

## SAÚDE

### GABINETE DO SECRETÁRIO

#### SMS-G / COORDENAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL

NOTA TÉCNICA Nº 001/2016-SMS.G/CRAEA

DATA: 4 de janeiro de 2016

#### ASSUNTO: ORGANIZAÇÃO DE FLUXOS DE AGENDAMENTO DE RETORNO NA REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL.

O programa deste atual governo na área da saúde aponta em sua linha de “estruturação e desenvolvimento dos serviços em Rede de Atenção à Saúde”, a necessidade de prestação de serviços especializados em lugar e tempo adequados. Desta forma, a cidade de São Paulo avança na implementação da Atenção Especializada Ambulatorial (AEA) ou ainda, na implantação dos Hospitais-Dia da Rede Hora Certa (HD-RHC).

A Atenção Especializada Ambulatorial (AEA) do MSP conta com 41 estabelecimentos de saúde próprios. A SMS também conta com complementação de serviços especializados através de contratos administrativos e/ou contrapartidas com instituições privadas/ filantrópicas.

A Rede de Atenção Especializada Ambulatorial (RAEA) atual é composta pelos seguintes serviços próprios:

- Hospital Dia da Rede Hora Certa
- Ambulatórios de Especialidades (AE)
- Atenção Médica Ambulatorial Especializada (AMA-E)

As ações da Atenção Básica requerem a retaguarda de serviços especializados para a continuidade e integralidade do cuidado. Neste sentido a AB assume o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora do sistema sendo a porta de entrada prioritária da rede de atenção à saúde e AEA assume um papel de suporte para a AB como coadjuvante no cuidado à saúde do paciente e eventualmente de solicitante nestas redes, apoiando a AB na elucidação diagnóstica, na solicitação de consultas e exames de apoio diagnóstico ou no acompanhamento prolongado desses pacientes.

A AEA da SMS/SP deve se adaptar de forma a responder a expectativa da sociedade/cidadão por processos assistenciais integrados e centrados no usuário, de modo a diminuir, além do tempo de espera, o vai e vem entre serviços e a falta de comunicação e desconfiança entre seus profissionais, fatores que provocam ansiedade e insatisfação geral. Além disto, os usuários/cidadãos devem assumir maior autonomia em seu processo de autocuidado, apoiados pelos profissionais de saúde com mobilização de diferentes tecnologias.

Pode-se dividir a organização do cuidado na AEA em dois grandes grupos: de cuidado crônico-longitudinal e de cuidado imediato-transitório. O primeiro refere-se à organização do cuidado das pessoas com necessidades crônicas e permanentes de cuidado, e que se caracterizam por dependência de acesso, diagnóstico, terapia e acompanhamento longitudinal, como o cuidado para as doenças cardiovasculares e para a doença renal crônica, entre outras. O segundo refere-se às necessidades transitórias, que se caracterizam por necessidade de acesso, diagnóstico e terapia de uma maneira mais resolutiva e imediata, como, por exemplo, em doenças relacionadas às especialidades de urologia, ortopedia e oftalmologia, entre outras, a exemplo da cirurgia de catarata ou de determinado exame de imagem para diagnóstico. Nesse formato, podemos dizer que a atenção ao paciente depende de um triângulo de cuidado, no qual a resolutividade e a satisfação dependem dos tempos entre a consulta com o especialista, o diagnóstico por exame a ser realizado e, muitas vezes, o procedimento terapêutico definitivo. No que tange ao cuidado imediato-transitório, preconiza-se que a AEA tenha em vista as LINHAS DE CUIDADO DE ALTA RESOLUTIVIDADE, para o qual se propõe três possibilidades de atendimento nos estabelecimentos:

- Realização de avaliação clínica que informe o diagnóstico e o tratamento específico em consulta única;
- Realização de avaliação clínica, exames de apoio diagnóstico, interconsultas que forem necessárias com reavaliação pelo profissional inicial no mesmo dia, finalizando o cuidado em visita única;
- Agendamento da reavaliação posterior se a elucidação diagnóstica e definição de tratamento não forem possíveis na visita única.

No cuidado crônico longitudinal, uma das medidas é a realização do monitoramento da resolatividade local deste tipo de cuidado. Para isto, a diretoria/gerência de uma unidade da RAEA, em cogestão com as CRS e STS, devem adotar procedimentos para a GESTÃO DE ALTAS AMBULATORIAIS, com o objetivo de ampliar a efetividade no cuidado integral.

Em decorrência da crescente demanda de RETORNOS em algumas especialidades médicas em alguns estabelecimentos de saúde e a ocorrência de reclamações advindas de situações de espera prolongada para agendamento de retornos por parte dos pacientes, esta nota técnica torna PROIBIDA A SAÍDA DO PACIENTE APÓS A CONSULTA SEM A PROGRAMAÇÃO GARANTIDA DO SEU AGENDAMENTO DE RETORNO.

A gestão do agendamento de retorno deverá ser classificada em casos como:

- RETORNO PROGRAMADO: o estabelecimento de saúde será responsável pela garantia de agendamento desta consulta de retorno, imediatamente nas vagas disponíveis conforme prescrição médica;
- RETORNO CONDICIONADO (ou seja, após realização de exames de apoio diagnóstico, após finalização de terapêutica, entre outros): o paciente deverá procurar a unidade em qualquer dia ou horário de seu funcionamento onde deverá ser acolhido pela recepção que deverá providenciar o agendamento mais breve possível (utilizando-se estratégias de encaixe regulado, overbooking, entre outros).

Em casos onde não houver a disponibilidade de agenda imediata, a unidade deverá se programar para que o paciente não necessite telefonar ou retornar ao serviço apenas para agendamentos em dias específicos ou não, evitando ansiedade e insatisfação geral decorrente de longas permanências em filas. Ou seja, a medida que as agendas de retornos forem sendo configuradas e liberadas no SIGA-Saúde-SP a unidade deverá entrar em contato com o paciente para comunicar o dia de seu agendamento respeitando as condicionalidades e ordem cronológica de inserção na fila de espera de retorno.

Para isto, as agendas de retornos poderão ser elaboradas pelas unidades EM ATÉ UM ANO (12 meses) no SIGA\_SP, a depender das necessidades locais e por especialidades. As Supervisões Técnicas e Regulações Regionais de Saúde deverão estar cientes das justificativas e de acordo com esta operacionalização local. É imperativo que, apesar da possibilidade de ampliação de tempo de oferta de retornos ambulatoriais, a gestão local deverá ser apoiada pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e Supervisões Técnicas de Saúde (STS), instalando medidas de GESTÃO DE ALTAS ambulatoriais nos estabelecimentos da RAEA. A gestão de altas inclui monitorar as práticas assistenciais dos profissionais do estabelecimento, sob a luz dos protocolos clínicos e de regulação do acesso baseado em evidências instituídas. A título de exemplo, onde a UBS, através da equipe de regulação local, já estiver monitorando um paciente crônico com necessidade de cuidado longitudinal e que esteja em Ambulatório Especializado, a gestão de alta ambulatorial da AEA deve ser participada com esta mesma equipe de regulação local, negociando-se inclusive quando, em que condições a UBS o acolherá para seguimento em co-gestão.

Para aumentar a eficácia da gestão de retorno nas unidades, deverão ser dotados os indicadores locais da AEA,:

- Percentual de caso novo em relação aos retornos de uma determinada especialidade;
- Percentual de altas prescritas por uma determinada especialidade em um período de tempo;
- Percentual de solicitações de exames de apoio diagnóstico emitidas pela própria equipe da unidade da AEA/ especialidade;
- Percentual de solicitações ou interconsultas emitidas pela própria equipe da unidade da AEA/especialidade;
- Média de retornos por paciente/especialidade e/ou por cada profissional;
- Identificação de condutas clínicas de baixa complexidade que não justifiquem a permanência do paciente na AEA e possibilite seu acompanhamento pela a Atenção Básica.