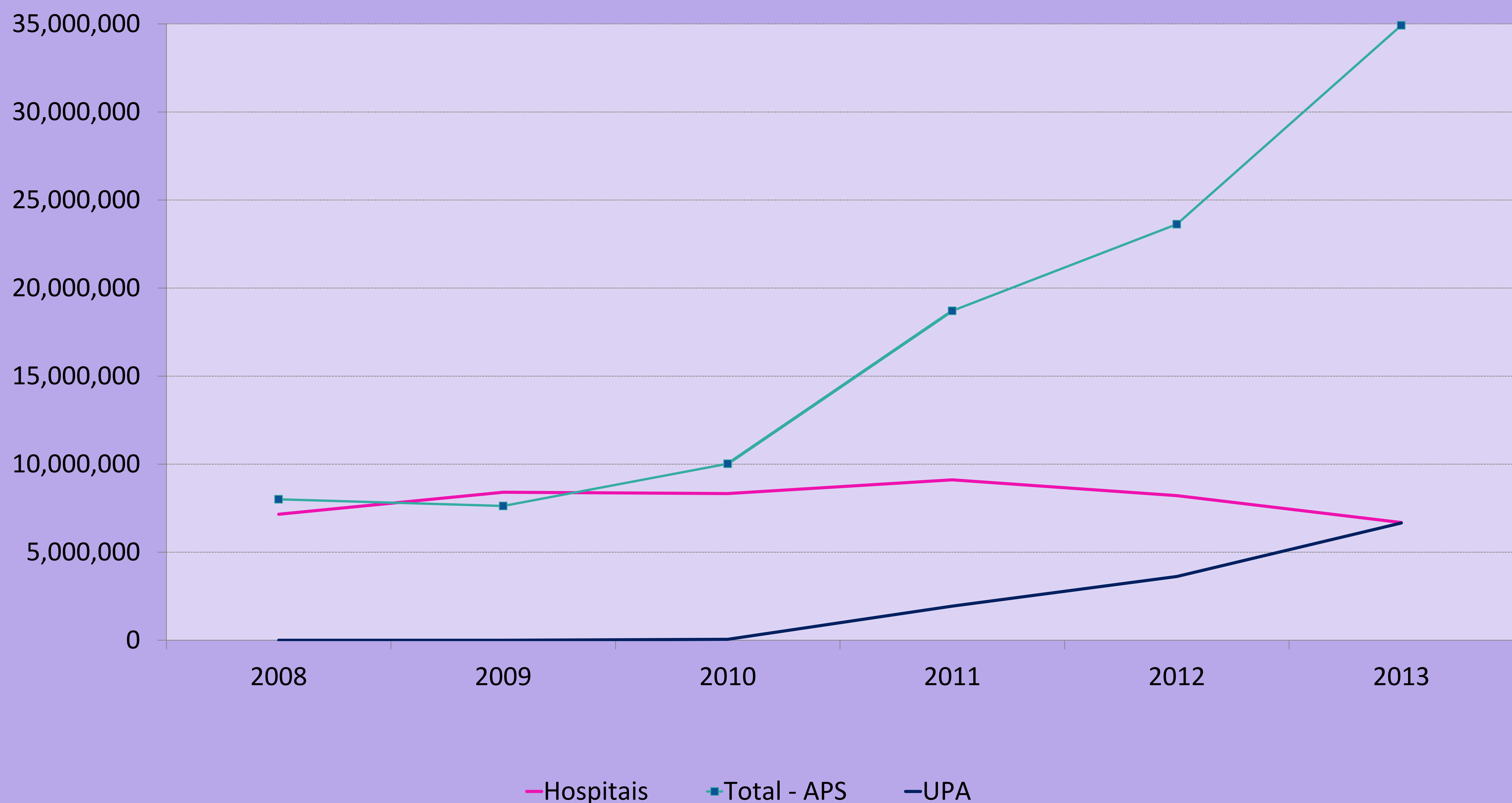
% de ESF Completas por AP - Rio de Janeiro, 2012. Atualizado em
20/08/2014



Fonte: SCNES/SMSDC

Ampliação de Procedimentos Ambulatoriais realizados na APS e de Procedimentos Regulados

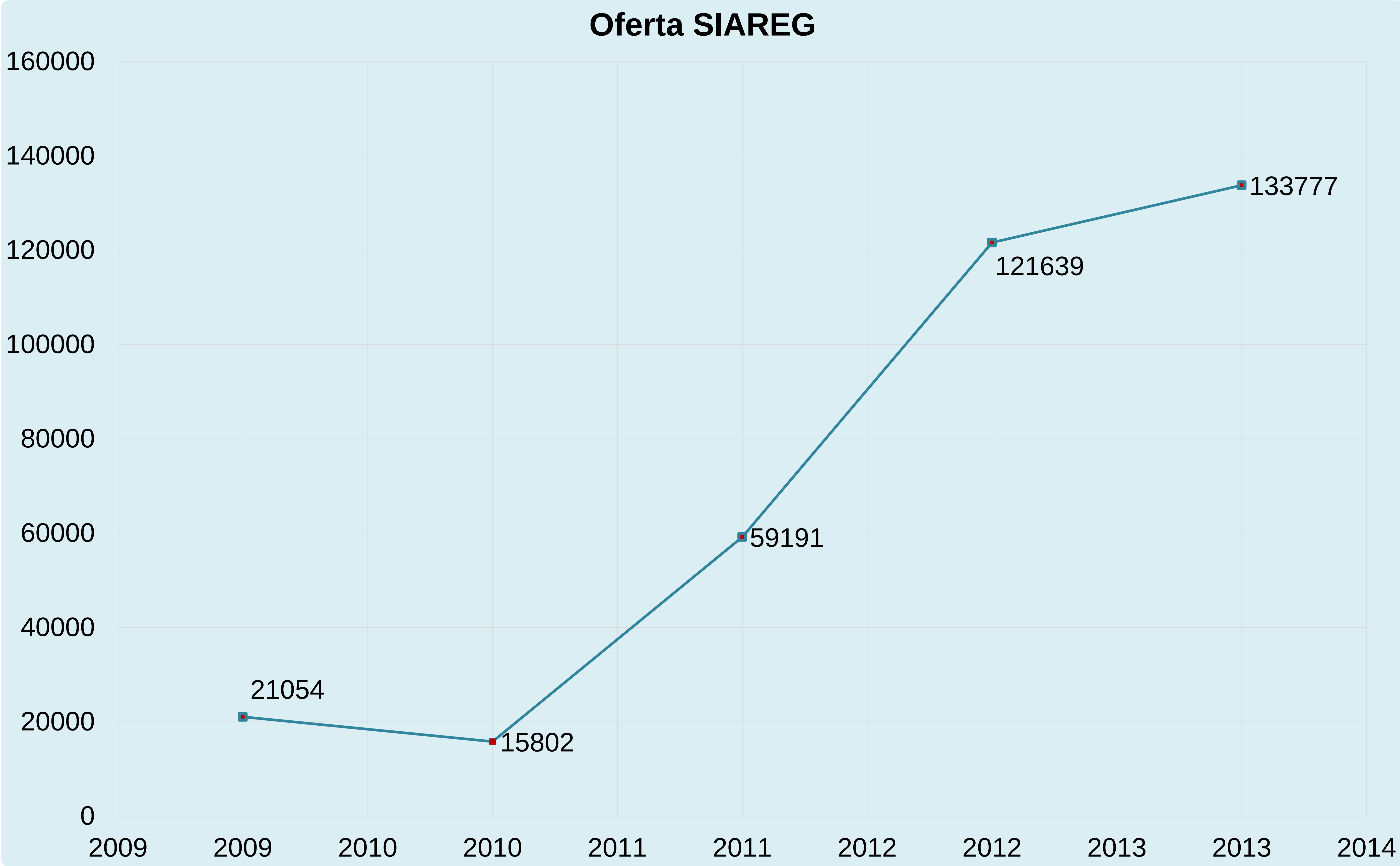
Distribuição do número de procedimentos ambulatoriais realizados no município do Rio de Janeiro – 2008/2013



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), a partir do TABNET municipal, Rio de Janeiro, abril de 2014. Disponível em: http://www0.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sia/definicoes/producao_2008.def

GRÁFICO COM OFERTA DE PROCEDIMENTO NO SISREG

Rio de Janeiro – jan./2009 a nov./2013



Fonte: Sistema Nacional de Regulação

Taxa de Itens da Carteira de Serviços implementados

Item	Descrição	AP 3.1: (%) das ESF que fazem
1	PEZINHO	98,5%
2	VACINA	86,9%
3	CURATIVO	100,0%
4	NEBULIZA	98,5%
5	SUTURA	92,3%
6	DIU	56,2%
7	PREVENTIVO	100,0%
8	CERUME	83,8%
9	UNHA	67,7%
10	ABSCESSO	98,5%
11	INSULINA	100,0%
12	CONTROLADO	76,2%
13	ASMA	100,0%
14	TB	100,0%
15	PNENF	100,0%
16	PNMED	99,2%
17	PUERIENF	100,0%
18	PUERIMED	98,5%
19	REFVERM	94,6%
20	ATIVFISICA	96,2%
21	PLANEJAFAM	100,0%
22	TABAGISMO	99,2%
23	DESINTALCO	46,9%
24	NOTIFICA	100,0%
25	TESTERAP	100,0%

Fonte: Prontuário eletrônico, SUBPAV/SMS-RJ, março/2014, CAP 3.1.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

ENTRE OS QUE BUSCARAM ATENDIMENTO EM UMA CF (N2=3.832)

- 90% foram atendidos.
- O tempo de espera para ser atendido foi até 30 min (69% das pessoas), e 31 a 60 min (16%).
- Entre os agendados, em 20% dos casos houve atraso da consulta em até 1h.
- A avaliação da qualidade das instalações físicas da unidade foi satisfatória ou muito satisfatória para 96% das pessoas.
- A maior reclamação ficou por conta do “calor” em 20% das condições de espera.

Realizou avaliação 285 (92,23%)

Não realizou avaliação 24 (7,77%)

- Resultados Gerais
- Conceito das ESF
- Muito acima da média: 41 (13,27%)
- Acima da Média: 167 (54,05%)
- Mediano ou um pouco abaixo da média: 101 (32,69%)

RESULTADOS DOS INDICADORES PRODUÇÃO GERAL PMAQ

Indicadores	Município	Estrato	Estado	Brasil
Média de consultas médicas por habitante	1,2	1,2	1,4	1,4
Proporção de consultas médicas para o cuidado continuado/programado	50,2	30,6	35,3	23,3
Proporção de consultas médicas de demanda agendada	27,5	41,2	46,1	49,1
Proporção de consultas médicas de demanda imediata	36,4	20,2	26,7	30,1

3

ORIENTAÇÕES INSTITUCIONAIS

Subsecretaria de Atenção Primária, Promoção e Vigilância em Saúde - SUBPAV

EIXO 0 – MUDANÇA ORGANIZACIONAL E ADMINISTRATIVA 2009

- Atenção Primária no assento do condutor
- Definição participativa da Rede construção dos TEIAS
- Bases da reforma administrativa e contratualização

EIXO I – AMPLIAÇÃO DO ACESSO 2010

- Liderança e autonomia de gestão
- Melhoria da acessibilidade
- Avaliação e monitoramento
- Gestão das TIC

EIXO II - GOVERNAÇÃO CLÍNICA E GESTÃO CONHECIMENTO 2011

- Gestão da clínica
- Gestão do conhecimento e qualificação dos profissionais
- Inovação e simplificação na prestação dos cuidado

EIXO III - SUSTENTABILIDADE E DESENVOLVIMENTO 2012

- Acreditação de serviços
- Viabilidade financeira da Atenção Primária
- Comunicação com os cidadãos e os profissionais

EIXO IV – COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ACCOUNTABILITY 2013

- Coordenação do Cuidado
- Vinculação pessoa a pessoa, organização das listas
- Responsabilização e transparência nos resultados

EIXO V – RESPOSTA A TEMPO E HORA E TODOS PELO SUS 2014

- Responsabilidades e entregas individuais
- Resposta a tempo e hora
- Interação serviço-pesquisa

CONTRATO DE GESTÃO VARIÁVEL 2

ACESSO

AÇÃO	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO
Acesso	Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio médico	(N) Nº de Consultas Médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico de família x 100 / (D) Nº de Consultas Médicas realizadas a pacientes da Equipe na Unidade.
Acesso	Percentagem de Demanda Espontânea em relação à Demanda Programada	(N) Nº de Consultas realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos, enfermeiros e dentistas da Equipe x 100/ (D) Nº de Consultas (Médicos, Enfermeiros e Dentistas) realizadas pela Equipe.
Acesso	Taxa de Visitas Domiciliares por 1.000 habitantes	N) Nº de Visitas Domiciliares pela Equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, dentistas, Tec. Enfermeiros, ACS, TSB, ASB) x 1000/ (D) Total de Cadastrados na Área da Equipe.
Acesso	Taxa de Grupos Educativos por 1.000 inscritos	(N) Nº de Atividades Educativas realizadas pela Equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, dentistas, Tec. Enfermagem, ACS, TSB, ASB) x 1000/ (D) Total de Cadastrados na Área da Equipe.
Acesso	Taxa de Itens da Carteira de Serviços realizados no período	(N) Nº de Ações da Carteira de Serviços executadas pela Equipe da SF e SB no período de análise x 100/ (D) Total de Ações da Carteira de Serviços.
Acesso	Percentagem de Consultas Agendadas não presencialmente, por Telefone, E-mail, Plataforma Web do PE	(N) Percentagem de Consultas (médicos, enfermeiros e dentistas da ESF e ESB) Agendadas por telefone, e-mail, plataforma Web do PEP x 100/ (D) Nº de Consultas (Médicos, Enfermeiros e Dentistas) realizadas no mês pela ESF e ESB da Unidade.

MODELO DE RECEPÇÃO

DEMANDAS DIFERENTES
FLUXOS COERENTES



ORGANIZAÇÃO DO ACESSO

Orientações institucionais

- A Recepção deve estar organizada com mais de um ponto/profissional no atendimento: as demandas são diferentes e a centralização em fila única induz a formação de fila e aumenta o tempo de espera.
 - **Na ESF o usuário é recebido pelo ACS da sua Equipe.**
- O fluxo definido deve considerar os diferentes tipos de demanda
 - **Ver Fluxograma Geral de Orientação do Acesso (base para a Unidade detalhar seus fluxos)**
- Os responsáveis por dar as primeiras orientações quando da chegada do usuário na Unidade devem conhecer **todos** os Fluxos, evitando a peregrinação do usuário em busca de informação (importante que todos os profissionais que trabalham na Unidade conheçam os Fluxos)
- O 1ª abordagem ao usuário, para qualquer questão relacionada ao atendimento (a assistência) deve ser feita pelo **profissional de saúde**.
- **Não cabe ao Vigilante** informar ou orientar sobre qualquer questão relacionada ao atendimento (assistência). Caso seja abordado, ele deve direcionar o usuário à Recepção da Unidade.
- Em Unidades que utilizam o Prontuário físico, o mesmo deve ser separado no dia anterior ao seu uso (consultas agendadas).

ORGANIZAÇÃO DO ACESSO

Orientações institucionais

Recepção

O Posso Ajudar é uma forma de recepção que pode ser utilizada para orientar o usuário quando ele chega à Unidade:



Clínica da Família
Maria do Socorro



CMS Alice Tibiriça

- Identificando o tipo de demanda,
- Agilizando o direcionamento para o profissional / setor indicado,
- Esclarecendo possíveis dúvidas sobre o funcionamento da Unidade,
- Desenvolvendo algumas atividades na sala de espera,
- Monitorando o tempo de espera na Recepção.

Não é função de quem está no Posso Ajudar fazer avaliação clínica para definir prioridade para o atendimento. A única prioridade que ele pode orientar está relacionada aos grupos prioritários (idosos; gestantes; portadores de deficiência...)

A estratégia tem sido utilizada com sucesso nas Unidades maiores (estrutura física), com maior número de equipes, nos horários de maior concentração de usuários.

QUESTÕES ORIENTADORAS PARA ANALISAR O FLUXO

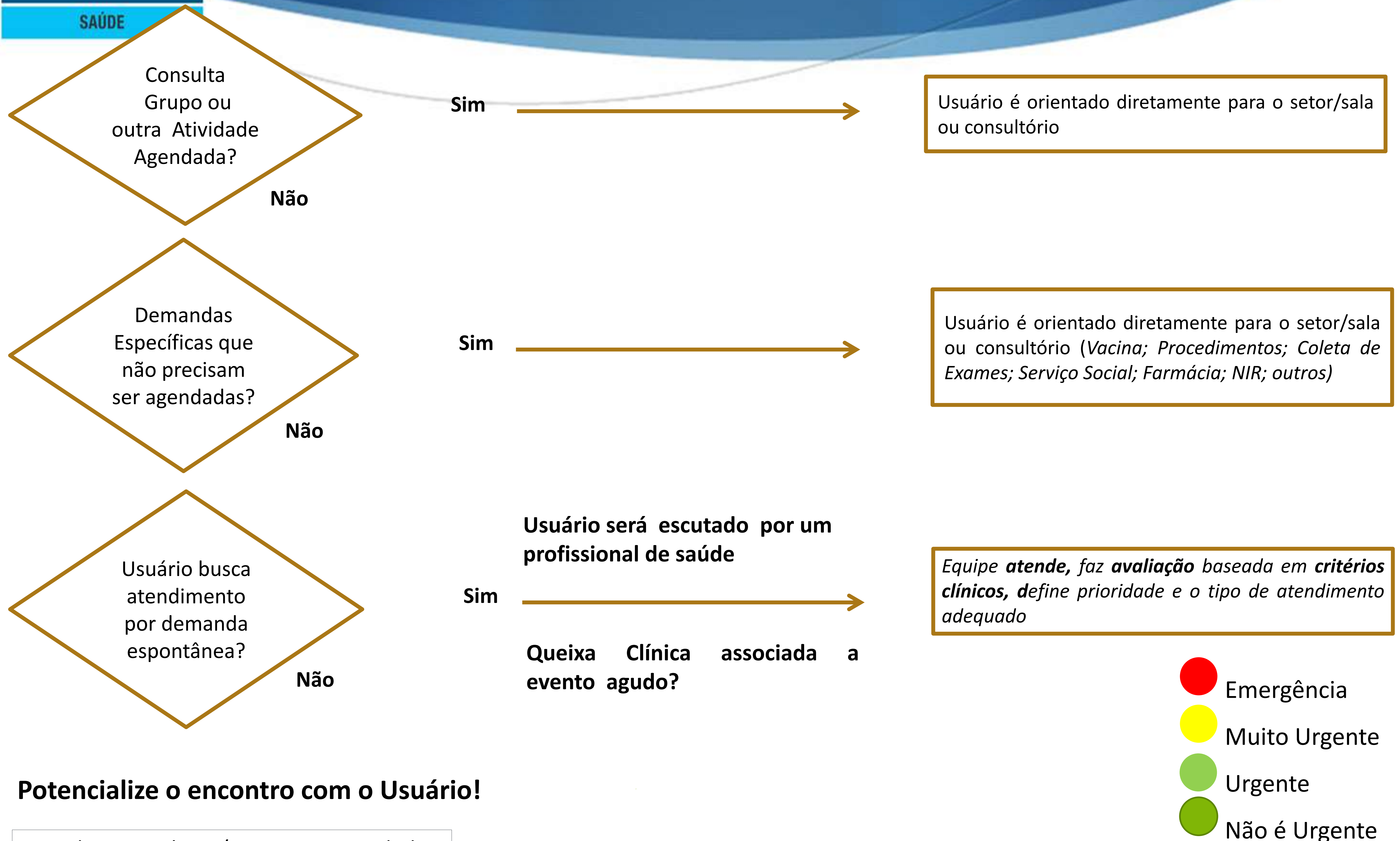
A Equipe pode observar o **PERCURSO DO USUÁRIO** e fazer uma avaliação
Um Fluxograma Analisador

1. Como se dá o acesso do usuário ao atendimento?
2. Ao chegar na Unidade, a quem ou para onde o usuário se dirige? Quem o recebe? De que modo?
3. Qual o caminho que o usuário faz até ser atendido (passo a passo)?
4. O que se configura como necessidade de atendimento? Quem a define?
5. Quem não é atendido e por quê?
6. Como os usuários são informados a respeito?
7. Que profissionais participam desse processo?
8. Como é feito o encaminhamento dos casos que não são atendidos na Unidade?



FLUXOGRAMA GERAL DE ORIENTAÇÃO DO ACESSO

Usuário chega à Recepção da Unidade



Potencialize o encontro com o Usuário!

Agendar consulta e/ou outras atividades;
Atualizar o cadastro;
Fazer o Cartão SUS ;
Apresentar e entregar a Caderneta do Usuário (ESF)
Prestar informações que possibilitem melhor utilização dos serviços;
Inserir em ações programáticas;
outros

Atenção!

Usuário não pertence ao Território? O Acesso é Universal!

- Avaliar. Caso seja necessário: consultar, prestar o 1º cuidado
- Redirecionar, por escrito, para Unidade de Referência do usuário, utilizando Formulário Padrão da SMS.
- Entrar em contato com a Unidade para comunicar o redirecionamento nos casos que demandem continuidade imediata de cuidado. Exemplos: TB; suspeita de gravidez.
- Orientar o usuário a retornar (por telefone) caso encontre alguma dificuldade de inserção na Unidade de sua referência.

O Tempo de Espera e A Resposta Terapêutica no Tempo Adequado (parâmetros)

EM REFERÊNCIA AO PROTOCOLO DE MANCHESTER (ADAPTADO PARA 4 NÍVEIS)

Emergência?

Atendimento médico imediato. Estabilização. Monitoramento contínuo. Decisão Médica de Transferência. Acionar a Central de Regulação. Seguir **Pop Vaga Zero**

Muito

Prioridade I

Atendimento médico em tempo o mais breve.
Enfermeiro pode iniciar alguns cuidados.
Estabilização. Monitoramento contínuo. Decisão Médica de Transferência. Acionar a Central de Regulação.

Urgente?

Urgente?

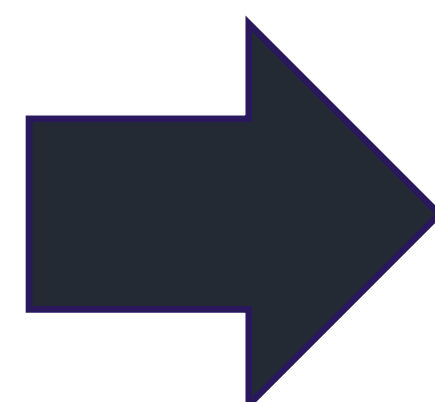
Prioridade II

Atendimento no mesmo dia.
Enfermeiro pode iniciar alguns cuidados e avaliar se está no seu nível de resolubilidade ou se cabe orientar para o médico.
Tempo estimado de espera: 60 minutos. Caso ultrapasse, o usuário deve ser informado.

Não é urgência clínica

Equipe define :

1. Viabilizar consulta ou outra modalidade de cuidado no mesmo dia
- 2 Agendar consulta e/ou outra modalidade de cuidado



Se no mesmo dia: o usuário deve ser informado sobre o tempo de espera.

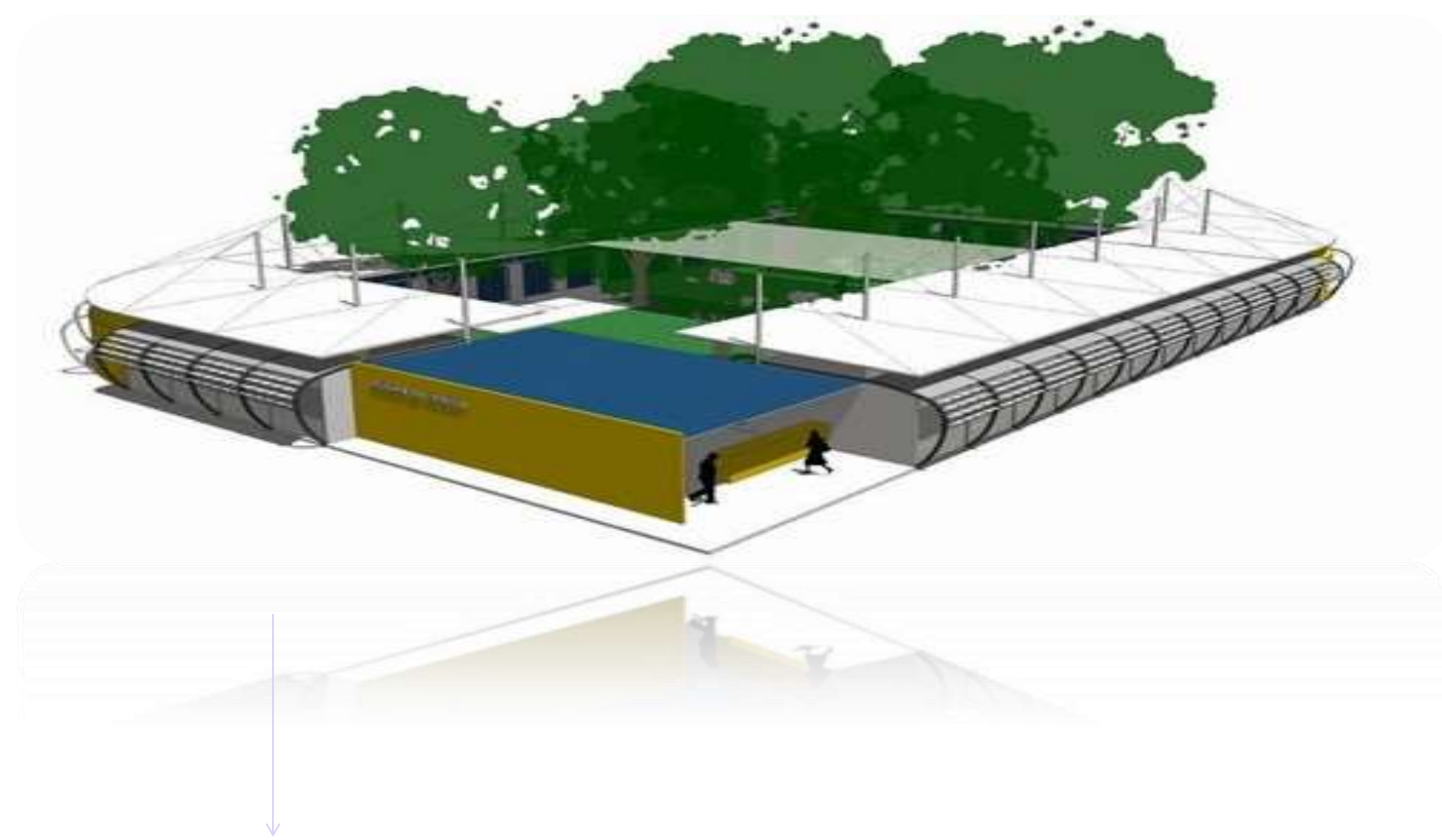
Caso não seja no mesmo turno, marcar o horário. Respeitar os atendimentos prioritários

ORGANIZAÇÃO DO ACESSO

Orientações Institucionais

Em situações de **urgência maior** ou de **emergência** com decisão clínica de transferência.

- Nenhum usuário pode ser redirecionado para outro nível de complexidade (UPA ou Hospital), sem que seja pelo médico, por escrito, seguindo o protocolo padrão da Secretaria Municipal de Saúde, **com solicitação de vaga à Central de Regulação**.



Central de Regulação



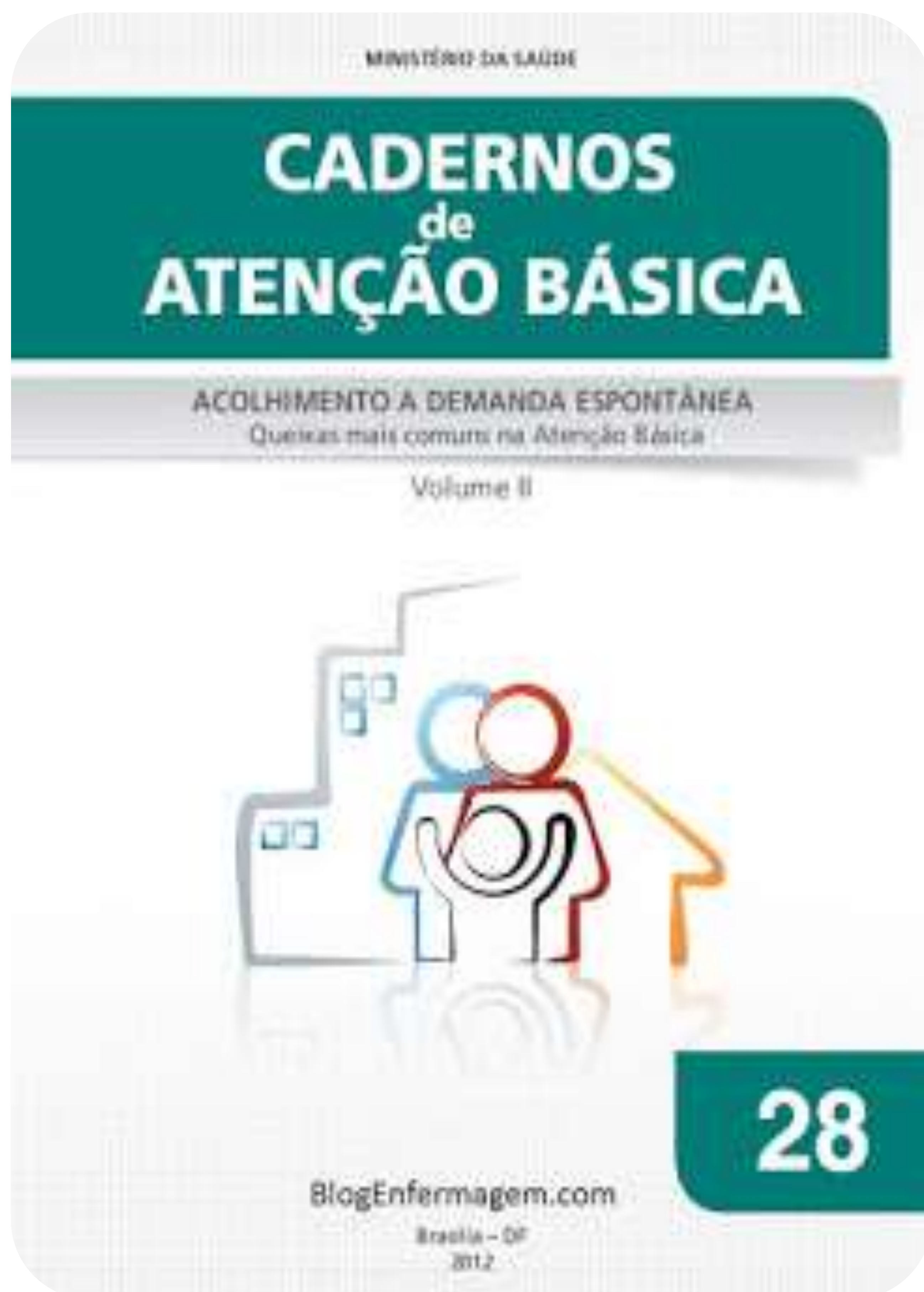
 **ATENÇÃO!**

- Dizer na Recepção da Unidade: “procure a UPA ou o Hospital de Emergência” **não cabe**, pois não relaciona a responsabilidade da APS na coordenação do cuidado e o fato de que trata-se de uma decisão clínica.

AVALIAÇÃO PARA DEFINIÇÃO DE PRIORIDADE NA APS

- Os Protocolos são orientadores importantes: reduzem a possibilidade de variabilidade e erro clínico, auxiliam na estimativa do **tempo e da intervenção terapêutica adequada** em cada nível de complexidade.
- Quando assumimos a responsabilidade pelo cuidado longitudinal e garantimos o 1º contato na APS, a avaliação do possível risco não opera nos mesmos moldes de uma Unidade de Urgência e Emergência destinada a pronto atender o usuário. A equipe da APS conhece o paciente sob seu cuidado, o que traz para avaliação outros recursos próprios do acompanhamento clínico continuado.
- Por exemplo, na APS, o fato de não haver urgência clínica (maior ou menor) não significa que não possa haver prioridade para a consulta, seja com o enfermeiro, seja com o médico, o que a equipe vai definir baseada em uma avaliação que considera diversos fatores, como:
 - a situação clínica, possível vulnerabilidade associada, o contrato terapêutico (o que ficou combinado com o usuário), a disponibilidade (e o modelo) de agenda, outros aspectos que considerem as possibilidades e limitações do usuário para acessar a Equipe e estar na Unidade.
- O universo da APS é complexo (em sua riqueza), dinâmico e ampliado.

Protocolos
Queixas mais comuns na
Atenção Básica Volume II



Protocolo de Enfermagem
Importante iniciativa da Secretaria
Municipal do Rio de Janeiro junto ao
COREN



**PROTÓCOLOS DE
ENFERMAGEM NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Rio de Janeiro - 2012

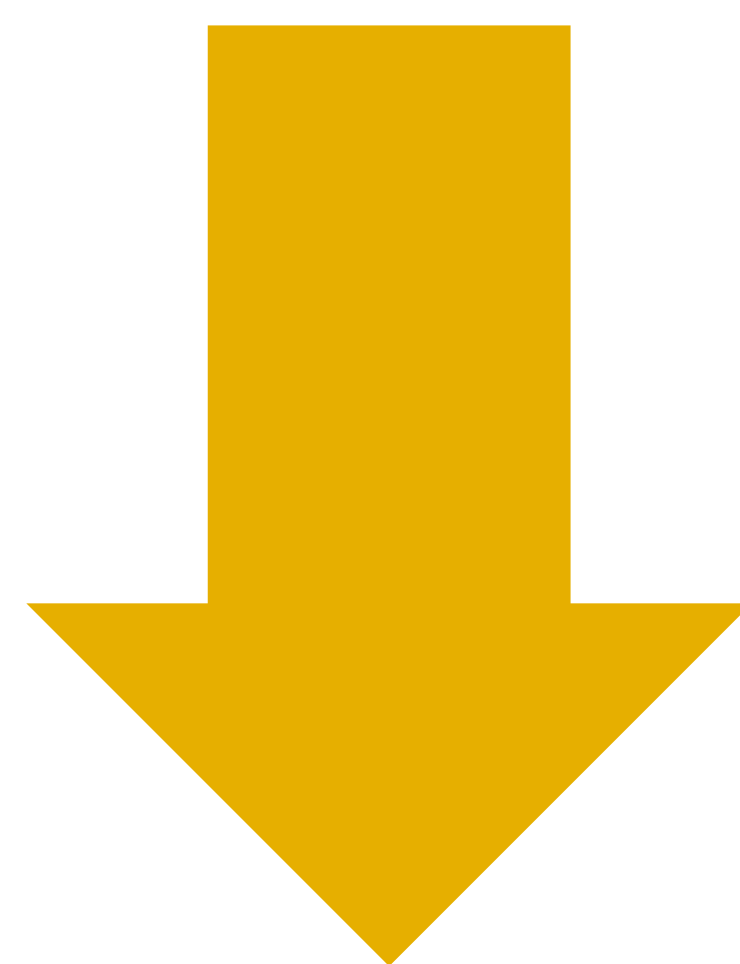
Acessibilidade

A Unidade de Saúde mais próxima da residência do usuário

A importância da Territorialização

**As Equipes e seus territórios de
responsabilidade sanitária**

TERRITORIALIZAÇÃO E O REDIRECIONAMENTO RESPONSÁVEL



**PROCURE A UNIDADE MAIS
PRÓXIMA DE SUA CASA?**

NÃO!

O usuário deve ter destino certo!

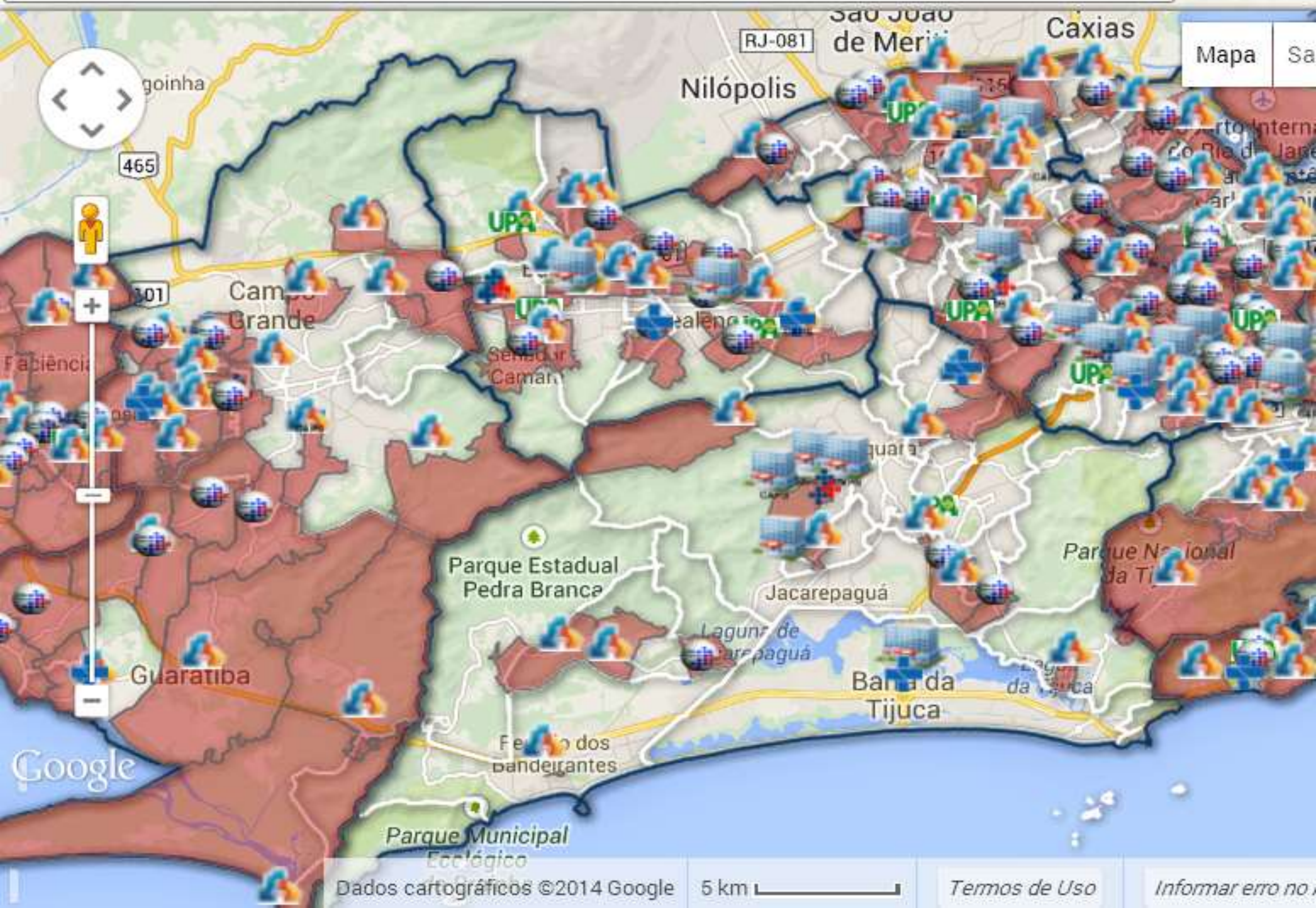
Onde Ser Atendido?

Onde ser Atendido

Digite o *CEP* ou *PARTE DO ENDEREÇO* para procurar a Unidade de Atenção Primária

ex. 20211-110

Traçar Rota



FORMULÁRIOS PADRÃO DA SMS



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde



Encaminhamento da Atenção Secundária para a Atenção Primária Solicitação de Consulta

Dados do Paciente

Nome*							
Nº do Cartão SUS*			Nº do Prontuário			CPF*	
Data de Nascimento*	Idade	Sexo*	Raça/cor*	Peso(kg)	Altura(m)	Pressão (mm/Hg)	Temperatura
		☐ M ☐ F	☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena				
Nome da Mãe*				Nome do Pai			
Endereço*				Bairro*		CEP	
Município/Estado Residência*		Município/Estado de Nascimento*		Telefone Residencial		Telefone Celular	
Unidade de Saúde Solicitante (Unidade de Atenção Secundária)*				CNES*		Telefone da Unidade	

Dados da Unidade de Atenção Primária

Unidade de Atenção Primária encaminhada*		AP*	Endereço da Unidade
Motivo do Encaminhamento*			
Resultado de Exames Complementares			
CID 10	Data do Encaminhamento*		

* campos obrigatórios

Nome e Carimbo do Profissional

Orientações:

- 1) Esta requisição é padronizada para as Unidades de Atenção Secundária encaminharem algum paciente para a Atenção Primária;
- 2) Após preenchimento dos dados o paciente deve ser encaminhado para a sua Unidade de Atenção Primária, portando esta solicitação. A unidade requisitante deve informar o endereço (pode ser consultado em www.subpav.com.br/onde-ser-atendido/) e preencher com o máximo de informações clínicas relevantes;
- 3) Em caso de motivo de solicitação de nova consulta especializada, caberá à Unidade de Atenção Primária (equipe ou médico responsável pelo paciente) a coordenação do cuidado, inserindo no SISREG a solicitação da consulta especializada, quando for necessário, e comunicar o paciente quando do agendamento da consulta especializada;
- 4) A Unidade de atenção secundária **não deve solicitar nova consulta especializada** no SISREG, mas sim encaminhar à Atenção Primária para avaliação do caso;
- 5) A Unidade de Atenção secundária **deve inserir no SISREG todos os retornos** das consultas realizadas na própria unidade;
- 6) A descentralização para as unidades de Atenção Primária torna mais rápido e eficiente o agendamento;

O usuário deve ser encaminhado por escrito, em Formulário padrão da Secretaria Municipal de Saúde, com o endereço da Unidade de AP de sua referência especificado.



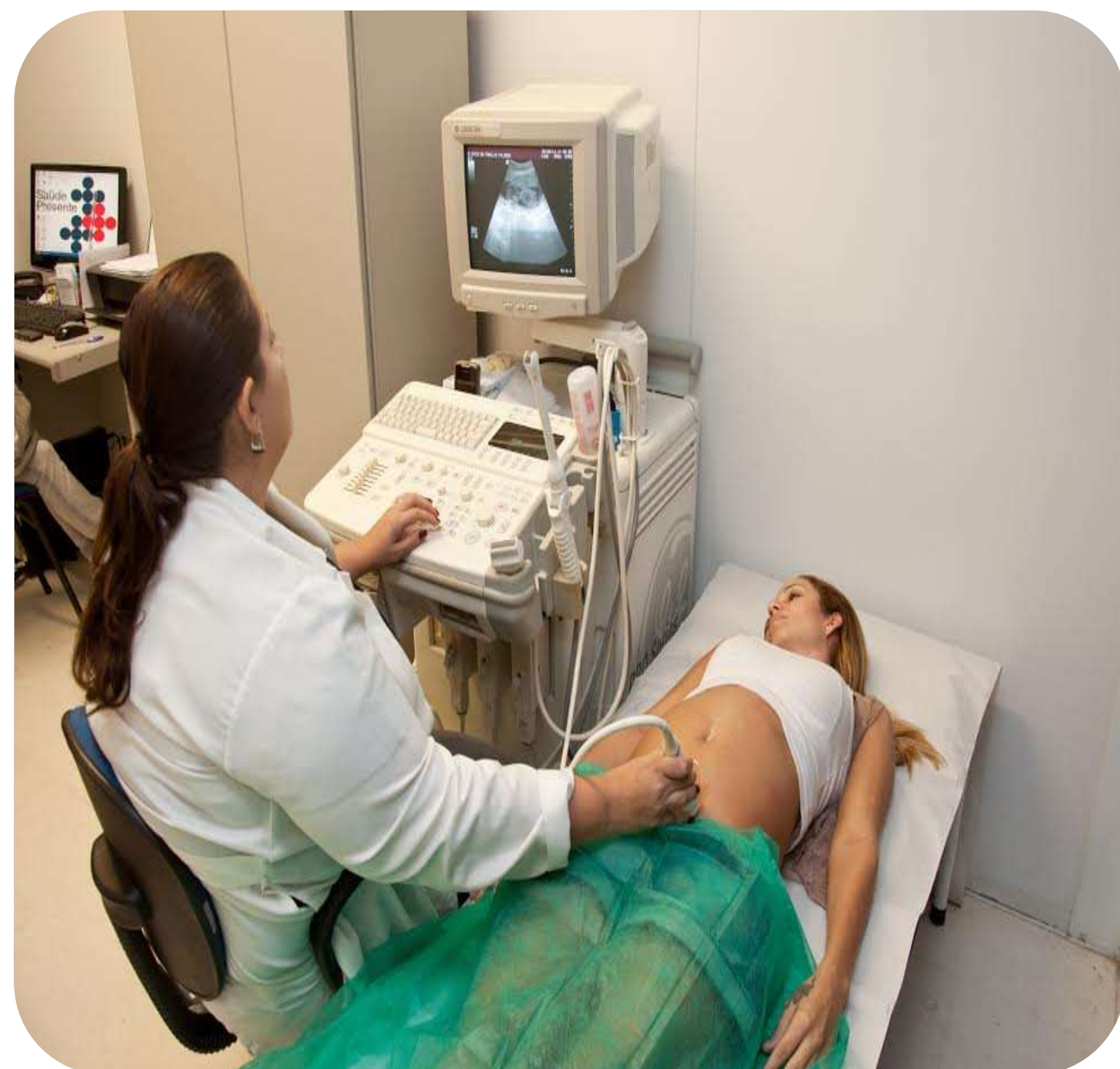
MELHORES SISTEMAS
VINCULAM
PESSOAS À
PESSOAS



MELHORES SISTEMAS
VINCULAM
PESSOAS À PESSOAS



MELHORES SISTEMAS
VINCULAM
PESSOAS À PESSOAS

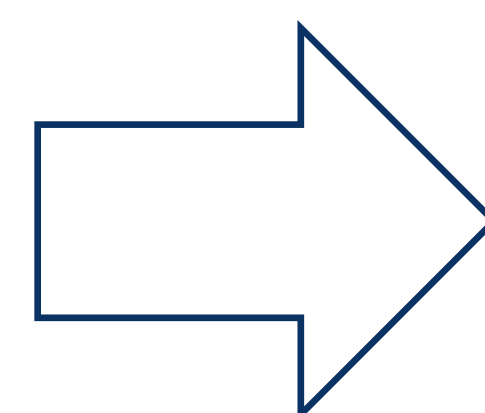


MELHORES SISTEMAS
VINCULAM
PESSOAS À PESSOAS



ACESSO

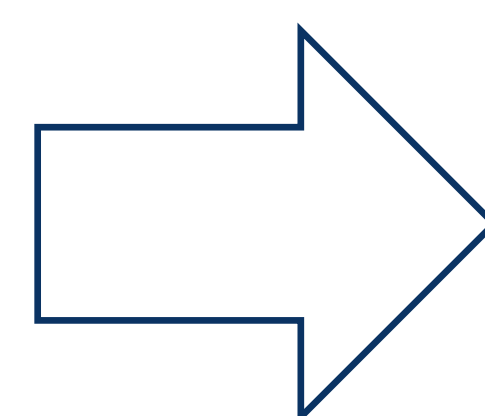
O usuário deve ter **acesso** à **Equipe responsável** pelo seu cuidado sempre que identifica alguma necessidade.



**1º Contato
vínculo**

O usuário deve ter a garantida da **continuidade** do cuidado

A Equipe de Atenção Primária deve **Coordenar o Cuidado** aos **outros níveis de complexidade e pontos de atenção**.



**Longitudinalidade
Integralidade**

ORGANIZAÇÃO DO ACESSO

Orientações institucionais

- Na ESF o atendimento à demanda espontânea e à demanda programada deve ser realizado **pela Equipe (não somente pelo médico)** à qual o usuário está **vinculado**.

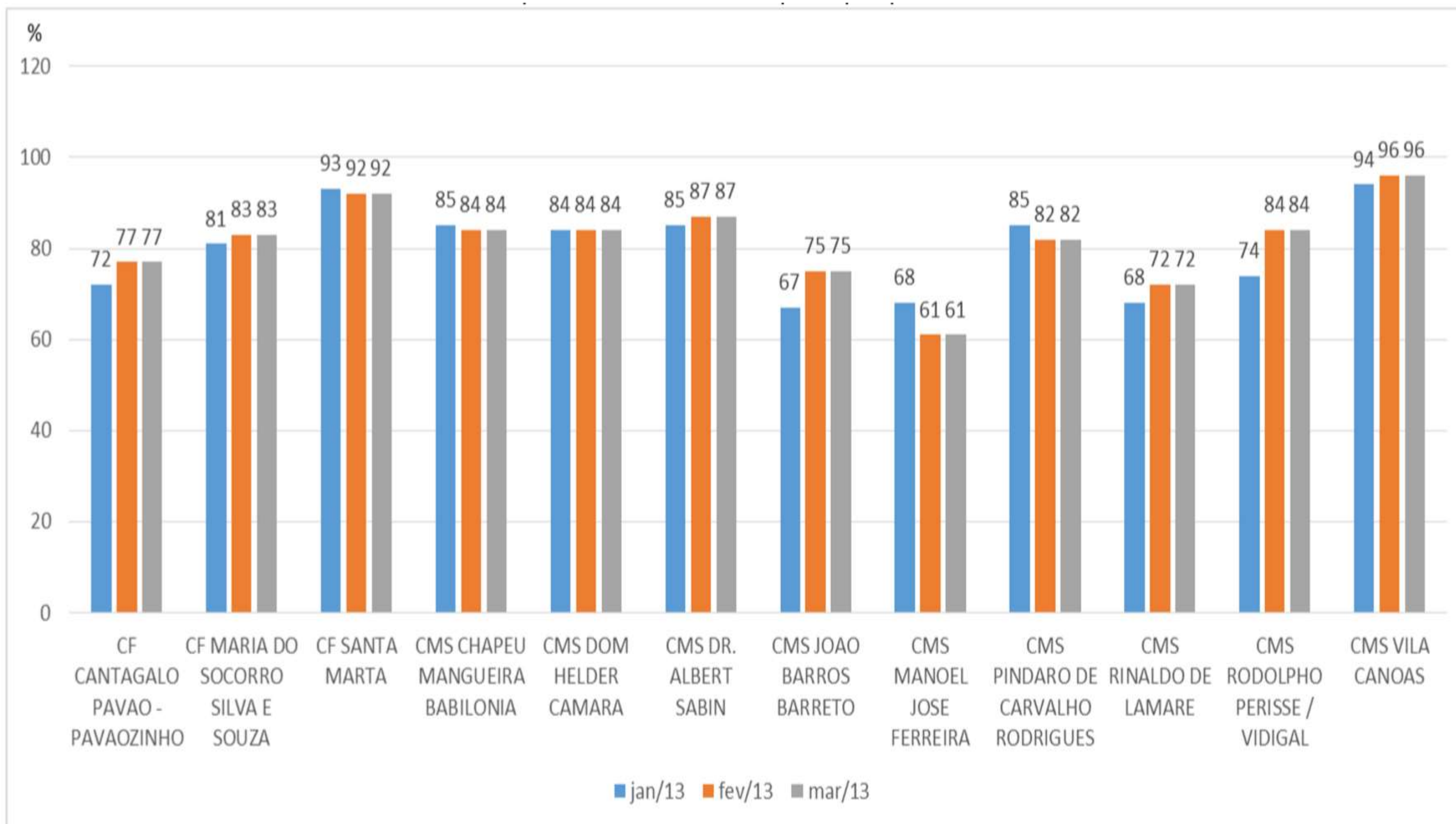
CONTRATO DE GESTÃO VARIÁVEL 2

Ação	Indicador	Fórmula do Cálculo
Acesso	Percentagem de Consultas ao Usuário(a) pelo seu próprio médico	$\frac{(N) \text{ N}^{\circ} \text{ de Consultas Médicas realizadas a Usuário(a)s da equipe pelo seu próprio médico de família} \times 100}{(D) \text{ N}^{\circ} \text{ de Consultas Médicas realizadas a Usuário(a)s pela Equipe}}$

“Médico ou Enfermeiro do acolhimento” ou “escala de Médico ou Enfermeiro para atender a toda Demanda Espontânea” **na ESF NÃO SE APLICA.**

A modalidade de atendimento é **POR EQUIPE**

Percentual de consultas ao paciente realizadas pelo próprio Médico de Família



Percentual de consultas ao usuário(a) realizadas pelo próprio Médico de Família



AP	N	Mediana	Mínimo	Máximo	1º Quartil	3º Quartil
3.2	15	79,00	7,00	89,00	71,00	81,00
5.3	20	77,00	50,00	90,00	72,25	85,00
2.3	50	11,00	20,00	80,00	15,52	82,00

Equipes CMS

- Na Equipe do CMS, deve-se buscar manter o quanto possível a referência dos profissionais responsáveis pelos atendimentos anteriores.
- As agendas devem estar organizadas para atender a demanda programada e a demanda espontânea.
- A Equipe precisa ter uma organização que considere a demanda espontânea na agenda.

Destaque (algumas Unidades com equipes Básicas de Saúde)

- Redimensionamento do Território;
- Formação das Equipes Básicas (Clínico, Ginecologista, Pediatra, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem)
- Vinculação pessoa à pessoa,
- Lista Nominal de pacientes por Equipe.

ORGANIZAÇÃO DO ACESSO

Orientações Institucionais

- Todo usuário que chega à Unidade de Atenção Primária buscando atendimento (demanda espontânea) deve ser **atendido** e ter sua demanda **avaliada no mesmo dia**, de modo a receber a resposta de cuidado adequada a sua necessidade, o que pode resultar em:

Avaliação do Enfermeiro e orientação de cuidado

Avaliação do Enfermeiro e consulta médica

Consulta médica

Consulta Médica e transferência

Orientação pelo ACS;

Realização de Procedimento;

Marcação de Consulta;

Atualização do cadastro;

Ou em outra orientação ou modalidade de cuidado

(à julgar pela situação, podendo associar mais de uma resposta)

- O atendimento à demanda espontânea deve ser no de funcionamento da Unidade.

HORÁRIO INTEGRAL

ORGANIZAÇÃO DO ACESSO

Orientações Institucionais



OFERECER AO USUÁRIO OUTROS CANAIS DE COMUNICAÇÃO NÃO PRESENCIAIS COM A UNIDADE /EQUIPE:

- **MARCAÇÃO DE CONSULTAS E ORIENTAÇÕES POR TELEFONE**
- **MARCAÇÃO DE CONSULTAS E ORIENTAÇÕES POR E-MAIL**
- **MARCAÇÃO DE CONSULTAS PELO BLOG DA UNIDADE**

ORGANIZAÇÃO DO ACESSO

Orientações Institucionais

- Na linha de produção do cuidado, o atendimento deve envolver a **Equipe Multiprofissional**, respeitando-se às competências técnicas de cada categoria.
- O Enfermeiro, dentro de sua competência, respaldado por protocolos clínicos (Protocolo de Enfermagem da APS – SMS, por exemplo), realiza avaliação, consulta de enfermagem, resolve ou define prioridade para o atendimento médico, entre outras ações que envolvem a prevenção, o cuidado e a promoção da saúde nas diferentes linhas de cuidado.
- Cabe observar que, na ESF, **NÃO É UMA CONDIÇÃO** ter que passar pela avaliação do Enfermeiro para chegar ao médico. Quando o enfermeiro da Equipe estiver em outra atividade, o médico da Equipe assume os atendimentos de demanda espontânea.
- Supervisiona o trabalho dos ACS e realiza avaliação conjunta de casos .

É fundamental discutir conjuntamente a organização da agenda e do processo de trabalho.

ORGANIZAÇÃO DO ACESSO

Orientações Institucionais

■ O Agente Comunitário de Saúde:

- Faz a recepção do usuário;
- No seu atendimento, realiza escuta e identifica a demanda;
- Registra;
- Resolve quando de sua competência: marcação de consulta, Cartão SUS, Cadastro, inserção em alguma atividade, agendar VD, direcionamento para salas, para o procedimento quando já prescrito, e outras orientações de cuidado relacionadas às suas responsabilidades;
- Quando há solicitação de consulta no mesmo dia, com quadro agudo, queixa clínica, encaminha para o enfermeiro ou para o médico da equipe;
- Quando há solicitação de consulta no mesmo dia e o usuário não relata nenhuma situação clínica ou de outra ordem, mas afirma que precisa ser atendido no dia:

Não é atribuição do ACS realizar **avaliação clínica** para definir prioridade. Ele registra as informações prestadas pelo usuário, pode somar informações que tenha sobre o acompanhamento que realiza do caso, para que o Enfermeiro ou o Médico possam avaliar.

O ACS pode perguntar:

importa-se de dizer o motivo pelo qual deseja ser atendido hoje?

Caso diga, compartilha-se com o enfermeiro ou com o médico para que possam orientar.

Caso não queira dizer, tudo bem. Neste caso, encaminhar para o enfermeiro da equipe para que possa avaliar. Caso o Enfermeiro esteja em outra atividade, acionar o médico.

ORGANIZAÇÃO DO ACESSO

Orientações Institucionais

O Médico

(em relação à demanda espontânea)

- Consulta os pacientes avaliados pelo Enfermeiro por ordem de prioridade;
- Avalia, atende diretamente usuários com demanda espontânea;
- Realiza avaliação conjunta de alguns casos com o enfermeiro;
- Orienta o trabalho do Enfermeiro e/ou do ACS;
- Monitora os pacientes em observação;
- Regula a solicitação de vaga zero ou de internação;
- Regula a solicitação de consultas e/ou exames nas especialidades.

COORDENAÇÃO DA AGENDA

DEMANDA ESPONTÂNEA E DEMANDA PROGRAMADA

AGUDO X CRÔNICO

DEMANDA ESPONTÂNEA X DEMANDA PROGRAMADA

(como oposições - não cabem para a qualidade da APS)

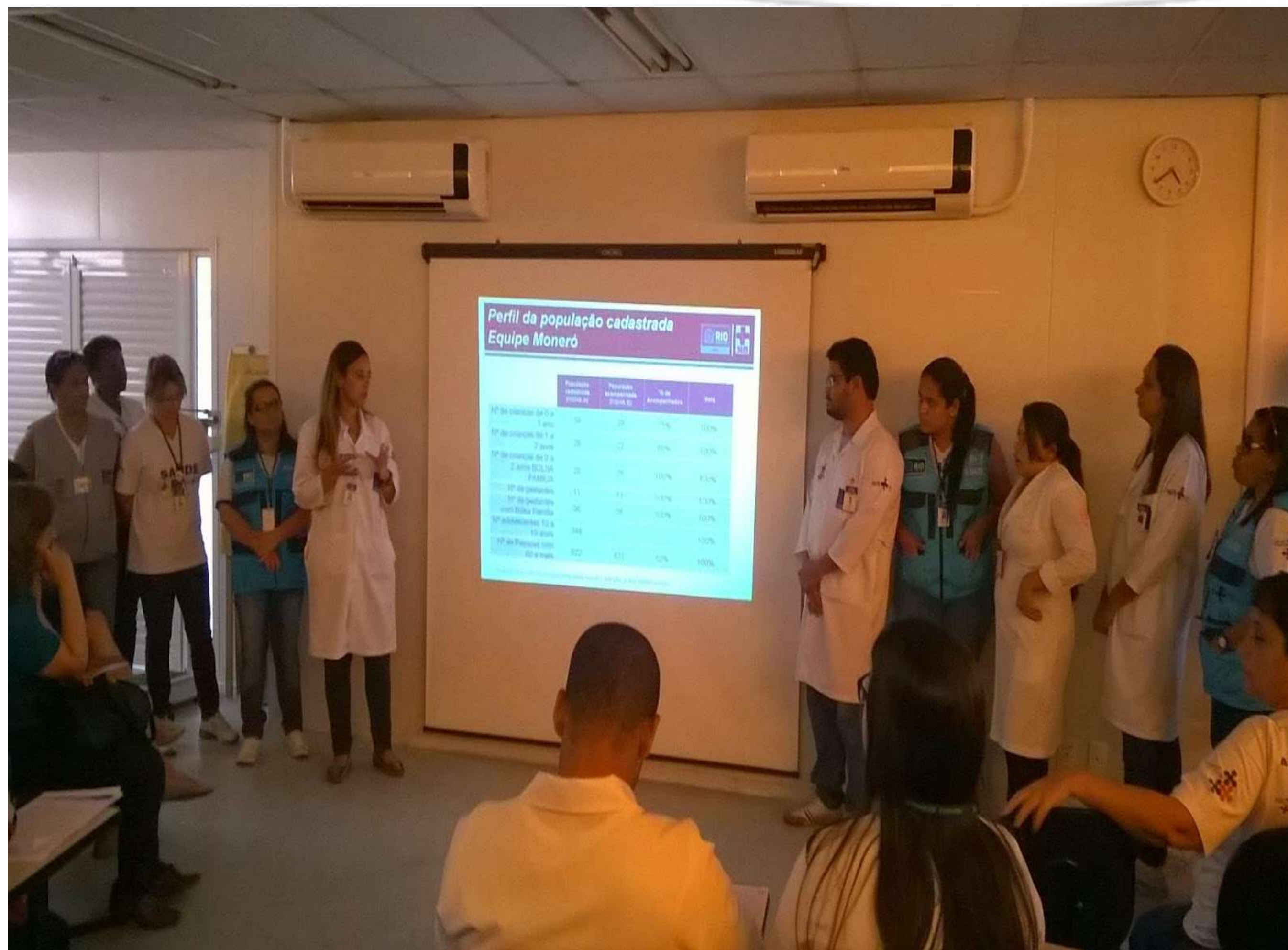
A demanda espontânea é um recurso-chave (não é o único) para fortalecer o vínculo e fidelizar o usuário à Equipe (à APS). A confiança do usuário aumenta quando ele confirma que pode contar com a Equipe quando precisa.

QUANTO À CONSULTA

- É um equívoco argumentar que a consulta programada tem maior valor clínico do que a consulta de demanda espontânea, posto que não tem relação com pronto atendimento.
- Conhecemos o usuário e vamos dar continuidade ao cuidado.
- Cabe ao profissional fazer o melhor uso dessa consulta, resolvendo a situação aguda, se for o caso, mas atentando para as questões relacionadas à vigilância do cuidado, atualizando algumas informações sobre o acompanhamento do usuário, identificando a necessidade de novas intervenções.

VARIÁVEIS PARA O PLANEJAMENTO





Clínica da Família Maria Sebastiana de Oliveira

O diagnóstico da situação de saúde permite conhecer o perfil epidemiológico da população sob responsabilidade da Equipe, identificar as prevalências, a população em condições prioritárias e crônicas, e, dessa forma, trabalhar as diretrizes clínicas e as linhas de cuidado com maior propriedade.

Um dos relatos mais presentes nos Seminários Accountability das Unidades AP

“É mais uma oportunidade de pararmos para olhar para os nossos dados com mais calma, além das reuniões de equipe.

A gente faz a Ficha B e, muitas vezes, o dia a dia do trabalho consome com tantas outras demandas que, planejar nossas ações pensando no perfil da população, utilizando os indicadores... Para as Equipes foi muito bom olhar as Fichas B de novo, ver alguns problemas, planejar, pensar propostas. Agora estamos trabalhando com algumas listas... Tá bem bacana, surgiram várias ideias... Estamos animados!”. Unidade de AP

ORGANIZAÇÃO DO ACESSO

Orientações Institucionais

**AGENDA COMO
DISPOSITIVO PARA
QUALIFICAR A
ATENÇÃO**

X

**AGENDA
INSTRUMENTO
APENAS
BUROCRÁTICO**

- Para cada ação ou atividade pensar: *“Eu sou o profissional mais adequado para oferecer esse atendimento? Outra pessoa poderia resolver da mesma forma? Há pessoas em situações clínicas que poderiam se beneficiar mais do meu atendimento nesse momento? Eu estou utilizando bem os recursos disponíveis para essa situação”* (Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. Curitiba, 2013)
- A Agenda deve integrar adequadamente **ATENÇÃO, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DA AGENDA

Modelo Tradicional

1

Centralizado nas marcações.

Um modelo onde a agenda encontra-se sempre “cheia”, praticamente “bloqueada” e a possibilidade de conseguir uma consulta em breve tempo é remota, de modo que o tempo de espera é de dois, três ou mais meses.

Demanda Espontânea = atendimento também restritivo, modelo do encaixe, e não há compromisso de ser atendida pelo mesmo profissional.

“Faça o trabalho do último mês, hoje.”

(Murray e Tantau,2000)

Modelo Carve Out

2

Reserva-se na agenda margem para atender a demanda espontânea.

Tende a priorizar as urgências e, com isso, adiar o atendimento de situações não-urgentes.

Em alguns casos, trabalha-se com uma escala médicos para atender a demanda espontânea .

Caso não seja bem organizado, gera problemas para conciliar atendimentos programados e de demanda espontânea.

“Faça parte do trabalho de hoje, hoje.”

(Murray e Tantau,2000)

Modelo Acesso Avançado

3

Também nomeado acesso aberto, agenda diária, consulta no dia.

Trabalha com a maior parte da agenda aberta (mais de 50%) e tem uma margem para o seguimento (o retorno, a programação), sendo um equívoco importante reduzir acesso avançado à 100% de agenda aberta.

Uma questão conceitual importante: não há distinção de valor clínico entre consultas de rotina e consultas de urgência (demanda espontânea e demanda programada), todas as consultas são importantes e conduzidas para o melhor resultado.

Ao marcar a consulta busca-se não ultrapassar 48 horas (dois dias) de espera.

Depende de um trabalho em equipe fortemente integrado.

Procura-se delegar e utilizar melhor o trabalho e as competências técnicas de todos os profissionais da Equipe.

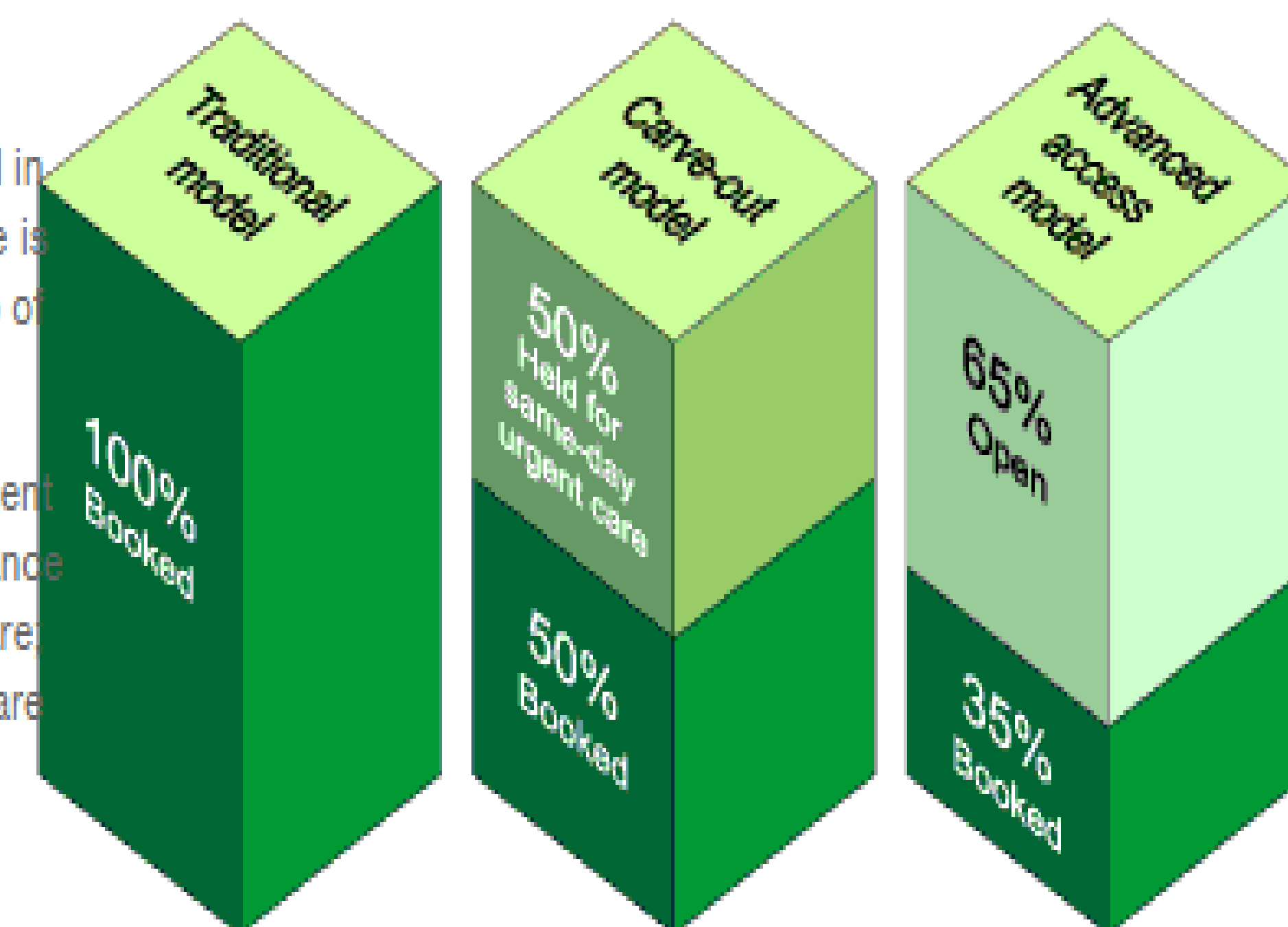
A proporção população-médico/equipe e a mesma equipe mantida como referência ao longo do tempo são aspectos avaliados e reconhecidos como de impacto.

“Faça o trabalho de hoje, hoje” (Murray e Tantau,2000)

True capacity

The following graph illustrates the daily capacity available on physicians' schedules in the three access models described in the article.

- In the traditional model, the schedule is completely booked in advance; same-day urgent care is either deflected or piled on top of existing appointments.
- In a carve-out model, appointment slots are either booked in advance or held for same-day urgent care; same-day nonurgent requests are deflected into the future.
- In advanced access, where practices are doing today's work today, there is true capacity: The majority of appointment slots are open for patients who call that day for routine, urgent or preventive visits.



O modelo de agenda preserva relação direta com:

- a relação população- equipe (proporção);
- o tempo de permanência dos profissionais na equipe;
- o nível de **integração** do trabalho da equipe;
- o tipo de composição da equipe (ESF, Equipe Básica ou Tradicional);
- a relação oferta – demanda.

Definir um único modelo de agenda para uma rede heterogênea como é o caso do município do Rio de Janeiro não cabe.

Podemos afirmar que, como direção de trabalho:

- Superamos o modelo tradicional.
- Trabalhamos com um **modelo fortemente coerente aos atributos essenciais** da atenção primária (integrando demanda programada, demanda espontânea, demanda espontânea-urgência), o que é fundamental para sustentar a APS como 1º contato e a coordenação do cuidado.

Um importante avanço foi dar à demanda espontânea lugar de valor na agenda, e reconhecê-la orgânica ao trabalho, de modo a superar a lógica do pronto atendimento na UAP.

O desafio está em qualificar a programação: o que é essencial programar e como fazê-lo em atenção às linhas de cuidado, às evidências científicas.

ORGANIZAÇÃO DO ACESSO

Orientações Institucionais

ORGANIZAÇÃO DA AGENDA

A Agenda deve estar organizada de modo a contemplar a Demanda Espontânea e a Demanda Programada.

Em atenção ao Contrato de Gestão (Parte Variável 2) orienta-se o parâmetro mínimo de 40% para Demanda Espontânea.

O parâmetro sofre variações porque deve ser sensível à realidade de cada Unidade/Equipe no cuidado à população sob sua responsabilidade.

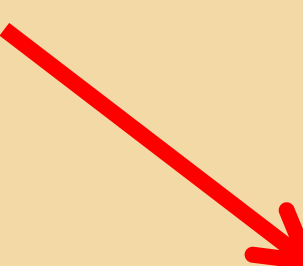
O compromisso deve ser com a garantia do acesso.

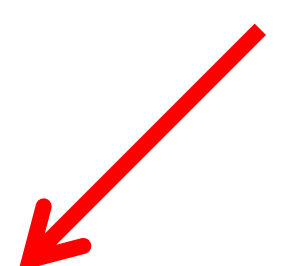
Observamos, ao acompanhar o comportamento dos dados, que as Unidades/Equipes vem trabalhando com percentual superior à 40% para a demanda espontânea, porque mostra-se necessário.

ORGANIZAÇÃO DO ACESSO

Orientações Institucionais

ORGANIZAÇÃO DA AGENDA



O atendimento à demanda espontânea deve articular a continuidade do cuidado. 

A Programação deve seguir os parâmetros clínicos definidos pelos protocolos clínicos aplicáveis e linhas de cuidado.

Orientamos organizar a agenda de modo que o atendimento à demanda espontânea e à demanda programada estejam contemplados em todo horário de funcionamento da Unidade.

Concentrar e definir horários fechados para atender a demanda espontânea (Por exemplo: de 8:00 as 10:00 ou de 13 as 15:00) **não é orientação institucional da Secretaria de Saúde.**

Cada profissional deve organizar a sua agenda. Como o trabalho desenvolvido envolve a Equipe Multiprofissional, cabe compartilhar e discutir a organização de modo à conciliar ações, evitar superposições improdutivas, e recolher o melhor efeito para o desempenho da equipe.

ORGANIZAÇÃO DA AGENDA

■ Integrar o trabalho da Equipe :

- Todos os profissionais funcionando dentro de suas competências, de forma integrada, para o melhor desempenho clínico.

■ Não trabalhar com marcações distantes na APS:

- As consultas na atenção primária devem ser agendadas em no máximo 30 dias úteis - para médico, dentista ou enfermeiro- , de acordo com a necessidade (um parâmetro).

- Importante não jogar para frente o que pode ser resolvido no mesmo dia ou em poucos dias.

■ Limpar a agenda:

- Rever os parâmetros que está utilizando para programar, se estão de acordo com as diretrizes e protocolos clínicos aplicáveis.

- Cuidar para não incorrer na lei de cuidados inversos: atender sempre os mesmos e os que menos precisam.

■ Conhecer a demanda:

- Além do perfil epidemiológico da população adscrita, em relação à demanda espontânea, ver - quais são os principais motivos de procura? Quantos em média constituem urgências clínicas e quantos em média constituem outras demandas? Os horários de maior procura? A resolubilidade da equipe (quantos casos em média alcançam resolubilidade com o atendimento do ACS? Quantos em média alcançam resolubilidade com o atendimento do Enfermeiro? Quantos em média geram consulta médica? Quantos em média resultaram em transferência para Unidades em outro nível de complexidade?

■ Conhecer a capacidade de oferta

■ Ter uma média de tempo para os atendimentos:

- Ter uma média e dedicar o tempo necessário para cada situação.

■ Investir em boas marcações:

- Quando avalia que deva ver o usuário novamente?

- Ter a referência dos Protocolos Clínicos e o crivo do acompanhamento continuado.

DEMANDA PROGRAMADA

Programar o cuidado com base nas diretrizes clínicas e linhas de cuidado de modo a articular prevenção, atenção e vigilância.

É preciso superar a cultura do agendamento per si, sem evidência técnica, e investir na QUALIDADE DA PROGRAMAÇÃO.

- O pré-natal
- A puericultura
- O acompanhamento dos casos de TB e Hanseníase
- E tantas questões relacionadas à atenção e a vigilância do cuidado às **condições crônicas e prioritárias.**

ORGANIZAÇÃO DO ACESSO

Orientações Institucionais

Todo usuário que procura a Unidade de Atenção Primária para agendamento deve sair a consulta marcada, recebendo por escrito o dia e a hora.

Os retornos devem ser agendados de acordo com os protocolos clínicos.

Cada usuário deve ter o horário da sua consulta marcado, sendo orientado à chegar com 15 minutos de antecedência.

Não é permitido agendar vários usuários para o mesmo horário e nem mesmo concentrar os atendimentos em um único turno.

Atenção: consideramos grave desrespeito ao usuário e à regra institucional, marcar um horário (10:15 horas) e pedir que o usuário chegue bem cedo na Unidade, indicando inclusive um outro horário (a partir das 8:00 horas, por exemplo).

LISTAS

- Equipes de Atenção Primária com a **lista nominal dos pacientes sob sua responsabilidade.**
- **A partir da lista geral pode-se produzir** uma série de filtros e cruzamentos de informações (referência Ficha B) para manter atualizado o acompanhamento, em especial, dos usuários em condições prioritárias, e planejar ações em atenção aos indicadores.

O dicionário de dados de todas linhas de cuidado por ciclos de vida a ser inserido no Prontuário Eletrônico, baseado na Ficha B (Fonte-chave para a construção das listas), visa qualificar o registro, os filtros, o detalhamento das informações, e, dessa forma, também irá facilitar a construção de algumas listas.

Processo integrado de Gestão das Listas de usuários

Limpeza de listas vai dar médico a mais portugueses

Falta de médicos tem sido um dos “calcanhares de Aquiles” dos cuidados de saúde primários. A reforma, em marcha, cria centros “a duas velocidades”

Utentes há mais
de três anos sem
irem ao centro e
que não
respondam ao
contacto

**PROPOSTA DO GRUPO
PARA A REFORMA
DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS**

UMA LISTA PARA MONITORAMENTO DAS CONSULTAS E EXAMES SISREG

[illegible]



ALGUNS EXEMPLOS DE LISTAS

SAÚDE DA MULHER

Público / Ação de Saúde	População Cadastrada	População Acompanhada	Data do último exame copocitológico	Não faz preventivo há 1 ano	Não faz preventivo há 2 anos	Não faz preventivo há 3 anos	Planejamento
SAÚDE DA MULHER							Busca ativa por telefone VD Captação na demanda espontânea Captação em consultas Campanhas Gestão da lista
Mulheres de 25 a 64 anos							



ALGUNS EXEMPLOS DE LISTAS

HIPERTENSÃO

Público/Ação de Saúde	População Cadastrada	População Acompanhada	Data última consulta Médica	Data última consulta Enfermagem	Data última consulta Grupo	Planejamento
HIPERTENSOS						
HIPERTENSOS DE 25 A 59 ANOS						
Baixo risco						
Médio risco						
Alto risco						
HIPERTENSOS COM MAIS DE 60 ANOS						
Baixo risco						
Médio risco						
Alto risco						

ORGANIZAÇÃO DO ACESSO

Orientações Institucionais

Visita Domiciliar



Um dispositivo essencial ao cuidado na Atenção Primária.

Não por acaso, compõe uma das variáveis-chave para a avaliação do Acesso.

A possibilidade de ampliar o acesso ao acompanhamento contínuo para usuários em condições prioritárias, em situações especiais, desfazendo o reducionismo de associar acesso à porta de entrada da Unidade.

A educação em saúde, a vigilância, o reconhecimento das reais condições de vida dos usuários como recurso para o planejamento do cuidado.

ORGANIZAÇÃO DO ACESSO

Orientações Institucionais

Nas Equipes de Saúde da Família a visita domiciliar é planejada.

A periodicidade deve considerar as situações de saúde prioritárias:

Para o Agente Comunitária de Saúde:

- Todos os dias: usuários com Tuberculose e Hanseníase até que finalizem o tratamento, mãe e bebê nos primeiros 7 dias consecutivos após alta da maternidade;
- Uma vez por mês (mensal): gestantes, crianças de até 1 ano, acamados e usuários do Cartão Família Carioca;
- A cada três meses (trimestral): hipertensos, diabéticos e crianças de 1 a 2 anos;
- A cada 6 meses (semestral): crianças de 2 a 6 anos, idosos maiores de 60 anos e beneficiários do Bolsa Família;
- Imediatamente: sempre que a Equipe identificar uma necessidade especial.



CMS Rodrigo Roig

OUTROS RECURSOS PARA O TRABALHO

PLANO DE AUTOCUIDADO APOIADO E A PRODUÇÃO DA AUTONOMIA RESPONSÁVEL

Próximo ao plano terapêutico.

A diferença é que o usuário participa ativamente da construção do plano, o que estimula a responsabilidade, o compromisso e a autonomia - supervisionada-, para o cuidado, saindo da posição de objeto passivo para agente do cuidado.

O Programa Academia Carioca tem realizado um importante trabalho nesse sentido.

PLANO DE AUTOCUIDADO APOIADO PRODUÇÃO DA AUTONOMIA

UM IMPORTANTE RECURSO PARA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

AUTOCUIDADO APOIADO: ... apoiar as pessoas para que, por meio do autocuidado, tornem-se agentes produtores sociais de sua saúde... **Não se trata da desresponsabilização dos profissionais de saúde na atenção, mas do apoio significativo para que as pessoas usuárias empoderem-se.**

“Nas condições crônicas, opera-se com uma combinação entre cuidados profissionais e autocuidado apoiado que varia segundo a estratificação de risco da condição de saúde.

As pessoas usuárias são as verdadeiras prestadoras de cuidados primários para si mesmas e, por isso, não podem ser consideradas pacientes, mas AGENTES DE SUA SAÚDE, nem consumidoras, mas PROVIDORAS de seus cuidados.

Há estudos que mostram que a atenção profissional aos portadores de condições crônicas consome poucas horas durante um ano. Por exemplo, na Inglaterra, uma pessoa portadora de diabetes apresenta uma média anual de 3 horas de atenção por profissionais de saúde, num total de 8.760 horas que compõem o ano (284, 774). Consequentemente, cada portador de diabetes relaciona-se diretamente com um profissional de saúde menos de um milésimo do total de horas de um ano. Em todo o tempo restante, que corresponde a 8.757 horas no ano, essa pessoa convive com seu Diabetes, sem ajuda profissional.”



UM EXEMPLO DE PLANO A SER CONSTRUÍDO COM O USUÁRIO

Dia		
Nome:		
Data:		
Meta:		
Plano: O que fazer? Onde? Quando? Com que frequência?		
Quais são os limites, as possíveis barreiras que acho que vou encontrar para cumprir a meta?		
Ações que posso fazer para superar essas barreiras:		
Meu grau de confiança para cumprir essa meta é: 0 – totalmente sem confiança a 10 – totalmente confiante		
DIA	CHECKLIST	COMENTÁRIOS
Segunda-Feira		
Terça-Feira		
Quarta-Feira		
Quinta-Feira		
Sexta-Feira		
Sábado		
Domingo		

COMUNICAÇÃO

**Aqui tem Clínico Geral?
Não, só generalista.**

Ainda que exista diferença entre Clínico Geral e Generalista, a resposta – Não, só generalista e ponto - não recebe, não esclarece, não atende. O que o usuário quer saber quando pergunta se ali tem Clínico Geral? Considerando que não é incomum tratar como a mesma coisa, não caberia perguntar o que está acontecendo, por que o usuário está buscando um Clínico Geral, antes de precipitar um não que encerra e não encontra qual é a necessidade?

COMUNICAÇÃO

- Entre trabalhadores e usuários, a **atitude**, a **postura**, a **comunicação** são dimensões decisivas para os bons encontros e os melhores resultados.

Nossas tecnologias de cuidado são, por excelência, leves, relacionais.

- Receber, escutar o usuário em seu pedido, avaliar sua necessidade, pressupõe uma atitude **ética**, **solidária** e **responsável** com a DEFESA DA VIDA.

COMUNICAÇÃO

- Em **pesquisa** realizada sobre os fatores de **restrição do acesso** obteve-se o seguinte resultado:
- Regular o acesso pela oferta e não pela demanda.
- Distribuição de senhas e atendimento por ordem de chegada, sem definição de prioridade clínica.
- Não acolhimento de urgências (menores) na atenção Básica.
- Horário restrito para o acolhimento.
- Agendamento de consultas por patologias ou por ciclo de vida (dia do Hipertenso, dia da gestante, dia do Idoso) – agendas fechadas.
- **Burocratizar o cuidado pela negativa**

SEM PERCEBER PODEMOS CRIAR BARREIRAS NO ACESSO

Eu queria saber se o médico pode me atender hoje?

***Não,** tem médico, senhor Ronaldo, a Equipe está sem médico hoje.*

***Não,** hoje o médico da Equipe não está. O senhor pode voltar na sexta-feira? Mas a agenda dele está lotada, não posso garantir que ele vá atender.*

***Não,** hoje o médico não tem mais horário.*

Vamos lá: O que está acontecendo com o usuário? Ela precisa de uma consulta médica? Ela pode esperar até sexta-feira? Quem pode avaliar? Caso ele precise, podemos considerar que outro médico presente na Unidade poderá atendê-lo. Ao dizermos que não tem médico ou que o médico da equipe não está ou que o médico não tem mais horário, que tipo de orientação e cuidado estamos dando ao usuário? O usuário pode ir embora e não saberemos o que de fato está acontecendo com ele, qual é a sua necessidade.



CUMPRINDO O NOSSO PAPEL, GARANTINDO ESCUTA, AVALIAÇÃO, CUIDADO

Eu queria saber se o médico pode me atender hoje?

Bom dia! Como a senhora se chama?

Edite Maria.

Oi Dona Edite, eu sou Simone, ACS da Equipe Ciclo

Você é nova aqui?

Isso, estou há três semanas.

Dona Edite, importa-se de dizer o que está acontecendo, por que deseja ser atendida pelo médico hoje?

Não, não é nada demais, minha filha. Eu estou tendo umas tonturas, tenho caído... Aí não sei se é óculos, se é da cabeça... Meu filho pediu pra eu ver logo.

É mesmo, Dona Edite? E quando a senhora começou a sentir tonteira e a cair?

Ah, já tem mais de um mês.

Fez bem em vir. Eu coloquei aqui as informações, a Equipe vai dar continuidade ao atendimento, vai chamá-la, avaliar, ver o que está acontecendo. Pode aguardar.

O médico vai atender?

A Equipe vai atendê-la sim, vai avaliar, o médico está presente na Unidade.

Ah, tá bem. Boa sorte!

Estabeleceu diálogo, dirigiu-se à usuária pelo nome, identificou-se, buscou saber o que estava acontecendo, afirmou uma ação de cuidado. A profissional é clara: a Equipe vai dar continuidade ao atendimento, vai avaliar, e demarca o médico está presente na Unidade.

Assim, não reduziu ou polarizou o diálogo em ter ou não ter médico, **focou no cuidado.**

Havia uma queixa que precisava ser avaliada, a qual só foi possível saber porque houve escuta, diálogo.

NÃO É COMUM, MAS É SEMPRE BOM PRESTARMOS MUITA ATENÇÃO!

E, eu estou **passando mal**, não dormi a noite toda, tô com um pouco de falta de ar (eu sou alérgico)

Aí o Senhor tem que procurar a UPA, porque **não temos Emergência** aqui, como o senhor sabe.

Como **caberia** proceder? Orientar ao Enfermeiro ou ao Médico **para** avaliação.

Análise

É uma Emergência?

Podemos redirecionar para outro nível de complexidade assim, sem que seja por decisão médica, por escrito, em formulário padrão da SMS, e regulado?

Ele é um usuário vinculado à Unidade, está passando mal, e está diante da Equipe de Saúde responsável por cuidar dele. Portanto, é nossa responsabilidade e nosso compromisso cuidar e tomar as decisões clínicas adequadas. Caso seja necessário transferi-lo, a Equipe da APS **coordena o cuidado** e solicita a transferência.

Mesmo em um simples informe...

INFORME I

Prezado usuário,

No momento não temos os medicamentos relacionados abaixo, pois estão em falta:

-
-

Atenciosamente,
Gerência da Unidade

Informação
descolada de uma
ação ou orientação
de cuidado

INFORME II

Prezado Usuário
Atenção!

Caso utilize os medicamento(s) relacionados
abaixo

-

procure o profissional de saúde que o atende
ou a farmácia da Unidade, pois você receberá
a orientação adequada.

Estamos à sua disposição.

Unidade de Saúde .

Informação
associada a uma
orientação de
cuidado



PEQUENO EXERCÍCIO PARA AVALIAR NOSSA COMUNICAÇÃO

pode ser feito individualmente ou em grupo

O que estou dizendo orienta,
resulta em cuidado?

(Estou escutando o usuário? Eu transmito segurança quando o abordo? Consigo deixar claro que importo-me com sua saúde e entendo sua situação? Eu deixo claro que vamos ajudá-lo, que estamos compromissados em construir o melhor cuidado?)

O que estou dizendo está
descolado do cuidado, pode
confundir ou deixar o
usuário desassistido,
inseguro

SIM

NÃO

Ótimo!

Mude!

*O que
Exatamente
não
funcionou?
(localize)*

Quem chegou a essa conclusão?
Procure avaliar envolvendo os interlocutores

*Mude, experimente outras abordagens
Procure adotar uma atitude positiva, proativa,
ética e responsável, consequente com o
cuidado.*

É FUNDAMENTAL

- Que o usuário reconheça os profissionais que cuidam dele e de sua família **pelo nome**
- Que os profissionais estejam **sempre com o crachat de identificação** e procurem estimular o usuário a abordá-los pelo nome.
- Referir-se ao usuário chamando-o pelo nome.
- Em uma Visita Domiciliar, estar sempre uniformizado (jaleco, colete) e com o crachat.
- Ao atender o usuário, buscar saber se ele deseja esclarecer alguma dúvida, se alguma coisa que foi dita não ficou clara, reforçando a disponibilidade e a importância dele falar. Perguntar, por exemplo, se ele acha que acha que vai ter alguma dificuldade para seguir o tratamento, se está confortável para falar o que deseja.

É FUNDAMENTAL

- Respeitar a privacidade (espaços de atendimento) e o sigilo das informações.
- Deixar claro para o usuário que ele pode procurar a Equipe sempre que avaliar importante, necessário, e que ele pode também ligar para a Unidade, caso não possa vir ou julgue desnecessário.
- Buscar informar ao usuário sobre a sua situação de saúde dando o máximo de recursos e orientações para estimular o autocuidado, para a produção da autonomia, reconhecendo o usuário como um **Agente do Cuidado**.

COMO ESTAMOS?

Um levantamento simples, que pode ser trabalhado na **Sala de Espera** para estimular o diálogo e o preenchimento, com questões que são cruciais para sabermos como o usuário está percebendo o nosso trabalho, como está o relacionamento com a Equipe, entre outras questões relacionadas ao acesso.



Como estamos?

Através de suas observações, destacamos alguns pontos que avaliamos importantes e queremos também receber sua contribuição.

1 - O que você diz da maneira como foi recebido(a)/acolhido(a) ao procurar a Unidade de Saúde?
(☐) Muito bom (☐) Bom (☐) Razoável (☐) Ruim (☐) Muito ruim
O que você sugere? _____

2 - O que você diz do espaço físico, incluindo a sala de espera e demais locais de atendimento?
(☐) Muito bom (☐) Bom (☐) Regular (☐) Ruim (☐) Muito ruim
O que você sugere? _____

3 - Normalmente o tempo de espera entre a sua chegada e o seu atendimento é:
(☐) Muito longo (☐) Longo (☐) Razoável (☐) Rápido (☐) muito rápido
Qual seria o tempo razoável? _____

4 - O horário de funcionamento desta Unidade atende às suas necessidades?
(☐) Sim (☐) Não atende
O que você sugere? _____

5 - O que você diz da distância desde a sua casa até esta Unidade de Saúde?
(☐) Perto (☐) Razoável (☐) Longe

6 - Quando você precisa tirar dúvidas durante ou após a consulta, tem facilidade de falar com um profissional da sua equipe?
(☐) Sempre (☐) Às vezes (☐) Nunca (☐) Não precisei ainda
O que você sugere? _____

7- Você acha que sua unidade respeita sua privacidade ao ser atendido(a)?
(☐) Sim (☐) Não
O que você sugere? _____

8- Em caso de urgência, quando você procura sua unidade de saúde sem hora marcada, você consegue ser atendido por um médico, enfermeiro ou equipe?
(☐) Sim, sempre (☐) Sim, na maioria das vezes (☐) Sim, algumas vezes
(☐) Não (☐) Não precisei ainda

9 - Você considera que esta unidade se preocupa com seus problemas de saúde?
(☐) Sim, sempre (☐) Sim, na maioria das vezes (☐) Sim, algumas vezes
(☐) Não (☐) Não precisei ainda

10 - As orientações e o atendimento que você recebe dos profissionais na Unidade de Saúde respondem às suas necessidades?
(☐) Sim, sempre (☐) Sim, na maioria das vezes
(☐) Sim, às vezes (☐) Não respondem

11- Você reconhece os profissionais responsáveis pelo seu cuidado?
(☐) Sim (☐) Não

12- Quando você vai à sua unidade os profissionais estão devidamente identificados com crachá de modo que você possa identificá-lo pelo nome?
(☐) Sim (☐) Não

13- Esta unidade tem uma lista de medicamentos essenciais (afixada ao lado da farmácia). Alguma vez seu medicamento estava em falta?
(☐) Sim (☐) Não
Caso sim, qual e quando? _____

14- Dê uma nota para sua unidade de saúde de 0 a 10:
(☐) 0 (☐) 1 (☐) 2 (☐) 3 (☐) 4 (☐) 5 (☐) 6 (☐) 7 (☐) 8 (☐) 9 (☐) 10

Digite e sugestões:

Sua identificação é voluntária. Caso queira receber retorno, informe:

Nome: _____
Telefone: _____
E-mail: _____

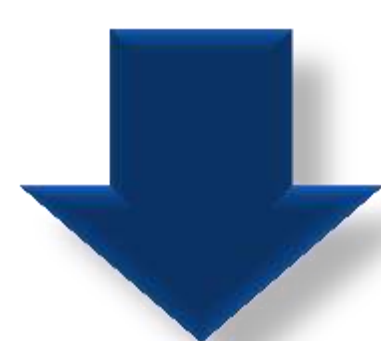
Respondidas as perguntas acima, lembre de destacar e colocar na Caixa de Sugestões. Vamos manter, cada vez mais, um canal sempre aberto à sua bem-vinda participação. Receba nosso Muito Obrigado!

GESTÃO PARTICIPATIVA

COLEGIADOS DE GESTÃO

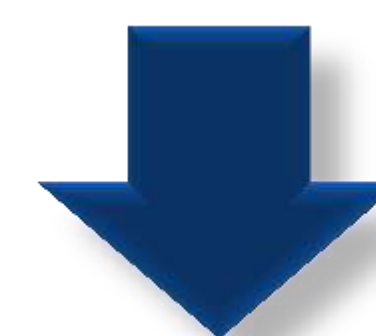
Os Colegiados de Gestão devem acontecer na primeira semana de cada mês. As datas e horários devem estar afixados no mural de informação da Unidade. Orienta-se que sejam realizados na Unidade de Atenção Primária

ORGANIZAÇÃO



- Uma Lista de Presença
- Um tempo para os informes gerais
- Pauta (sempre construída coletivamente)
- O registro (ata) do que foi discutido
(Importante ler o que foi registrado e colocar a possibilidade de correção)
- Produtos/Desdobramentos

PARTICIPAM



- Gestor(es) da Unidade
- Trabalhadores (representação de todas as categorias profissionais)
- Usuários (não sendo restrito às lideranças comunitárias)
- Não existe regra fechada quanto à representação de cada segmento, sendo fundamental estimular a participação dos usuários.

Colegiado Pavão Pavãozinho



Colegiado de Gestão da Clínica da Família Ana Maria Conceição dos Santos Correia



MODOS DE ARTICULAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

ORGANIZAÇÃO DO ACESSO INTEGRAÇÃO DA REDE

Fóruns de Rede . Colegiado TEIAS

Convite

"A Humanização coloca para todos os atores das instituições de saúde o desafio de repercutir os princípios do SUS nas práticas concretas dos serviços, nas formas de organizar e fazer a gestão dos processos de trabalho para o cuidado fortemente inclusivo, equânime, que vincule pessoas a pessoas."

Com o objetivo de dar continuidade a participação ativa dos Gestores nos processos de reorganização de práticas e fluxos, buscando um território saudável, convidamos a todos para:

III Fórum de Rede da A.P 2.1

A realizar-se no dia 29 de agosto de 2012 (quarta-feira)
às 13:30 horas, no Auditório do CMS Dom Hélder Câmara
Rua Voluntários da Pátria 136 – Botafogo

Paula Travassos
Coordenadora Geral de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Coordenadoria Geral de Saúde da A.P 2.1



Coordenadora Geral de Saúde da A.P 2.1
Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Coordenadoria Geral de Saúde
Paula Travassos

O trabalho de Integrar um Território de Atenção à Saúde

Objetivo

Garantir o acesso e a integralidade da atenção

Objetivos Específicos

Articular os diferentes níveis de atenção à saúde, fortalecendo as redes de atenção e suas linhas de cuidado;

Adequar o perfil de atendimento das Unidades;

Pactuar fluxos pertinentes à organização do acesso, sendo a Atenção Primária a Ordenadora da Rede e a Coordenadora do Cuidado;

Estabelecer comunicação sistemática entre as Unidades de Saúde do território;

Alinhar os processos de trabalho em atenção aos Protocolos aplicáveis;

Definir normas técnicas e outras diretrizes institucionais.

O trabalho de Integrar um Território de Atenção à Saúde

Metodologia

Baseada na gestão de casos emblemáticos

Apresentam-se casos que possibilitem discutir o tema em trabalho

Produtos

Os Fóruns geram desdobramentos (reuniões interinstitucionais menores, visitas técnicas, treinamentos, outros) e produtos (normas técnicas; regras institucionais, fluxos; pactuações)

DIREITOS E RESPONSABILIDADES DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS



O SUS É NOSSO!

Contribua para melhorar o
Sistema Único de Saúde



Direitos dos Usuários

**Estimulando o
registro da crítica, do
elogio e da denúncia**

**Destacando a
importância da
Equipe e da Gerência
de Portas Abertas**

PASSO A PASSO

(Ver o Folder o SUS é NOSSO)

Registre

Procure registrar o dia e a hora do fato ocorrido e, preferencialmente, o nome do profissional envolvido

1. Fale com o profissional de saúde que cuida de você e/ou com o Diretor ou Gerente da sua Unidade de Saúde, pois ele deve esclarecer a situação e orientá-lo a respeito.
2. Fazer uma avaliação de como está a relação com a Unidade ou algum membro da Equipe pode ser difícil. Tudo bem, você pode escrever seu comentário de forma a manter-se anônimo . Neste caso, escreva sua observação e deposite na caixa de sugestão

3. Ouvidoria

Caso avalie que sua observação não foi devidamente respondida, fale diretamente com a Central de Atendimento ao Cidadão, ligue 1746 e conte o que está acontecendo.

Fique atento(a)! É um direito seu:

- Ter sua observação tratada com respeito e de maneira eficiente
- Ter sua denúncia devidamente investigada
- Saber o resultado de qualquer investigação
- Levar a sua observação à Central de Atendimento ao Cidadão (1746) caso a Unidade de Saúde não a responda adequadamente
- Pedir revisão do caso se achar necessário



COMO CONTRIBUIR PARA MELHORAR A MINHA UNIDADE DE SAÚDE?

Na sua Unidade de Saúde existe um espaço de diálogo no qual o Diretor/Gerente, os profissionais e os usuários da Unidade discutem a organização do serviço, os pontos negativos e positivos, e quais são as mudanças necessárias para melhorar a qualidade da assistência: é o Colegiado de Gestão. É dever do Diretor/Gerente realizar a reunião na primeira semana de cada mês, definindo a data com antecedência. Fique atento ao calendário de reuniões disponível no mural da unidade. Participe!

CADERNETA DO USUÁRIO

Registro e Acompanhamento de Procedimentos e Serviços de Saúde

Nome*: _____

* Nome pelo qual prefere ser chamado

Nº do CPF:

Unidade de Saúde: _____

Nome da Equipe: _____

A CADERNETA DO USUÁRIO

A Caderneta do Usuário é um documento para o registro:

- Das Visitas Domiciliares;
- Do Agendamento de consultas, exames e grupos que serão realizados na Clínica da Família ou Centro Municipal de Saúde;
- Do agendamento de consultas e exames que serão realizados em Hospitais ou Policlínicas

Além disso, contém informações sobre os serviços que a Unidade (Clínica da Família ou Centro Municipal de Saúde) oferece.

Cabe ao Profissional: mantê-la sempre atualizada.

Cabe ao usuário: acompanhar as informações anotadas, pois se referem ao seu cuidado..

ATENÇÃO EQUIPE:

VOCÊ JÁ SABE, MAS NÃO CUSTA LEMBRAR.

SERVIÇOS PRESTADOS POR ESTA UNIDADE DE SAÚDE

- 1- ACOLHIMENTO
- 2- ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE E DO BEBÊ (PRÉ-NATAL E PUERICULTURA)
- 3- CONSULTA ODONTOLÓGICA
- 4- CURATIVO
- 5- DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS BÁSICOS
- 6- DISPENSAÇÃO DE PRESERVATIVOS E CONTRACEPTIVOS
- 7- ENFERMAGEM
- 8- EXAME PREVENTIVO (CÂNCER DE COLO DE ÚTERO)
- 9- GRUPO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
- 10- IMUNIZAÇÃO (VACINAS)
- 11- MÉDICA
- 12- NEBULIZAÇÃO
- 13- PLANEJAMENTO FAMILIAR
- 14- TESTE DE GRAVIDEZ (TIG)
- 15- TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

VISITAS DOS AGENTES DE SAÚDE

- 1- NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, A PERIODICIDADE PARA VISITAS DOMICILIARES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) É BASEADA NA AVALIAÇÃO DE RISCO, COM A FREQUÊNCIA MÍNIMA:

DIÁRIA: TUBERCULOSE, HANSENÍASE

MENSAL: GESTANTES, CRIANÇAS ATÉ 1 ANO, ACAMADOS, CARTÃO FAMÍLIA

2- SERÃO ACEITOS APENAS PEDIDOS DE PROFISSIONAIS CADASTRADOS CNES/SUS DA UNIDADE.

3- PARA OS EXAMES BÁSICOS O TEMPO MÁXIMO DE ESPERA ENTRE O PEDIDO E A COLETA SÃO DE 3 (TRÊS) DIAS ÚTEIS, OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA, E APÓS A COLETA O RESULTADO DEVE ESTAR DISPONÍVEL NA INTERNET EM NO MÁXIMO 5 (CINCO) DIAS ÚTEIS.

4- PARA EXAMES ESPECIAIS E CITOPATOLÓGICO (PREVENTIVO) O TEMPO MÁXIMO DE COLETA É DE 7 DIAS ÚTEIS, OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA. TODOS OS RESULTADOS DE EXAMES ESPECIAIS DEVEM ESTAR DISPONÍVEIS EM ATÉ 20 (VINTE) DIAS ÚTEIS.

5- O USUÁRIO DEVE SER ALERTADO PARA GUARDAR O NÚMERO DA SUA SOLICITAÇÃO E SENHA ENTREGUES NO MOMENTO DA COLETA PARA VERIFICAR SEUS RESULTADOS.

8- NO CASO DE GESTANTE, DEVE-SE IMEDIATAMENTE NO PRIMEIRO CONTATO REALIZAR O TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS E HIV COM RESULTADO ENTREGUE NO MESMO DIA.

OUTROS EXAMES

1- PARA REALIZAÇÃO DE OUTROS EXAMES É NECESSÁRIO QUE PESSOAS ACIMA DE 16 ANOS APRESENTEM DOCUMENTO COM FOTO, NÚMERO DO CPF ESCRITO NO PEDIDO, PODENDO SER PREENCHIDO PELO PRÓPRIO USUÁRIO OU PROFISSIONAL NO MOMENTO DA COLETA.

2- SERÃO ACEITOS APENAS PEDIDOS DE PROFISSIONAIS CADASTRADOS CNES/SUS DA UNIDADE.

3- EXAMES DE RX, ULTRASSONOGRAFIA E ELETROCARDIOGRAMA DEVERÃO SER AGENDADOS NO MÁXIMO PARA 30 DIAS ÚTEIS.

1.c) HORÁRIOS DE TODAS AS ATIVIDADES EDUCATIVAS SEMANAIS

1.d) MAPA DE HORÁRIOS DAS SALAS

2- VACINAS, CURATIVOS, DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS, CONSULTAS, HIDRATAÇÃO VENOSA E OBSERVAÇÃO CLÍNICA DEVEM SER DISPONIBILIZADOS EM TODO O HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE.

3- A AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL DEVE SER FEITA DE IMEDIATO A QUALQUER USUÁRIO CASO SOLICITE.

4- O HORÁRIO AGENDADO PARA QUE O PACIENTE NÃO ESPERE MAIS DE 40 MINUTOS PARA SER ATENDIDO. ENTRETANTO, INTERCORRÊNCIAS PODEM OCORRER GERANDO ATRASOS. É OBRIGAÇÃO, DO PROFISSIONAL, ESCLARECER OS MOTIVOS DO ATRASO E CONCEDER A POSSIBILIDADE DE REMARCAÇÃO OU AGUARDAR.

ATESTADOS DE SAÚDE

1- ATESTADOS PARA ATIVIDADE FÍSICA SÓ PODEM SER REALIZADOS PELO MÉDICO E É NECESSÁRIO AGENDAMENTO DE CONSULTA.

2- ATESTADOS DE NECESSIDADES DE REPOUSO SÓ PODEM SER REALIZADOS PELOS MÉDICOS CONFORME AVALIAÇÃO CLÍNICA.

3- ATESTADO DE COMPARECIMENTO: PODEM SER REALIZADOS POR QUALQUER PROFISSIONAL DA UNIDADE COM DATA E HORA DO COMPARECIMENTO DO USUÁRIO.

4- ATESTADO DE NECESSIDADES ESPECIAIS (RIOCARD SAÚDE PRESENTE): SÓ PODE SER REALIZADO PELO MÉDICO MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DO NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL (NIS).

5- A EMISSÃO DE ATESTADO FALSO OU SEM JUSTIFICATIVA CLÍNICA PODE IMPLICAR EM PROCESSO ÉTICO ADMINISTRATIVO PROFISSIONAL, ENTRE OUTRAS IMPLICAÇÕES LEGAIS, CONFORME PREVISTO NOS ARTIGOS 297 E 302

Muito obrigada!

Patrícia Albuquerque